I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.: x

Пол: мужской.

Возраст: 74 года.

Профессия и место работы: пенсионер.

Место жительства:

Дата поступления: 18 марта 1998 г.

II. ЖАЛОБЫ

1. Жалобы при поступлении в клинику.

Жалобы на боль и отек левой голени и стопы. Боль постоянная,

ноющая, усиливающаяся при движениях. Невозможность наступить на

пораженную ногу.

2. Жалобы на день курации.

Жалобы на умеренный отек левой голени, болезненность при пальпации

области левого голеностопного сустава. Может наступать на ногу.

III. ANAMNESIS MORBI

Со слов пациента, заболевание началось 10 марта. Появилась боль под

левым коленом, затем она распространилась на всю голень, стопу.

Боль усиливалась при ходьбе. Одновременно появился выраженный отек,

посинение кожных покровов. Пациент отмечал слабость, тошноту,

головокружение, головную боль. Самолечением не занимался. В связи с

нарастанием боли обратился в поликлинику по месту жительства,

откуда был направлен в стационар на госпитализацию.

В результате проводимого лечения пациент отмечает прекращение боли,

уменьшение отека.

IV. ANAMNESIS VITAE

Пациент рос и развивался соответственно возрасту. В детстве болел

простудными заболеваниями, пневмонией.

Служил в артиллерийских войсках. После армии и до пенсии работал

слесарем-сантехником. Профессиональных вредностей не отмечает.

Материально-бытовые условия удовлетворительные. Предпочтений в пище

нет. Свободное время проводит на приусадебном участке или отдыхает

дома.

Туберкулез, гепатит, вензаболевания отрицает. Перенесенные

заболевания и травмы: сахарный диабет (болеет с 1978 г.), простатит

(с 1994 г.), ИБС в форме стенокардии (с 1993 г. - инвалидность II

группы, инфаркт миокарда в 1996 г.), нарушение мозгового

кровообращения (1997 г. - преходящая ишемическая атака), сотрясение

головного мозга (в 1993 г. дважды). Отмечает снижение слуха.

Операций не было, кровь не переливалась.

Аллергических реакций не отмечает.

Наследственность не отягощена.

Не курит, алкоголь употребляет умеренно. Чаем, кофе не

злоупотребляет.

V. ВЫВОДЫ ИЗ АНАМНЕЗА

Из анамнеза видно, что заболевание носит острый характер. Причинных

или предрасполагающих факторов не выявлено. Заболевание может

протекать более упорно на фоне сахарного диабета.

VI. STATUS PRAESENS

1. Общее состояние больного.

Общее состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее. Сознание

ясное. Выражение лица осмысленное. Положение активное. Рост 178 см.

Масса 82 кг. Телосложение по нормостеническому типу,

пропорциональное. Патологических изменений головы нет.

Температура тела 36,8.

2. Состояние кожных покровов.

Кожные покровы естественной окраски, чистые, сухие. Эластичность

снижена. Волосы седые. Оволосение по мужскому типу.

Подкожно-жировая клетчатка развита хорошо, распределена равномерно.

Толщина кожной складки на передней поверхности живота 4 см.

Консистенция упругая. Тургор мягких тканей несколько снижен.

Имеется умеренный отек и цианоз левой голени и стопы. В других

местах пастозности и отеков нет.

Грибковое поражение ногтей обеих кистей и кожи стоп.

Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные.

3. Состояние лимфатических узлов.

Видимого увеличения затылочных, заушных, подчелюстных,

подбородочных, задних и передних шейных, над- и подключичных,

торакальных, подмышечных, локтевых, паховых и подколенных

лимфатических узлов нет. При пальпации передние шейные,

подмышечные, паховые узлы округлые, до 1 см, эластичные,

безболезненные, не спаянные между собой и с окружающей тканью.

Остальные группы узлов не пальпируются.

4. Костно-мышечная система.

Развитие мышц туловища и конечностей умеренное. Одноименные группы

мышц развиты симметрично. Атрофии и гипертрофии мышц нет. Тонус

сгибателей и разгибателей конечностей незначительно снижен. Парезов

и параличей нет. Мышечная сила достаточная, болезненность при

пальпации отсутствует.

Костный скелет пропорциональный, симметрично развитый, телосложение

правильное. Болезненность при пальпации грудины, трубчатых костей,

позвоночника отсутствует. Конфигурация суставов не изменена.

