Паспортная часть

1. ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Время поступления в стационар: 03.04.13 в 9.15-9.20
3. Время выписки: продолжает лечение.
4. Возраст: 76 лет (1936г.р.)
5. Пол: женский
6. Профессия и место работы: пенсионерка.
7. Постоянное место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Диагноз при направлении: Хроническая трофическая язва левой голени, Сахарный диабет, тип 2,субкомпенсация.
9. Диагноз при поступлении: Хроническая трофическая язва левой голени, Сахарный диабет, тип 2,субкомпенсация.
10. Окончательный клинический диагноз:

Основной: Сахарный диабет, тип 2,субкомпенсация.

Осложнения: Стеноз левой ПБА с окклюзией в стенте.. Трофическая язва левой голени.

Сопутствующие: ИБС, стенокардия напряжения, ФК 2, АГ II ст., риск 3.

1. Операции 10.04.13-Артериография левой нижней конечности, Виды обезболивания. (местная анестезия раствором новокаина 0.5%-15ml)

 Осложнений во время операции не было.

1. **ЖАЛОБЫ:** Жалобы на наличие трофической язвы по задней поверхности левой голени в нижней трети, на боли в ране, отечность вокруг язвы, затруднение при хотьбе.
2. **ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:**

Сахарным диабетом 2-го типа больна около 5 лет, проходит инсулинотерапию нерегулярно, получала лечение Метформином. Состоит на учете у участкового терапевта по поводу ИБС, стенокардии напряжения, ФК 2, АГ II ст., риск 3.

Со слов пациентки, около недели назад самопроизвольно по задней поверхности в нижней трети голени образовалась язва. Лечилась самостоятельно (примочками с ромашкой), т.к. боль в ране и ее размеры не уменьшались 02.04.13 обратилась к участковому терапевту Витебской ГКП №3, после чего была направлена в ВОКБ для уточнения диагноза и проведения соответствующего лечения.

1. **ИСТОРИЯ ЖИЗНИ:**

Профессиональные вредности в анамнезе отрицает. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Проживает в отдельной, сухой квартире. Перенесенные заболевания: из перенесенных заболеваний отмечает: грипп, ОРВИ, простудные, сахарный диабет 2-го типа больна 5 лет, ИБС, стенокардия напряжения, ФК 2, АГ II ст., риск 3. Оперативные вмешательства: не было. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов и наличие аллергических реакций отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались. Туберкулез, онкологические, венерические заболевания и вирусный гепатит в анамнезе отрицает.

**4. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТКИ:**

Общий статус

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36.7ºС. Сознание ясное, адекватное, ориентирована во времени и пространстве. Положение больной в постели активное.

Конституциональный тип - нормостенический. Телосложение правильное. Рост 163 см, масса 60 кг, ИМТ – 22,6 ( норма ).

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.

Топографическаяперкуссия**.**

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 1,0 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 1,0 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 150/80 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 10- см, по передней срединной линии 9 см, по краю реберной дуги слева 8 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 на момент поступления:*

Кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, теплые на ощупь. Оволосение голеней и дистальных третей бедер сохранено. Волосы, а также ногти кистей не изменены, ногтевые пластины стоп полностью поражены, грязно-жёлтого цвета, крошатся по свободному краю. На коже подошв гиперкератические наслоения с бело-жёлтыми чешуйками.Гипотрофия мышц голеней и стоп, движения и глубокомышечная чувствительность сохранены.

По задней поверхности левой голени в нижней трети определяется язвенный дефект диаметром около 8 мм округлых очертаний с резкими границами и уплотненными ровными краями. Кожа вокруг гиперемирована, инфильтрированная, с наличием шелушения. При пальпации определяется болезненность. Поверхностная венозная система обеих нижних конечностей не изменена.

