Паспортные данные:

# Ф.И.О.

Возраст - 41 дата рождения - 25.01.62.

Место жительства - .

Место работы –

Клинический диагноз: Варикозная болезнь голени справа в бассейне

БПВ II формы, ХВН – 0.

Осложнения: нет.

Сопутствующие: язва ДПК, миома матки, хронический тонзиллит

ЖАЛОБЫ. Предъявляет жалобы на наличие расширенных вен, сосудистых звездочек на голени справа, на голени и бедре слева.

ANAMNESIS MORBI. 18 лет назад во время третьей беременности во втором триместре на голени справа и слева появились телеангиэктазии, ретикулярный варикоз, примерно через 1 год после этого стали появляться варикозно-расширенные вены на голени справа. До поступления в клинику никакой медицинской помощи не оказывалось, лекарственные препараты не применялись. Направлена на лечение из больницы на ст. Новокузнецк с диагнозом варикозная болезнь нижних конечностей.

ANAMNESIS VITAE. У больной было 6 родов, течение без осложнений. В течении 2 лет страдает язвой ДПК, миома матки около 1 года. Гепатит, туберкулез, сифилис отрицает. Гемотрансфузии не проводились. Психические заболевания отрицает. Травмы отрицает. Алкоголь, наркотики не употребляет, не курит. Аллергия: анальгин, новокаин. Наследственность: варикозной болезнью болели мать, бабушка по линии матери, сестра.

STATUS PRAESENT COMMUNIS. Общее состояние удовлетворительное, положение в постели активное, состояние сознания ясное, поведение обычное Телосложение нормостенического типа, рост – 156 см, масса – 56 кг. Кожа нормальной окраски, шероховатая, сухая, эластичность снижена, тургор повышен, патологических элементов на коже нет. Волосы на голове редкие, сухие. Ногти тусклые, ногтевая пластина утолщена, ногтевое ложе бледно-розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка не выражена, толщина кожной складки 2 см, отеков нет. Задние шейные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, средние шейные, передние шейные, надключичные, подключичные, грудные, подмышечные, биципитальные, кубитальные, паховые, бедренные, подколенные лимфоузлы не пальпируются.

Мышцы развиты нормально, при пальпации безболезненны, мышечный тонус хороший. Костно-суставной аппарат: кости не деформированы, при пальпации и поколачивании безболезненны, позвоночник не искривлен. Конфигурация суставов нормальная, без припухлостей и покраснений кожи, объем активный и пассивных движений в норме, движения безболезненны. Органы дыхания: грудная клетка нормостенической формы, симметричная, тип дыхания грудной, дыхание ритмичное, ЧДД – 17. Резистентность грудной клетки повышена. Голосовое дрожание усилено в подлопаточной области справа и слева.

 Перкуторно:

 Слева справа

II мр по средне- ясный легочный ясный легочный

ключичной линии

надключич. обл ясный легочный ясный легочный

подключич. обл ясный легочный ясный легочный

II мр по средне- ясный легочный ясный легочный

подмышечной линии

V мр по средне- ясный легочный ясный легочный

подмышечной линии

## надлопаточ. обл ясный легочный ясный легочный

## III мр ясный легочный ясный легочный

межлопат. обл

## V мр ясный легочный ясный легочный

межлопат. обл

подлопат. обл ясный легочный ясный легочный

Высота стояния верхушек легких 3 см справа и слева, ширина полей Кренига справа –5 см, слева – 4 см., нижние границы легких:

 Справа слева

Linea parasternalis 5 мр

Mediaclavicularis 6 мр

axilaris ant. 7 мр 7 мр

axilaris med. 8 мр 8 мр

axilaris post. 9 мр 9 мр

scapularis 10 мр 10 мр

paravertebralis 10 мр 10 мр

подвижность нижних краев легких: по среднеключичной линии справа на вдохе 2 см, на выдохе 2см, по средней подмышечной справа на вдохе 3 см , на выдохе 3 см, слева – на вдохе 3 см, на выдохе 3 см, по лопаточной линии справа на вдохе 2см, на выдохе 2 см, слева на вдохе 2 см, на выдохе 2 см.

