**1) Паспортная часть:** x, 56 лет, инвалид 2 группы, место проживания: x, женат, группа крови 1я резус +, поступил 17 января самостоятельно. Диагноз: основной – облитерирующий атеросклероз и диабетическая ангиопатия нижних конечностей, ишемия 4 степени, трофическая язва правой стопы, состояние после ампутации левой нижней конечности; сопутствующие заболевания – сахарный диабет 2 типа, тяжелое течение, стадия субкомпенсации, диабетическая нефропатия, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз. Вид операции: ампутация правой нижней конечности по Каллендеру. Обезболивание: смешанный наркоз.

**2) Жалобы:** на общую слабость, на интенсивную боль в правой нижней конечности в покое, похолодание, ощущение покалывания в правой нижней конечности, на наличие трофической язвы на тыльной поверхности правой стопы.

**3) Анамнез болезни:** Болеет сахарным диабетом 16 лет, проходит инсулинотерапию нерегулярно. Наблюдается у терапевта по поводу сахарного диабета 2 типа, диабетической нефропатии, ИБС, атеросклеротического кардиосклероза. 5.01.95 направлен поликлиникой ЗИМ по поводу диабетической ангиопатии нижних конечностей, трофической язвы левой стопы. Несмотря на проводимую терапию процесс ишемии нарастал, принял характер гангрены стопы, 2.02.05 выполнена ампутация левой нижней конечности по Каллендеру. Течение раннего послеоперационного периода тяжелое, на фоне гнойно-некротического фасциита, абсцесса бедра (25.03.95 вскрытие абсцесса). Получал антибактериальную и инфузионную терапию. После проведенного лечения наступило улучшение. Послеоперационные раны зажили вторичным натяжением. Выписан 15.06.95 года на вторую группу инвалидности. С 15.06.95 по 15.06.02 в клинике не наблюдался. С 15 июля по 4 августа 2002 находился на стационарном лечении по поводу облитерирующего атеросклероза и диабетической ангиопатии нижних конечностей, ишемии 4 степени, трофической язвы правой стопы. Получал консервативную терапию, физиотерапевтическое лечение. Несмотря на проводимое лечение ишемические боли сохранились, трофическая язва не заживала. В январе 2003 госпитализирован в клинику с вышеуказанными жалобами. Несмотря на проводимую терапию боли нарастали, процесс принял характер гангрены стопы. 10 января больному ампутация правой нижней конечности по Каллендеру. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. В настоящее время продолжается консервативное лечение.

**4) Анамнез жизни:** Родился от первой беременности, первых родов, в детстве рос и развивался нормально. Окончил среднюю школу и ПТУ, учился нормально. Отслужил 2 года в армии. Работал на заводе им.Малышева фрезеровщиком. Живет с женой и 2 детьми в изолированной квартире. Питание регулярное, 3 раза в день, количество пищи достаточное, качество удовлетворительное. Питается дома. Физкультурой и спортом не занимается. В настоящее время не работает, находится на инвалидности. *Перенесенные заболевания:* Болеет ОРВИ 1 раз в год. Болезнь Боткина, туберкулез, венерические заболевания отрицает. *Травмы, операции:* В 1980 году – аппендэктомия. *Эпидемиологический анамнез:* Контактов с инфекционными больными не было, укусам насекомых, грызунов не подвергался. *Привычные интоксикации:* Курит с 20 лет (1 пачку в день), периодически употребляет алкоголь. У тети по отцовской линии сахарный диабет, у родного брата хроническая почечная недостаточность, отец умер в 1990 году от рака пищевода. Перенес переливание крови во время ампутации правой нижней конечности (500 мл, без осложнений). Реакций на введение вакцин не было. Аллергологический анамнез не отягощен.

5) Объективный статус:

ОБЩИЙ ОСМОТР: Состояние средней тяжести, сознание ясное, положение пассивное (лежа на спине). Выражение лица спокойное. Телосложение правильное, соответствует возрасту и полу. Астеник, так как туловище относительно длинное, грудной отдел преобладает над брюшным, грудная клетка длинная, эпигастральный угол острый. Питание больного достаточное так как толщина кожной складки у лопаток 1 см., около пупка 2,5 см. Кожные покровы обычной окраски, депигментации нет, тургор сохранен, так как кожная складка, взятая 2-мя пальцами на внутренней поверхности предплечья, расправляется сразу, влажность нормальная. Сухости кожи, шелушений, сыпей нет. Ногти, волосы не изменены. Слизистая оболочка конъюнктивы, носа, губ, полости рта розового цвета, чистая, влажная, сыпи нет. Затылочные, задние шейные, околоушные, подчелюстные, подподбородочные, передние шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, подколенные, паховые лимфоузлы не пальпируются. Мышечная система развита удовлетворительно для возраста больного, тонус и сила мышц достаточные. Кости черепа, грудной клетки, таза и конечностей не изменены, болезненности при пальпации и перкуссии нет, целостность не нарушена. Суставы нормальной конфигурации, движения в суставах свободные, болезненности нет. Голова обычной формы, мозговая и лицевая части черепа пропорциональны. Оволосение по мужскому типу, выпадения волос нет, имеется незначительное поседение волос (возрастное). Глазная щель не сужена, зрачки одинаковой величины и формы, реакция зрачков на свет одновременная, равномерная. Слезотечение отсутствует. Губы бледно-розового цвета, сухие, без трещин. Шея симметричная. Щитовидная железа нормальной величины, смещается при глотании, эластической консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненна при пальпации.

# ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ:

Сердечный толчок не определяется, грудная клетка в месте проекции сердца не изменена, верхушечный толчок визуально не определяется, систолического втяжения межреберной области на месте верхушечного толчка нет, патологических пульсаций нет.Верхушечный толчок определяется в V межреберье по левой среднеключичной линии на площади около 2,5 см. кв. Верхушечный толчок, резистентный, высокий, разлитой, усиленный. Сердечный толчок пальпаторно не определяется. Симптом “ кошачьего мурлыканья “ на верхушке сердца и в месте проекции аортального клапана отсутствует.

## ПЕРКУССИЯ: Граница относительной тупости сердца определяется:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | по правому краю грудины в IV межреберье, | (образована правым предсердием) |
| Верхняя | в III межреберье | (левым предсердием). |
| Левая | Левая среднеключичная линия в V межреберье | (образована левым желудочком). |

Граница абсолютной тупости сердца определяется:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | по левому краю грудины в IV межреберье (образована правым предсердием) |  |
| Верхняя | в IV межреберье | ( левым предсердием). |
| Левая | в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. | (образована левым желудочком). |

Контуры сердечно-сосудистого пучка определяются:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правый | 1, 2 межреберье  | 2,5 см |
| 3 межреберье |  3 см; |
| 4 межреберье  | 3,5 см от срединной линии вправо.  |
| Левый | 1, 2 межреберье | 3 см; |
| 3 межреберье | 5 см;  |
| 4 межреберье |  8 см; |
| 5 межреберье | 10 см от срединной линии влево. |

|  |  |
| --- | --- |
| Конфигурация сердца | нормальная:  |
| Поперечник сердца | 15см,  |
| Длинник сердца | 16,5 см,  |
| Высота сердца | 9 см, |
| Ширина сердца | 12 см, |
| Ширина сосудистого пучка | 5,5 см. |

## При аускультации тоны сердца громкие, ясные. Выслушивается два тона, две паузы. Определяется акцент второго тона по аорте (2-я и 5-я точки аускультации). Ритм сердца правильный. Частота сердечных сокращений 86 уд./мин. В I и IV точках аускультации отчетливей выслушивается I тон. По характеру первый тон более продолжительный и низкий. Во II, III, V точках аускультации отчетливей выслушивается II тон, более высокий и короткий. Систолический и диастолический шумы, шум трения перикарда отсутствуют. Височные и лучевые артерии при пальпации извитые (симптом червячка), жесткие, неравномерные (чередование уплотнений и более мягких участков), имеется значительное пульсовое смещение этих артерий. Пульсации сонных артерий (пляска каротид) нет, видимая пульсация шейных вен не определяется. Варикозного расширения вен нет. Венный пульс отрицательный. При аускультации магистральных сосудов определяется систолический шум над передней брюшной стенкой и на бедренных артериях под пупартовой связкой. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 93 уд/мин, наполнение и напряжение ослаблено. Дефицит пульса не определяется. Сосудистая стенка уплотнена. Артериальное давление 130 / 90 (АД измеряли танометром по слуховому методу Короткова-Яновского). При исследовании пульсации магистральных сосудов нижней конечности не удается определить пульсацию на a. dorsalis pedis, a. tibialis posterior, a. Poplitea. На a. femoralis справа пульсация сохранена.

# ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ.

# Дыхание через нос свободное. Носовых кровотечений нет. Обоняние не изменено Грудная клетка астеническая, симметричная, западания грудной клетки с одной стороны нет. Искривлений позвоночника нет. Над- и подключичные ямки умеренно выраженные, одинаковые с обеих сторон. Лопатки отстают от грудной клетки. Ход ребер обычный. Тип дыхания - брюшной. Дыхание правильное, поверхностное, ритмичное, частота дыхания 20/мин, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Ширина межреберных промежутков 1,5 см, выбухания или западения их при глубоком дыхании нет. Максимальная двигательная экскурсия – 4 см. Грудная клетка эластична, целостность ребер не нарушена. Болезненности при пальпации нет. Усиления голосового дрожания нет. При сравнительной перкуссии над легочными полями выслушивается ясный легочный звук.

### ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ПЕРКУССИЯ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижняя граница легких: | Правое легкое: | Левое легкое: |
| Lin. parasternalis | VI межреберье |  |
| Lin. clavicularis | VII межреберье |  |
| Lin. axillaris ant. | VIII ребро | VIII ребро |
| Lin. axillaris med. | IX ребро | IX ребро |
| Lin. axillaris post. | X ребро | X ребро |
| Lin. scapularis | XI ребро | XI ребро |
| Lin. paravertebralis | остистый отросток XI vert. Thor | Остистый отросток XI vert. thor. |

### Подвижность нижнего края легких (см):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое легкое: | Левое легкое: |
| Вдох | Выдох | итого | вдох | Выдох | Итого |
| Lin. clavicularis | VIII межреберье | VI межреберье | 4 см |  |  |  |
| Lin. axillaris med. | Нижний край X ребра | VII межреберье | 5 см | X ребро | VII межреберье | 4,5 см |
| Lin. scapularis | XI межреберье | X межреберье | 3 cм | XII ребро | X ребро | 4 см |

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правое легкое | спереди |  4,5 см выше ключицы |
| Сзади | proc. stiloideus VII vert. cerv. |
| Левое легкое | спереди | 4 см выше ключицы |
| Сзади | proc. Stiloideus VII vert. cerv. |

Ширина полей Кренига:

|  |  |
| --- | --- |
| Справа | 7 см |
| слева  | 7,5 см |

При аускультации над легочными полями выслушивается везикулярное дыхание. Бронхиальное дыхание выслушивается над гортанью, трахеей и крупными бронхами. Бронховезикулярное дыхание не выслушивается. Хрипов, крепитации нет. Усиления бронхофонии над симметричными участками грудной клетки не обнаружено.

# ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Слизистая оболочка полости рта и глотки розовая, чистая, влажная. Запаха изо рта нет. Язык влажный, налета отсутствует, вкусовые сосочки хорошо выражены, рубцов нет. Кариеса нет, полость рта санирована. Миндалины не выступают из-за небных дужек, лакуны неглубокие, без отделяемого. Углы губ без трещин.

## Передняя брюшная стенка симметрична, участвует в акте дыхания. Брюшной пресс развит умеренно. Видимая перистальтика кишечника не определяется. Расширения подкожных вен живота нет. Грыжевых выпячиваний и расхождения мышц живота нет. Видна пульсация брюшной аорты. При поверхностной пальпации живот мягкий и безболезненный во всех отделах. Симптом мышечной защиты (доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки) отсутствует. Симптом Щеткина-Блюмберга (усиление боли при резком отдергивании руки после предварительного надавливания) не определяется. Симптом Ровзинга (появление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области в зоне нисходящей кишки) и другие симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом флюктуации (применяется для определения свободной жидкости в брюшной полости) отрицательный.

Глубокая пальпация кишечника по Образцову-Стражеско: 1. Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, плотного тяжа, безболезненна, не урчит при пальпации. Толщина 3 см. Подвижна.

2. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде гладкого эластичного цилиндра толщиной 3 см, не урчит. Подвижна. Аппендикс не пальпируется.

3. Восходящая часть ободочной кишки пальпируется в правой подвздошной области в виде безболезненного тяжа шириной 3 см, эластична, подвижна, не урчит.

4. Нисходящая часть ободочной кишки пальпируется в левой подвздошной области в виде тяжа эластичной консистенции шириной 3 см, безболезненна, подвижна, не урчит.