Отмечается болезненность при пальпации области левого

голеностопного сустава. Болезненности при пальпации других суставов

нет. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен.

5. Система органов дыхания.

Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через нос

свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса, афонии, кашля нет.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений - 20/мин., дыхание

грудное. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная.

При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голосовое

дрожание слабое, в симметричные участки легких проводится

одинаково. При сравнительной перкуссии над симметричными участками

легких выслушивается ясный легочный звук.

Данные топографической перкуссии легких:

Линии Правое легкое Левое легкое

Высота стояния верхушек

легких спереди 3 см выше ключицы 3 см выше ключицы

сзади ост.отр.CVII4 0 ост.отр.CVII

Ширина полей Кренига 5 см 5 см

Нижняя граница легких:

Окологрудинная линия V ребро ---------

Среднеключичная линия VI ребро ---------

Передняя подмышечная линия VII ребро VII ребро

Средняя подмышечная линия VIII ребро VIII ребро

Задняя подмышечная линия IX ребро IX ребро

Лопаточная линия X ребро X ребро

Околопозвоночная линия ост.отр.ThXI4 0 ост.отр.ThXI

Экскурсия края легкого по средней подмышечной линии - 6 см. При

аускультации в симметричных точках выслушивается везикулярное

дыхание; бронхофония ясно не выслушивается; побочных дыхательных

шумов не обнаружено.

6. Сердечно-сосудистая система.

Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмичный.

Частота пульса 80 ударов/мин. Стенка артерии эластичная.

Состояние крупных артериальных стволов по результатам осмотра и

пальпации - без изменений. Пульсация на артериях левой нижней

конечности снижена, на правой - нормальная.

Артериальное давление 160/80 мм.рт.ст..

Выпячивания в области сердца и крупных сосудов не наблюдается.

Верхушечный толчок локализован в V межреберье, ширина - 2 см, не

резистентный. Сердечный толчок не определяется. Надчревная

пульсация не наблюдается.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье.

Левая - по левой среднеключичной линии в V межреберье.

Верхняя - III межреберье по левой окологрудинной линии.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - левый край грудины.

Левая - 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье.

Верхняя - IV межреберье по левой окологрудинной линии.

Поперечник сосудистого пучка - 6 см во II межреберье.

Поперечник сердца - 12 см.

Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Ослабление I тона на верхушке,

акцент II тона над аортой. Патологических шумов, расщеплений и

раздвоений тонов нет.

7. Система органов пищеварения.

Аппетит удовлетворительный. Акты жевания, глотания и прохождения

пищи по пищеводу не нарушены. Отрыжки, изжоги, тошноты рвоты нет.

Стул не изменен.

Язык, зев, миндалины, глотка без изменений. Слизистые чистые,

розовые, влажные.

Форма живота округлая. Перистальтика не нарушена. Живот участвует в

акте дыхания. Асцита нет.

При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпанический

звук, в области печени и селезенки - бедренный звук.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий,

спокойный, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины

отрицательные. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено.

Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено.

Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

Результаты глубокой скользящей пальпации:

- сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2 см,

безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая;

консистенция эластичная; неурчащая.

- слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см,

безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая;

консистенция эластичная; неурчащая.

- поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра

диаметром 3 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная,

гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

- восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде

цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверхность

ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащие.

- большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см

выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая;

консистенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

Верхняя граница печени совпадает с нижней границей правого легкого,

нижняя проходит ниже правой реберной дуги. Размеры печени по

Курлову: 10, 9, 8 см. Нижний край печени пальпируется на 2 см ниже

реберной дуги, эластичный, острый, безболезненный. Поверхность

ровная, гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные.

Селезенка не пальпируется. Перкуторно: продольный размер - 8 см,

поперечный - 4 см.

Аускультативно перистальтические шумы обычные. Пульсацию брюшной

части аорты выслушать не удается из-за перистальтических шумов.

8. Мочеполовые органы.

Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице,

промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено. Дизурии,

ночных мочеиспусканий нет. Окраска мочи не изменена. Отеков нет.

Болезненности при надавливании на поясницу нет. Почки не

пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Сосудистых шумов с почечных артерий нет. Мочевой пузырь

безболезненный.

9. Эндокринная система.

