Фамилия,имя и отчество больного:

Возраст: 51 год

Семейное положение: женат

Профессия: столяр

Место жительства:

Дата поступления в стационар:

Дата курации:

Диагноз направившего учреждения: рожа левой голени

Клинический диагноз:

***основное заболевание:*** Эритематозная рожа левой нижней конечности, первичная, средней степени тяжести.

***сопутствующие заболевания:*** Микотическое поражение ногтей нижних конечностей.

***Жалобы на день курации (7 день болезни)***

На отёчность, покраснение передней и задней поверхности левой голени, умеренную болезненность в левой голени и стопе при нагрузке.

**Семейный анамнез и наследственность.** Генетической предрасположенности к рожи нет.

**Anamnesis vitae.**

Родился в срок. Рос и развивался по возрасту, в физическом и умственном развитии не отставал от сверстников.

Образование среднее. Работает слесарем.

Женат, живёт с женой в отдельной квартире. Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Характер питания: регулярный, диету не соблюдает.

Правила личной гигиены соблюдает.

**Вредные привычки:**

Курит с 20 лет 1,5 пачки сигарет в день,

Употребляет алкоголь в умеренном количестве.

**Перенесённые заболевания.**

Перенёс детские инфекции (какие не помнит).

Острый бронхит.

В1998 году - перелом костей левой голени и развитие посттравматической лимфовенозной недостаточности.

**Аллергологический анамнез.**

Аллергические реакции на пищевые продукты, лекарственные препараты, запахи, растения и т.д. пациент не отмечает.

***Anamnesis morbi.***

Пациент заболел остро 09.03.02г.: появились симптомы интоксикации (слабость, общее недомогание, головная боль), повысилась температура (40 С), появились чувство распирания, жжения, умеренные, тупые боли в левой ноге при движении (в покое болей не отмечал) и в паховой области слева, умеренная разлитая эритема левой голени. На фоне приема анальгина (1000 мг) температура снизилась, однако боли в правой ноге сохранились.

11.03.02 г. у больного усилилась гиперемия левой голени и стопы, левая голень стала горячей и слегка болезненной на ощупь, сохранялась субфебрильная лихорадка. Больной самостоятельно принимал антибиотики (не знает какие) с 9.03 по 11.03.02. На фоне приема препарата в последующие два дня (11.03-13.03.02) у больного нормализовалась температура, но продолжала нарастать эритема левой голени и стопы, больной отметил увеличение объема левой голени по сравнению со здоровой ногой, чувство распирания, жжения, интенсивность болей уменьшилась, но они сохранялись. 13.03.02 г. больной обратился в поликлинику по месту жительства, где ему поставили диагноз рожи левой голени.

13.03.02 г. больной поступил в инфекционную клинику с вышеизложенными жалобами. Объективно при поступлении: состояние больного средней тяжести, температура тела 36,0С; при осмотре определялся отечный очаг яркой гиперемии левой голени и тыльной поверхности стопы с неровными контурами, четко очерченный. При пальпации очаг гиперемии был горячий по сравнению с симметричным участком кожи на здоровой конечности; отмечалась умеренная болезненность по периферии очага. Левосторонний паховый лимфаденит: паховые лимфатические узлы были увеличены, мягко-эластической консистенции, умеренно болезненны, не спаяны с окружающими тканями.

На фоне проводимого лечения (пенициллин, супрастин, димедрол, аскорутин) состояние больного улучшилось: уменьшились отек левой голени и стопы, гиперемия, боли в ноге и паховой области.

***Эпидемиологический анамнез.***

Дома и в окружении больного все здоровы, контакт с больными стрептококковыми инфекциями (фарингит, скарлатина, ангина и т.д.) отрицает. Бытовые условия хорошие (проживает в отдельной благоустроенной квартире). Своё заболевание пациент связывает с травмой кожи левой голени на работе, за несколько дней до начала заболевания.

***STATUS PRESENS (7 день болезни).***

Общее состояние: средней степени тяжести ближе к удовлетворительному.

Сознание: ясное.

Положение больного: активное.

Телосложение: астеническое.

Выражение лица не представляет болезненных проявлений.

