**Паспортная часть**

1. Ф.И.О.
2. Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_
3. Пол мужской
4. Место жительства
5. Место работы Пенсионер
6. Профессия и специальность \_\_\_\_\_\_
7. Дата поступления \_\_\_\_\_\_

8. Диагноз клинический: Атеросклероз. Синдром Такаясу - Лериша. Стеноз сонных артерий. КЭАЭ слева от 11.2006.ХНМК 4. Окклюзия левой подвздошной артерии, берцовых артерий справа. Ампутационная культя левого бедра. ХИ 2а

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 3, ст3. риск 4. ИБС. Стенокардия ФК 2. (1991г.). Осл: ХСН 1,ФК 2

**Жалобы больного.**

Головные боли, головокружение, пошатывание при ходьбе, повышение АД до 175/100 мм. рт.ст., боли в икроножных мышцах правой ноги при ходьбе на расстоянии более 200м, судороги в ногах. Давящие загрудинные боли при умеренной физической нагрузке, слабость.

**Анамнез болезни (anamnesis morbi)**

Больным себя считает в течении 15 лет, когда впервые обратил внимание на утомляемость ног при быстрой ходьбе. Постепенное снижение выносливости при физической нагрузке. 11 марта 2006 года перенес ОНМК с правосторонним гемипарезом. Ухудшение состояния в течение последних 2 месяцев, усилились головные боли, головокружения. Обратился в поликлинику республиканского кардиологического диспансера, откуда был направлен на госпитализацию в хирургическое отделение.

**Анамнез жизни**

**(anamnesis vitae)**

Родился в срок, рос и развивался соответственно возрасту и полу.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные.

Место работы: пенсионер.

Профессиональных вредностей нет.

Питание:

Питание не регулярное, избыточное, разнообразное, без соблюдения режима.

Вредные привычки:

Спиртные напитки употребляет редко, 3-4 раза в год, не курит в течении 38 лет.

Перенесенные заболевания:

Из перенесенных ранее заболеваний отмечает простудные (ОРВИ, грипп), язвенную болезнь 12 п. к., ИМ (1991г.), хронический пиелонефрит. Туберкулез, гепатит, сахарный диабет и венерические заболевания отрицает. Травм не было. Гемотрансфузии в 1991 г. без осложнений.

В 1987 году была выполнена операция, мастотомия с лева, в 1991г. Ампутация левой нижней конечности, 7.11.06 КЭАЭ слева.

Аллергологический анамнез: витамин С

Побочное действие лекарственных средств отрицает.

Наследственность не отягощена.

**Объективное исследование**

**(status praesens communis)**

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, адекватен, поведение спокойное. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренно влажные. Лимфатические узлы доступны пальпации не увеличены, безболезненны.

Телосложение: нормостенический конституциональный тип.

Рост 177 см, вес 80 кг. Температура тела 36,60.

Выражение лица спокойное.

Рубцы: послеоперационный рубец бледного цвета, безболезненный.

Тургор кожи сохранён, оволосение по мужскому типу. Ногти на нижних конечностях утолщены и деформированы.

Видимые слизистые: бледно-розового цвета, чистые, обычной влажности.

Подкожно-жировая клетчатка: развитие умеренное, по мужскому типу, при пальпации безболезненна. Отеков нет.

Лимфатические узлы: не пальпируются, безболезненны.

Мышцы: развиты соответственно полу и возрасту, тонус сохранен, при пальпации безболезненны. Скелет без деформаций.

Суставы: обычной конфигурации, движения в них совершаются в полном объеме, не сопровождаясь хрустом и болевыми ощущениями. Пальпация суставов безболезненна.

**Органы дыхания.** Нос без изменений, дыхание через нос свободное. Выделение из носовых ходов не наблюдается. Носовые кровотечения отсутствуют. Гортань без деформаций. Голос громкий, чистый. Дыхание в гортани не затруднено. При осмотре гортань нормальной формы, при ощупывании области гортани болезненность не определяется.

