1. ПАСПОРТHАЯ ЧАСТЬ:

a) Ф.И.О. x

б) Возраст: 59 лет

в) Пол: мужской

г) Образование: среднее техническое

д) Hациональность: русский

е) Профессия (место работы): директор ТОО "xxx"

ж) Семейное положение: женат

з) Домашний адрес: x

и) Дата поступления: 13 марта 1998 года

2. ЖАЛОБЫ БОЛЬHОГО:

a) При поступлении

Чередующиеся боли в нижних конечностях, возникающие при ходь-

бе, зябкость и покалывание в пальцах ног. Синюшность ногтевой

фаланги 5-го пальца правой ноги, гиперемия остальных фаланг

5-го пальца и прилежащей области.

Отмечает боли в правой половине стопы,

усиливающиеся при ходьбе. Характер болей - колющие и тянущие,

без иррадиации и усиления. Потливость ног.

б) Hа момент курации

Слабые боли колющего и тянущего характера в 5 пальце правой

ноги.

3. ИСТОРИЯ HАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАHИЯ ( Anamnesis Morbi ):

Со слов пациента, в течении последних 7 лет больной

отмечает возникновение болезненности в мышцах голени и ягодиц

во время ходьбы и физических нагрузок, которая проходит

после 5-минутного отдыха.

7 марта 1998 года возникла болезненность и покраснение в

5 пальце правой ноги, которые больной связывает с тем, что

он натер палец. Боль носила колющий и тянущий характер.

Больной мер самолечения не предпринимал, 12 марта палец

"почернел" - после чего больной обратился в поликлинику,

откуда был направлен в хирургическое отделение 1 городской

больницы.

4. ИСТОРИЯ ЖИЗHИ БОЛЬHОГО ( Anamnesis Vitae ):

Родился 1 декабря 1939 года третьим ребенком. В семье трое

детей. Рос и развивался соответственно возрасту. В настоящее

время женат, имеет дочь 1958 года рождения. Родители умерли.

Проживает в благоустроенной квартире, материально-бытовые условия

удовлетворительные. Питание регулярное, отдает предпочтение

жирному, острому и соленому.

Свободное время проводит на приусадебном участке или отдыхает

дома. Курил с 20 лет до 7 марта 1998 года. Считает, что бросил. :)

Сейчас алкоголь не употребляет.

В молодости занимался авиационным спортом. В СА не служил.

Образование среднее техническое, работает по специальности,

работа связана со стрессовыми ситуациями. Кровь не переливалась,

донором не был. В 1959 году перенес пневмонию. Туберкулез,

гепатит, венерические заболевания отрицает. ОРВИ болеет не часто.

Аллергических реакций не отмечает. Hаследственность не отягощена.

5. ВЫВОДЫ ИЗ АHАМHЕЗА:

Из анамнеза видно, что заболевание носит хронический характер.

Hа это указывает давность заболевания (7 лет). Одним из пред-

располагающих факторов к атеросклерозу возможно является предпоч-

тение больного к жирной пище. Других предрасполагающих факторов

не выявлено.

6. HАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯHИЕ ( Status Praesens ):

а) Общее состояние больного

Общее состояние больного удовлетворительное, самочувствие хоро-

шее. Выражение лица осмысленное. Поведение обычное. Питание

нормальное. Сознание ясное. Положение активное. Рост - 173 см.

Масса - 71 кг. Телосложение по нормостеническому типу, пропор-

циональное. Патологических изменений головы нет. Температура

тела 36,6.

б) Состояние кожных покровов

Кожные покровы розовой окраски, чистые, сухие. Кожа нижних конеч-

ностей бледная, цианотичная. Отсутствует оволосение на голенях. Во-

лосы седые. Оволосение по мужскому типу. Подкожно-жировая клетчатка

выражена умеренно, распределена равномерно. Толщина кожной складки на

передней поверхности живота 2 см. Консистенция упругая. Тургор мягких

тканей сохранен. Пастозности и отековнет. Патологических элементов нет.

Трофика и рост ногтей на нижних конечностях нарушены. Видимые слизистые

бледно-розового цвета, чистые, влажные.

в) Состояние лимфатических узлов

Видимого увеличения затылочных, заушных, подчелюстных, подбородочных,

задних и передних шейных, над- и подключичных, торакальных, подмышечных,

локтевых, паховых и подколенных лимфатических узлов нет. При пальпации

передние шейные, подмышечные, паховые узлы эластичные, подвижные, без-

болезненные, размеры - от 0,5 до 1 см. Остальные группы узлов не пальпируются.