*Пульс артерий нижних конечностей*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Пульс артерий* | *Справа* | *Слева* |
| *Бедренная* | *удовлетворительный* | *не определяется* |
| *Подколенная*  | *удовлетворительный* | *не определяется* |
| *Заднеберцовая* | *ослаблен* | *не определяется* |
| *Тыльная стопы* | *ослаблен* | *не определяется* |

1. **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

Основной: Сахарный диабет, тип 2,субкомпенсация.

Осложнения: Стеноз левой ПБА с окклюзией в стенте. Трофическая язва левой голени.

Сопутствующие: ИБС, стенокардия напряжения, ФК 2, АГ II ст., риск 3.

 **6. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ:**

1.ОАМ

2. Биохимический анализ крови

3.ОАК

4.Микробиологическое исследование биологического материала, посев микроорганизмов на чувствительность к антибиотикам.

5. Артериография левой нижней конечности

6.УЗИ артерий и вен нижних конечностей.

7.Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой

8.ЭКГ

**Результаты обследования:**

**1.Общий анализ мочи(от 03.04.13)**

Цвет – соломенно-желтый;

Прозрачность - прозрачная;

Удельный вес - 1019 г/л;

Реакция - кислая;

Белок – отр;

Сахар - отр;

Эпителий плоский - 1-2 в п/з;

Лейкоциты – 1-2 в п/з;

Эритроциты - нет

**Заключение**: изменений в анализах не выявлено.

**2. Биохимический анализ крови(от 04.04.13)**

Глюкоза- 7.0 ммоль/л(3.7-6.1ммоль/л)

Креатинин-0.064 ммоль/л(0.044-0.1ммоль/л)

Общий белок-67г/л(65-85г/л)

Холестирин-5.1 ммоль/л(2.99-5.3ммоль/л)

**Заключение**: изменений в анализах не выявлено.

**3.Общий анализ крови (03.04.13):**

Гемоглобин (Hb) - 143 г/л;

СОЭ - 21 мм/ч;

Эритроциты – 4.8\*1012 /л;

Лейкоциты – 10.3\*109 /л;

 Тромбоциты - 270\*109 /л

п-5%

с-55%

б-1%

м-2%

л-37%

**Заключение**: Увеличение СОЭ, признаки воспалительного процесса

**4.Микробиологическое исследование биологического материала из раны, посев микроорганизмов на чувствительность к антибиотикам**

**Заключение**: Микрофлора не выделена.

**5.Артериография левой нижней конечности (10.04.13)**

**Заключение:** На ангиограммах определяется: стеноз ПБА в с/с 75%, стент в д/с ПБА, окклюзия в стенте. По коллатералям заполняется ПкА (стеноз 75%), ПББА (стеноз в п/с 80%, в д/с 90%).

**Рекомендовано:** Реканализация, ЧТБА ПБА.

**6.УЗИ артерий и вен нижних конечностей.**

**Заключение**: стеноз ПБА в 75-90% с левой стороны, окклюзия ПкА с обеих сторон, на стопе кровоток коллатеральный с обеих сторон.

