**I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Ф.И.О. больного:

2. Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_

3. Профессия, должность, место работы: пенсионерка

4. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Дата поступления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Диагноз при поступлении: Постромботическая болезнь.

Осложнения: Трофическая язва правой голени

7. Клинический диагноз: Постромботическая болезнь. Осложнения: Трофическая язва. Сопутствующий: ГБ II стадии, II степени, III степень риска осложнений.

8. Оперативные вмешательства: -

9. Исход заболевания - продолжает находиться на лечении

**II ДАННЫЕ РАССПРОСА БОЛЬНОГО**

1. Жалобы при поступлении в клинику

На боли отдающие в область пятки, отечность, в правой голени. Наличие язвы на задней поверхности правой голени.

2. История развития настоящего заболевания

Считает себя больной с сентября 2006 года. Когда ее начали беспокоить боли в правой голени. Появилось покраснение на задней поверхности правой голени. Обращалась в поликлинику по месту жительства, где ее уверили, что все само пройдет и нечего беспокоится. Постепенно на этом месте появилась язва сначала маленькая, потом стала увеличиваться до 4,0\*4,0 см. Больная дома занималась самолечением, прикладывала компрессы и т.д. Потом обратилась участковому врачу, который направил ее в клинику БГМУ.

3. История жизни больного

Родилась в 1941 году в городе. Второй ребёнок в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту и полу. Первые менструации появились в 12 лет. Замужем с 22 лет. Имеет 2 детей. 2 аборта. Менопауза с 45 лет.

Трудовой анамнез: начала работать в 20 лет продавцом. Вредный фактор – отрицательное психоэмоцианальное воздействие. На пенсии с 1993 года.

Бытовые условия: Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные.

Питание: регулярное, полноценное, разнообразное.

Привычные интоксикации: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Перенесенные заболевания: Простудные заболевания, детские инфекции. Инфекционные заболевания: гепатит, тифы, сифилис, туберкулез отрицает.

Аллергологический анамнез: Непереносимости, пищевых продуктов, лекарственных средств отрицает.

Наследственность: Наличие у ближайших родственников злокачественных новообразований, эндокринных, сердечно-сосудистых и психических заболеваний, геморрагических диатезов, алкоголизма отрицает.

**III. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО**

**Status praesens:**

**Данные на момент осмотра:**

Общее состояние: удовлетворительное.

Сознание: ясное.

Положение: активное.

Выражение лица: спокойное, заинтересованное.

Телосложение: правильное. Конституциональный тип - нормостенический.

Антропометричекские данные:

1. Рост: 165 см.
2. Масса тела: 70 кг.

Соотношение между ними:

а) росто - весовой показатель= 70(кг) х 100 = 42

 165 (см)

б) формула Брока: вес = рост – 100 + 5 (кг)

70 (кг) = 165 (см) - 100 + 5 (кг)

Кожные покровы: бледные, влажные, чистые. Кожа эластичная, тургор снижен. Оволосение по женскому типу. Ногти правильной формы бледно-розового цвета. На задней поверхности правой голени средней трети имеется полигональная язва 4\*4 см, чистая без грануляций.

Видимые слизистые: бледно-розовой окраски, нормальной влажности.

Подкожная клетчатка: развита умеренно. Толщина складки на животе 1 см. На правой голени отмечается отечность. Болезненность при пальпации подкожно-жировой клетчатки не отмечается.

Лимфоузлы: пальпируются нижнечелюстные. Овальной формы, 1см в диаметре, консистенции мягкой, безболезненны. Сращений между собой и кожей не выявлено. Затылочные, околоушные, шейные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфоузлы справа и слева не пальпируются. Кожа над лимфоузлами без изменений.

Мышцы: развиты удовлетворительно, тонус снижен, сила мышц незначительно снижена, болезненности и уплотнений при ощупывании не найдено.

Кости: Форма костей без изменений. Деформация, болезненность при ощупывании, поколачивании отсутствует. Симптом «барабанных палочек» отрицательный.

Суставы: Конфигурация без изменений. Припухлости, болезненности, гиперемии, повышения температуры кожи над суставами не отмечается. Объём активных и пассивных движений в суставах не ограничен.

Система органов дыхания:

Осмотр

Дыхание через нос свободное. Голос не изменён.

Грудная клетка: Форма грудной клетки нормостеническая. Лопатки прилегают к туловищу. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки умеренные. Эпигастральный угол 900. Грудная клетка симметрична, боковой и переднезадний размеры не изменены. Позвоночник не искривлён.

