***История болезни***

**Клинический диагноз:**

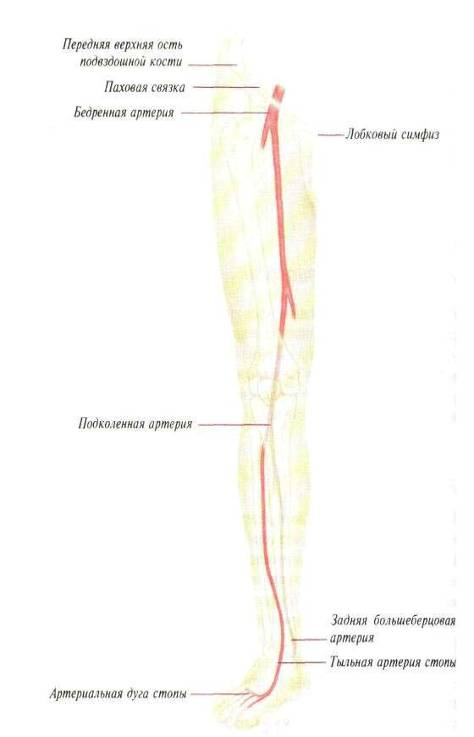
основной: облитерирующий эндоартериит сосудов нижних конечностей III степени.

сопутствующий – осложнения: трофическая язва 1-го пальца левой стопы.

**Рисунок заболевания**

Локализация

облитерации



###### Жалобы

Перемежающаяся хромота, похолодание и постоянная боль тянущего характера в нижних конечностях после ходьбы на 50 метров, чувство онемения голеней и стоп (больше выражено слева) и наличие раны с гнойным отделяемым в области левой стопы. Незначительный отёк нижней части голеней и стоп, возникающий после физической нагрузки. Кроме того, быстрая утомляемость, слабость, бессонница.

ANAMNESIS MORBI

Страдает облитерирующим эндоартериитом сосудов нижних конечностей в течение семи лет. В 1996 году впервые появилось онемение икр голени и перемежающаяся хромота. С данными жалобами больной обратился к участковому терапевту по месту жительства. Был направлен на консультацию к хирургу, прошел обследование. Неоднократно лечился в хирургическом стационаре по поводу облитерирующего эндоартериита нижних конечностей, консервативная терапия включала: папаверин, реополиглюкин, никотиновая кислота и др. С 1996 года состоит на диспансерном учёте у хирурга по поводу облитерирующего эндоартериита нижних конечностей. С 1997 года инвалид II группы.

###### ANAMNESIS VITAE

Родился здоровым ребенком, рос и развивался соответственно возрасту. Перенёс ветряную оспу, грипп, ангину. В школу пошёл с 7 лет, окончил 10 классов средней школы. Материально – бытовые условия удовлетворительные. По окончании учёбы в школе получил высшее техническое образование в Машиностроительном институте г. Луганска. В 1990 году был призван в армию для прохождения срочной службы. После демобилизации работал инженером на заводе ОР. Условия труда удовлетворительные. Питался полноценно, регулярно, умеренно. Одевается в холодное время года в соответствии с температурой воздуха. Жилищно-бытовые условия хорошие: имеет тёплую, сухую квартиру с достаточной площадью. Женат с 24 лет, имеет сына и дочь, отношения в браке хорошие.

Болезнью Боткина не болел и контакта с этими больными последние 45 дней не было. Туберкулёз, малярию, тифы, дифтерию, холеру, венерические заболевания отрицает. Оперативным вмешательствам и травмам в течении жизни не подвергался.

Состоит на диспансерном учёте с 1996 года по поводу облитерирующего эндоартериита, инвалид II гр. С 1997 года.

Вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков отрицает.

Гемотрансфузионный анамнез: гемотрансфузии, инъекции (до поступления в стационар) за последние 6 месяцев не производились.

Аллергологический анамнез: аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты отрицает.

Генетический анамнез не отягощён.

###### STATUS PRAESENS OBJECTIVUS

***Общий осмотр:***

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Внешний вид больного соответствует возрасту. Выражение лица спокойное. Поведение адекватное. Ориентация в месте, времени, личности сохранена. Осанка прямая, походка обычная.

Рост: средний (176 см.)