Потоотделение не усилено, дрожания конечностей нет. Волосяной

покров распределен равномерно. При пальпации щитовидная железа не

увеличена, безболезненная, глазные симптомы тиреотоксикоза не

наблюдаются. Аномалий в телосложении и отложении жира нет.

10. Нервная система и анализаторы.

Память, сон не нарушены. Сознание ясное. Отношение к болезни

адекватное. Нарушений зрения, вкуса, обоняния нет. Со слов пациента

за последнее время - снижение слуха.

Зрачковые рефлексы в норме. Нистагма нет. Реакция зрачков на

конвергенцию и аккомодацию соответствующая. Сухожильные рефлексы

живые, патологических рефлексов, клонусов нет. Менингеальные

симптомы отрицательные. Поверхностная и глубокая чувствительность

сохранена.

VII. STATUS LOCALIS

Патологический процесс (отек) захватывает левую голень (более

выражен на медиальной поверхности), область левого голеностопного

сустава и тыл левой стопы. Подвижность по отношению к окружающим

тканям сохранена.

Консистенция пастозная.

Границы нечеткие.

Регионарные лимфатические узлы (левые паховые) размерами до 1 см,

эластичные, подвижные, безболезненные, не спаянные с окружающими

тканями.

Кожные покровы в области отека цианотичные, местная температура

несколько повышена.

При пальпации очага отмечается умеренная болезненность, особенно в

области левого голеностопного сустава.

Ран, дефектов, свищей нет. Патологических изменений магистральных

артериальных стволов не отмечено. Снижена пульсация на артериях

левой нижней конечности. Имеется некоторое усиление подкожного

венозного рисунка.

VIII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Острый глубокий тромбофлебит левой голени.

IX. ПЛАН ДАЛЬНЕЙШЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Коагулограмма.

4. Сахар крови.

5. Флебография.

6. Термография.

7. Допплерография.

X. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови от 18/III 98г.

Эритроциты - 4,5 Т/л

Гемоглобин - 175 г/л

Цветовой показатель - 1,0

Лейкоциты - 9,8 Г/л

Эозинофилы - 1%

Палочкоядерные - 1%

Сегментоядерные - 55%

Лимфоциты - 33%

Моноциты - 10%

СОЭ - 6 мм/час

Сахар - 7,25 ммоль/л

Заключение: лейкоцитоз, гипергликемия.

2. Общий анализ крови от 20/III 98г.

Эритроциты - 4,2 Т/л

Гемоглобин - 162 г/л

Цветовой показатель - 1,1

Лейкоциты - 8,2 Г/л

Эозинофилы - 5%

Сегментоядерные - 62%

Лимфоциты - 28%

Моноциты - 4%

Плазматические клетки - 1%

СОЭ - 10 мм/час

Заключение: наличие плазматических клеток.

3. Исследование мочи от 20/III 98г.

Цвет желтый

Реакция кислая

Удельный вес - 1010

Мутная

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские - единичные в поле зрения

Лейкоциты - единичные в поле зрения

Заключение: без патологии.

4. Заключение по электрокардиограмме от 20/III 98г.

ЭОС отклонена влево. Ритм синусовый, 85 уд/мин. Блокада

передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса. Рубцовые изменения

миокарда, снижение питания миокарда.

5. Кровь на реакцию Вассермана от 20/III 98г.

Результат отрицательный.

6. Кровь на антитела к ВИЧ от 24/III 98г.

Результат отрицательный.

7. Коагулограмма от 24/III 98г.

Время свертывания крови - 7'10"

Фибринолитическая активность - 16,7%

Протромбиновое время - 83%

Гематокрит - 40%

Ретракция кровяного сгустка - 50%

Заключение: без патологии.

8. Анализ крови от 31/III 98г.

Сахар - 3,7 ммоль/л

Протромбин - 83%

Заключение: без патологии.

9. Анализ крови от 4/IV 98г.

Сахар - 4,3 ммоль/л

Заключение: без патологии.

XI. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Диагноз основывается на следующих данных:

1. В анамнезе:

- острое начало заболевания.

- боль и отек левой голени и стопы; боль постоянная, ноющая,

усиливающаяся при движениях.

2. Клинически:

- отек левой голени и стопы; кожные покровы в области отека

цианотичные, местная температура несколько повышена.

- при пальпации отмечается умеренная болезненность.