Осмотр грудной клетки. Грудная клетка нормостенической формы, симметрична, без деформаций, над- и подключичные ямки выражены слабо. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Тип дыхания брюшной, дыхание везикулярное, ритмичное, с частотой 16 в минуту. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Ритм дыхания правильный. Эпигастральный угол прямой.

Пальпация: болезненность ребер, межреберных промежутков, мышц грудной клетки, грудины при пальпации не отмечается. Грудная клетка во всех участках резистентная. Голосовое дрожание не изменено.

Сравнительная перкуссия: по передним боковым поверхностям, сзади в верхних отделах, в межлопаточном пространстве выявляется ясный легочный звук. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

**Топографическая перкуссия легких.**

***. правое легкое левое легкое***

*Верхняя граница легких*

высота стояния верхушек спереди на 3см на 3,2см над над ключицей

высота стояния верхушек сзади по уровню остистого отростка VII шейного позвонка

*Нижняя граница легких*

окологрудинная линия V межреберье ---

среднеключичная VI ребро ---

переднеаксиллярная VII ребро VII ребро

среднеаксиллярная VIII ребро VIII ребро

заднеаксиллярная IX ребро IX ребро

лопаточная X ребро X ребро

околопозвоночная ост.отр.Th XI ост.отр.Th XI

**Дыхательная экскурсия нижнего легочного края**

по среднеключичиной 4 см ---

по среднеаксилярной 6 см 6см

по скапулярной 4см 4см

**Ширина полей Кренинга**

Правое легкое – 5см, левое легкое – 5см.

При аускультации дыхании везикулярное, хрипы отсутствуют. Бронхофония одинакова над симметричными участками с обеих сторон. Шум трения плевры не выслушивается.

**Органы кровообращения.** При осмотре видимого выпячивания в области сердца не найдено. При осмотре сосудов шеи не отмечается пульсация сонных артерий.

Пальпация: верхушечный толчок локализуется в 5 межреберье на 1см кнутри от левой среднеключичной линии, ограниченный, умеренной силы. Эпигастральной пульсации не наблюдается.

Аускультация: тоны сердца приглушены, ЧСС 68 уд/мин, АД 140/90. Величина пульсовых волн на обеих руках одинакова, пульс ритмичный, твердый, среднего наполнения, равномерный; одинаково хорошо прощупывается на височных, сонных, лучевых, бедренных, дистальнее на нижних конечностях пульс не определяется. Стенки артерий гладкие. Шейные вены не выражены. Уплотнений и болезненности по ходу вен нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на аорте, ЧСС 74 удара в минуту. Шумы не выслушиваются.

Перкуссия: *границы относительной тупости сердца:*

Справа – на 0,5см кнаружи от правого края грудины (по IV межреберью)

Слева – на 1см кнутри от левой среднеключичной линии (по V межреберью)

Сверху – по окологрудинной линии на уровне III ребра

*границы абсолютной тупости сердца:*

Справа – по левому краю грудины (по IV межреберью)

Слева – на 2см кнутри от левой среднеключичной линии (по V межреберью)

Сверху – IV ребро по окологрудинной линии

Ширина сосудистого пучка – 5см.

**Органы пищеварения.** При осмотре полости рта язык обычной величины, влажный, розовый, обложен желтоватым налётом по средней линии, сосочки выражены, язвы и трещины отсутствуют. Слизистая щек чистая. Живот мягкий, безболезненный, в акте дыхания участвует. Симптомы Блюмберга, Менделя отрицательные. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, эластичного цилиндра, безболезненна. Поперечно-ободочная кишка пальпируется выше пупка в виде безболезненного цилиндра. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки не пальпируются.

Аускультация: в животе отчетливо выслушиваются кишечные шумы. Шум трения брюшины не обнаружен. Стул регулярный, оформленный.

**Печень.** Область правого подреберья при осмотре без особенностей, печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Пальпация: безболезненна. Края печени гладкие, острые.

Перкуссия: край печени у края реберной дуги.

