**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ.**

1. Ф.И.О. пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Пол: мужской
3. Возраст: 81 год
4. Постоянное место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Место работы: пенсионер
6. Дата поступления в стационар: 13.02.2013 года
7. Дата выписки из стационара: продолжает лечение в стационаре
8. Кем направлен больной: СМП
9. Диагноз направившего учреждения: тромбоз сосудов правой голени.
10. Заключительный клинический диагноз: МФА. Тромбоэмболия правой бедренной артерии. ОАН правой н/к 3 ст.

Сопутствующая патология: ИБС: Мерцательная аритмия, перманентная форма Н2А. АГ 2 Риск 4.

**ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА**

При поступлении пациент предъявлял жалобы на боли и онемение правой голени и стопы, отсутствие движений в пальцах стопы.

На момент курации пациент предъявляет жалобы на общую слабость, чувство онемения провой стопы.

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больным в течение 4-5 лет, когда стал отмечать, что появилась слабость в ногах, попеременная смена чувства холода и жара в стопах, обращался за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства, где ему было назначено: пентоксифиллин. После длительного времени лечения данным препаратом пациент заменил снижение эффективности и необходимость в увеличение дозы. После повторного обращения в поликлинику больному был назначен дигоксин, которым он лечился в течение недели. 13.02.2013 около 10 часов утра внезапно появились выраженные боли и онемение правой голени и стопы, кожа стопы и голени приобрела бледно-цианотичную окраску, перестали двигаться пальцы стопы.

Бригадой СМП был доставлен в \_\_\_\_\_\_\_ в кардиохирургическое отделение.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ.**

*1.Краткие биографические данные:* пациент родился в Витебске в 1931 году вторым ребёнком в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставал.

*2. Материально-бытовые условия:* проживает один в двухкомнатной квартире. Условия быта удовлетворительные.

*3. Вредные привычки:* отсутсвуют.

*4. Перенесенные заболевания:* простудные, переломы шейки бедра, с обеих сторон. Туберкулёз, венерические болезни, отрицает.

*5. Семейный анамнез и наследственность:* не отягощен.

*6. Аллергологический анамнез:* не отягощен. Переносимость лекарственных веществ: побочных реакций не отмечает.

7*. Гемотрансфузионный анамнез:* переливаний крови и кровезаменителей не было.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

***Общий осмотр***

 Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36.7ºС. Сознание ясное, адекватное, ориентирован во времени и пространстве. Положение больного в постели активное.

 Конституциональный тип - нормостенический. Телосложение правильное. Рост 172 см, масса 75 кг, ИМТ – 25 ( норма ).

 Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы бледно-розового цвета. Элементы сыпи отсутствуют. Влажность, эластичность кожи соответствуют норме. Расчёсов, объёмных образований не определяется.

 Лимфатические узлы, доступные для пальпации не увеличены, мягкие, безболезненные, не спаяны с кожей. Щитовидная железа не увеличена, без патологии.

 Мышцы развиты удовлетворительно, симметричны, тонус мышц сохранен, сила достаточная. Суставы обычной конфигурации, симметричные, безболезненные, движения в них в полном объеме. Кости не деформированы.

**Система органов дыхания**

Дыхание через нос свободное, ритмичное. Частота дыхания 16 в минуту. Форма грудной клетки нормостеническая, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные ямки выражены умеренно, подключичные только намечаются. Тип дыхания - брюшной.

*Пальпация*

Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково.

*Перкуссия*

При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук.

*Аускультация*

При аускультации по всем полям лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

**Система органов кровообращения**

*Осмотр*

Видимой пульсации в области сердца не определяется.

*Пальпация*

Пульс аритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках. Частота 60 ударов в минуту. Дефицита пульса нет.

При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, умеренной силы, резистентный.

Частота сердечных сокращений 60 ударов в минуту.

Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях справа и слева.

*Аускультация*

При аускультации тоны сердца аритмичные, глухие, шумов нет.

Артериальное давление 140/90 мм. рт. ст. на обеих руках.

**Система органов пищеварения**

*Осмотр*

 Слизистая оболочка полости рта : слизистая оболочка задней стенки глотки розовая, чистая; небные миндалины обычных размеров, бледно-розового цвета, налеты отсутствуют. Трещины, изъязвления, высыпания отсутствуют.

Язык розового цвета, влажный, обложен белым налетом.

Живот обычной формы, мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания, при поверхностной и глубокой пальпации безболезненный, доступен во всех отделах. Перистальтика удовлетворительная.

 Стул 1 раз в сутки, оформленный.

*Пальпация*

Симптомов раздражения брюшины нет.

Селезенка не пальпируется.

Печень : нижний край печени умеренно закруглённый, ровный, эластичный, безболезненный, не выступает из-под края реберной дуги, поверхность печени гладкая, желчный пузырь не пальпируется.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Прямая кишка – ампула прямой кишки свободна, слизистая подвижна.