**7.Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой(4.02.13)**

 Концентрация глюкозы в капиллярной крови натощак 8:00-7.0 ммоль/л

Концентрация глюкозы через 1 час после нагрузки13:00-10,3 ммоль/л

Концентрация глюкозы через 2 часа после нагрузки17:00-8,66 ммоль/л

**7. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ:**

На основании *жалоб* пациентки (на наличие трофической язвы по задней поверхности левой голени в нижней трети, на боли в ране, отечность вокруг язвы, затруднение при хотьбе), *анамнеза заболевания* (Сахарным диабетом 2-го типа больна около 5 лет, проходит инсулинотерапию нерегулярно, получала лечение Метформином. Состоит на учете у участкового терапевта по поводу ИБС, стенокардии напряжения, ФК 2, АГ II ст., риск 3. Около недели назад самопроизвольно по задней поверхности в нижней трети голени образовалась язва. Лечилась самостоятельно (примочками с ромашкой), т.к. боль в ране и ее размеры не уменьшались 02.04.13 обратилась к участковому терапевту Витебской ГКП №3, после чего была направлена в ВОКБ для уточнения диагноза и проведения соответствующего лечения); *данных объективного метода исследования* (кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, теплые на ощупь. Оволосение голеней и дистальных третей бедер сохранено. Волосы, а также ногти кистей не изменены, ногтевые пластины стоп полностью поражены, грязно-жёлтого цвета, крошатся по свободному краю. На коже подошв гиперкератические наслоения с бело-жёлтыми чешуйками.Гипотрофия мышц голеней и стоп, движения и глубокомышечная чувствительность сохранены. По задней поверхности левой голени в нижней трети определяется язвенный дефект диаметром около 8 мм округлых очертаний с резкими границами и уплотненными ровными краями. Кожа вокруг гиперемирована, инфильтрированная, с наличием шелушения. При пальпации определяется болезненность. Поверхностная венозная система обеих нижних конечностей не изменена. Пульс на левых бедренной, подколенной, заднеберцовой артериях и артерии тыла стопы не определяется); *данных лабораторно-инструментальых методов исследования* (увеличение СОЭ, глюкозы натощак и при нагрузочных тестах; на ангиограммах определяется: стеноз ПБА в с/с 75%, стент в д/с ПБА, окклюзия в стенте. По коллатералям заполняется ПкА (стеноз 75%), ПББА (стеноз в п/с 80%, в д/с 90%).) можно выставить следующий *клинический диагноз:*

Основной: Сахарный диабет, тип 2,субкомпенсация.

Осложнения: Стеноз левой ПБА с окклюзией в стенте. Трофическая язва левой голени.

Сопутствующие: ИБС, стенокардия напряжения, ФК 2, АГ II ст., риск 3.

**8. ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Подход к ведению больных с СДС на всех этапах лечения и реабилитации должен быть междисциплинарным и объединять следующих специалистов: эндокринолог или диабетолог, ортопед, хирург, психолог, подготовленный средний медицинский персонал, техник по изготовлению ортопедических корригирующих устройств и обуви

**Консервативные методы лечения**

Лечение необходимо начинать с оценки предшествующих метаболических и электролитных нарушений, которые должны быть корригированы в обязательном порядке.

Для этого осуществляется перевод всех пациентов (независимо от типа СД) на инсулин короткого действия по принципу "интенсивной инсулинотерапии".

Интенсивная инсулинотерапия включает частое (более 3 раз в сутки) подкожное или внутривенное введение небольших доз (8—10 ЕД) инсулина короткого действия с тщательным контролем уровня гликемии в течение суток.

В наиболее тяжелых случаях осуществляется комбинированное введение инсулина (внутривенно и подкожно).

Основным направлением профилактики и лечения диабетической полинейропатии является достижение уровня гликемии, соответствующего нормальным значениям. Длительная гипергликемия приводит к прогрессированию нейропатии. Лечение болевой формы нейропатии должно основываться на патогенетическом подходе.

В основе патогенетической терапии лежит применение препаратов группы альфа-липоевой кислоты.

**Симптоматическое лечение должно включать применение:**

1. Нестероидных противовоспалительных средств – ибупрофен (под строгим контролем функции почек).

2. Трициклических антидепрессантов для эффективного уменьшения болевых проявлений.

3. Препаратов, включающих витамины группы В.

**Антибактериальная терапия**

Антибактериальная терапия является одним из важных компонентов консервативного лечения СДС, которая должна строиться по типу ступенчатой терапии.

Показаниями к проведению антибактериальной терапии служат:

* прогрессирование интоксикации (температура, лейкоцитоз и т.д.),
* локальные признаки прогрессирующего гнойно-некротического процесса (перифокальный отек, формирование вторичных некрозов, гнойное отделяемое, характерный запах и т.д.);
* наличие целлюлита в глубине раневого дефекта;
* наличие трофических язв, пенетрирующих всю глубину мягких тканей до кости с признаками инфекционного процесса;
* наличие остеомиелита или артрита с признаками прогрессирования инфекции;
* после выполнения ранних восстановительных операций на стопе.