**Границы печени по Курлову**

*Верхняя граница абсолютной тупости*

по правой среднеключичной линии – VI ребро

*Нижняя граница абсолютной тупости*

по правой среднеключичной линии – на 0,5см ниже нижнего края правой реберной дуги

по срединной – на границе верхней трети расстояния от мечевидного отростка до пупка

по правой среднеключичной линии – 9см

по передней срединной линии – 8см

по левой реберной дуге – 7см

**Поджелудочная железа и селезенка.** Пальпаторно поджелудочная железа не определяется. Точки Детардена, Мейо-Робсона, зона Шоффара безболезненны. Видимого увеличения селезенки нет, не пальпируется. Перкуторно размеры селезенки: длинник-8см, поперечник-5см.

**Мочеполовая система.** Нарушения мочеиспускания не наблюдается. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Почки, мочевой пузырь не пальпируются, пальпация безболезненна. Болезненности в почечных и мочеточниковых точках не отмечается.

**Эндокринная система.** Щитовидная железа не увеличена, безболезненна при пальпации. Физическое и умственное развитие соответствуют возрасту.

**Нервная система.** При расспросе выявлены: интеллект соответствует уровню развития. Поведение больной в клинике уравновешенное. Больной разговорчив, в контакт вступает легко.

Психические функции: правильно ориентируется во времени и в пространстве, галлюцинаторных явлений не наблюдается. Память и внимание не нарушены. Бессонницей не страдает.

## Status localis

Видимых пульсаций, расширения сосудов на туловище и конечностях не выявлено.Трофических нарушений нет. При пальпации пульс пальпируется на магистральных артериях: лучевых, локтевых, сонных, подвздошных, бедренных, подколенных с права удовлетворительного наполнения, не напряженный, ритмичный, частотой 74 удара в минуту, на берцовых с права не определяется. При пальпации живота аневризматических расширений, пульсирующих объемных образований не выявлено. Аускультативно над сонными, подвздошными артериями систолический шум, над другими магистральными артериями систолического шума не выслушивается. По данным функциональных проб глубокие вены проходимы.

**Лабораторные методы исследования**

**ОАК. 8.12.2006.**

Лейкоциты- 8,9\*109/л (N- муж 4,3-11,3\*109/л

жен 3,2-10,2\*109/л)

Эритроциты- 4,89\*1012/л (N- муж 4-5,6\*1012/л

жен 3,4-5,0\*1012/л)

Тромбоциты- 245\*109/л (N- 180-320\*109/л)

Hb- 147г/л (N- муж 130-175 г/л

жен 120-160 г/л)

СОЭ 9мм/час

Фибриноген 385

АВР 63

Протромбиновый индекс 82

Фибриноген В отр

РФМК отр

Этаноловый тест отр

АЧТВ 37сек

Тромбиновое время 17сек

**ОАК. 12.12.2006**

Лейкоциты- 11,2\*109/л (N- муж 4,3-11,3\*109/л

жен 3,2-10,2\*109/л)

Эритроциты- 4,58\*1012/л (N- муж 4-5,6\*1012/л

жен 3,4-5,0\*1012/л)

Тромбоциты- 184\*109/л (N- 180-320\*109/л)

Hb- 140г/л (N- муж 130-175 г/л

жен 120-160 г/л)

СОЭ 26 мм/час (N - 2-15мм/час)

Время свёртывания 12мин

Фибриноген 290

АВР 65

Протромбиновый индекс 81

Фибриноген В отр

РФМК отр

Этаноловый тест отр

АЧТВ 41сек

Тромбиновое время 18сек

**Биохимический анализ крови. 8.12.2006.**

Общий белок- 76,6 г/л

Мочевина- 5,8 ммоль/л

Креатинин- 47 ммоль/л

Глюкоза- 4,4 ммоль/л

Холестерин- 5,49 ммоль/л

Билирубин- 19,2 ммоль/л

ЛДТ 235

ЛПНП и ЛПОНП 3,2

**Биохимический анализ крови. 8.12.2006.**

Общий белок- 68,8 г/л

Мочевина- 4,9 ммоль/л

Креатинин- 84,4 ммоль/л

Глюкоза- 5,2 ммоль/л

Холестерин- 3,85 ммоль/л

Билирубин- 32,7 ммоль/л

ЛПНП и ЛПОНП 1,4

**ОАМ. 8.12.2006**

Окраска - соломенно-желтая

Прозрачность - мутная

Удельный вес- 1010 (N-1008-1026)

Белок - отр.