*Перкуссия*

Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 9 см, по передней срединной линии 8 см, по краю реберной дуги слева 7 см.

**Мочеполовая система**

Мочеиспускание свободное, безболезненное, диурез достаточный. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

**Нервная система**

Сознание ясное, пациент ориентирован во времени и пространстве. Интеллект соответствует уровню развития, ослабления памяти и внимания нет. Двоения в глазах, птоза нет, движения глазных яблок в полном объеме. Носогубные складки при оскале зубов симметричны. Дисфонии и дисфагии нет. Менингиальные симптомы отрицательные. Судорог, контрактур мышц нет. Объем движений и сила конечностей в норме. Пальпаторная болезненность по ходу нервных стволов и корешков не выявляется. Нарушения поверхностной и глубокой чувствительности нет. Сухожильные рефлексы без патологии.

**Онкологический осмотр:**

Кожа без видимой патологии

Слизистые без видимой патологии

Щитовидная железа не пальпируется

Лимфоузлы не увеличены

**Локальный статус:**

Кожа голеней и стоп атрофична с обеих сторон. Очаги гиперпигментации с обеих сторон на коже голеней и стоп. Правая голень и стопа прохладнее левой, лёгкий цианоз пальцев стопы. Мышцы голени безболезненны, отёка нет, движения и чувствительность в пальцах стопы сохранены.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб пациента (на боли и онемение правой голени и стопы, отсутствие движений в пальцах стопы), данных истории болезни (считает себя больным в течение 4-5 лет, когда стал отмечать, что появилась слабость в ногах, попеременная смена чувства холода и жара в стопах, обращался за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства, где ему было назначено: пентоксифиллин. После длительного времени лечения данным препаратом пациент заменил снижение эффективности и необходимость в увеличение дозы. После повторного обращения в поликлинику больному был назначен дигоксин, которым он лечился в течение недели. 13.02.2013 около 10 часов утра внезапно появились выраженные боли и онемение правой голени и стопы, кожа стопы и голени приобрела бледно-цианотичную окраску, перестали двигаться пальцы стопы.

Бригадой СМП был доставлен в ВОКБ в кардиохирургическое отделение), на данных объективного исследования (кожа голеней и стоп атрофична с обеих сторон. Очаги гиперпигментации с обеих сторон на коже голеней и стоп. Правая голень и стопа прохладнее левой, лёгкий цианоз пальцев стопы. Мышцы голени безболезненны, отёка нет, движения и чувствительность в пальцах стопы сохранены). Можно выставить предварительный диагноз – тромбоэмболия правой бедренной артерии. Острая ишемия правой нижней конечности 1-2 стадия.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА**

1. ОАК;
2. ОАМ;
3. Биохимический анализ крови: сахар, белок, мочевина, электролиты, креатинин, холестерин.
4. Коагулограмма;
5. УЗИ сердца;
6. УЗИ брюшной полости;
7. ФГДС;
8. Рентгенограмма органов грудной клетки;
9. Аортоартериография (аорта, нижние конечности) для определения возможности и обьёма оперативного вмешательства;
10. RW крови;
11. Осмотр кардиолога;
12. ЭКГ;

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Общий анализ крови от 19.02.2013г.

Эритроциты – 4,4×10¹²/л;

Гемоглобин – 149 г/л;

Лейкоциты – 6,6 ×10⁹/л;

СОЭ – 24 мм/ч;

Нейтрофилы: палочкоядерные – 2%;

Сегментоядерные – 59%;

Эозинофилы – 1%;

Базофилы 3%;

Лимфоциты – 32%;

Моноциты – 3%.

ЦП – 0,9

Анализ мочи общий 19.02.2013г.

Цвет - соломенно-желтый

прозрачность - прозрачная

реакция - щелочная

удельный вес 1015

белок - нет

желчные кислоты - нет

сахар - нет

лейкоциты – 1-2 в поле зрения

эпителий переходный – 2-3 в поле зрения

Биохимический анализ крови 19.02.2013г.

Общий белок 71 г/л

Мочевина 14,8 ммоль/л

Креатинин 0,139 мколь/л

Билирубин общий 18,2 ммоль/л

Билирубин прямой 3,8 ммоль/л

АЛТ 74 ЕД/л

АСТ 98 ЕД/л

Глюкоза 4,8 ммоль/л

Холестерин 5,3 ммоль/л

 *Коагулограмма крови от 13. 02.2013*

*АЧТВ* 30

*ПТИ –0,93*

Фибриноген А 3,8

*Коагулограмма крови от 19. 02.2013*

*АЧТВ* 29

*ПТИ –1,07*

Фибриноген А 4,7.

*RW крови от 14.02.13* – отр.