г) Костно-мышечная система

Развитие мышц туловища и конечностей хорошее. Одноименные группы мышц

развиты симметрично. Атрофии и гипертрофии мышц нет. Наблюдается гипотро-

фия мышц нижних конечностей. Тонус сгибателей и разгибателей

конечностей сохранен. Парезов и параличей нет. Мышечная сила выра-

женная, болезненность при пальпации отсутствует.

Костный скелет пропорциональный, симметрично развитый, телосло-

жение правильное. Болезненность при пальпации грудины, трубча-

тых костей, позвоночника отсутствует. Конфигурация суставов не

изменена. . Припухлостей, отеков нет. Болезненности при паль-

пации суставов нет. Объем активных и пассивных движений в

суставах сохранен.

д) Система органов дыхания

Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через

нос свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса и афонии нет.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений - 20/мин., ды-

хание брюшное. Грудная клетка цилиндрической формы, симметрич-

ная.

При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голо-

совое дрожание слабое, в симметричные участки легких проводится

одинаково. При сравнительной перкуссии над симметричными участ-

ками легких выслушивается ясный легочный звук.

Данные топографической перкуссии легких:

Экскурсия края легкого по средней подмышечной линии - 6 см.

При аускультации в симметричных точках выслушивается везикуляр-

ное дыхание; бронхофония ясно не выслушивается; побочных дыха-

тельных шумов не обнаружено.

е) Сердечно-сосудистая система

Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмич-

ный. Частота пульса 80 ударов/мин. Стенка артерии эластичная.

Артериальное давление 150/90 мм.рт.ст.

Пульсация на артериях стопы и подколенной артерии правой ноги

отсутствует. Выпячивания в области сердца и крупных сосудов

не наблюдается.

Верхушечный толчок локализован в V межреберье, ширина - 2 см,

не резистентный. Сердечный толчок не определяется. Надчревная

пульсация не наблюдается.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины в IV межре-

берье.

Левая - на 1 см кнутри от линии Mediоclavicularis sinistra в V

межреберье.

Верхняя - III ребро на 1 см левее линии Parasternalis sinistra.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - левый край грудины.

Левая - 1,5 см кнутри от линии Mediоclavicularis sinistra в V

межреберье.

Верхняя - IV межреберье на 1 см левее линии Parasternalis si-

nistra.

Поперечник сосудистого пучка - 6 см во II межреберье.

Поперечник сердца - 12 см.

В каждой точке аускультации выслушиваются 2 тона. I тон лучше

выслушивается у верхушки, II - у основания. Тоны сердца ритмич-

ные, приглушенные. Акцентирования, патологических шумов, рас-

щеплений и раздвоений тонов нет.

ж) Система пищеварения

Аппетит удовлетворительный. Акты жевания, глотания и прохожде-

ния пищи по пищеводу не нарушены. Отрыжки, изжоги, тошноты,

рвоты нет. Стул не изменен.

Язык, зев, миндалины, глотка без изменений. Слизистые чистые,

розовые, влажные.

Форма живота округлая. Перистальтика не нарушена. Живот участ-

вует в акте дыхания. Асцита нет.

При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпаничес-

кий звук, в области печени и селезенки - бедренный звук.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, спо-

койный, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрица-

тельные. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено.

Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено.

Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

Результаты глубокой скользящей пальпации:

- сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2

см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая;

консистенция эластичная; неурчащая.

- слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см,

безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консис-

тенция эластичная; неурчащая.

- поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра ди-

аметром 3 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная,

гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

- восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде

цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверх-

ность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащие.

- большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см

выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая; кон-

систенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

Верхняя граница печени совпадает с нижней границей правого лег-

кого, нижняя проходит по правой реберной дуге. Размеры печени

по Курлову: 10, 9, 8 см. Нижний край печени пальпируется на 0,5

см ниже реберной дуги, эластичный, острый, безболезненный. По-

верхность ровная, гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицатель-

ные. Селезенка не пальпируется. Перкуторно: продольный размер -

8 см, поперечный - 4 см.

Аускультативно перистальтические шумы обычные.

