I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.: x.

Пол: мужской.

Возраст: 69 лет.

Профессия и место работы: пенсионер.

Место жительства: г.Иваново

Дата поступления: 5 марта 1998 г.

II. ЖАЛОБЫ

1. Жалобы при поступлении в клинику.

Жалобы на боли, отеки, варикозное расширение вен, трофические

нарушения обеих нижних конечностей, а также слабость и утомляемость

при длительном стоянии и ходьбе.

2. Жалобы на день курации.

Жалобы те же, за исключением отеков, которые купированы в

результате консервативного лечения.

III. ANAMNESIS MORBI

Со слов больного, заболевание началось около 20 лет назад, когда

после перенесенного острого тромбофлебита на фоне варикозного

расширения вен нижних конечностей, постепенно нарастая, появились

отеки и тупые боли в ногах, которые возникали при длительном

стоянии и ходьбе и быстро исчезали в горизонтальном положении.

Причиной заболевания, по мнению больного, является отягощенная

наследственность по линии отца. Других причин и предрасполагающих

факторов назвать не может. Больной неоднократно находился на

амбулаторном и стационарном лечении с использованием эластической

компрессии, витаминотерапии, а также средств, улучшающих

микроциркуляцию (эскузан, троксевазин). Консервативная терапия

приносила временное облегчение и улучшала состояние больного, но

через некоторое время симптомы возобновлялись, что вынуждало

больного обращаться к врачу в среднем 1-2 раза в год. Последнее

обострение возникло в конце февраля 1998 года, в результате чего

5 марта 1998 года больной госпитализирован в хирургическое

отделение 1-й городской клинический больницы с диагнозом

'посттромбофлебитическая болезнь' для очередного курса плановой

консервативной терапии.

IV. ANAMNESIS VITAE

Пациент рос и развивался соответственно возрасту. В детстве болел

простудными заболеваниями, корью; экссудативного диатеза не было.

Служил в танковых войсках. После армии работал столяром, грузчиком,

последнее время - инспектором ДПС. В настоящее время на пенсии.

Профессиональных вредностей не отмечает.

Материально-бытовые условия удовлетворительные. Предпочтений в пище

нет. В свободное время отдыхает дома.

Туберкулез, гепатит, вензаболевания отрицает. Перенесенные

заболевания: грипп, ОРЗ, острый тромбофлебит, варикозная болезнь.

Перенес операцию по поводу варикозной болезни нижних конечностей.

Травм не было, кровь не переливалась.

Аллергических реакций не отмечает.

Из заболеваний у родственников отмечает заболевание вен нижних

конечностей у отца.

Не курит, алкоголь употребляет умеренно. Чаем, кофе не

злоупотребляет.

V. ВЫВОДЫ ИЗ АНАМНЕЗА

На основании данных анамнеза у больного предполагается хроническое

поражение венозного аппарата нижних конечностей с рецидивирующим

течением, обусловленное наследственной предрасположенностью.

Возможно влияние профессионального режима (стоячая работа).

Проводимое консервативное лечение имеет благоприятный эффект при

конкретном обострении, но в целом не предупреждает последующего

рецидива.

VI. STATUS PRAESENS

1. Общее состояние больного.

Общее состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее. Сознание

ясное. Выражение лица осмысленное. Положение активное. Рост 173 см.

Масса 87 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 3 см.

Консистенция упругая. Тургор мягких тканей несколько снижен.

Имеется умеренная пастозность в области голеней.

Отеков нет.

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.

Жалобы на боли в шейном и поясничном отделе позвоночника.

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.

Болезненности при пальпации 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:

---------------------------T-----------------T-----------------¬

¦ Линии ¦ Правое легкое ¦ Левое легкое ¦

+--------------------------+-----------------+-----------------+

¦Высота стояния верхушек ¦ ¦ ¦

¦легких спереди ¦3 см выше ключицы¦3 см выше ключицы¦

¦ сзади ¦ ост.отр.CVII ¦ 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.ThXI ¦ ост.отр.ThXI ¦

L--------------------------+-----------------+------------------

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

аускультации в симметричных точках выслушивается ослабленное

везикулярное дыхание; бронхофония ясно не выслушивается; имеются

сухие хрипы в нижних отделах легких.

