###### **Паспортная часть**

ФИО больного:

Пол: Мужской

Возраст: 36 лет

Постоянное место жительства:

Профессия:

Дата поступления:

Дата курации

**Жалобы**

Больной жалуется на отёк и на распирающие боли в правой нижней конечности при ходьбе и опускании ноги вниз.

###### **Anamnesis morbi**

По словам больного в 2003 году у него была выявлена наследственная тромбофилия (Лейденовская мутация).

В январе 2007 года больного беспокоила боль в левой голени. Обратился в поликлинику, в которой был поставлен диагноз тромбофлебит вен левой голени. Лечился амбулаторно, принимал детролекс, курантил.

В декабре 2008 года появились боли в правой голени. Больной обратился в поликлинику, в которой был поставлен диагноз тромбофлебит вен правой голени. Лечился амбулаторно, принимал детролекс, курантил, местно троксевазин.

В октябре 2011 года у больного появились боли в правом бедре, был отёк ноги. Самостоятельно принимал тромбоасс, синкумар. Состояние не улучшилось, боли усилились и больной 20.12.2011 обратился в КДЦ ГКБ 1, после обследования был госпитализирован.

###### **Anamnesis vitae**

Краткие биографические данные:

Родился в 1975 году, в Москве, первым ребёнком в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Образование высшее.

Трудовой анамнез: работал с 26 лет экологом, на данный момент не работает.

Бытовой анамнез: Санитарно-жилищные условия удовлетворительные.

Питание: сбалансированное.

Вредные привычки: отрицает.

Перенесённые заболевания: ОРВИ, детские инфекции.

Аллергологический анамнез: непереносимость - трихопол, бисептол.

###### **Наследственность**

У матери тромбофилия.

###### **Status praesens**

### ОБЩИЙ ОСМОТР

***Общее состояние****:* средней тяжести

***Сознание****:* ясное

***Положение больного****:* пассивное

***Телосложение:*** нормостеническое

Температура тела: 36,7

***Кожные покровы, ногти и видимые слизистые****:* кожа обычной окраски, сухая на ощупь, тургор кожи в норме.

Ногти обычной формы, розового цвета, без исчерченности, не ломкие.

Видимые слизистые розовые, влажные.

***Подкожно-жировая клетчатка****:* умеренного развития, отек нижней правой конечности.

***Лимфатические узлы****:* не пальпируются.

***Зев:*** розовый, налетов нет. Миндалины не увеличены, чистые.

***Кости:*** нормальной формы, болезненности, деформаций нет.

## СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

#### ОСМОТР

***Нос:*** форма носа правильная, дыхание свободное, отделяемого нет.

***Гортань:*** не деформирована, голос тихий, чистый.

***Грудная клетка:*** форма - нормостеническая, симметричная. Над - и подключичные ямки выполнены, межреберные промежутки умеренной ширины, эпигастральный угол прямой, лопатки и ключицы не выступают. Искривлений позвоночника нет.

***Дыхание:*** тип дыхания смешанный, дыхательные движения симметричны, вспомогательная мускулатура не участвует. ЧДД 18/мин. Дыхание ритмичное.

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Дыхание везикулярное, звук лёгочный, хрипов нет.

## СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

### ОСМОТР

***Осмотр шеи:*** патологических изменений вен и артерий не обнаружено.

***Осмотр области сердца:*** патологических выпячиваний.

### АУСКУЛЬТАЦИЯ

Тоны: ритмичные, приглушены. ЧСС= 76 в 1 мин.

Дополнительных тонов, шумов нет.

### ИССЛЕДОВАНИЕ СОСУДОВ

***Осмотр и пальпация артерий:*** пульсация сонных, лучевых, бедренных, подколенных, артерий тыла стопы не нарушена, умеренная.

***Пульс на лучевых артериях:*** удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины. Частота пульса 80 мин. АД 120/80 мм. рт.

### **СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

### ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ

### ОСМОТР

***Полость рта:*** язык влажный, обычной окраски. Зубы в норме, мягкое и твердое небо розового цвета, слизистая не повреждена, язв, эрозий нет.

***Живот:*** правильной формы, симметричен, участвует в акте дыхания, видимой перистальтики желудка и кишечника нет. Венозных коллатералей нет.

