##### ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Ф.И.О.: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*
2. Пол: мужской
3. Дата рождения: 22.10.1957 г.
4. Дата и время поступления: 17.04.03 в 900.
5. Поступил: планово.
6. Место работы: не работает, инвалид II группы с 2001 г.
7. Место жительства: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*
8. Диагноз:

а) **направившего учреждения:** Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей.

б) **при поступлении:** Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей

в) **клинический:**

Основной: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; ишемия IIа степени.

Сопутствующие: хронический отит левого уха.

**ЖАЛОБЫ**

На онемение и боли в икроножных мышцах, стопах при длительной ходьбе; похолодание и снижение чувствительности в пальцах ног. Все ощущения сильнее выражены в правой ноге.

**ANAMNESIS MORBI**

 Считает себя больным 7 лет, когда впервые, после сильной физической нагрузки, появились онемение и боль в правой икроножной мышце. К врачу не обращался. В течение 5 лет симптомы нарастали: боли появлялись в обеих ногах через 100-200 метров ходьбы, при остановке на 2-3 мин боли проходили; усилилось чувство онемения, зябкости голеней и стоп; появились «судороги» икроножных мышц. При обращении к врачу поликлиники был установлен диагноз: облитерирующий атеросклероз. В марте 2001 г. больной был госпитализирован в отделение сосудистой хирургии НОКБ, где ему была произведена операция: бифуркационное аорто-бедренное шунтирование. После операции наступило временное улучшение, но в настоящий момент вновь отмечает боли и онемение голеней и стоп, возникающие через 200 метров ходьбы. В связи с этим госпитализирован в хирургическое отделение ГБ №1 для консервативного лечения.

**ANAMNESIS VITAE**

Родился в 1957 г. Второй ребенок в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Образование среднеспециальное. Семейное положение: женат. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные - теплая благоустроенная квартира. Численность семьи - 3 человека. Питается регулярно, полноценно. Алкоголем не злоупотребляет. Курил с 18 лет по 1 пачке в день, с 2001 года не курит.

*Трудовой анамнез*: Работал наладчиком технологического оборудования. Сейчас не работает, с 2001 г. установлена II группа инвалидности.

*Перенесенные заболевания:* ОРЗ, хронический отит левого уха. Туберкулез, сифилис, тифы, гепатит, психические заболевания отрицает. Гемотрансфузий ранее не проводилось.

*Перенесенные оперативные вмешательства:* бифуркационное аорто-бедренное шунтирование в марте 2001 года.

*Аллергологический анамнез:* На медикаментозные средства, в том числе антибиотики, вакцины, сыворотки и проч. Аллергических реакций не отмечает.

*Наследственность:* Наличие у ближайших родственников туберкулеза, сифилиса, психических заболеваний, геморрагических диатезов, алкоголизма отрицает.

*Страховой анамнез:* В больничном листе не нуждается.

# STATUS PRAESENS

Рост – 186 см.

Окружность грудной клетки – 117 см.

Масса тела – 84 кг.

Температура – 36,6 °С.

**Общий осмотр:** состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение правильное, соответствует возрасту и полу. Нормостенической конституции. Телесные повреждения, физические недостатки и аномалии развития отсутствуют. Удовлетворительного питания: толщина кожной складки у реберной дуги составляет 1,5 см, около пупка – 2,5 см, индекс Брока – 110%, индекс Кетле – 24. Осанка прямая. Выражение лица спокойное.

Кожа обычной окраски, чистая, теплая, гладкая, нормальной влажности, средней толщины, умеренной плотности. Эластичность и целостность ее не нарушены. Волосы и ногти не изменены.

Видимые слизистые: розового цвета, влажные, без посторонних высыпаний.

Подкожно-жировая клетчатка: развита избыточно, однородной консистенции, при пальпации безболезненна, отеков и пастозности нет.

Лимфатические узлы: подмышечные, паховые, бедренные, подчелюстные, шейные справа и слева пальпируются как эластичные, безболезненные, не спаянные с кожей образования.

Опорно-двигательный аппарат: мышцы развиты удовлетворительно, тонус и сила их достаточные. При пальпации мягкие, безболезненные. Форма костей скелета правильная, без утолщений и болезненности при пальпации. Целостность их не нарушена. Суставы внешне не изменены, безболезненные. Конфигурация позвоночника правильная. Объем пассивных и активных движений в суставах соответствует норме.