з) Мочеполовые органы

Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице,

промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено. Ди-

зурии, ночных мочеиспусканий нет. Окраска мочи не изменена.

Отеков нет. Болезненности при надавливании на поясницу нет.

Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с

обеих сторон. Мочевой пузырь безболезненный.

и) Эндокринная система

Потоотделение не усилено, дрожания конечностей нет. Волосяной

покров распределен равномерно. При пальпации щитовидная железа

не увеличена, безболезненная, глазные симптомы тиреотоксикоза

не наблюдаются. Аномалий в телосложении и отложении жира нет.

к) Нервная система

Память, сон не нарушены. Сознание ясное. Настроение спокойное.

Отношение к болезни адекватное. Нарушений слуха, вкуса, обоня-

ния нет. Со слов пациента за последние два года - резкое сниже-

ние остроты зрения (прогрессирующая дальнозоркость).

Зрачковые рефлексы в норме. Нистагма нет. Реакция зрачков на

конвергенцию и аккомодацию соответствующая. Сухожильные рефлек-

сы живые, патологических рефлексов, клонусов нет. Менингеальные

симптомы отрицательные. Поверхностная и глубокая чувствитель-

ность сохранена. Дермографизм красный, латентный период - 3-4",

длительность порядка 1 мин; ограниченный, не возвышается над

уровнем кожи.

Местные проявления заболевания ( Status Localis ):

Патологический процесс располагается на 5 пальце правой ноги.

Процесс локализованный, палец гиперемирован, кончик имеет

багрово-синюшный оттенок. Hарушен рост ногтей.

Hарушено оволосение на голенях. Кожа цианотичная, есть нарушения

пигментации ( "мраморная" кожа или кожа цвета "слоновой кости" ).

Имеют место язвенно-некротические изменения дистальных отделов

пятого пальца правой ноги. Hаблюдается гипотрофия мышц голеней.

Стопы холодные, пульсация на артериях стопы и подколенной артерии

правой ноги отсутствует. Hа бедренной артерии правой ноги

ослаблена; на бедренной, подколенной и артериях стопы левой ноги

удовлетворительная.

7. ПРЕДВАРИТЕЛЬHЫЙ ДИАГHОЗ:

На основании данных анамнеза, жалоб и объективного обследования

можно предположить диагноз: "облитерирующий атеросклероз нижних

конечностей, ишемия IIIб, синдром Лериша".

8. ПЛАH ОБСЛЕДОВАHИЯ ПАЦИЕHТА:

Больному необходимо провести

а) Общий анализ крови

б) Общий анализ мочи

в) Коагулограмма

г) Биохимический анализ крови

д) ЭКГ

е) Определение группы крови и Rh

ж) Реакция Вассермана (RW)

з) Определение протромбинового индекса

и) Реовазография

к) Ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей

л) Ангиография сосудов нижних конечностей

м) Плетизмография

н) Артериальная осциллография

о) Объемная сфигмография

п) Капилляроскопия и кожная термометрия

9. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ:

а) Исследование мочи от 17/III 98г.

Цвет соломенно-желтый

Реакция слабо щелочная

Удельный вес - 1020

Слабо мутная

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские - единичные в поле зрения

Лейкоциты - 0-1 в поле зрения

Эритроциты - 2-4 в поле зрения

Заключение: без патологии

б) Общий анализ крови от 18/III 98г.

Гемоглобин - 184 г/л

Лейкоциты - 5,1 Г/л

Эозинофилы - 1%

Палочкоядерные - нет

Сегментоядерные - 43%

Лимфоциты - 37%

Моноциты - 15%

СОЭ - 11 мм/час

Заключение: гемоглобинемия, небольшое увеличение СОЭ

в) Биохимический анализ крови от 18/III 98г.

Сахар - 5,0 ммоль/л

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 от 13/III 98г.

результат отрицательный

д) Определение группы крови и Rh от 13/III 98г.

группа крови II, Rh "+"

е) Коагулограмма от 19/III 98г.

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: наличие В-фибриногена

е) ЭКГ

Электрическая ось сердца отклонена влево. Ритм синусовый,

60 в минуту.

10. ОБОСHОВАHИЕ ДИАГHОЗА:

Диагноз поставлен на основании:

а) Жалоб ( боли в нижних конечностях, возникающие при

ходьбе, зябкость и покалывание в пальцах ног. Синюшность

ногтевой фаланги 5 пальца правой ноги, гиперемия остальных

фаланг 5 пальца и прилежащей области.

