Паспортная часть

1 Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 Возраст: 59 лет

3 Место работы: безработный

4 Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5 Дата поступления: 06.02.2013 18.00

6.Диагноз при поступлении: тромбофлебит вен правой голени

7. Клинический диагноз: О. флеботромбоз вен правой голени

***Жалобы больного:*** на боли в правой голени, усиливающиеся при ходьбе, отек и покраснение кожи.

### Анамнез настоящего заболевания

Со слов пациента 01.02.2013 почувствовал усиливающиеся боли правой голени, так же отмечалось покраснение и отек кожи, общая слабость, головокружения, головная боль. В связи с нарастающими болями обратился в поликлинику по месту жительства, откуда была направлена на госпитализацию.

### Анамнез жизни

Родился 22.10.1953 года, единственным ребенком в семье. В школу пошёл в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. Занимался спортом

Наследственность не отягощена.

Профессиональный анамнез: В течении последних 20 лет не работал(13 из них провел в местах лишения свободы)

Бытовой анамнез удовлетворительный. Питается 3 раза в день горячей пищей в достаточном количестве, дома.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции заболевания отрицает. Туберкулез, сифилис, и венерические заболевания отрицает.

Операции и переливания крови отрицает.

Аллергологический анамнез: не отягощен

Перенесенные заболевания:

ОРВИ, Ветряная оспа.

***1.Общий осмотр***

Состояние больного удовлетворительное. Положение вынужденное. Телосложение нормостеническое, деформаций скелета нет. Рост 182 см, вес 83 кг. Кожные покровы бледно-розовые.

Тургор кожи сохранен, эластичность не снижена. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Лимфатические узлы не увеличены (затылочные, передние и задние шейные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные, не пальпируются.)

***2.Костно-мышечная система***. Общее развитие мышечной системы хорошее. Болезненность при пальпации мышц правой голени. Деформаций костей нет, отмечается болезненность в области правого голеностопного сустава. Суставы обычной конфигурации. Костный скелет пропорционально и симметрично развит.

***3.Эндокринная система.*** Щитовидная железа не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

***4.Сердечно-сосудистая система***. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения, симметричный.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних конечностей, а также на шее (наружная сонная артерия) и головы (височная артерия) не ослаблен. АД 140/90 мм. рт. ст.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии в пятом межреберье, разлитой, не усиленный. Сердечный толчок не определяется. Эпигастральная пульсация ослабевает на высоте вдоха.

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя |  в 3-м межреберье по l.parasternalis |
|  |  |
| левая | на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Границы абсолютной сердечной тупости

|  |
| --- |
| правая левый край грудины в 4 межреберье  |
| верхняя на 4 ребре  |
| левая на 2см кнутри от среднеключичной линии в 5  |
|  межреберье  |

Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации, ослаблены на верхушке, ритмичные. При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

***5.Система органов дыхания***. Форма грудной клетки цилиндрическая, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 20 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, эластичная, Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро |  7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 4 см | 4 см |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Подвижность легочных краев

справа 5 см

слева 5 см

Аускультация легких: дыхание везикулярное, прослушивает во всех легочных полях.

***6.Система органов пищеварения***.

Осмотр ротовой полости: губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая, переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

 Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

Желудок: границы не определяются, отмечается шум плеска, видимой перистальтики не отмечается. Кишечник: ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из подреберной дуги не выходит. Границы печени по Курлову:9,8,7. Желчный пузырь не пальпируется. При пальпации точек проекции поджелудочной железы болезненности не наблюдается.

 Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

***7.Мочевыделительная система***. При осмотре видимых отеков нет, кожа в поясничной области без особенностей. Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, поколачивание по поясничной области безболезненно.

***Нервно-психический статус***. Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Зрение снижено, слух и обоняние не нарушены. Со стороны двигательной системы патологии не выявлено. Сухожильные рефлексы без патологии.

***Status localis:*** Патологический процесс захватывает правую голень: на внутренней поверхности правой голени отмечается гиперемия, болезненность и отечность кожи, усиление подкожного венозного рисунка, пульс на магистральной артерии правой нижней конечности (бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы) ослаблен.