Рост 176 см, масса тела 74 кг, t0C=36,60С.

**Кожные покровы вне очага**

Бледно-розовой окраски. Окраска видимых слизистых - нормальная.

Кожные покровы - чистые; пигментации, сыпь, расчёсы, кровоизлияния, шелушения, “сосудистые звёздочки” не определяются Влажность кожных покровов - нормальная. Эластичность кожи - нормальная. Рост волос не нарушен, оволосение по мужскому типу. Ногти на руках не изменены.

**Подкожная клетчатка.**

Развитие подкожной жировой клетчатки умеренное, распределена равномерно. Определяется умеренная пастозность левой нижней конечности.

**Лимфатическая система.**

При осмотре лимфатические узлы не видны. При пальпации определяются 4-5 паховых лимфоузлов с левой стороны, размером 0,5 см, мягкоэластичной консистенции, подвижные, слабоболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены (то есть явлений периаденита нет). Признаки лимфангита отсутствуют.

Остальные периферические лимфатические узлы (затылочные, заушные, околоушные, подбородочные, поверхностные шейные, надключичные, подмышечные, локтевые, подколенные) не пальпируются.

**Мышечная система.**

Жалоб нет. Общее развитие мышечной системы - умеренное. Атрофии и гипертрофии отдельных групп мышц не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный. Мышечная сила удовлетворительная. Гиперкинетических расстройств не выявлено.

**Костная система.**

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

При осмотре суставы нормальной конфигурации. Кожные покровы над ними обычной окраски. При пальпации суставов, их припухлости и деформации, изменений околосуставных тканей, а также болезненности не отмечается. Объём пассивных и активных движений суставов сохранён. Болевые ощущения, хруст и крепитация при движении отсутствуют.

# ***Система дыхания.***

Жалоб нет. При осмотре, перкуссии и пальпации изменений и дефектов не наблюдается. При аускультации нормальное дыхание, шумов нет.

***Система кровообращения.***

Жалоб нет. Патологии со стороны сердца нет. Артериальное давление 130/80 мм.рт.ст..

***Система пищеварения.***

Жалобы на тошноту и рвоту после приёма пищи. Патологических изменений органов желудочно-кишечного тракта при осмотре и пальпации не выявлено.

#

# ***Система мочеотделения.***

Жалоб нет. Осмотр и пальпация области почек не показал отклонений от нормы.

# ***Эндокринная система.***

Жалобнет**.** Исследование щитовидной железы патологии не обнаружило.

####  ***Нервно-психическая сфера.***

Жалоб нет. Интеллект в норме.

.

**STATUS LOCАLIS.**

На передней и задней поверхности левой голени отмечается умеренно отечная эритема с неровными контурами (напоминает вид географической карты), четкими границами. Левая голень увеличена в объеме за счёт отёка. Буллезные элементы отсутствуют. При пальпации эритемы определяется умеренная болезненность по периферии очага, кожа в области очага горячая по сравнению с симметричным участком здоровой конечности. При пальпации определяются 4-5 паховых лимфоузлов с левой стороны, размером 0,5 см, мягкоэластичной консистенции, подвижные, слабоболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены.

У больного микотическое поражение ногтей нижних конечностей. (ногтевые пластинки пальцев ног утолщены, серо-желтого цвета, поверхность их неровная, имеется подногтевой гиперкератоз).

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.**

1. Общий анализ крови (обычно отмечается умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, анэозинофилия, умеренно повышенная СОЭ)
2. Коагулограмма (для больных геморрагической рожей типичны выраженные нарушения гемостаза и фибринолиза, проявляющиеся повышением уровня в крови фибриногена, ПДФ, РКМФ, увеличением или снижением количества плазминогена, плазмина, антитромбина III, повышением 4-го фактора тромбоцитов, уменьшением их количества)
3. Общий анализ мочи (протеинурия)
4. Б/Х анализ крови – общий белок, сахар, холестерин, билирубин, трансаминазы.
5. Определение специфических маркеров стрептококковой инфекции(титры антистрептолизина-О и других противострептококковых антител)
6. RW
7. ВИЧ

**Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.**

**Исследование мочи.**

Количество 150 мл

Реакция рН-5

Уд.вес 1016

Прозрачность неполная

Белок 0.08

Сахар отриц.