В качестве препаратов выбора целесообразно применение для монотерапии: имипенем/целастин, меропенем, пиперациллин + тазобактам, тикарциллин/клавуланат (табл. 3). В режиме комбинированной терапии — фторхинолоны или цефалоспорины III, IV поколения, клиндамицин; клиндамицин, аминогликозид (нетилмецин). Если у больного невозможно применение аминогликозидов, то применяют азтреонам и клиндамицин. Эффективность комбинации ципрофлоксацин + клиндамицин установлена даже в случаях наличия критической ишемии пораженной конечности.

В более позднем периоде назначают антибиотики на основании данных чувствительности микрофлоры.

Целенаправленная антибактериальная терапия, а также своевременное оперативное вмешательство на гнойном очаге и его дальнейшее адекватное местное медикаментозное лечение позволяют применять антибиотики курсами (10—15 сут) до достижения отчетливого клинического результата. Дальнейшее лечение открытой раны возможно проводить под повязками с препаратами, обеспечивающими антимикробный эффект непосредственно в ране (антисептики – йодопирон, йодовидон, повидон-йод, лавасепт, диоксидин и др.), которые позволяют в короткий срок добиться элиминации патогенных микроорганизмов из раны за счет широкого антимикробного действия. Длительность антибактериальной терапии у пациентов с глубокими некрозами или гангреной на фоне хирургического лечения может составлять курсами 2—3 нед парентерально, вместе с энтеральным — до 10 нед. Ранняя отмена антибактериальной терапии может приводить к рецидиву инфекционного процесса на стопе или развитию других инфекционных осложнений.

В основе современной дезагрегантной и антикоагулянтной терапии лежит применение препаратов класса гепариноидов, относящихся к группе гепарин-сульфатов. Это – суодексид и ломопоран. Они состоят из смеси гликозаминогликанов с молекулярной массой в среднем 6000—8000 дальтон. Сулодексид, проникая в эндотелий сосуда, оказывает разностороннее влияние на систему гемостаза, которое отличается от действия низкомолекулярного гепарана, восстанавливает отрицательную зарядоселективность базальной мембраны эндотелия. Сулодексид снижает адгезивно-агрегативную функцию тромбоцита за счет поступления в кровь простациклина из эндотелия и ослабления продукции в лейкоцитах фактора активации тромбоцитов (PAF). Отличительной чертой низкомолекулярных гепаринов (НМГ) является преобладание в них фракций с молекулярной массой 4000–6000 дальтон и более выраженным противотромботическим эффектом, чем обычный гепарин. Молекула НМГ способна адекватно блокировать фактор Ха, но не связывать тромбин. Пик антикоагулянтного эффекта наступает через 3 ч после введения, ингибиторная активность в отношении Ха-фактора у этого препарата гепарина сохраняется в течение 18 ч.

Доза препарата зависит от массы тела больного, цели применения и степени выраженности факторов риска тромбоопасности. У пациента массой тела 50–60 кг НМГ обычно вводят в количестве 5000 анти-Ха ед. за 2–4 ч до операции подкожно, и продолжают этот курс в течение 10–12 дней послеоперационного периода.

Применение НМГ не требует строгого лабораторного контроля. Однако возможны эпизоды кровоточивости на фоне синдрома тромбоцитопений. Поэтому необходимо проводить учет тромбоцитов капиллярной и венозной крови.

Из таблетированных форм наиболее часто используются ингибиторы циклооксигеназы (аспирин), тиенопиридины (тиклопедин, клопидрогель).