Вес: 79 кг.

Упитанность нормальная, вес соответствует росту.

Окружность грудной клетки 93 см.

Телосложение правильное, конституционный тип нормостенический.

Температура тела нормальная. (36,6 oC)

***Кожные покровы:*** чистые, бледно-розового цвета, тургор кожи сохранен. Влажность нормальная. Сыпь, рубцы, варикозное расширение вен, пигментация отсутствует. Видимые слизистые оболочки влажные, розовые, без патологических изменений. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу, участки облысения отсутствуют. Ногти прямоугольной формы, с ровной поверхностью и краями, розового цвета, плотно прилегают к ногтевому ложу. Околоногтевой валик не изменен.

***Подкожная клетчатка:*** выражена умеренно, распределена равномерно, отеки не выявляются. Толщина складки на уровне пупка – 3 см., у углов лопаток – 3,5 см., в области рёбер – 3 см. Подкожная эмфизема отсутствует.

***Лимфатическая система:*** лимфатические узлы в затылочных, околоушных, подбородочных, передних и задних шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, грудных, локтевых, паховых и подколенных группах не пальпируются. Подчелюстные лимфоузлы обнаруживаются в виде единичных, округлых, подвижных, мягких, безболезненных, не спаянных с окружающими тканями и между собой образований диаметром около 5 мм. Кожа над лимфоузлами не изменена.

***Мышечная система:*** развита хорошо; сила мышц сохранена в полном объёме; тонус мышц нормальный. Мышцы при пальпации, осуществлении активных и пассивных движений безболезненны.

***Костная система:*** части скелета развиты пропорционально. Кости черепа, позвоночника, грудной клетки, таза, конечностей без деформаций и патологических изменений. При пальпации и поколачивании безболезненны. Суставы нормальной величины, формы, симметричны с обеих сторон, подвижны, при пальпации безболезненны. Пассивные движения в суставах сохранены в полном объёме. Анкилозов, контрактур не обнаружено.

***Неврологический статус:*** В контакт вступает легко, спокоен. Отношения в семье хорошие. Память хорошая, внимание сосредоточенное. Сон беспокойный, продолжительностью 8 часов. Обоняние нормальное, зрачки S=D, реакция зрачков на свет прямая, содружественная S=D. Глазные щели S=D. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Носогубные складки симметричные, язык по средней линии. Менингиальных симптомов нет (симптом Кернига, Лясега отрецательные). В позе Ромберга устойчив, координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

***Органы дыхания:***

Осмотр: дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной нормостенической формы, деформаций и ассиметрий не наблюдается. Над- и подключичные ямки выражены средне с обеих сторон. Лопатки прилегают к грудной клетке на одном уровне. Реберно-диафрагмальный угол 90 градусов. Дыхание брюшного типа, ритмичное, умеренной глубины. Число дыханий 16 в минуту. При дыхании движения лопаток, правой и левой половины грудной клетки симметричные.

Пальпация: грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание одинаково выражено с обеих сторон.

Перкуссия: при сравнительной перкуссии на симметричных участках над лёгкими определяется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия лёгких:

Нижние границы лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Правое  лёгкое** | **Левое  лёгкое** |
| **l.parasternalis** | верхний край VI ребра |  |
| **l.medioclavicularis** | нижний край VI ребра |  |
| **l.axillaris ant.** | VII ребро | VII ребро |
| **l.axillaris med.** | VIII ребро | IX ребро |
| **l.axillaris post.** | IX ребро | IX ребро |
| **l.scapularis** | X ребро | X ребро |
| **l.paravertebralis** | на уровне остистого отростка XI грудного позвонка | |

Высота стояния верхушек:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **справа** | **слева** |
| **спереди** | 2.5 см выше ключицы  ключицы | на 3 см выше |
| **сзади** | на уровне остистого отростка VII шейного позвонка | |
| **ширина полей Кренига** | 5 см. | 6 см. |

Подвижность лёгочных краёв: по l.axillaris ant. справа – 7 см, слева – 7 см.

Аускультация: дыхание везикулярное, дополнительных шумов, хрипов нет. Бронхиальное дыхание выслушивается симметрично над областью проекции бронхов. Бронхофония не изменена над симметричными участками лёгких.

