Ф. И. О.:

Возраст: 44 года.

Семейное положение: замужем

Профессия:

Место жительства

Время поступления в клинику:

Диагноз направившего учреждения: рожа левой голени

Клинический диагноз: Эритематозная рожа левой голени, рецидивирующая, 4-й ранний рецидив.

 Жалобы на момент курации (3 день болезни):

-на покраснение, болезненность кожи, наличие отека в области левой голени

-на повышение температуры тела до 38,50 С

-на тянущие боли в области бедра

ANAMNESIS MORBI.

Заболела остро, 15.05. на работе почувствовала себя плохо (появились озноб, слабость). Отпросилась домой, в метро почувствовала повышение температуры. Дома при измерении температуры – 400 С, наблюдалась тошнота, головная боль. Принимала анальгин, цефран, аспирин. Примерно через 2 часа после повышения температуры появилась краснота в области левой голени. К 22.00 температура снизилась, больная смогла уснуть. Однако утром вновь был подъём температуры до 38,8., голень была красной, отечной, болезненной. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где был поставлен диагноз рожа. Бригадой СМП была доставлена в тот же день в 2-ую КИБ.

 ЭПИДАНАМНЕЗ.

Контактов с больными рожей не было. В течение последнего месяца никуда не выезжала. Профессиональных вредностей не выявлено. Бытовые и социальные условия жизни удовлетворительные.

Рожей болеет в 5-ый раз. В области медиальной лодыжки слева трофическая язва. В анамнезе оперированная варикозная болезнь вен нижних конечностей, лимфостаз. В детстве (до удаления миндалин в 17 лет) частые ангины (до 10 раз в год), осложнявшиеся отитами.

ANAMNESIS VITAE.

 Росла и развивалась соответственно возрасту. Менструации с 15 лет по 7 дней, обильные, болезненные. 3 беременности 1 ребенок (здоров), 2 аборта. В 99 году – надвлагалищная ампутация матки в связи с миомой.

Перенесенные заболевания. Впервые заболела рожей в 1995 году. Процесс локализовался (как и все последующие разы) в области левой голени. Больная связывает заболевание со стрессом. Кроме того, в анамнезе уже была трофическая язва нижней 1/3 голени. К врачам не обращалась. Лечилась народными средствами с положительным эффектом (?). В 1998 году вновь возникла рожа в том же месте. На этот раз больная обратилась за медицинской помощью. Однако был поставлен диагноз – флегмона и произведена операция по её вскрытию. В результате этого лечение затянулось на 4 месяца. В третий раз рецидив рожи случился осенью 2001 года. По этому поводу больная была госпитализирована в 2-ую КИБ. Последний рецидив (до настоящего случая) был в марте этого года (с 5 по 16 марта) по поводу чего больная находилась на лечении также во 2-ой КИБ.

Перенесенные операции: В 1990 году оперирована по поводу варикозной болезни вен нижних конечностей.

Аллергологический анамнез.

Аллергические реакции в виде крапивницы на левомицtтин, гепарин. Из пищевой – на ананас.

Наследственность. Без отягощения. Родственники рожей не болели.

STATUS PRAESENS.

Общий осмотр.

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное.

Тип телосложения гиперстенический, ожирение 3 ст.

Лицо одутловатое. При осмотре глаз и ушей – без видимой патологии.

 Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, умеренно влажные. Эластичность кожи хорошая. Рост волос не нарушен. Оволосение по женскому типу.

 Подкожная клетчатка развита чрезмерно, распределена относительно равномерно. Отмечается пастозность правой нижней конечности в области голени и бедра, левая нога в области бедра отечная (визуально больше по размеру, чем правая примерно на 1/3).

 Локальный статус В области левой голени по передней, медиальной и латеральной поверхности локализуется эритематозный очаг, яркий, горячий, с четкими границами, неровными краями, слегка возвышающийся над окружающими тканями, по периферии его определяется валик, нога отечна. Над медиальной лодыжкой трофическая язва под корочкой со скудным отделяемым.

Паховый лимфоузел слева величиной с горошину, мягкоэластической консистенции, слабо болезненный, подвижный, не спаян с окружающими тканями.