Фармакотерапия критической ишемии в настоящее время базируется на применении простагландина PgE1. Широкое распространение получили препараты "Проставазин" и "Алпростадил". Простагландины обладают сосудорасширяющим, гемореологическим, ангиопротективным комплексным действием; улучшают реологические свойства крови за счет повышения гибкости эритроцитов; уменьшают адгезию и агрегацию тромбоцитов; обладают фибринолитическим эффектом. При использовании этих препаратов у больных с критической ишемией удается получить положительный результат в 65—75% случаев.

Местное медикаментозное лечение — одно из важных компонентов лечения гнойно-некротических форм диабетической стопы.

В первой фазе раневого процесса используются антисептики: йодофоры (йодовидон, йодопирон, повидон-йод, браунол), лавасепт, диоксидин, а при отсутствии ишемии — композиции на основе гелевина, мази на водорастворимой основе.

Во второй фазе раневого процесса применяют различные раневые покрытия (на основе коллагена) и масляные повязки (просяное, облепиховое, шиповниковое масла и т.п.), гидрогелевые повязки.

Комплексное лечение должно проводиться на фоне разгрузки пораженной конечности, которая достигается применением костылей, специальной ортопедической обуви, кресла-каталки.

**Хирургическое лечение**

В основе хирургического лечения гнойно-некротических поражений стоп у больных СД лежат принципы активной хирургической тактики, включающие:

* хирургическую обработку раны;
* дополнительные методы физической обработки раны (пульсирующая струя, ультразвук);
* местное лечение гнойного очага современными перевязочными средствами;
* ранние восстановительные операции.

**9. ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ:**

Режим –общий

Стол- Б

**Медикаментозное лечение**:

-Актовегин 5,0 на 200,0 ml 0,9% NaCl в/в кап

-Метформин 850 mgх2 раза в сутки

-Клопидрогел 75mg\*1 раз вечером

-Глибенкламид 5mg\*2 раза

-Фуросемид 40mg\*1 раз утром

-Эналаприл 10mg \*2 раза в сутки

**Хирургическое лечение:** Реканализация, Чрезкожная транслюминальная балонная ангиопластика (посредством артериальной пункции через ближайший к области поражения или максимально удобный для вмешательства доступ (бедренный, подколенный и др.) в зону стеноза (или окклюзии) при помощи гидрофильного проводника специальный баллонный катетер. Размеры рабочей части катетера, собственно баллона (его длина и диаметр), подбираются индивидуально по данным исходной ангиографии. Затем осуществляется дилатация пораженного участка артерии посредством контролируемого раздувания баллона специальным шприцем с манометром (флятором) под давлением 4–25 атм. При хорошем ангиографическом результате дилатации и/или отсутствии градиента давления в области стеноза при инвазивном его измерении вмешательство считается успешным. При неудовлетворительном результате баллонной дилатации (резидуальный стеноз визуально более 30%, градиент давления более 10 мм.рт.ст., значительная диссекция интимы и пр.) в артерию имплантируется стент.

**Физиолечение:** лазерное излучение (ЛИ), ГБО

1. **ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата 12.04T0С 36.7ЧСС 75 в мин.АД 130/80 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное.Жалобы на умеренные боли в ране.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: отеков на ногах нет, голени и стопы теплые на ощупь. Язва в нижней трети по задней поверхности левой голени с налетом плотного фибрина. Повязка сухая, чистая. Кюретаж язвы, наложение асептичной повязки. | 1. Палатный режим
2. Стол Б

-Актовегин 5,0 на 200,0 ml 0,9% NaCl в/в кап-Метформин 850 mgх2 раза в сутки-Клопидрогел 75mg\*1 раз вечером-Глибенкламид 5mg\*2 раза-Фуросемид 40mg\*1 раз утром-Эналаприл 10mg \*2 раза в сутки |
| Дата 15.04T0С 36.6ЧСС 77 в мин.АД 140/80 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное.Жалобы на умеренные боли в покое, выраженную отёчность н/к.Объективно: кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. ЧД 18 в мин.Тоны сердца яные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Диурез достаточный.Локальный статус : Локальный статус: отеков на ногах нет, голени и стопы теплые на ощупь. Язва в нижней трети по задней поверхности левой голени с налетом фибрина. Повязка сухая, чистая. Кюретаж язвы, наложение асептичной повязки. | Лечение продолжить. |