На ангиограммах: атерокальциноз аорты, подвздошных, бедренных артерий. Стеноз левой почечной артерии 60%.

Справа: окклюзия ПБА в дистальном сегменте, ПколАрт, ЗББА. По коллатералям контрастируются ТПС, МБА, ПББА.

Слева: окклюзия ПББА, МБА, проксимального сегмента ЗББА.

Осмотр кардиолога от 13.02.13.

Обьективно: умеренный акроцианоз, на голенях отёчность.

Пульс аритмичный, твёрдый, 88 в минуту. АД 180/100 мм. рт. ст.

Сердце: тоны глухие, мерцательная аритмия.

Диагноз: Генерализованный атеросклероз. ИБС: Мерцательная аритмия, пароксизмальная форма Н2А. АГ 2 Риск 4.

Рентгенография органов грудной клетки от 13.02.13

Легочной рисунок усилен, диффузно корни тяжисты, органы средостения расположены обычно, куполы диафрагмы чёткие, синцсы свободны.

ЭКГ от 14.02.13

Ритм синусовый 60 в минуту, наджелудочковые экстрасистолы, парные; паузы. БПНПГ; гипертрофия миокарда желудочков.

ЭКГ от 19.02.13

Синусовая брадикардия 46 в минуту. Экстрасистолы не регистрируются.

**ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата 18.02Время 10.30T0С 36.7ЧСС 75 в мин.АД 140/80 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное.Жалобы на чувство онемения в правой стопе, общую слабость. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Язык влажный, обложен белым налётом.Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. ЧД 16 в мин.Тоны сердца глухие, аритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Диурез достаточный.Локальный статус : правая стопа несколько прохладнее левой, бледность не выражена. Икроножная мышца мягкая, безболезненная. Активные движения в стопе сохранены, несколько ограничены. | 1. Режим постельный
2. Стол № 15
3. Sol. Analgini 50%-2,0 в/м 3р/сутки.

 4.Sol. Papaverini 2% 2.0 3 р/сутки в/м. 5.Sol. Dimedroli 1% 1.0 3 р/сутки в/м. 6.Sol. Pentoxyphillini 5,0 + 0,9% NaCl 250 в/в кап. 7.Sol. Rheopolyglucini - 400 ml, вводить в/в кап.8.Sol. Cleksani 0,4 2 раза в день.9. Tab. Aspirini 0.125, по ¼ таблетке на ночь.10. Tab. Bisoprololi 5 mg 1раз в сутки, утром.11. Tab. Perindoprili 4 mg 1 раз в сутки, утром.12. Tab. Veroshpiponi 50 mg 1 раз в сутки,утром.13. Tab. Somnoli 1 таб вечером. |
| Дата 19.02Время 11.30T0С 36.6ЧСС 77 в мин.АД 130/80 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное.Жалобы на чувство онемения в правой стопе, общую слабость.Объективно: кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. ЧД 18 в мин.Тоны сердца глухие, аритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Диурез достаточный.Локальный статус : правая стопа несколько прохладнее левой, бледность не выражена. Икроножная мышца мягкая, безболезненная. Активные движения в стопе сохранены, несколько ограничены. | Лечение продолжить. |

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

На основании жалоб пациента (на боли и онемение правой голени и стопы, отсутствие движений в пальцах стопы), данных истории болезни (считает себя больным в течение 4-5 лет, когда стал отмечать, что появилась слабость в ногах, попеременная смена чувства холода и жара в стопах, обращался за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства, где ему было назначено: пентоксифиллин. После длительного времени лечения данным препаратом пациент заменил снижение эффективности и необходимость в увеличение дозы. После повторного обращения в поликлинику больному был назначен дигоксин, которым он лечился в течение недели. 13.02.2013 около 10 часов утра внезапно появились выраженные боли и онемение правой голени и стопы, кожа стопы и голени приобрела бледно-цианотичную окраску, перестали двигаться пальцы стопы.

Бригадой СМП был доставлен в ВОКБ в кардиохирургическое отделение), данных объективного исследования пациентки (кожа голеней и стоп атрофична с обеих сторон. Очаги гиперпигментации с обеих сторон на коже голеней и стоп. Правая голень и стопа прохладнее левой, лёгкий цианоз пальцев стопы. Мышцы голени безболезненны, отёка нет, движения и чувствительность в пальцах стопы сохранены). На ангиограммах: атерокальциноз аорты, подвздошных, бедренных артерий. Стеноз левой почечной артерии 60%.

Справа: окклюзия ПБА в дистальном сегменте, ПколАрт, ЗББА. По коллатералям контрастируются ТПС, МБА, ПББА.

Слева: окклюзия ПББА, МБА, проксимального сегмента ЗББА.

Заключение: МФА. Тромбоэмболия правой бедренной артерии. ОАН правой н/к 3 ст.