### ПЕРКУССИЯ

Над брюшной полостью - тимпанический перкуторный звук. Свободная или осумкованная жидкость в брюшной полости не определяется.

ПАЛЬПАЦИЯ

Поверхностная ориентировочная пальпация: живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов (симптом Щеткина-Блюмберга) нет.

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Выслушивается умеренная перистальтика кишечника.

## ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

### ПЕРКУССИЯ

***Границы печени по Курлову:***

Верхняя граница абсолютной тупости печени: по правой среднеключичной линии на уровне 6 ребра.

Нижняя граница абсолютной тупости печени:

по правой среднеключичной линии - На 1 см ниже края рёберной дуги

по срединной линии - Между верхней и средней третями расстояния от пупка до мечевидного отростка

по левой реберной дуге - Левая парастернальная линия.

Симптом Ортнера отрицательный.

### ПАЛЬПАЦИЯ

***Печень:*** край печени гладкий, безболезненный.

***Размеры печени по Курлову:***

по правой среднеключичной линии-9 cм.

по срединной линии - 8 см;

по левой реберной дуге - 7 см.

Желчный пузырь: не пальпируется.

## СЕЛЕЗЕНКА

### ПЕРКУССИЯ

Продольный размер селезенки - 6 см

Поперечный размер селезенки - 5 см

ПАЛЬПАЦИЯ

Не пальпируется.

## СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

***Мочеиспускание:*** в норме.

***Моча:*** изменения цвета мочи нет.

ОСМОТР

***Поясничная область:*** припухлости, гиперемии кожных покровов нет.

***Надлобковая область:*** ограниченного выбухания нет.

ПЕРКУССИЯ

***Поясничная область:*** симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

### ПАЛЬПАЦИЯ

***Почки:*** не пальпируются.

***Мочевой пузырь:*** не пальпируется.

***Болевые точки:*** в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников болезненности нет.

## ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Щитовидная железа не увеличена.

## НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ

Больной в сознании, ориентирована в пространстве и времени, собственной личности. Контактен.

**Status Localis**

***Левая нижняя конечность*** обычной формы, кожные покровы нормальной окраски, теплая на ощупь, не отечна. Артериальная пульсация сохранена на всем протяжении. Объем движений в суставах полный. Чувствительность не нарушена.

***Правая нижняя конечность*** формы, кожные покровы нормальной окраски, теплая на ощупь, отмечается отек: голень - + 3-5см,

Бедро - +3-4 см.

Артериальная пульсация сохранена на всем протяжении. Объем движений в коленном суставе незначительно ограничен. Чувствительность не нарушена.

**Предварительный диагноз: Полиморфизм F2 тромбофилия. Тромбоз глубоких вен правой нижней конечности.**

**План обследования**

1. Клинический анализ мочи.
2. Биохимический анализ крови.
3. Коагулограмма
4. УЗАС
5. ЭКГ

**Данные лабораторных, инструментальных методов исследования, консультации специалистов**

**Биохимический анализ крови 23.12.11**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Показатели | Норма |
| Общий белок | 85,0 г/л | 65-85 г/л |
| Мочевина | 4.8 ммоль/л | 2,5 - 8,32 ммоль/л |
| Билирубин | 1-4, 3-15, ммоль/л | 3,44, 17,1 ммоль/л |
| Калий | 4,5 ммоль/л | 3,4 - 5,3 ммоль/л |
| Натрий | 144 ммоль/л | 135 - 155 ммоль/л |
| Железо | 15,7 ммоль/л |  |
| АлАТ | 28 |  До 41 Ед/л |
| АсАТ | 28 |  До 41 Ед/л |
| Фосфатаза щелочная | 159 |  До 270 ед/л |
| Креатинфосфокиназа | 19 | 0 - 24 Ед/л |
| Глюкоза | 5 ммоль/л | 3,5 - 6,05 ммоль/л |

Общий Анализ мочи 23.12.11

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Цвет | Соломенно - жёлтый | Соломенно - жёлтый |
| Прозрачность | прозрачная | прозрачная |
| Плотность | 1000 | 1008 - 1025 |
| Реакция | щелочная | Слабо - кислая |
| Лейкоциты | 0-1 |  |
| Слизь | нет | нет |
| Белок | abs |  |
| Глюкоза | abs |  |
| Бактерии | немного |  |

**Коагулограмма 23.12.11**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| АЧТВ | 47 | 24-35 |
| МНО | 1,10 | 1 |
| Фибриноген  | 2,6 г/л | До 2,4 г/л |

**ЭКГ 23.12.11**

Синусовая тахиаритмия, ЧСС 75 - 96. Нормальная ЭОС.

