История болезни.

**I.Паспортные данные**

1 Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Пол - мужской

3. Возраст -09.12.1954

4. Национальность – белорус

5. Семейное положение – не женат

6. Профессия – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Дата поступления – 19.02.2013

8. Домашний адрес – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Кем направлен – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Диагноз направившего учреждения – Основное: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей 3 ст. Окклюзия подвздошной артерии справа. ХАН 3. Некроз 5 пальца правой стопы. Трофические язвы правой голени.

Сопутствующие: ИБС. ССН. ФК1. Н1. АГ2, риск 4.

11. Диагноз при поступлении – Основное: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей 3 ст. Окклюзия подвздошной артерии справа. ХАН 3. Некроз 5 пальца правой стопы. Трофические язвы правой голени.

Сопутствующие: ИБС. ССН. ФК1. Н1. АГ2, риск 4.

**2. Основные жалобы пациента.**

На момент поступления беспокоят боли в правой ноге в покое, трофические язвы в области правой стопы и голени.

На момент курации беспокоят боли в правой конечности в покое, выраженную отечность обеих н/конечностей, трофические язвы в области правой стопы и голени.

**3. Анамнез жизни**

В детском и юношеском возрасте рос и развивался нормально, от сверстников не отставал. Получил неполное среднее образование. Работает в течение последних 3 лет сторожем на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Злоупотребляет алкоголем, курит с 17 лет выкуривает 6-7 сигарет в день. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, чесотка в школьном возрасте. Вирусный гепатит, венерические заболевания у себя и близких отрицает. Год назад проходил лечения в ВОКПТД – закрытая форма туберкулеза легких. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез без особенностей. Трансфузионный анамнез – отрицательный. Привит по возрасту.

**3. Анамнез настоящего заболевания.**

Облитерирующим атеросклерозом страдает длительное время, ухудшения отмечает около месяца назад усиление боли после ходьбы до 15-20 м, появились трофические язвы, снижение функции конечности. С 31.01.2013 по 19.02.2013 находился на лечении в ВГКБ СМП с диагнозом

Основное: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей 3 ст. Окклюзия подвздошной артерии справа. ХАН 3. Некроз 5 пальца правой стопы. Трофические язвы правой голени.

Сопутствующие: ИБС. ССН. ФК1. Н1. АГ2, риск 4.

Рекомендовано госпитализация в КХО на 19.02.2013 для проведения оперативного лечения.

**4. Объективное исследнование (Status presens)**

1.Общий осмотр:

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве, положение активное. Телосложение нормостеническое. Рост 173, вес 73. Голова овальной формы, шея обычной длинны, длинна конечностей сопоставима с длинной туловища. Пальпации и перкуссии головы безболезнена.

Кожные покровы чистые, бледно розовые. Кожа несколько повышенной влажности, эластичная, тургор сохранен . Целостность слизистых оболочек не нарушена. Слизистые розового цвета. Оволосенение по мужскому типу без участков выпадения. Ногти розовые, утолщенные в виде часового стекла, пальцы напоминают барабанные палочки . Ожирения нет; отеков нет. Лимфоузлы доступные пальпации не увеличены, безболезненны.

2.Костно –мышечная система. Без видимых патологических изменений.

3.Система дыхания .

Грудная клетка нормостеническая; над и подключичные ямки слабо выражены; ребра средней ширины; надчревный угол прямой; лопатки плотно прилегают; в акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки; переднее задний размер грудной клетки меньше бокового; тип дыхания грудной; дыхание ритмичное, глубокое ;одышка и патологические типы дыхания отсутствуют. Пальпаторно зон болнзненности и ригидности мышц не выявлено. Голосовое дрожание симметрично с обеих сторон.. Высота стояния верхушек: спереди – на 3см выше ключиц, сзади- на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка;

Ширина полей Кренига – справа 6 см, слева- 5,5 см.

Нижняя граница легких : по окологрудинной верхний край 6 ребра;

По срединной ключичной нижний край 6 ребра;

По передней , срединной и задней аксилярным соответственно

нижним краям 7,8,9 ребер соответственно;

По лопаточной нижний край 10 ребра;

По околопозвоночной на уровне остистого отростка 2 грудного

позвонка .

Топография легких соответствует норме.

Величина дыхательной экскурсии : По срединной подмышечной равна 6 см.