Реакция - нейтральная

Лейкоциты - единичные в поле зрения

**Группа крови и резус-фактор.**

В (III) Rh-

**Специальные методы исследования**

**ЭКГ. 11.12.2006.**

Регулярный синусовый ритм с частотой 76 ударов в минуту. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Нарушение процессов реполяризации по нижней стенке.

**Эхокардиография. 11.12.2006.**

Уплотнение аорты, гипертрофия МЖП, Асинергия нижней стенки Л.Ж.

**УЗДС. 19.12.2006.**

Визуализация не информативна (повязка).

**Протокол операции. 19.12.2006**

**Операция:** Эверсионная каротидная эндартерэктомия слева

Доступом по переднему краю кивательной мышцы слева выделены ОСА, ВСА, НСА, ОСА и НСА стенозированы на 1/3 просвета, бифуркация ОСА, устья ВСА предельно стенозированы локальной атеросклеротической бляшкой. ОСА поперечно пересечена ниже бифуркации. Проведена эверсионная эндартерэктомия из ОСА, ВСА, НСА наложен анастомоз между отрезками ОСА по типу «конец в конец» нитью пропен 7/0. Получен удовлетворительный магистральный кровоток на всех артериях в пределах операционного доступа. Неврологических нарушений во время операции не выявлено. Гемостаз, вакуумный дренаж. Послойные швы на рану. Асептическая повязка.

**Предварительный диагноз**

Основной - Атеросклероз. Синдром Такаясу - Лериша. Стеноз сонных артерий. КЭАЭ слева от 11.2006.ХНМК 4. Окклюзия левой подвздошной артерии, берцовых артерий справа. Ампутационная культя левого бедра. ХИ 2а

Сопутствующий – Гипертоническая болезнь 3, ст3. риск 4. ИБС. Стенокардия ФК 2. (1991г.). Осл: ХСН 1,ФК 2

**Дифференциальный диагноз**

Облитерирующий атеросклероз необходимо дифференцировать с облитерирующим эндартериитом, диабетической ангиопатией, корешковым синдромом спинного мозга, болезнью Рейно, тромбоэмболическими состояниями.

**Облитерирующий эндартериит** имеет сходную клиническую картину (бледность, зябкость, снижение чувствительности стоп, голеней, перемежающаяся хромота). Оба заболевания вызывают одинаковые жалобы и идентичный характер трофических нарушений, при обоих заболеваниях выделяют одни и те же клинические стадии. Но, облитерирующий атеросклероз имеет отличительные особенности: возникает после 40 лет (эндартериит возникает в 20-30 лет), с момента первых клинических проявлений болезнь быстро прогрессирует, в анамнезе отсутствуют указания на волнообразность течения, сезонность обострений, имеются признаки атеросклеротического поражения других сосудистых бассейнов (в данном случае – венечных артерий), с помощью дополнительных методов исследования можно выявить уровень поражения – крупные артерии

**Диабетическая макроангиопатия** встречается во всех возрастных группах, имеет сходную клинику с облитерирующим атеросклерозом, но отличается более тяжелым и прогрессирующим течением, которое может привести к развитию гангрены (как правило, влажной), рано присоединяются симптомы полиневрита, часто имеются другие осложнения диабета.

**Корешковый синдром** так же как и облитерирующий атеросклероз влечет за собой, боли в ногах, зябкость, парестезии, снижение чувствительности стоп, голеней, возможны парезы стопы. Однако этот синдром развивается как правило остро, боли чаще очень сильные, по всей ноге и в поясничной области, усиливаются при неосторожном движении. Чувствительность впадает по сегментарному типу. Кожа обычно не изменена (при атеросклерозе бледная, холодная, сухая). Пульс на дистальных артериях прощупывается хорошо.