Тип дыхания смешанный. Обе половины грудной клетки участвуют в дыхании одинаково. ЧД 18/ мин. Дыхание глубокое, ритмичное. Соотношение вдоха и выдоха в норме.

Пальпация

При пальпации грудная клетка эластична, безболезненна. Голосовое дрожание одинаково в симметричных участках.

Перкуссия

Сравнительная перкуссия: Ясный лёгочный звук в симметричных участках грудной клетки.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхняя граница лёгких | слева | справа |
| Высота стояния верхушки спереди (над ключицей) | На 2 см | На 2 см |
| Высота стояния верхушек сзади |  На уровне  отростка СVII  | остистого позвонка |
|  Нижняя граница лёгких |  |  |
|  По окологрудинной линии |  ------- | 5 межреберье |
| По среднеключичной линии |  ------- | 6 ребро |
| По передней подмышечной линии | 7 ребро | 7 ребро |
| По средней подмышечной линии | 8 ребро | 8 ребро |
| По задней подмышечной линии | 9 ребро | 9 ребро |
| По лопаточной линии | 10 ребро | 10 ребро |
| По околопозвоночной линии |  На уровне oтростка Тh ХI | oстистогопозвонка |
|  Дыхательная экскурсия нижнего края лёгких |  |  |
| По среднеключичной линии | ------- | 4 см |
| По средней подмышечной линии | 6 см | 6 см |
| По лопаточной линии | 4 см | 4 см |
|  Ширина полей Кренига | 5 см | 5 см |

Аускультация

Дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Побочные дыхательных шумы не выслушиваются. Бронхофония одинакова с обеих сторон на симметричных участках грудной клетки.

Система органов кровообращения:

Осмотр

Видимых атипичных пульсации в области сердца не обнаружено. Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерии отсутствуют.

Пальпация

Верхушечный толчок нормальной силы, определяется в пятом межреберье слева на среднеключичной линии. Площадь ограниченная 1,5 см2. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в перикардиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются. Зоны гиперестезии и зоны пальпаторной болезненности не выявлено.

Пульсация височных артерий и дистальных артерий нижних конечностей сохранена, одинакова со всех сторон.

При пальпации лучевых артерий пульс не изменённой формы, твёрдый, полный, величина пульса одинакова на обеих руках. Верхушечный толчок совпадает с пульсом на лучевой артерии. Пульс 66уд/мин, , одинаков на обеих руках.

Перкуссия

**Относительная тупость сердца:**

Правая: на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4-ом межреберье.

Левая: на среднеключичной линии по 5-му межреберью.

Верхняя: 3-е ребро.

Поперечник относительной тупости сердца (в см): 14 см

Ширина сосудистого пучка (в см): 6 см

**Границы абсолютной тупости сердца:**

Правая: по левому краю грудины.

Левая: на 1 см кнутри от среднеключичной линии по пятому межреберью.

Верхняя: 4 ребро.

Ширина абсолютной тупости сердца: 4 см

Таким образом, у больного при перкуссии сердца обнаружено умеренное расширение относительной и абсолютной сердечных тупостей влево.

Аускультация

При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. ЧСС 76 уд/мин. Тоны сердца не расщеплены, приглушены во всех точках выслушивания. Первый тон не изменён и лучше выслушивается на верхушке сердца, а акцент второго тона лучше выслушивается над аортой. Шумы сердца и шум трения перикарда не выслушивается.

На периферических артериях и луковицах ярёмных вен шумы не определяются.

Артериальное давление на момент осмотра 160/90 мм рт. ст. на левой руке, 160/85 мм рт. ст. на правой руке.

Система органов пищеварения:

Осмотр

Полость рта влажная, слизистая бледно-розового цвета, без изменении. Кариозно изменённых и разрушенных зубов нет. Есть зубные протезы. Дёсны крепкие, без наложений, не кровоточат, плотно прилегают к шейкам зубов. Язык обычной величины и формы, влажный, корень обложен белым налётом. Миндалины не выступают за пределы нёбных дужек, однородные, с чистой поверхностью, лакуны неглубокие, без отделяемого. Акт глотания не нарушен.

При осмотре живот обычной формы и конфигурации, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Существенно не изменяется при переходе из горизонтального положения в вертикальное. Отмечаются гематомы в мезогастрии – следы от инъекций гепарина. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяются. В правой подвздошно-паховой области имеется рубец длиной 8 см от аппендоэктомии.

