Министерство здравоохранения РФ

Алтайский Государственный Медицинский Университет

Кафедра Факультетской хирургии

Зав. каф. проф. Я.Н.Шойхет

**История болезни**

Выполнил: ст. гр..

Проверил: преподаватель Кушнаренко А.В.

Барнаул 2005 г

**Паспортные данные:**

Фамилия

Имя

Отчество

Год рождения 1979

Место жительства

Место работы: АГТУ

Дата поступления: 21.03.05

**Жалобы** (основные): тяжесть в ногах, быстрая утомляемость нижних конечностей, боль левой ноги, отеки, возникающие к вечеру, расширенные вены правой ноги, чувство распирания в ногах, дискомфорт.

**Анамнез заболевания.** /Anamnesis morbi/: больной считает себя в течение последних 3-х лет, во время беременности впервые обнаружила у себя варикозно-расширенные вены на правой ноге, со временем количество расширенных вен увеличилось, стали беспокоить вечерние отеки, тяжесть в ногах. Поступила для обследования и планового лечения.

**Анамнез жизни**: в 5 лет ветряная оспа, в 12 лет переболела корью, операции, венерические заболевания, гепатит, аллергии, туберкулез отрицает. Гемотрансфузии отрицает. Мать страдала заболеваниями вен. Сопутствующие патологии отрицает.

**Общий статус.**

Общее состояние удовлетворительное.

Положение: активное.

Конституция нормостеническая.

Кожные покровы чистые, нормальной окраски, наблюдается сухость нижних конечностей.

Температура тела 36,5.

Рост 161см. Вес 54 кг.

Лимфатические узлы: Затылочные, шейные, подчелюстные, над и подключичные лимфатические узлы величиной от 0,5 до 1,5 см в диаметре, безболезненные, овоидной формы, эластичные, подвижные, не спаяны между собой.

Молочные железы без патологии.

Органы кровообращения:

Осмотр области сердца и сосудов.

Пульсаций во внесердечной области не обнаружено.

Пальпация области сердца и сосудов.

Верхушечный толчок не пальпируется. Систолического и диастолического дрожания не выявлено.

Пульс 70 удара в минуту. Свойства пульса: равномерный, ритмичный, твердый, полный, большой.

Аускультация сердца и сосудов.

Сердечные тоны нормальные.

ЧСС 70удара в минуту. Ритм правильный.

АД 110\70 на обеих руках.

Органы дыхания:

Осмотр грудной клетки.

Статический:

Грудная клетка симметричная, нормальной формы, над и подключичные ямки выражены.

Динамический:

Тип дыхания грудной. Частота дыхания 16 в минуту. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания.

Пальпация грудной клетки.

Грудная клетка регидна, безболезненна при пальпации. Голосовое дрожание нормальное.

Сравнительная перкуссия легких.

Перкуторный звук ясный легочной, одинаковый на симметричных участках грудной клетки.

Аускультация легких.

Дыхание везикулярное. Хрипов нет.

Органы пищеварения:

Язык чистый, влажный. Слизистая оболочка полости рта нормальной окраски. Живот мягкий , безболезненный при пальпации.

Симптомы Щеткина-Блюмберга, Ортнера отрицательны.

При перкуссии живота скрытой жидкости и газа не выявлено.

Размеры печени по Курлову: 10-8-7.

Мочеполовая система:

Осмотр.

В поясничной области покраснения, припухлости и отечности кожи не выявлено.

Пальпация.

Почки не пальпируются.

Пальпация надлобковой области безболезненна.

Перкуссия.

Симптом Пастернацкого отрицательный.

***Status localis****: расширенные извитые вены на правой ноге, бассейн БПВ. Отеков нет, трофических нарушений нет, мышцы обеих конечностей мягкие, безболезненные. Артерии пульсируют на всех уровнях (подвздошная, подколенная и область стопы).*

**План дополнительных обследований:**

Биохимический анализ крови

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Функциональные пробы

Экг

**Результаты дополнительных обследований**

**Общий анализ крови**

Анализ крови

|  |  |
| --- | --- |
| СОЭ | 5 мм час |
| Лейкоциты | 4.6 |
| Эритроциты | 4.1 |
| Тромбоциты | 270 |
| Гемоглобин | 156 |

Лейкоцитарная формула в процентах

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Э | Б | П\ я | С \ я | л | М |
| 0 | --- | 1 | 50 | 20 | 4 |

Заключение: все показатели общего анализа крови находятся в пределах нормы.

**Биохимический анализ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Билирубин общий | 16.2 | N |
| В-липопротеиды | 2.7 | N |
| холестерин | 4.6 | N |
| Сахар крови | 6.6 | N |
| диастаза | 240 | N |
| мочевина | 8.4 | N |

Заключение : все показатели в норме

**Общий анализ мочи**

Цвет: соломенный

Уд.вес 1018

Белок 0.8

Микроскопия

Лейкоциты 2-3

Эритроциты-

Эпит.клетки 1-3

Соли –

Цилиндры**—**

Заключение: все показатели в норме

Заключение функциональных проб: у больного наблюдается несостоятельность клапанов вен левой ноги, бассейн БПВ.

