Министерство Здравоохранения РФ

Государственное учреждение

Алтайский Государственный Медицинский Университет

Кафедра факультетской хирургии.

Зав. кафедрой: член-корреспондент РАМН,

доктор медицинских наук, профессор

Шойхет Я.Н.

Преподаватель: ассистент кафедры Слухай Ю.Ф.

Куратор: студентка 371 гр. Курякова О.А

История Болезни

Больной: Кобзев Виктор Тихонович.

Клинический диагноз: Атеросклероз аорты и ее ветвей. Хроническая артериальная недостаточность II ст. Стеноз правой общей подвздошной артерии.

Барнаул 2005г.

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Ф.И.О.: Кобзев Виктор Тихонович.

ВОЗРАСТ: 61 лет

МЕСТО РАБОТЫ: Пенсионер

МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА: г. Барнаул, ул. Никитина 221.

ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР:13.03.2005

6. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: Атеросклероз аорты и ее ветвей. Хроническая артериальная недостаточность II ст. Стеноз правой общей подвздошной артерии.

**жалобы больного на момент курации**

ГЛАВНЫЕ: на боли в икроножных мышцах, преимущественно в правой нижней конечности, возникающие во время ходьбы обычным шагом на незначительное расстояние (до 300 м). Появление болей вынуждает больного остановиться. Во время остановки боль у него через некоторое время прекращается (обычно через 2-5 минут), при ходьбе возобновляется. Боли интенсивные, сжимающие, давящие, не иррадиируют. В условиях холода, сырости, при подъеме по лестнице боль возникает чаще и больше выражена.

**ANAMNАESIS MORBI**

Больным себя считает с 2003 года когда, на фоне общего здоровья, впервые появилась слабость и повышенная утомляемость мышц ног, судороги в икроножных мышцах, ощущение зябкости в конечностях. Позже появились сильные боли в икроножных мышцах, возникающие при ходьбе обычным шагом на расстояние до 300 метров, вынуждающие больного в целях обезболивания производить остановки. После кратковременного отдыха (5-10 минуты) боли исчезали, но возобновлялись вскоре после продолжения ходьбы. Больной часто просыпался ночью из-за возникновения боли и онемения ног.

В настоящее время госпитализирован для проведения консервативного лечения.

**ANAMNAESIS VITAE**

Родился 1943 года, в физическом развитии не отставал от сверстников. Жилищно-бытовые условия в детские и юношеские годы и в настоящее время удовлетворительные. Физкультурой и спортом не занимается. Работал до 1993 года на ДОП-3, после ушел на пенсию.

Перенесенные заболевания: Болезнь Боткина, туберкулез, венерические заболевания отрицает.

Семейный анамнез: Предрасположенность к заболеваниям сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь) у ближайших родственников не отмечает. Заболевания, которые могут передаваться по наследству, в семье больного отсутствуют.

Эпидемиологический анамнез: Контактов с инфекционными больными не было.

Привычные интоксикации: Курение с 7 лет, более пачки в день, в последние два года ограничил себя в курении до 2-3 сигарет в день.

Аллергологический анамнез: Аллергических проявлений нет.

Метеочувствительность и сезонность: В условиях холода, сырости, при подъеме по лестнице боль возникает чаще и больше выражена, т.к. эти факторы способствуют спастическим реакциям артерий. Сезонности в обострениях заболевания нет.

**STATUS LOCALIS**

ИССЛЕДОВАНИЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ: Пульсации сонных артерий (пляска каротид) нет, видимая пульсация шейных вен не определяется. Варикозного расширения вен нет. Венный пульс отрицательный. При аускультации магистральных сосудов определяется систолический шум над передней брюшной стенкой и на бедренных артериях под пупартовой связкой.

ИССЛЕДОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА: Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 86 уд/мин, полный, частый, напряженный, большой, быстрый, правильный. Дефицит пульса не определяется. Сосудистая стенка уплотнена. Артериальное давление 180 / 110 мм.р.с.

Кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, теплые на ощупь. Снижен рост волос, ногтевые пластинка дистрофично изменены. Видимой гипотрофии или атрофии мышц нет. Пальпации икроножных мышц умеренно болезненна справа. Движения и чувствительность сохранены в полном объеме.

Аускультация артерий

|  |  |
| --- | --- |
| Артерия | Пульсация артерии |
| справа | слева |
| СоннаяПодключичнаяПлечеваяЛоктеваяЛучеваяБрюшнаяПодвздошная ( шум )БедреннаяПодколеннаяЗадняя берцоваяПередняя берцовая | +++++++---- | ++++++++-- |

План дополнительного обследования

Общий анализ крови.

