Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана

Зав. Кафедрой: [ДМН](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bdegree%5d=2&c%5bdegrees%5d=1), [Профессор](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bscititle%5d=2) Винник Юрий Семенович

Преподаватель: Ассистент, Антюфриева Дарья Александровна

**История болезни**

Клинический диагноз: Варикозное расширение вен правой нижней конечности. ХВН 2 степени.

Куратор: студентка 334 группы,

Лечебного факультета

Степанова Оксана Александровна

Дата курации 29.03.2018

Красноярск , 2018г

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Дата и время поступления: 26.03.2018

2. Дата выписки:03.04.2018

3. Группа крови, резус-фактор: II Rh+

4. Побочное действие лекарственных препаратов: диклофенак, эуфиллин, пиклосидин, омепразол, пеницилин; аллергическая реакция в виде крапивницы и ринита.

5. Ф.И.О. больного: Дубинина Наталья Алексеевна

6. Пол: женский

7. Возраст: 66 лет

8. Профессия и место работы: менеджер по продажам

9. Домашний адрес: г. Красноярск, ул. Молокова 12 - 34

10.Диагноз при поступлении: Варикозное расширение вен правой нижней конечности. ХВН 2 степени.

11.Клинический диагноз основной: Варикозное расширение вен правой нижней конечности. ХВН 2 степени.

12. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 степени.

13. Осложнения: нет

14.Название операции, дата её производства, продолжительность: флебэктомия справа до нижней трети голени, 27.03. 2018, 50 мин.

15. Обезболивание: спинальная анестезия

16.Послеоперационные осложнения: нет

17.Исход болезни: выздоровление.

**ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**

Больной предъявляет жалобы на жгучую боль, быструю утомляемость, чувство тяжести и распирания в правой ноге, возникающие после ходьбы и при длительном стоянии, на отеки стоп и голеней, появляющиеся к вечеру, на наличие варикозно расширенных вен ног и сосудистых звездочек на медиальной поверхности голени и бедре в бассейне БПВ.

**ANAMNESIS MORBI**

Примерно 20 лет назад на медиальной поверхности голени справа стала отмечать появление варикозного расширения вен и сосудистых звездочек, и ноющих болей, по поводу чего обратилась к участковому терапевту по месту жительства, где ей впервые поставили диагноз Варикозное расширение вен правой нижней конечности, ХВН 1 степени была назначена терапия ( Венарус по 1 табл. 2 раза в день, Троксевазин для наружного применения, Витамин Е, эластическая компрессия). Пациентка следовала назначенной терапии и регулярно наблюдалась у врача по месту жительства. С 2017 состояние начало ухудшаться: количество варикозно расширенных вен и сосудистых звездочек увеличилось, боль стала приобретать жгучий характер, вечерами начали появляться отеки правой стопы и голени. Обратилась к врачу. Был поставлен диагноз Варикозное расширение вен правой нижней конечности, ХВН 2 степени. Врач скорректировал назначенную ранее терапию, после которой состояние особо не улучшилось, в связи с чем была планово госпитализирована в хирургическое отделение ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России в г. Красноярске, и была осмотрена хирургами.

**ANAMNESIS VITAE**

Родилась 09.06.1951г в городе Красноярск, выросла в полной семье. Материально – бытовые условия в раннем возрасте удовлетворительны. В возрасте 7 лет пошла в школу, получила общее среднее образование. Начала работать в 21 год менеджером по продажам. Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные, проживает в двухкомнатной квартире на 3 этаже с мужем. Питается не регулярно, 2-3 раза в день. На свежем воздухе пребывает редко.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Употребление наркотических веществ отрицает.

**Сопутствующие заболевания:** гипертоническая болезнь, II степень, венерические заболевания отрицает. Перенесла в 1998 г. операцию по удалению межпозвоночной грыжи.

**Аллергологический анамнез:** на лекарственные вещества такие, как диклофенак, эуфиллин, пиклосидин, омепразол, пеницилин, аллергическая реакция в виде крапивницы и ринита.

**Наследственный анамнез:** у матери – варикозная болезнь.

**STATUS PRAESENS**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение больного активное. Голова правильной формы, среднего размера. Шея обычной формы, осанка прямая, походка ровная. Телосложение нормостеническое, вес 70 кг, рост 165 см.

