**Паспортная часть.**

ФИО больного: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Возраст: 60 лет \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Пол: мужской

Профессия: пенсионер, инвалид второй группы

Домашний адрес:ул.\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Дата поступления:30.05.05

Кем направлен: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Предварительный диагноз: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей

Клинический диагноз: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, окклюзия правой поверхностной бедренной артерии; состояние после бедренно-подколенного шунтирования;

Заключительный диагноз

-основной: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (III стадия), окклюзия правой поверхностной бедренной артерии; состояние после бедренно-подколенного шунтирования

-сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия ФКII

**Жалобы больного.**

Жалобы на интенсивные ноющие боли в икроножной мышце и стопе правой нижней конечности, возникающие при ходьбе (проходит без остановки 25-30 метров) или реже - в покое, выраженную мышечную слабость и зябкость в обеих ногах, периодически возникающие головные боли (пульсирующие, локализуются в затылочной области), связанные с эпизодами повышения артериального давления.

**Анамнез настоящего заболевания.**

Больной себя считает с 1990 года, когда впервые при быстрой ходьбе возникли резкие боли в правой икроножной мышце, которые проходили после остановки. По поводу данных болей обратился в поликлинику по месту жительства, где было проведено амбулаторное лечение (какое именно больной вспомнить затруднился). Проведенное лечение не имело положительного эффекта: боли постепенно нарастали (возникали при меньшей физической нагрузке).

Из поликлиники по месту жительства в 1991 году для проведения обследования и лечения направлен в ГОККД. Проведено обследоване (ангиография, рентгенография, исследование мочи, крови). Выявлено нарушение проходимости поверхностной бедренной артерии справа. В 1991 году больной прооперирован (бедренно-подколенное шунтирование).После проведенного оперативного лечения боли исчезли. До 1998 года, в связи с отсутствием болей, не принимал никаких лекарственных препаратов.

В 1998 году при ходьбе появились ноющие боли в правой икроножной мышце, а затем (примерно через месяц) и в правой стопе. Данные боли возникали при прохождении около 50м).

В 1998 году была произведена реконструкция правого дистального анастомоза.

В настоящее время госпитализирован в связи с ухудшением состояния.

**Анамнез жизни больного.**

Родился в 1945 году в \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, третьим ребенком в семье. Физически и интеллектуально развивался нормально, от сверстников не отставал. Окончил среднюю школу. Получил среднее образование. В данное время проживает в благоустроенной квартире. В настоящее время на пенсии. Питание регулярное-4 раза в день, преобладает жидкая пища. Соблюдает личную гигиену тела.

Состояние здоровья близких родственников удовлетворительное.

Гепатит, туберкулёз, венерические заболевания заболевания отрицает. ВИЧ-анамнез не отягощен. Аллергически реакции отрицает. 1989-удаление сегмента левого легкого.В 1991году -бедренно-подколенное шунтирование. В 1998 году была произведена реконструкция правого дистального анастомоза.

Не курит. Алкоголь употреблял умеренно (3-4 раза в год).Наркотики, снотворные не употребляет. Токсикоманию и другие вредные привычки отрицает.

# Объективное исследование

## ОБЩИЙ ОСМОТР

Общее состояние больного удовлетворительное, положение активно. Телосложение нормостеническое.

Температура тела 36,7оС. Рост 172см. Масса тела - 68 кг.

Кожные покровы (за исключением кожных покровов нижних конечностей) бледной окраски, влажные. Конъюнктива век с обеих сторон бледно-розовой окраски. Оволосение по мужскому типу. Ногтевые пластинки пальцев кистей без патологических изменений. Кожа эластична, тургор в норме.

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Толщина жирового слоя у пупка - 1,5см, в области угла лопатки - 3см. Отеков нет.

Пальпируются единичные паховые лимфоузлы размером 5 мм, эластической консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями.

Общее развитие мышечной системы умеренное. Атрофий, гипертрофий мышечного аппарата, уплотнений в толще мышц не выявлено. Тонус мышц верхних конечностей в норме.

При исследовании костей (череп, грудная клетка, позвоночник, таз, конечности) утолщений, деформаций не выявлено. Болезненность при пальпации, перкуссии и нагрузке по оси не возникает.

