**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

*ФИО:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Возраст*: 30.03.1960г.р. (52 года)

*Пол*: мужской

*Образование*: среднее специальное

*Место работы*: не работает, инвалид 3 группы

*Место жительства*: пр-т. Строителей 3-1-1

*Семейное положение*: женат

*Дата поступления в стационар*: 25.02 – в хирургическое отделение.

*Клинический диагноз:* Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, хроническая артериальная недостаточность 2 степени.

***Жалобы больного***

Жалобы на момент поступления и курации: на боли в икроножных, бедренных и ягодичных мышцах, преимущественно в левой нижней конечности, возникающие во время ходьбы обычным шагом на незначительное расстояние (до 100 м). Появление болей вынуждает больного остановиться. Во время остановки боль у него через некоторое время прекращается (обычно через 2-5 минут), при ходьбе возобновляется. Боли интенсивные, не иррадиируют. В условиях холода, сырости, при подъеме по лестнице боль возникает чаще и больше выражена. Также имеются жалобы на зябкость ног, судороги в икроножных мышцах, чувство онемения в стопах и голенях, появляющееся при горизонтальном положении ног.

***История настоящего заболевания***

### Больным себя считает с 1993 года когда, на фоне общего здоровья, впервые появилась слабость и повышенная утомляемость мышц ног, судороги в икроножных мышцах, ощущение зябкости в конечностях. Позже появились боли в икроножных мышцах, возникающие при ходьбе обычным шагом на расстояние до 500 метров, вынуждающие больного в целях обезболивания производить остановки. После кратковременного отдыха (1-2 минуты) боли исчезали, но возобновлялись вскоре после продолжения ходьбы. Больной обратился в поликлинику, где ему было назначено лечение (какое - больной не помнит), после чего, со слов больного, его состояние значительно улучшилось. Исчезли боли при ходьбе, судороги в икроножных мышцах.

### В дальнейшем беспокоили только слабость и повышенная утомляемость нижних конечностей, изредка судороги в икроножных мышцах. Больной периодически лечится в стационаре.

***История жизни больного***

### Репин С.Ю. родился в 1960 г. в г. Витебске первым ребенком в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Окончил школу, училище. Служил в армии (ВДВ). Начало трудовой деятельности с 22 лет.

### Из перенесённых заболеваний отмечает простудные, ветряную оспу, грипп, корь.

### Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает.

### Вредные привычки: курит, стаж курения 27 лет по 20 сигарет в день, на данный момент бросает курить, алкоголем не злоупотребляет.

### Условия жизни пациента удовлетворительные: проживает с женой в двухкомнатной квартире.

### Наследственные заболевания отрицает.

### Аллергологический анамнез - не отягощен.

### Переносимость лекарственных веществ: побочных реакций на лекарства не отмечает.

### Трансфузиологический анамнез: переливание крови и его компонентов не проводилось.

### Операции: нет.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Общий статус

### 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 90 кг, ИМТ – 27 ( повышен ).

### 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 18 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 и подключичные ямки сглажены. Межреберные промежутки прослеживаются. 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.

### Топографическая перкуссия.

Нижние границы правого легкого:

по l. рarasternalis - верхний край 6-го ребра

по l. medioclavicularis - нижний край 6-го ребра

по l. axillaris anterior - 7 ребро

по l. axillaris media - 8 ребро

по l. axillaris posterior - 9 ребро

по l. scapularis - 10 ребро

по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Нижние границы левого легкого:

по l. parasternalis- -------

по l. medioclavicularis- -------

по l. axillaris anterior- 7 ребро

по l. axillaris media- 8 ребро

по l. axillaris posterior- 9 ребро

по l. scapuiaris- 10 ребро

по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Верхние границы легких:

Спереди на 4,5 см выше ключицы справа и слева.

Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка справа и слева.

Ширина полей Кренинга: слева и справа по 6 см

Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии:4 см

Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии:4 см

*Аускультация*

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

Сердечно-сосудистая система

*Осмотр*

### Видимой пульсации в области сердца не определяется.

*Пальпация*

### Пульс ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках. Частота 75 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 75 ударов в минуту.

*Перкуссия*

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - в 4-м межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины

Левая - в 5-м межреберье по среднеключичной линии

Верхняя - на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistrae

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - по левому краю грудины в 4-м межреберье

Левая - в 5-м межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии

Верхняя - на уровне 4-го ребра.