ИМТ = 70 : (1,65 × 1,65) = 25, 7

Температура 36,6

Кожные покровы и придатки кожи.

Кожные покровы бледно розовые, умеренной влажности. Напряжение и эластичность кожи умеренная. Отмечаются подкожные кровоизлияния и варикозное расширение вен нижних конечностей. Ногти неизмененные, без исчерченности, волосы густые.

Слизистые оболочки.

Слизистые оболочки бледные. Энантемы на языке и миндалинах нет. На языке отмечается влажный тонкий белый налет.

Подкожная клетчатка.

Подкожно-жировая клетчатка умеренно развита. Отмечаются отеки на нижних конечностях..

Лимфатические узлы.

Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающей клетчаткой и между собой. Кожа над лимфатическими узлами не изменена.

Мышцы

Степень развития мускулатуры нормальная, тонус умеренный, контрактур нет. При пальпации мышцы безболезненны.

Кости

Кости не деформированы, акромегалии, утолщения периферических фаланг пальцев рук и ног нет. Болезненность при пальпации и поколачивании грудины, ребер, трубчатых костей, позвонков, плоских костей, черепа не наблюдается.

Суставы

Конфигурация суставов не изменена. Гиперемии кожи и местного повышения температуры в области сустава не наблюдается. Движения активные, свободные. Болезненности при пальпации и при пассивных движениях, хруста, флюктуации не наблюдается.

Исследование нервной системы.

Жалоб нет. Обоняние, вкус не изменены. Острота зрения в норме, двоения в глазах, птоза нет, движения глазных яблок в полном объеме. Слух не нарушен, координация движений в норме, судорог нет. Дермографизм красный. Ригидности затылочных мышц нет.

Органы дыхания.

Жалоб нет. Голос нормальный. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Тип дыхания смешанный, ЧДД 18 в минуту.

Пальпация:

Грудная клетка при пальпации безболезненная, при сдавлении упругая, податливая. Голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки одинаково. Трения плевры на ощупь не обнаруживается.

Перкуссия легких:

При сравнительной перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный лёгочный звук.

Высота стояния верхушки правого легкого спереди 3см, сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка; левого легкого - спереди 3см, сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кренига – 5 см;

Нижние границы легких ( в положении стоя):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательная линия | справа | слева |
| L. parasternalis | VI ребро | - |
| L. mediaclavicularis | VI ребро | - |
| 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 | Ост.отр XI грудного позвонка | Ост.отр XI грудного позвонка |

Подвижность нижнего края легких по средней подмышечной линии 6см.

Пространства Траубе сохранено.

Аускультация легких:

Основные дыхательные шумы: над симметричными участками грудной клетки отмечается везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов не наблюдается. Бронхофония: шепотная речь проводится одинаково над симметричными участками грудной клетки.

Шума трения плевры, крепитации, шума плеска не наблюдается.

Органы кровообращения.

**Пальпация:**

Выпячивания сердечной области, видимой пульсации нет. Верхушечный толчок: пальпируется на 1,5 см от срединно-ключичной линии в V межреберье, положительный, нормальный, ограниченный. Сердечный толчок, пресистолическое дрожание, систолическое дрожание, шум трения перикарда не определяются.

Перкуссия сердца:

Границы относительной сердечной тупости:

Правая – по правому краю грудины в IV межреберье;

Левая – 1,5 см внутрь от срединно-ключичной линии в V межреберье;

Верхняя – верхний край 3 ребра.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - Левый край грудины в IV межреберье;

Левая – 1,5 см кнутри от левой границы ОСТ

Верхняя - IV ребро

поперечник сердечной тупости = 3+7=10;

Конфигурации сердца – нормальная;

Ширина сосудистого пучка =6см.

Аускультация сердца

Тоны ритмичные, ясные. Расщепления, раздвоения тонов, ритма галопа, ритма перепела, шумов нет. Симптом Сиротинина-Куковерова отрицательный. Частота сердечных сокращений = 78 уд/мин;

 **Аускультация сердца**

Над митральным и трикуспидальным клапанами выслушивается ритмичный, ослабленный I тон, над аортой выслушивается ритмичный акцентироанный II тон, над легочным стволом – ритмичный ясный II тон.