6. Сердечно-сосудистая система.

Жалобы на боли и перебои в работе сердца.

Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмичный.

Частота пульса 76 ударов/мин. Стенка артерии эластичная.

Состояние крупных артериальных стволов по результатам осмотра и

пальпации - без изменений.

Артериальное давление 170/100 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

Процесс локализуется на нижних конечностях в области обеих голеней

и голеностопных суставов. Визуально определяются варикозно

расширенные вены систем большой и малой подкожных вен в виде

множественных плотных безболезненных узлов мешотчатой формы.

Кожный покров в области расширенных вен истончен, умеренно

гиперемирован, определяется диффузная гиперпигментация и умеренная

пастозность обеих голеней. Отеков нет.

VIII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей, варикозно-трофическая форма.

IX. ПЛАН ДАЛЬНЕЙШЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Анализ крови на RW, ВИЧ.

4. Коагулограмма.

5. Сахар крови.

6. Функциональные пробы.

7. Флебография.

8. Флебоманометрия.

X. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови от 10/III 98г.

Эритроциты - 4,8 Т/л

Гемоглобин - 162 г/л

Цветовой показатель - 1,0

Лейкоциты - 7,4 Г/л

Эозинофилы - 1%

Сегментоядерные - 46%

Лимфоциты - 49%

Моноциты - 4%

СОЭ - 10 мм/час

Заключение: лимфоцитоз.

2. Исследование мочи от 10/III 98г.

Цвет желтый

Реакция кислая

Удельный вес - 1020

Мутная

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские - единичные в поле зрения

Лейкоциты - 0-1 в поле зрения

Эритроциты - 0-1 в поле зрения

Слизь - значительное количество

Заключение: наличие слизи.

3. Анализ крови от 10/III 98г.

Сахар - 3,4 ммоль/л

Протромбин - 79%

Заключение: умеренная гипогликемия.

4. Кровь на реакцию Вассермана от 12/III 98г.

Результат отрицательный.

5. Кровь на антитела к ВИЧ от 12/III 98г.

Результат отрицательный.

XI. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Диагноз основывается на следующих данных:

1. В анамнезе:

 - наличие хронической венозной патологии.

 - острое прогрессирующее начало данного заболевания.

 - боли, отеки, варикозное расширение вен, трофические нарушения

 обеих нижних конечностей, а также слабость и утомляемость при

 длительном стоянии и ходьбе.

2. Клинически:

 - варикозно

 расширенные вены систем большой и малой подкожных вен в виде

 множественных плотных безболезненных узлов мешотчатой формы.

 - истончение, умеренная гиперемия, гиперпигментация кожных

 покровов в области расширенных вен.

 - наличие выраженных отеков на момент поступления.

XII. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Варикозно-трофическую форму ПТФБ у данного больного необходимо

дифференцировать с первичным варикозным расширением вен при

варикозной болезни нижних конечностей. Оба эти заболевания

проявляются сходными клиническими признаками:

- умеренная отечность в пределах голени и стопы

- варикозное расширение поверхностных вен

- гиперпигментация кожи, индурация подкожной клетчатки

Однако отличием от варикозной болезни является наличие у больного

тромбофлебитического поражения вен, предшествовавшего появлению

варикозного их расширения, быстрого прогрессирования процесса,

более выраженных жалоб на утомляемость, чувство тяжести и тупые

боли в ногах, значительных отеков в начале обострения и трофических

расстройств в виде гиперпигментации кожных покровов.

Вместе с тем у данного больного отсутствует ряд признаков

варикозной болезни:

- незаметное возникновение и медленное прогрессирование заболевания

- отсутствие тромбофлебита в анамнезе

- менее выраженные жалобы

- рнены. В генезе формирования ПТФБ и связанных с

ней расстройств венозного кровотока условно можно выделить четыре

периода:

1. Период острого тромбофлебита глубоких магистральных вен с

 неразвитыми путями окольного венозного оттока.

2. Период подострого течения синдрома за время организации и

 реканализации тромбов и начало формирования путей оттока.

