**1. Ф.И.О.:**

**2. Время поступления:** 12.10.2002 г.

**3. Время выписки:** -----

**4. Пол:** мужской

**5. Возраст:** 28 лет

**6. Национальность:** русский

**7. Место рождения:**

**8. Профессия и место работы:** электромонтер

**9. Место постоянного жительства:**

**10. Семейное положение:**

**11. Диагноз направления:** варикозная болезнь

**11. Диагноз при поступлении:** варикозная болезнь

**12. Клинический диагноз:**

* Основное заболевание: Morbus varicosus venarum saphenarum magnae et parvae extremitatae inferiores dextrae; stadium subcompensatorum
* Осложнения: нет
* Сопутствующие заболевания: нет

Операция: Phlebectomia

Обезболивание: общее – в/в Sol. Lidocaini hydrochloridi 2%-40 ml (400 mg), в/в Sol. Phentanyli 0,005%-2 ml (0,1 mg), Solю Atropini sulfatis 0,1%-1 ml - под кожу, в/в Sol. Sibazoni 0,5%-2 ml (10 мг), в/м Sol. Promedoli 2%-1 ml (20 мг), в/м Sol. Pentamini 5%-1 ml

**II . Анамнез данного заболевания** (anamnesis morbi):

***1. Жалобы, предъявляемые при поступлении:***

- жалобы на расширение вен правой нижней конечности

- периодические ноющие боли

- отеки нижних конечностей, усиливающиеся после физической нагрузки

***2. Дополнительные жалобы отсутствуют.***

**3. Анамнез настоящего заболевания**

Считает себя больным в течение 7-8 лет, когда стал отмечать расширение вен правой нижней конечности, в последующем времени варикоз прогрессировал. Нигде не лечился, в последнее время появилась вышеуказанная симптоматика с умеренно выраженным отеком правой нижней конечности.

**4. Общая симптоматология заболевания**

Работоспособность профессиональная и житейская не снижена, самочувствие хорошее, температура нормальная, сон не нарушен, аппетит нормальный.

**5. Анамнез жизни** (anamnesis vitae)**:**

Пациент — родился --.07.1974 г. в городе Северск, единственный ребенок в семье, беременность и роды проходили без осложнений, вес при рождении не знает, кормление грудью матери. Рос и развивался нормально, от сверстников не отставал. Детские болезни — корь, ветрянка; скарлатиной, свинкой не болел. Половое созревание проходило нормально.

Окончил 9 классов средней школы, далее обучался в техникуме, после чего работает электромонтером на ТНХЗ. Инфекционные болезни (гепатит, туберкулез, венерические заболевания) отрицает. Нервно-психических заболеваний не наблюдалось.

**1. Социально-бытовой**

Пациент материально обеспечен удовлетворительно, проживает в благоустроенном доме. Питается регулярно. Вредные привычки – отрицает.

Туберкулез и венерические заболевания отрицает.

**2. Семейный**

Ни у кого из семьи варикозного расширения вен не наблюдалось. Отец страдает артериальной гипертонией.

**3. Аллергологический анамнез:**

Не отягощен - аллергических реакций у больного и родственников не отмечалось. Все медикаменты переносит удовлетворительно.

**4. Профессионально-производственные условия**

С 20 лет работает электромонтер. Рабочий день 8 часовой. Отдых во время работы удовлетворительный. Сон около 8 часов.

Работа как в закрытом помещении, так и на открытом воздухе, дневная. Освещение рабочего помещения искусственное, воздух умеренной влажности, воздух в помещении комнатной температуры.

Положение тела при работе в основном стоячее.

