**I. ДАННЫЕ РАССПРОСА**

1. Дата и время поступления: 05.12.2016 г.
2. Побочное действие лекарственных препаратов: нет
3. Пол: мужской
4. Возраст: 72 года
5. Диагноз при поступлении: варикозная болезнь левой нижней конечности, ХВН II степени
6. Клинический диагноз основное: варикозная болезнь левой нижней конечности, ХВН II степени
7. Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия, ГБ IIIст. риск 4, ДГПЖ.
8. Осложнения: нет
9. Название операции, дата её производства, продолжительность: флебэктомия слева, 07.12.16, с 8:45 до 9:30
10. Послеоперационные осложнения: б/о
11. Исход болезни: выздоровление

**II. ЖАЛОБЫ:** на наличие варикозно-расширенных вен на левой голени и бедре, боли распирающего характера в области левой голени, отеки на нижних конечностях утром.

**III. ANAMNESIS MORBI**

Страдает варикозной болезнью около 10 лет, когда заметил наличие варикозно-расширенных вен на левой нижней конечности. Отмечает ухудшение в течение года, когда появились отеки, боли распирающего характера, вариксы в области левой голени.

Готовится на плановое оперативное лечение по поводу ДГПЖ. С целью подготовки к операции и уменьшения риска тромбоэмболических осложнений, после амбулаторного дообследования, госпитализируется в 1 х/о на плановое оперативное лечение варикозной болезни.

**IV. ANAMNESIS VITAE**

Родился 06.01.1943 г. В г.Красноярск, доношенным ребенком, в полной семье, вскармливался грудью. Когда начал ходить, говорить не помнит. Рос и развивался соответственно возрасту.

Материально-бытовые условия в детстве и на данный момент удовлетворительные.

Пошел в школу в 6 лет, закончил 11 классов, затем закончил Красноярский Политехнический Институт.Профессиональные вредности: ВЧ

Питается правильно, ведет активный образ жизни, много времени проводит на свежем воздухе. Физкультурой и споротом занимается.

1965-1967 гг. был на военной службе в г.Канск

Женат, имеет троих детей.

Перенесенные ранее заболевания: ИБС, стенокардия, ГБ III ст. риск 4, ДКПЖ. В 1986 г. открытая черепно-мозговая травма. В 2006 лапароскопическая холицистоэктомия.

Гемотрансфузий не было.

Вредные привычки: не пьет, не курит

Аллергический анамнез: не отягощен

Наследственный анамнез: отец болел сахарным диабетом I типа, мать страдала глаукомой.

**V. STATUS PRAESENS**

Сознание ясное, положение активное, общее состояние удовлетворительно, Больной нормостенического телосложения, удовлетворительного питания.

Голова правильной формы, выражение лица обычное.

Нарушений осанки и походки не отмечается. Температура 36,6.

Кожные покровы естественной окраски, умеренно влажные, чистые. Тугор кожи сохранен, отеки на нижних конечностях в утреннее время.

Видимые оболочки слизистые розового цвета, язык влажный, чистый, миндалины не увеличены.

Подкожный жировой слой развит хорошо(толщина кожной складки на животе на уровне пупка – 3 см),место наибольшего отложения жира на животе.

Лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, затылочные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые) не увеличены, пальпация их безболезненна.

Костно-мышечная система без видимой патологии, мышечный тонус умеренный, болезненность мышц при пальпации не наблюдается. Деформации костей, барабанных пальцев, акромегалии нет

Суставы обычной конфигурации, гиперемии над ними, местного повышения температуры не отмечается. Движения активное и пассивное в полном объеме, хруста и флюктуации нет.

Глазные щели равномерные, подвижность глазных яблок не нарушена, двоения нет, анизокория отсутствует, реакция зрачков на свет прямая, живая, содружественная.

Обоняние и слух не нарушены.

*Органы дыхания.*

Дыхание через нос не затруднено. Тип дыхания - брюшной. Дыхание ритмичное, ЧДД - 20 в минуту. Форма грудной клетки правильная, грудная клетка симметричная, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Голос нормальный.

**Пальпация грудной клетки:**

При пальпации грудная клетка безболезненна, умеренно резистентна. Голосовое дрожание справа и слева одинаково.

**Перкуссия:**

При сравнительной перкуссии над всеми легочными полями ясный легочный перкуторный звук.

Топографическая перкуссия.