Пальпация

1. При ориентировочной поверхностной пальпации уплотнений и опухолевидных образований не обнаружено, резистентность мышц пресса выражена умеренно. Болезненность, перитонеальные симптомы, зоны гиперестезии не выявлены.

2. При глубокой методической, скользящей, топографической пальпации по методу Образцова – Стражеско обнаружены сигмовидная кишка и слепая кишка, которые прощупываются в виде гладких, эластичных умеренно болезненных не урчащих цилиндров шириной 2-3 см, слегка смещаемых на 2-3 см в обе стороны. Червеобразный отросток не прощупывается. Конечный отрезок подвздошной кишки пальпируется в виде безболезненного цилиндра диаметром 1-1,5 см, гладкого и умеренно урчащего. Восходящие и нисходящие отделы толстой кишки не пальпируются. Поперечная ободочная кишка пальпируется в виде умеренно болезненного слегка урчащего цилиндра шириной 3-4 см.

Нижняя граница желудка определена методом пальпации и пальпаторной аускультации. Шум плеска вызвать не удалось. Она располагается на 2 см выше пупка

При аускультации кишечника выявлена удовлетворительная перистальтика. Шум трения брюшины не выслушивается.

Пальпация поджелудочной железы, печени, желчного пузыря и селезёнки:

Проекция поджелудочной железы в зоне Шоффара, Мейо – Робсона безболезненна.

Видимого увеличения и пульсации в области печени не обнаружено. Край печени умеренно плотный, ровный, гладкий, безболезненный, пальпируется по краю реберной дуги.

Желчный пузырь не пальпируется, его проекция безболезненна. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера – Грекова, Мюсси – Георгиевского отрицательные. Селезёнка не пальпируется.

Перкуссия

При перкуссии не выявлено наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Размеры печени по Курлову: - по правой среднеключичной линии – 9 см

по серединной линии – 7 см

по краю левой рёберной дуги –6 см

Перкуссия селезёнки:

|  |  |
| --- | --- |
| По левой средней подмышечной линии:  | Края селезёнки на уровне 10 ребра: |
|  Верхняя - 9 ребро Нижняя - 11 ребро (ширина притупления 6 см) |  Задний - по лопаточной линии Передний - По передней подмышечной (длина притупления 8 см) |

Аускультация

Перистальтика кишечника обычная. Шум трения брюшины над кишечником, печенью и селезёнкой не выслушивается.

Система органов мочеотделения:

Осмотр

При осмотре поясничной области видимых патологий в виде припухлости, болезненности, покраснения не выявлено. Наличие выбуханий в надлобковой области не обнаружено.

Пальпация

Почки в вертикальном положении не пальпируются, Пальпация мочеточниковых точек (верхних и нижних) с обеих сторон безболезненна. Мочевой пузырь не пальпируется.

Перкуссия

Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Аускультация

При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют.

Система половых органов:

Вторичные половые признаки выражены удовлетворительно. Грудные железы симметричны, без деформаций. Наружные половые органы без изменений.

Эндокринная система:

Нарушений роста, телосложения, пропорциональности отдельных частей тела не выявлено. Кожные покровы нормальной влажности, без гиперпигментаций. Тип оволосения соответствует полу и возрасту. Размеры языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук и стоп в норме.

Щитовидная железа не увеличена, пальпируется её перешеек однородной консистенции, безболезненный, легко смещаемый при глотании, не спаян с кожей и окружающими тканями.

Нервная система:

Характер спокойный, устойчивый, дружелюбно относится к медицинскому персоналу. Ориентирован во времени, месте, ситуации. Судороги и непроизвольные движения не наблюдаются, трофических нарушений и болезненности по ходу нервных стволов нет, обоняние и вкус не нарушены, слух и речь не нарушены.

Отмечается парез конвергенции, птоз (больше слева), зрение снижено (дальнозоркость), со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, мимическая мускулатура симметрична, оскала зубов нет, язык располагается посередине.

**Данные дополнительных методов исследования**

Общий анализ крови:

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели крови | Данные от 4.12.06 |
| ЭритроцитыГемоглобинЛейкоциты | 4,3\*1012 /л139 г/л5,8\*109 /л |

Общий анализ мочи:

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Данные от 4.12.06 |
| Удельный весЦветПрозрачностьКислотностьБелокЛейкоцитыПлоские эпителиальные клетки | 1015с/жпрозрачнаякислаяотр1-2 в п. зр.0-2-3 в п. зр. |

Анализ мочи по Зимницкому от 16.10.03: Дневной диурез - 800,0; ночной – 450,; Сут. – 1250 мл.