3. Период хронического течения синдрома, для которого характерны

 стабильные анатомические изменения:

 - реканализация или окклюзия венозных магистралей

 - фиброз стенок вен околососудистой клетчатки

 - извитые пути коллатерального кровотока

4. Период декомпенсации венозного кровотока вследствие

 прогрессирующей недостаточности путей окольного кровотока.

Основной причиной заболевания, несомненно, являются грубые

морфологические изменения глубоких вен в виде частичной или полной

реканализации, разрушения клапанов и нарушения оттока крови. При

этом возникают вторичные, в начале функциональные, а затем и

органические изменения преимущественно в лимфатической системе и

мягких тканях конечностей вследствие нарушений микроциркуляции. В

нарушении регионарной циркуляции венозной крови значительную роль

играет отек подфасциальных тканей: он сдавливает магистральные вены

ниже препятствия и коллатеральные сосуды. Вследствие постоянной

гипертензии в коллатералях перестраиваются невовлеченные в

воспалительный процесс подкожные и глубокие вены. Так улучшается

дренаж тканей пораженной ноги, а в последующем истощается

компенсаторная функция венозных стенок, и развивается клапанная

недостаточность. Наиболее грубые нарушения гемодинамики в венах

нижних конечностей наступают при реканализации магистральных

глубоких вен, так как в положении больного стоя проявляется

действие гравитационного столба крови. Во время ходьбы эти

нарушения проявляются в еще большей степени. Регионарный кровоток в

пораженной конечности улучшается только в положении больного лежа.

Нарушение регионарной микроциркуляции усугубляется еще и тем, что

при венозной гипертензии тканевая жидкость мигрирует в

околокапиллярное пространство. Резорбция жидкости нарушается, а

оказавшиеся за пределами капилляров белок, эритроциты и электролиты

еще больше увеличивают онкотическое давление в тканях.

Образовавшийся порочный мироциркуляторный круг становится

постоянным и разорвать его можно только хирургическим путем.

Из изложенного выше можно сделать вывод, что в основе развития ПТФБ

лежат следующие механизмы:

- нарушение оттока крови по магистральным венам

- недостаточность клапанов глубоких вен

- нарушение микроциркуляции крови и лимфы преимущественно в

 дистальных отделах конечности.

Причиной заболевания у данного больного можно считать наследственно

обусловленную недостаточность венозного аппарата нижних

конечностей. Кроме того, возможно влияние профессионального режима

(работа столяром, грузчиком).

XIV. ЛЕЧЕНИЕ

Лечение ПТФБ может быть как консервативным, так и оперативным.

Поскольку оперативное лечение данному больному противопоказано в

связи с возрастом, то терапия носит консервативный характер.

Основные положения консервативной терапии:

1. Режим.

 В течение дня больной 2-3 раза на 20-30 минут принимает

 горизонтальное положение с возвышенным положением пораженной

 конечности. При вертикальном положении необходимо совершать

 движения пальцами стоп, сокращая икроножные мышцы. Сидя больной

 вытягивает ноги, помещая больную ногу на скамеечку. Ножной конец

 кровати должен быть приподнят на 15-20 см.

2. Эластическое бинтование.

 Выполняется с помощью бинтов, чулок, эластических повязок.

 Повязка накладывается утром с бинтованием от основания пальцев

 до паховой складки. На ночь повязка снимается, носится

 постоянно.

3. Физиотерапевтические процедуры.

 Например, ионофорез с лидазой.

4. Медикаментозное лечение.

 Антикоагулянты, дезагреганты, фибринолитики, Стимуляторы

 микроциркуляции.

Лечение данного больного.

1. Режим общий.

2. Стол N 15.

3. Эластическое бинтование конечности.

4. Витамин В1 (Thiamini chloridum).

Влияя на обмен веществ, оказывает широкое действие на организм.

Одним из эффектов является спазмолитическое действие на

периферические сосуды.

Rp. Sol. Thiamini chloridi 2,5% - 1 ml

 D.t.d N. 10 in amp.

 S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день.

5. Витамин В6 (Pyridoxini hydrochloridum).