Суставы нормальной конфигурации, кожные покровы над ними бледной окраски. Соотношение суставных концов правильное. Пальпации над областью суставов безболезненна. Движения в суставах (активные и пассивные) в полном объеме, безболезненны.

Щитовидная железа не визуализируется, не видна при глотании, не пальпируется.

## ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Грудная клетка правильной формы, симметричная, обе половины равномерно активно участвуют в акте дыхания. Надчревный угол 90 Надключичные и подключичные ямки симметричные, хорошо выраженные. Ход ребер под 45.Межрёберные промежутки не расширены. Ширина межрёберных промежутков 1.5 см. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Дыхание через нос свободное, ровное, нормальной глубины, ритмичное. Частота дыхательных движений -- 18 раз в минуту. Тип дыхания-грудной.

Пальпация грудной клетки безболезненная. Грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон в симметричных участках.

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный лёгочный звук, одинаковый в симметричных участках грудной клетки.

Над всеми аускультативными точками выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет. Бронхофония над симметричными участками с обоих сторон проводится одинаково слабо.

### СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Выпячивания, видимой пульсации в области сердца нет. Верхушечный толчок визуально не определяется.

Пульс симметричный, частотой 92 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 2 см латеральнее левой среднеключичной линии, площадью 1,5 на 2 см, умеренной силы, резистентный.

Границы относительной сердечной тупости:  
Правая - в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины.  
Верхняя - на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. Parasternalis sinistrae  
Левая - в 5-м межреберье на 3 см левее среднеключичной линии.

Границы абсолютной сердечной тупости:  
Правая - по левому краю грудины.

Верхняя - на уровне 4-го ребра.

Левая - на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости.

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

Аускультативно во всех точках выслушиваются ясные ,ритмичные тоны. Частота сердечных сокращений 92 удара в минуту.Шумов нет. Шум трения перикарда не выслушивается.

Артериальное давление 160/90 мм рт.ст. на левой руке, а на правой 160/90 мм.рт.ст.

Подкожные вены нижних конечностей не изменены, при пальпации уплотнений, болезненности нет.

Пульсация на общих сонных, височных, плечевых артериях, брюшной аорте сохранена.

При аускультации сонных артерий, брюшной аорты сосудистые шумы не выявляются.

Пульсация на правой бедренной, правой подколенной, правой и левой задних большеберцовых, правой дорсальной артерии стопы не определяется. На левой подколенной артерии и левой дорсальной артерии стопы пульсация резко ослаблена.

В правой паховой области в проекции правой бедренной артерии (в области шунта) пальпаторно определяется пульсирующее образование эластической консистенции, 6 см в диаметре,безболезненное при пальпации.

Кожа голеней и стоп истончена, цианотична, сухая, шелушится, имеются трещины. На коже стоп - выраженный гиперкератоз. Отмечается деформация ногтевых пластинок пальцев стоп, нарушение волосяного покрова кожи стоп и голеней. Подкожная жировая клетчатка нижних конечностей истончена. Мышцы обеих бедер, голеней и стоп атрофичны; мышечный тонус и сила мышц нижних конечностей снижены.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Осмотр ротовой полости: язык обычной формы и величины, влажный, чистый. Трещин и язв на языке нет. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

Живот обычной формы, симметричный с обеих сторон, в акте дыхания участвует. Расширения подкожных вен нет. Рубцов нет.

Пальпаторно:

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.Грыжевых выпячиваний, диастаза прямых мышц живота нет. Болезненность в точках Боаса, Опенховского, Гебста и в зоне Шоффара отсутствует. Симптомы Менделя, Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского отрицательные.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка, не урчащая, диаметром 2 см. Слепая кишка, аппендикс, поперечно-ободочная кишка, конечный отдел тонкой кишки не пальпируются. Привратник, малая и большая кривизны желкдка не пальпируются. Нижняя граница желудка на 4 см выше пупка. Поджелудочная железа не пальпируется.

Перкуторно:

При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются.

Аускультативно:

Перистальтика кишечника умеренная, шум плеска не определяется, шума трения брюшины нет.

Видимого увеличения области печени и пульсации не наблюдается.

Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Край плотный округлой формы, ровный болезненности нет. Размеры печени по Курлову:

1-й вертикальный - 9см;

2-й вертикальный - 8см;

косой - 7см.

Селезенка в левом подреберье не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии слева.

## МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Визуально поясничная область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА**.

Щитовидная железа не пальпируется.Симптомы Мебиуса, Штельвага, Кохера, Греффе отрицательные. Экзофтальма, тремора рук и отека лица нет.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Со стороны других желез изменений нет.

**НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.**

Настроение хорошее. Ориентация в пространстве правильная. Больная контактна. Развит в соответствии с возрастом. Речь- монотонная. Бессонницу не отмечает.

Поза Ромберга устойчивая. Координация движений правильная.

Зрачки одинаковые, реагируют на свет. Рефлексы Бабинского, Россолимо, Оппенгейма, Брудзинского не определяются.

Зрения, слух и обоняние- в норме. Болевая и температурная чувствительность сохранена. Болезненности по ходу тройничного нерва нет. Регидности мышц затылка нет.

**МЕСТНЫЙ СТАТУС.**

Кожа голеней и стоп истончена, цианотична, сухая, шелушится, имеются трещины. На коже стоп - выраженный гиперкератоз. Отмечается деформация ногтевых пластинок пальцев стоп, нарушение волосяного покрова кожи стоп и голеней. Подкожная жировая клетчатка нижних конечностей истончена. Мышцы обеих бедер, голеней и стоп атрофичны; мышечный тонус и сила мышц нижних конечностей снижены. В правой паховой области в проекции правой бедренной артерии (в области шунта) пальпаторно определяется пульсирующее образование эластической консистенции, 6 см в диаметре, безболезненное при пальпации.

**РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Per rectum: тонус сфинктера прямой кишки в норме,ампула прямой кишки свободная, нависаний нет. Доли предстательной железы умеренно увеличены, мягкие эластичные, бороздка прослеживается. На перчатке кал обычного цвета/

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (III стадия), окклюзия правой поверхностной бедренной артерии; состояние после бедренно-подколенного шунтирования

сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия ФКII

**ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**.

1. Общий анализ крови (30.05.05):

Гемоглобин - 146,0г/л;

лейкоциты - 4,5\*109/л;

нейтрофилы: палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 52%, эозинофилы - 3%; лимфоциты - 36%; моноциты - 5%;

СОЭ - 3мм/ч.

2. Обший анализ мочи (30.05.05):

Цвет соломенно-желтый,

количество - 200мл,

относительная плотность - 1015;

реакция щелочная;

белок - отрицательный;

глюкоза - нет;

лейкоциты - 4-5 в п/з;

эритроциты - нет;

цилиндры - гиалиновые.

3. Биохимический анализ крови (30.05.05):

Общий белок 69г/л

Мочевина 5,5ммоль/л

Креатинин 68ммоль/л

Общий билирубин 10,5мкмоль/л

АлАТ 85нмоль/с\*л

АсАТ 82нмоль/с\*л

Щелочная фосфатаза 2,3нмоль/с\*л

Глюкоза 4,61ммоль/л

4.ЭКГ (31.05.05.):

Ритм синусовый, частота сердечных сокращений – 80ударов в мин.

Заключение: Ритм синусовый, ЭОС отклонена влево. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки гипертрофии левого желудочка

5. RW 25.05.05.-отрицательная

6. ФЛГ от 27.04.05.№ 12097Органы грудной клетки без патологии.

7.Группа крови (31.05.05) О (1) Rh (-)

8.Консультация ЛОР-онкологом : заболевание левой небной миндалины с распространением на дужки, корень языка T4NxMo IV ст. Состояние после полного курса АТ.На момент осмотра данных за гистологию нет.