**Болезнь Рейно**. Поражение крупных сосудов нижних конечностей, отсутствие пульсации на артериях стоп, голеней, «перемежающая хромота» позволяют исключить данный диагноз.

**Для тромбоэмболии** типично более острое начало, внезапное возникновение боли. Пульсация артерии дистальнее локализации эмбола отсутствует, выше эмбола она обычно усилена. Однако у больных, длительно страдающих облитерирующими заболеваниями периферических артерий, тромбоз сосудов возникает на фоне развитой сети коллатералей, и характеризуется постепенным развитием симптомов. С тромбозом можно было бы связать наличие данного обострения. Но у нашего больного нет снижения чувствительности, или нарушения функции конечности (парезы, параличи), что было бы при наличии эмбола.

**Окончательный диагноз.**

Основной - Атеросклероз. Синдром Такаясу - Лериша. Стеноз сонных артерий. КЭАЭ слева от 11.2006.ХНМК 4. Окклюзия левой подвздошной артерии, берцовых артерий справа. Ампутационная культя левого бедра. ХИ 2а

Выставил на основании:

1. Жалобы больного. Головные боли, головокружение, пошатывание при ходьбе, повышение АД до 175/100 мм. рт.ст., боли в икроножных мышцах правой ноги при ходьбе на расстоянии более 200м, судороги в ногах. Давящие загрудинные боли при умеренной физической нагрузке, слабость.

2. Данных анамнеза болезни, Больным себя считает в течении 15 лет, когда впервые обратил внимание на утомляемость ног при быстрой ходьбе. Постепенное снижение выносливости при физической нагрузке. 11 марта 2006 года перенес ОНМК с правосторонним гемипарезом. Ухудшение состояния в течение последних 2 месяцев, усилились головные боли, головокружения. Обратился в поликлинику республиканского кардиологического диспансера, откуда был направлен на госпитализацию в хирургическое отделение.

3. Данных объективного исследования- Видимых пульсаций, расширения сосудов на туловище и конечностях не выявлено.Трофических нарушений нет. При пальпации пульс пальпируется на магистральных артериях: лучевых, локтевых, сонных, подвздошных, бедренных, подколенных с права удовлетворительного наполнения, не напряженный, ритмичный, частотой 74 удара в минуту, на берцовых с права не определяется. При пальпации живота аневризматических расширений, пульсирующих объемных образований не выявлено. Аускультативно над сонными, подвздошными артериями систолический шум, над другими магистральными артериями систолического шума не выслушивается. По данным функциональных проб глубокие вены проходимы. 4. Данных специальных методов исследования – эхокардиографии, УЗДС, ангиографии.

5. Данных дифференциального диагноза – исключение схожих патологий.

**Этиология и патогенез**

Атеросклеротические поражения артерий представляют собой проявления общего атеросклероза. Атеросклероз - это хроническое заболевание с поражением крупных артерий эластического типа с первоначальным поражением интимы сосудов и последующим распространением патологического процесса на среднюю и наружную оболочку артерий. Самым начальным звеном в этой патологии является определенная предуготованность интимы к отложению в ней липидов (она может быть обусловлена многочисленными факторами-генетическими, токсическими, инфекционными, аллергическими, иммунологическими и другими). Затем в интиме артерий происходит образование липидных пятен с последующим развитием на их месте атероматозных язв и в финале-многослойных атеросклеротических бляшек.

В результате отложения липидов, солей Ca и развития соеденительной ткани в стенках артерий развивиается их уплотнение с нарушением их функциональных возможностей (недостаточная дилатация в ответ на возросшую потребность в кровоснабжении, наклонность к ангиоспазмам). Со временем развивается достаточно выраженное органическое сужение просвета сосудов, ведущее к стойкому нарушению кровотока и развитию в соответствующих органах и тканях дистрофических, некробиотических и склеротических процессов.

Факторы риска: отягощенный семейный анамнез по атеросклерозу, атерогенные расстройства липопротеидного метаболизма, артериальная гипертония, курение, психо-эмоциональное перенапряжение, недостаточная физическая активность, ожирение, сахарный диабет, подагра и др.

Расстройства липопротеидного метаболизма.