**Заключение ЭКГ**: Р-0.08

QRS=0/08

PQ=0/16

Синусовая аритмия, дисметаболических изменений в миокарде не выявлено.

**Клинический** диагноз **и его обоснование**

Исходя из жалоб больного на тяжесть в ногах, быструю утомляемость нижних конечностей, боль правой ноги, отеки, возникающие к вечеру, расширенные вены правой ноги, чувство распирания в ногах, дискомфорт, можно предположить о вовлечении в патологический процесс вен нижней конечности; из анамнеза следует, что заболевание является впервые выявленным; так как мать страдала варикозным расширением вен, то возможно развитие и больного данной патологии; на основании данных объективного обследования*: расширенные извитые вены на правой ноге, бассейн БПВ предположим развитие у больного варикозного расширения вен правой конечности. Данные дополнительных исследований подтверждают предположение, следовательно, мы имеем* ***Клинический диагноз:***

***Варикозная болезнь правой ноги, форма II, ХВН-1*** *(язв, кровотечений из вен не обнаружено), бассейн БПВ,* ***стадия декомпенсации****( больную беспокоит чувство тяжести, распирания в конечностях, отеки),* ***ХВН-1****( появились субъективные жалобы на боль. распирание),* ***форма II*** *(имеется несостоятельность клапанов подкожных вен)*

**Дифференциальный диагноз**: следует проводить с посттромбофлебитическим синдромом, для которого характерны указания на перенесенный тромбоз глубоких вен, отеки стойкие, все время, выраженные трофические расстройства. У больного не наблюдаются данные признаки. Так же необходимо дифференцировать с врожденными заболеваниями – синдромы Паркса Вебера Клиппеля – Треноне . Отсутствие гипертрофии удлинения пораженной конечности. Гипертрихоза, пульсации расширенных вен и систолического шума над их проекцией позволяет исключить синдром Паркса Вебера. Можно исключить и синдром Клиппеля – Треноне на основании характерной для него триады симптомов : сосудистых пигментных пятен на коже нижней конечности, увеличение объема и длины конечности, чего мы не наблюдаем у больной.

**Этиопатогенез**: предложен ряд теорий для объяснения развития варикозного расширения вен у больных.

1)Механическая теория: возникновение заболевания связано с затруднением оттока крови из нижних конечностей вследствие длительного пребывания на ногах или сдавления вен.

2)Теория клапанной недостаточности: заболевание возникает в следствие врожденного отсутствия венозных клапанов, либо в следствие их функциональной недостаточности при недоразвитии.

3)Нейроэндокринная теория: в следствие нарушения тонуса венозной стенки при гормональной перестройке.

Повышение давления в венозных стволах при варикозном расширении вен приводит к недостаточности клапанов в системе коммуникантных вен. В связи с этим кровь из глубоких вен под влиянием мышечных сокращений выталкивается в поверхностные вены. Возникает локальная гипертензия, особенно выраженная в нижней трети голени, над медиальной лодыжкой, где имеются наиболее крупные коммуникантные вены. Повышается давление в венозных отделах микроциркуляции, что ведет к раскрытию артериоло-венозных анастомозов. В перикапилярном пространстве скапливается значительное количество жидкости, электролитов, форменных элементов крови. Плазменного белка. Белок стимулирует развитие соединительной ткани в коже и подкожной клетчатке. В тканях нарушаются обменные процессы, что клинически проявляется отеками и развитием трофическим расстройств.

**Лечение**

План ведения:

1. оперативное лечение: ФЛЕБЭКТОМИЯ ПРАВОЙ НОГИ БПВ.

    Хирургическое лечение является основным методом лечения В. р. в. Его результаты лучше, если операция производится до развития трофических изменений кожи. Оперативное вмешательство при первичном В. р. в. включает перевязку и удаление расширенных подкожных вен, а также перевязку несостоятельных коммуникантных вен. Большую и малую подкожные вены перевязывают у места их впадения в бедренную вену. Удаление этих вен (флебэктомию) производят с помощью специального зонда или из отдельных маленьких разрезов. Облитерации притоков магистральных вен достигают лигатурными методами, эндовазальной электрокоагуляцией, путем склеротерапии. Инъекционно-склерозирующий метод лечения может быть использован при рассыпном типе В. р. в. и как дополнение к хирургическому с целью улучшения косметических результатов. При посттромботической болезни применяют более сложные операции, которые следует проводить в специализированных (сосудистых) хирургических отделениях. В послеоперационном периоде используют компрессию эластичным бинтом или медицинским чулком в течение 4—6 мес., ЛФК, физиотерапевтические процедуры.