Ритм двучленный. ЧСС составляет 72 ударов в минуту. Выслушивается систолический шум над аортой.

**Исследование артерий:**

Видимая пульсация сонных артерий, артерий конечности, пульсация в яремной ямке отсутствует. Шумы или патологические тоны над бедренными и сонными артериями (двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье) не выслушиваются.

Артериальный пульс на обеих лучевых артериях одинаков, ритмичен, умеренного наполнения, напряжения и высоты. Число пульсаций – 72 уд/мин. Капиллярный пульс не наблюдается. АД: 130/80 мм.рт.ст.

**Состояние вен:**

Набухание и видимая пульсация вен шеи не наблюдается. При выслушивании яремных вен шумы, в том числе «шум волчка», не определяются.

Органы пищеварения.

Жалоб нет. Запах изо рта отсутствует. Язык розового цвета, влажный, без налёта, трещин, язв. Дёсны, мягкое и твёрдое небо розового цвета, геморрагий и изъязвлений нет.

Зев: розовая окраска, влажный, отечности и налетов нет. Миндалины не выступают за дужки, розовые, без отека и налетов.

Живот обычной конфигурации, симметричен, состояние средней линии живота, пупка, паховых областей удовлетворительное, видимой перистальтики не наблюдается. Брюшная стенка в дыхательных движениях участвует. Расширенных подкожных вен не наблюдается.

Окружность живота на уровне пупка = 85см.

Ориентировочная поверхностная пальпация:

Передняя брюшная стенка не напряжена, безболезненна во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Расхождение прямых мышц живота, грыжи белой линии живота не наблюдаются.

Глубокая скользящая методическая пальпация по Образцову-Стражеско:

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 2 см. Подвижная, не урчащая, безболезненная.

Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная.

Поперечная ободочная кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная.

Восходящая ободочная кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная.

Нисходящая ободочная кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная.

Желудок: большая кривизна методом аускульто-перкуссии– на половине расстояния между пупком и мечевидным отростком. Большая и малая кривизна желудка и привратник не пальпируются.

Перкуссия:

Перкуторный звук – тимпанический над всей поверхностью живота. Свободной жидкости в брюшной полости, шума плеска нет.

Аускультация:

Выслушивается нормальная перистальтика кишечника. Шума трения брюшины нет.

Печень:

Видимое увеличение области печени и ее пульсация отсутствует. Нижний край печени не выступает из-под рёберной дуги, при пальпации безболезненный, эластичный с закруглённым краем и гладкой поверхностью.

Перкуссия

Размеры по Курлову:

Первый (расстояние между I и II точками) = 9

Второй (между III и IV точками) = 8

Третий (косой) (между III и V точками) = 7

Симптомы Ортнера, Курвуазье, Кера, френикус отрицательны.

Селезенка:

Видимое увеличение области селезенки не наблюдается; селезенка не пальпируется.

Перкуторно продольный размер селезенки по X ребру – 7 см, поперечный – 5 см.

Шума трения брюшины над селезенкой нет.

Органы мочевыделения.

Жалоб нет. Припухлости поясничной области, сглаживание контуров, выбухание, гиперемия кожи не наблюдаются. Почки не пальпируются. При пальпации в рёберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников болезненности нет. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Мочевой пузырь не пальпируется. Над лобком притупления перкуторного звука (после опорожнения мочевого пузыря) нет.

Эндокринная система.

Нарушение роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела не выявлено. Подкожно – жировой слой развит равномерно. Состояние кожных покровов удовлетворительное, стрий, гиперпегментации нет.

Щитовидная железа при осмотре не увеличена, не пальпируется.

Глазные симптомы (экзофтальм, симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага) не выявляются.

Вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту.

Физическое и умственное развитие соответствует возрасту.

**STATUS LOCALIS**

Правая нога:

Кожные покровы обычной окраски, волосяной покров развит нормально. Гиперкератоза, трофических язв нет. Атрофии мышц нет. Видны варикозно расширенные вены, сосудистые звездочки в системе большой подкожной вены и на медиальной стороне голени. При пальпации вены эластической консистенции, в горизонтальном положении напряжение вен уменьшается. Пульсация бедренной, подколенной, задней большеберцовой, тыльной артерии стопы сохранена, ослаблена.