***Система органов дыхания.***

*Осмотр.*

 Дыхание через нос свободное. Голос не изменен, соответствует возрасту и полу. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон. Ход ребер обычный, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД – 16 в минуту. Соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха не нарушено. Дыхание совершается бесшумно, без участия вспомогательной мускулатуры.

*Пальпация.*

 При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки.

*Перкуссия легких.*

Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия:

1. Высота стояния верхушек правого и левого легкого спереди – на (3-4) см выше ключиц, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

2. Нижняя граница легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Границы слева | Границы справа |
| Срединно-ключичная | - | 6 межреберье |
| Передняя подмышечная | 7 межреберье | 7 межреберье |
| Средняя подмышечная | 8 межреберье | 8 межреберье |
| Задняя подмышечная | 9 межреберье | 9 межреберье |
| Лопаточная | 10 межреберье | 10 межреберье |
| Околопозвоночная | На уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | На уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

3. Дыхательная экскурсия нижнего края легких:

- по среднеключичной линии - 3 см справа;

* по средней подмышечной линии – 6 см справа и слева;
* по лопаточной линии – 3 см справа и слева.

4. Ширина полей Кренига – 7 см с обеих сторон.

*Аускультация.*

 Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы отсутствуют. Бронхофония отрицательна с обеих сторон.

***Система органов кровообращения:***

*Осмотр.*

 Видимых атипичных пульсаций в области сердца не обнаруживается. Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

*Пальпация.*

 При пальпации лучевых артерий пульс удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках, синхронный, равномерный, ритмичный, частотой 68 в минуту, нормального напряжения, сосудистая стенка вне пульсовой волны не прощупывается. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье по срединно-ключичной линии и совпадает по времени с пульсом на лучевой артерии. Невысокий, умеренной силы, шириной 2 см. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекардиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются. Зоны гиперестезии и зоны пальпаторной болезненности не выявлено.

 Пульсация височных артерий и дистальных артерий нижних конечностей сохранена, одинакова с обеих сторон.

*Перкуссия.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Границы | Справа (на уровне 4 межреберья) | Слева (на уровне 5 межреберья) | Сверху (по левой окологрудинной линии) |
| Относительная сердечная тупость  | По правому краю грудины | По левой срединно-ключичной линии | 3 ребро |
| Абсолютная сердечная тупость | По левому краю грудины | На 4 см кнутри от левой срединно-ключичной линии | 4 ребро |

1. поперечник относительной тупости сердца – 13 см.
2. ширина сосудистого пучка – 6 см.
3. конфигурация сердца нормальная

*Аускультация.*

При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Ритм правильный. ЧСС = 68 в мин. Тоны сердца ясные, не расщеплены, чистые во всех точках выслушивания. Соотношение громкости тонов не изменено: над верхушкой сердца и у основания мечевидного отростка первый тон громче второго, над аортой и легочной артерией второй тон громче первого. На периферических артериях и луковицах яремных вен шумы не определяются.

Артериальное давление на момент осмотра 150/100 мм рт ст. Разница его на правой и левой плечевой артерии не превышает 10 мм рт ст. Пульсовое давление 50 мм рт ст.

***Система органов пищеварения.***

*Осмотр.*

 Полость рта влажная, слизистая розового цвета, блестящая, без изменений. Губы не изменены. Зубы устойчивы к расшатыванию, кариозно измененных и разрушенных зубов нет. Десны крепкие, без наложений, не кровоточат, плотно прилегают к шейкам зубов. Язык чистый, влажный, вкусовые сосочки его хорошо выражены. Миндалины не выступают из-за небных дужек, однородные, с чистой поверхностью, лакуны неглубокие, без отделяемого. Акт глотания не нарушен.

 При осмотре живот обычных размеров, правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Окружность живота на уровне пупка 87 см. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяется.

*Пальпация.*

 При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, брюшной пресс хорошо развит, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не расширено. Симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга отрицательные. Кожных зон гиперестезии не обнаружено.