Аускультативно:

 Слева справа

II мр по везикулярное везикулярное

среднекл линии

надключич. обл везикулярное везикулярное

подключич. обл везикулярное везикулярное

II мр средне- везикулярное везикулярное

подмышечной линии

V мр средне- везикулярное везикулярное

подмышечной линии

II мр везикулярное везикулярное

межлопат. обл

V мр везикулярное везикулярное

межлопат. обл

## надлопаточ. обл везикулярное везикулярное

## III мр везикулярное везикулярное

межлопат. обл

## V мр везикулярное везикулярное

межлопат. обл

## подлопат. обл везикулярное везикулярное

Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок разлитой, высокий, резистентный, пальпируется в 5 межреберье на среднеключичной линии. Перкуторно: относительная тупость сердца: справа 1 см от правого края грудины, слева 1см вправо от среднеключичной линии, верхняя граница на III межреберье, поперечник относительной тупости 12 см. Абсолютная тупость сердца справа по правому краю грудины, слева на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя граница на IV ребре. Конфигурация сердца нормальная. Поперечник сосудистого пучка 5 см. Аускультативно: основные точки – митральный клапан (зона верхушечного толчка) - тоны сердца ясные, шумов нет; аортальный клапан (II межреберье справа от края грудины) – тоны ясные, шумов нет; клапан легочного ствола (II межреберье слева от края грудины) – тоны ясные, шумов нет; трикуспидальный клапан (IV межреберье справа от края грудины) – тоны ясные, шумов нет; дополнительные точки – точка Боткина-Эрба – тоны ясные, шумов нет, точка Наунина – тоны ясные, шумов нет, точка Левиной – тоны ясные, шумов нет. АД: правая рука – 120/75 мм. рт. ст., левая рука – 120/70 мм. рт. ст., на ногах АД не измерено вследствие отсутствия манжетки на бедро. На поверхностной височной справа и слева, общей сонной справа и слева, подмышечной и плечевой справа и слева, бедренной справа и слева, подколенной справа и слева, задней большеберцовой справа и слева, тыльной артерии стопы справа и слева пульсация хорошая. На аорте и подвздошных артериях справа и слева пульсация отсутствует. Пульс на лучевой артерии справа и слева ритмичный, частота 67 уд/мин., твердый, большой, равномерный, синхронный. Аускультативно: аорта – шумов нет, сонная артерия справа и слева – шумов нет, подключичная артерия справа и слева – шумов нет, бедренная артерия справа и слева – шумов нет.

Органы пищеварения. При осмотре полости рта язык розового цвета, влажный, покрыт белым налетом; кариозных зубов нет, вверху слева отсутствуют 6-8 зубы; зев и глотка гиперемированны. Живот правильной формы, симметричный, брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот безболезненный, напряжения мышц брюшной стенки нет, опухолевидные образования и грыжи отсутствуют, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Методическая глубокая пальпация по Образцову-Стражеско: сигмовидная кишка пальпируется в виде плотно-эластичного цилиндра в левой подвздошной области, толщиной около 4 см, безболезненна, с гладкой поверхностью, подвижна, слепая кишка пальпируется в виде мягко-эластичного образования в правой подвздошной области, безболезненна, с гладкой поверхностью, восходящая ободочная кишка пальпируется в правой боковой области живота, мягко-эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, диаметром около 5 см, безболезненна, поперечная ободочная кишка не пальпируется, нисходящая ободочная кишка пальпируется в левой боковой области живота мягко-эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, диаметром 4 см, безболезненна, желудок не пальпируется, поджелудочная железа и селезенка не пальпируются.

Печень: край плотно-эластичной консистенции, безболезненный, поверхность гладкая, перкуссия по Курлову: I размер 9 см, II размер 7 см., III размер 7 см. Перкуссия селезенки: поперечник тупости селезенки – 4 см., длинник тупости селезенки – 5 см.

 При аускультации живота определяется шум перистальтики кишечника.

Система мочеотделения: Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный. Болезненности по ходу мочеточников нет.

Эндокринная система: щитовидная железа не пальпируется.