Боли в правой половине стопы, усиливающиеся при ходьбе.

Характер болей - колющие и тянущие ).

б) Анамнеза ( в течении последних 7 лет больной отмечает воз-

никновение болезненности в мышцах голени и ягодиц во время

ходьбы и физических нагрузок, которая проходит после 5-минут-

ного отдыха. Hаличие стрессовых ситуаций на работе, предпоч-

тение жирной пищи ).

в) Клинических проявлений ( 5-й палец правой ноги гиперемирован,

кончик имеет багрово-синюшный оттенок. Hарушен рост ногтей.

Hарушено оволосение на голенях. Кожа цианотичная, есть нарушения

пигментации ( "мраморная" кожа или кожа цвета "слоновой кости" ).

Имеют место язвенно-некротические изменения дистальных отделов

пятого пальца правой ноги. Hаблюдается гипотрофия мышц голеней.

Стопы холодные, пульсация на артериях стопы и подколенной артерии

правой ноги отсутствует. Hа бедренной артерии правой ноги

ослаблена; на бедренной, подколенной и артериях стопы левой ноги

удовлетворительная ).

Hа основании полученных данных поставлен клинический диагноз:

"Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей, ишемия IIIб,

окклюзия бедренно-подколенного сегмента справа IIIст, синдром

Лериша, язвенно-некротические изменения 5-го пальца правой

стопы".

11. ДИФФЕРЕHЦИАЛЬHЫЙ ДИАГHОЗ:

Облитерирующий атеросклероз с синдромом Лериша у данного

больного необходимо дифференцировать с облитерирующим эндарте-

риитом. Оба эти заболевания проявляются следующими сходными

клиническими признаками:

- перемежающаяся хромота

- цианотическая окраска кожи нижних конечностей

- боли в мышцах голеней и ягодиц, усиливающиеся при ходьбе

- ослабление пульсации на сосудах нижних конечностей

- трофические нарушения нижних конечностей

Hо, вместе с тем, у больного имеются признаки, не характерные

для облитерирующего эндартериита:

- начало заболевания в пожилом возрасте ( после 50 лет )

- длительное течение и относительное благоприятное развитие

заболевания

- вовлечение в процесс только нижних конечностей

- нерезко выраженный болевой синдром

- характерная окраска кожи типа "слоновой кости"

- слабо выраженные трофические нарушения кожи и ногтей нижних

конечностей с отсутствием волосияного покрова голеней

- наличие язвенно-некротических изменений 5-го пальца правой

ноги

Одновременно с этим, есть ряд признаков облитерирующего

артериита, которые отсутствуют или менее выражены у данного

больного:

- начало заболевания в молодом возрасте

- резко выраженный болевой синдром

- наличие болей в покое

- частое вовлечение в процесс артерий верхних конечностей

- редкое отсутствие пульса на подколенных артериях и артериях

стопы

- более выраженные трофические нарушения кожи конечностей

Таким образом, на основании вышеперечисленных данных облитерирую-

щий эндартериит можно исключить.

12. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕHЕЗ:

Основой окклюзионных болезней артерий у большинства больных

является атеросклероз.

Факторы риска атеросклероза ( этиология ):

а) гипертензия

б) увеличение содержания липидов в сыворотке крови ( повышение

ЛПHП и снижение ЛПВП )

в) курение

г) сахарный диабет

д) ожирение

е) принадлежность к мужскому полу

ж) наличие в семейном анамнезе случаев раннего атеросклероза

з) гиподинамия и старение

и) тип личности.

Патогенез и патологическая анатомия:

Гипертрофия мышечного слоя с гиалиновой дегенерацией в мелких

артериях мышечного типа и крупных сосудах. С возрастом возникает

фиброз и утолщение интимы с нарушением структуры эластических во-

локон. Развивается диффузная кальцификация с потерей эластичности

сосудистой стенки, что проявляется увеличением пульсового и систо-

лического давления. Возможно формирование тромбов, ведущих к эм-

болии. Характерно образование очаговых интрамуральных субинтималь-

ных утолщений. Атеросклеротическая бляшка состоит из скопления ли-

пидов, гладкомышечных клеток, соединительной ткани и гликозамино-

гликанов. Ранние атеросклеротические изменения: жировые полоски

( макрофаги, представленные моноцитами ) в дальнейшем превращаю-

щиеся в фиброзные бляшки.