Высота стояния верхушек.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| Спереди | 3,5 см выше уровня ключицы | 4 см выше уровня ключицы |
| Сзади | На уровне остистого отростка VII гшейного позвонка позвонка. | На 0,5 см выше уровня остистого отростка VII шейного позвонка |

Ширина полей Кренига.

|  |  |
| --- | --- |
| Справа | Слева |
| 4,5 | 5 |

Нижние границы легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Справа | Слева |
| L. parasternalis | VI ребро | - |
| L. mediaclavicularis | Шестое межреберье | - |
| L. axilaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| L. axilaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| L. axilaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| L. scapularis | X ребро | X ребро |
| L. paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижних краев легких, см

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Справа | | | Слева | | |
| На вдохе | На выдохе | Сум-  марно | На вдохе | На выдохе | Сум-  марно |
| Среднеключичная | 2 | 1,5 | 3,5 | - | - | - |
| Средняя подмышечная | 2,5 | 2 | 4,5 | 2,5 | 2 | 4,5 |
| Лопаточная | 2 | 1,5 | 3,5 | 2 | 1,5 | 3,5 |

**Аускультация легких:**

При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание. Хрипов нет. Бронхофония не изменена.

*Органы кровообращения.*

**Осмотр шеи**

Состояние вен и артерий шеи без видимых патологий.

**Осмотр области сердца**

Грудная клетка в области сердца не деформирована. Верхушечный толчок визуально не определяется.

**Пальпация**

Сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок расположен в V межреберье слева по срединно-ключичной линии, положительный, ослабленный, шириной 2 см, низкий.

**Перкуссия**

Границы относительной тупости сердца

Правая - в IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Левая - в V межреберье на 2 см кнутри от срединно-ключичной линии.

Верхняя - на уровне III ребра

Поперечник относительной тупости сердца

Правый - 4 см

Левый - 10 см

Общий - 14 см

Ширина сосудистого пучка - 5 см

Конфигурация сердца - нормальная

Границы абсолютной тупости сердца

Правая - левый край грудины

Левая - на срединно-ключичной линии

Верхняя - на уровне IV ребра

**Аускультация**

Тоны в пяти точках сердца ритмичные, приглушенные, выслушивается ослабленный I тон на верхушке сердца, шумов нет. Ритм сердца правильный.

**Исследование артерий:**

Видимой пульсации артерий нет.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевой артериях, ритмичный, с частотой – 88 в минуту, хорошего наполнения, ненапряженный, нормальной величины и формы. Капиллярный пульс не определяется.

Артериальное давление на верхних и нижних конечностях: систолическое – 120 мм рт. ст.; диастолическое – 70 мм рт. ст.; пульсовое – 50 мм рт. ст.

Набухания и видимой пульсации шейных вен нет;

Венный пульс отрицательный

*Органы пищеварения.*

Полость рта: слизистая розовая, влажная, высыпаний нет. Язык розовый, влажный, обложен по спинке белым налетом. Слизистая мягкого, твердого неба, зева розовой окраски. Глотка розового цвета, влажная, гладкая. Миндалины средних размеров, припухлости и налета нет.

Зубы желтого цвета, без кариеса.

Живот: правильной формы, симметричный, грыжевые выпячивания не обнаруживаются. Видимой перистальтики кишечника нет. Подкожные вены не расширены. Отмечается избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки. Окружность живота - 110 см.

**Перкуссия живота** безболезненная, отмечается тимпанит различной степени выраженности. Свободная и осумкованная жидкость не определяется, симптом флюктуации отрицательный. Симптом Менделя отрицательный.

**Поверхностная ориентировочная пальпация живота**. Живот мягкий, безболезненный. При исследовании «слабых мест» передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) грыжевых выпячиваний не отмечается. Симптом раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга) отрицательный.

**Глубокая методическая скользящая пальпация**

Сигмовидная кишка пальпируется в левой паховой области на границе средней и наружной трети l. Umbilicoliaceae sinistra на протяжении 15 см, цилиндрической формы, диаметром 2,5 см, плотно-эластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижная в пределах 4-5 см, безболезненная, урчащая.

Слепая кишка пальпируется в правой паховой области на границе средней трети l. Umbilicoliaceae dextra на протяжении 10 см, цилиндрической формы, диаметром 3 см, плотно-эластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижная в пределах 3-4 см, безболезненная, урчащая.

Остальные отделы толстой кишки (восходящая и нисходящая часть, поперечная ободочная), терминальный отрезок подвздошной кишки, червеобразный отросток, большая кривизна желудка не пальпируются.

**Пальпация желудка и определение его нижней границы**

Нижняя граница желудка определяется на 1 см выше пупка.

Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются.

**Аускультация**

При аускультации кишечника выслушивается урчание, шума трения брюшины нет. Перитонеальные симптомы отрицательные.

**Печень и желчный пузырь**

**Осмотр**: видимого увеличения и пульсации печени нет, желчный пузырь не пальпируется.

**Пальпация**: нижний край не выступает из-под реберной дуги, гладкий, безболезненный, мягкой консистенции.

**Перкуссия**: линии печени по Курлову 9 - 8 - 7 см.

**Желчный пузырь** отсутствует

**Исследование селезенки**

Видимого увеличения области селезенки нет.

**Перкуссия селезенки:** По линии, проходящей на 4 см кзади и параллельно левой реберно-суставной линии, определены границы селезеночной тупости: верхняя граница – на уровне IX ребра, нижняя – на уровне XI ребра. Передняя граница селезеночной тупости не выходит за linea costoarticularis sinistra. Размеры селезеночной тупости: поперечник -6 см, длинник 9 см.

**Пальпация:** селезенка не пальпируется.

*Per rectum:* тонус сфинктера сохранен, пальпация безболезненна, патологических образований нет.

*Органы мочевыделения.*

При осмотре поясничной облости наличие припухлости,сглаживание контуров,выбухания и гиперемии не выявлено. Дизурических расстройств нет. Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная.

**Пальпация:** Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точках отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь перкуторно выступает над лонным сочленение на 1см.

*Эндокринная система.*

Нарушений роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела нет.

Преимущественная локализации подкожно-жирового слоя на животе.

**Пальпация:** щитовидная железа не пальпируется. Окружность шеи на уровне щитовидной железы спереди и остистого отростка VII шейного позвонка сзади – 40 см.

Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага – отрицательные.

**VI. STATUS LOCALIS**

При осмотре имеются расширенные подкожные вены на медиальной и передней поверхности левой голени и на медиальной поверхности левого бедра с образованием вариксов в с/3 и в/3 левой голени. Пульсация на всех уровнях отчетливая. Проба Троянова-Тренделенбурга положительная, Дельбе-Пертеса отрицательная. Имеются несостоятельные перфорантные вены в точке Кокета. Трофических расстройств на момент осмотра нет.

**VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

Варикозная болезнь левой нижней конечности, ХВН II ст.

**VIII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.**

1. ОАМ
2. КАК
3. Биохимический анализ крови
4. ЭКГ
5. УЗДГ вен нижних конечностей

**IX. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

1. *Общий анализ мочи* от 06.12.2016

- цвет – соломенно-желтый

-прозрачность – прозрачна

-реакция – 6,0

-уд.вес – 1016

-белок – отр.

-сахар – отр.

-эпителий плоский – 6 в литре

-лейкоциты – 2-3 в литре

**Заключение**: Результаты в пределах нормы.

1. *Клинический анализ крови* от 05.12.2016

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование показателей | Показатели | Норма | |
| муж | жен |
| Эритроциты(\*10 12/л) | 4,67 | 4,0-5,0 | 3,9-4,7 |
| Гемоглобин(г/л) | 138 | 130-160 | 120-140 |
| Гематокрит(%) | 37,3 | 40-54 | 37-47 |
| Сред содер гемоглобина в одном Эр(пг) | 33,1 | 24-34 | |
| Средний объем эритроцита (кубич. микрометров | 80 | 75-95 | |
| Тромбоциты (\*10 3 /л) | **347** | 180-320 | |
| Лейкоциты (\*10 9 /л) | 5,6 | 4,0-9,0 | |
| палочкоядерные (% от числа лейк. [\*109 / л]) | 1 | 1-6 | |
| сегментоядерные (% от числа лейк. [\*109 / л]) | 52 | 47-72 | |
| эозинофилы (% от числа лейк. [\*109 / л]) | 1 | 0,5-5 | |
| базофилы(% от числа лейк. [\*109 / л]) | 0 | 0-1 | |
| лимфоциты (% от числа лейк. [\*109 / л]) | 10 | 19-37 | |
| моноциты (% от числа лейк. [\*109 / л]) | 6 | 3-11 | |
| СОЭ (мм/час) | **27** | 2-10 | 2-15 | |