1. Поперечная ободочная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде цилиндра умеренной плотности толщиной 2 см, подвижна, безболезненна, не урчит. Определяется после нахождения большой кривизны желудка методами аускультоаффрикции, аускультоперкуссии, сукуссии, пальпации.
2. Большая кривизна желудка методами аускультоаффрикции, аускультоперкуссии, сукуссии, пальпации, определяется на 4 см выше пупка. При пальпации большая кривизна определяется в виде валика эластичной консистенции, безболезненна, подвижна.
3. Привратник пальпируется в виде тонкого цилиндра эластичной консистенции, диаметром около 2 см., безболезнен, не урчит, малоподвижен.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ: Осмотр области заднепроходного отверстия: кожа вокруг заднепроходного отверстия сухая, чистая. Покраснения, отеков, мацерации нет. Наружных геморроидальных узлов нет. Трещины, кондиломы, свищевые ходы отсутствуют. Патологических выделений нет. Пальцевое исследование области прямой кишки: тонус сфинктера достаточный, Складчатость слизистой оболчки сохранена, ампула свободная. внутренние геморроидальные узлы отсутствуют. Инфильтратов, опухолей нет.

Поджелудочная железа не пальпируется, болезненности при пальпации нет.

### ПЕРКУССИЯ ЖИВОТА: Определяется высокий тимпанический звук. Симптом Менделя отсутствует. Свободная жидкость или газ в брюшной полости не определяются.

### АУСКУЛЬТАЦИЯ ЖИВОТА: Шум трения брюшины отсутствует. Выслушивается шум перистальтики кишечника.

Выбухания в правом подреберье и эпигастральной области отсутствуют. Расширения кожных вен и анастомозов, телеангиоэктазии отсутствуют.Печень пальпируется по правой передней подмышечной, срединно-ключичной и передней срединной линиям по методу Образцова-Стражеско. Нижний край печени закругленный, ровный, эластической консистенции.

ПЕРКУССИЯ: Верхняя граница определяется по -

|  |  |
| --- | --- |
| правой окологрудинной,  | среднеключичной, |
| передней подмышечной линии |
| среднеключичной,  |

Нижний край по -

|  |  |
| --- | --- |
| правой среднеключичной линии  | на уровне нижнего края реберной дуги, |
| по передней серединной линии  | на 6 см выше пупка. |

Размеры печени по Курлову: 10х8х7 см.

При осмотре области проекции желчного пузыря на переднюю брюшную стенку (правое подреберье) в фазе вдоха, выпячивания и фиксации его не обнаружено. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера-Грекова (резкая болезненность при поколачивании по правой реберной дуге) отрицательный. Френикус-симптом (иррадиация боли в правую надключичную область, между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы) отрицательный.

Пальпаторно селезенка в положении лежа на спине и на правом боку не определяется. Болезненности при пальпации нет. ПЕРКУССИЯ СЕЛЕЗЕНКИ**:**Длинник - 6 см; поперечник - 4 см.

#### ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ: Визуально область почек не изменена. При бимануальной пальпации в горизонтальном и вертикальном положении почки не определяются. Симптом поколачивания отрицательный. При пальпации по ходу мочеточников болезненности не выявлено. При перкуссии мочевой пузырь находится на 1,5 см выше лобковой кости. Шумы над почечными артериями не выслушиваются. Яички правильной формы, не увеличенны, безболезнеы, однородной консистенции. При пальцевом ректальном исследовании определяется . предстательная железа округлой формы, эластической консистенции, безболезнена. Прощупывается 2 дольки и борозда.

# НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА: Сознание ясное, интеллект нормальный. Память на настоящие события снижена. Сон неглубокий, непродолжительный, имеется бессонница. Настроение хорошее. Расстройств речи нет. Судорог нет. Походка несколько скованная, больной делает остановки при ходьбе. Рефлексы сохранены, парезов, параличей нет. Считает себя общительным человеком.

#### ОРГАНЫ ЧУВСТВ: Обоняние, осязание, вкус не изменены. Снижения остроты зрения нет. Слух хороший.

6) Локальный статус: Кожа правой голени и стопы цианотична, холодная. Имеется отек правой голени и стопы. Пульсация на артериях стопы и подколенной артерии правой ноги отсутствует. Чувствительность кожи отсутствует. Отсутствует оволосение голени и дистальной трети бедра. На тыльной поверхности правой стопы имеется трофическая язва овальной формы, размером 4 на 4,5 см, язва распространяется до мышечного слоя. Язва с неровными краями, покрыта струпом черного цвета. Кожа вокруг язвы темно-коричневого цвета. Движения пальцев ног отсутствуют, в голеностопном суставе резко ограничены вследствие отека.

**7) Предварительный диагноз:** основной - облитерирующий атеросклероз и диабетическая ангиопатия нижних конечностей, ишемия 4 степени, трофическая язва правой стопы, состояние после ампутации левой нижней конечности; сопутствующие заболевания – сахарный диабет 2 типа, тяжелое течение, стадия субкомпенсации, диабетическая нефропатия, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз.