Транспортной формой холестерина в крови служат липопротеиды, основными компонентами которых, помимо холестерина, являются триглицериды, фосфолипиды и белки. Липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), являются основной транспортной формой холестерина, как и липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП). ЛПНП и ЛПОНП, проникнув из тока крови в сосудистую стенку, могут в ней "застревать", распадаться и, таким образом, способствовать внедрению холестерина в мембраны клеток сосудов. Доказано, что ЛПНП и ЛПОНП входят в состав атероматозных язв и атеросклеротических бляшек. В связи с этим указанные липопротеиды получили название атерогенных. Липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) также проникают из тока крови в стенки артерий, однако в силу компактности и малых размеров молекул они легко через нее проходят, становясь при этом акцепторами застрявшего здесь холестерина. Они удаляют его с тканевых мембран клеток сосудов. В результате подобного действия ЛПВП получили название антиатерогенных липопротеидов. Таким образом угрозе развития и прогрессирования атеросклероза способствует не только избыток ЛПНП и ЛПОНП, но и недостаток ЛПВП.

**Лечение**

Лечение в начальной стадии консервативное:

* устранение неблагоприятных факторов (охлаждение, курение, употребление спиртного),
* спазмолитическая терапия (но-шпа, галидор и др.),
* ганглиоблокаторы (дипрофен, диколин и др.),
* обезболивающие.
* для улучшения метаболических процессов в тканях назначают витамины, компламин, солкосерил.
* целесообразно назначение препаратов, нормализующих свертывание крови, снижающих агрегацию тромбоцитов (реополиглюкин, трентал, курантил, свежезамороженная плазма).
* проводят физиотерапевтическое лечение, целесообразна гипербарическая оксигенация, санаторно-курортное лечение, показана ЛФК (особенно ходьба).

Ангиотропная медикаментозная терапия:

Sol. NaCl 0,9% - 400 ml

Sol. KCl 4% - 10 ml внутривенно капельно № 5 через день

Sol. MgSO4 25% - 5 ml

Sol. Glucosae 5% - 400 ml внутривенно капельно № 5 через день

Sol. Pentoxifyllini 2% - 5 ml

Смесь Постникова № 10

Sol. Piridoxini 5% - 2 ml внутримышечно через день № 10

Sol. Thiamini 5% - 2 ml внутримышечно через день № 10

Больному показано хирургическое лечение

**Предоперационный эпикриз**

Больной Н., поступил 8.12.2006 в РКД в плановом порядке с жалобами на головные боли, головокружение, пошатывание при ходьбе, повышение АД до 175/100 мм. рт. ст., боли в икроножных мышцах правой ноги при ходьбе на расстоянии более 200м, судороги в ногах. Давящие загрудинные боли при умеренной физической нагрузке, слабость.

Из истории заболевания установлено: Больным себя считает в течение 15 лет, когда впервые обратил внимание на утомляемость ног при быстрой ходьбе. Постепенное снижение выносливости при физической нагрузке. 11 марта 2006 года перенес ОНМК с правосторонним гемипарезом. Ухудшение состояния в течении последних 2 месяцев, усилились головные боли, головокружения. Обратился в поликлинику республиканского кардиологического диспансера, откуда был направлен на госпитализацию в хирургическое отделение.

При поступлении объективно: Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, адекватен, поведение спокойное. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренно влажные. Лимфатические узлы доступны пальпации, не увеличены, безболезненны.

Телосложение: нормостенический конституциональный тип.

Рост 177 см, вес 80 кг. Температура тела 36,60.

Выражение лица спокойное.

Рубцы: послеоперационный рубец бледного цвета, безболезненный.

Тургор кожи сохранён, оволосение по мужскому типу. Ногти на нижних конечностях утолщены и деформированы.

Видимые слизистые: бледно-розового цвета, чистые, обычной влажности.

Подкожно-жировая клетчатка: развитие умеренное, по мужскому типу, при пальпации безболезненна. Отеков нет.

Лимфатические узлы: не пальпируются, безболезненны.