Ацетон нет

Желч.пигменты отриц.

Уробилин в норме

Эпит.кл.плоские немного

Лейкоциты 1-2 в п/зр

Эритроциты единичные

Соли оксалаты немного

Бактерии умер. кол-во

**Общий анализ крови.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | **Результат** | **Норма** |
| Лейкоциты | 7,8 | 5,0-10,0 \*1012/л |
| Эритроциты | 4,96 | 4,2-5,4\*1012/л |
| Hb | 137 | 120-140 г/л |
| СОЭ | 10 | 2-12 мм/ч |
| Палочкояд. | 3 | 1-6 % |
| Сегментояд. | 56 | 47-72 % |
| Эозинофилы | 4 | 0,5-5 % |
| Моноциты | 5 | 3-11 % |
| Лимфоциты | 32 | 19-37 % |

**ДНЕВНИК КУРАЦИИ**.

**18.03.2002. (10день болезни)**

Жалобы на покраснение левой голени. Состояние больного удовлетворительное. Температура нормальная (36,70С). Кожные покровы и слизистые бледно-розового цвета, чистые, умеренно влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 70 уд./мин, шумов нет. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Дизурических расстройств нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

STATUS LOCАLIS.При осмотре очага (передняя поверхность левой голени) по сравнению с обследованием 15.03.02 г. отмечается уменьшение отека. Паховые лимфоузлы с левой стороны увеличены до 0,5 см, мягко-эластичной консистенции, безбоболезненные, подвижные, не спаянные с окружающими тканями и друг с другом. Кожные покровы над лимфоузлами не изменены.

Назначения на день курации:

1. Диета № 15.
2. Режим палатный.
3. Лекарственные назначения:
4. Sol. Penicillini: 1,5 млн ЕД 6 раз/сут. в/м
5. Suprastini (0,025 г): 1 табл. х 2 раза/сут.
6. Dimedroli (0,05 г): 1 табл./сут.
7. Trental (100 мг): по 1 табл 3 раза/сут
8. Ascorutini: 1 табл. х 3 раза/сут.

**20.03.2002.(12 день болезни)**

Жалоб нет. Состояние больного удовлетворительное. Температура нормальная (36,60С). Кожные покровы и слизистые бледно-розового цвета, чистые, умеренно влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 68 уд./мин, шумов нет. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Дизурических расстройств нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

STATUS LOCАLIS.При осмотре левой голени отмечается регрессия очага рожистого воспаления - уменьшение отека, уменьшение площади и яркости эритемы. Паховые лимфоузлы с левой стороны увеличены до 0,5 см, мягко-эластичной консистенции, безбоболезненные, подвижные, не спаянные с окружающими тканями и друг с другом. Кожные покровы над лимфоузлами не изменены.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

Дифференциальный диагноз при роже следует проводить более чем с пятидесятью заболеваниями, относящимся к клинике хирургических, кожных, инфекционных и внутренних болезней. В первую очередь необходимо исключить абсцесс, флегмону, нагноившуюся гематому, тромбофлебит (флебит), дерматит, экзему, опоясывающий лишай, эризипелоид, узловатую эритему.