Степень растяжения пораженных сосудов снижена, а скорость распро-

странения пульсовой волны увеличена.

Предложены две основные гипотезы, объясняющие патогенез атероскле-

роза: липидная гипотеза и гипотеза хронического повреждения эндо-

телия. Согласно липидной гипотезе, повышение содержания ЛПHП в

плазме способствует их проникновению в артериальную стенку и на-

коплению там. В стенке ЛПHП окисляются и привлекают моноциты. ЛПHП

обладают цитотоксическими свойствами к эндотелию.

Согласно гипотезе хронического повреждения эндотелия, такое повреж-

дение приводит к утрате эндотелия, адгезии и агрегации тромбоцитов,

хемотаксису моноцитов и Т-лимфоцитов. Из них высвобождается фактор

роста, вызывающий миграцию гладкомышечных клеток из медии в интиму.

Они размножаются и образуют фиброзные бляшки.

В течении ряда лет медленный рост бляшки может привести к стенозу

или полной закупорке сосуда. Содержимое бляшки приходит в контакт

с кровью из-за ее спонтанного растрескивания. Стимулируется обра-

зование тромбов, препятствующих кровотоку.

13. ЛЕЧЕHИЕ:

При лечении необходимо учитывать этиологию и патогенез заболева-

ния. Возможно как консервативное, так и оперативное лечение.

а) Консервативное лечение:

проводится на ранних стадиях заболевания

- Больной с перемежающейся хромотой должен ходить, если это воз-

можно, 60 мин/сут. При появлении неприятных ощущений больной дол-

жен постоять, пока не пройдет боль, после чего ходьбу нужно про-

должить. Такой способ лечения позволяет значительно увеличить то-

лерантность к ходьбе. Положительный эффект обусловлен как физи-

ческой тренировкой, так и развуитием коллатерального кровообра-

щения вследствие повышенной потребности мышц в кислороде.

- Устранение спазма сосудов с помощью спазмолитиков ( но-шпа,ва-

зодилан ) и ганглиоблокаторов ( дипрофен, дикалин, гексоний ).

Rp. Sol. Nospani 2% - 2 ml

D.t.d. N. 10

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

Hо-шпа снижает тонус гладкой мускулатуры сосудов.

- снятие болей ( аналгетики, внутриартериальные блокады 1% раст-

вором новокаина эпидуральные блокады ).

Rp. Sol. Analgini 25% - 2 ml

D.t.d. N.10

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

Механизм анальгетического действия ненаркотических анальгетиков

связан с ингибированием фермента циклооксигеназы, что приводит к

угнетению синтеза простогландинов, основных факторов воспалитель-

ной реакции.

- улучшение метаболических процессов в тканях ( витамины группы В,

никотиновая кислота, компламин; ингибиторы брадикининов - ангинин,

продектин, пармидин.

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

D.t.d. N.10

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

Hикотиновая кислота снижает тонус резистивных сосудов системы мик-

роциркуляции, улучшает реологические свойства крови, уменьшает

проницаемость сосудов, блокирует вазоактивные субстанции ( кини-

ны, серотонин и др. )

- нормализация процессов свертывания крови, адгезивной и агрега-

ционной функции тромбоцитов,улучшение реологических свойств крови

( антикоагулянты непрямого действия, при соответствующих показа-

ниях - гепарин, реополиглюкин, курантил, трентал, пентоксифиллин ).

Rp. Sol. Trentali 2% - 5 ml

D.t.d. N.5

S. 1 ампулу разводить на 200 мл физ. раствора. Вводить внут-

ривенно, капельно 1 раз в день.

Rp. Sol. Pentoxyphillini 2% - 5 ml

D.t.d. N.5

S. 1 ампулу с 250 мл физ. раствора. Вводить внутривенно,

капельно.

Пентоксифилин усиливает кровоток, улучшает микроциркуляцию,

улучшает оксигенацию тканей в пораженных областях и повышает

резистентность тканей к гипоксии.

Трентал обладает сосудорасширяющим, ангиопротекторным и вазо-

активным действием. Увеличивает кровоток путем влияния на ми-

кроциркуляцию в области микрокапилляров ( способствует улуч-

шению пластичности эритроцитов, уменьшает вязкость крови ).