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

*Аускультация*

При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет.

Артериальное давление 130/70 мм. рт. ст. на обеих руках.

Система органов желудочно-кишечного тракта

*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.

### 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, коричневого цвета.

*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.

Система органов мочевыделения

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

Нервная система и органы чувств

При осмотре пациента парезы, параличи, мышечная атрофия, фибриллярные подёргивания, судороги отсутствуют. Менингеальные симптомы не определяются. Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Лицо симметричное, язык ориентирован по средней линии. Мышечная сила, сухожильные рефлексы одинаковые со всех сторон. Глотание не нарушено, тазовых расстройств не отмечается. Обоняние и вкус не нарушены. При пальпации по ходу нервных стволов болезненность не определяется.

*Локальный статус:*

Умереные трофические изменения кожи голеней и стоп: температура кожи прохладная, ногти утолщены, пульсация артерий значительно ослаблена на всем протяжении. Пальпация безболезненна.

**ПЛАH ОБСЛЕДОВАHИЯ:**

Больной обследован амбулаторно перед поступлением в стационар. В дообследовании не нуждается.

**ДАННЫЕ АНАЛИЗОВ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ**

*1. Общий анализ крови от 15.02.2013*

Эритроциты 4,82 х 1012 /л

гемоглобин 138 г/л

ЦП – 0,94

лейкоциты 9.0 х 109 /л

эозинофилы 1%

палочкоядерные 4 %

сегментоядерные 58 %

лимфоциты 27 %

моноциты 10%

СОЭ 7 мм/час

*2. Общий анализ мочи от 15.02.2013*

Цвет − соломенно-жёлтый

Прозрачность − прозрачность полная

Удельный вес − 1020

Белок − нет

Сахар − нет

Эпителий − 1-2 в поле зрения

Лейкоциты − 1-3 в поле зрения

Эритроциты − нет

Соли − нет

Слизь − нет

*3. Глюкоза крови от 15.02.2013*

Глюкоза в капилярной кровинатощак – 4,3ммоль/л

4. *ЭКГ от 15.02.13:* Ритм синусовый. Вертикальное положение ЭОС. ЧСС 80 в мин.

*5. Биохимический анализ крови от 15.02.2013*

Общий белок - 67 г/л

Глюкоза – 5.7 ммоль /л

Билирубин общий - 8,5 мкмоль/л

Билирубин прямой – 2,0 мкмоль/л

Мочевина - 6,5 ммоль/л

Креатинин- 0,083 мкмоль/л

АЛТ - 14 Е/л

АСТ - 17 Е/л

холестерин – 4,2 ммоль/л

Триглицериды – 0,59 ммоль/л

Щелочная фосфатаза 104 ЕД/л

6. *Флюорография от 15.02.2013* – в норме.

**ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата 27.02  T0С 36.7  ЧСС 75 в мин.  АД 130/80 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное.  Жалобы на боли в нижних конечностях при ходьбе.  Объективно: кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Язык влажный, обложен белым налётом.  Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. ЧД 19 в мин.  Тоны сердца ясные, ритмичные.  Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Перитонеальных симптомов нет.  Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Диурез достаточный.  Локальный статус: умереные трофические изменения кожи голеней и стоп, температура кожи прохладная, пульсация артерий снижена на всем протяжении, снижение оволосения голеней. | 1. 1 Постельный режим 2. Стол Б 3. Sol. Acidi nikotinici 2.0 1 раз в сут. в/м 4. Sol. Heparini 7.5 тыс ЕД 1 раз в сутки внутривенно 5. Sol. Trentali 2% - 5 ml , содержимое 1 ампулы разводить на 200 мл физ. раствора, в/в кап. 1 раз в день. 6. Sol. Pentoxyphillini 2% - 5 ml, содержимое 1 ампулы с 250 мл физ. раствора, в/в кап. 1 раз в день. 7. Sol. Rheopolyglucini - 400 ml, в/в кап. по 1 флакону в день. |
| Дата 28.02  T0С 36.6  ЧСС 77 в мин.  АД 130/80 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное.  Жалобы на умеренные боли при ходьбе.  Объективно: кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. ЧД 18 в мин.  Тоны сердца сяные, ритмичные.  Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки, оформленный.  Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Диурез достаточный.  Локальный статус : умеренные трофические изменения кожи голеней и стоп, температура кожи прохладная, пульсация артерий снижена на всем протяжении, снижение оволосения голеней. | Лечение продолжить. |
| Дата 01.03  T0С 36,6  ЧСС 75 в мин.  АД 130/80 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное.  Жалобы не предъявляет.  Объективно: кожные покровы и видимые слизистые без особенностей.  Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. ЧД 17 в мин.  Тоны сердца ясные, ритмичные.  Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки, оформленный.  Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Диурез достаточный.  Локальный статус : без динамики | Лечение продолжить. |

**ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

### На основании жалоб пациента (на боли в икроножных, бедренных и ягодичных мышцах, преимущественно в левой нижней конечности, возникающие во время ходьбы обычным шагом на незначительное расстояние (до 100 м). Появление болей вынуждает больного остановиться. Во время остановки боль у него через некоторое время прекращается (обычно через 2-5 минут), при ходьбе возобновляется. Боли интенсивные, не иррадиируют. В условиях холода, сырости, при подъеме по лестнице боль возникает чаще и больше выражена. Также имеются жалобы на зябкость ног, судороги в икроножных мышцах, чувство онемения в стопах и голенях, появляющееся при горизонтальном положении ног.); анамнеза настоящего заболевания (Больным себя считает с 1993 года когда, на фоне общего здоровья, впервые появилась слабость и повышенная утомляемость мышц ног, судороги в икроножных мышцах, ощущение зябкости в конечностях. Позже появились боли в икроножных мышцах, возникающие при ходьбе обычным шагом на расстояние до 500 метров, вынуждающие больного в целях обезболивания производить остановки. После кратковременного отдыха (1-2 минуты) боли исчезали, но возобновлялись вскоре после продолжения ходьбы. Больной обратился в поликлинику, где ему было назначено лечение (какое - больной не помнит), после чего, со слов больного, его состояние значительно улучшилось. Исчезли боли при ходьбе, судороги в икроножных мышцах. В дальнейшем беспокоили только слабость и повышенная утомляемость нижних конечностей, изредка судороги в икроножных мышцах. Больной периодически лечится в стационаре.); данных объективного обследования (умереные трофические изменения кожи голеней и стоп, температура кожи прохладная, пульсация артерий снижена на всем протяжении) можно поставить:

### Клинический диагноз: Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, хроническая артериальная недостаточность 2 степени.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1. Постельный режим
2. Стол Б
3. Улучшение метоболических процессов в тканях : Sol. Acidi nikotinici 2.0 1 раз в сутки внутримышечно
4. Нормализация процессов свертывания крови, адгезивной и агрегационной функции тромбоцитов, улучшение реологических свойств крови: антикоагулянты непрямого действия − гепарин, реополиглюкин, трентал, пентоксифиллин.

### Sol. Heparini 7.5 тыс ЕД 1 раз в сутки внутривенно

### Sol. Trentali 2% - 5 ml , содержимое 1 ампулы разводить на 200 мл физ. раствора, вводить внутривенно капельно 1 раз в день.

### Sol. Pentoxyphillini 2% - 5 ml, содержимое 1 ампулы с 250 мл физ. раствора, вводить внутривенно капельно 1 раз в день.

### Sol. Rheopolyglucini - 400 ml, вводить внутривенно капельно по 1 флакону в день.

**ЭПИКРИЗ ПЕРЕВОДНОЙ**

### Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 52 лет, находится на лечении в хирургическом отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с 25.02.2013 по настоящее время с диагнозом: Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, хроническая артериальная недостаточность 2 степени.

### Обследован в поликлинике. В дообследовании не нуждается.

### Проводится лечение: Sol. Acidi nikotinici 2.0 1 раз в сутки внутримышечно, Sol. Heparini 7.5 тыс ЕД 1 раз в сутки внутривенно, Sol. Trentali 2% - 5 ml , содержимое 1 ампулы разводить на 200 мл физ. раствора, вводить внутривенно капельно 1 раз в день, Sol. Pentoxyphillini 2% - 5 ml, содержимое 1 ампулы с 250 мл физ. раствора, вводить внутривенно капельно 1 раз в день, Sol. Rheopolyglucini - 400 ml, вводить внутривенно капельно по 1 флакону в день,

### После назначенного лечения отмечается положительная динамика. Сохраняются умереные трофические изменения кожи голеней и стоп .

### Рекомендуется: 1. продожить лечение;