***Органы кровообращения***

Осмотр: область сердца не изменена. Верхушечный толчок визуально не определяется. Пульсации аорты легочного ствола и эпигастральной пульсации не выявлено. Венный пульс отрицательный. Видимая пульсация сонных и височных артерий отсутствует.

Пальпация: верхушечный толчок определяется пальпаторно в V межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, умеренной высоты, силы, ограниченный (2х2 см), резистентный, положительный. Систолического и пресистолического дрожания не определяется. Пульс на лучевой артерии симметричный с обоих сторон, ритмичный соответствует верхушечному толчку, равномерный, умеренного наполнения и напряжения с частотой 78 ударов в мин. АД – на левом предплечье

130 / 80 мм рт. ст, на правом – 120 / 80 мм рт. ст. Пульсация на общих сонных, височных, плечевых артериях, брюшной аорте сохранена.

Перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Границы***  ***Сердца*** | ***Относительная сердечная тупость*** | ***Абсолютная***  ***Сердечная тупость*** |
| **Правая** | на 1 см от правого края грудины | у левого края грудины |
| **Левая** | на 1 см кнутри от l.medieclavicularis sinistra | на 1 см кнутри от границ относительной сердечной тупости |
| **Верхняя** | Соответствует нижнему краю III ребра по  l. parasternalis | верхний край IV ребра по l.parasternalis |

Ширина сосудистого пучка во II межреберье – 6 см.

Конфигурация сердца: нормальная.

Поперечник относительной тупости сердца 12 см.

Аускультация: тоны сердца ясные, звучные, соотношение тонов на верхушке и на основании не изменено, экстракардиальные шумы и акценты не выслушиваются. При аускультации сонных артерий, брюшной аорты сосудистые шумы не выявляются.

***Органы брюшной полости***

Осмотр: Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологических изменений, запах изо рта не изменен.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |
|  | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

к – коронка; с – кариес; о – отсутствует.

Язык розовый, чистый, влажный. Глотание не нарушено. Миндалины бледно-розового цвета, чистые, за края небных дужек не выступают. Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, грубых анатомических изменений нет, пупок втянут, видимой перистальтики, грыжевых выпячиваний и расширений подкожных вен живота не отмечается.

Пальпация:

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, участки локального мышечного напряжения не определяются. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых выпячиваний и крупных патологических образований не обнаружено. Симптомы Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Глинчикова – отрицательные.

Глубокая пальпация:

сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, безболезненного, подвижного, умеренно плотного цилиндра диаметром около 3 см с гладкой поверхностью, не урчит.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде гладкого, мягкоэластичного, безболезненного, умеренноподвижного цилиндра диаметром около 3 см, урчит.

Восходящий отдел ободочной кишки пальпируется в правой боковой области в форме цилиндра, диаметром около 4 см, плотной консистенции с гладкой поверхностью, безболезненного, не урчащего, умеренно подвижного.

Остальные отделы толстой кишки не пальпируются. Нижняя граница желудка расположена на 3 см ниже пупка. При глубокой пальпации желудка большая кривизна пальпируется в виде валика с гладкой поверхностью, эластической консистенции, безболезненного. Пальпация пилорического отдела желудка безболезненна.

При перкуссии области живота определяется тимпанический перкуторный звук, свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

При аускультации живота: выслушивается перистальтические шумы с частотой 5 в 1 мин. (активная).

Размеры печени по Курлову:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | см | Размер |
| Правая среднеключичная линия | 9 | Прямой |
| Передняя срединная линия | 8 | Прямой |
| Левая ребренная дуга | 7 | Косой |

Печень, селезенка не пальпируются. Болезненность в области желчного пузыря, поджелудочной железы не определяется. Правая акромиальная, лопаточная точки безболезненны, симптомы Мерфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского (френикус), Кера, Мейо-Робсона – отрицательные.

Размеры селезенки: длинник по 10 ребру – 6 см, поперечник – 4 см.

***Мочеполовая система***

Осмотр поясничной области и области мочевого пузыря: поясничная область симметрична, без видимых деформаций. В области мочевого пузыря изменений брюшной стенки не обнаружено.

При пальпации верхних, средних и нижних мочеточниковых точек болезненности не выявлено, почки пальпаторно в положение стоя и лежа не определяются.