9. ангиография (3.06.01) окклюзия правой поверхностной бедренной артерии;

**ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

Данный диагноз поставлен на основании:

1. Жалоб больного на интенсивные ноющие боли в икроножной мышце и стопе правой нижней конечности, возникающие при ходьбе (проходит без остановки 25-30 метров) или реже - в покое, выраженную мышечную слабость и зябкость в обеих ногах, периодически возникающие головные боли (пульсирующие, локализуются в затылочной области), связанные с эпизодами повышения артериального давления;
2. Анамнестических данных: появление болей в икроножных мышцах при физической нагрузке, постепенное их нарастание (возникновение болей при меньшей физической нагрузке); артериальная гипертензия,при проведении ангиографии выявлена окклюзия правой поверхностной бедренной артерии;

3.Данных объективного исследования: Кожа голеней и стоп истончена, цианотична, сухая, шелушится, имеются трещины. На коже стоп - выраженный гиперкератоз. Отмечается деформация ногтевых пластинок пальцев стоп, нарушение волосяного покрова кожи стоп и голеней. Подкожная жировая клетчатка нижних конечностей истончена. Мышцы обеих бедер, голеней и стоп атрофичны; мышечный тонус и сила мышц нижних конечностей снижены. В правой паховой области в проекции правой бедренной артерии (в области шунта) пальпаторно определяется пульсирующее образование эластической консистенции, 6 см в диаметре, безболезненное при пальпации.

На основании изложенного, можно поставить клинический диагноз Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (III стадия), окклюзия правой поверхностной бедренной артерии; состояние после бедренно-подколенного шунтирования;артериальная гипертензия, ФК II

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей необходимо дифференцировать с:

-Диабетическая макроангиопатия встречается во всех возрастных группах, имеет сходную клинику с облитерирующим атеросклерозом, но отличается более тяжелым и прогрессирующим течением, которое может привести к развитию гангрены (как правило, влажной), рано присоединяются симптомы полиневрита, часто имеются другие осложнения диабета.

-Корешковый синдром так же как и облитерирующий атеросклероз влечет за собой, боли в ногах, зябкость, парестезии, снижение чувствительности стоп, голеней, возможны парезы стопы. Однако этот синдром развивается как правило остро, боли чаще очень сильные, по всей ноге и в поясничной области, усиливаются при неосторожном движении. Чувствительность впадает по сегментарному типу. Кожа обычно не изменена (при атеросклерозе бледная, холодная, сухая). Пульс на дистальных артериях прощупывается хорошо.

- облитерирующим эндартериитом. Исключить диагноз эндартериита позволяют следующие данные: поражение преимущественно проксимальных (крупных) артерий; быстрое прогрессирование болезни; отсутствие в анамнезе волнообразного течения заболевания, сезонных обострений;

- облитерирующим тромбангиитом. Диагноз облитерирующего тромбангиита позволяет исключить отсутствие тромбофлебита поверхностных вен мигрирующего характера; отсутствие обострений, сопровождающихся тромбозом артериального и венозного русла;

- болезнью Рейно. Поражение крупных сосудов нижних конечностей, отсутствие пульсации на артериях стоп, голеней, «перемежающая хромота» позволяют исключить данный диагноз;

- тромбозами и эмболиями артерий нижних конечностей. Постепенное нарастание клинических проявлений (в течение нескольких лет), вовлечение в патологический процесс сосудов обеих конечностей, отсутствие мраморности кожных покровов позволяют исключить данный диагноз.

- тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Исключить данный диагноз позволяют отсутствие отека, повышения температуры тела и болезненности при пальпации по ходу магистральных вен на бедре и в паховой области.

На наличие у данного больного облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей также указывают: возникновение заболевания на фоне артериальной гипертензии; поражение преимущественно крупных сосудов нижних конечностей.

**ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ***.*

Стол – 15

Режим – стационарный

*Принципы лечения:*

При лечении необходимо учитывать этиологию и патогенез заболевания. Возможно как консервативное, так и оперативное лечение.

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 развитием коллатерального кровообращения вследствие повышенной потребности мышц в кислороде.

− Устранение спазма сосудов с помощью спазмолитиков (но-шпа, вазодилан) 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% раствором 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 воспалительной 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 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).

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.

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 вазоактивным действием. Увеличивает кровоток путем влияния на микроциркуляцию в области микрокапилляров (способствует улучшению 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 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.

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: показания к выполнению реконструктивных операций могут быть определены, уже начиная со IIб стадии заболевания. Противопоказаниями являются тяжелые сопутствующие заболевания внутренних органов - сердца, легких, почек и др., тотальный кальциноз артерий, отсутствие проходимости дистального русла. Восстановление магистрального кровотока достигается с помощью эндартерэктомии, обходного шунтирования и протезирования.