Проба Троянова-Тренделенбурга: после опоржнения варикозно расширенных подкожных вен и пальцевого сдавления большой подкожной вены в области ее впадения в бедренную вену больному предложено встать. После устранения сдавления происходит быстрое заполнение подкожной вены сверху вниз, что свидетельствует о недостаточности клапанов устья и ствола большой подкожной вены. Проба положительная.

Проба Дельбе-Пертеса: в вертикальном положении больного в верхней трети бедра наложен жгут. Больной марширует 5 мин, подкожные вены опорожняются, что свидетельствует о проходимости глубоких вен. Проба отрицательная.

Проба Штейниса: после опорожнения БПВ и наложения трех жгутов на верхнюю треть бедра, под и над коленным суставом и принятии больным вертикального положения происходит заполнение БПВ в области верхней трети голени, что свидетельствует о недостаточности клапанов коммуникантных вен в этой области. Выявлена перфорантная вена в зоне Коккета 2.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**: Варикозное расширение вен правой нижней конечности. ХВН 2 степени:

 А) На основании жалоб на жгучую боль, быструю утомляемость, чувство тяжести и распирания в правой ноге, возникающие после ходьбы и при длительном стоянии, на отеки стоп и голеней, появляющиеся к вечеру, на наличие варикозно расширенных вен ног и сосудистых звездочек на медиальной поверхности голени и бедре в бассейне БПВ.

Б) На основании данных анамнеза: Примерно 20 лет назад на медиальной поверхности голени справа стала отмечать появление варикозного расширения вен и сосудистых звездочек, и ноющих болей, по поводу чего обратилась к участковому терапевту по месту жительства, где ей впервые поставили диагноз Варикозное расширение вен правой нижней конечности, ХВН, 1 степень была назначена терапия ( Венарус по 1 табл. 2 раза в день, Троксевазин для наружного применения, Витамин Е, эластическая компрессия). Пациентка следовала назначенной терапии и регулярно наблюдалась у врача по месту жительства. С 2017 состояние начало ухудшаться: количество варикозно расширенных вен и сосудистых звездочек увеличилось, боль стала приобретать жгучий характер, вечерами начали появляться отеки правой стопы и голени. Обратилась к врачу. Был поставлен диагноз Варикозное расширение вен правой нижней конечности, ХВН, 2 степень. Врач скорректировал назначенную ранее терапию, после которой состояние особо не улучшилось, в связи с чем была планово госпитализирована в хирургическое отделение ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России в г. Красноярске, и была осмотрена хирургами.

В) На основании данных осмотра: Видны варикозно расширенные вены, сосудистые звездочки в системе большой подкожной вены и на медиальной стороне голени. При пальпации вены эластической консистенции, в горизонтальном положении напряжение вен уменьшается. Пульсация бедренной, подколенной, задней большеберцовой, тыльной артерии стопы сохранена, ослаблена.

Проба Троянова-Тренделенбурга: после опоржнения варикозно расширенных подкожных вен и пальцевого сдавления большой подкожной вены в области ее впадения в бедренную вену больному предложено встать. После устранения сдавления происходит быстрое заполнение подкожной вены сверху вниз, что свидетельствует о недостаточности клапанов устья и ствола большой подкожной вены. Проба положительная.

Проба Дельбе-Пертеса: в вертикальном положении больного в верхней трети бедра наложен жгут. Больной марширует 5 мин, подкожные вены опорожняются, что свидетельствует о проходимости глубоких вен. Проба отрицательная.

Проба Штейниса: после опорожнения БПВ и наложения трех жгутов на верхнюю треть бедра, под и над коленным суставом и принятии больным вертикального положения происходит заполнение БПВ в области верхней трети голени, что свидетельствует о недостаточности клапанов коммуникантных вен в этой области. Выявлена перфорантная вена в зоне Коккета 2.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

**Основное:**

1. Общеклинический анализ крови;
2. Общеклинический анализ мочи;
3. Биохимический анализ крови (обязательно билирубин, мочевина, креатинин);
4. Определение группы крови и резус-фактора;
5. Исследование крови на ВИЧ, сифилис, гепатит;
6. Исследование состояния свертывающей и антисвертывающей систем;
7. Глюкоза крови;
8. Рентгенография органов грудной клетки;
9. ЭКГ.