По лопаточной и правой среднеключичной равна 4см.

Окружность крудной клетки:

на высоте вдоха -95

на высоте выдоха – 87

при спокойном дыхании -90

Аускультация легких: над вей поверхностью легкого выслушивается жесткое везикулярное дыхание ; добавочных шумов нет; бронхофония не изменена.

4.Система кровообращения.

Осмотр области сердца и сосудов

Верхушечный толчок невиден, патологическая пульсация сосудов отсутствует.

Пальпация области сердца и сосудов

Верхушечный толчок: локализация – на 1.5 см кнутри от средней ключичной линии.

Площадь - 1.5 см.кв

Высота – умеренная

Резистентность – умеренная

Пульс на лучевых артериях: одинаковый на обеих руках, частота 98 ударов в минуту, ритмичный, напряжение удовлетворительное, соответствует частоте сердечных сокращений. Артериальная стенка мягкая, эластичная.

Перкуссия сердца и сосудистого пучка

Относительная тупость сердца : правая граница – в 4 межреберье на 1 см кнаружи от

правого края грудины ;

левая граница – на 1 см кнутри от срединноключичной

линии;

верхняя граница – на уровне верхнего края 3 ребра

Конфигурация сердца – нормальная

Поперечник сердца : 8 см

Ширина сосудистого пучка 5 см.

Абсолютная тупость сердца : правая граница – в 4 межреберье у левого края грудины;

Левая – в 5 межреберье на 1.5 см кнутри от левой

срединноключичной линии;

верхняя- на уровне нижнего края 4 ребра

Аускультация сердца и сосудов

Деятельность сердца ритмичная , тоны сердца ясные чистые. Изменений в 1-ом и 2-ом тоне нет. Добавочных тонов, шумов нет. При аускультации крупных сосудов патологических изменений не выявлено. АД на момент курации 110/70, Ps 80.

При объективном обследовании органов кровообращения отклонений от нормы не выявлена, кроме увеличенных цифр АД.

5.Система пищеварения

Язык влажный с желто-серым налетом. Зев гиперимирован. Акт глотания не нарушен.

Исследование живота в вертикальном положении:

Выпячиваний , расширений вен на передней брюшной стенке, рубцов, сыпи,пигментации нет; грыжи не выявлены;

Исследование живота в горизонтальном положении

Форма нормальная; Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Размеры печени : верхняя граница – по правой окологрудинной линии на уровне верхнего края 6 ребра , по срединноключичной линии на уровне нижнего края 6 ребра , по передней подмышечной линии- на уровне нижнего края 7 ребра. Нижняя граница абсолютной тупости- по передней подмышечной линии- на уровне края 12 ребра, по срединно-ключичной линии ниже края реберной дуги на 2 см, по правой окологрудинной линии на 2 см ниже реберной дуги, по передней срединной линии – на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком, по левой окологрудинной линии – на уровне нижнего края реберной дуги.

Расмеры печени по Курлову:

Правая срединно-ключичная 11 см

По передней срединнй линии 8см

Косой расмер – 7см.

Расмеры селезенки:

Поперечный – 5см.

Продольный – 7 см.

Селезенка не увеличены в размерах. Печень пальпируется по срединноключичной линии на 2 см ниже края реберной дуги.

Селезенка не пальпируется.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.

Пальпация по Образцову:

Сигмовидная кишка при пальпации в виде цилиндра, умеренно плотная, толщиной в большой палец, безболезненна, обладает пассивной подвижность в пределах 5 см.

Пальпировать нисходящий отдел толстой кишки не удалось

Селпая кишка при пальпации мягкая, эластичная, безболезненная, диаметром примерно 4 см, с умеренной подвижность 4 см.

Восходящую часть толстой кишки пальпировать не удалось.

Терминальный отрезок подвздошной кишки в виде цилиндра диаметром 1 см, средней плотности, урчащий, безболезненный.

Большая кривизна желудка не пальпируется. Поперечно –ободочную кишку пальпировать не удалось.

При пальпации кишечника, печени , селезенки отклонений от нормы не выявлено.

Per rectum: сфинктер прямой кишки гипотоничен, ампула содержит каловые массы обычной окраски, новообразований не выявлено.

6.Мочеполовая система

Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Почки не пальпируются .Пальпация мочеточниковых точек безболезненна.