1. При **истиной экземе** после вскрытия пузырьков формируются не корочки как у пациента, а мелкие точечные эрозии с каплями серозного экссудата, характерно мелкое отрубевидное шелушение, полиморфизм сыпи, кожный зуд, уплотнение и лихенифекация участка кожи при хронизации процесса. Наиболее излюбленная локализация экземы - на коже тыла кистей и лице.(у пациента локализация на нижней конечности,которая является наиболее типичной для рожи) При экземе отсутствуют лихорадка и симптомы интоксикации и регионарного лимфаденита.
2. **Кожная форма эризипелоида** в отличие от рожи носит обычно профессиональный характер и чаще встречается на кистях рук (у пациента локализация на нижней конечности, которая является наиболее типичной для рожи); образующаяся эритема имеет более яркие края и бледный центр, сопровождается зудом и жжением, возвышается над уровнем кожи, температура над эритемой может не отличаться от температуры на здоровых участках. Эритема может распространяться на межфаланговые суставы (опухание, боль, ограничение подвижности). Лихорадка и симптомы интоксикации отсутствуют или не выражены.
3. **Аллергические дерматиты** развиваются после воздействия на кожу каких-либо аллергенных для данного больного веществ, как правило, химической природы, характеризуются формированием зудящей эритемы, образованием серозных пузырьков, корочек и шелушением, и быстро проходят после прекращения контакта с аллергеном. Отсутствуют инфильтрация, регионарный лимфаденит, лихорадка и симптомы интоксикации.
4. При **тромбофлебите поверхностных вен** голени отмечается гиперемия и инфильтрация по ходу пораженной вены или варикозного узла, которые пальпируются в виде плоского болезненного тяжа или инфильтрата. Данные проявления отсутствуют у больного.
5. При **сибирской язве** определяется конкретный эпиданамнез, чаще поражаются лицо, шея и руки; сначала образуется плотное, зудящее красное пятно, затем геморрагический пузырек через 12-24 часа, затем язвочка с участком некроза в центре. Характерно наличие также "дочерних" пузырьков по периферии первичного поражения, выраженный студневидный отек кожи, ее бледность.
6. **Абсцесс** формируется после повреждения тканей или как осложнение гнойных процессов. Образуется болезненная плотная инфильтрация, гиперемия кожи нечеткая , более выражена в центре, боли присутствуют и в покое, повышение температуры и симптомы интоксикации нарастают постепенно, при пальпации по мере созревания абсцесса определяется флюктуация., что не соответствует клинике рожи.
* **Узловатая эритема** - полиэтиологическое заболевание, в возникновении которого большое значение имеет, в том числе, стрептококковая инфекция. Как и при роже, заболеванию нередко предшествуют ангины, в анамнезе больных имеются указания на хронический тонзиллит. Болезнь начинается остро, с повышения температуры, симптомов интоксикации. В области голеней, реже бедер и предплечий, изредка на животе, симметрично высыпают плотные, болезненные узлы, несколько возвышающиеся над поверхностью кожи. Границы узлов определяются нечетко. Кожа над узлами ярко-розовой окраски, в дальнейшем приобретает синюшный оттенок. Обычно образуются несколько узлов, которые не сливаются. В начале развития узловатой эритемы возможны боли в конечностях, в коленных и голеностопных суставах. Несмотря на сходный с рожей начальный период заболевания, формирование нескольких ограниченных узлов с локальным покраснением кожи над ними не укладывается в картину местного процесса при воспалении, что позволяет исключить этот диагноз.
* **Опоясывающий лишай** начинается с болей по ходу нервных стволов, локализуется по ходу ветвей того или иного нерва, что определяет размеры участка поражения кожи. На фоне эритемы возникают многочисленные пузырьки, наполненные серозным, геморрагическим, иногда гнойным содержимым. На месте пузырьков постепенно образуются желто-бурые или черные корочки; заболевание нередко принимает затяжное течение, сопровождается упорными невралгиями.
* **Флегмона**, как и рожа, начинается остро, с высокой лихорадкой и явлениями выраженной интоксикации. Однако в отличие от рожи в месте локализации процесса возникает сильная, иногда пульсирующая боль, резкая болезненность при пальпации. Гиперемия кожи развивается на фоне чрезмерно плотного инфильтрата. Позднее инфильтрат размягчается и выявляется флюктуация. Подкожная флегмона обычно сопровождается лимфангиитом. Для флегмоны типичен гиперлейкоцитоз с нейтрофилезом и значительным нейтрофильным сдвигом влево, значительно повышенной СОЭ.
* **Нагноившаяся гематома** ошибочно принимается за геморрагическую рожу, так как сопровождается багровой окраской кожи над инфильтратом и лихорадкой. При пальпации в области гематомы определяются боли, быстро появляется флюктуация. Учитывая посттравматический характер гематом, важны данные анамнеза.

**ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ .**

***Основное заболевание:*** *Эритематозная рожа левой нижней конечности, первичная, средней степени тяжести.*

***Сопутствующе заболевание:*** *Микотическое поражение ногтей нижних конечностей.*

Диагноз поставлен на основе следующих данных анамнеза, жалоб и объективного обследования.