Поколачивание по поясничной области: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Мочеиспускание 6 раз в сутки, свободное, безболезненное. Суточный диурез 1.5 литра.

Наружные половые органы, мошонка без патологических изменений. Наружные отверстия паховых каналов в норме. Яички эластической консистенции, безболезненны.

***Эндокринная система***

Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту. Щитовидная железа визуально не определяется, при пальпации эластичной консистенции, безболезненна. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага отрицательные.

###### STATUS LOCALIS

Мышцы обеих бедер, голеней и стоп атрофичны; мышечный тонус и сила мышц нижних конечностей снижены.

Кожа голеней и стоп истончена, цианотична, сухая, шелушится, имеются трещины. На коже стоп – выраженный гиперкератоз. Пальцы стоп прохладные. В опущенном состоянии конечности пальцы гиперемированы, при горизонтальном положении конечностей они быстро (15 с) бледнеют. Подкожные вены нижних конечностей не изменены, при пальпации уплотнений, болезненности нет.

Выражено утолщение и деформация ногтевых пластинок пальцев стоп, нарушение волосяного покрова кожи стоп и голеней. Подкожная жировая клетчатка нижних конечностей истончена. Пульсация на бедренных, правой подколенной, правой задней большеберцовой, правой дорсальной артерии стопы умеренно снижена. На левой подколенной артерии и левой дорсальной артерии стопы пульсация резко ослаблена.

Пробы Гольдфлама, Самюэлса, коленный феномен Панченко, симптом сдавления ногтевого ложа и симптом плантарной ишемии (Оппеля) положительны. Симптом Гоманса отрицательный.

В области ногтевой фаланги первого пальца левой стопы кожа отечна, гиперемирована. Определяется дефект кожи размером 1х0,5х0,3 см. Дно выполнено фибрином, выражен некроз. Отделяемое скудное, серозно-гнойное. Пальпация болезненна.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании полученных данных можно предположить диагноз: облитерирующий эндоартериит сосудов нижних конечностей 3-й степени. Трофическая язва 1-го пальца левой стопы.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО**

1. Клинический анализ крови и мочи
2. Сахар крови и мочи
3. Анализ кала на яйца глистов
4. Биохимическое исследование крови (определение уровня белка, калия, натрия, кальция, глюкозы, билирубина, креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ, ХС-ТГ крови);
5. Коагулограмма (определение времени свертывания крови и кровотечения, протромбинового индекса, активированного времени рекальцификации, фибринолитической активности, концентрации фибриногена);
6. Определение группы крови и резус фактора;
7. Исследование серологических реакций (RW, антител к ВИЧ, маркеров вирусных гепатитов);
8. Рентгеноскопия органов грудной клетки (флюорография легких);
9. ЭКГ;
10. Реовазография сосудов конечностей;
11. Доплерометрия;
12. Ангиография.
13. Консультация терапевта, сосудистого хирурга, кардиолога

***Данные лабораторных и дополнительных методов обследования***

1. Общий анализ крови (14.04.04 г.):

Гемоглобин – 103,0г/л;

эритроциты 3,4 \*1012 / л;

цветовой показатель 0,8;

лейкоциты – 7,9\*109/л;

нейтрофилы:

палочкоядерные – 4%,

сегментоядерные – 70%,

эозинофилы – 7%;

лимфоциты – 13%;

моноциты – 9%;

СОЭ – 18 мм/ч.

2. Общий анализ мочи (14.04.04 г.):

Цвет соломенно-желтый,

количество – 200 мл,

относительная плотность – 1015;

реакция слабокислая;

белок – следы;

глюкоза – нет;

лейкоциты – 4–5 в п/з;

эритроциты – единичные в п/з;

цилиндры – нет.

3. Биохимический анализ крови (25.04.04 г.):

Общий белок 69г/л

Мочевина 5,5 ммоль/л

Креатинин 0,17 ммоль/л

Общий билирубин 10,5 мкмоль/л

АлАТ 0,31 ммоль/ч\*л

АсАТ 0,4 ммоль/ч\*л

α-амилаза 14 мкг/ч\*л

Щелочная фосфатаза 2,3 нмоль/ч\*л

Тимоловая проба 2

4. Исследование крови на ВИЧ, RW, HBs – отрицат (22.04.04 г.).