**11.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

Некроз первого пальца стопы при сахарном диабете 2 типа следует дифференцировать с облитерирующим эндартериитом, полинейропатией, васкулитами, атеросклерозом нижних конечностей, тромбоз артерий

**Тромбоз артерий** конечностей возникает, как правило, внезапно. Лишь иногда ей предшествуют некоторые расстройства сердечной деятельности (аритмия, тахикардия и др.), боли, онемение, парестезии в конечности. Основным первоначальным признаком эмболии артерии является внезапная острая боль в конечности («как удар кнута»). К тому присоединяется чувство похолодания («нога как обледенелая»), побледнение и понижение чувствительности («рука как мертвая»). При осмотре определяется вынужденное положение конечности с когтеобразным положением пальцев, бледность или «мраморность» кожи.

Конечность холодная, болезненная. Пульс (ниже места закупорки и на периферии конечности) отсутствует. Иногда на месте закупорки сосуда можно прощупать его утолщение (место нахождения эмбола). Активные движения в суставах ниже места закупорки артерии обычно отсутствуют. С помощью специальных методов исследования, применяемых в основном в условиях стационара (термометрия кожи, капилляроскопия, осциллография, артериография и др.), можно более точно определить степень нарушения прохождения артерий, локализацию эмбола и др.

Всегда, когда у больного, страдающего каким-либо сердечным или сосудистым заболеванием, появляются внезапные острые боли в той или иной конечности, надо думать о возможности эмболии (тромбоза) артерии. При отсутствии надлежащей срочной помощи нарушение кровообращения при эмболии артерий может повести к гангрене конечности.

 **Облитерирующий эндартериит** характеризуется воспалительными и дистрофическими процессами в артериях, преимущественно дистальных отделов нижних конечностей, приводящими к постепенному стенозу и облитерации сосудов. Характерно диффузное поражение мелких артерий стоп и голеней, развивающееся на фоне длительного спазма и приводящее к утолщению стенок сосудов, сужению и облитерации артерий. Для эндартериита характерно сохранение пульсации на бедренных артериях и отсутствие признаков атеросклероза (нормальный уровень холестерина, молодой возраст). Артериальные тромбозы и эмболии характеризуются внезапным развитием синдрома острой ишемии нижних конечностей на фоне полного благополучия — появление острых интенсивных болей в нижней конечности, ее бледность, снижение или полное отсутствие чувствительности. При артериальных тромбозах и эмболиях характерно некоторое усиление пульсации сосудов над местом окклюзии, нарушение функции конечности вплоть до мышечной контрактуры вследствие развития острой ишемии. Такое состояние требует неотложной госпитализации в ближайший хирургический стационар. Диабетическая ангиопатия сосудов нижних конечностей проявляется дистальными нарушениями артериального кровообращения по типу трофических язв, сухой или влажной гангрены пальцев. Перемежающаяся хромота отсутствует, пульсация магистральных и дистальных артерий сохранена.

**Васкулиты кожи** — группа заболеваний мультифакторной природы, при которых ведущим признаком является воспаление кровеносных сосудов дермы и подкожной клетчатки. Васкулиты кожи — это неоднородная группа заболеваний, и клинические проявления их чрезвычайно разнообразны. Однако существует целый ряд общих признаков, объединяющих эти дерматозы:

1) воспалительный характер изменений кожи;
2) симметричность высыпаний;
3) склонность к отеку, кровоизлияниям и некрозу;
4) первичная локализация на нижних конечностях;
5) эволюционный полиморфизм;
6) связь с предшествующими инфекционными заболеваниями, приемом лекарств, переохлаждением, аллергическими или аутоиммунными заболеваниями, с нарушением венозного оттока;
7) острое или обостряющееся течение.