**IV. ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ** (Status praesens).

**Рост –** 172 см

**Вес –** 70 кг

**Окружность грудной клетки –** 90 см

**Температура тела** **–** 36.60С

**Тип телосложения** **–** нормостенический

**Общее состояние** – удовлетворительное

**Положение** – активное

**Выражение лица** **–** обычное

**Сознание –** ясное

**Поведение** – адекватное

**Характер –** уравновешенный

**Подвижность** – не ограничена

**Пропорциональность развития –** развитие пропорциональное

**Состояние кожи –** нормального цвета. Кожные сосуды: варикозное расширение вен нижних конечностей. Тургор кожи нормальный, нормальной влажности.

**Подкожная клетчатка** (степень развития, отеки) **–** развита умеренно по абдоминально-висцеральному типу, отеки правой нижней конечности.

**Состояние слизистых оболочек** – чистые, бледно-розовые без патологических образований. Окраска склер **–** субиктеричная.

Исследование полости рта: зубы правильной формы, белые с желтоватым оттенком, зубная формула:

|  |  |
| --- | --- |
| 3 2 1 2 | 2 1 2 3 |
| 3 2 1 2  | 2 1 2 3 |

 Десны розовые, плотные; язык влажный, обложен бело-желтым налетом; зев спокоен, миндалины не увеличены.

**Волосы –** нормальные, не седые, не жирные, не выпадают.

**Лимфатические узлы** – не пальпируются.

**Шея (щитовидная железа, сосуды) –** пальпируются две равных доли щитовидной железы, не увеличена, движется вместе с гортанью, поверхность – ровная; пульс сосудов шеи не выявляется.

**Развитие скелета –** развит нормально. **Голова** – размеры нормальные,деформаций нет

**Грудная клетка –** нормостенической формы (переднезадний размер меньше бокового), над- и подключичные ямки умеренно выражены, межреберные промежутки нормальные, симметричность обеих половин грудной клетки. Угол между телом и рукояткой грудины выражен незначительно, эпигастральный угол приблизительно 90 0.

**Позвоночник** – патологии не выявлено.

**Суставы** (конфигурация, болезненность, хруст, флюктуация) – без деформаций, безболезненны.

**Ногти –** умеренной прозрачности, прочные.

**Кости** (деформация, периоститы и т. д.) – без видимой деформации.

**Мышечная система** (степень развития, тонус, болезненность) **–** безболезненны, тонус не изменен.

**Характеристика конституции по Черноруцкому**: нормостеник.

Индекс Пинье=Рост-(Окружность гр.клетки+Масса тела)=12

**ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ.**

ДЫХАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ

1. Нос – носовые ходы нормальной проходимости, секрета нет.

2. Форма грудной клетки – нормостеническая

3. Частота дыхания **–** 16 движ/мин, равномерное участие в дыхании обеих половин грудной клетки, тип дыхания **–** брюшной. Запах изо рта – обычный.

*4. Пальпация грудной клетки*: болевые точки не выявлены, эластичность нормальная, голосовое дрожание в симметричных участках **–** не усилено.

*5. Сравнительная перкуссия*: над передними, боковыми, задними отделами грудной клетки в симметричных участках звук одинаковый легочной.

*6. Гамма звучности*

**–** над задними отделами: самый ясный, низкий и продолжительный звук **–** под лопатками; между лопатками, над ними, под лопатками - звук становится тише, короче, выше

**–** над передними отделами: самый ясный звук - во II и III межреберьях; в I межреберье, над верхушками - звук становится короче, тише, выше.

**–** в моренгеймовской ямке **–** звук наиболее тихий

*7. Топографическая перкуссия легких:*

- высота стояния верхушек –3 см

- ширина полей Кренига – 6 см

- нижние границы легких – соответствуют норме

- подвижность нижнего легочного края - норма

*8. Аускультация легких:*

- дыхание везикулярное.

- хрипы сухие, свистящие, выслушиваются в обоих половинах грудной клетки, но в левой половине лучше

- при бронхофонии на периферии прослушиваются неразборчивые звуки, что соответствует норме.

- Симптом Питре – не проводился

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

1. Осмотр сердечной области, сосудов шеи - видимой пульсации нет.

Деформаций грудной клетки нет.