5. Коагулограмма (20.04.04 г.)

Тромбиновое время 20\*\*

Протромбиновый индекс 90%

Фибриноген 4,48 г./л

Время рекальцификации 68\*

6. Сахар крови (20.04.04 г.)

5,55 ммоль/л

7. Группа крови I(О) Rh+. (16.04.04 г.)

8. Анализ кала на яйца глистов. (16.04.04 г.)

отрицат.

8. ЭКГ (14.04.04)

ЭОС не отклонена. Ритм синусовый, правильный, ЧСС 76 уд. в мин. ЭКГ без патологии.

9. РЭГ

Пульсовое кровенаполнение резко (3 степень) снижена в голенях и левой стопе, умеренно (1 степень) в правой стопе. Тонус поверхностных сосудов D=S. Венозный отток затруднен.

***Обоснование клинического диагноза***

На основании:

* Жалоб больного на перемежающуюся хромоту, похолодание и постоянную боль тянущего характера в нижних конечностях, чувство онемения голеней и стоп (больше выражено слева), наличие раны с гнойным отделяемым в области левой стопы, отёк нижней части голеней и стоп, возникающий после физической нагрузки;
* Анамнестических данных: наличие болей в течение последних 7 лет в икроножных мышцах при физической нагрузке, постепенное их нарастание (возникновение болей при меньшей физической нагрузке); волнообразного течения заболевания, сезонных обострений;
* Данных объективного исследования: умеренного снижения пульсации на бедренных, правой подколенной, правой задней большеберцовой, правой дорсальной артерии стопы и резкого ослабления пульсации на левой подколенной артерии и левой дорсальной артерии стопы; положительных проб Гольдфлама, Самюэлса, коленного феномена Панченко, симптома сдавления ногтевого ложа и симптома плантарной ишемии (Оппеля); истончения, цианотичности, сухости, шелушения кожи голеней и стоп; выраженного гиперкератоза; выраженного утолщения и деформации ногтевых пластинок пальцев стоп, нарушения волосяного покрова кожи стоп и голеней; истончения подкожной жировой клетчатки; умеренной атрофии мышц; (на III стадию облитерирующего эндоартериита сосудов нижних конечностей указывает наличие в области ногтевой фаланги первого пальца левой стопы болезненного дефекта кожи размером 1х0,5х0,3 см. с выраженным некрозом и скудным серозно-гнойным отделяемым);

Результатов дополнительных методов исследования: РЭГ – резкого (3 степень) снижения пульсового кровенаполнения в голенях и левой стопе, умеренного (1 степень) в правой стопе, затруднённого венозного оттока.

На основании вышеизложенного, клинический диагноз «Облитерирующий эндоартериит сосудов нижних конечностей III степени. Трофическая язва 1-го пальца левой стопы» не подлежит сомнению.

***Лечение данного заболевания***

Применяют как консервативное, так и оперативное лечение. Консервативное лечение показано в ранних стадиях облитерирующего эндоартериита курсами не менее 2 раз в год. Оно должно быть комплексным и носить патогенетический характер. Реконструктивные операции выполняются редко из-за распространенности заболевания, малого диаметра пораженных сосудов с нередким вовлечением в процесс подкожных вен. Чаще выполняют поясничную или периартериальную симпат-эктомию. Длительная внутриартериальная инфузионная терапия применяется при влажной гангрене с целью перевода ее в сухую гангрену и снижения уровня ампутации. Важное направление лечения – мероприятия, направленные на восстановление или улучшение кровоснабжения пораженных сосудов, которые включают в себя применение лекарственных средств, способствующих развитию коллатералей, предупреждающих спазм пораженных сосудов и тромбообразование.

В лечении нарушений периферического кровообращения при облитерирующем эндоартериите большое значение имеет лечение нарушений функций легких и сердца. Увеличение минутного объема сердца приводит к повышению перфузии тканей ниже места облитерации, а следовательно, и улучшению снабжения их кислородом. Существенное значение для развития коллатералей имеет тренировочная ходьба.