Данное заключение сделано на основании:

А) Жалоб больного: на общую слабость, на интенсивную боль в правой нижней конечности в покое, похолодание, ощущение покалывания в правой нижней конечности, на наличие трофической язвы на тыльной поверхности правой стопы.

Б) Анамнеза болезни:Болеет сахарным диабетом 16 лет, проходит инсулинотерапию нерегулярно. Наблюдается у терапевта по поводу сахарного диабета 2 типа, диабетической нефропатии, ИБС, атеросклеротического кардиосклероза. 5.01.95 направлен поликлиникой ЗИМ по поводу диабетической ангиопатии нижних конечностей, трофической язвы левой стопы. Несмотря на проводимую терапию процесс ишемии нарастал, принял характер гангрены стопы, 2.02.05 выполнена ампутация левой нижней конечности по Каллендеру. Получал антибактериальную и инфузионную терапию. После проведенного лечения наступило улучшение. Послеоперационные раны зажили вторичным натяжением. Выписан 15.06.95 года на вторую группу инвалидности. С 15.06.95 по 15.06.02 в клинике не наблюдался. С 15 июля по 4 августа 2002 находился на стационарном лечении по поводу облитерирующего атеросклероза и диабетической ангиопатии нижних конечностей, ишемии 4 степени, трофической язвы правой стопы. Получал консервативную терапию, физиотерапевтическое лечение. Несмотря на проводимое лечение ишемические боли сохранились, трофическая язва не заживала. В январе 2003 госпитализирован в клинику с вышеуказанными жалобами. Несмотря на проводимую терапию боли нарастали, процесс принял характер гангрены стопы. 10 января больному ампутация правой нижней конечности по Каллендеру. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. В настоящее время продолжается консервативное лечение.

 В) Данных объективного исследования: Состояние средней тяжести, положение пассивное (лежа на спине). Частота сердечных сокращений 93 уд/мин, наполнение и напряжение пульса ослаблено. Локальный статус (Кожа правой голени и стопы цианотична, холодная. Имеется отек правой голени и стопы. Пульсация на артериях стопы и подколенной артерии правой ноги отсутствует. Чувствительность кожи отсутствует. Отсутствует оволосение голени и дистальной трети бедра. На тыльной поверхности правой стопы имеется трофическая язва овальной формы, размером 4 на 4,5 см, язва распространяется до мышечного слоя. Язва с неровными краями, покрыта струпом черного цвета. Кожа вокруг язвы темно-коричневого цвета. Движения пальцев ног отсутствуют, в голеностопном суставе резко ограничены вследствие отека).

**8) План обследования:**

 а) Клинический анализ крови

б) Клинический анализ мочи

в) Коагулограмма

г) Биохимический анализ крови

д) ЭКГ

е) Определение группы крови и Rh.

ж) Реакция Вассермана (RW)

з) Реовазография

и) Ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей

к) Ангиография сосудов нижних конечностей

н) Артериальная осциллография

о) Капилляроскопия и термография.

п) Сахар крови

**9) Результаты дополнительных методов исследования:**

 а) Клинический анализ мочи: Цвет соломенно-желтый; Реакция слабо щелочная; Удельный вес – 1020; Слабо мутная; Белок – 0.1 г\л; Сахар – отрицательно; Эпителиальные клетки плоские - единичные в поле зрения; Лейкоциты - 0-1 в поле зрения; Эритроциты - 2-4 в поле зрения; Заключение: протеинурия

б) Клинический анализ крови: Гемоглобин - 114 г/л; Лейкоциты – 11\*10/9; Эозинофилы - 1%; Палочкоядерные 4%; Сегментоядерные - 53%; Лимфоциты - 37%; Моноциты - 5%; СОЭ - 11 мм/час. Заключение: лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ.

в) Биохимический анализ крови: Общий белок - 78,0 г/л; Мочевина - 7,6 ммоль/л; С-реактивный белок – нет; Общий билирубин - 10,7 мкмоль/л; Прямой билирубин – нет; Холестерин - 5,6 ммоль/л. Заключение: без патологии

г) Исследование крови на реакцию Вассермана: результат отрицательный

д) Определение группы крови и Rh: группа крови I, Rh "+"

е) Коагулограмма: Время свертывания крови - 10 минут; АПТВ - 60 секунд; Концентрация фибриногена в плазме - 4,75 г/л; Время рекальцификации плазмы - 60 секунд; толерантность плазмы к гепарину - 12 минут; Фибринолитическая активность - 14,5 минут; Тромботест – Ivст; Протромбиновое время - 86%; Гематокрит - 46%; В-фибриноген "-"; Ретракция кровяного сгустка - 53,3%. Заключение: норма.

