**Общие сведения о больном**

1. Фамилия, имя, отчество –
2. Возраст – 44 г.
3. Образование – высшее
4. Профессия – психиатр-нарколог
5. Место работы –
6. Место жительства – Москва,.
7. Дата поступления в стационар – 25.01.2005.
8. Кем направлен больной – госпитализирован в плановом порядке
9. Диагноз направившего учреждения – облитерирующий эндартериит
10. Диагноз при поступлении – облитерирующий эндартериит,
11. Клинический диагноз:
    1. Основное заболевание – облитерирующий эндартериит
    2. Осложнения основного заболевания – трофическая язва первого пальца левой стопы
    3. Сопутствующие заболевания –гипертоническая болезнь II ст.
12. Операция – нет
13. Осложнения операции – --.
14. Дата выписки - 18.02.2005.

**Жалобы больного**

Жалобы на постоянные, умеренные, периодически интенсивные боли в левой ноге, на зябкость и онемение левой стопы, на сокращение дистанции, проходимой до появления болей в ногах до 200 м. Жалобы на Учащенное мочеиспускание малыми порциями (преимущественно, ночью).

**История настоящего заболевания (anamnesis morbi)**

Считает себя больным с 1995 г. В начале заболевания беспокоила усталость в правой ноге при длительной ходьбе; постепенно расстояние, проходимое без остановки, сокращалось. Позднее присоединились трофические нарушения на коже левой голени (трофическая язва). Лечился консервативно, с хорошим эффектом. В последующем отмечал появление трофических язв на левой голени ежегодно. За последние 4 месяца наметилась тенденция к ухудшению состояния (появилась трофическая язва основания первого пальца левой стопы), в связи с чем обратился в ФХК ММА. Госпитализирован для обследования и решения вопроса об оперативном лечении.

**История жизни больного (anamnesis vitae)**

Рос и развивался нормально, от сверстников в развитии не отставал.

Образование высшее.

В настоящее время не работает.

Профессиональных вредностей нет.

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Хорошо пережевывает пищу.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.

Семейное положение – женат. Дочь – 12л., сын – 10 л., сын – 9 л. Низкая переносимость физической нагрузки у детей (особенно, длительной) – быстро возникает одышка.

Перенесенные заболевания – ОРВИ, детские инфекции.

Наследственность – мать: гипертоническая болезнь (инвалидность), отец: облитерирующий эндартериит, старший брат: гипертоническая болезнь, младший брат: заболевание сердца (умер).

Аллергоанамнез – не отмечает.

Вредные привычки – нет. Курил до 1998 г. До этого в течение 20 лет курил (более одной пачки сигарет в день).

**Настоящее состояние больного (status praesens)**

Общее состояние больного относительно удовлетворительное, положение больного активное, выражение лица без болезненных проявлений, степень упитанности повышенная, температура тела 36,6 ˚С, вес 115 кг, рост 183 см, ИМТ 34,3, конституция нормостеническая, цвет кожи бледно-розовый, окраска конъюнктивы век разовая, склер – белая, кожа повышенной влажности (капли пота), без высыпаний. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, толщина кожной складки у пупка 4 см.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Подчелюстные и шейные лимфоузлы эластической консистенции. Пальпация безболезненна.

Костно-мышечная система не изменена, мышечный тонус в норме.

Суставы без деформации, безболезненны, полный объем активных и пассивных движений.

Щитовидная железа выявляется при пальпации. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, безболезненная, молочные железы развиты правильно.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Жалобы: на периодические приступы боли в области левого соска, локализованные. Независимо от нагрузки. Проходят без применения лекарственных средств. Умеренной интенсивности. С детства.

Осмотр и пальпация области сердца: Выпячивания в области сердца, видимой пульсации сердца и надчревной области нет. Верхушечный толчок: не пальпируется. Толчок правого желудочка: не определяется. Дрожание в области сердца: не обнаруживается. Пальпация: болезненных точек нет.

Перкуссия.

Границы относительной сердечной тупости:

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

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

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

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - по левому краю грудины  
Верхняя - на уровне 4-го ребра  
Левая - на 2,5 см кнутри от границы относительной сердечной тупости.

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

Конфигурация сердца: нормальная

Тоны сердца ясные, пульс 72 ударов в минуту, ритм правильный, АД 180 и 90 мм рт. ст. Пульсовое давление 90 мм рт. ст. Пульсация периферических артерий сохранена. Пульс на лучевых артериях отчетливый, ритмичный,. Периферические вены – в норме.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Жалобы: сухой кашель в течение последних 3 дней. Не частый. Не интенсивный.