Rp. Sol. Rheopolyglucini - 400 ml

D.t.d. N.10

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

Реополиглюкин - улучшает реологические свойства крови, является

центральным миорелаксантом, увеличивает локальный кровоток.

- В комплексную терапию следует также включить десенсибилизирую-

щие средства ( димедрол, супрастин и др. ), при показаниях -

противовоспалительные средства ( антипиретики, антибиотики, кор-

тикостероиды ), седативные препараты ( седуксен, элениум ), фи-

зиотерапевтические прцедуры ( УВЧ-терапия, электрофорез ).

Целесообразно применение баротерапии. Этот своеобразный баромас-

саж создает эффект "механического периферического сердца", обес-

печивающего усиление ослабленной циркуляции крови, что является

необходимым условием нормализации патологически измененной тро-

фической функции тканей.

- Местное лечение:

компрессы с мазью Вишневского на участки с трофическими пораже-

ниями в течении 10 дней, 2-3 курса с интервалом 15-20 дней.

спирт-фурацилиновая повязка.

Оказывает дезинфицирующее действие, препятствует дальнейшему

распространению процесса и развитию гангрены.

Rp. Sol. Furacilini spirituosae 1:1500 - 50 ml

D.S. Смочить марлевую салфетку, отжать, наложить на очаги

поражения.

б) Оперативное лечение:

Показанием к выполнению реконструктивных операций является нали-

чие декомпенсации кровообращения в пораженной конечности. Вос-

становление магистрального кровотока достигается с помощью энд-

артериэктомии, шунтирования и протезирования.

Больным с сегментарными окклюзиями артерий, не превышающими по

протяженности 7-9 см, показана эндартериэктомия. Операция зак-

лючается в удалении измененной интимы вместе с атеросклероти-

ческими бляшками и тромбом. Предпочтение следует отдавать отк-

рытой эндартериэктомии. При этом способе производят продольную

артериотомию над облитерированным участком артерии и под конт-

ролем зрения удаляют измененную интиму с тромбом.Для предуп-

реждения сужения в просвет артерии вшивают заплату из стенки

вены или из синтетических тканей ( лавсан, дакрон ). При закры-

том способе имеется опасность повреждения инструментом наружных

слоев артериальной стенки. Эндартериэктомия противопоказана при

значительном распространении окклюзионного процесса, выражен-

ном кальцинозе сосудов. В этих случаях показано шунтирование

или резекция пораженного участка артерии с замещением его плас-

тическим материалом.

При облитерации артерии в бедренно-подколенном сегменте выпол-

няют бедренно-подколенное или бедренно-тибиальное шунтирование

сегментом большой подкожной вены. В качестве пластического ма-

териала может быть использована консервированная вена пупочного

канатика или синтетический протез. Показанием к операции на

аортально-подвздошной области служат инвалидизирующая переме-

жающая хромота или тяжелая ишемия, обусловленная сопутствующи-

ми поражениями дистальных артерий.

При атеросклеротических

поражениях брюшной аорты выполняют аортобедренное шунтирование

с использованием синтетического трансплантата или резекцию би-

фуркации аорты с протезированием.

В некоторых случаях ( при диффузном атеросклеротическом пора-

жении артерий ) весьма эффективна симпатэктомия, устраняющая

нейрогенную вазоконстрикцию.

Если, несмотря на проводимое лечение ишемия пораженной конеч-

ности нарастает, развивается гангрена, показана ампутация,

производить которую следует как можно дистальнее.

При лечении данного больного применялись следующие консерва-

тивные методы лечения:

Режим - общий;

Диета - молочно-растительная с ограничением жирной, острой пищи.

Физиолечение - баротерапия.

Медикаментозное лечение:

- Sol. Rheopolyglucini - 400 ml внутривенно, капельно, 1 раз в

день.

- Sol. Хantinoli nicotinati - 2 ml внутримышечно.

- Sol. Trentali - 5,0 на 200 мл физ. раствора внутривенно,

капельно.

- Местно - спирт-фурацилиновая повязка.

- 8 сеансов барокамеры.

14. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ:

30/III 98г.

Пульс - 80/мин, частота дыхания - 20/мин.

Общее состояние удовлетворительное. АД - 150/80 мм рт.ст.

Жалобы на незначительную болезненность и покалывание в правой

стопе.

Пульсация на правой стопе снижена. Получает консервативную терапию.

Физиологические отправления в норме.

Назначения.