- некоторое усиление подкожного венозного рисунка.

Лейкоцитоз в анализе крови от 18/III 98г. свидетельствует в пользу

воспалительного процесса.

XII. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Глубокий тромбофлебит необходимо дифференцировать с

посттромботической болезнью, а также с артериальным тромбозом или

эмболией. Эти состояния объединяет сходная клиническая картина:

- боль, тяжесть в пораженной конечности.

- отек конечности.

- движения затруднены, приводят к усилению боли.

Однако посттромботическая болезнь - это хронический процесс, и в

анамнезе такого больного должно быть указание на перенесенный

тромбофлебит глубоких вен нижней конечности. Кроме того, у пациента

отсутствуют такие характерные для посттромботической болезни

симптомы, как варикозное расширение подкожных вен, а также наличие

трофических язв.

Для окклюзии артерий характерна ярко выраженная симптоматика,

кожные покровы бледные, местная температура снижена. Пульсация на

артериях отсутствует. Быстро развиваются некротические изменения.

У пациента же наблюдается цианоз пораженного участка с некоторым

повышением местной температуры, субъективные ощущения выражены

нерезко. Пульсация на артериях левой нижней конечности хотя и

снижена, но сохранена. Трофических поражений не наблюдается.

Таким образом, пациенту ставится диагноз 'острый глубокий

тромбофлебит левой голени'.

XIII. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Тромбофлебит может поражать различные отделы венозной системы,

однако их наиболее частая локализация - глубокие вены голени, что

связано с их анатомо-физиологическими особенностями. В настоящее

время известно много различных этиологических факторов, ведущих к

развитию острого тромбофлебита нижних конечностей, которые можно

разделить на три группы:

1. Инфекционные процессы.

2. Аллергические состояния.

3. Травма вен.

Чаще встречаются асептические тромбофлебиты.

Установлено, что в возникновении тромбоза играют роль следующие

факторы:

1. Повреждение эндотелия вен.

Например, при введении катетера, вливании раздражающих веществ, при

облитерирующем тромбоангиите и септическом флебите.

2. Изменение физико-химических свойств крови.

Гиперкоагуляция, связанная со злокачественными новообразованиями,

болезнями крови, оральными контрацептивами и идиопатическим

тромбофлебитом.

3. Замедление кровотока.

Стаз при послеоперационных и предродовых состояниях, тромбофлебите

варикозно расширенных вен и тромбофлебитах, развивающихся после

длительного соблюдения постельного режима при любом хроническом

заболевании, сердечной недостаточности, нарушении мозгового

кровообращения и травме.

Продолжительное неподвижное положение с опущенными ногами во время

поездок (и особенно полетов на самолете) - фактор риска

тромбофлебита даже у практически здоровых людей.

Формирование венозных тромбов в большинстве случаев начинается с

оседания тромбоцитов на клапанах глубоких вен голени.

Высвобождается тканевый тромбопластин, который способствует

образованию тромбина и фибрина, захватывающих эритроциты; процесс

распространяется проксимально в виде красного (фибринового) тромба,

который преобладает в морфологической картине поражения вен.

Острые тромбозы делят на флеботромбозы и тромбофлебиты. При остром

тромбофлебите тромб образуется на участке стенки вены, измененной

под воздействием какого-либо фактора, поэтому он сразу плотно

фиксируется к интиме. При флеботромбозе тромб образуется в просвете

сосуда, слаб или совсем не фиксирован, легко может оторваться и

вызвать тромбоэмболию легочной артерии. Через 2-3 дня в эндотелии

сосуда происходят вторичные изменения, происходит фиксация тромба,

и различия между флеботромбозом и тромбофлебитом стираются.

XIV. ЛЕЧЕНИЕ

Цель лечения острых тромбофлебитов и флеботромбозов - устранить

воспалительный процесс, приостановить тромбообразование,

ликвидировать развившиеся гемодинамические нарушения, предупредить

возможные осложнения (эмболия легочной артерии, хроническая

венозная недостаточность).

Острый глубокий тромбофлебит голени - это показание к

консервативному лечению.

Схема консервативной терапии.

1. Госпитализация в хирургический стационар.

2. Возвышенное положение пораженной конечности.

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

отсутствии угрозы эмболии - более активный.

4. Двухсторонняя паранефральная блокада по Вишневскому (Sol.