 Лимфатическая система. При осмотре лимфатические узлы не видны. При пальпации определяются: паховый лимфоузел слева величиной с горошину, мягкоэластической консистенции, слабо болезненный, подвижный, не спаянный с окружающими тканями

Остальные группы лимфатических узлов: затылочные, заушные, околоушные, передние и задние шейные, подбородочные, надключичные, локтевые, подколенные не пальпируются.

Мышечная система. Жалоб нет. Болезненность при ощупывании отдельных групп мышц отсутствует. Тонус мышц сохранен. Атрофии и гипертрофии отдельных групп мышц не отмечается.

 Костная система. Жалоб нет. При исследовании костей черепа, грудной клетки, таза, конечностей деформаций, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается.

 Суставы. Жалобы нет. При осмотре суставы нормальной конфигурации, кожные покровы над ними обычной окраски. При пальпации суставов их припухлости и деформаций, а также болезненности не отмечается. Движения в полном объёме.

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ.

 Жалоб нет.

 *Нос.* Дыхание через нос свободное. Ощущения сухости в носу нет. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Обоняние сохранено. Болей на местах проекции лобных и гайморовых пазух (самостоятельных и при поколачивании) не отмечается.

*Гортань.* Боли при разговоре и глотании отсутствуют. Голос громкий, чистый. При осмотре гортань нормальной формы, безболезненная при пальпации.

Осмотр грудной клетки. грудная клетка имеет форму конуса, правая и левая половины грудной клетки симметричные, при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания – преимущественно грудной. Частота дыхания - 20 в минуту. Ритм дыхания правильный.

Максимальная дыхательная экскурсия грудной клетки - 3 см

Пальпация. При пальпации шейного и грудного отдела позвоночника определяются болезненность в участках, расположенных на 1-3 см слева и справа от остистых отростков позвонков СVII - ThV. Эластичность грудной клетки хорошая. Голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью грудной клетки, определяется в симметричных участках с одинаковой силой.

Перкуссия. Сравнительная перкуссия. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется звук с коробочным оттенком. Очаговых изменений не отмечается.

Топографическая перкуссия. Границы легких в пределах нормы

Аускультация легких.

 При аускультации над легкими определяется ослабленное везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются.

Бронхофония равномерно ослаблена над симметричными участками легких.

СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ.

 Жалоб нет

Осмотр. При осмотре сосудов шеи отмечается слабая пульсация сонных артерий.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Сердечный толчок отсутствует. Пульсации в эпигастральной области нет.

Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в пятом межреберье слева на уровне левой среднеключичной линии, разлитой, усиленный.

Перкуссия сердца. Границы относительной тупости сердца:

* правая -1 см кнаружи от правого края грудины в четвертом межреберье;
* левая - по левой среднеключичной линии в пятом межреберье;
* верхняя - на уровне третьего ребра по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины параллельно ему.

Аускультация сердца.

На верхушке первый тон достаточной звучности. Акцент второго тона на аорте. Частота сердечных сокращений - 64 в минуту. Ритм сердечных сокращений правильный. Побочных шумов нет.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, полный, напряженный, скорый.

Артериальное давление: систолическое 140 мм рт. ст.

диастолическое 90 мм рт. ст.

 пульсовое 65 мм рт. ст.

При осмотре, пальпации, аускультации вен изменений не отмечается.

СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ.

Жалоб нет. Аппетита нет. Вкусовые ощущения не изменены. Жажда не усилена (в сутки выпивает ~ 900 мл жидкости). Глотание свободное, безболезненное.

Деятельность кишечника регулярная. Стул бывает ежедневно, утром. Испражнения оформленной консистенции, коричневого цвета, без патологических примесей. Отхождение газов свободное, умеренное.

Полость рта. Запах обычный. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, мягкого и твердого неба розовой окраски; высыпания, изъязвления, афты отсутствуют. Десны бледно-розовой окраски, не кровоточат.

Язык нормальной величины и формы, розовой окраски, влажный, с белесоватым налётом.

Зев розовой окраски. Небные дужки хорошо контурируются. Миндалины не выступают за небные дужки. Слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная, с гладкой поверхностью.

Исследование органов брюшной полости.

Осмотр живота. Живот нормальной формы, симметричен. Патологическая перистальтика не выражена.