Пальпация верхушечного толчка – пальпируется в V межреберье слева на 2 см кнаружи от срединноключичной линии, разлитой, усилен.

Пульсация в яремной ямке и в области эпигастрия не определяется.

2. *Перкуссия сердца:*

|  |
| --- |
| Границы относительной тупости |
| Левая | V м/р по левой ср.ключичной линии |
| Правая | ΙΙΙ ребро, 1 см кнаружи от правого края грудины |
| Верхняя | 3 ребро по левой парастернальной линии |
| Высота правого атриовазального угла | 3 реберный хрящ справа |
| Ширина сосудистого пучка |  9 см |
| Длинник (сумма расст пр и лев границ с-ца от средин лин | 14 см |
| Поперечник | 13 см |

3. Аускультация сердца:

Тоны: в I точке – I тон не усилен, а в IV – не усилен, в точке Боткина-Эрба (V) – I и II тоны одинаковы. Акцент II тона на аорте. Шумов нет.

4. Сосудистая система

- Аорта и сосуды: видимой пульсации аорты нет. Перкуссия аорты – ширина сосудистого пучка 6 см.

- Крупные артерии:

- сонные, подключичные, бедренные(пульсация) - нет

- Периферические артерии:

- пульс на лучевой артерии – ритмичный, частота — 60 уд/мин, нормального напряжения и наполнения, одинаков на обоих руках; стенка сосуда эластичная. ЧСС = 60 уд/мин. Патологические сосудистые шумы не выслушиваются.

- на тыльных артериях стоп - пульсация сохранена

Артериальное давление:

|  |  |
| --- | --- |
| Систолическое | 120 мм.рт.ст. |
| Диастолическое | 80 мм.рт.ст. |
| Пульсовое | 40 мм.рт.ст. |

- Вены: шейные вены не расширены, венная пульсация не определяется. Варикозное расширение вен правой нижней конечности.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

1. Полость рта:

- зубы правильной формы, белые с желтоватым оттенком, зубная формула:

|  |  |
| --- | --- |
| 3 2 1 2 | 2 1 2 3 |
| 3 2 1 2  | 2 1 2 3 |

- десны – розового цвета, плотные, не кровоточат

- язык влажный, обложен беловато-желтым налетом

2. Осмотр живота – несколько увеличен за счет подкожной жировой клетчатки.

3. При поверхностной пальпации болезненности нет, тонус брюшных мышц умеренный, дыхательные движения обеих половин брюшной стенки симметричные, видимой перистальтики нет, активно участвует в акте дыхания.

Симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный

4. *Желудок:*

- Видимой перистальтики – нет

Определение нижней границы:

- перкуторно – 3 см выше пупка

- пальпация большой кривизны – расположена на 3 см выше пупка, ровная, эластичной консистенции, подвижность около 2 см, безболезненна.

- Привратник – не пальпируется

5. *Кишечник:* все области кишечника, доступные пальпации (слепая кишка; восходящий, поперечно-ободочный и нисходящий отделы толстого кишечника, сигмовидная кишка) при исследовании – эластичные, безболезненные, расположены правильно.

6. *Поджелудочная железа* не пальпируется

7. *Печень:*

– *границы печени*:

1. верхняя по срединноключичной линии глубокой перкуссией IV ребро, поверхностной перкуссией — V ребро

2. нижняя по срединноключичной линии — совпадает с краем реберной дуги

Размеры печени по М.Г.Курлову:

– от верхней границы по срединноключичной линии до нижней 10 см

– от основания мечевидного отростка до нижней границы по срединной линии 9 см

– от основания мечевидного отростка до левой границы 8 см

– при пальпации - нижний край острый, ровный, эластичной консистенции, поверхность гладкая, безболезненнен.

7. *Желчный пузырь —* не пальпируется, что соответствует норме.