Больным с сегментарными окклюзиями артерий, не превышающими по протяженности 7-9 см, показана эндартерэктомия. Операция заключается в удалении измененной интимы вместе с атеросклеротическими бляшками и тромбом. Операцию можно выполнить как закрытым (из поперечного разреза), так и открытым способом. При закрытом способе, имеется опасность повреждения инструментом наружных слоев артериальной стенки.

Кроме того, после удаления интимы в просвете сосуда могут остаться обрывки, благоприятствующие развитию тромбоза. Вот почему предпочтение следует отдавать открытой эндартерэктомии. При этом способе производят продольную артериотомию над облитерированным участком артерии и под контролем зрения удаляют измененную интиму с тромбом. Для предупреждения сужения просвет рассеченной артерии должен быть расширен путем вшивания заплаты из стенки подкожной вены. При операциях на артериях крупного калибра используют заплаты из синтетических тканей (терилен, лавсан и др.). Некоторые хирурги применяют ультразвуковую эндартерэктомию.

Эндартерэктомия 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. Малый диаметр большой подкожной вены (менее 4 мм), раннее ветвление, варикозное расширение, флебосклероз ограничивают использование ее в пластических целях. В качестве пластического материала применяют после специальной обработки вену пупочного канатика новорожденных, алловенозные трансплантаты, ксенотрансплантаты из артерий крупного рогатого скота. Синтетические протезы находят более ограниченное применение, так

как часто тромбируются уже. в ближайшие сроки после операции. Большие надежды возлагают на использование политетрафторэтиленовых протезов, которые хорошо себя зарекомендовали в реконструктивной хирургии окллюзионных поражений артерий среднего калибра.

При атеросклеротических поражениях брюшной аорты и подвздошных артерий выполняют аортобедренное шунтирование с использованием синтетического трансплантата или резекцию бифуркации аорты с протезированием.

В последние годы в лечении атеросклеротических поражений артерий широкое распространение получил метод эндоваскулярной дилатации сосудов. Под контролем рентгенотелевидения в просвет артерии по проводнику вводят специальный баллонный катетер, который продвигают через измененный участок. Постепенно раздувая баллон, достигают дилатации сосуда. Данный метод достаточно эффективен в лечении сегментарных атеросклеротических окклюзий и стенозов бедренно-подколенного сегмента и подвздошных артерий. Его с успехом применяют и в качестве дополнения к реконструктивным операциям при лечении «многоэтажных» поражений. В настоящее время исследуют возможности использования лазерной дилатации (ангиопластики) в

реконструктивной хирургии сосудов. В случае диффузного атеросклеротического поражения артерий, при невозможности выполнения реконструктивной операции из-за тяжелого общего состояния больного, а также при дистальных формах поражения выполняют поясничную симпатэктомию. Эффективность поясничных симпатэктомий при атеросклеротических поражениях, локализующихся ниже паховой связки, выше, чем при локализации патололгческого процесса в аортоподвздошном сегменте. Результаты операции в более поздних стадиях заболевания хуже.

Если, несмотря на проводимое лечение, ишемия пораженной конечности нарастает и прогрессирует гангрена, показана ампутация

бедра.

Вопросы лечения и реабилитации больных с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей неразрывно связаны с проблемой лечения общего атеросклероза. Прогрессирование атеросклеротического процесса порой значительно снижает эффект реконструктивных сосудистых операций.

**Лечение консервативное**

|  |
| --- |
| Назначение |
| Sol. NaCl 0,9% - 400,0  внутривенно капельно  Sol. Flexitali - 5,0 |
| Sol. Oxacyllini 1,0 внутримышечно 4 раза в день |
| Sol. Ac. nicotinici 2,0 2 раза в день внутримышечно |
| Tab. Aspirini 0,5 по 1 табл. 2 раза в день |
| Sol. Diazepexi 2,0 внутримышечно на ночь |
| Tab. Diazolini по 1 табл. 3 раза в день |
| Sol. Analgini 50% - 2,0 внутримышечно  Sol. Dimedroli 1% - 1,0 3 раза в день  Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2,0 |

***Показания к операции***

Учитывая наличие у данного больного III стадии облитерирующего атеросклероза, ему показано оперативное лечение.