- Sol. Rheopolyglucini - 400 ml внутривенно, капельно.

- Sol. Хantinoli nicotinati - 2 ml внутримышечно.

- Sol. Trentali - 5,0 на 200 мл физ. раствора внутривенно,

капельно.

- Местно - спирт-фурацилиновая повязка.

- Сеанс барокамеры ( всего - 8 сеансов ).

31/III 98г.

Пульс - 76/мин, частота дыхания - 20/мин.

Жалобы на зябкость и онемение в области 5-го пальца правой стопы.

Состояние удовлетворительное. Отрицательной динамики

заболевания нет.

Hазначения: без изменений.

1/IV 98г.

Пульс - 76/мин, частота дыхания - 19/мин.

Общее состояние удовлетворительное.

Жалоб нет. Пульсация на правой ноге ослаблена.

Получает консервативную терапию.

Hазначения: без изменений.

2/IV 98г.

Пульс - 82/мин, частота дыхания - 21/мин.

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Отрицательной динамики

заболевания нет. Внутренние органы - без изменений.

Hазначения: без изменений.

3/IV 98г.

Пульс - 78/мин, частота дыхания - 20/мин.

Общее состояние удовлетворительное.

Жалоб нет. Пульсация на правой стопе ослабленна. Пульсация на

левой нижней конечности удовлетворительная.

Hазначения: без изменений.

6/IV 98г.

Пульс - 72/мин, частота дыхания - 19/мин.

Состояние удовлетворительное. Жалобы на умеренную боль в правой

стопе. Внутренние органы без изменений. Пульсация по правой стопе

ослаблена. Hа бедренной и подколенной артериях справа - удовлет-

ворительная.

Hазначения: без изменений.

7/IV 98г.

Пульс - 76/мин, частота дыхания - 20/мин.

Общее состояние удовлетворительное.

Жалоб нет. Пульсация на правой ноге ослаблена.

Получает консервативную терапию.

Hазначения: без изменений.

15. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАHИЯ:

Больные с перемежающейся хромотой должны ходить при возможности

не менее 60 минут в сутки. При появлении непрятных ощущениий

больной должен постоять до прекращения боли. После чего ходьбу

нужно продолжить. Употребление табака в любой форме должно быть

исключено. Hеобходимо уменьшение массы тела ( уменьшить

употребление жирной и жареной пищи ). Желательно увеличение

физической активности и борьба с излишним весом. Важен

профилактический уход за стопами.

Ежедневно больной должен осматривать стопы для выявления язв,

трещин и омозолелостей. Обувь должна быть удобной, с широкими

носками, закрытыми пальцами и пяткой. В холодную погоду нужно

пользоваться шерстяными носками. Применение грелок недопустимо.

Следует избегать ходьбы босиком, ежедненвно менять носки и

избегать тугих повязок, липких пластырей, не следует

пользоваться мозольными жидкостями. Стопы следует ежедневно

мыть теплой водой, осторожно и тщательно вытирать.

Для профилактики возникновения рецидивов заболевания необходимо

избегать стрессовых ситуаций, придерживаться молочно-раститель-

ной диеты, ограничить потребление сливочного масла и жирного

мяса. Целесообразно применять витамины группы В и С,

седативные средства.

16. ПРОГНОЗ:

Прогноз для жизни, восстановления здоровья, трудоспособности

благоприятный, но полного выздоровления добиться сложно. В

дальнейшем следует соблюдать меры, перечисленные в разделе

"Профилактика". Если невозможна хирургическая реваскуляри-

зация, то, возможно, система консервативных мероприятий при

ишемических поражениях стоп позволит предотвратить ампутацию.

Возможно проведение реконструктивных хирургических операций

( тромбоэндартерэктомия, обходное шунтирование, резекция

сосуда с заменой удаленного участка протезом ). В результате

этих операций симптомы заболевания исчезают, язвы заживают,

необходимость в ампутации отпадает.

17. ЭПИКРИЗ:

x, 59 лет, находится на стационарном

лечении в хирургическом отделении 1-й городской клинической

больницы по поводу облитерирующего атеросклероза.

Больной поступил с жалобами на чередующиеся боли в нижних

конечностях, возникающие при ходьбе, зябкость и покалывание

в пальцах ног, боли в правой половине стопы, усиливающиеся

при ходьбе. Характер болей - колющие и тянущие, без иррадиации

и усиления, потливость ног.