**Дополнительно:**

1. УЗ доплерография вен ниж. конечностей.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

1. Общий анализ крови от 22.03.2018.

Hb — 132 г/л

Эритроциты - 4,1\*$10^{12}$ /л

ЦП — 0,9

Л — 5\*109 /л

СОЭ — 7 мм/ч

П-3, С-56, Лф-25, Мон-13.

1. Общий анализ мочи от 22.03.2018.

Цвет-солом.-желтый;

Реакция кислая

Уд. вес- 1024

Диастоза- 64 ед;

белок- отсутствует

Эпителиальные клетки плоские- 2 в п.з.

Лейкоциты -2 в п.з.

1. Биохимия крови

Общий белок- 75,9 г/л

Мочевина- 3,74 ммоль/л

Креатинин- 0,068 ммоль/л

Билирубин-14,4 ммоль/л

общий

Глюкоза -4,7 ммоль/л

Na- 140 мэкв/л

K -9,4 мэкв/л,

4. RW — реакция отрицательна.

5.Группа крови — II(А), Rh(+)

6.ЭКГ: Ритм правильный, синусовый, ЧСС- 72 уд. в минуту. Патологии не выявлено.

УЗДГ н/ конечностей от 22.03.2018 г

 Заключение: глубокие вены проходимы, клапанная недостаточность коммуникантных вен, на правой ноге выявлена перфорантная вена в зоне Коннета 2.

1. Флюорография от 22.03.2018 г.:

Заключение: Легкие без патологии

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:** Варикозное расширение вен правой нижней конечности. ХВН 2 степени:

 А) На основании жалоб на жгучую боль, быструю утомляемость, чувство тяжести и распирания в правой ноге, возникающие после ходьбы и при длительном стоянии, на отеки стоп и голеней, появляющиеся к вечеру, на наличие варикозно расширенных вен ног и сосудистых звездочек на медиальной поверхности голени и бедре в бассейне БПВ.

Б) На основании данных анамнеза: Примерно 20 лет назад на медиальной поверхности голени справа стала отмечать появление варикозного расширения вен и сосудистых звездочек, и ноющих болей, по поводу чего обратилась к участковому терапевту по месту жительства, где ей впервые поставили диагноз Варикозное расширение вен правой нижней конечности, ХВН, 1 степень была назначена терапия ( Венарус по 1 табл. 2 раза в день, Троксевазин для наружного применения, Витамин Е, эластическая компрессия). Пациентка следовала назначенной терапии и регулярно наблюдалась у врача по месту жительства. С 2017 состояние начало ухудшаться: количество варикозно расширенных вен и сосудистых звездочек увеличилось, боль стала приобретать жгучий характер, вечерами начали появляться отеки правой стопы и голени. Обратилась к врачу. Был поставлен диагноз Варикозное расширение вен правой нижней конечности, ХВН, 2 степень. Врач скорректировал назначенную ранее терапию, после которой состояние особо не улучшилось, в связи с чем была планово госпитализирована в хирургическое отделение ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России в г. Красноярске, и была осмотрена хирургами.

В) На основании данных осмотра: Видны варикозно расширенные вены, сосудистые звездочки в системе большой подкожной вены и на медиальной стороне голени. При пальпации вены эластической консистенции, в горизонтальном положении напряжение вен уменьшается. Пульсация бедренной, подколенной, задней большеберцовой, тыльной артерии стопы сохранена, ослаблена.

Проба Троянова-Тренделенбурга: после опоржнения варикозно расширенных подкожных вен и пальцевого сдавления большой подкожной вены в области ее впадения в бедренную вену больному предложено встать. После устранения сдавления происходит быстрое заполнение подкожной вены сверху вниз, что свидетельствует о недостаточности клапанов устья и ствола большой подкожной вены. Проба положительная.

Проба Дельбе-Пертеса: в вертикальном положении больного в верхней трети бедра наложен жгут. Больной марширует 5 мин, подкожные вены опорожняются, что свидетельствует о проходимости глубоких вен. Проба отрицательная.

