Ф.И.О.

Возраст 70 лет

Семейное положение:

Профессия:

Время поступления:

Диагноз направившего учреждения: рожа левой голени

Клинический диагноз:

Основной: Эритематозно-геморрагическая рожа левой нижней конечности, среднетяжелого течения, первичная.

Сопутствующие заболевания: Варикозная болезнь нижних конечностей. Лимфовенозная недостаточность нижних конечностей. Хронические трофические язвы обеих голеней. Рубромикоз стоп. Ожирение 3 ст. ИБС, ГБ2. Атеросклероз, кардиосклероз. Киста правой почки?

Жалобы на момент курации

- на очаг покраснения кожи на левой нижней голени, болезненный при пальпации,

- на отек левой голени

- на общую слабость, недомогание

История заболевания:

5.03.06 утром отмечает подъем температуры до 38,5 градусов, сильный озноб, нарастающую слабость, сильное чувство жажды. На следующий день максимальный цифры температуры составили 39,5, отекла левая голень. Утром 7.03.06 появилось чувство распирания, напряжения, жжения, умеренной болезненности, усиливающейся при опускании ноги вниз, наступании на ногу. Смазала левую голень левомиколем. Температура снизилась до 37,3. утром следующего дня отмечает появление нарастающей красноты на левой нижней конечности, сопровождающуюся чувством распирания и жара, на ощупь голень была горячая, бригадой скорой помощи больная была госпитализирована в инфекционную больницу №2 с диагнозом рожа левой голени. При поступлении поставлен диагноз: эритематозно-гемморагическая рожа левой голени, среднетяжелое течение, первичная. Назначено лечение пенициллином. Температура тела 8.03.06 достигала максимальных цифр 37°С.

До настоящего случая никогда раньше рожей не страдала.

Эпидемиологический анамнез:

За 2 недели до начала заболевания не болела заболеваниями, вызываемыми стрептококковой флорой. Контакт с больными рожей, скарлатиной, ангиной, хроническим тонзиллитом, простудными заболеваниями отрицает. Пользуется общественным транспортом. Профессию (инспектор медицинской комиссии) не связывает с большими контактами людей, особенно данной патологии.

Санитарное состояние квартиры удовлетворительное. Недоброкачественные продукты не употребляла. С животными контакта не имела. Наличие предшествующих повреждений кожи (ранений, ссадин, царапин) отрицает. Предохранительные прививки не проводились.

Сифилисом и другими венерологическими болезнями не болела. На диспансерном учете по поводу туберкулеза не состоит. Малярией, брюшным и сыпным тифом не болела и с больными контакта не имела. Донором не является. Прямых переливаний крови, а также гемотрансфузий консервированной крови за последние полгода не имела. За последние 3 месяца эпидемиологически неблагополучные регионы не посещала.

История жизни.

Родилась в срок. В детстве росла и развивалась в соответствии с возрастом, в физическом и психическом развитии от сверстников не отставала. Окончила 8 классов, помогала по хозяйству маме. В 1957 году вышла замуж, переехала в Москву. Работала водителем трамвая до возраста 50 лет, далее инспектором медицинской комиссии по настоящее время.

Время появления менструаций точно указать не может; безболезненные, умеренные, последняя – в 48 лет. Беременностей 5, родов 2, абортов 3, из них – 2 внематочный беременности в 27, 36 лет. Первые роды: ранние роды (7 месяцев), ножное прилежание. 2 роды в срок, без особенностей. В 48 лет- миома матки, удаление.

Бытовой анамнез: условия жизни хорошие, питание регулярное, калорийное, разнообразное.

Вредные привычки: не курит, употребление алкоголя в небольших дозах по праздникам, чаем, кофе не злоупотребляет.

Профессиональные вредности (интоксикация вредными веществами, перепады температуры, вибрация) отрицает.

Наследственность: генетическую предрасположенность к роже отрицает. Мать умерла в возрасте 87 лет от сердечной недостаточности. Отец умер на войне. Эндокринные заболевания, геморрагические диатезы, психические расстройства, алкоголизм у себя и близких родственников отрицает.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, частые ангины, кариес, до 30 лет рецидивирующие ячмени, фурункулез, в 36 лет – острый отит; тромбофлебит. 2005 год – киста правой почки. Больная указывает на повышение показателей сахара крови до 6,0, диагноз сахарный диабет не ставился.