е) ЭКГ: Электрическая ось сердца отклонена влево. Ритм синусовый, 90 в минуту.

ж) Ангиография сосудов правой нижней конечности: Патологический процесс охватывает артериальную сеть начиная с нижней половины бедренной артерии, подколенную артерию, большую и малую большеберцовую, артерии стопы. Видны краевые дефекты наполнения, изъеденность контуров стенок артерии, окклюзия дорсальной артерии стопы. Дистальные отделы заполняются через сеть коллатералей.

З) Исследование кала на яйца глист: отрицательно.

И) Сахар крови 8 ммоль\л.

**10) 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, 1 пачку в день). Облитерирующим эндартериитом болеют чаще молодые мужчины от 20 до 40 лет, а у нашего больного заболевание развилось после 40 лет, при этом имеет место атеросклероз сосудов сердца. Развитию эндартериита способствуют переохлаждения, травмы нижних конечностей, стрессы, инфекции, чего не было в данном случае. При ангиографии выявлено поражение артериальной сети начиная с нижней половины бедренной артерии, подколенную артерию, большую и малую большеберцовую, артерии стопы, контуры сосудов неровные, изъеденные, имеются окклюзии. Это характерно для атеросклероза (при эндартериите контуры сосудов ровные, отсутствует "фестончатость" краев). Ангиографическому исследованию придается решающее значение.

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 не подтверждают тромбоэмболию данные ангиографии (при эмболии имеется четкий обрыв тени сосуда и хорошо видна верхняя граница эмбола, либо он прослеживается в виде округлого образования, обтекаемого контрастным веществом).

**11) Окончательный диагноз:** основной - облитерирующий атеросклероз и диабетическая ангиопатия нижних конечностей, ишемия 4 степени, трофическая язва правой стопы, состояние после ампутации левой нижней конечности; сопутствующие заболевания – сахарный диабет 2 типа, тяжелое течение, стадия субкомпенсации, диабетическая нефропатия, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз.

Данное заключение сделано на основании: переписать предварительный диагноз, дальше писать:

Г) Данных дополнительных исследований: *Клинический анализ крови* (Лейкоциты – 11\*10/9; Палочкоядерные 4%; СОЭ - 11 мм/час. Заключение: лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ)*. Клинический анализ мочи (*белок 0.1 г\л – протеинурия); *Ангиография сосудов правой нижней конечности (*Патологический процесс охватывает артериальную сеть начиная с нижней половины бедренной артерии, подколенную артерию, большую и малую большеберцовую, артерии стопы. Видны краевые дефекты наполнения, изъеденность контуров стенок артерии, окклюзия дорсальной артерии стопы. Дистальные отделы заполняются через сеть коллатералей). *Сахар крови* 8 ммоль\л.

Д) После проведения дифференциальной диагностики.

**12) Лечение данного заболевания.** При лечении необходимо учитывать этиологию и патогенез заболевания. Возможно как консервативное, так и оперативное лечение (проводятся совместно).