Сопутствующая патология: ИБС: Мерцательная аритмия, перманентная форма Н2А. АГ 2 Риск 4.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

**КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

1.Режим постельный

2.Стол № 15

3.Sol. Analgini 50%-2,0 в/м 3р/сутки.

4.Sol. Papaverini 2% 2.0 3 р/сутки в/м.

5.Sol. Dimedroli 1% 1.0 3 р/сутки в/м.

6.Нормализация процессов свертывания крови, адгезивной и агрегационной функции тромбоцитов, улучшение реологических свойств крови: антикоагулянты непрямого действия − реополиглюкин, пентоксифиллин.

Sol. Pentoxyphillini 5,0 + 0,9% NaCl 250 в/в кап.

Sol. Rheopolyglucini - 400 ml, вводить в/в кап.

7. Tab. Aspirini 0.125, по ¼ таблетке на ночь.

8. Tab. Bisoprololi 5 mg 1раз в сутки, утром.

9. Tab. Veroshpiponi 50 mg 1 раз в сутки,утром.

10.Sol. Cleksani 0,4 2 раза в день.

11.Tab. Perindoprili 4 mg 1 раз в сутки, утром.

12. Tab. Somnoli 1 таб вечером.

**ЭПИКРИЗ.**

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ поступил 13.02.2013 года в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с жалобами на боли и онемение правой голени и стопы, отсутствие движений в пальцах стопы.

 Считает себя больным в течение 4-5 лет, когда стал отмечать, что появилась слабость в ногах, попеременная смена чувства холода и жара в стопах, принимал: пентоксифиллин, затем дигоксин. 13.02.2013 около 10 часов утра внезапно появились выраженные боли и онемение правой голени и стопы, кожа стопы и голени приобрела бледно-цианотичную окраску, перестали двигаться пальцы стопы. Бригадой СМП был доставлен в ВОКБ в кардиохирургическое отделение.

Были проведены следующие исследования: 1. ОАК от 19.02.2013: эр.- 4,4 х 1012 /л, Нв- 124г/л, ЦП – 0,9, L - 6.6 х 109 /л, п/я - 2 %, с/я - 61 %, э-1%,л - 32 %,м - 4%, СОЭ 24 мм/час; 2. ОАМ от 26.01.13- норма; 3. Коагулограмма крови от 19.02.13: АЧТВ – 30,ПТИ – 0,93, Фибриноген А 3,8; 4. БАК от19.02.13:общ. белок- 71 г/л, глюк. – 4.8 ммоль /л, билирубин общ.- 18,2 мкмоль/л, билирубин пр. – 3,8 мкмоль/л, мочевина- 14,8ммоль/л, креатинин- 0,139 мкмоль/л, АЛТ- 74 Е/л, АСТ- 98 Е/л, ХС – 5,3 ммоль/л. ЭКГ от 14.02.13 Ритм синусовый 60 в минуту, наджелудочковые экстрасистолы, парные; паузы. БПНПГ; гипертрофия миокарда желудочков. ЭКГ от 19.02.13

Синусовая брадикардия 46 в минуту. Экстрасистолы не регистрируются.

Проведено лечение:

Консервативное лечение:

1.Режим постельный

2.Стол № 15

3.Sol. Analgini 50%-2,0 в/м 3р/сутки.

4.Sol. Papaverini 2% 2.0 3 р/сутки в/м.

5.Sol. Dimedroli 1% 1.0 3 р/сутки в/м.

6.Sol. Pentoxyphillini 5,0 + 0,9% NaCl 250 в/в кап.

7.Sol. Rheopolyglucini - 400 ml, вводить в/в кап.

8. Tab. Aspirini 0.125, по ¼ таблетке на ночь.

9. Tab. Bisoprololi 5 mg 1раз в сутки, утром.

10. Tab. Veroshpiponi 50 mg 1 раз в сутки,утром.

11.Tab. Perindoprili 4 mg 1 раз в сутки, утром.

12. Tab. Somnoli 1 таб вечером.

13.Sol. Cleksani 0,4 2 раза в день.

После проведенного лечения отмечается положительная динамика. Рекомендуется : 1. продожить лечение.

2. С целью профилактики многососудистого поражения и его прогрессирования необходима оценка показателей липидного обмена, перекисного окисления липидов.

3. Назначение статинов, которые обладают гиполипидемическим и противовоспалительным действием.

4. Контроль ССС: регуляция уровня АД, лечение мерцательной аритмии.

2. Реканализация, ангиопластика ПБА в дистальном сегменте, ПколАрт справа через 30-60 дней.

 Прогноз для жизни у пациента с МФА неблагоприятный, наличие перманентной формы мерцательной аритмии утяжеляет его, так как могут развиться повторные эмболии сосудов.