В 48 лет – экстирпация матки. Других операций и травм не было. Переливание крови: в 30 лет аутогемотрансфузия. Туберкулезом, вирусным гепатитом не болела. В контакте с инфекционными больными не была.

Аллергологический анамнез: Аллергические реакции на прием пищевых продуктов, антибиотиков, химиотерапевтических и др средств, сывороткам, вакцинам не отмечает.

Настоящее состояние больного (status praesens)

Общее состояние больной средней тяжести, сознание ясное, положение пассивное. Телосложение правильное, гиперстенического типа (эпигастральный угол больше 90 градусов). Выражение лица спокойное. Рост 158 см., вес 99 кг., температура тела 37 градусов Цельсия.

Глаза без патологического блеска, склеры белые, роговицы нормальны, ширина глазных щелей в пределах нормы, стробизм, анизокория отсутствуют. Состояние аккомодации, конвергенции в норме, реакция зрачков на свет сохранена, диплопия отсутствует.

Осмотр ушей: острота слуха не изменена. Уши чистые, гноетечения нет. Давление на трагус, сосцевидный отросток безболезненно.

Нос правильной формы, крылья носа в акте дыхания не участвуют. Герпетических высыпаний нет.

Губы нормальной окраски, без герпетических высыпаний, рубцов, трещин.

Кожные покровы (вне очага): бледные, сухие, тургор сохранен, гиперпигментация на внутренних поверхностях нижних третей правой, левой голени (область заживших трофических язв), депигментации, высыпаний, сосудистых изменений, шелушений нет. Влажность умеренная, эластичность сохранена. Грибковое поражение стоп.

Видимые слизистые бледно-розовые, высыпаний нет, влажные.

Подкожно-жировая клетчатка чрезмерно развита, толщина кожной складки на животе 6 см., на спине 4 см., наибольшее отложение жира на животе. Выраженные отеки конечностей, незначительные тела и лица. Подкожной эмфиземы нет. Уплотнений (фиброцитов, целлюлитов) не выявлено.

Ногти нормальной конфигурации, грибковое поражение ногтей на ногах.

Затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются. Увеличены, уплотнены и безболезненны при пальпации паховые, бедренные лимфоузлы, не спаяны друг с другом, с окружающими тканями и кожей. Регионарный лимфангит не выявлен.

Степень выраженности развития мускулатуры средняя, тонус сохранен, сила симметричных мышц одинаково выражена; болезненности и уплотнения при пальпации не выявлено.

Визуально и пальпаторно деформации позвоночника не выявлено, атрофии, ригидности нет. Болезненности костной системы при пальпации и перкуссии не выявлено.

Конфигурация суставов не изменена, суставы симметричны, не горячие на ощупь. Окраска кожных покровов над суставами не изменена. При пальпации суставы безболезненные, движения в суставах совершаются в полном объеме, активные; болезненности, контрактур и анкилозов нет.

Дыхательная система.

Форма грудной клетки: гиперстеническая. Грудная клетка симметричная. Обе половины грудной клетки участвует в акте дыхания.

Тип дыхания: смешанный с преобладанием грудного. ЧДД 18/мин, ритм правильный.

*При пальпации* грудная клетка безболезненная. Эпигастральный угол тупой. Эластичность грудной клетки нормальная, голосовое дрожание не изменено.

*Перкуссия легких*.

Над всей поверхностью легких ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | Слева |
| *Верхняя граница*  Над ключицей, см | 4 | 4 |
| Сзади по отношению к остистому отростку VII шейного позвонка | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка |
| Ширина полей Кренига | 6 | 6 |
| *Нижняя граница*  Средне-ключичная | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | XI грудной позвонок | XI грудной позвонок |

Подвижность нижних краев легких, см

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Справа | | | Слева | | |
| на вдохе | на вдохе | Суммарно | на вдохе | на выдохе | Суммарно |
| Среднеключичная | 1,5 | 0,8 | 2,3 | - | - | - |
| Средняя подмышечная | 2,5 | 1,2 | 3,7 | 2,5 | 1,2 | 3,7 |
| Лопаточная | 1,5 | 0,8 | 2,3 | 1,5 | 0,8 | 2,3 |

*Аускультация легких.*

Над всей поверхностью везикулярное дыхание, хрипов нет. Бронхофония не изменена.