Поражения кожи при васкулитах многообразны. Это могут быть пятна, пурпура, узелки, узлы, некрозы, корки, эрозии, язвы и др., но основным клиническим дифференциальным признаком является пальпируемая пурпура (геморрагическая сыпь, возвышающаяся над поверхностью кожи и ощущаемая при пальпации).

**Атеросклероз нижних конечностей**

Первым клиническим признаком болезни является синдром перемежающейся хромоты. Болевой синдром разнообразен и проявляется жгучей, распирающей или схваткообразной болью в икроножных мышцах, иногда же - только чувством чрезмерного утомления конечности, вызванным ишемией скелетной мускулатуры, проявляющейся при физической нагрузке. Боли в ногах появляются при ходьбе и проходят после небольшого отдыха, в результате человек вынужден остановится, немножко постоять и за тем, продолжить ходьбу.

При движении в условиях индивидульно завышенной физической нагрузки: подъеме в гору, по лестнице, ходьбе по пересеченной местности такие приступы наступают значительно раньше. Неприятные ощущения в ногах, обычно, болезненней в начале ходьбы и в холодное время года.

Самостоятельный симптом тяжелой недостаточности кровоснабжения с ишемией нижних конечностей - боль в покое, концентрирующаяся, в основном, в области свода или пальцев стопы. Она сопровождается ощущениями онемения, похолодания, зуда или "ползания мурашек" и сочетается как с феноменом перемежающейся хромоты, так и с трофическими нарушениями кожных покровов. Еще сравнительно недавно не обращавший внимание на то, как он движется или отдыхает, человек замечает однажды, что уже не может больше сидеть, положив ногу на ногу.
Боль в покое усиливается в горизонтальном положении, особенно, когда ноги приподняты и ослабевает при их опускании вниз. Неприятные ощущения в нижних конечностях зачастую заставляют человека непрерывно менять положение ног, разглаживать их, садиться, вставать, ходить и снова ложиться.

Степени недостаточности артериального кровоснабжения нижних конечностей соответствует, в известной мере, изменение цвета и снижение температуры кожных покровов ног (зябкость стоп).. В последующем могут развиваться трофические нарушения кожи голени и стопы, вплоть до образования [трофических язв](http://www.angio1.narod.ru/trophy.html) и гангрены.

**Полинейропатия -**множественное поражение периферических нервов, проявляющееся периферическими параличами, нарушениями чувствительности, трофическими и вегето-сосудистыми расстройствами преимущественно в дистальных (отдаленных) отделах конечностей. Характерной особенностью полинейропатий является первоначальное появление этих симптомов в стопах или кончиках пальцев кистей рук с постепенным подъемом их вверх по конечностям, а также симметричность проявлений в ногах или руках с двух сторон. В далеко зашедших случаях пораженными оказываются все четыре конечности. Симптоматика включает следующие признаки: нарушение двигательных функций - прогрессирующая мышечная слабость в дистальных отделах конечностей с атрофией мышц; нарушения чувствительности - боль, снижение тактильной чувствительности (иногда бывает повышенная чувствительность), ощущение «ползания мурашек по коже», покалывания, постепенное снижение также болевой и вибрационной чувствительности. Появляются признаки нарушения питания кожи и ногтей (ломкость ногтей, истончение кожи, трофические расстройства вплоть до язв).

**12.ПРОГНОЗ:**

В настоящее время сахарный диабет неизлечим. Длительность жизни и трудоспособность больного во многом зависят от своевременности выявления заболевания, его тяжести, возраста больного и правильного лечения. Чем раньше возникает диабет, тем больше он укорачивает жизнь больных. Прогноз при сахарном диабете в основном определяется степенью поражения сердечно-сосудистой системы. Больные сахарным диабетом легкой формы трудоспособны. При сахарном диабете средней и тяжелой степени трудоспособность оценивается индивидуально в зависимости от течения болезни и сопутствующих заболеваний.