Схема консервативного лечения может быть представлена так:

* сосудорасширяющие препараты миотропного действия (папаверин, но-шпа, галидор, бупатол, вазоластин и др.);
* ганглиоблокаторы (бензогексоний, димеколин, димеколин, пирилен, тропафен, надолол и др.);
* спазмолитики, действующие в области периферических холинореактивных систем (андекалин, спазмолитин и др.);
* дезагреганты (реополиглюкин, трентал, курантил, персантин и др.);
* активаторы фибринолиза (никотиновая кислота);
* капилляропротекторы (доксиум, компламин, пармидин и др.);
* тканевые метаболики (витамины B1, В6, В12, витамин Е, аскорбиновая кислота, солкосерил, вазапростан, танакан и др.);
* противосклеротические препараты (мисклерон, полиспонин, нродектин, фолиевая кислота и др.);
* иммуномодуляторы (гепарин, зимозин, пиран, левамизол и др.).

Большое значение имеет физиотерапия (диадинамические токи, диатермия поясничной области, баротерапия, магнитотерапия, бальнеотерапия). Хороший эффект оказывает УФО-крови, плазмаферез. Ультратонотерапия: вначале, в течение 3 – 5 мин. грибовидным электродом воздействуют на здоровую кожу, окружающую очаг поражения на удалении 3–5 см., затем 3–5 мин. непосредственно на очаг, прикрытый стерильной салфеткой. Процедуру проводят в дни перевязки при ощущении слабого или умеренного тепла. Курс лечения 10–15 процедур.

При терапии ран и язв прекрасные результаты дает аэроионотерапия, при этом аэроионы могут вводиться в организм посредством ингаляции, а также путем обработки аэроионным потоком поверхности открытой раны или язвы.

Дневники наблюдения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **t0,ЧСС, А/Д, ЧД** | **Дневник наблюдений** | **Лечение** |
| 13.04.04 | 36,6о,  72 уд./мин.,  110/70 мм.рт. ст.  16 в мин. | Жалобы на постоянные ноющие боли в левой икроножной мышце, зябкость в обеих ногах Объективно: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы обычные, отёков нет. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца не изменены, тоны ясные, пульс ритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения с частотой 72 уд. в мин. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный, равномерно всеми отделами участвует в акте дыхания, печень не увеличена. Мочеиспускание не нарушено. Стул регулярный – 1 раз в сутки.  St. Localis. Пульсация на бедренных, правой подколенной, правой задней большеберцовой, правой дорсальной артерии стопы умеренно снижена. На левой подколенной артерии и левой дорсальной артерии стопы пульсация резко ослаблена. В области ногтевой фаланги первого пальца левой стопы определяется дефект кожи размером 1,0х0.5х0.3 см. | * Гепарин по 5000 ЕД п/к 2 раза в день; * Цефазолин 0,25 в/м 3 раза в день; * Никотиновая кислота по 0,05 внутрь 3 раза в день; * Аскорбиновая кислота по 0,05 внутрь 3 раза в день; * Вазапростан (содержимое 1 ампулы в/а 1 раз в день) * Трентал 5.0 в/в капельно * Реополиглюкин 200,0 в/в капельно через день * Спазмалгон 3 мл на ночь * Анализ крови и мочи клин. * Анализ крови биохимический * ЭКГ * РЭГ * Анализ крови на RW, HBs, ВИЧ. * Анализ кала на я/г. * Коагулограмма. |
| 27.04.04 | 36,6о,  76 уд./мин.,  120/80 мм.рт. ст.  18 в мин. | Жалобы на периодические боли в левой икроножной мышце. Объективно: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы обычные, отёков нет. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца не изменены, тоны ясные, пульс ритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения с частотой 76 уд. в мин. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный, равномерно всеми отделами участвует в акте дыхания, печень не увеличена. Мочеиспускание не нарушено. Стул регулярный – 1 раз в сутки.  St. Localis. Пульсация на бедренных, правой подколенной, правой задней большеберцовой, правой дорсальной артерии стопы умеренно снижена. На левой подколенной артерии и левой дорсальной артерии стопы пульсация резко ослаблена. В области ногтевой фаланги первого пальца левой стопы определяется дефект кожи размером 0,5х0.3х0.3 см. | * Гепарин по 5000 ЕД п/к 2 раза в день; * Никотиновая кислота по 0,05 внутрь 3 раза в день; * Аскорбиновая кислота * Вазапростан (содержимое 1 ампулы в/а 1 раз в день) * Ангиография * Доплерометрия * Консультация терапевта, сосудистого хирурга. |
| 28.04.04 | 36,6о,  74 уд./мин.,  120/80 мм.рт. ст.  18 в мин. | Больной жалоб не предъявляет, отмечает значительное улучшение самочувствия. Объективно: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы обычные, отёков нет. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца не изменены, тоны ясные, пульс ритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения с частотой 74 уд. в мин. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный, равномерно всеми отделами участвует в акте дыхания, печень не увеличена. Мочеиспускание не нарушено. Стул регулярный – 1 раз в сутки.  St. Localis. Пульсация на бедренных, правой и левой подколенных, правой задней большеберцовой, правой дорсальной артерии стопы, на левой подколенной артерии и левой дорсальной артерии стопы пульсация сохранена. В области ногтевой фаланги первого пальца левой стопы определяется грануляционная ткань розового цвета, плотная, размером 0,5х0.3х0.3 см. | * Гепарин по 5000 ЕД п/к 2 раза в день; * Никотиновая кислота по 0,05 внутрь 3 раза в день; * Аскорбиновая кислота * Вазапростан (содержимое 1 ампулы в/а 1 раз в день) |