 При глубокой скользящей пальпации по методу Образцова в левой подвздошной области на протяжении 15 см пальпируется **сигмовидная кишка** в виде гладкого, умеренно плотного тяжа диаметром с большой палец руки; она безболезненна, легко смещается, не урчит, вяло и редко перистальтирует. В правой подвздошной области пальпируется **слепая кишка** в форме гладкого, мягкоэластического, несколько расширенного книзу цилиндра диаметром в два пальца; она безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании. **Червеобразный отросток** не пальпируется. **Восходящий** и **нисходящий** отделы **толстой кишки** пальпируются соответственно в правом и левом фланках живота. В виде подвижных, умеренно плотных, безболезненных цилиндров диаметром около 2 см. **Поперечная ободочная кишка** определяется в пупочной области в виде поперечно лежащего, дугообразно изогнутого книзу, умеренно плотного цилиндра диаметром около 2,5 см; она безболезненна, легко смещается вниз и вверх. На 2-4 см выше пупка прощупывается **большая кривизна желудка** в виде гладкого, мягкого, малоподвижного, безболезненного валика, идущего поперечно по позвоночнику в обе стороны от него. На 3 см вправо от пупка пальпируется **пилорический жом желудка**. **Тонкая кишка, мезентериальные лимфатические узлы и поджелудочная железа** не прощупываются.Пальпация в зоне Шоффара безболезненна.

 При пальпации **печени** ее край не выступает за пределы реберной дуги; край острый, ровный, мягкой консистенции, безболезненный. **Желчный пузырь** не пальпируется. **Селезенка** в положениях на спине и на боку не пальпируется. Симптом Рагозы отрицательный.

Дополнительные патологические образования в брюшной полости не пальпируются.

*Перкуссия.*

 Перкуссия **печени** по Курлову:

по правой серединно-ключичной линии – 9 см.

по передней серединной линии – 8 см.

по краю левой реберной дуги – 6 см.

 Перкуссия **селезенки**:

ширина притупления 5 см.

длина притупления 7 см.

Признаки скопления свободной жидкости методами перкуссии и зыбления не определяются.

*Аускультация.*

При аускультации живота выявляются шумы перистальтики кишечника в виде периодического урчания и переливания жидкости. Шум трения брюшины, а также систолический шум над аортой и мезентериальными артериями отсутствуют.

***Система органов мочеотделения:***

*Осмотр.*

 При осмотре поясничной области видимых патологий в виде припухлости, болезненности, покраснения не выявлено. Наличие выбуханий в надлобковой области не обнаружено.

*Перкуссия.*

 Симптом болезненности при пальпации области почек отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выявляется. Симптом поколачивания в области XII ребра отрицательный с двух сторон.

*Пальпация.*

 Почки в положении лежа на спине не пальпируются. Пальпация мочеточниковых точек (верхних и нижних) с обеих сторон безболезненна. Мочевой пузырь не пальпируется.

*Аускультация.*

 При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют.

***Эндокринная система.***

 Форма шеи обычная, контуры ее ровные. Щитовидная железа визуально не определяется. Пальпируется ее перешеек мягкоэластичной консистенции, безболезненный, легко смещаем при глотании, не спаян с кожей и окружающими тканями. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага отрицательные. Вторичные половые признаки соответствуют полу. Рост, телосложение, пропорциональность отдельных частей тела не нарушены.

***Система половых органов.***

 Вторичные половые признаки выражены удовлетворительно. Оволосение по мужскому типу. Половой член и мошонка нормальной формы и размеров. Кожа над ними чистая, обычной окраски. Препуциальный мешок раскрывается полностью. Головка полового члена и крайняя плоть без патологических изменений, отделяемого из уретры нет. При пальпации форма, размеры и консистенция яичек не изменены, они с гладкой поверхностью, безболезненные. Придатки яичек и семенные канатики без патологи.

***Нервная система и органы чувств.***

 Сознание ясное, больной легко идет на контакт, хорошо ориентируется во времени и ситуации. Интеллект соответствует уровню развития. Больной общителен. Острота зрения соответствует норме. Реакция зрачков на свет: прямая и содружественная не нарушены. Мимическая мускулатура без патологий, лицо симметричное. Голос не изменен. Пальпаторной болезненности по ходу нервных стволов, нарушения кожной и глубокой чувствительности не обнаружено. Рефлексы: роговичный, глоточный в норме. Зрение, обоняние без изменений, соответствуют норме. Глухой на левое ухо. Сухожильные рефлексы: коленный и ахиллов живые. Патологических рефлексов: Бабинского и Россолимо не отмечено. Ширина глазной щели достаточных размеров, экзофтальма и эндофтальма не отмечается. Симптомы Гордона (1,2,3) отрицательные. Дермографизм красный, исчезает в течении минуты. Температурных асимметрий, гипертрихоза, облысения и трофических язв не обнаружено. Высшая нервная деятельность - речь, чтение, письмо, счет - без патологии.