План обследования больного

1. клинический анализ крови
2. клинический анализ мочи
3. биохимический анализ крови: холестерин, липопротеиды, креатинин, Коагулограмма
4. Флебография

Данные лабораторных исследований:

**Клинический анализ крови**.(06.02.13)

гемоглобин 140 г\л

эритроциты 4.6 х 10 в 12 степени на литр

цветной показатель 0.91

количество лейкоцитов 12 х 10 в 9 степени на литр

 эозинофилы 2

сегментоядерные 55

лимфоциты 33

моноциты 10

СОЭ 15 мм\ч

#### Анализ мочи(06.02.13)

цвет светло-желтый

реакция кислая

удельный вес 1012

сахар 0

лейкоциты 1-2 в поле зрения

эритроциты свежие 0-2 в поле зрения

эпителий плоский 1-3 в поле зрения

**Биохимический анализ крови**(06.02.13)

Мочевина(моль/л) 6.1

Креатинин(мг%) 117

Холестерин общий(моль/л) 6.1

**Обоснование диагноза:**

На основании жалоб на ноющие, распирающие боли, в правой нижней конечности, чувство тяжести, жжения и напряжения всей конечности; данных анамнеза заболевания: острое начало, интенсивное прогрессирование отека, наличие венозной патологии в анамнезе; данных объективного исследования: отек голени сопровождающийся напряжением кожных покровов, цианозом, расширение подкожных вен в дистальной части бедра и на голени, усиление рисунка подкожных вен в области голени, локальное повышение температуры, определение пульсации на магистральных артериях; данных лабораторных исследований: умеренного лейкоцитоза в общем анализе крови поставлен диагноз:

**Острый флеботромбоз вен правой голени.**

План лечения:

1. Возвышенное положение пораженной конечности.

2. Режим в начале заболевания постельный, через 2-3 дня при

 отсутствии угрозы эмболии - более активный.

3. Эластическое бинтование конечности.

4. Местно - компрессы с мазью Вишневского, полуспиртовые компрессы.

5. Противовоспалительные средства: аспирин(0.5 т по 0.5г. 1 раз в сутки.

Кеторолак( 1,0- 2 раза в сутки)

1. Антикоагулянты: гепарин(5000 МЕ 1р. В сутки )

7. Активаторы фибринолиза: стрептокиназа(Внутривенно вводят в начальной дозе 250 000 ME (ИЕ) в 50 мл изотонического раствора натрия хлорида в течение 30 мин (30 капель в минуту). Затем продолжают введение стрептокиназы в дозе 100 000 ME в час. Общая продолжительность введения составляет, как правило, 16-18 ч. )

8. Спазмолитические средства: дротаверин (40mg -1 р. в сутки)

9. Препараты, улучшающие реологические свойства крови : реополиглюкин(400,0 1 р.в сутки в\в капельно)

10. витамины (В1, В6, С).

11. По стихании воспалительного процесса УВЧ-терапия,

магнитотерапия, лечебная физкультура.

ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни и здоровья благоприятный.

ЭПИКРИЗ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 59 лет, находится на стационарном

лечении в хирургическом отделении ЦКБ по поводу

острого флеботромбоза вен правой голени.

Больной поступил с жалобами на боль и отек правой голени и стопы.

Боль постоянная, ноющая, усиливающаяся при движениях. Невозможность наступить на пораженную ногу.

При пальпации очага отмечалась умеренная болезненность.

Отмечалось снижение пульсации на артериях правой нижней конечности,

некоторое усиление подкожного венозного рисунка.

Были проведены следующие исследования: общий анализ крови

(заключение: лейкоцитоз, в динамике - без патологии), общий анализ

мочи (заключение: без патологии), коагулограмма (заключение: без

патологии).

Назначено следующее лечение:

- тугое бинтование голени эластичным бинтом.

- Кеторолак( 1,0- 2 раза в сутки)

- гепарин(5000 МЕ 1р. В сутки )

-стрептокиназа(разово)

- дротаверин (40mg -1 р. в сутки)

- реополиглюкин(400,0 1 р.в сутки в\в капельно)

- витамины (В1, В6, С)

Лечение переносится без осложнений.

В результате лечения отмечено улучшение состояния: исчезновение

отека и цианоза на правой нижней конечности, пульсация артерий

удовлетворительная.

Рекомендовано:

1. Продолжать лечение.

2. В дальнейшем - не допускать рецидивов

Литература:

1. Острые тромбофлебиты и флеботромбозы нижних конечностей. Методические разработки. /Под ред. Е.Д.Завьялова.- Иваново,1991.
2. " Флебология", Савельев В. С. Медицина 2001 г.,
3. Хирургические болезни. Учебник. /Под ред. М.И.Кузина.- М.:

 Медицина,2002.