**УЗАС нижних конечностей 22.12.11**

Слева: глубокие вены голени, подколенная вена, поверхностная вена бедра, общая бедренная вена проходимы.

Справа: Общая бедренная вена тромбирована, характер тромба - флотирующий.

Наружная подвздошная вена - флотирующий тромб в начальном отделе.

**Клинический диагноз: Полиморфизм F2 тромбофилия. Тромбоз глубоких вен правой нижней конечности.**

*Диагноз поставлен на основании:*

Жалоб - отёк, распирающие боли в нижней конечности.

Семейно полового анамнеза - Врожденная тромбофилия

Осмотра - Отёк нижней конечности.

Данных лабораторных, инструментальных методов исследования - общая бедренная вена тромбирована, в начальном отделе подвздошной вены флотирующий тромб.

1. ***Этиология и патогенез***

Тромбофилия - заболевание системы крови, проявляющееся в нарушении гемостаза и склонности к тромбообразованию. Проявлениями тромбофилии служат множественные и рецидивирующие тромбозы различной локализации, часто возникающие после физического перенапряжения, хирургического вмешательства, травмы, в связи с беременностью. Последствиями тромбофилии служат тромбозы глубоких вен, инфаркт миокарда, почки, инсульт, тромбоэмболия легочной артерии, нередко приводящие к летальному исходу.

Различают две основные группы гематогенных тромбофилий:

1). связанные преимущественно с изменениями реологических свойств и клеточного состава крови;

2). обусловленные первичными нарушениями в системе гемостаза.

В первой группе выделяют формы, связанные с избытком клеток крови и ее сгущением (полицитемия, эритроцитозы, тромбоцитемии и др.), с нарушениями формы и деформабельности эритроцитов (например, множественные тромбозы и инфаркты при серповидноклеточной анемии), с повышением вязкости плазмы (миеломная болезнь, болезнь Вальденстрема, криоглобулинемия и др.).

Во второй группе выделяют формы:

а). связанные с повышением афегационной функции тромбоцитов (в том числе вследствие нарушения равновесия между стимуляторами и ингибиторами афегации в плазме крови);

б). связанные с гиперпродукцией и гиперактивностью фактора Виллебранда;

в). связанные с дефицитом или аномалиями основных физиологических антикоагулянтов-антитромбина III, белков С и S;

г). связанные с дефицитом или аномалиями факторов свертывания крови и компонентов фибринолитической и калликреинкининовой системы (дефицит фактора XII, плазменного прекалликреина, высокомолекулярного кининогена, активатора плаэминогена, ряд молекулярных аномалий фибриногена и др.).

Все эти нарушения могут быть наследственными, т.е. генетически обусловленными, и приобретенными (симптоматическими).

Лейденовская мутация, резистентность к протеину С

Мутация фактора V является наиболее частой генетической причиной тромбофилии у европейского населения.

Ген фактора V находится в 1-й хромосоме, локализация - рядом с геном антитромбина. Мутация гена ведет к тому, что в факторе V происходит замена аминокислоты аргинина глутамином в позиции 506. Именно эта точка является местом действия АРС на фактор V. Вследствие замены аминокислот фактор V не активируется АРС и в результате этого не происходит деградация факторов Va и Villa, a это в свою очередь ведет к тромбозам.

1. ***Лечение***

1. Режим - постельный

2. Эластическая компрессия н/к.

4. Троксевазин 1 капс. х 2 р/сут. рer os

5. Гепарин 10 тыс х 3 р. /сут п/к в живот

6. Варфарин 5 мгх 1 р/сут. per os

7. Ацетил салициловая кислота 50 мг в сут per os.

8. Детролекс 1 капсула 3 раза в сутки per os

9. Никотиновую кислоту 4-6 мл.

1. **Дневник**

23.11.12

Состояние средней тяжести. Жалоб новых не предъявляет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. PS - 78 уд. в мин., АД 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика отчётливая, не усиленна.