Мышцы: развиты соответственно полу и возрасту, тонус сохранен, при пальпации безболезненны. Скелет без деформаций.

Суставы: обычной конфигурации, движения в них совершаются в полном объеме, не сопровождаясь хрустом и болевыми ощущениями. Пальпация суставов безболезненна. Видимых пульсаций, расширения сосудов на туловище и конечностях не выявлено.Трофических нарушений нет. При пальпации пульс пальпируется на магистральных артериях: лучевых, локтевых, сонных, подвздошных, бедренных, подколенных с права удовлетворительного наполнения, не напряженный, ритмичный, частотой 74 удара в минуту, на берцовых с права не определяется. При пальпации живота аневризматических расширений, пульсирующих объемных образований не выявлено. Аускультативно над сонными, подвздошными артериями систолический шум, над другими магистральными артериями систолического шума не выслушивается. По данным функциональных проб глубокие вены проходимы.

Был поставлен клинический диагноз: Атеросклероз. Синдром Такаясу - Лериша. Стеноз сонных артерий. КЭАЭ слева от 11.2006.ХНМК 4. Окклюзия левой подвздошной артерии, берцовых артерий справа. Ампутационная культя левого бедра. ХИ 2а

В связи с клиникой, данными диагностических исследований больному показано оперативное лечение – бедренно – бедренное шунтирование слева.

Больной на операцию согласен.

**Протокол операции**

Операция: Эверсионная каротидная эндартерэктомия слева

Бригада:

Операционная сестра:

Описание операции: Доступом по переднему краю кивательной мышцы слева выделены ОСА, ВСА, НСА, ОСА и НСА стенозированы на 1/3 просвета, бифуркация ОСА, устья ВСА предельно стенозированы локальной атеросклеротической бляшкой. ОСА поперечно пересечена ниже бифуркации. Проведена эверсионная эндартерэктомия из ОСА, ВСА, НСА наложен анастомоз между отрезками ОСА по типу «конец в конец» нитью пропен 7/0. Получен удовлетворительный магистральный кровоток на всех артериях в пределах операционного доступа. Неврологических нарушений во время операции не выявлено. Гемостаз, вакуумный дренаж. Послойные швы на рану. Асептическая повязка.

**Дневник**

**25.12.06** Жалобы на общую слабость, умеренные боли в области операционного доступа. Общее состояние относительно удовлетворительное. В сознании, адекватен, контактен, кожные покровы обычной окраски и влажности. В лёгких дыхание везикулярное, ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 140/100мм рт. ст. ЧСС 70 в мин. Живот мягкий безболезненный. Перистальтика выслушивается. Мочеиспускание не нарушено. Повязка сухая, чистая. Получает лечение.

Rp.: Sol. Tramali 2,0ml

D.t.d: N 1

S: в/м перед сном.

Rp.: Tab. Vasonit 0,6

D.t.d: N 20

S: по 1таб 2 раза в день

**26.12.06** Жалобы на общую слабость, умеренные боли в области операционного доступа. Общее состояние удовлетворительное. В сознании, адекватен, контактен, кожные покровы обычной окраски и влажности. В лёгких дыхание везикулярное, ЧД 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 140/80мм рт. ст. ЧСС 74 в мин. Живот мягкий безболезненный. Перистальтика выслушивается. Мочеиспускание не нарушено. Повязка сухая, чистая. Получает лечение.

Rp.: Sol. Dimedroli 1%-1,0ml

D.t.d: N 1

S: в/м

Rp.: Tab. Vasonit 0,6

D.t.d: N 20

S: по 1таб 2 раза в день

**27.12.06** Жалобы на умеренные боли в области операционного доступа. Общее состояние удовлетворительное. В сознании, адекватен, контактен, кожные покровы обычной окраски и влажности. В лёгких дыхание везикулярное, ЧД 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 140/80мм рт. ст. ЧСС 74 в мин. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перистальтика выслушивается, стул в норме. Мочеиспускание не нарушено. Повязка сухая, чистая. Получает лечение.