У данной пациентки, учитывая пожилой возраст, сопутствующие заболевания (ИБС, стенокардия напряжения, ФК 2, АГ II ст., риск 3), стадию субкомпенсации СД 2 типа, прогноз неблогоприятный. Но проведя реканализацию артерий левой нижней конечности, соблюдая лечебный режим, добиться стадии компенсации СД 2 типа прогноз значительно улучшится.

**13.ЭПИКРИЗ:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1936 г.р. поступила 03.04.13 в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с жалобами на наличие трофической язвы по задней поверхности левой голени в нижней трети, на боли в ране, отечность вокруг язвы, затруднение при хотьбе.

На основании *жалоб* пациентки (на наличие трофической язвы по задней поверхности левой голени в нижней трети, на боли в ране, отечность вокруг язвы, затруднение при хотьбе), *анамнеза заболевания* (Сахарным диабетом 2-го типа больна около 5 лет, проходит инсулинотерапию нерегулярно, получала лечение Метформином. Состоит на учете у участкового терапевта по поводу ИБС, стенокардии напряжения, ФК 2, АГ II ст., риск 3. Около недели назад самопроизвольно по задней поверхности в нижней трети голени образовалась язва. Лечилась самостоятельно (примочками с ромашкой), т.к. боль в ране и ее размеры не уменьшались 02.04.13 обратилась к участковому терапевту Витебской ГКП №3, после чего была направлена в ВОКБ для уточнения диагноза и проведения соответствующего лечения); *данных объективного метода исследования* (кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, теплые на ощупь. Оволосение голеней и дистальных третей бедер сохранено. Волосы, а также ногти кистей не изменены, ногтевые пластины стоп полностью поражены, грязно-жёлтого цвета, крошатся по свободному краю. На коже подошв гиперкератические наслоения с бело-жёлтыми чешуйками.Гипотрофия мышц голеней и стоп, движения и глубокомышечная чувствительность сохранены. По задней поверхности левой голени в нижней трети определяется язвенный дефект диаметром около 8 мм округлых очертаний с резкими границами и уплотненными ровными краями. Кожа вокруг гиперемирована, инфильтрированная, с наличием шелушения. При пальпации определяется болезненность. Поверхностная венозная система обеих нижних конечностей не изменена. Пульс на левых бедренной, подколенной, заднеберцовой артериях и артерии тыла стопы не определяется); *данных лабораторно-инструментальых методов исследования* (увеличение СОЭ, глюкозы натощак и при нагрузочных тестах; на ангиограммах определяется: стеноз ПБА в с/с 75%, стент в д/с ПБА, окклюзия в стенте. По коллатералям заполняется ПкА (стеноз 75%), ПББА (стеноз в п/с 80%, в д/с 90%).) был выставлен следующий *клинический диагноз:*

Основной: Сахарный диабет, тип 2,субкомпенсация.

Осложнения: Стеноз левой ПБА с окклюзией в стенте. Трофическая язва левой голени.

Сопутствующие: ИБС, стенокардия напряжения, ФК 2, АГ II ст., риск 3.

И проведено следующее лечение:

Режим –общий

Стол- Б

-Актовегин 5,0 на 200,0 ml 0,9% NaCl в/в кап

-Метформин 850 mgх2 раза в сутки

-Клопидрогел 75mg\*1 раз вечером

-Глибенкламид 5mg\*2 раза

-Фуросемид 40mg\*1 раз утром

-Эналаприл 10mg \*2 раза в сутки

Реканализация, Чрезкожная транслюминальная балонная ангиопластика

Лазерное излучение (ЛИ) язвы, ГБО

На момент курации продолжает лечение.