Биохимический анализ крови:

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели крови | Данные от 4.12.06 |
| Общий белокАсАТАлАТБилирубин общий Билирубин прямойКреатининГлюкозаСРБКалийНатрий | 65,0 г/л 9,1 ед/л8,0 ед/л10,6 мкмоль/лотр.114 мкмоль/л4,1 ммоль/лотр.5,0 ммоль/л130 ммоль/л |

Когуалограмма:

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Данные от 4.12.06 |
|  ПТИФибриногенВремя рекальцификацииТолерантность к гепаринуФиб ВАЧТВ | 86%310 мг%120 с9 мин+40 с |

Кровь на RW, HbSAg - отрицательно

Результаты исследования на ВИЧ от 4.12.06

Отрицательно

ЭКГ от 4.12.06

Синусовый ритм, ЧСС 76 в мин, ЭОС вертикальная.

Группа крови от 4.12.06

0 (I) первая, Rh (+) положительная

УЗДГ от 4.12.06

Магистральный кровоток сохранен на всех уровнях.

Флебография от 4.12.06

При реканализации глубоких вен голени на флебограмме видны неровность их контуров, рефлюкс контрастного вещества из глубоких вен на поверхностные через расширенные прободающие вены. Замедление эвакуации контрастного вещества при физической нагрузке.

**Клинический диагноз**

клинический диагноз: Посттромботическая болезнь**.** Осложенения: Трофическая язва. Сопутствующий: ГБ II стадии, II степени, III степень риска осложнений.

На основании

**жалоб** (На боли отдающие в область пятки, отечность, в правой голени. Наличие язвы на задней поверхности правой голени.

**анамнеза** (Считает себя больной с сентября 2006 года. Когда ее начали беспокоить боли в правой голени. Появилось покраснение на задней поверхности правой голени. Обращалась в поликлинику по месту жительства, где ее уверили что все само пройдет и нечего беспокоится. Постепенно на этом месте появилась язва сначала маленькая, потом стала увеличиваться до 4\*4 см. Больная дома занималась самолечением, прикладывала компрессы и тд. Потом обратилась участковому врачу, который направил ее в клинику БГМУ.)

**данных объективного исследования** (Кожные покровы: На задней поверхности правой голени средней трети имеется полигональная язва 4\*4 см, чистая без грануляций. Подкожная клетчатка: На правой голени отмечается отечность. Артериальное давление на момент осмотра 160/90 мм рт. ст. на левой руке, 160/85 мм рт. ст. на правой руке.)

**данных дополнительных методов исследования** (Флебография

При реканализации глубоких вен голени на флебограмме видны неровность их контуров, рефлюкс контрастного вещества из глубоких вен на поверхностные через расширенные прободающие вены. Замедление эвакуации контрастного вещества при физической нагрузке.)

**Дифференциальная диагностика**

Посттромботическую болезнь следует отличать от варикозного расширения вен, врожденных артериовенозных и венозных дисплазий.

Отеки пораженной конечности при посттромбофлебитическом син­дроме необходимо дифференцировать от отеков, развивающихся при заболеваниях сердца или почек. «Сердечные» отеки бывают на обеих ногах, распространяются на область крестца и боковые поверхности живота. При поражении почек наряду с отеками на ногах, одутлова­тостью лица по утрам обнаруживают изменения в моче. И в том, и в другом случае нет присущих посттромбофлебитическому синдрому трофических расстройств. Развитие отека конечности возможно вслед­ствие затруднения оттока лимфы при метастазировании опухолей в паховые лимфатические узлы, при опухолях брюшной полости и забрюшинного пространства. Трудности возникают в дифференциации отека, обусловленного посттромбофлебитическим синдромом и слоно­востью конечности. Отек при слоновости начинается со стопы и мед­ленно распространяется на голень. Отечность резко выражена в области тыльной поверхности стопы, отечные ткани плотные, отек не умень­шается после придания ноге возвышенного положения. В отличие от посттромбофлебитического синдрома окраска кожных покровов не из­менена, язв и расширенных подкожных вен нет, характерны огрубение складок кожи в области голеностопного сустава, гиперкератоз и папилломатоз кожи стопы.