**Эпикриз**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_41 год, поступил во 2ГБ 13 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года с жалобами на перемежающуюся хромоту, похолодание и постоянную боль тянущего характера в нижних конечностях, чувство онемения голеней и стоп (больше выражено слева) и наличие раны с гнойным отделяемым в области левой стопы, незначительный отёк нижней части голеней и стоп, возникающий после физической нагрузки. Кроме того, быструю утомляемость, слабость, бессонницу.

Болен с 1996 года, когда впервые при быстрой ходьбе возникли резкие боли в левой голени, онемение стоп и перемежающаяся хромота. С данными жалобами больной обратился к участковому терапевту по месту жительства. Был направлен на консультацию к хирургу, прошел обследование. Неоднократно лечился в хирургическом стационаре по поводу облитерирующего эндоартериита нижних конечностей. С 1996 года состоит на диспансерном учёте, с 1997 года инвалид 11 группы

При поступлении: общее состояние удовлетворительное; телосложение нормостеническое, нормального питания; кожные покровы бледно-розового цвета, умеренно влажные; видимые слизистые оболочки розовой окраски, влажные, без патологических изменений; щитовидная железа не пальпируется; в легких дыхание везикулярное, ЧДД – 16 в мин, голосовое дрожание и бронхофония не изменены; тоны сердца ясные, пульс 72 в мин, ритм правильный, АД – 120/80 мм.рт. ст.; язык влажный, не обложен; живот мягкий, безболезненный, не вздут, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания; желчный пузырь не пальпируется; симптомов раздражения брюшины нет; печень, селезенка не увеличены; почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон; мочеиспускание не нарушено; отмечается беспокойный сон, аппетит нормальный, стул регулярный, оформленный, 1 раз в день.

Stаtus localis. Мышцы обеих бедер, голеней и стоп атрофичны; мышечный тонус и сила мышц нижних конечностей снижены. Кожа голеней и стоп истончена, цианотична, сухая, шелушится, имеются трещины. На коже стоп – выраженный гиперкератоз. Пальцы стоп прохладные. В опущенном состоянии конечности пальцы гиперемированы, при горизонтальном положении конечностей они быстро бледнеют. Подкожные вены нижних конечностей не изменены, при пальпации уплотнений, болезненности нет. Выражены утолщение и деформация ногтевых пластинок пальцев стоп, нарушение волосяного покрова кожи стоп и голеней. Подкожная жировая клетчатка нижних конечностей истончена. Пульсация на бедренных, правой подколенной, правой задней большеберцовой, правой дорсальной артерии стопы умеренно снижена. На левой подколенной артерии и левой дорсальной артерии стопы пульсация резко ослаблена.

Пробы Гольдфлама, Самюэлса, коленный феномен Панченко, симптом сдавления ногтевого ложа и симптом плантарной ишемии (Оппеля) положительны. Симптом Гоманса отрицательный.