Осмотр: дыхание через нос свободное. Обоняние снижено. Частота дыхания 18 в минуту, ритмичное, тип дыхания смешанный, форма грудной клетки цилиндрическая.

Перкуторно над легкими ясный легочный звук, притупления не отмечается.

Гамма звучности: снижена над нижними отделами легких.

Топографическая перкуссия:

по l. parasternalis- верхний край 6-го ребра  
по l. medioclavicularis- нижний край 5-го ребра  
по l. axillaris anterior- 6 ребро  
по l. axillaris media- 7 ребро  
по l. Axillaries

Нижние границы правого легкого:  
posterior- 9 ребро  
по l. scapuiaris- 9 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- 9 ребро  
по l. axillaris posterior- 9 ребро  
по l. scapuiaris- 9 ребро  
по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Верхние границы легких:   
Спереди на 2 см выше ключицы.  
Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии:  
на вдохе 2,5 см  
на выдохе 2,5 см

Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии:  
на вдохе 2,5 см  
на выдохе 2,5 см

Пальпация: голосовое дрожание не изменено.

Аускультативно дыхание с жестким оттенком, хрипов нет, подвижность нижнего легочного края ± 2,5 см.

Сравнительная: Над передними, задними и боковыми отделами лёгких дыхание везикулярное.

Характеристика основного дыхательного шума: Дыхание с жестким оттенком

Дополнительные звуки: не определяются

Побочные дыхательные шумы: Побочных дыхательных шумов нет

Голосовой шум одинаковый с обеих сторон.

СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

Жалобы: учащенное мочеиспускание (малыми порциями, преимущественно ночью).

Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон, почки не пальпируются.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

Жалобы: на ухудшение памяти, замедленность речи.

Сознание ясное, сон не нарушен, интеллект соответствует уровню развития, ориентирован в себе, месте, пространстве, сухожильные рефлексы живые, двигательных расстройств не выявлено. Память на давние события ухудшена. Речь и мышление заторможены. Боль и парестезии вокруг трофической язвы.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Жалобы: повышенный аппетит в последние 2 года (в т. ч. и в ночное время).

Осмотр полости рта. Запаха изо рта нет. Цвет губ – розовый. Цвет слизистых оболочек – розовый. Зубы санированы. Язык влажный, розовый.

Аппетит удовлетворительный, стул – нормальный, глотание и прохождение пищи по пищеводу свободное, безболезненное, язык влажный, не обложен. Живот округлой формы, участвует в дыхании всеми отделами, при пальпации живот мягкий, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Поверхностная пальпация: Желудок безболезненный.

Перкуссия живота. Свободной жидкости в брюшной полости нет, печень перкуторно не увеличена, область проекции желчного пузыря на переднюю брюшную стенку безболезненна.

Аускультация. Кишечная перистальтика нормальная.

МЕСТНЫЙ СТАТУС

Стопы бледные, прохладные на ощупь, оволосение голеней снижено. Ногти на ногах тусклые, ломкие. Положительные симптомы Гольдфляма и Самюэльса. Пульсация артерий ног определяется:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| Бедренная | + | + |
| Подколенная | + | + |
| Артерии стопы | + | + |

Магистральные вены на голенях заполнены удовлетворительно, признаков варикозного расширения их нет, глубокие вены проходимы, клапаны коммуникантных вен состоятельны.

**Предварительный диагноз**

Облитерирующий эндартериит, трофическая язва основания первого пальца левой стопы.

ГБ II ст.

План обследования:

1. Общие анализы крови и мочи.
2. Биохимические исследования крови (определение уровня белка, калия, натрия, кальция, глюкозы, билирубина, креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ)
3. Коагулограмма (определение времени свертывания крови и кровотечения, протромбиновый индекс, активированное время рекальцификации, фибринолитической активности, концентрации фибриногена)
4. Определение группы крови и резус фактора
5. Исследование серологических реакций (RW, HBV, HCV)
6. Рентгеноскопия органов грудной клетки (флюорография легких)
7. ЭКГ
8. Дуплексное сканирование артерий нижних конечностей
9. УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, малого таза
10. ЭХО КГ
11. КТ органов брюшной полости
12. Анализ мочи на бактериурию
13. Исследование секрета предстательной железы

**Данные лабораторных и дополнительных методов обследования**

ЭКГ

26.01.2005

RR – 386 мс

P - 118 мс

PQ - 140 мс  
QRS - 102 мс  
QT - 384 мс

Интерпретация: Синусовый ритм. Отклонение электрической оси сердца влево. Гипертрофия левого желудочка с изменениями в миокарде переднебоковой стенки (вторичная ишемия).