Novocaini 0,25% - по 70-80 мл).

5. Эластическое бинтование конечности.

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

7. Противовоспалительные средства: аспирин, реопирин, бутадион.

8. Тромболитические средства и антикоагулянты: фибринолизин, гепарин;

антикоагулянты непрямого действия: неодикумарин,синкумар, фенилин.

9. Активаторы фибринолиза: стрептокиназа, урокиназа.

10. Протеолитические ферменты: трипсин, химотрипсин.

11. Миотропные и спазмолитические средства (параверин, но-шпа,

эуфиллин, никотиновая кислота), десенсибилизирующие средства

(димедрол, супрастин), Средства, улучшающие венозную

гемодинамику (эскузан, гливенол, троксевазин), препараты,

улучшающие реологические свойства крови (реополиглюкин,

желатиноль), витамины (В1, В6, С).

12. По стихании воспалительного процесса УВЧ-терапия,

диадинамические токи, магнитотерапия, парафиновые аппликации,

лечебная физкультура.

Курортное лечение рекомендуется в санаториях сердечно-сосудистого

профиля в нежаркое время года через 3-4 месяца после стихания

острых явлений (сероводородные, радоновые ванны).

Лечение данного больного.

1. Режим постельный, с последующим расширением.

2. Стол N 15.

3. Эластическое бинтование конечности.

4. Аспирин (Aspirin).

Нестероидное противовоспалительное средство. Оказывает

противовоспалительное, жаропонижающее и болеутоляющее действие.

Обладает антиагрегантным действием.

Rp. Aspirini 0,5

D.t.d. N.20 in tabulettis.

S.По 1/4 таблетки 1 раз в день.

5. Реопирин (Reopyrin).

Препарат, содержащий амидопирин и бутадион - нестероидные

противовоспалительные средства. Оказывают противовоспалительное,

жаропонижающее и болеутоляющее действие.

Rp. Sol. Reopyrini 5 ml

D.t.d. N. 10 in ampullis.

S. По 5 мл внутримышечно 1 раз в день.

6. Эскузан (Aescusan).

Стандартизованный водно-спиртовой экстракт из плодов конского

каштана. Уменьшает проницаемость капилляров, повышает тонус

венозных сосудов, уменьшает воспалительные явления. Снижает

свертываемость крови.

Rp. Aescusani 20 ml

D.S. По 15 капель на сахаре 3 раза в день.

7. Лечение основных заболеваний:

- сахарный диабет - манинил (Maninil) 1/4 таблетки на ночь

- стенокардия - нитросорбид (Nitrosorbidum) по 1 таблетке 3 раза

в день

- простатит - спеман (Speman) по 2 таблетки 2 раза в день

- нарушения мозгового кровообращения - циннаризин (Cinnarizine),

пирацетам (Pyracetam) по 1 таблетке 3 раза в день.

XV. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ

31/III 98 г.

Пульс - 68/мин, частота дыхания - 18/мин.

Общее состояние удовлетворительное, жалоб нет.

Сохраняется умеренный отек левой голени. Кожные покровы цианотичны.

Болезненности при пальпации нет. Пульсация на артериях сохранена.

Физиологические отправления в норме.

Назначения:

- режим постельный.

- стол N 15.

- тугое бинтование голени эластичным бинтом.

- Sol. Reopyrini 5 ml в/м 1 раз в день.

- Aescusani 15 к. на сахаре 3 раза в день.

- Aspirini 1/4 таблетки 1 раз в день.

- лечение основных заболеваний (сахарный диабет, стенокардия,

простатит, нарушения мозгового кровообращения) - манинил,

нитросорбид, спеман, циннаризин, пирацетам.

1/IV 98 г.

Пульс - 76/мин, частота дыхания - 20/мин.

Общее состояние удовлетворительное, жалоб нет.

Отек левой голени уменьшается. Сохраняется цианоз.

Болезненности при пальпации нет. Пульсация на артериях сохранена.

Физиологические отправления в норме.

Назначения те же.

2/IV 98 г.

Пульс - 84/мин, частота дыхания - 22/мин.

Общее состояние удовлетворительное, жалоб нет.

По внутренним органам без изменений.

Незначительный отек левой голени. Цианоз не выражен.

Болезненности при пальпации нет. Пульсация на артериях сохранена.

Физиологические отправления в норме.

Назначения те же.