8. *Селезенка:*

– верхняя граница - IX ребро (по средней лопаточной линии)

– нижняя граница - XI ребро (по средней лопаточной линии)

– задний верхний полюс - по лопаточной линии

– передний нижний полюс – 1 см от центра поперечника селезенки по направлению к пупку

* поперечник (верхняя — нижняя граница) — 8 см
* длинник (задний верхний — передний нижний полюс) — 10 см

При аускультации шума трения брюшины не обнаружено.

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА.

1. ПОЧКИ

Симптом Пастернацкого (поколачивания по поясничной области) справа – отрицательный

Пальпация почек – безболезненна

Дизурические явления – не выявлены

2. Мочевой пузырь

пальпаторно не определяется, перкуторно – тимпанический звук

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Интеллект - не снижен

Настроение - устойчивое

Реакция на окружающее - адекватная, без раздражительности

Головные боли, головокружение - не отмечено

Сон – не очень глубокий

Речь - без нарушений

Координация движений - сохранена

Органы чувств: слух, обоняние – без отклонений, зрение – удовлетворительное

Сухожильные рефлексы – не нарушены.

**Status localis**

Нижние конечности обычной формы, кожные покровы чистые, теплые на ощупь, ыа, безболезнен, волосяной покров выражен умеренно. Обращает на себя внимание расширение вен правой нижней конечности. В системе больших подкожных вен и малых подкожных вен, на голени пальпируется и перфоранта, вены эластичны, без пульсации на нижней конечности, на всех уровнях удовлетворительного наполнения**,** признаки воспаления.

Маршевая проба, проба Дельбе-Партеса отрицательная – глубокие вены проходимы.

Проба Мейо-Прата – положительна – значит проходимость глубоких вен нормальная.

Проба Броди Троянова-Тренделенбурга положительная. – т.е. имеет место недостаточность клапанов поверхностных вен.

Проба Пратта (коммуникантные вены)

Проба Гакенбруха – положительная – говорит о недостаточности венных клапанов.

Симптом Шварца положительный.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

 **Общий анализ крови:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 21.10.2002 | Норма |
| Гемоглобин | 164 | 130 – 160 г/л |
| Эритроциты | 5,4 | 4,0 – 5,5\*1012/л |
| Цветной показатель | 0,9 | 0,86 – 1,05 |
| Лейкоциты | 6,8 | 4,0 – 8,8\*109/л |
| СОЭ | 7 | 1 – 10 мм/ч |
| Тромбоциты | 160 | 200-400тыс/мкл |
| *Лейкоцитарная формула:* |  |  |
| Нейтрофилы: |  |  |
| палочко-ядерные | 3 | 1 – 6% |
| Сегментоядерные | 65 | 47 – 72% |
| Базофилы | 0 | 0 – 1% |
| Эозинофилы | 1 | 0 – 5% |
| Лимфоциты | 6 | 18 – 40% |
| Моноциты | 5 | 2 –9% |
| Плазмоциты | 0 | Отсутствуют |

 Заключение: наблюдается незначительная гемоглобинемия.

**Биохимический анализ крови:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 8.10.2002 | Норма |
| Билирубин общ | 14,9 | 8,55 – 20,5 мкмоль/л |
| Билирубин прям. |  | 65 – 85 мкмоль/л |
| Глюкоза | 6,4 | 3,5 – 5,5 ммоль/ л |
| Мочевина | 5,6 | 3,5 – 5,7 ммоль/л |
| Креатинин | 68,0 | 53 – 97 мкмоль/л |

Заключение: гипергликемия

**Общий анализ мочи:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 21.10.2002 | Норма |
| Цвет | Соломенно-желтый | Соломенно-желтый |
| Прозрачность | Прозрачная | Прозрачная |
| Удельный вес | 1026 | 1008 – 1026 |
| Белок | Отр | Отр |
| Реакция (pH) | 6,0 | 5,0-7,0 |
| Микроскопия:  |  |  |
| * лейкоциты
 | 0-1 | 0 – 3 |
| * эритроциты
 | Единичные | Незначительное количество |
| * эпителий
 | Плоский 0-1 | 0-единичные |