*показания:*

а)Кожный дефект

б)ХВН-1, опасность прогрессирования

в)Отеки, боль

2)Послеоперационная профилактика

а) прием флеболимфотоников ( детралек 2 таблетки в день)

б)Компрессионная терапия

**Дневник**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата, температура тела | Дневник наблюдения | Назначения |
| 22.03.05  37.4 | ЧДД = 20 в минуту  ЧСС = 100 в минуту  АД = 120\80  Больному сделана операция: флебэктомия правой ноги.  Анестезия: р-р Promedoli2%-1в\м | Флебэктомия правой ноги БПВ |
| 23.03.05  37.2 | Общее состояние удовлетворительное.  Отмечает тяжесть в ногах, быстрая утомляемость нижних конечностей, боль правой ноги, отеки, возникающие к вечеру, расширенные вены правой ноги, чувство распирания в ногах, дискомфорт.  ЧДД = 17 в минуту  ЧСС = 72 в минуту  АД = 110\70 | Перевязки. |
| 24.03.05  36.8 | Без отрицательной динамики.  2 день после операции: состояние удовлетворительное, умеренная болезненность в послеоперационных ранах. Раны чистые, сухие.  ЧДД = 18 в минуту  ЧСС = 78в минуту  АД = 120\80 | Перевязки |

**Прогноз** для **жизни** благоприятный. В случае своевременно произведенной операции при первичном В. р. в. у большинства больных полностью восстанавливается работоспособность. При развитии выраженных трофических нарушений, особенно при вторичном варикозном расширении вен, у 20—50% больных отмечается снижение трудоспособности; состояние больного заметно улучшится, косметический дефект будет незначительным, что не отразится на качестве жизни больного

**Здоровья**: перестанут беспокоить отеки, тяжесть, значительное облегчение состояние.

**Работа**: работа больной не связана с большими физическими нагрузками, длительным хождением на ногах в течение рабочего дня, поэтому для работы прогноз положительный.

**Эпикриз.**

Больная: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 26 лет, студент, поступила 21.03.05 с жалобами на тяжесть в ногах, быстрая утомляемость нижних конечностей, боль правой ноги, отеки, возникающие к вечеру, расширенные вены правой ноги, чувство распирания в ногах, дискомфорт. В ходе опроса было выяснено, что больного беспокоят данные симптомы в течение последних 3 лет, до этого ничего не беспокоило, других заболеваний не переносил, оперативных вмешательств не было. Было сделано предположение о вовлечении в патологический процесс сосудов правой конечности. Выявленные при осмотре извитые расширенные вены свидетельствовали о варикозном расширении вен.

Больная была обследована:

Биохимический анализ крови

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Функциональные пробы

Экг

Анализы крови и мочи в норме, в ходе функциональных проб была установлена несостоятельность клапанов левой конечности БПВ. Данные дополнительных обследований подтвердили предположение развитии патологии и был поставлен диагноз:

***Варикозная болезнь правой ноги, форма II, ХВН-1 стадия декомпенсации***

***Больному проводилось лечение:***

***1)ФЛЕБЭКТОМИЯ правой ноги БПВ.***

*Динамика состояния больной после проведенного лечения положительная, боли стали умеренными.* В 1 день после операции: состояние удовлетворительное, умеренная болезненность в послеоперационных ранах. Раны чистые, сухие.

**Амбулаторно рекомендовано**:

**1**)Прием флеболимфотоников (детралекс 2 таблетки в день),

**2**)Компрессионный трикотаж профилактический( менее 18 мм.рт.ст.)

**3**)По образу жизни и питанию рекомендовано:

а)включение в рацион сырых овощей и фруктов, ограничение жирной и соленой пищи

б)избыточное потребление жидкости нежелательно, но и недостаток ее ведет к запорам, ведущих к усугублению ХВН

в)чаще ходить пешком

г)при длительном сидении чаще менять позу

д)ежедневно принимать тугой контрастный душ

е)во время сна и отдыха держать ноги в приподнятом положении

**4)**Исключить:

а)длительное прибывание в условиях высоких температур

б)подъем тяжестей

в) тугую одежду

д)избегать нагрузки на ноги

**5)**Лечебная гимнастика при венозной недостаточности:

а)вставание на цыпочки 15-20 раз

б)попеременно вставать на носки. Затем на пятки 20 раз

в)упор на пятки 20 раз

г)упражнение «езда на велосипеде» 20 раз в быстром темпе

д)круговые движения каждой ногой 10 раз

е)сгибание и разгибание пальцев ног. Ноги вытянуты и слегка приподняты.

Список литературы;

1)  Веденский А.Н. Варикозная болезнь, Л., 1983,

2) Веденский А.Н, Посттромботическая болезнь. Л., 1986;

3) Даудярис И.П. Болезни вен и лимфатической системы конечностей, М., 1984,

4) Мазаев П.Н., Королюк И.П. и Жуков Б.Н. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, М., 1987.

5) Покровский А.В. Клиническая ангиология, М., 1979;

6) Савельев В.С., Думпе Э.П. и Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен, М., 1972.