**Этиология и патогенез**

Предрасполагающими факторами у данного больного является:

Атеросклероз.

Формирование посттромботической болезни связано с судьбой тромба, образовавшегося в просвете пораженной вены и не подвергшегося лизису в течение ближайшего времени. Наиболее частым исходом тромбозов является реканализация, реже наблюдается облитерация глубоких вен. Процесс организации тромба начинается со 2—3-й недели от начала заболевания и заканчивается частичной или полной его реканализацией в сроки от нескольких месяцев до 3—*5* лет. В результате происходящих изменений вена превращается в ригидную склерозированную трубку с разрушенными клапанами. Вокруг нее развивается паравазальный сдавливающий фиб­роз. Подобные грубые,анатомические изменения клапанного аппарата и стенки вены ведут к тяжелым гемодинамическим нарушениям в конечности.

Вследствие повышения давления в пораженных глубоких венах увеличивается давление в системе прободающих вен, которые ста­новятся функционально несостоятельными. Поэтому при вертикаль­ном положении больного, а также при ходьбе кровь не только направляется по глубоким венам вверх, но и устремляется в под­кожные вены дистальных отделов конечности, т. е. возникает рефлюкс крови. Локальная венозная гипертензия ведет к повышению давления в венозных отделах микроциркуляторного русла. Ответной компенсаторно-приспособительной реакцией организма является рас­крытие артериоловенулярных анастомозов. Длительное функциони­рование последних обусловливает запустевание капилляров, ишемия. Наибольшие изменения микроциркуляции развиваются в нижней трети голени над медиальной лодыжкой, где имеются самые крупные прободающие вены. Через них при сокращениях икроножных мышц, при ортостатическом положении больного высокое давление из глу­боких вен передается в систему поверхностных, способствуя появлению локальной венозной гипертензией в нижней трети голени. Нарушение микроциркуляции становятся причиной образования трофических язв.

**План лечения**

1. Режим палатный
2. общая
3. консервативная терапия
	* антибактериальная терапия с учетом возможной микробной ассоциации

Rp. Cefotaximi 1.0

D.t.d. N 20

S. растворить в 2 мл стерильной воды для инъекций, в/м 2 раза в сутки

Rp. Sol. Gentamycini sulfatis 4%-2ml

D.t.d. N 10 in amp

S. по 2 мл в/м 2 раза в сутки

* Нитраты

Rp.: Tab. Nitrosorbidi 0,1

 D.S.: по ½ таб. 2 р/день под контролем АД

* Ингибиторы АПФ (для снижения АД, уменьшения процессов ремоделирования сердца)

Rp.: Tab. Dirotoni 10 N 14

 D.S.по 1 таб. 1 раз в сутки после еды

* антиагрегантной целью

Rp. Tab. Thrombo ACC 0.1 N 10

D.S. по 1 таб. 1 раз в день

* коррекция гиперлипидемии

Rp. Tab. Atorvastatini 0.01 N 10

D.S. по 1 таб. в сутки

* дезинтоксикационная терапия

Rp. Sol. Trisoli 400 ml

D.t.d. N 10

S. в/в капельно

Rp. Sol. Glucosae 5%-400ml

D.t.d. N 10

S. в/в капельно

* улучшение микроциркуляции и дезинтоксикация

Rp. Rheopolyglucini 400 ml

D.t.d. N 5

S. в/в капельно

* витаминотерапия

Rp. Sol. Ac. ascorbinici 5%-2ml

D.t.d. N 10 in amp.

S. по 2 мл в/м

Rp.: Sol. Vit. B1 5% - 1 ml

D.t.d. N 5 in amp.

S. по 1 мл в/м через день

Rp.: Sol. Vit. B6 5% - 1 ml

D.t.d. N 5 in amp.

S. по 1 мл в/м через день

* иммунокоррекция

Rp. Tab. Methyluracili 0.5 N 50

D.S. по 1 таблетке 4 раза в день

*Перевязки язвы с мазью ЛЕВОМЕКОЛЬ.*

**Прогноз**

Для жизни: благоприятный

Для выздоровления: условно благоприятный

 Для трудоспособности: условно благоприятный

**Режим жизни и трудоустройство после лечения**

Не рекомендуется физическая нагрузка.

**Дневник**

8.12.06

Жалобы на отечность боль в правой голени. Состояние средней тяжести. Положение активное, сознание ясное. Температура 36,8°С. Кожные покровы бледные, влажные, чистые. Видимые слизисты бледно-розовые, чистые, ЧДД 20 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, без побочных шумов. ЧСС 75 в мин, АД 160/85 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный. Стул, диурез в норме.