STATUS LOCALIS. При осмотре нижних конечностей стоя кожа естественного цвета, не пигментирована, форма ног симметрична, окружность нижней трети правой голени 24 см, левой 24 см. На коже видны расширенные внутрикожные вены, телеангиэктазии во всех областях нижних конечностей, извитые варикозно-расширенные вены в верхней и средней трети медиальной поверхности голени справа, в верхней трети медиальной поверхности голени слева, в средней трети медиальной поверхности бедра слева, кожа над венами не гиперемированна, при пальпации безболезненна, гипертермии нет, вены мягкие, без уплотнений, пальпаторно определяется утолщение ствола БПВ на голени справа. Симптом Хоманса отрицательный справа и слева. В горизонтальном положении вены не спадают.

План дополнительных методов обследования:

1. Общий анализ крови с формулой Шиллинга.
2. Биохимия крови.
3. Коагулограмма.
4. Группа крови и резус-фактор.
5. Антитела ВИЧ.
6. RW.
7. Общий анализ мочи.
8. ЭКГ.
9. Флюорография.
10. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей

Результаты исследований:

ОАК: эритроциты - 4.3\*1012/л; гемоглобин – 135 г/л; СОЭ – 7мм/час; лейкоциты 7.0\*109/л; эозинофилы – 2; палочкоядерные – 1, сегментоядерные – 57, лимфоциты – 39, моноциты – 10. Время свертывания – 4’45’’. Биохимия крови: билирубин – 10.4 мкмоль/л; мочевина – 2.9 ммоль/л; сахар крови – 4.8 ммоль/л; протромбин – 10.9; фибриноген – 2.2; калий – 5.3 ммоль/л; натрий – 135 ммоль/л; общий белок – 84.6 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый правильный, ЧСС 75/мин. Заключение: Дисметаболические изменения в миокарде.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, белок – отр, сахар – отр, удельный вес – 1020, лейкоциты – 2 в поле зрения, плоский эпителий – 4 в поле зрения.

Дуплексное сканирование вен нижних конечностей: вены до подколенного уровня проходимы, кровоток фазный. Определяется сброс по правой БПВ.

Клинический диагноз: Варикозная болезнь голени справа в бассейне БПВ II формы, ХВН – 0; варикозная болезнь голени и бедра слева в бассейне БПВ I формы, ХВН – 0.

Обоснование диагноза: жалобы на наличие расширенных вен, сосудистых звездочек на голени справа, на голени и бедре слева указывают на патологию венозной системы нижних конечностей. Данные anamnesis morbi, а именно: появление 18 лет назад на ногах телеангиэктазий и ретикулярного варикоза, варикозно-расширенных вен 17 лет назад, свидетельствуют о том, что данная патология является хронической. Результаты дуплексного сканирования вен нижних конечностей – проходимость глубоких вен, наличие рефлюкса по БПВ справа свидетельствует о варикозной болезни голени справа II формы. Отсутствие жалоб, кроме наличия варикозно-расширенных вен, объективных проявлений заболевания (отеков, трофических нарушений), свидетельствует о ХВН – 0. Отсутствие патологического вено-венозного сброса, по данным дуплексного сканирования вен нижних конечностей, указывает на варикозную болезнь голени и бедра в бассейне БПВ слева I формы. Отсутствие жалоб, кроме наличия варикозно-расширенных вен, объективных проявлений заболевания (отеков, трофических нарушений), свидетельствует о ХВН – 0.

Дифференциальный диагноз: дифференциальный диагноз следует проводить с посттромботической болезнью, для которой характерны боли в пораженной конечности, наличие в анамнезе острого венозного тромбоза, при дуплексном сканировании свойственна визуализация тромботических масс, поражение клапанного аппарата, кровоток по вене не фазный, турбулентный, имеются окклюзии. Флеботромбоз – заболевание возникает остро, характерны боли в пораженной конечности, отеки, белая или синяя флегмазия, положительный симптом Хоманса, при дуплексном сканировании выявляются тромботические массы в просвете вены, увеличение диаметра вены. Болезнь Паркс-Вебера-Рубашова и болезнь Клиппеля-Треноне – характерные синдромы появляются с рождения, присуща пигментация и удлинение конечностей, не выявлено при дуплексном сканировании. Недостаточность кровообращения – типично постепенное развитие отека на обеих нижних конечностях. При пальпации живота обнаруживается увеличение печени и асцит.