**Заключение:** повышенное содержание тромбоцитов и СОЭ, остальные показатели в норме.

1. *Биохимический анализ крови* от 05.12.2016

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование показателей | Показатели | Норма |
| Непрямой билирубин | 8 мкмоль/л | 1,7-17 |
| Креатинин | 115 мкмоль/л | 75-115 |
| Мочевина | 7,36 ммоль/л | 1,7-8,3 |
| Калий | 4,26 ммоль/л | 3,6-5,5 |
| Общий билирубин | 13,99 мкмоль/л | 0-17,1 |
| Прямой билирубин | 6,03 мкмоль/л | 0-3,6 |
| М.кислота | 282 мкмоль/л | 200-420 |
| Общий белок | 77,9 г/л | 64-83 |

**Заключение:** показатели в пределах нормы.

1. *ЭКГ* от 05.12.2016

P-0,19

PQ-0,16

QRS-0,14

RR-0,78

**Заключение:** Ритм синусовый , ЧСС 80 в минуту.

Э/О отклонена влево.

Блокада передней ветви левой н. п.Гисса, полная блокада правой н. п.Гисса.

Не исключаются рубцовые изменения под блокадой в области нижней стенки.

1. *Ультразвуковая допплерография вен нижних конечностей* от 05.12.2016

**Заключение:** На момент обследования глубокие и поверхностные вены проходимы,

компрессивность их сохранена, по ЦДК картируется, тромботических масс не выявлено.

УЗ – признаки изолированного варикозно - трансформированного притока БПВ на голени слева с ретроградным сбросом по перфоранту на 40 см по медиальной поверхности голени слева.

**X ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

У курируемого больного наблюдается первичное варикозное расширение вен нижних конечностей. Дифференциальную диагностику следует проводить со следующими заболеванями:

1) Посттромбофлебический синдром

2) Вторичный варикоз

3) Лимфедема

4) Рожистое воспаление

1. Посттромбофлебический синдром.

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 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. Для посттромбофлебического синдрома характерен “рассыпной” тип варикозного расширения вен, отрицательная маршевая проба Дельбе-Пертеса, что указывает на несостоятельность глубоких вен.

Для варикозной болезни характерно

- незаметное возникновение и медленное прогрессирование заболевания

- отсутствие тромбофлебита в анамнезе

- менее выраженные жалобы

Таким образом, клиническая картина и данные анамнеза заболевания при ПТБ не совпадают с данными больной, поэтому посттромбофлебический синдром можно исключить.

2. Вторичный варикоз. Заболевания имеют одинаковое клиническое проявление в виде тяжести, боли по ходу варикозно расширенных вен, наличие отека и трофических расстройств кожи. Но причины, вызывающие данные заболевания различны. Вторичный варикоз возникает вследствие сдавления подвздошных вен опухолями, исходящими из органов брюшной полости и таза, тканей забрюшинного пространства, врожденных заболеваний – синдромы Паркса Вебера и Клиппеля-Треноне. Отсутствия гипертрофии и 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 увеличения длины и объема конечности.

3. Лимфедема

В этиологии лимфедемы выделяют две формы: врожденную (первичная) и приобретенную (вторичная). Хронический безболевой отек, локализованный обычно на нижних конечностях; может быть первичным (наследственным) или вторичным, обусловленным повреждением в лимфатической системе или обструкцией (рецидивирующий лимфангиит, опухоль, филяриатоз, послеоперационные рубцы, травматические повреждения).

Физикальное обследование

В отличие от варикозной болезни пальпация отёка при лимфедеме не оставляет вдавлений. При лимфедеме отёк мягкий, безболезненный, кожа над отёчными тканями легко собирается в складку, не спаяна с окружающими тканями. Поражённая конечность значительно увеличена в объёме

Инструментальная диагностика

УЗИ органов брюшной полости и таза, а также компьютерная томография подтверждают изменения, возникшие в результате обструкции. Лимфангиография или, реже, лимфосцинтиграфия подтверждают диагноз.

Таким образом, клиническая картина и данные лабораторных методов исследования при лимфедеме не совпадают с клинической картиной и данными лабораторных методов исследований у данной больной, поэтому это заболевание можно исключить.

4. Рожистое воспаление

Признаки сходства: местные симптомы: боль, жжение и чувство напряжения в пораженном участке кожи, при осмотре выявляются гиперемия и отек кожи. На месте воспаления в дальнейшем появляется шелушение кожи. Местные изменения держатся 5-15 дней; могут длительно сохраняться пастозность и пигментация кожи

Признаки отличия: при рожистом воспалении в анамнезе присутствуют данные о травме, повреждении кожи или врачебных манипуляциях на нижних конечностях. Инкубационный период от нескольких часов до нескольких дней. Первичная рожа начинается, как правило, остро, с симптомов общей интоксикации. Температура тела повышается до 39-40гр. °С, появляются общая слабость, озноб, головная боль, миалгия, в тяжелых случаях могут быть судороги, бред, раздражение мозговых оболочек. Местные симптомы отмечаются через 10-24 ч от начала болезни.