**STATUS LOCALIS.**

Справа и слева голени и стопы умеренно бледные, холодноватые на ощупь. Пальпаторно икроножные мышцы несколько болезненны. Пульсация бедренной артерии удовлетворительного наполнения, несколько ослаблена – на обеих ногах. Пульсация подколенных артерий и артерий тыла стоп резко ослаблена. Изменений со стороны поверхностных вен не отмечается. Капиллярный пульс 3 секунды.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ*.***

Основной: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; ишемия IIа степени.

Сопутствующие: хронический отит левого уха.

**ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА.**

* на основании жалоб больного: на перемежающуюся хромоту; онемение, похолодание и снижение чувствительности в пальцах ног;
* на основании анамнеза болезни: 7 лет назад впервые после сильной физической нагрузки, появились онемение и боль в правой икроножной мышце. В течение 5 лет симптомы нарастали: боли появлялись в обеих ногах через 100-200 метров ходьбы, при остановке на 2-3 мин боли проходили; усилилось чувство онемения, зябкости голеней и стоп; появились «судороги» икроножных мышц. При обращении к врачу поликлиники был установлен диагноз: облитерирующий атеросклероз. В марте 2001 г. больной был госпитализирован в отделение сосудистой хирургии НОКБ, где ему была произведена операция: бифуркационное аорто-бедренное шунтирование. После операции наступило временное улучшение. В настоящий момент вновь отмечает боли и онемение голеней и стоп, возникающие через 200 метров ходьбы. Курил с 18 лет по 1 пачке в день, с 2001 года не курит.

С детства хронический отит левого уха.

* на основании данных объективного исследования: Справа и слева голени и стопы умеренно бледные, холодноватые на ощупь. Пальпаторно икроножные мышцы несколько болезненны. Пульсация бедренной артерии удовлетворительного наполнения, несколько ослаблена – на обеих ногах. Пульсация подколенных артерий и артерий тыла стоп резко ослаблена. Изменений со стороны поверхностных вен не отмечается. Капиллярный пульс 3 секунды. Пациент глухой на левое ухо.

Можно поставить следующий предварительный диагноз:

Основной: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; ишемия IIа степени.

Сопутствующие: хронический отит левого уха.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Дата | Нормальные показатели |
| 18.04.03 |
| Гемоглобин г/л | 157 | 135-164 |
| Эритроциты 1012/л | 4,7 | 4,1-5,5 |
| Цветовой показатель | 1,00 | 0,85-1,05 |
| Лейкоциты 109/л | 6,4 | 4,0-9,0 |
| СОЭ мм/ч | 9 | 1-10 |
| Лейкоцитарная формула:Сегментоядерные в %Палочкоядерные в %Моноциты в %Лимфоциты в %Базофилы в %Эозинофилы в % | 57572911 | 47-721-63-1119-370-14-6 |

**Глюкоза крови (18.04.03):** 5,8 ммоль/л (норма 3,33-5,55 ммоль/л)

**Кровь на РВ, ВИЧ, Hbs-ag (18.04.03)**: отрицательна.

###### Общий анализ мочи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Дата | Нормальные показатели |
| 18.04.03. |
|  Цвет | Желтая | Светло желтая |
| Прозрачность | Полная | Полная  |
| Реакция | Кислая | Кислая |
| Удельный вес | 1020 | 1004-1024 |
| Белок в %0 | - | - |
| Лейкоциты | 2-4 | 0-4 |
| Бактерии | + | - |
| Сахар  | - | - |
| Слизь | + | - |
| Эпителий (плоский) | 2-5 | 0-3 |

**Заключение:** по данным лабораторных исследований все показатели в пределах нормы.

**18.04.03 Данные ЭКГ**:

R-R - 0,9

PQ – 0,16

QT - 0,38

QRS - 0,08

Ритм синусовый, 70 уд/мин. Признаки гипертрофии левого желудочка.