26.01.2005

ИССЛЕДОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К ВИЧ

Антитела к ВИЧ не выявлены.

02.11.2004

РЕНТГЕНОФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Патологических изменений в органах грудной полости не определяется.

26.01.05

ИССЛЕДОВАНИЕ СЫВОРОТКИ

* На австралийский антиген геп. В – отр.
* Геп. С – отр.

26.01.2005

ИССЛЕДОВАНИЕ НА СИФИЛИС

КСР на сифилис отрицательный

АНАЛИЗ КРОВИ

26.01.2005

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RBC | 5,155 ↑ | \*1012 /л |
| HGB | 160,4 ↑ | г/л |
| СОЭ | 3 | мм/ч |

26.01.2005

БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Г-ГТ | 87 | ↑ | Ед/л | 0-49 |
| Глк | 121 | ↑ | Мг/дл | 80-120 |
| Азот мочевины | 28 | ↑ | Мг/дл | 10-20 |
| Триглицериды | 318 | ↑ | Мг/дл | 50-150 |
| Общий холестерин | 285 | ↑ | Мг/дл | 150-250 |
| ЛНП-ХС | 179,4 | ↑ | Мг/дл | 100-160 |
| ЛПОНП-ХС | 63,6 | ↑ | Мг/дл | 10-30 |
| КА | 5,8 | ↑ |  | 1,2-4,2 |
| Тип гиперлипидемии 2Б | | | | |

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ

26.01.2005

рН = 5

Уд. Вес = 10

Заключение: норма.

КОАГУЛОГРАММА

26.01.2005

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| АЧТВ | 49 | 27-49 |
| ПТИ | 100 | 85-110% |
| Фибриноген | 3,85 | 1,8-4,0 г/л |
| ТВ | 28 | 27-33 сек |

Заключение: отклонений от нормы нет.

ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА НАЛИЧИЕ РЕЗУС-ФАКТОРА И РЕЗУС-АНТИТЕЛ

0 (I)

RH +

КТ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ГОЛЕНЕЙ

11.02.2005

Согласие пациента на введение контрастного препарата получено. Патологических реакций на введение не отмечено.

Печень нормальных размеров, однородной структуры, обычной плотности. Внутрипеченочные желчные протоки и сосуды системы воротной вены не расширены. Желчный пузырь без особенностей.

ПЖЖ обычно расположена. Нормальных размеров и формы, дольчатого строения. Контуры железы четкие, структура однородная, плотность обычная. Окружающая жировая клетчатка не изменена.

Почки обычно расположены, нормальных размеров и формы, с четкими контурами. Паренхима почек однородная, обычной плотности. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкременты не выявлены.

Почечные артерии отходят от аорты в типичном месте, заполняются контрастом без признаков стенозирования.

Селезенка, надпочечники без особенностей. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены. В проекции стенок аорты определяются единичные кальцинаты. Подвздошные, поверхностные бедренные, подколенные артерии заполняются контрастным препаратом без признаков стенозирования.

Артерии голеней с неровными контурами, со стенозами > 50% в проксимальных и средних сегментах.

Заключение: Гемодинамически значимые стенозы артерий голени.

**Клинический диагноз**

Основное заболевание – облитерирующий эндартериит.

Осложнения основного заболевания – трофическая язва I пальца левой стопы.

Сопутствующие заболевания – гипертоническая болезнь II ст.

**Обоснование диагноза**

1. Данные анамнеза – Наследственный анамнез; нарушение функций нижних конечностей (перемежающаяся хромота).
2. Данные объективного исследования – бледность кожи голеней, снижение оволосения голеней, ломкость и тусклость ногтей ног, трофическая язва I пальца левой стопы.
3. Данные инструментальных и лабораторных исследований –

* КТ артерий голени (с контрастированием) - гемодинамически значимые стенозы артерий голени.

**Дифференциальный диагноз**

1. Атеросклероз артерий – для этого заболевания, в отличие от облитерирующего эндартериита, характерно:
   1. Наличие холестериновых бляшек, сужающих просвет артерии
2. Аортоартериит - для этого заболевания, в отличие от облитерирующего эндартериита, характерно:
   1. Вовлечение в патологический процесс аорты и крупных артерий
3. Фиброзно-мышечная дисплазия - для этого заболевания, в отличие от облитерирующего эндартериита, характерно:
   1. Утолщение средней оболочки артерий, повышенное количество миоцитов в tunica media.

**Дальнейшие перспективы пребывания больного в стационаре:** окончание курса консервативной терапии.

**Прогноз**

Прогноз относительно благоприятный в отношении трудоспособности, благоприятный в отношении жизни.