На задней поверхности с/3 голени полигональная поверхностная язва 4\*3,5 см. Проводятся перевязки смазью левомеколь.

9.12.06

Жалобы на отечность боль в правой голени. Состояние средней тяжести. Положение активное, сознание ясное. Температура 36,4°С. Кожные покровы бледные, влажные, чистые. Видимые слизисты бледно-розовые, чистые, ЧДД 19 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, без побочных шумов. ЧСС 70 в мин, АД 160/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

На задней поверхности с/3 голени полигональная поверхностная язва 4\*3,5 см. Проводятся перевязки смазью левомеколь.

11.12.06

Активных жалоб не предъявляет. Состояние средней тяжести. Положение активное, сознание ясное. Температура 36,6°С. Кожные покровы бледные, влажные, чистые, ЧДД 18 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, без побочных шумов. ЧСС 68 в мин, АД 140/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный. Стул, диурез в норме.

На задней поверхности с/3 голени полигональная поверхностная язва 4\*3,3см. Проводятся перевязки смазью левомеколь.

**Температурный лист**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 8.12 | 9.12 | 10.12 | 11.12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 41 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЧД | 20 | 19 | 17 | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЧСС | 75 | 70 | 67 | 68 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| АД | 16085 | 16090 | 15085 | 14080 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Этапный эпикриз**

ФИО, 65 лет (06.06.1941)

Поступила 1.12.06 в Клинику БГМУ с диагнозом: Постромботическая болезнь. Осложнения: Трофическая язва правой голени. С **Жалобами** на боли отдающие в область пятки, отечность, в правой голени. Наличие язвы на задней поверхности правой голени.

Из **анамнеза** (Считает себя больной с сентября 2006 года. Когда ее начали беспокоить боли в правой голени. Появилось покраснение на задней поверхности правой голени. Обращалась в поликлинику по месту жительства, где ее уверили что все само пройдет и нечего беспокоится. Постепенно на этом месте появилась язва сначала маленькая, потом стала увеличиваться до 4\*4 см. Больная дома занималась самолечением, прикладывала компрессы и тд. Потом обратилась участковому врачу, который направил ее в клинику БГМУ.)

**Данных объективного исследования** (Кожные покровы: На задней поверхности правой голени средней трети имеется полигональная язва 4\*4 см, чистая без грануляций. Подкожная клетчатка: На правой голени отмечается отечность. Артериальное давление на момент осмотра 160/90 мм рт. ст. на левой руке, 160/85 мм рт. ст. на правой руке.)

данных дополнительных методов исследования (Флебография

При реканализации глубоких вен голени на флебограмме видны неровность их контуров, рефлюкс контрастного вещества из глубоких вен на поверхностные через расширенные прободающие вены. Замедление эвакуации контрастного вещества при физической нагрузке.)

Выставлен клинический диагноз: Посттромботическая болезнь**.** Осложенения: Трофическая язва. Сопутствующий: ГБ II стадии, II степени, III степень риска осложнений.

Проводится консервативная терапия: цефотаксим 1,0 в/м 2 раза в сутки, гентамицин 4%-2 мл в/м 2 раза в сутки, глюкоза 5%-400 мл в/в кап., реополиглюкин 400 мл в/в кап., вит. С 5%-2 мл в/м, вит. В1 5%-1мл в/м, вит. В6 5%-1мл в/м, нитросорбит 0,1 по ½ 2 р/д, диротон 10 1р/д. Перевязки с мазью левомеколь.

На фоне проводимого лечения отмечается улучшение состояния: уменьшилась боль отечность и размеры язвы на правой голени, улучшение общего самочувствия.

**Список использованной литературы**

1. Схема оформления истории болезни.
2. Хирургические болезни. Под ред. Кузина М.И. – 2-е изд., перераб. и доп. – М., 2000.
3. Хирургия: Пер. с англ., доп. Под ред. Лопухина Ю.М., Савельева В.С. – М., 1998.

 4. М.Д. Машковский «Лекарственные средства», Москва 2001г.

 5. В.В. Плечев и В.М. Тимербулатов «Избранные лекции по клинической хирургии», Уфа 1996 г

6. Лекции

7. Хирургические болезни, Москва 2006, под редакцией Савельева В.С., Кириенко А.И.