Этиология. Основные этиологические факторы: наследственность – здесь имеет место как предрасположенность к варикозной болезни, которой страдали или страдают близкие родственники, так и врожденная слабость соединительной ткани всего организма, когда варикозное расширение вен нижних конечностей сочетается с грыжами, геморроем, плоскостопием. Образ жизни оказывает влияние на развитие и течение болезни, так предрасполагают к развитию заболевания длительное неподвижное пребывание в положении стоя или сидя, статические нагрузки, связанные с подъемом тяжестей. Пол – женщины в зрелом возрасте гораздо чаще имеют первичное варикозное расширение вен нижних конечностей,
это объясняется анатомическими и функциональными особенностями женского организма: более широкий таз у женщин с большим перегибом вен нижних конечностей при впадении их в тазовые вены, переполнение тазовых вен кровью во время менструации. Основным фактором является беременность, во второй половине которой имеет место давление на нижнею полую вену. Ожирение является фактором риска варикозной болезни среди женщин репродуктивного и менопаузального возраста. Дисгормональные состояния, широкое использование средств гормональной контрацепции. Так прогестерон и его производные снижают тонус венозной стенки за счет постепенного разрушения коллагеновых и эластических волокон.

Патогенез. В начале болезни происходят гипертрофия и новообразование клеточных элементов, что приводит к значительному утолщению венозной стенки. При этом наблюдается сужение vasa vasorum. В дальнейшем наблюдается гибель мышечных элементов с последующим разрастанием соединительной ткани. Нервные элементы, расположенные в стенке вены, вовлекаются в процесс вторично и создают новый отрицательный фактор, приводящий к потере функции гладкой мускулатуры венозной стеки – атония. В начальных стадиях расширения вен, когда отсутствуют признаки недостаточности клапанов, венозное давление, определяемое в вертикальном положении больного, соответствует нормальным цифрам. При дальнейшем развитии болезни и особенно при симптомах клапанной недостаточности, давление в варикозных венах возрастает. Это можно объяснить обратным током крови по вене сверху вниз. Увеличение венозного давления на голени объясняется еще и тем, что здесь много перфорирующих вен с недостаточным клапанным аппаратом.
Эти вены короткие и широкие, их стенки лишены мышечной опоры, а поэтому они подвержены растяжению кровью и варикозным изменениям, в результате чего кровоток не идет от поверхностных вен к глубоким, а становиться баллотирующим, что значительно повышает венозное давление. Кроме того повышение венозного давления в поверхностных венах ведет к дальнейшему открытию физиологически неактивных артериовенозных прекапиллярных анастомозов, через которые происходит сброс артериальной крови в вены, что в свою очередь еще более повышение венозного давления. Все это затрудняет переход крови из капилляров кожи и подкожной клетчатки в венулы и вены, т.е. развивает стаз в артериолах и капиллярах с переходом жидкой части крови в ткани, в кожу и подкожную клетчатку. Возникают периоститы, атрофические изменения в мышцах, волосы на голенях выпадают, кожа истончается и пигментируется за счет отложения гемосидерина. Длительная отечность кожи и подкожной клетчатки приводит к дерматитам, хронической экземе и варикозным язвам. В отечной клетчатке свернувшийся белок плазмы крови организуется, клетчатка склерозируется, уплотняется. Все это ведет к нарушению лимфоотока из пораженной конечности.

Клинические проявления заболевания. Классическая клиническая картина варикозной болезни: варикозно-расширенные вены – есть, синдром «тяжелых ног» - нет, преходящий отек – нет, судороги в икроножных мышцах – нет, трофические расстройства (гиперпигментация кожи, индурация и липодерматосклероз, экзематозный дерматит, целлюлит, пиодермия, трофическая язва) – нет.

 Лечение:

Физиолечение. Лазеротерапия, магнитотерапия. ЛФК.

Медикаментозная терапия:

Флеботоники: Детралекс – уменьшает проницаемость и ломкость капилляров участвует в окислительно-восстановительных процессах, тормозит действие гиалуронидазы, предохраняет от окисления аскорбиновую кислоту и адреналин.

Витамины: Кислота аскорбиновая - имеет большое значение для образования коллагенов - участвует в гидроксилировании пролина и лизина.