7. Неврологический статус : без особенностей

8. Локальный статус: гипотрихоз, гипотрафия мышц голеней и стоп, стопы прохладны, движения, глубокомышечная чувствительность сохранены. Ограниченные некрозы в области правой стопы и голени. Поверхностная венозная система – обеих нижних конечностей не изменена.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Пульс. артерий | справа | слева | Пульс. артерий | справа | слева |
| Бедренная | Не определяется | отчетливая | сонная | отчетливая | отчетливая |
| Подколенная | Не определяется | Не определяется | Подмышечная | отчетливая | отчетливая |
| Заднеберцовая | Не определяется | Не определяется | Плечевая | отчетливая | отчетливая |
| Тыльная стопа | Не определяется | Не определяется | лучевая | отчетливая | отчетливая |

**5. План обследования:**

1. ОАК, ОАМ.
2. Биохимический анализ крови.
3. Коагулограмма.
4. Кровь на RW, Hbs, анти-HCV, ВИЧ, кровь на группу, резус фактор.
5. ЭКГ, рентген грудной клетки.
6. Осмотр кардиолага
7. Аортаартериография (н/конечности)- для определения возможности и объема оперативного вмешательства.
8. УЗИ артерий н/конечности.

**6. Анализы:**

Анализ мочи общий от 18.02.13:

Цвет- соломенно-желтая

Прозрачность- полная

Реакция – кислая

Плотность -1.015

Белка нет

Глюкозы нет

Плоский эпителий 0-1 ед. в п/з

Лейкоциты 0-2 ед. в п/з

Общий анализ крови от 16.02.13:

Эритроциты – 4.0 \* 10^12/л

Hb- 121 г/л

Цветовой показатель -1.0

СОЭ- 4 мм/час

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| лейкоциты | эозинофилы | базофилы | юные | палочки | сегменты | лимфоциты | моноциты |
| 6,4 10^9/л | 0% | 0% | 0% | 4% | 68% | 18% | 10% |

Коагулограмма от 04.02.13

АЧТВ 32 (N 22-35) протромбиновый индекс 1,07 (N 0,7- 1,1) фибриноген А 8,5 (N 1,8- 3,5)

Тромбиновое время (N 20)

Биохимический анализ крови от 04.02.13

Мочевина – 3,3 ммоль./л л (N 4,2-8,3ммоль/л)

Билирубин общий – 14,6 ммоль /л (N 8,5-20,5 мкмоль/л)

Глюкоза – 4,9 ммоль /л (N 3,88-5,5 ммоль/л)

Белок общий – 77 (N 65-68 г/л)

АЛТ – 17 (N 8-56 Е/л)

АСТ – 21 (N 5-40Е/л)

Na – 133 (N 130-156 ммоль/л)

K-4.6 (N 3,44-5,3 ммоль/л)

Ca – 2.1 (N 2,1-2,7 ммоль/л)

Cl – 98 (N 95-110 ммоль/л)

RW от 19.02.13 отр

ЭКГ от 22.03.12: синусовая тахикардия 120 в мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

Рентгенологическая диагностика. От 08.02.13.

Легочное поле без видимых теней, слева корень уплотнен, пониженной структурности. Синусы острые, свободные. Сердце, аорта - возрастные изменения.

УЗИ артерий н/конечности от 01.02.2013

Определяется признаки атеросклероза. Правая н/конечность: кровоток в бедренной артерии, в подколенной артерии - не регистрируется, полная окклюзия на уровне подвздошной артерии. Левая н/конечность: кровоток в бедренной артерии- коллатерального типа, не снижен; в подколенной артерии – коллатерального типа, не снижен; в задней большеберцовой артерии – коллатерального типа, не снижен.

Аортография брюшная Артериография висцеральная- (таза, н/конечностей) от 20.02.13

Справа: окклюзия ОПА от устья. По коллатералям контрастируется ГБА, ПБА, ПкА, МАГ.

Слева: без значимых стенозов.

**7. Обоснование диагноза**

На основании жалоб: На момент поступления беспокоят боли в правой ноге в покое, трофические язвы в области правой стопы и голени.

На момент курации беспокоят боли в правой конечности в покое, выраженную отечность обеих н/конечностей, трофические язвы в области правой стопы и голени.