Перкуссия. При перкуссии живот - безболезненный, над всей его поверхностью определяется тимпанит различной степени выраженности. Осумкованная и свободная жидкость методом перкуссии не определяется. Наличие свободной жидкости методом флюктуации не определяется. Симптом Менделя - отрицательный. Симптом Падалка – не выявляется.

Поверхностная ориентировочная пальпация. При пальпации кожные покровы умеренно влажные. Живот мягкий, безболезненный. При исследовании "слабых мест" передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) грыжевых выпячиваний не отмечается.

Определение границ и размеров печени.

Верхняя граница абсолютной печеночной тупости:

по правой окологрудинной линии - на уровне пятого межреберья

по правой среднеключичной линии - на уровне VI ребра

по правой передней подмышечной линии - на уровне VII ребра

Нижняя граница абсолютной печеночной тупости:

по правой передней подмышечной линии - на уровне Х ребра

по правой среднеключичной линии - на 1 см ниже края реберной дуги

по правой окологрудинной линии - на 1,5 см ниже края реберной дуги

по передней срединной линии - на 3 см ниже основания мечевидного отростка.

Высота печеночной тупости:

по правой передней подмышечной линии - 10,5 см

по правой среднеключичной линии - 10 см

по правой окологрудинной линии - 9 см

косой размер (по Курлову) - 6,5 см

Пальпация. Печень пальпируется на 1 см ниже реберной дуги по правой среднеключичной линии. Край печени слегка заострен, с ровной, гладкой поверхностью, безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется.

Симптом Ортнера - отрицательный

Симптом Захарьина - отрицательный

Симптом Василенко - отрицательный

Симптом Мерфи - отрицательный

Симптом Георгиевского-Мюсси - отрицательный.

Исследование селезенки.

Границы селезеночной тупости (по линии, проходящей кзади и параллельно левой реберно-суставной линии): верхняя - на уровне IX ребра; нижняя - на уровне XI ребра. Длинник-7,5 см, поперечник - 6 см.

Селезенка не пальпируется.

СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ.

Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений (гиперемии, припухлости) не обнаруживается. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание произвольное, дизурических явлений нет.

Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не обнаруживается. Щитовидная железа не пальпируется.

## НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА

Жалобы на головные боли в теменной, затылочной и височной областях, возникающие при эмоциональном перенапряжении, при смене погоды на фоне повышенного артериального давления.

Правильно ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Контактна, легко сходится с людьми. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено, память сохранена.

Головокружений, обмороков нет. Сон глубокий, ровный, продолжительностью 8-9 часов. Засыпает быстро. Самочувствие после пробуждения хорошее.

При исследовании черепно-мозговых нервов, двигательной и рефлекторной сфер патологических изменений не выявлено. Нарушений чувствительности не отмечается. Дермографизм красный нестойкий.

Рефлексы живые. Патологические знаки не выявляются. Менингеальные симптомы отрицательные.

ЛАБОРАТОНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови 16.05.2003

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты | 5,033 Х 10\*12/л |
| Лейкоциты | 19,3 Х 10\*9/л |
| Гемоглобин | 94 г/л |
| Тромбоциты | 232,7 Х 10\*9/л |
| СОЭ | 36 |
| Палочкоядерные | 27% |
| Сегментоядерные | 66% |
| Эозинофилы | 4% |
| Лимфоциты | 6% |
| Моноциты | 1% |

Дневник курации (19.05)

Состояние относительно удовлетворительное. Жалуется на слабость, повышение температуры, болезненность в области рожистого очага. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Очаг яркий, горячий, болезненный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 65/мин, АД 130/85. Живот мягкий, безболезненный. Диурез в норме. Температура 38,6.

**Обоснование диагноза:**

Диагноз эритематозная рожа левой голени, рецидивирующая, 4-й ранний рецидив поставлен на основании:

1. Типичной картины заболевания: острое начало болезни, появление симптомов интоксикации (повышение температуры тела с периодическими ознобами, головная боль, слабость), появление на голени характерного очага (яркого, горячего, с четкими границами, неровными краями, слегка возвышающегося над окружающими тканями, с валиком по периферии), болезненности регионарных лимфоузлов припальпации.
2. Характерных жалоб:

-на покраснение кожи и наличие отека в области левой голени

-на повышение температуры тела до 40 С, симптомы интоксикации.