Биохимическое исследование крови.

Общий анализ мочи.

4. Аортография сосудов нижних конечностей.

5. Дуплексное сканирование артерий ног.

6. ЭКГ.

7. УЗИ внутренних органов.

Лабораторные данные:

1. Общий анализ крови:

РОЭ -16 мм/ч

Лейкоциты – 7,8\*10 9

Hb – 134 г.л

2. Биохимическое исследование крови

Общий билирубин - 14,4

Сахар крови – 5,4

Мочевина – 4,0

Белок – 79

3. Общий анализ мочи

Цвет – соломенно-желтая

Плотность – 1010

Белок – отр.

Реакция – щелочная

Лейкоциты – 2-3 в поле зрения

Эпителий - плоский единичные в поле зрения

4. Аортография сосудов нижних конечностей:

На серии снимков стеноз правой общей подвздошной артерии 70 %.

5. ЭКГ:

Ритм синусовый 85 в мин. Частичная блокада правой ножки пучка Гиса.

Увеличение левой границы сердца.

Возможна нагрузка на правый отдел сердца.

6. УЗИ внутренних органов:

Увеличение размеров печени, структура диффузно изменена, пристеночные конкременты в желчном пузыре.

**ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Учитывая: 1. Жалобы: главной жалобой является боль в икроножных мышцах, интенсивные, сжимающие, давящие, не иррадиируют, возникающая во время ходьбы обычным шагом. Это говорит о возможной ишемии связанной с уменьшением просвета сосудов нижних конечностей. Боли в икроножных мышцах возникают во время ходьбы обычным шагом на незначительное расстояние (до 300 м). Что говорит о II стадии течения заболевания. 2. Данных анамнеза: болеет с 2003 года когда, на фоне общего здоровья, впервые появилась слабость и повышенная утомляемость мышц ног, судороги в икроножных мышцах, ощущение зябкости в конечностях. Позже появились сильные боли в икроножных мышцах, возникающие при ходьбе обычным шагом на расстояние до 300 метров, вынуждающие больного в целях обезболивания производить остановки. После кратковременного отдыха (5-10 минуты) боли исчезали, но возобновлялись вскоре после продолжения ходьбы. Больной часто просыпался ночью из-за возникновения боли и онемения ног. Пациент курит с 7 лет, а это является с одной стороны предрасполагающим, а с другой стороны этиологическим фактором в развитии атеросклероза артерий. 3. Данных объективного осмотра артериальное давление 180 / 110 мм.р.с., кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, теплые на ощупь, снижен рост волос, ногтевые пластинка дистрофично изменены, пальпации икроножных мышц умеренно болезненна справа (что свидетельствует о ишемическом процессе, и позволяет исключить инфекционное поражении). Движения и чувствительность сохранены в полном объеме (исключает неврологическую патологию). Отсутствие пульсации на уровне общей подвздошной артерии с права и ниже свидетельствует о уровне поражения, но отсутствие явных атрофических и некротических явлений свидетельствует о не полном стенозе просвета сосудов и/или хорошем развитии коллатералей. Данных дополнительных методов: Аортография сосудов нижних конечностей: На серии снимков стеноз правой общей подвздошной артерии 70 %.

Клинический диагноз: Атеросклероз аорты и ее ветвей. Хроническая артериальная недостаточность II ст. Стеноз правой общей подвздошной артерии.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Консервативное:

Режим – общий

Стол № 15

Rp: Tab. Aspirini 0,115

D.S. По 1 таблетке ежедневно.

Rp: Sol. Trentali 2%-5,0 ml

Sol. Natrii chloridi 0,9%-200 ml

M.d.s. Внутривенно один раз в день.

Rp: Sol. Acidi nicotinici 1%-3,0 ml

Sol. Natrii chloridi 0,9% - 200,0ml

M.d.s. Внутривенно один раз в день.

Rp: Sol. Papaverini 2,0 ml

D.t.d. № 10 in amp.

S. Внутримышечно 2 раза в день.

Перспективные варианты лечения:

Хирургическое лечение:

Показанием к выполнению реконструктивных операций является наличие декомпенсации кровообращения в пораженной конечности.

Противопоказаниями являются тяжелые сопутствующие заболевания внутренних органов - сердца, легких, почек, печени и др., тотальный кальциноз артерий, отсутствие проходимости дистального русла. Восстановление магистрального кровотока достигается с помощью эндартерэктомии, обходного шунтирования и протезирования.

Если 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 бедренноподколенное 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.

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