В области ногтевой фаланги первого пальца левой стопы кожа отечна, гиперемирована. Определяется дефект кожи размером 1х0,5х0,3 см. Дно выполнено фибрином, выражен некроз. Отделяемое скудное, серозно-гнойное. Пальпация болезненна.

Больной обследован:

1. Общий анализ крови (14.04.04 г.):

Гемоглобин – 103,0г/л;

эритроциты 3,4 \*1012 / л;

цветовой показатель 0,8;

лейкоциты – 7,9\*109/л;

нейтрофилы:

палочкоядерные – 4%,

сегментоядерные – 70%,

эозинофилы – 7%;

лимфоциты – 13%;

моноциты – 9%;

СОЭ – 18 мм/ч.

2. Обший анализ мочи (14.04.04 г.):

Цвет соломенно-желтый,

количество – 200 мл,

относительная плотность – 1015;

реакция слабо-кислая;

белок – следы;

глюкоза – нет;

лейкоциты – 4–5 в п/з;

эритроциты – единичные в п/з;

цилиндры – нет.

3. Биохимический анализ крови (25.04.04 г.):

Общий белок 69г/л

Мочевина 5,5 ммоль/л

Креатинин 0,17 ммоль/л

Общий билирубин 10,5 мкмоль/л

АлАТ 0,31 ммоль/ч\*л

АсАТ 0,4 ммоль/ч\*л

α-амилаза 14 мкг/ч\*л

Щелочная фосфатаза 2,3 нмоль/ч\*л

Тимоловая проба 2

4. Исследование крови на ВИЧ, RW, HBs – отрицат (22.04.04 г.).

5. Коагулограмма (20.04.04 г.)

Тромбиновое время 20\*\*

Протромбиновый индекс 90%

Фибриноген 4,48 г./л

Время рекальцификации 68\*

6. Сахар крови (20.04.04 г.)

5,55 ммоль/л

7. Группа крови I(О) Rh+. (16.04.04 г.)

8. Анализ кала на яйца глистов. (16.04.04 г.)

отрицат.

8. ЭКГ (14.04.04)

ЭОС не отклонена. Ритм синусовый, правильный, ЧСС 76 уд. в мин. ЭКГ без патологии.

9. РЭГ

Пульсовое кровенаполнение резко (3 степень) снижена в голенях и левой стопе, умеренно (1 степень) в правой стопе. Тонус поверхностных сосудов D=S. Венозный отток затруднен.

На основании данных проведенного обследования установлен диагноз:

основной: облитерирующий эндоартериит сосудов нижних конечностей III степени. осложнение: трофическая язва 1-го пальца левой стопы.

Больному показано консервативное лечение. За время пребывания в клинке проведено лечение гепарином, вазапростаном, никотиновой кислотой, спазмалгоном. В результате проведенного лечения состояние больного улучшилось, исчезли жалобы на перемежающуюся хромоту, боль в голенях и стопах, на месте трофической язвы образовалась грануляционная ткань.

При выписке необходимы следующие рекомендации:

* умеренные физические нагрузки,
* регулярный прием рекомендованных препаратов (никотиновая кислота, папаверин, курантил.)
* Дважды в год – плановая госпитализация для проведения обследования и лечения. Наблюдение у хирурга в поликлинике по месту жительства.
* Санаторно-курортное лечение (г. Кисловодск).

###### Список использованной литературы

* 1. Григорян А.В. Руководство к практическим занятиям по общей хирургии. М., «Медицина», 1976, 351 с.
  2. Шалимов А.Л., Дрюк П.В. Хирургия аорты и магистральных сосудов. Киев: Здоровье, 1979.
  3. Лещенко В.М. Облитерирующий эндоартериит: современное состояние проблемы // Международный медицинский журнал, 1999, т. 5, №3, с. 51–55.
  4. Бойко С.Ю. Консервативное лечение облитерирующиго эндоартериита. // Проблемы медицины, 1999, 31–2 (5–6), с. 22–24.
  5. Методичні вказівки для студентів ІІІ курсу по придбанню практичних навиків по клінічному досліду хворого у стаціонарі. ЛДМУ, 1999 р., 20 с.
  6. Большая медицинская энциклопедия.
  7. Машковский М.Д. Лекарственные средства. М.: Медицина, 2000 г.,