**17.04.03. ФЛГ** органы грудной клетки без патологии.

**Заключение:** по данным инструментальных исследований имеются признаки гипертрофии левого желудочка.

#### Дифференциальный диагноз

Облитерирующий атеросклероз необходимо дифференцировать с облитерирующим эндартериитом, болезнью Бюргера, диабетической ангиопатией, корешковым синдромом спинного мозга, остеохондрозом, болезнью Рейно и другими заболеваниями.

**Облитерирующий эндартериит** имеет сходную клиническую картину (бледность, зябкость, снижение чувствительности стоп, голеней, перемежающаяся хромота). Оба заболевания вызывают одинаковые жалобы и идентичный характер трофических нарушений, при обоих заболеваниях выделяют одни и те же клинические стадии. Но, облитерирующий атеросклероз имеет отличительные особенности: возникает после 40 лет (эндартериит возникает в 20-30 лет), с момента первых клинических проявлений болезнь быстро прогрессирует, в анамнезе отсутствуют указания на волнообразность течения, сезонность обострений, имеются признаки атеросклеротического поражения других сосудистых бассейнов (в данном случае – венечных артерий), с помощью дополнительных методов исследования можно выявить уровень поражения – крупные артерии.

**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.

Как видно из выше приведенных данных у больного больше признаков за диагноз облитерирующий атеросклероз нижних конечностей.

**Клинический диагноз и его обоснование.**

* на основании жалоб больного: на перемежающуюся хромоту; онемение, похолодание и снижение чувствительности в пальцах ног;
* на основании анамнеза болезни: 7 лет назад впервые после сильной физической нагрузки, появились онемение и боль в правой икроножной мышце. В течение 5 лет симптомы нарастали: боли появлялись в обеих ногах через 100-200 метров ходьбы, при остановке на 2-3 мин боли проходили; усилилось чувство онемения, зябкости голеней и стоп; появились «судороги» икроножных мышц. При обращении к врачу поликлиники был установлен диагноз: облитерирующий атеросклероз. В марте 2001 г. больной был госпитализирован в отделение сосудистой хирургии НОКБ, где ему была произведена операция: бифуркационное аорто-бедренное шунтирование. После операции наступило временное улучшение. В настоящий момент вновь отмечает боли и онемение голеней и стоп, возникающие через 200 метров ходьбы. Курил с 18 лет по 1 пачке в день, с 2001 года не курит.

С детства хронический отит левого уха.

* на основании данных объективного исследования: Справа и слева голени и стопы умеренно бледные, холодноватые на ощупь. Пальпаторно икроножные мышцы несколько болезненны. Пульсация бедренной артерии удовлетворительного наполнения, несколько ослаблена – на обеих ногах. Пульсация подколенных артерий и артерий тыла стоп резко ослаблена. Изменений со стороны поверхностных вен не отмечается. Капиллярный пульс 3 секунды. Пациент глухой на левое ухо.
* на основании данных лабораторных и инструментальных исследований:признаки гипертрофии левого желудочка сердца.
* с учетом проведенной дифференциальной диагностики.

**Можно выставить следующий клинический диагноз:**

Основной: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; ишемия IIа степени.

Сопутствующие: хронический отит левого уха.

**Этиология, патогенез, патологическая анатомия**

**и лечение.**

Облитерирующий атеросклероз—одна из основных причин нарушений периферического кровотока. Его развитию способствуют сахарный диабет, гиперлипидемия, гипертензия, повышение массы тела, никотиновая интоксикация, пожилой и старческий возраст. К факторам риска относят полицитемию, хронические инфекции, психосоциальные стрессовые ситуации, лечение эстрогенами. Поражение обычно универсально и касается сужения просвета артерий не только конечностей, но и головного мозга, сердца, почек.

Основные изменения при атеросклерозе развиваются в интиме артерий. Воздействие факторов риска вызывает отложение липидов в интиме сосудов, вокруг очагов липоидоза формируется фиброзная бляшка, на которой оседают тромбоциты и сгустки фибрина. При прогрессировании процесса кровообращение в бляшках нарушается, развивается атероматоз. Изъязвляющиеся бляшки могут стать причиной эмболий. В дегенерирующую бляшку откладываются соли кальция. Все эти процессы ведут к нарушению проходимости сосуда и снижению периферического кровоснабжения.

Выделяют 3 основные локализации атеросклеротической окклюзии:

* тазовая (или аортоподвздошный тип);
* бедренная (или бедренно-подколенный тип);
* периферическая—поражение сосудов голени.