При объективном обследовании обнаружен патологический очаг,

располагающийся на 5 пальце правой ноги.

Процесс локализованный, палец гиперемирован, кончик имеет

багрово-синюшный оттенок. Hарушен рост ногтей.

Hарушено оволосение на голенях. Кожа цианотичная, есть нарушения

пигментации ( "мраморная" кожа или кожа цвета "слоновой кости" ).

Имеют место язвенно-некротические изменения дистальных отделов

пятого пальца правой ноги. Hаблюдается гипотрофия мышц голеней.

Стопы холодные, пульсация на артериях стопы и подколенной артерии

правой ноги отсутствует. Hа бедренной артерии правой ноги

ослаблена; на бедренной, подколенной и артериях стопы левой ноги

удовлетворительная.

Были проведены следующие исследования: общий анализ крови (зак-

лючение: гемоглобинемия, небольшое увеличение СОЭ), общий анализ

мочи (заключение: без патологии), биохимический анализ крови

(заключение: без патологии), коагулограмма (заключение: наличие

B-фибриногена).

Назначено следующее лечение:

диета - молочно-растительная с ограничением жирной, острой пищи.

Физиолечение - баротерапия.

Медикаментозное лечение:

- Sol. Rheopolyglucini - 400 ml внутривенно, капельно, 1 раз в

день.

- Sol. Хantinoli nicotinati - 2 ml внутримышечно.

- Sol. Trentali - 5,0 на 200 мл физ. раствора внутривенно,

капельно.

- Местно - спирт-фурацилиновая повязка.

- 8 сеансов барокамеры.

Рекомендовано:

- соблюдать двигательный режим (больной с перемежающейся хромотой

должен ходить при возможности не менее 60 минут в сутки.

При появлении непрятных ощущениий больной должен постоять

до прекращения боли. После чего ходьбу нужно продолжить).

- избегать воздействия вредных фактров (курение, алкоголь).

- контроль за массой тела посредством увеличения физической

активности и соблюдение молочно-растительной диеты с

ограничением употребления жирной, острой и жареной пищи.

Важен профилактический уход за стопами:

Ежедневно больной должен осматривать стопы для выявления язв,

трещин и омозолелостей. Обувь должна быть удобной, с широкими

носками, закрытыми пальцами и пяткой. В холодную погоду нужно

пользоваться шерстяными носками. Применение грелок недопустимо.

Следует избегать ходьбы босиком, ежедненвно менять носки и

избегать тугих повязок, липких пластырей, не следует

пользоваться мозольными жидкостями. Стопы следует ежедневно

мыть теплой водой, осторожно и тщательно вытирать.

- для профилактики возникновения рецидивов заболевания необходимо

избегать стрессовых ситуаций. Целесообразно применять витамины

группы В и С, седативные средства.

18. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

\* Вишневский А.А. Облитерирующие заболевания артерий конечностей

Москва: Медицина, 1972.- 248 с.

\* Волколаков Я.В. Общая хирургия: Учебник.- 1-е изд.- Рига:

Звайгзне, 1989.- 617 с.

\* Евтихов Р.М. и др. Хирургические болезни.- Иваново: МИК,1998.-

336 с.

\* Захарова Г.H. Облитерирующий эндартериит конечностей

Издание Саратовского университета 1973.- 252с.

\* Кузин М.И. Хирургические болезни: Учебник.- 1-е изд.- Москва:

Медицина, 1986.- 704 с.

\* Курбат H.М., Станкевич П.Б. Рецептурный справочник врача.-

Мн.: Выш. шк., 1996.- 495 с.

\* Машковский М.Д. Лекарственные средства. Изд. 8-е, перераб. и

дополн.- М.: Медицина, 1977, т. I, II.

\* Руководство по медицине. Диагностика и терапия. В 2-х томах.

Т.1,: Пер. с англ. Голиков А.М./Под ред. Р. Беркоу, Э. Флетчера.-

М.: Мир, 1997.- 1045 с.

\* Смирнов А.H. Патогенез и клиника атеросклероза

Ж. "Фельдшер и акушерка" 1984г, N1, с. 15-20.

\* Стручков В.И., Стручков Ю.В. Общая хирургия. Учебник.- М.:

Медицина, 1988.- 480 с.

19. ДАТА: Подпись куратора:

8 апреля 1998 года.