На основание анамнеза заболевания: Облитерирующим атеросклерозом страдает длительное время, ухудшения отмечает около месяца назад усиление боли после ходьбы до 15-20 м, появились трофические язвы, снижение функции конечности. С 31.01.2013 по 19.02.2013 находился на лечении в ВГКБ СМП с диагнозом

Основное: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей 3 ст. Окклюзия подвздошной артерии справа. ХАН 3. Некроз 5 пальца правой стопы. Трофические язвы правой голени.

Сопутствующие: ИБС. ССН. ФК1. Н1. АГ2, риск 4.

Рекомендовано госпитализация в КХО на 19.02.2013 для проведения оперативного лечения.

На основании анамнеза жизни: Злоупотребляет алкоголем, курит с 17 лет выкуривает 6-7 сигарет в день.

На основании данных осмотра: Локальный статус: гипотрихоз, гипотрафия мышц голеней и стоп, стопы прохладны, движения, глубокомышечная чувствительность сохранены. Ограниченные некрозы в области правой стопы и голени. Поверхностная венозная система – обеих нижних конечностей не изменена.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Пульс. артерий | справа | слева | Пульс. артерий | справа | слева |
| Бедренная | Не определяется | отчетливая | сонная | отчетливая | отчетливая |
| Подколенная | Не определяется | Не определяется | Подмышечная | отчетливая | отчетливая |
| Заднеберцовая | Не определяется | Не определяется | Плечевая | отчетливая | отчетливая |
| Тыльная стопа | Не определяется | Не определяется | лучевая | отчетливая | отчетливая |

На основании данных инструментального обследования:

УЗИ артерий н/конечности от 01.02.2013

Определяется признаки атеросклероза. Правая н/конечность: кровоток в бедренной артерии, в подколенной артерии - не регистрируется, полная окклюзия на уровне подвздошной артерии. Левая н/конечность: кровоток в бедренной артерии- коллатерального типа, не снижен; в подколенной артерии – коллатерального типа, не снижен; в задней большеберцовой артерии – коллатерального типа, не снижен.

Аортография брюшная Артериография висцеральная- (таза, н/конечностей) от 20.02.13

Справа: окклюзия ОПА от устья. По коллатералям контрастируется ГБА, ПБА, ПкА, МАГ.

Слева: без значимых стенозов.

Диагноз:

Основное: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей 3 ст. Окклюзия подвздошной артерии справа. ХАН 3. Некроз 5 пальца правой стопы. Трофические язвы правой голени.

Сопутствующие: ИБС. ССН. ФК1. Н1. АГ2, риск 4.

1. **Дифференциальный диагноз.**

Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей следует дифференцировать с облитерирующим эндартериитом сосудов нижних конечностей и с тромбоэмболическими состояниями.При всех этих заболеваниях нарушается проходимость магистральных сосудов, что приводит к ишемии тканей, выключенных из кровообращения.  
Общими симптомами между облитерирующим атеросклерозом и облитерирующим эндартериитом сосудов нижних конечностей являются: перемежающаяся хромота, отсутствие пульсации на периферических артериях стоп, изменение кожи нижних конечностей (появление сухости, нарушение роста волос), трофические расстройства, атрофия мышц голени и стопы. Фактором риска для обоих заболеваний является курение, что имеет место у данного больного (курит с 20 лет, более двух пачек в день, в последние три года уменьшил количество выкуриваемых сигарет до одной пачки на 3 дня). Но у нашего больного заболевание развилось в возрасте 43 лет, тогда как облитерирующим эндартериитом болеют чаще молодые мужчины от 20 до 40 лет. Развитию эндартериита способствуют переохлаждения, травмы нижних конечностей, стрессы, инфекции, чего не было в данном случае.   
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.

1. **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 обусловленна 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, атерогенныерасстройства липопротеидного метаболизма, артериальная гипертония, курение, психоэмоциональное 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.

**8. План лечения.**

Палатный режим. Стол Б

Операция №31 Дата 26.02.13. 10.35-13.10

Кроссоверное бедренно-бедренно аутовенозное шунтирование.