Заключение: соответствует норме

**Реакция Вассермана (21.10.2002)**– отрицательная

**ВИЧ (21.10.2002)** - отрицательная

**Флюорография (11.04.2002) –** легкие без патологий

**ЭКГ (21.10.2002)**

Ритм синусовый правильный, ЧСС 64 уд/мин. Отклонение электрической оси сердца влево. Признаки неполной блокады передних верхних ветвей левой ножки пучка Гиса. Данных за острую коронарную патологию нет.

**УЗИ вен (5.06.2002)**

Подколенные и глубокие вены голени проходимы с обеих сторон, рефлюкс (-) с обеих сторон, определяются перфоративные вены с умеренным сбросом. Недостаточность клапанов больших подкожных и перфорантных вен.

**Описание операции (13.11.2002)**

Название операции: Флебэктомия в системе большой и притоков малой подкожной вен справа.

Операционное поле обработано по Гроссиху. Разрезом по правой паховой области выделено устье вырикозно измененной большой подкожной вены, обработаны устьевые притоки, культя большой подкожной вены лигирована у устья. Надфасциально лигированы перфоранты, удалены притоки большой подкожной вены. Выделено устье малой подкожной вены, перевязана, вена удалена одномоментно.

Гемостаз, швы на рану асс. Повязка.

Обезболивание – общее. в/в Sol. Lidocaini hydrochloridi 2%-40 ml (400 mg), в/в Sol. Phentanyli 0,005%-2 ml (0,1 mg), Sol. Atropini sulfatis 0,1%-1 ml - под кожу, в/в Sol. Sibazoni 0,5%-2 ml (10 мг), в/м Sol. Promedoli 2%-1 ml (20 мг), в/м Sol. Pentamini 5%-1 ml

**ДНЕВНИК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата, температура, пульс, АД, частота дыхания | Течение болезни | Назначения |
| 12.11.2002t=36,60, АД 120/80,Ps=60/мин, ЧДД=16/мин | Состояние удовлетворительное. Жалобы на варикозно расширенные вены правой нижней конечности.Объективно: дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез нормальные.Status localis:Нижние конечности обычной формы, кожные покровы чистые, теплые на ощупь, безболезненны, волосяной покров выражен умеренно. Обращает на себя внимание расширение вен правой нижней конечности, небольшой отек. В системе больших подкожных вен и малых подкожных вен, на голени пальпируется и перфоранта, вены эластичны, без пульсации на нижней конечности, на всех уровнях удовлетворительного наполнения**,** признаки воспаления. | Режим палатный, Gel Troxevasini 2%-40,0 местноTab. Anovenoli 1т. 3 р/д |
| 13.11.2002 t=36,60, АД 120/80, пульс 60/мин, ЧДД=16/мин | Проведена операция: флебэктомия.Состояние соответствует степени тяжести выполненной операции. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационных ран.Объективно: дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез нормальные.Status localis: нижние конечности правильной формы. Кожные покровы слегка цианотичны, небольшой отек правой нижней конечности (послеоперационный отек?). Повязки слегка промокшие сукровичным отделяемым, швы спокойны, незначительное количество сукровичного отделяемого. Перевязка, дренаж. | Без изменений |
| 18.11.2002t=36,60, АД 120/80, пульс 70/мин, ЧДД=18/мин | Состояние удовлетворительное, жалобы ну умеренные боли в области послеоперационных ран.Объективно: дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез нормальные.Status localis: нижние конечности правильной формы. Кожные покровы слегка цианотичны, гематомы в области лодыжек, паха, небольшой отек правой нижней конечности. Повязки слегка промокшие сукровичным отделяемым, швы спокойны, незначительное количество сукровичного отделяемого. | Tab. Sibazoni 0,005 - 3 таб 18:00-23:00 (18.11), 7:00 (19.11) |
| 19.11.2002t=36,60, АД 120/80, пульс 60/мин, ЧДД=16/мин |  | В/м Sol. Promedoli 2%-1 ml (18:00-23:00) |

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

На основании жалоб пациента на расширение вен правой нижней конечности, отеки правой нижней конечности, усиливающиеся при физической нагрузке; периодические ноющие боли в этой области.