Лечение в начальной стадии консервативное:

* устранение неблагоприятных факторов (охлаждение, курение, употребление спиртного),
* спазмолитическая терапия (но-шпа, галидор и др.),
* ганглиоблокаторы (дипрофен, диколин и др.),
* обезболивающие.
* для улучшения метаболических процессов в тканях назначают витамины, компламин, солкосерил.
* целесообразно назначение препаратов, нормализующих свертывание крови, снижающих агрегацию тромбоцитов (реополиглюкин, трентал, курантил, свежезамороженная плазма).
* проводят физиотерапевтическое лечение, целесообразна гипербарическая оксигенация, санаторно-курортное лечение, показана ЛФК (особенно ходьба).

Со IIб стадии болезни возможно применение хирургических методов лечения. Показания к операции при аортоподвздошной окклюзии: умеренно выраженная перемежающаяся хромота, угроза потери конечности (боль в состоянии покоя, язвы, гангрена) и дистальная эмболизация. Возможны три варианта оперативной тактики.

1. Аорто-бедренное шунтирование (при значительном распространении окклюзионного процесса): обычно вшивают бифуркационный сосудистый протез от инфраренального отдела аорты к двум общим бедренным артериям. При одностороннем процессе может быть сделано соответствующее одностороннее аорто-бедренное или подвздошно-бедренное шунтирование. При двустороннем поражении, даже в случае клинического проявления на одной из сторон, показано бифуркационное аорто-бедренное шунтирование. При одностороннем шунтировании заболевание быстро прогрессирует на противоположную сторону вследствие «симптома обкрадывания». Используемый материал — дакрон или политетрафторэтилен (ПТФЭ). Эффективность операции высока (у 80-90% больных в течение 5 лет сохраняется проходимость шунта), несмотря на использование синтетического материала для сосудистого протеза.

2. Аорто-подвздошная эндартерэктомия служит методикой выбора, если распространение заболевания ограничивается аортой и общими подвздошными артериями (не более 7-9 см). Эффективность операции высока, если a. iliaca externa не затронута атеросклеротическим процессом.

3. Чрескожная транслюминальная ангиопластика более всего подходит больным, у которых зона поражения сосуда невелика и располагается в a. iliaca communis или, иногда, в аорте. Эффективность операции снижается в зависимости от расположения атеросклеротического процесса дистальнее бифуркации a. iliaca communis. Показания для оперативного лечения при окклюзионной патологии ниже паховой связки ограничиваются ситуацией, когда возникла угроза потери конечности или перемежающаяся хромота выражена довольно интенсивно.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.

Стол – 15

Режим – III

1. Ангиотропная медикаментозная терапия:

Sol. NaCl 0,9% - 400 ml

Sol. KCl 4% - 10 ml внутривенно капельно № 5 через день

Sol. MgSO4 25% - 5 ml

Sol. Glucosae 5% - 400 ml внутривенно капельно № 5 через день

Sol. Pentoxifyllini 2% - 5 ml

Смесь Постникова № 10

Sol. Piridoxini 5% - 2 ml внутримышечно через день № 10

Sol. Thiamini 5% - 2 ml внутримышечно через день № 10

1. Физиотерапевтическое лечение.
* массаж нижних конечностей № 8;
* магнитотерапия на нижние конечности № 8.

**Дневник.**

**22.04.03.** Состояние больного удовлетворительное. Жалобы на онемение, зябкость стоп, при ходьбе болезненность свода стопы. Ps 66 уд/мин удовлетворительного наполнения, АД 140/80 мм.рт.ст., тоны сердца ритмичные. ЧДД 16 в мин, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул обычного цвета, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Голени и стопы бледные, холодноватые. Периферический кровоток без изменений: пульсация подколенных артерий и артерий тыла стоп резко ослаблена..

Лечение получает, дополнений нет.

**23.04.03.** Жалобы прежние. Состояние больного удовлетворительное. Ps 68 уд/мин удовлетворительного наполнения, АД 140/80 мм.рт.ст., тоны сердца ритмичные. ЧДД 17 в мин, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул обычного цвета, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Голени и стопы бледные, чуть теплые. Периферический кровоток улучшился: пульсация подколенных артерий и артерий тыла стоп несколько усилилась.