Сердечно-сосудистая система.

Жалоб нет.

*Пальпация области сердца.*

Верхушечный толчок не пальпируется. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация отсутствуют.

*Перкуссия области сердца.*

Границы относительной тупости сердца:

Правая – 1 см от правого края грудины

Левая – по левой средне-ключичной линии

Верхняя – III ребро

Поперечник относительной тупости сердца – 13 см.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая – на 1 см кнаружи от правой границы относительной тупости

Левая – на 1 см кнутри от левой границы относительной тупости

Верхняя - IV ребро

Поперечник сосудистого пучка – 5 см.

*Аускультация сердца.*

Тоны сердца нормальной звучности, ритмичные. Акцент II тона над аортой.

*Исследование сосудов.*

При осмотре и ощупывании височные, сонные, подключичные, плечевые, бедренные, подколенные, задние большеберцовые артерии и артерии стопы неизвитые, мягкие, с тонкими стенками.

Пульс на правой и левой лучевых артериях одинаковый, ритмичный, с частотой 72 в минуту, хорошего наполнения, ненапряженный, нормальной величины и формы. Капиллярный пульс не определяется.

При аускультации артерий патологических изменений нет.

Артериальное давление 140/90 мм рт.ст.

Вены нижних конечностей варикозно расширены.

Система пищеварения.

Жалоб нет.

*Осмотр полости рта.*

Запах обычный. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, мягкого и твердого неба бледной окраски; высыпания, изъявления, афты отсутствуют. Десны бледной окраски, не кровоточат.

Язык нормальной величины и формы, влажный, обложен белым налетом. Нитевидные и грибовидные сосочки языка выражены хорошо.

Зев бледной окраски. Небные дужки хорошо контурируются. Миндалины не выступают за небные дужки. Слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная, поверхность ее гладкая.

*Осмотр живота.*

Живот округлой формы, симметричен. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Патологической перистальтики не обнаружено. Других изменений кожных покровов не отмечается. Мышцы брюшной стенки участвуют в акте дыхания.

Послеоперационный рубец от срединной лапаротомии (в анамнезе экстирпация матки).

*Пальпация живота.*

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. При исследовании «слабых» мест передней брюшной стенки (апоневроз белой линии живота, паховое кольцо) грыжевых выпячиваний не отмечается. В области послеопреционного рубца грыжевое выпячивание.

*Перкуссия живота.*

При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности.

Шум плеска справа от средней линии живота (симптом Василенко) не выявляется.

*Аускультация живота.*

При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

*Пальпация кишечника*: восходящий отдел ободочной кишки пальпируется в виде цилиндра, умеренно плотной консистенции диаметром 3-4 см, подвижного, безболезненного, не урчащего. Поперечная ободочная кишка пальпируется в виде цилиндра, умеренно плотной консистенции диаметром 3-4 см, подвижного, безболезненного, не урчащего. Нисходящий отдел ободочной кишки пальпируется в виде цилиндра, умеренно плотной консистенции диаметром 3-4 см, подвижного, безболезненного, не урчащего. Остальные участки толстого кишечника не пальпируются.

*Перкуссия печени.* Определение границ и размеров печени:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Линии | Верхняя граница | Нижняя граница | Высота печеночной тупости, см |
| Правая передняя подмышечная | На VII ребре | Край XI ребра | 7 |
| Правая средне-ключичная | На VI ребре | Край правой реберной дуги | 9 |
| Правая окологрудинная | Верхний край VI ребра | 2 см ниже края реберной дуги | 9 |
| Передняя срединная | Основание мечевидного отростка | 4 см ниже края мечевидного отростка | 7 |
| Граница левой доли - окологрудинная линия | | | |

*Пальпация* печени. Нижний край печени гладкий, острый, эластичный, безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненности при пальпации в точке желчного пузыря не выявляется. Симптомы Ортнера, Захарьина. Василенко, Мерфи, Георгиевского –Мюсси отрицательные.

Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненность в точках Дежардена, Шоффара, Мейо-Робсона отсутствует.

Селезенка не пальпируется.Поперечник- 6 см, длинник- 8см.

Система мочевыделения.

Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

Мочеиспускание свободное безболезненное , 3 раза в сутки. Дизурических расстройств не выявлено.

Исследование эндокринной системы.

Жалоб нет.

Нарушений роста, телосложения, похудания, чрезмерной жажды, чувства голода нет. Отмечается чрезмерное развитие подкожно-жировой клетчатки, преимущественно в области живота.

При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется. Окружность шеи на уровне щитовидной железы спереди и остистого отростка VII шейного позвонка сзади – 35см. экзофтальма, повышенного блеска или тусклости глазных яблок, а также симптомов Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага нет.

Исследование нервно-психической сферы.

Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен, охотно общается с врачом. Нарушения восприятия нет. Внимание не ослаблено, способен долго сосредоточиваться на одном деле. Память сохранена. Мышление не нарушено. Поведение адекватное. Настроение ровное, устойчивое. Мнительная тревожность, апатия, суетливость отсутствуют.

Головных болей, головокружения, обмороков нет. На нарушение сна не жалуется. Продолжительность сна - 8 часов. Самочувствие после пробуждения удовлетворительное.

При исследовании черепно-мозговых нервов и рефлекторной сферы патологических изменений не выявлено.

Нарушений двигательной сферы и чувствительности не отмечается. Кожный дермографизм не отмечается.

Status localis

Левая голень отечна. В области левой голени эритема, распространяющаяся от наружного края лодыжки до внутренной поверхности коленного сустава, шириной с ладонь, буроватого оттенка, с неровными контурами и четкими границами, возвышающаяся над здоровой кожей, очаг горячий на ощупь, болезненный при пальпации, в покое безболезненный, кожа уплотнена, отмечается морщинистость (снижение отека) ,на фоне эритемы выявляются множественные геморрагии.

Паховые, бедренные лимфатические узлы увеличены до 2 см, при пальпации безболезненные, не спаяны друг с другом, с окружающими тканями и кожей. Регионарный лимфангит не выявлен.

План обследования

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови.
4. Гликемический профиль.
5. Коагулограмма.
6. Определение группы крови и резус-фактора.
7. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.
8. ЭКГ.

Данные лабораторных и дополнительных методов обследования.

Анализ мочи (11.03.06)

Цвет: соломенно-желтая

Реакция кислая

Удельный вес: 1017

Прозрачность: неполная

Белки: нет

Сахар: нет

Ацетон: нет

Желчные пигменты: нет

Уробилин: норма

Эпителиальные клетки плоские: немного

Лейкоциты: единичные в поле зрения

Эритроциты: единичные в поле зрения

Слизь: немного

Бактерии: немного

Общий анализ крови (11.03.06)

Эритроциты 4,17×1012/л

Гемоглобин 96г/л

Лейкоциты

Палочкоядерные 7%

Сегментоядерные 58%

Лимфоциты 30%

Моноциты 8,14%

Тромбоциты 190\* 109/л

СОЭ 30 мм/ч (повышено)

Общий анализ крови (14.03.06)

Эритроциты 3,04×1012/л

Гемоглобин 88г/л

Лейкоциты

Палочкоядерные 2%

Сегментоядерные 51%

Лимфоциты 44%

Моноциты 3%

Эозинофилы 2%

Тромбоциты 323 \* 109/л

СОЭ 51 мм/ч (повышено)

Коагулограмма: (13.03.06)

Протромбиновый индекс – фибриновый сгусток!

Биохимическое исследование крови (10.3.06)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| АлТ  АСТ | 33  27 | ед/л  ед/л |
| Общий белок | 68 | г/л |
| ЩФ | 145 | ммоль\л |
| Креатинин | 107 | Мкмоль\л |
| Общий билирубин | 10,1 | Мкмоль\л |
| Мочевина  Холестерин | 7,4  3,4 | моль/л  нмоль\л |

Глюкоза крови 4,9 ммоль\л (10-3-06)

ЭКГ (14.3.06)

Ритм синусовый, правильный с ЧСС 100`. Синусовая тахикардия. Нормальное положение ЭОС. Умеренные изменения миокарда.