1. Характерного длительного эпиданамнеза: рожей болеет в 5-ый раз. Впервые заболела рожей в 1995 году. Процесс локализовался (как и все последующие разы) в области левой голени. Больная связывает заболевание со стрессом. Кроме того, в анамнезе уже была трофическая язва нижней 1/3 голени. К врачам не обращалась. Лечилась народными средствами с положительным эффектом (?). В 1998 году вновь возникла рожа в том же месте. На этот раз больная обратилась за медицинской помощью. Однако был поставлен диагноз – флегмона и произведена операция по её вскрытию. В результате этого лечение затянулось на 4 месяца. В третий раз рецидив рожи случился осенью 2001 года. По этому поводу больная была госпитализирована в 2-ую КИБ. Последний рецидив (до настоящего случая) был в марте этого года (с 5 по 16 марта) по поводу чего больная находилась на лечении также во 2-ой КИБ. В нижней трети левой голени трофическая язва. В детстве (до удаления миндалин в 17 лет) частые ангины (до 10 раз в год), осложнявшиеся отитами.
2. Наличие сопутствующих патологий: трофическая язва медиальной лодыжки левой голени, оперированная варикозная болезнь нижних конечностей, лимфостаз, ожирение 3 ст.
3. Лабораторных данных: Нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЕ

**Дифференциальный диагноз:**

* Сибирская язва (кожная форма).

Данные эпидемиологического анамнеза. Процесс локализуется обычно на голове, шее, верхних конечностях. Начало заболевания с появления на коже небольшого красного плотного зудящего пятна, похожего на укус насекомого, с постепенным превращением его в пузырек с кровянистым содержимым (через 12-24 часа). С этого времени отмечается повышение температуры и появление симптомов интоксикации. На месте вскрывшегося пузырька образуется язвочка, затем – темный струп (некроз) с красной каймой вокруг него. Формируется типичный сибиреязвенный карбункул (5-6 день болезни). Для него характерно отсутствие болей в зоне некроза, высыпание «дочерних» пузырьков вокруг струпа, багровый воспалительный ободок по периферии карбункула, обширный «студневидный» отек кожи, ее бледность, отсутствие блеска.

* Эризипелоид (свиная рожа)

Эпидемиологический анамнез. Процесс локализуется обычно на коже пальцев и кистей рук. В местах входных ворот появляется эритема красного, багрово-красного, розовато-красного цвета, нередко с синюшным оттенком. Края ее более яркие по сравнению с центром, который иногда почти нормальной окраски. Местная температура кожи в области эритемы не изменена или слегка повышена по сравнению со здоровой кожей. Нередко на фоне эритемы – мелкие пузыри (везикулы). Процесс часто распространяется на межфаланговые суставы, отмечается их припухлость и болезненность, ограничение пассивных и активных движений пальцев. Температура обычно субфебрильная или нормальная, явления интоксикации незначительны или отсутствуют.

* Абсцессы

Развиваются постепенно в подкожной клетчатке вслед за повреждением наружных покровов или осложняют течение других гнойных заболеваний. В начальном периоде характерно образование плотного болезненного инфильтрата. Гиперемия кожи над ним не имеет четких границ и наиболее интенсивна в центре. Здесь же отмечается наибольшая болезненность при пальпации и, в дальнейшем, флюктуация. Из-за интенсивных болей значительно ограничение активных и пассивных движений. Выраженные боли отмечаются в области очага воспаления и в покое. Повышение температуры и симптомы общей интоксикации нарастают постепенно.

* Флегмоны

Острое начало с лихорадкой, ознобом, одновременное появление сильных болей в очаге поражения. Покраснение с четкими границами и значительной инфильтрацией кожи с резкой болезненностью при пальпации, ограничение активных и пассивных движений. Резкие боли на протяжении всей пораженной области. Явления регионарного лимфаденита, часто – лимфангиты. Гиперлейкоцитоз. В последующем – флюктуация.

* Экземы

Отсутствие лихорадки и интоксикации. Наряду с отеком и гиперемией кожи отмечается полиморфизм ее поражения: пузырьки, эрозированные участки кожи, мокнутие, желтоватые корочки, нередко – сильный зуд. Отсутствуют выраженная инфильтрация и регионарный лимфаденит.