При осмотре – заметное расширение поверхностных вен правой нижней конечности.

Положительные пробы Броди-Троянова-Тренделенбурга, Гакенбруха, чтотговорит о недостаточности венных клапанов.

Пальпируются варикозно расширенные вены.

УЗИ вен показало, что имеется недостаточность подкожных и перфорантных вен с обоих сторон.

На основании этих данных можно поставить диагноз – варикозная болезнь.

Стадия субкомпенсации (II степень) варикозного расширения вен у нашего больного ставится на основании характерных для нее признаков: ясно выраженные варикозные вены, захватывающие на всем протяжении большую подкожную вену, имеются симптомы клапанной недостаточности, выражен субъективный симптомокомплекс.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Гипертоническую болезнь следует дифференцировать с посттромбофлебитическим синдромом, синдромом Паркса Вебера, синдромом Клиппеля-Треноне, бедренной грыжей.

1. Бедренная грыжа – может симулировать варикозный узел большой подкожной вены. При поднимании ноги узел исчезает, если это расширение вен, что наблюдалось у нашего больного. Бедренная грыжа при поднимании ноги большей частью не исчезает.

2. Посттромбофлебитический синдром – для него характерны указания на перенесенный тромбоз глубоких вен, стойкий отек пораженной конечности. Большая выраженность трофических расстройств. Общее с нашим больным – только сам факт расширения вен нижней конечности, но других характерных признаков постромбофлебитического синдрома не выявлено.

3. Синдром Паркса Вебера – для него характерно расширение вен, гипертрофия и удлинение пораженной конечности, гипертрихоз, пульсация расширенных вен исистолический шум. У нашего пациента один из характерных признаков – расширение вен. Исходя из этого отвергается возможность синдрома Паркса Вебера.

4. Синдром Клиппеля-Треноне – триада симптомов: сосудистые пигментные пятна на коже нижней конечности (нет у пациента), извитые и резко расширенные вены преимущественно по латеральной поверхности конечности (у нашего больного вены расширены, но не извитые), увеличение объема и длины конечности (чего нет у нашего больного). Таким образом можно исключить наличие этого синдрома у нашего больного.

**ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ,**

Существуют различные теории для объяснения развития варикозного расширения вен:

1. Механическая теория – объясняет возникновение заболевания затруднением оттока крови из нижних конечностей вследствие длительного пребывания на ногах или сдавления вен. Но с позиций данной теории невозможно объяснить, почему у половины всех больных имеется лишь одностороннее варикозное расширение вен, хотя обе конечности находятся в одинаковых условиях.

2. Теория клапанной недостаточности – гласит о том, что заболевание возникает либо вследствие врожденного отсутствия ве­нозных клапанов, либо вследствие их функциональной недостаточ­ности при недоразвитии.

3. Нейроэндокринная теория – важное значение в раз­витии варикозного расширения вен придается нарушению (ослаб­лению) тонуса венозной стенки вследствие гормональной перестрой­ки в организме (беременность, менопауза, период полового созре­вания и др.). Однако эта теория также не в состоянии исчерпываю­ще объяснить сложный патогенез болезни, так как у большинства больных варикозное расширение вен не сопровождается нейроэндокринными расстройствами.

4. Конституционная теория – объясняет этиологию варикоза слабостью соединительной ткани. При этом характерна недостаточная выраженность мышечного слоя вен.

4. Также в возникновении варикозной болезни имеют существенное значение наследственные факторы.