3/IV 98 г.

Пульс - 80/мин, частота дыхания - 20/мин.

Общее состояние удовлетворительное, жалоб нет.

По внутренним органам без изменений.

Левая нижняя конечность не отечна.

Болезненности при пальпации нет. Пульсация на артериях нижних

конечностей сохранена.

Физиологические отправления в норме.

Назначения те же.

6/IV 98 г.

Пульс - 76/мин, частота дыхания - 20/мин.

Общее состояние удовлетворительное, жалоб нет.

По внутренним органам без изменений.

Левая нижняя конечность не отечна.

Пульсация на артериях нижних конечностей удовлетворительная.

Физиологические отправления в норме.

Режим полупостельный. Назначения те же.

7/IV 98 г.

Пульс - 72/мин, частота дыхания - 16/мин.

Общее состояние удовлетворительное, жалоб нет.

По внутренним органам без изменений.

Левая нижняя конечность не отечна.

Пульсация на артериях нижних конечностей удовлетворительная.

Физиологические отправления в норме.

Назначения те же.

XVI. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Профилактика подразделяется на неспецифическую и специфическую.

К неспецифической относятся следующие мероприятия:

- эластическая компрессия конечности;

- электрическая стимуляция мышц голени;

- гимнастические упражнения;

- своевременная коррекция водно-электролитных нарушений;

- борьба с сердечно-сосудистыми и дыхательными расстройствами.

Специфическая профилактика заключается в использовании препаратов,

оказывающих следующее действие:

- улучшение реологических свойств крови и микроциркуляции;

- снижение коагуляционного потенциала крови;

- снижение адгезивной функции тромбоцитов.

XVII. ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни, здоровья, восстановления трудоспособности

благоприятный.

XVIII. ЭПИКРИЗ

x, 74 года, находится на стационарном

лечении в хирургическом отделении 1-й городской больницы по поводу

острого глубокого тромбофлебита левой голени.

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

Боль постоянная, ноющая, усиливающаяся при движениях. Невозможность

наступить на пораженную ногу.

При объективном обследовании обнаружен патологический процесс

(отек) захватывающий левую голень, область левого голеностопного

сустава и тыл левой стопы. Консистенция очага пастозная, границы

нечеткие. Кожные покровы в области отека цианотичные, местная

температура несколько повышена.

При пальпации очага отмечалась умеренная болезненность.

Отмечалось снижение пульсации на артериях левой 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.

- Sol. Reopyrini 5 ml в/м 1 раз в день.

- Aescusani 15 к. на сахаре 3 раза в день.

- Aspirini 1/4 таблетки 1 раз в день.

Лечение переносится без осложнений.

В результате лечения отмечено улучшение состояния: исчезновение

отека и цианоза на левой нижней конечности, пульсация артерий

удовлетворительная.

Рекомендовано:

1. Продолжать лечение.

2. В дальнейшем - не допускать рецидивов (см. пункт "Профилактика").

.

XIX. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

\* Евтихов Р.М. и др. Хирургические болезни.- Иваново: МИК,1998.-

336 с.

\* Клиническая хирургия. Справочное руководство. /Под ред.

Ю.М.Панцырева.- М.: Медицина,1988.- 640 с.

\* Машковский М.Д. Лекарственные средства. Изд. 13-е, новое.-

Харьков: "Торсинг", 1998, тт. I, II.

\* Осипов С.Н. Тромбофлебит и его профилактика.- Л.: Знание,1975.-

32 с.

\* Острые тромбофлебиты и флеботромбозы нижних конечностей.

Методические разработки. /Под ред. Е.Д.Завьялова.- Иваново,1991.-

32 с.

\* Ревской А.К. Острый тромбофлебит нижних конечностей.- М.:

Медицина,1976.- 136 с.

\* Руководство по медицине. Диагностика и терапия. В 2-х тт. Т.1:

Пер.с англ./Под ред. Р.Беркоу, Э.Флетчера.- М.: Мир, 1997.- 1045 с.

\* Харкевич Д.А. Фармакология. Учебник. Изд. 5-е, стереотипное.- М.:

Медицина, 1996.- 544 с.

\* Хирургические болезни. Учебник. /Под ред. М.И.Кузина.- М.:

Медицина,1987.- 704 с.

XX. ДАТА Подпись куратора

7 апреля 1998 года.