* Дерматиты

Указания в анамнезе на кожные проявления аллергии, контакт с разными физическими и химическими агентами – раздражителями. Отсутствие лихорадки и интоксикации. На фоне эритемы – мелкие пузырьки, чешуйки, корочки. Отсутствие выраженной инфильтрации и лимфаденита.

* Флебиты, тромбофлебиты

Начало с болей по ходу сосудов, разной интенсивности гиперемия в виде полос и пятен над пораженными венами. При их пальпации – уплотнения в виде узелков, шнуров. Умеренная отечность конечности. Регионарный лимфаденит отсутствует, температура субфебрильная, интоксикации нет.

* Опоясывающий лишай

Начало с болей по ходу нервных стволов, общее недомогание, повышение температуры до высоких цифр. На ограниченном участке кожи развивается эритема с последующим высыпанием на ее фоне многочисленных пузырьков, наполненных серозным, реже – геморрагическим или гнойным содержимым. Локализация высыпаний по ходу ветвей нерва, чаще – тройничного. Постепенно эритема бледнеет, на месте пузырьков образуются желто-белые корочки, которые могут держаться несколько недель.

**Этиология и патогенез заболевания:**

Возбудителем рожи является β-гемолитический стрептококк группы А, существующий в двух формах: бактериальной (острая рожа) и L-форме (рецидив рожи).

Факторы патогенности стрептококка:

А. Компоненты клеточной стенки:

* α-полисахарид: обуславливает аутоиммунные реакции, образование ИК, некроз и дегенерацию коллагеновых волокон
* М-протеин: основной фактор патогенности, угнетает фагоцитоз, обуславливает опсонизацию, образование ИК
* Пептидогликан: обуславливает пирогенные р-ции, некроз тканей, лизис тромбоцитов, высвобождение гистамина.
* Липотейхоевая кислота: является фактором адгезии

В. Внеклеточные факторы:

* токсины Дика: пирогенные р-ции, иммуносупрессивное действие, цитотоксическое действие на клетки кожи и слизистых, угнетает фагоцитоз
* Стрептолизин О: вызывает высвобождение гистамина, оказывает кардиотоксическое действие, повреждение эритроцитов, лейкоцитов, макрофагов.
* Стрептолизин S: кардитоксическое действие
* Протеаза: повреждение тканей тимуса, соед., вызывает высвобождение гистамина, активирует фибринолиз
* Гиалуронидаза – повреждение основного вещества соединительной ткани.
* Стрептотоксин активирует фибринолиз

Входными воротами инфекции является кожа или слизистые оболочки. Возможен гематогенный занос возбудителя из очагов хронической стрептококковой инфекции. В результате воздействия факторов патогенности развивается воспаление в коже и нарастает интоксикационный синдром.

Морфологические изменения при роже представлены отеком, лимфоцитарной периваскулярной инфильтрацией в области дермы, дезорганизацией коллагеновых и эластических волокон. Сосуды становятся ломкими, вследствие чего возникают геморрагии.

Патогенез рожи.

Экзогенная инфекция

Нарушение целостности кожных покровов

Эндогенная инфекция:

Реверсия L-форм в бактериальные

Хронический очаг стрепт инф-ции

L-трансформ.(длит-я персистенция в коже и МФС

Очаг в дерме

Токсинемия

Бактериемия?

Комп-ты кл.стенки ивнеклет. продукты

ГЗТ

АИ реакции

ИК пораж-й кожи и сосудов

ДВС

Высвобождение БАВ

Факторы патогенности

Лихорадка

Инф-токсич. Синдр.

Эритема

Отек

Геморрагии

Пузыри

Очаг

Инф-аллерг, серозного или серозно-гемморагич воспаления

# Лечение:

# стол 15, режим постельный.

1. Этиотропная терапия

Пенициллин 1 млн ЕД в/м 6 раз в сутки в течении 10 дней

Цефазолин 1,0 Х 3 р.

1. Десенсибилизирующая терапия:

Супрастин по 1 т. 2 раза в день

Глюконат кальция по 1 т. 3 раза в день

1. Аскорутин по 1 т. 3 раза в день
2. Метилурацил 1т. Х 3 р.
3. Физиотерапия: лазер
4. Местное лечение: примочки с фурацилином