Проба Штейниса: после опорожнения БПВ и наложения трех жгутов на верхнюю треть бедра, под и над коленным суставом и принятии больным вертикального положения происходит заполнение БПВ в области верхней трети голени, что свидетельствует о недостаточности клапанов коммуникантных вен в этой области. Выявлена перфорантная вена в зоне Коккета 2.

Г) На основании данных обследования: УЗДГ н/ конечностей от 22.03.2018 г : глубокие вены проходимы, клапанная недостаточность коммуникантных вен, на правой ноге выявлена перфорантная вена в зоне Коннета 2.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** Варикозное расширение вен правой нижней конечности. ХВН 2 степени: у пациентки наблюдается первичное варикозное расширение вен правой нижней конечности. Дифференциальную диагностику следует проводить со вторичным варикозом, так как они 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 отсутствия увеличения длины и объема конечности.

Дифференциальный диагноз также 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; с флеботромбозом, для которого характерно острое начало, боли в пораженной конечности, отеки, белая или синяя флегмазия, положительный симптом Хоманса, при дуплексном сканировании выявляются тромботические массы в просвете вены, увеличение диаметра вены. У данного больного вышеперечисленных изменений не выявлено.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ:

1. Плановая хирургическая операция (флебэктомия);
2. Медикаментозная терапия;
3. Эластическое бинтование;
4. Режим — общий;
5. Диета №15;
6. УВЧ — на области голеней;
7. ЛФК;

Предоперационный эпикриз:

На операцию на 27 марта 2018 г. подготовлена пациентка Н. А. Дубинина, 66 лет, с диагнозом: Варикозное расширение вен правой нижней конечности. ХВН 2 степени. Диагноз поставлен на основании:

 - На основании жалоб на жгучую боль, быструю утомляемость, чувство тяжести и распирания в правой ноге, возникающие после ходьбы и при длительном стоянии, на отеки стоп и голеней, появляющиеся к вечеру, на наличие варикозно расширенных вен ног и сосудистых звездочек на медиальной поверхности голени и бедра в бассейне БПВ.

 - На основании данных анамнеза: Примерно 20 лет назад на медиальной поверхности голени справа стала отмечать появление варикозного расширения вен и сосудистых звездочек, и ноющих болей, по поводу чего обратилась к участковому терапевту по месту жительства, где ей впервые поставили диагноз Варикозное расширение вен правой нижней конечности, ХВН 1 степени была назначена терапия ( Венарус по 1 табл. 2 раза в день, Троксевазин для наружного применения, Витамин Е, эластическая компрессия). Пациентка следовала назначенной терапии и регулярно наблюдалась у врача по месту жительства. С 2017 состояние начало ухудшаться: количество варикозно расширенных вен и сосудистых звездочек увеличилось, боль стала приобретать жгучий характер, вечерами начали появляться отеки правой стопы и голени. Обратилась к врачу. Был поставлен диагноз Варикозное расширение вен правой нижней конечности, ХВН 2 степени. Врач скорректировал назначенную ранее терапию, после которой состояние особо не улучшилось, в связи с чем была планово госпитализирована в хирургическое отделение ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России в г. Красноярске, и была осмотрена хирургами.

 - На основании данных осмотра: Видны варикозно расширенные вены, сосудистые звездочки в системе большой подкожной вены и на медиальной стороне голени. При пальпации вены эластической консистенции, в горизонтальном положении напряжение вен уменьшается. Пульсация бедренной, подколенной, задней большеберцовой, тыльной артерии стопы сохранена, ослаблена.

Проба Троянова-Тренделенбурга положительная.

Проба Дельбе-Пертеса отрицательная.

Проба Штейниса: Выявлена перфорантная вена в зоне Коккета 2.

 - На основании данных обследования: УЗДГ н/ конечностей от 22.03.2018 г : глубокие вены проходимы, клапанная недостаточность коммуникантных вен, на правой ноге выявлена перфорантная вена в зоне Коннета 2.

Поставленный диагноз – относительное показание к операции. Из сопутствующих заболеваний отмечена гипертоническая болезнь 2 степени ( в анамнезе подъемы АД до 175/100 мм. рт. ст.).

Учитывая данный диагноз, высокий риск развития осложнений необходимо выполнение плановой операции. В клинике проведен курс гипотензивной терапии (давление стабилизировано на уровне 130/80 мм. рт. ст.).