а) Консервативное лечение: проводится на ранних стадиях заболевания. Больной с перемежающейся хромотой должен ходить, если это возможно, 60 мин/сут. При появлении неприятных ощущений больной должен постоять, пока не пройдет боль, после чего ходьбу нужно продолжить. Такой способ лечения позволяет значительно увеличить толерантность к ходьбе. Положительный эффект обусловлен как физической тренировкой, так и развуитием коллатерального кровообращения вследствие повышенной потребности мышц в кислороде. Устранение спазма сосудов с помощью спазмолитиков (но-шпа,вазодилан) и ганглиоблокаторов (дипрофен, дикалин, гексоний). Hо-шпа снижает тонус гладкой мускулатуры сосудов. Снятие болей (аналгетики, внутриартериальные блокады 1% раствором новокаина эпидуральные блокады). Механизм анальгетического действия ненаркотических анальгетиков связан с ингибированием фермента циклооксигеназы, что приводит к угнетению синтеза простогландинов, основных факторов воспалительной реакции. Улучшение метаболических процессов в тканях (витамины группы В, никотиновая кислота, компламин; ингибиторы брадикининов - ангинин, продектин, пармидин). Hикотиновая кислота снижает тонус резистивных сосудов системы микроциркуляции, улучшает реологические свойства крови, уменьшает проницаемость сосудов, блокирует вазоактивные субстанции ( кинины, серотонин и др). Нормализация процессов свертывания крови, адгезивной и агрегационной функции тромбоцитов, улучшение реологических свойств крови (антикоагулянты непрямого действия, при соответствующих показаниях - гепарин, реополиглюкин, курантил, трентал, пентоксифиллин). Пентоксифилин усиливает кровоток, улучшает микроциркуляцию, улучшает оксигенацию тканей в пораженных областях и повышает резистентность тканей к гипоксии. Трентал обладает сосудорасширяющим, ангиопротекторным и вазоактивным действием. Увеличивает кровоток путем влияния на микроциркуляцию в области микрокапилляров ( способствует улучшению пластичности эритроцитов, уменьшает вязкость крови ). Реополиглюкин - улучшает реологические свойства крови, увеличивает локальный кровоток. В комплексную терапию следует также включить десенсибилизирующие средства ( димедрол, супрастин и др. ), при показаниях противовоспалительные средства ( антипиретики, антибиотики, кортикостероиды ), седативные препараты ( седуксен, элениум ), физиотерапевтические прцедуры ( УВЧ-терапия, электрофорез ). Целесообразно применение баротерапии. Этот своеобразный баромассаж создает эффект "механического периферического сердца", обеспечивающего усиление ослабленной циркуляции крови, что является необходимым условием нормализации патологически измененной трофической функции тканей. Местное лечение: компрессы с мазью Вишневского на участки с трофическими поражениями в течении 10 дней, 2-3 курса с интервалом 15-20 дней; спиртфурацилиновая повязка. Оказывает дезинфицирующее действие, препятствует дальнейшему распространению процесса и развитию гангрены.

б) Оперативное лечение: Показанием к выполнению реконструктивных операций является наличие декомпенсации кровообращения в пораженной конечности. Восстановление магистрального кровотока достигается с помощью эндартериэктомии, шунтирования и протезирования. Больным с сегментарными окклюзиями артерий, не превышающими по протяженности 7-9 см, показана эндартериэктомия. Операция заключается в удалении измененной интимы вместе с атеросклеротическими бляшками и тромбом. Предпочтение следует отдавать открытой эндартериэктомии. При этом способе производят продольную артериотомию над облитерированным участком артерии и под контролем зрения удаляют измененную интиму с тромбом. Для предупреждения сужения в просвет артерии вшивают заплату из стенки вены или из синтетических тканей (лавсан, дакрон ). При закрытом способе имеется опасность повреждения инструментом наружных слоев артериальной стенки. Эндартериэктомия противопоказана при значительном распространении окклюзионного процесса, выраженном кальцинозе сосудов. В этих случаях показано шунтирование или резекция пораженного участка артерии с замещением его пластическим материалом. При облитерации артерии в бедренно-подколенном сегменте выполняют бедренно-подколенное или бедренно-тибиальное шунтирование сегментом большой подкожной вены. В качестве пластического материала может быть использована консервированная вена пупочного канатика или синтетический протез. Показанием к операции на аортально-подвздошной области служат инвалидизирующая перемежающая хромота или тяжелая ишемия, обусловленная сопутствующими поражениями дистальных артерий. При атеросклеротических поражениях брюшной аорты выполняют аортобедренное шунтирование с использованием синтетического трансплантата или резекцию бифуркации аорты с протезированием. В некоторых случаях (при диффузном атеросклеротическом поражении артерий) весьма эффективна симпатэктомия, устраняющая нейрогенную вазоконстрикцию. Если, несмотря на проводимое лечение ишемия пораженной конечности нарастает, развивается гангрена, показана ампутация, производить которую следует как можно дистальнее.

**13) Лечение данного больного:**

а) Консервативное: Режим - постельный; Диета - молочно-растительная с ограничением жирной, острой пищи. Медикаментозное лечение:

Rp. Sol. Rheopolyglucini - 400 ml

 D.t.d. N.10

 S. вводить внутривенно, капельно по 1 флакону в день.

 \*\*\*

 Rp. Sol. Xantinoli nicotinati - 15% - 2 ml

 D.t.d. N.10

 S. вводить внутримышечно по 1 ампуле 1 раз в день.

 \*\*\*

 Rp. Sol. Trentali 2% - 5 ml

 D.t.d. N.5

 S. 1 ампулу разводить на 200 мл физ. раствора. Вводить внутривенно, капельно 1 раз в день.

Местно - спирт-фурацилиновая повязка.