Лечение получает, дополнений нет.

**24.04.03.** Жалобы на онемение стоп при ходьбе. Состояние больного удовлетворительное, положение активное. Ps 65 уд/мин удовлетворительного наполнения, АД 130/80 мм.рт.ст., тоны сердца ритмичные. ЧДД 16 в мин, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул обычного цвета, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Голени и стопы бледноватые, тепловатые. Периферический кровоток без отрицательной динамики.

Лечение получает, дополнений нет.

**25.04.03.** Состояние больного удовлетворительное, положение активное. Жалоб не предъявляет. Ps 63 уд/мин удовлетворительного наполнения, АД 130/80 мм.рт.ст., тоны сердца ритмичные. ЧДД 17 в мин, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул обычного цвета, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Голени и стопы бледноватые, тепловатые. Периферический кровоток улучшился: пульс на артерии тыла стопы удовлетворительного наполнения.

Лечение получает, дополнений нет.

#### Эпикриз

Больной \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 1957 года рождения находился в хирургическом отделении ГБ №1 с 17.04.03 с диагнозом: основной: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, ишемия IIа степени; сопутствующие: хронический отит левого уха. Диагноз был выставлен

* на основании жалоб больного: на перемежающуюся хромоту; онемение, похолодание и снижение чувствительности в пальцах ног;
* на основании анамнеза болезни: 7 лет назад впервые после сильной физической нагрузки, появились онемение и боль в правой икроножной мышце. В течение 5 лет симптомы нарастали: боли появлялись в обеих ногах через 100-200 метров ходьбы, при остановке на 2-3 мин боли проходили; усилилось чувство онемения, зябкости голеней и стоп; появились «судороги» икроножных мышц. При обращении к врачу поликлиники был установлен диагноз: облитерирующий атеросклероз. В марте 2001 г. больной был госпитализирован в отделение сосудистой хирургии НОКБ, где ему была произведена операция: бифуркационное аорто-бедренное шунтирование. После операции наступило временное улучшение. В настоящий момент вновь отмечает боли и онемение голеней и стоп, возникающие через 200 метров ходьбы. Курил с 18 лет по 1 пачке в день, с 2001 года не курит.

С детства хронический отит левого уха.

* на основании данных объективного исследования: Справа и слева голени и стопы умеренно бледные, холодноватые на ощупь. Пальпаторно икроножные мышцы несколько болезненны. Пульсация бедренной артерии удовлетворительного наполнения, несколько ослаблена – на обеих ногах. Пульсация подколенных артерий и артерий тыла стоп резко ослаблена. Изменений со стороны поверхностных вен не отмечается. Капиллярный пульс 3 секунды. Пациент глухой на левое ухо.
* на основании данных лабораторных и инструментальных исследований: **общий анализ крови**: эритроциты 4,7x1012/л, гемоглобин 157 г/л, цветовой показатель 1,0, лейкоциты 6,4x109/л (сегментоядерные 57%, палочкоядерные 5%, лимфоциты 29%, моноциты 7%, эозинофилы 1%, базофилы 1%), СОЭ 9 мм/час. **Глюкоза крови:** 5,8 ммоль/л. **Общий анализ мочи:** цвет – желтый, реакция – кислая, плотность – 1020, лейкоциты 2-4, эпителий 2-5 в поле зрения, белок – нет, сахар – нет, бактерии +, слизь +. **ЭКГ:** Признаки гипертрофии левого желудочка. **ФЛГ:** без патологии.
* с учетом проведенной дифференциальной диагностики.

Госпитализирован планово. Проведено лечение: медикаментозная ангиотропная терапия, физиотерапевтическое лечение.

В результате лечения отмечается положительная динамика: снизился болевой синдром, исчезли онемение и зябкость нижних конечностей, улучшилось периферическое кровообращение (ноги стали теплыми и менее бледными, пульс на артериях тыла стоп – удовлетворительного наполнения).

Рекомендовано:

+ наблюдение терапевта по месту жительства

+ правильный режим питания: сокращение употребления животных жиров.

+ курс ЛФК.

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

+ плановая госпитализация в стационар 2 раза в год.

**Прогноз.**

1. Прогноз для здоровья неопределенный.
2. Прогноз для жизни благоприятный при условии соблюдения рекомендаций.
3. Прогноз для работы – сохранение II группы инвалидности.