Планируется под спинальной анестезией выполнить флебэктомию по поводу варикозного расширения вен правой нижней конечности.

Степень риска операции и анестезии (по ASA) – II степень, (по Московской) – незначительная – 1,5 балла. Группа крови – II (A), Rh (+).

Согласие больного получено.

Оперируют:

Хирург – Королев В.В.

Ассистент – Морозова Ю. А.

Лечащий врач – Ветрова В. А.

**Дневник курации 29.03.2018г**

|  |  |
| --- | --- |
| Жалобы: боли в области послеоперационных швовStatus presens: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный. Диурез без изменений, стул нормальный, дефекация безболезненная. Температура – 36,7. АД: 135/83 мм. рт. ст. ЧСС – 75 уд. В мин.Status localis: повязка чистая, сухая. При перевязке послеоперационные швы спокойные без признаков кровотечения. Кожные покровы обычной окраски, теплые на ощупь, отеков нет. | Назначения: Обработка послеоперационных швов, асептическая повязка, эластическое бинтование, режим - общий, диета № 15.Лекарственная терапия:Rp.: Diosmini 0,9  Hesperidini 0,1  D.t.d. № 30 in tabl. S.: Внутрь, по 1 таб. 2 раза в сутки во время еды.Rp.: Sol. Ketorolaci 3% - 1ml D.t.d. № 10 in amp. S.: Внутримышечно, по 1 ампуле 2 раза в сутки.Rp.: Tabl. Ascorutini 0,02  D.t.d. № 40 S.: Внутрь, по 1 таб. 3раза/день. |

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

Пациентка ..... находилась с 26.03. по 03.04.2018г. в хирургическом отделении ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России в г. Красноярске с диагнозом Варикозное расширение вен правой нижней конечности. ХВН 2 степени. 27.03.2018 была выполнена плановая операция – флебэктомия на правой голени и бедре под спинальной анестезией.

Течение послеоперационного периода удовлетворительное: послеоперационные швы без признаков кровотечения, кожные покровы обычной окраски, теплые на ощупь, отеков нет, жалобы только на боли в области послеоперационных швов. В послеоперационном периоде проводились: обработка послеоперационных швов, наложение асептической повязки и эластическое бинтование, медикаментозная терапия - Реопирин в/м по 1 амп. 2 раза в сутки, Гесперидин +Диосмин (Венарус) по 1 таб. 2 раза в сутки, Аскорутин по 1 таб. 3 раза в день.

Дата выписки: 03.04.2018. Швы на момент выписки спокойные без признаков кровотечения, безболезненные.

Анализы при выписке:

1. Общий анализ крови от 02.04.2018.

Hb — 126 г/л

Эритроциты - 4,1\*$10^{12}$ /л

ЦП — 0,8

Л — 5\*109 /л

СОЭ — 9 мм/ч

П-4, С-52, Лф-25, Мон-13.

1. Общий анализ мочи от 02.04.2018.

Цвет-солом.-желтый;

Реакция слабокислая

Уд. вес- 1024

Диастоза- 64 ед;

белок- отсутствует

Эпителиальные клетки плоские- 2 в п.з.

Лейкоциты -2 в п.з.

1. Биохимия крови от 02.04.2018

Общий белок- 75,9 г/л

Мочевина- 3,74 ммоль/л

Креатинин- 0,068 ммоль/л

Билирубин общий -14,4 ммоль/л

Глюкоза -4,7 ммоль/л

Na- 140 мэкв/л

K -9,4 мэкв/л,

4. RW — реакция отрицательна.

5.ЭКГ: Ритм правильный, синусовый, ЧСС- 72 уд. в минуту. Патологии не выявлено.

1. Флюорография от 02.04.2018 г.:

Заключение: Легкие без патологии

Прогноз:

-Для жизни - благоприятный.

-Для полного выздоровления - благоприятный.

-Для восстановления трудоспособности - благоприятный.

Рекомендации:

Амбулаторное наблюдение хирурга по месту жительства.

Снятие швов 9.04.18 г.

Ограничение физической нагрузки, ЛФК.

Эластическое бинтование 2 месяца.

Медикаментозная терапия: Детралекс по 1 таб. 2 раза в сутки во время еды в течение месяца, Аскорутин по 1 таб. 3 раза в день в течение месяца.