Играет большую роль в обмене веществ. Часто применяется в качестве

общеукрепляющего средства.

Rp. Sol. Pyridoxini hydrochloridi 1% - 1 ml

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. По 1 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. Троксевазин (Troxevasin).

Уменьшает проницаемость капилляров, оказывает противоотечное и

противовоспалительное действие. Применяется при патологии венозного

аппарата.

Rp. Troxevasini - 0,3

 D.t.d. N. 20 in capsulis.

 S. По 1 капсуле 3 раза в день.

8. Но-шпа (No-Spa).

Обладает выраженной и продолжительной спазмолитической активностью.

Rp. Sol. No-Spani 2% - 2 ml

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. По 2 мл внутримышечно 1 раз в день.

XV. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ

31/III 98 г.

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

Общее состояние удовлетворительное, жалобы на варикозно расширенные

вены обеих ног, бессонницу.

Объективно - варикозно расширенные вены обеих ног, гиперпигментация

кожных покровов в области очага.

Физиологические отправления в норме.

Назначения:

- режим общий.

- стол N 15.

- тугое бинтование голени эластичным бинтом.

- Sol. Thiamini chloridi 2,5% 1 ml в/м 1 раз в день.

- Sol. Pyridoxini hydrochloridi 1% 1 ml в/м 1 раз в день.

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

- Troxevasini по 1 капсуле 3 раза в день.

- Sol. No-Spani 2% 2 ml в/м 1 раз в день.

1/IV 98 г.

Пульс - 72/мин, частота дыхания - 20/мин.

Общее состояние удовлетворительное, жалобы на варикозно расширенные

вены обеих ног, бессонницу.

Объективно - варикозно расширенные вены обеих ног, гиперпигментация

кожных покровов в области очага.

Физиологические отправления в норме.

Назначения отменить.

Готовить к выписке.

XVI. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Профилактика включает в себя следующие мероприятия:

- соблюдение режима;

- эластическая компрессия конечности;

- физиотерапевтические процедуры;

- гимнастические упражнения;

- своевременная коррекция водно-электролитных нарушений;

- применение медикаментозных средств с профилактической целью

(антикоагулянты, дезагреганты, фибринолитики).

XVII. ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни, здоровья, восстановления трудоспособности

благоприятный.

XVIII. ЭПИКРИЗ

x, 69 лет,

находился на стационарном

лечении в хирургическом отделении 1-й городской больницы по поводу

посттромбофлебитической болезни нижних конечностей, варикозно-

трофической формы с 5.03. по 1.04. 1998 г.

Больной поступил с жалобами на боли, отеки, варикозное расширение

вен, трофические нарушения обеих нижних конечностей, а также

слабость и утомляемость при длительном стоянии и ходьбе.

При объективном обследовании обнаружено варикозное расширение вен,

гиперемия и гиперпигментация нижних конечностей, умеренная

пастозность.

Проведена консервативная терапия:

- тугое бинтование голени эластичным бинтом.

- Sol. Thiamini chloridi 2,5% 1 ml в/м 1 раз в день.

- Sol. Pyridoxini hydrochloridi 1% 1 ml в/м 1 раз в день.

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

- Troxevasini по 1 капсуле 3 раза в день.

- Sol. No-Spani 2,0 в/м 1 раз в день.

Лечение перенесено без осложнений.

В результате лечения отмечено улучшение состояния: отек купирован,

сохраняется гиперпигментация.

Больной выписан под наблюдение хирурга поликлиники.

Рекомендовано:

Продолжать профилактическое лечение под наблюдением хирурга

поликлиники.

.

XIX. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

\* Альбицкий В.Б. Хирургические болезни. Иваново.: Талка, 1993.- 304 с.

\* Веденский А.Н. Посттромботическая болезнь.- М.: Медицина,1986.-

 240 с.

\* Войтенок Н.К. Варикозное расширение вен нижних конечностей.-

 Минск.: Беларусь,1984.- 158 с.

\* 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.

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

 Медицина,1987.- 704 с.

XX. ДАТА Подпись куратора

 8 апреля 1998 года.

рофессор Р.М. Евтихов