5. Открытие в норме не функционирующих артериоло-венулярных анастомозов под воздействием неблагоприятных факторов (профессия, связанная с ортостатическим положением, затрудняющим отток крови из нижних конечностей и др.).

Конечно, каждая теория в отдельности не может полностью объяснить причину возникновения варикозной болезни, поэтому, у нашего больного можно предпологать несколько этиологических моментов возникновения варикоза, такие как: работа в ортостатическом положении (механическая теория, открытие артериоло-венулярных анастомозов), слабость соединительной ткани (конституционная теория), также возможна наследственная предрасположенность, хотя при расспросе пациента, не выявлено наличие варикозного расширения вен у родителей и родственников.

**Патогенез**

Повышение давления в венозных стволах при варикозном расширении вен приводит к недостаточности клапанов в системе коммуникантных (перфорантных) вен. В связи с этим кровь из глубоких вен под влия­нием мышечных сокращений выталкивается в поверхностные вены. Возникает локальная венозная гипертензия, особенно выраженная в нижней трети голени, над медиальной лодыжкой, где имеются наиболее крупные коммуникантные вены. Повышается давление в венозных отделах микроциркуляции, что ведет к раскрытию ар­териоло-венулярных анастомозов. В результате этого снижается кровоток в капиллярах, уменьшается перфузия тканей и снабже­ние их кислородом (локальная гипоксия тканей), возникает пато­логическая проницаемость капилляров и венул, что сопровожда­ется нарушениями реологических свойств крови. В просвете сосу­дов уменьшается содержание альбуминов и увеличивается количе­ство крупнодисперсных глобулинов. Это способствует агрегации форменных элементов крови, блокирующих терминальное сосудис­тое русло. Происходит дальнейшее ухудшение капиллярного кровотока как за счет снижения количества функционирующих капил­ляров и замедления кровотока по ним, так и сдавления их извне вследствие повышения внутритканевого давления. В перикапиллярном пространстве скапливается значительное количество жидкости, электролитов, форменных элементов крови, плазменного белка. Бе­лок стимулирует развитие соединительной ткани в коже и подкож­ной клетчатке, вызывает гиалиноз и склероз стенок мелких сосудов и капилляров, вплоть до закрытия их просвета. В тканях нарушают­ся обменные процессы, что клинически проявляется отеками и развитием трофических расстройств (преульцерозный дерматит, эк­зема, язвы).

**ПРОГНОЗ**

Положительный, но существует вероятность, что на левой нижней конечности возникнет варикозное расширение вен, которое потребует оперативного лечения.

**ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

При хирургическом лечении варикозной болезни необходимость сочетания консервативного и оперативного методов не вызывает сомнений. Консервативное лечение проводится с момента выявления заболевания и продолжается после операции. Само оперативное вмешательство, как правило, не решает проблему лечения варикозной болезни. После операции больные должны постоянно пользоваться средствами консервативного лечения, которое является единственным в случаях наличия противопоказаний к операции.

1. Эластические компрессионные повязки – уменьшают застойные явления в венах нижней конечности. Они обеспечивают компрессию варикозно расширенных вен, повышают эффективность насосной функции мышц голени, замедляют процесс варикозного расширения поверхностных вен, развития трофических изменений мягких тканей голени и обеспечивают улучшение оттока крови и лимфы.

2. ношение удобной обуви на невысоком каблуке

3. Избегать длительного стояния, тяжелых физических нагрузок

4. Лечебная физкультура

5. При неосложненных формах полезны водные процедуры, особенно плавание, теплые ножные ванны (не более 30-350) из 5-10% раствора хлорида натрия.

6. Склерозирующая терапия – введение в варикозно расширенные узлы или вены склерозирующих растворов (варикоцида, вистарина, сотрадекола, тромбовара и др.)

Проводится по строгим показаниям: а) для облитерации отдельных узлов или вен в начальной стадии заболевания при отрицательном симптоме Троянова-Тренделенбурга; б) для облитерации отдельных узлов мелких вен, оставшихся после удаления основных, наиболее крупных, вен на бедре и голени; в) в виде комбинированного лечения (склерозирование боковых ветвей перед операцией).