ЭДА. Разрезом по Кена в верхней трети правого бедравыделена общая, поверхностна м глубокая бедренная артерии (ОЬА, ПБА, ГБА). ОБА с атерокальценозом, не пульсирует. Доступом по Линии Кэна в верхней трети левого бедра выделена ОБА, пульсирует отчетлива, с атероскальцинозом. Ревизирована большая подкожная вена справа в области бедра, до 3,5 мм в диаметре, для шунтирования не пригодна. Выделена и реверсирована большая подкожная вена в области левого бедра, до 5 мм в диаметре. Системная гепаринизация 2500 ЕД. Продольная артериотомия ОБА слева. Центральный кровоток удовлетворительный. Наложен анастамоз между аутовеной и ОБА нитью пролен 6,0 по типу конец в бок. Аутовена проведена над лоном в подкожной клетчатке в верхнюю треть правого бедра. Продольная артериотомия ОБА справа. Эндартерэктомия из ОБА и устья ПБА. Ретроградный кровоток из ПБА и ГБА умеренный. Наложен дистальный анастамоз между аутовенной и ОБА справа нитью пролен 6,0 по типу конец в бок. Пущен кровоток. Пульсация всех артерий в ранах отчетливая. Контроль нагемостаз – сухо. Раны дренированы резиновыми полосками, промыты р-ром хлоргексидина, послойно ушиты. Асептическая повязка.

Назначено:

Пентоксифиллин 5 мл + физ р-р 400 мл в/ в капельно

Р-р глюкозы 10% - 400 мл + инсулина 8 ЕД +р-р КCl 4% - 40 мл в/в капельно

Реополиглюкин 400мл в/в капельно

Клексан 40 мг п/к в 22.00 и 6.00

Промедол 2% - 1 мл в/м 6.00, 14.00, 22.00

Кеторолак 2 мл в/м 3 раза в день

**9. Дневник.**

28.03.12 Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве, положение активное. Жалобы на боли в правой конечности в покое, выраженную отечность обеих н/конечностей, трофические язвы в области правой стопы и голени. Температура тела 36,8 Кожные покровы чистые, бледно розовые. Cor: тоны ясные, ритмичные. Патологических шумы не выслушиваются. АД 130/80, пульс 95уд. в мин. Pulmo:жесткое везикулярное дыхание с обеих сторон. ЧД 16 в мин.

Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

Местный статус: в области правой стопы и нижней трети голени, на бедре наложены асептические повязки. Повязки пропитаны серозным отделяемым.

**10. Прогноз**

1. для полного выздоровления - неблагоприятный

2. для жизни - благоприятный

3. работоспособности – неблагоприятный

**11. Рекомендации**

1)Регулярное выполнение программы упражнений продолжительностью не менее 1 часа в день (ходьба до появления болей, отдых, затем продолжение ходьбы); упражнения на велотренажёре, посещение бассейна и др.

2)избегать переохлаждения нижних конечностей

3) Соблюдение диеты с пониженным содержанием холестерина и жиров животного происхождения

Общая калорийность пищи при возрасте: 51-60 лет = 2 500 ккал Ограничение приема простых углеводов (сахар!) до 25-30 г. в сутки. Сложные углеводы в виде круп, овощей и фруктов. В том числе довести употребление овощей до 600 г. в день, фруктов - до 300 г. 4. Прием белка 1 г/кг массы тела, при этом доля белков молочных продуктов должна составлять 60-70%. Кроме того, ввести белки бобовых (горох, фасоль). Жирные сорта мяса из пищи лучше исключить. Суточное потребление жиров не должно превышать 0, 8 г/кг массы тела. Содержание растительных масел должно составлять одну треть, половину общего количества жира. Ограничить прием поваренной соли до 6-8 г. в сутки, остальное потребное количество соли содержится в продуктах питания. Дополнительно в рацион вводятся витамины группы "В" и витамины "С" в виде поливитаминных смесей.

4) Отказ от вредных привычек (в первую очередь, курения). Необходим полный отказ от любой формы табака. Курение даже 1 сигареты в сутки самого лёгкого типа является неблагоприятным фактором риска, вызывающим прогрессирование облитерирующего атеросклероза и развитие его тяжёлых осложнений. Никотин, содержащийся в табаке, заставляет артерии спазмироваться, тем самым мешая крови двигаться по сосудам и увеличивая риск появления в них тромбов.

5) Наблюдение терапевта амбулаторно .Контроль артериального давления с его поддержанием на рекомендуемом уровне (не более 140/90 мм.рт.ст.)

6) наблюдение хирурга амбулаторно. Перевязки с хлоргексидином.

7) Аспирин по ¼ таблетки 1 раз в сутки после еды, запивая молоком.

8)Пентоксифиллин по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 20 дней.