Rp.: Tab. Vasonit 0,6

D.t.d: N 20

S: по 1таб 2 раза в день

Rp.: Sol. Celexani 0,4

D.t.d: N 1

S: подкожно 1 раз в день.

**Температурный лист**

18.12 19.12 20.12 21.12 22.12 23.12 24.12 25.12 26.12 27.12

У В У В У В У В У В У В У В У В У В У В У

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Прогноз**

В данном случае, так как была проведена диагностика и проведено оперативное лечение, прогноз благоприятный.

а) для здоровья – благоприятный (выздоровление);

б) для жизни – благоприятный (заболевание не угрожает жизни больного);

в) для работы – благоприятный (заболевание не повлекло за собой инвалидизацию больного).

**Эпикриз**

Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, поступил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ в плановом порядке с жалобами на головные боли, головокружение, пошатывание при ходьбе, повышение АД до 175/100 мм. рт. ст., боли в икроножных мышцах правой ноги при ходьбе на расстоянии более 200м, судороги в ногах. Давящие загрудинные боли при умеренной физической нагрузке, слабость.

Из истории заболевания установлено: Больным себя считает в течение 15 лет, когда впервые обратил внимание на утомляемость ног при быстрой ходьбе. Постепенное снижение выносливости при физической нагрузке. 11 марта 2006 года перенес ОНМК с правосторонним гемипарезом. Ухудшение состояния в течение последних 2 месяцев, усилились головные боли, головокружения. Обратился в поликлинику республиканского кардиологического диспансера, откуда был направлен на госпитализацию в хирургическое отделение.

При поступлении объективно: Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, адекватен, поведение спокойное. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренно влажные. Лимфатические узлы доступны пальпации не увеличены, безболезненны.

Телосложение: нормостенический конституциональный тип.

Рост 177 см, вес 80 кг. Температура тела 36,60.

Выражение лица спокойное.

Рубцы: послеоперационный рубец бледного цвета, безболезненный.

Тургор кожи сохранён, оволосение по мужскому типу. Ногти на нижних конечностях утолщены и деформированы.

Видимые слизистые: бледно-розового цвета, чистые, обычной влажности.

Подкожно-жировая клетчатка: развитие умеренное, по мужскому типу, при пальпации безболезненна. Отеков нет.

Лимфатические узлы: не пальпируются, безболезненны.

Мышцы: развиты соответственно полу и возрасту, тонус сохранен, при пальпации безболезненны. Скелет без деформаций.

Суставы: обычной конфигурации, движения в них совершаются в полном объеме, не сопровождаясь хрустом и болевыми ощущениями. Пальпация суставов безболезненна. Видимых пульсаций, расширения сосудов на туловище и конечностях не выявлено. Трофических нарушений нет. При пальпации пульс пальпируется на магистральных артериях: лучевых, локтевых, сонных, подвздошных, бедренных, подколенных с права удовлетворительного наполнения, не напряженный, ритмичный, частотой 74 удара в минуту, на берцовых с права не определяется. При пальпации живота аневризматических расширений, пульсирующих объемных образований не выявлено. Аускультативно над сонными, подвздошными артериями систолический шум, над другими магистральными артериями систолического шума не выслушивается. По данным функциональных проб глубокие вены проходимы.

После обследования был поставлен диагноз:

Атеросклероз. С-м Лериша. Стеноз подвздошных артерий с обеих сторон. Окклюзия бедренных артерий с обеих сторон ХИ 3ст.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 3, ст3. риск 4. ИБС. Стенокардия ФК 2. (1991г.). Осл: ХСН 1,ФК 2

Проводилось медикаментозное лечение.

Было проведено оперативное лечение 19.12.2006: Эверсионная каротидная эндартерэктомия слева

На фоне проводившегося оперативного лечения отмечается положительная динамика. Больной продолжает получать лечение.

**Список использованной литературы:**

1. Избранные лекции по клинической хирургии. Под редакцией проф. В.В. Плечева и проф. В. М. Тимербулатова. Уфа 1996г
2. Хирургические болезни. Под редакцией М.И. Кузина. Москва «Медицина» 2000г.
3. Лекции по госпитальной хирургии.