Хирургическое лечение является единственным радикальным методом лечения больных с варикозным расширением вен нижних конечностей. Противопоказанием является ниличие у больных тяжелых сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, легких, печени и почек, исключающих возможность выполнения любой операции. Показания: а) выраженное первичное варикозное расширение вен нижних конечностей, когда имеется недостаточность большой и малой подкожной вены; б) прогрессирующее течение болезни, когда возникают кровотечения из вен, возникают изменения со стороны кожи голени в виде отечности, дерматита или экземы, когда появляется трофическая язва или имеется тенденция к рецидивированию тромбоза и тромбофлебита в варикозных узлах.

Виды операций:

1. Операция Троянова-Тренделенбурга – перевязка и рассечение большой подкожной ввены у места впадения ее в бедренную.

2. Операция Бэбкокка – извлечение вены с использование пуговчатого зонда.

3. Операция Маделюнга – иссечение расширенной вены от паховой связки до лодыжки с применением длинного, лампасного разреза мягких тканей.

4. Операция Нарата – иссечение конгломератов варикозно расширенных вен небольшими кожными разрезами.

5. Операция Шеде-Кохера – бескровное оперативное вмешательство с косметическими целями, состоит в прошивании вены через кожу отдельными частыми кетгутовыми швами (до 100-150) с тугим завязыванием узла над ней.

6. Операция по Клаппу – подкожное наложение шелковых лигатур.

**ЭПИКРИЗ**

Пациент поступил 12.11.2002 года в отделение общей хирургии ОКБ на плановое лечение варикозной болезни.

При поступлении предъявлял жалобы:

- жалобы на расширение вен правой нижней конечности

- периодические ноющие боли

- отеки нижних конечностей, усиливающиеся после физической нагрузки

При проведении объективного обследования выявлено:

Нижние конечности обычной формы, кожные покровы чистые, теплые на ощупь, безболезненны, волосяной покров выражен умеренно. Обращает на себя внимание расширение вен правой нижней конечности, небольшой отек. В системе больших подкожных вен и малых подкожных вен на голени пальпируется перфоранта, вены эластичны, без пульсации на нижней конечности, на всех уровнях удовлетворительного наполнения**,** признаки воспаления.

По данным параклинических исследований: УЗИ вен - Подколенные и глубокие вены голени проходимы с обеих сторон, рефлюкс (-) с обеих сторон, определяются перфоративные вены с умеренным сбросом. Недостаточность клапанов больших подкожных и перфорантных вен.

На основании жалоб, проведенных клинических и лабораторных обследований выставлен клинический диагноз:

* Основное заболевание: Morbus varicosus venarum saphenarum magnae et parvae extremitatae inferiores dextrae; stadium subcompensatorum
* Осложнения: нет
* Сопутствующие заболевания: нет

Проведена операция: Phlebectomia

Обезболивание: общее – в/в Sol. Lidocaini hydrochloridi 2%-40 ml (400 mg), в/в Sol. Phentanyli 0,005%-2 ml (0,1 mg), Solю Atropini sulfatis 0,1%-1 ml - под кожу, в/в Sol. Sibazoni 0,5%-2 ml (10 мг), в/м Sol. Promedoli 2%-1 ml (20 мг), в/м Sol. Pentamini 5%-1 ml

**ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. А. Н. Веденский. Варикозная болезнь. М., «Медицина», 1983.
2. Б. А. Альбицкий. Лекции по хирургии. Томск, Изд-во Томского ун-та, 1976.
3. М. И. Кузин. Хирургические болезни. М., «Медицина», 1986.
4. А. Руденко. Автореф. Некоторые вопросы распространенности, диагностики и хирургического лечения варикозного расширения вен нижних конечностей.
5. Хархута. Варикозное расширение вен нижних конечностей.