Диагноз **рожи** обосновывается следующим:

1. Характерным для рожи началом заболевания - острое начало болезни с симптомами интоксикации (выраженной слабостью, общим недомоганием, головной болью), повышением температуры тела до 40°С;
2. перед началом заболевания пациент получил травму нижней конечности в области левого коленного сустава с повреждением кожи, что также способствует возникновению рожи;
3. развитие типичных местных проявлений рожистого воспаления :
* появление чувства распирания, жжения, тупых болей в левой ноге;
* отсутствие выраженных болей в очаге воспаления в покое (наличие болей в левой ноге только при движении);
* яркой разлитой, отечной эритемы левой голени с неровными контурами (напоминающий вид географической карты), четко очерченной , умеренно болезненна при пальпации (больше по периферии эритемы)
* выраженная разница температур в области очага и симметричного участка кожи на здоровой конечности;
* отсутствие булл, геморрагий подтверждает **эритематозную форму** рожистого воспаления;
* развитие регионарного лимфаденита наличие сопутствующего левовостороннего пахового лимфаденита; (При пальпации определяются 4-5 паховых лимфоузлов с левой стороны, размером 0,5 см, мягкоэластичной консистенции, подвижные, слабоболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены.)
1. наличие характерного фонового и сопутствующего заболевания предрасполагающего к возникновению рожи:
* микоз ногтей (приводит к нарушению целостности кожных покровов, трофики и появлению входных ворот для инфекции);

**Первичность**рожи доказывается тем, что никогда ранее рожей пациент не болел.

*Критериями тяжести* рожи являются выраженность интоксикации и распространенность местного процесса. У пациента - **среднетяжелая (II) форма** заболевания ,которая характеризуется выраженной интоксикацией (общая слабость, головная боль, озноб, мышечные боли, повышение температуры до 40°С, тахикардия.) Местный процесс захватывает одну анатомическую область (левая голень).

**ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

1. Режим палатный (больному с рожей показан покой и ограничение двигательной активности)
2. Диета, стол №15 (для лихорадящих больных)
3. Этиотропная терапия:

Бензилпенициллин (2 млн ЕД через 4 часа 6 раз/сут ), курсовая терапия 10 дней. (b-гемолитический стрептококк группы А чувствителен к бензилпенициллину).

4. Патогенетическая терапия:

* Аскорутин (2 табл. х 3 раза/сут), витамин С (является индуктором собственного интерферона, препятстявует действию стрептокиназы, укрепляет сосудистую стенку)
* Супрастин, 25мг х 3р/д (антигистаминные препараты для снятия иммунно-аллергического компонента воспаления)
* Трентал ,200мг х 3 р/сут (устранение местного нарушение кровообращения и микроциркуляции)

5. Симптоматическая терапия

Бутадион по 0,15 г 3 раза в сутки в течение 10 - 15 дней (при выраженной инфильтрации и отёке кожи в очаге воспаления показаны нестероидные противовоспалительные препараты).

6. Физиотерапия:

В остром периоде рожи назначается УФО на область очага воспаления, УВЧ на область регионарных лимфатических узлов. При сохранении в периоде реконвалесценции инфильтрации кожи, отечного синдрома, регионарного лимфаденита назначают аппликации озокерита или повязки с подогретой нафталановой мазью (на нижние конечности), электрофорез лидазы (особенно в начальных стадиях формирования слоновости), хлорида кальция, радоновые ванны.

**ПРОГНОЗ И РЕКОМЕНДАЦИИ.**

Для профилактики рецидивов болезни необходимо (амбулаторно или в специализированных отделениях):

* Диспансерное наблюдение больного врачом-инфекционистом;
* Лечение микоза у дерматолога;
* Соблюдение личной гигиены, предупреждение микротравм, микозов, опрелостей, переохлаждений.

Из-за наличия у пациента фонового заболевания (микоз) предполагается риск развития в будущем рецидивов рожи. Таким образом, при адекватном и своевременном лечении, как рожи, так и сопутствующих заболеваний прогноз относительно благоприятный.