***Предоперационный эпикриз.***

Больной поступил с жалобами на интенсивные ноющие боли в икроножной мышце и стопе правой нижней конечности, возникающие при ходьбе (проходит без остановки 25-30 метров) или реже - в покое, выраженную мышечную слабость и зябкость в обеих ногах.

Болен с 1990 года, когда впервые при быстрой ходьбе возникли резкие боли в левой икроножной мышце, которые проходили после остановки.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное; телосложение нормостеническое, кожные покровы бледной окраски, влажные; видимые слизистые оболчки бледно-розовой окраски, влажные, без патологических изменений; щитовидная железа не пальпируется; в легких дыхание жесткое, ЧДД - 19 в мин, влегких дыхание везикулярное; тоны сердца ясные, пульс 92 в мин, ритм правильный, АД - 160/90мм.рт.ст.; язык влажный, не обложен; живот мягкий, безболезненный, не вздут, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания; желчный пузырь не пальпируется; почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон; мочеиспускание не нарушено; сон, аппетит нормальные; стул регулярный, оформленный, 1 раз в день.

Ststus localis. Кожа голеней и стоп истончена, цианотична, сухая, шелушится, имеются трещины. На коже стоп - выраженный гиперкератоз. Отмечается деформация ногтевых пластинок пальцев стоп, нарушение волосяного покрова кожи стоп и голеней. Подкожная жировая клетчатка нижних конечностей истончена. Мышцы обеих бедер, голеней и стоп атрофичны; мышечный тонус и сила мышц нижних конечностей снижены. В правой паховой области в проекции правой бедренной артерии (в области шунта) пальпаторно определяется пульсирующее образование эластической консистенции, 6 см в диаметре, безболезненное при пальпации.

Больной обследован. На основании данных проведенного обследования установлен диагноз: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. III стадия. Окклюзия правой поверхностной бедренной артерии.

Сопутствующие заболевания:артериальная гипертензия, ФК II

III стадия облитерирующего атеросклероза магистральных сосудов нижних конечностей является показанием к реконструктивной операции. Противопоказаний к операции нет. Планируется выполнение аорто-бедренного шунтирования справа с использованием синтетического протеза. Согласие больного на операцию получено. Оперативное вмешательство будет проведено под интубационным наркозом.

**ДНЕВНИКИ**

31.05.05

Жалобы на постоянные ноющие боли в правой икроножной мышце, зябкость в обеих ногах. Объективно: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Над всей поверхностью легких прослушивается нормальное везикулярное дыхание. Сердечные тоны ясные, чистые.Пульс 90 в мин, правильного ритма. АД - 160/90мм.рт.ст. Язык влажный, не обложен. Живот не вздут, равномерно всеми отделами участвует в акте дыхания,мягкий, безболезненный. Мочеиспускание не нарушено. Стул регулярный.

1.06.05

Жалобы на ноющие боли в правой икроножной мышце, возникающие при ходьбе, зябкость в обеих ногах.

Обьективно: состояние больного-удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые.В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.Сердечные тоны ясные, чистые. Пульс 85 ударов в минуту, АД-150/85.Язык влажный, не обложен.Живот мягкий, безболезненный.Стул, диурез в норме.

3.06.05.

Жалобы прежние.

Обьективно: состояние больного-удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые.В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.Сердечные тоны ясные, чистые. Пульс 82 ударов в минуту, АД-140/85.Язык влажный, не обложен.Живот мягкий, безболезненный.Стул, диурез в норме.

***ЭПИКРИЗ.***

Больной \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*. поступил в ГОККД 31.05.05 с диагнозом облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (III стадия), окклюзия правой поверхностной бедренной артерии; состояние после бедренно-подколенного шунтирования,артериальная гипертензия ФКII.Предъявлял жалобы на интенсивные ноющие боли в икроножной мышце и стопе правой нижней конечности, возникающие при ходьбе (проходит без остановки 25-30 метров) или реже - в покое, выраженную мышечную слабость и зябкость в обеих ногах, периодически возникающие головные боли (пульсирующие, локализуются в затылочной области), связанные с эпизодами повышения артериального давления.