Физиотерапевтическое лечение: 8 сеансов барокамеры.

Инсулинотерапия по рекомендациям терапевта.

б) Оперативное лечение: у данного больного имеет место начинающаяся гангрена правой стопы, следовательно ему в экстренном порядке показана ампутация нижней конечности на уровне средней трети бедра

*Предоперационный эпикриз:* Больной \*\*\*\* поступил в клинику 4 января с жалобами (переписать жалобы). Диагноз (переписать диагноз). На фоне проводимой консервативной терапии состояние больного ухудшилось, появились признаки начинающейся гангрены стопы. Состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем удовлетворительное, позволяет провести оперативное вмешательство. По жизненным показаниям больному необходимо провести ампутацию правой нижней конечности. Обезболивание – смешанный наркоз.

*Протокол операции:* 10.01.03; время 11.00- 13.20; Обезболивание – смешанный наркоз. Операция: надмыщелковая тендопластическая ампутация бедра по Каллендеру.

После обработки операционного поля йодом и спиртом разрез для образования переднего кожного лоскута произведен с медиальной стороны, начиная на 5см выше tuberculum abbuctorium полудугообразно вниз и вперед, проникая вглубь между портняжной мышцей и внутренней головкой четырехглавой мышцы бедра. Навстречу с латеральной стороны проведен симметричный разрез между сухожилием двуглавой мышцы бедра и подвздошно-берцовым трактом. Разрезы сведены внизу на уровне большеберцовой бугристости. Задний лоскут образован сзади от тех же точек, им на уровне суставной щели пересечено сухожилие, отграничивающее сверху подколенную ямку. Пересеченное сухожилие оттянуто, найдены, перевязаны и пересечены подколенные сосуды. После анестезии новокаином усечены нервы. Оттянув передний лоскут, вылущен надколенник. Пересечены мышцы бедра. Пересеченные ткани оттянуты проксимально, кость перепилена непосредственно выше мыщелков. Оппил покрыт сухожильно-апоневротическим лоскутом, соединенным кетгутовыми швами. Гемостаз – сухо. В рану введено 2 перчаточных дренажа. Швы на подкожную клетчатку и кожу. Асептическая повязка.

**14) Дневник наблюдения:**

**14.01.03** Состояние средней тяжести, сознание ясное, постельный режим. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД на верхних конечностях (120/70 мм рт. ст., пульс 86 уд./мин.) Дыхание везикулярное, выслушивается над всей областью проекции легких. Хрипов нет. Жалобы на умеренную боль в послеоперационной ране. Кожа вокруг раны без признаков воспаления. Рана заживает первичным натяжением. Кожные покровы культей нижних конечностей бледные, сухие, теплые на ощупь. Определяется пульсация на бедренной артерии. Суточный диурез 900 мл. Стул 1 раз в сутки. Назначения: анальгин для купирования боли по 1 таб 3 раза в день, трентал, гексавит по 1 драже 3 раза в день, смена повязки.

**20.01.03** Состояние средней тяжести, сознание ясное, постельный режим. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД на верхних конечностях (120/70 мм рт. ст., пульс 80 уд./мин.) Дыхание везикулярное, выслушивается над всей областью проекции легких. Хрипов нет. Жалоб нет. Кожа вокруг раны без признаков воспаления. Рана заживает первичным натяжением. Кожные покровы культей нижних конечностей бледные, сухие, теплые на ощупь. Определяется пульсация на бедренной артерии. Суточный диурез 1000 мл. Стул 1 раз в сутки. Назначения: гексавит по 1 драже 3 раза в день. Готовить больного к выписке.

**15) Прогноз:** для жизни – благоприятный; для выздоровления – неблагоприятный; для трудоспособности – инвалид 2 группы.

**16) Эпикриз:** Больной x. поступил в клинику 4.01.03 с жалобами (переписать жалобы), из анамнеза жизни известно, что больной болеет сахарным диабетом 16 лет, перенес ампутацию левой нижней конечности в 1995 году, страдает облитерирующим атеросклерозом и диабетической ангиопатией нижних конечностей. После проведения дополнительных исследований и дифференциальной диагностики установлен диагноз (переписать диагноз). Больному назначено лечение (переписать). Состояние больного в динамике улучшилось. Больной выписан 22.01.03 в удовлетворительном состоянии с рекомендациями (соблюдать гипохолестериновую диету – ограничение животных жиров, преимущественно растительная пища; исключене вредных привычек, приобрести инвалидную коляску; наблюдение у хирурга 1 раз в 3 месяца).