Рецидивы рожи могут возникать в период от нескольких дней до 2 лет после перенесенного заболевания - при варикозной болезни течение заболевания прогрессирующее. При более позднем (свыше 2 лет) появлении рожи говорят о повторной роже. Она локализуется обычно на новом участке кожи. Рецидивированию способствуют недостаточное лечение первичной рожи, остаточные явления после рожи (лимфостаз и др.).

Таким образом, клиническая картина и анамнестические данные при рожистом воспалении не совпадают с клинической картиной и данными лабораторных методов исследований у данной больной, поэтому это заболевание можно исключить.

**XI. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

1. Стол № 15
2. Режим общий
3. Оперативное лечение в плановом порядке
4. Лекарственная терапия:

Rp.: “Venorutonum” №20

D.S.: по 2 капсулы в сутки.

Rp.: Tab. Ascorutini 0,02 № 40

D.S.: по 1 таб. 3раза/день

**XII ПРЕДОПЕРАЦИОНЫЙ ЭПИКРИЗ** 07.12.16 г.

Наличие у больного варикозной болезни левой нижней конечности, ХВН II ст. является показанием к плановому оперативному лечению.

Диагноз доказан жалобами больного на наличие варикозно-расширенных вен на левой голени и бедре, боли распирающего характера в области левой голени, отеки на нижних конечностях утром и данными УЗДГ. Планируется операция: Флебэктомия слева. Обезболивание общее. Обследован амбулаторно. На основании проб глубокая венозная система проходима. Сопутствующие заболевания: ИБС, ГБ, ДГПЖ.

Противопоказаний к операции нет. Лучевую и химиотерапию не получал. Аллергический анамнез: не отягощен. Больной с объемом операции ознакомлен, на операцию согласен.

**XIII. ОПЕРАЦИЯ**

Флебэктомия слева 07.12.2016 г. 8:45-9:30

Под интубационным наркозом, после обработки операционного поля растворами антисептиков дважды, произведен разрез кожи в левой паховой области. Из окружающих тканей выделена большая подкожная вена, отсечена в области устья, перевязана, протоки также обработаны и перевязаны. Из отдельного разреза в области медиальной лодыжки выделена большая подкожная вена, пересечена, дистальная культя перевязана. Зондом Бэбкока вена удалена на всем протяжении. Из отдельных разрезов средней трети голени и н/3 голени выделены притоки и перфорантная вена в точке Бойда, которые перевязаны. Притоки удалены. Контроль гемостаза. Раны послойно ушиты. Асептические повязки, эластическое бинтование.

Назначения:

1. Стол № 15
2. Режим палатный
3. С целью обезболивания Sol.Promedoli 2%-1 ml в/м в 13:00 и 22:00
4. Sol.Ketonali 2,0\*2 раза в/м
5. Контроль АД 2 раза, пульса и диуреза

**XIV. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ.**

07.12.16 г.

Жалобы: на умеренные боли в левой нижней конечности.

Status praesens: Состояние стабильное. Температура тела 36,7. Сознание ясное. Положение активное. Костно-мышечная система без особенностей. Кожные покровы обычной окраски.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ретмичные. Пульс 78 в мин., АД 120/80 мм.рт.ст.

Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика активная. Газы отходят. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Status localis: Левая нижняя конечность не отечна. Швы без признаков воспаления.

08.12.16 г.

Жалобы: На слабые боли в области левой нижней конечности.

Status praesens: Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6. Состояние ясное. Положение активное. Костно-мышечная система без особенностей. Кожные покровы обычной окраски.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ретмичные. Пульс 62 в мин., АД 120/70 мм.рт.ст.

Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика активная. Газы отходят. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Status localis: Левая нижняя конечность не отечна. Швы без признаков воспаления.

**XV. ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ.**

Больной поступил 05.12.16 г. с жалобами на наличие варикозно-расширенных вен на левой голени и бедре, боли распирающего характера в области левой голени, отеки на нижних конечностях утром.

Больной обследован. Поставлен диагноз: варикозная болезнь левой нижней конечности, ХВН II ст. Проведено лекарственное лечение, плановая операции: флебэктомия слева.

Выписан с исходом: выздоровления.

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.

Прогноз

Для жизни - благоприятный.

Для полного выздоровления - благоприятный.

Для восстановления трудоспособности - благоприятный.