Диурез достаточный, стул был.

St. localis: прежний, без отрицательной динамики.

Данных за ТЭЛА нет.

24.11.12

Состояние средней тяжести. Жалоб новых не предъявляет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. PS - 72 уд. в мин., АД 120/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика отчётливая, не усиленна.

Диурез достаточный, стул был.

St. localis: отёк не нарастает.

Данных за ТЭЛА нет.

1. **Эпикриз**

Больной, 36 лет, находился на лечении в 3-м хирургическом отделении 1-й ГКБ с 20.12.11 по 30.12.11

Клинический диагноз: полиморфизм F2 тромбофилия, тромбоз глубоких вен правой нижней конечности.

При поступлении жалобы на отёк и на распирающие боли в правой нижней конечности при ходьбе и опускании ноги вниз.

Из анамнеза известно, что, по словам больного в 2003 году у него была выявлена наследственная тромбофилия (Лейденовская мутация).

В январе 2007 года больного беспокоила боль в левой голени. Обратился в поликлинику, в которой был поставлен диагноз тромбофлебит вен левой голени. Лечился амбулаторно, принимал детролекс, курантил.

В декабре 2008 года появились боли в правой голени. Больной обратился в поликлинику, в которой был поставлен диагноз тромбофлебит вен правой голени. Лечился амбулаторно, принимал детролекс, курантил местно троксевазин.

В октябре 2011 года у больного появились боли в правом бедре, был отёк ноги. Самостоятельно принимал тромбо асс, синкумар. Состояние не улучшилось, боли усилились и больной 20.12.2011 обратился в КДЦ ГКБ 1, после обследования был госпитализирован.

При поступлении объективно:

Состояние средней тяжести. Кожа в норме. Отёк правой нижней конечности. В лёгких хрипов нет. Тоны ясные, ритм синусовый. Язык влажный, розовый. Живот мягкий. Печень не увеличена. Стул в норме. Симптом Пастернацкого (поколачивания) отрицательный. Диурез в норме.

Были проведены следующие анализы и исследования:

Биохимический анализ крови:

|  |  |
| --- | --- |
| Общий белок | 85,0 г/л |
| Мочевина | 4.8 ммоль/л |
| Билирубин | 1-4, 3-15, ммоль/л |
| Калий | 4,5 ммоль/л |
| Натрий | 144 ммоль/л |
| Железо | 15,7 ммоль/л |
| АлАТ | 28 |
| АсАТ | 28 |
| Фосфатаза щелочная | 159 |
| Креатинфосфокиназа | 19 |
| Глюкоза | 5 ммоль/л |

Общий анализ мочи:

|  |  |
| --- | --- |
| Цвет | Соломенно - жёлтый |
| Прозрачность | прозрачная |
| Плотность | 1000 |
| Реакция | щелочная |
| Лейкоциты | 0-1 |
| Слизь | нет |
| Белок | abs |
| Глюкоза | abs |
| Бактерии | немного |

Коагулограмма

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| АЧТВ | 47 | 24-35 |
| МНО | 1,10 | 1 |
| Фибриноген  | 2,6 г/л | До 2,4 г/л |

**ЭКГ**

Синусовая тахиаритмия, ЧСС 75 - 96. Нормальная ЭОС.

**УЗАС нижних конечностей**

Справа: Общая бедренная вена тромбирована, характер тромба - флотирующий.

Наружная подвздошная вена - флотирующий тромб в начальном отделе.

Лечение

1. Режим - постельный

2. Эластическая компрессия н/к.

4. Троксевазин 1 капс. х 2 р/сут. рer os

5. Гепарин 10 тыс х 3 р. /сут п/к в живот

6. Варфарин 5 мгх 1 р/сут. per os

7. Ацетил салициловая кислота 50 мг в сут per os.

8. Детролекс 1 капсула 3 раза в сутки per os

9. Никотиновую кислоту 4-6 мл.

На фоне проведённого лечения состояние больного улучшилось.

Реккомендации:

проводить компрессионную терапию (эластическими бинтами)

мази: гепатромбин, миотон-гель, гинкор-форт, троксерутин.

эскузан по 2 драже 3 раза в сутки. Снизить физические нагрузки.