Результаты обследования:

1.Общий анализ крови (30.05.05):

Гемоглобин - 146,0г/л;

лейкоциты - 4,5\*109/л;

нейтрофилы: палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 52%, эозинофилы - 3%; лимфоциты - 36%; моноциты - 5%;

СОЭ - 3мм/ч.

2. Обший анализ мочи (30.05.05):

Цвет соломенно-желтый,

количество - 200мл,

относительная плотность - 1015;

реакция щелочная;

белок - отрицательный;

глюкоза - нет;

лейкоциты - 4-5 в п/з;

эритроциты - нет;

цилиндры - гиалиновые.

3. Биохимический анализ крови (30.05.05):

Общий белок 69г/л

Мочевина 5,5ммоль/л

Креатинин 68ммоль/л

Общий билирубин 10,5мкмоль/л

АлАТ 85нмоль/с\*л

АсАТ 82нмоль/с\*л

Щелочная фосфатаза 2,3нмоль/с\*л

Глюкоза 4,61ммоль/л

4.ЭКГ (31.05.05.):

Ритм синусовый, частота сердечных сокращений – 80ударов в мин.

Заключение: Ритм синусовый, ЭОС отклонена влево. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки гипертрофии левого желудочка

5. RW 25.05.05.-отрицательная

6. ФЛГ от 27.04.05.№ 12097Органы грудной клетки без патологии.

7.Группа крови (31.05.05) О (1) Rh (-)

8.Консультация ЛОР-онкологом : заболевание левой небной миндалины с распространением на дужки, корень языка T4NxMo IV ст. Состояние после полного курса АТ.На момент осмотра данных за гистологию нет.

9. ангиография (3.06.01) окклюзия правой поверхностной бедренной артерии.

Проведено следующее лечение:

|  |
| --- |
| Назначение |
| Sol. NaCl 0,9% - 400,0  внутривенно капельно  Sol. Flexitali - 5,0 |
| Sol. Oxacyllini 1,0 внутримышечно 4 раза в день |
| Sol. Ac. nicotinici 2,0 2 раза в день внутримышечно |
| Tab. Aspirini 0,5 по 1 табл. 2 раза в день |
| Sol. Diazepexi 2,0 внутримышечно на ночь |
| Tab. Diazolini по 1 табл. 3 раза в день |
| Sol. Analgini 50% - 2,0 внутримышечно  Sol. Dimedroli 1% - 1,0 3 раза в день  Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2,0 |

В результате лечения отмечено незначительное улучшение общего состояния, местные проявления заболевания без убедительной динамики.

Больной продолжает лечение в ГОККД.

Рекомендовано:

-Оперативное лечение

-Правильный режим питания:сокращение употребления животных жиров, придерживаться молочно-растительной диеты, ограничить потребление сливочного масла и жирного мяса. Целесообразно применять витамины группы В и С

- соблюдать двигательный режим (больной с перемежающейся хромото 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).

-наблюдение терапевта по месту жительства

- курс восстановительно-реабилитационного лечения в санаторно-курортных условиях.

- плановая госпитализация в стационар 2 раза в год.

**ЛИТЕРАТУРА**

Стручков В.И., Стручков Ю.В. Общая хирургия. Учебник.- М.: Медицина, 1988.- 480 с.

Барац С.С. Атеросклероз (диагностика, лечение, профилактика).-Екатеринбург, 1995.

Хирургические болезни (под редакцией М.И.Кузина). - М.: Медицина, 1995. - с. 205-211

Вишневский А.А. Облитерирующие заболевания артерий конечностей.Москва: Медицина, 1972.- 248 с.

Курбат H.М., Станкевич П.Б. Рецептурный справочник врача.-Мн.: Выш. шк., 1996.- 495 с.

Руководство по медицине. Диагностика и терапия. В 2-х томах.Т.1,: Пер. с англ. Голиков А.М./Под ред. Р. Беркоу, Э. Флетчер М.: Мир, 1997.- 1045 с.

Смирнов А.H. Патогенез и клиника атеросклероза 1984г, Т1, с. 15-20.