Средства улучшающие микроциркуляцию: Тиклид – блокирует АDP-зависимый механизм активации тромбоцитов и их связывание с фибриногеном, подавляет адгезивность тромбоцитов и эритроцитов, стимулирует образование простагландинов E1  и D2 и простациклина, улучшает микроциркуляцию.

Оперативное лечение – флебэктомия БПВ справа по Бэбкоку.

Склеротерапия: склерооблитерация варикозно-расширенных притоков БПВ справа и слева по L. Tessari.

Дневник курации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Лечение |
| 24.09.03. | Состояние удовлетворительное, предъявляет жалобы на несильные боли в области послеоперационных швов, температура 36.8 оС, АД -130/80, пульс – 73 уд/мин. Дыхание везикулярное, границы легких в норме, тоны сердца ясные ритмичные, границы сердца в норме. Живот при осмотре симметричный, пальпаторно мягкий, безболезненный, границы печени и селезенки в норме. При осмотре нижних конечностей кожа естественного цвета, отека нет, температура кожи нормальная, послеоперационный шов с гиперемией, без инфильтрации.  |  |
| 26.09.03. | Состояние удовлетворительное, жалоб нет, температура 36.8, АД – 120/80, пульс – 70. Дыхание везикулярное, границы легких в норме, тоны сердца ясные ритмичные, границы сердца в норме. Живот при осмотре симметричный, пальпаторно мягкий, безболезненный, границы печени и селезенки в норме. При осмотре нижних конечностей кожа естественного цвета, отека нет, температура кожи нормальная. |  |
| 29.09.03. | Состояние удовлетворительное, жалоб нет, температура 36.6, АД – 125/80, пульс – 80. Дыхание везикулярное, границы легких в норме, тоны сердца ясные ритмичные, границы сердца в норме. Живот при осмотре симметричный, пальпаторно мягкий, безболезненный, границы печени и селезенки в норме. При осмотре нижних конечностей кожа естественного цвета, отека нет, температура кожи нормальная. |  |

Прогноз:

Для жизни: заболевание опасности не представляет.

Для здоровья: выздоровление.

Для трудоспособности: на трудоспособность не влияет.

Выписной эпикриз.

Больная поступила с жалобами на наличие расширенных вен, сосудистых звездочек на голени справа, на голени и бедре слева в плановом порядке. Выполнены исследования – дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Поставлен диагноз Варикозная болезнь голени справа в бассейне БПВ II формы, ХВН – 0; варикозная болезнь голени и бедра слева в бассейне БПВ I формы, ХВН – 0. Назначено лечение: лазеротерапия, магнитотерапия, ЛФК, медикаментозная терапия: детралекс, кислота аскорбиновая, тиклид, оперативное лечение – флебэктомия, склеротерапия. Выписана с исходом: выздоровление.

Рекомендации: Эластическая компрессия оперированной нижней конечности в течении 2 месяцев. Детралекс по 2 таблетки в день 1 месяц. Возвышенное положение для нижних конечностей на 15 минут 3-4 раза в день; самомассаж нижних конечностей в восходящем направлении.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Мазаев П.Н., Королюк И.П., Жуков Б.Н. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. – М.: Медицина, 1987, 256 с., ил.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства. 14-е изд., перераб., испр. и доп.- М.: ООО «Издательство Новая Волна». 2000.
3. Покровский А.В. Клиническая ангиология. – М.: Медицина, 1979. – 368 с., с ил.
4. Репитников Е.А., Тихонравова Т.А., Кобцова Л.Ф. Реабилитация больных варикозным расширением вен нижних конечностей после флебэктомии.//Хирургия. – 1987. - № 6. – С.70-73.
5. Сердечно-сосудистая хирургия: руководство / В.И. Бураковский, Л.А. Бокерия и др.; Под ред. акад. АМН СССР В.И. Бураковского, проф. Л.А. Бокерия. – М.: Медицина, 1989. – 752 с.: ил.
6. Стойко Ю.М., Шайдаков Е.В., Гаврилов Е.К. XIV Всемирный конгресс флебологов – научно-практический форум на рубеже веков.//Вестник хирургии. – 2003. - № 1. – С.89-91.
7. Энциклопедия клинического обследования больного: Пер. с англ.- М.: Геотар Медицина, 1998.- 704 с.