Клиниченский диагноз:

Основное заболевание: Рожа эритематозно-геморрагическая левой нижней конечности, средней степени тяжести, первичная.

Фоновые заболевания: Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Лимфовенозная недостаточность нижних конечностей. Хронические трофические язвы обеих голеней. Рубромикоз стоп. Ожирение 3 ст.

Сопутствующие заболевания: ИБС, ГБ2. Атеросклероз, кардиосклероз. Киста правой почки?.

Обоснование диагноза

Диагноз: «Рожа эритематозно-геморрагическая левой нижней конечности, среднетяжелое течение, первичная» поставлен на основании следующих данных:

I.

1. - Острое начало заболевания с лихорадкой и другими проявлениями интоксикации, опережающими появление типичных местных явлений. (ощущение распирания, напряжения, жжения, умеренной болезненности, в дальнейшем появление характерной эритемы с неровными контурами и четкими границами, возвышающейся над здоровой кожей, буроватого оттенка, горячей на ощупь, болезненной при пальпации, кожа над очагом уплотнена, на фоне эритемы выявляется множество геморрагий).

2. - Характерную локализацию местных воспалительных реакций (нижние конечности)

3. - Отсутствие выраженных болей в очаге в покое, усиление при опускании ночи вниз, наступании на ногу.

4. - Развитие регионарного лимфаденита (паховые, бедреные лимфатические узлы увеличены до 2 см, при пальпации безболезненные, не спаяны друг с другом, с окружающими тканями и кожей.)

II.

Данных анамнеза жизни: частые ангины, до 30 лет рецидивирующие ячмени, фурункулез, в 36 лет перенесенный острый отит, кариес, указывают на сенсибилизированность больной к стрептококку и возможность эндогенного заноса в очаг.

III.

Предрасполагающими факторами в развитии заболевания явились фоновые заболевания: микоз стоп, ожирение 3 степени, варикозная болезнь вен нижних конечностей, лимфовенозная недостаточность вен нижних конечностей, хронические трофические язвы обеих голеней.

О среднетяжелом течении говорят симптомы интоксикации с выраженной лихорадкой до 39,5`С, появление геморрагий в очаге.

Отсутствие эпизодов заболевания в анамнезе дает право говорить о первичной роже.

**Дифференциальный диагноз.**

Дифференциальный диагноз проводим прежде всего с:

**Эризипелоидом (свиная рожа).**

(зоонозная бактериальная инфекция, характеризующаяся преимущественным поражением кожи и суставов)

очаг поражения локализуется преимущественной на коже кистей и пальцев рук (микротравмы в результате повреждения кожи рук во время работы со свининой). Очаг- отечность более выражена по периферии, а эритема в центре более бледная. Эритема на ощупь теплая, а не горячая, как при роже.

Отсутствие чувства жжения в области очага.

Характерен суставной синдром: межфаланговые суставы отечны и болезненны при движениях.

Температура субфебрильная (при роже чаще фебрильная)

Интоксикация – умеренная.

**Опоясывающим лишаем.**

(герпетическая инфекция, эндогенная инфекция, вызванную вирусом ветряной оспы/опоясывающего лишая, развивающуюся при активации латентного вируса в ганглиях задних корешков спинного мозга через годы и десятилетия после перенесенной ветрянки)

начинается с появления болей по ходу нервных стволов (чаще тройничного)

на 2-3 день после появления болей появляется типичная экзантема (пузырьки по типу “лягушачьей икры”), в течение 3-4 дней возможно подсыпание везикул, затем образуются корочки, которые отпадают бесследно или оставляют неглубокие рубцы.

Температура чаще бывает субфебрильная

**Сибирская язва**.

(острая бактериальная зоонозная инфекция, характеризующаяся интоксикацией, развитием серозно-геморрагического воспаления кожи, лимфатических узлов и внутренних органов. Возбудитель Bacillis anthracis)

Кожная форма – наиболее частая карбункулезная форма.

поражаются преимущественно открытые части тела

карбункул бывает один или до 10-20

на месте входных ворот последовательно развивается пятно, папула, везикула, язва, по краям язвы имеются дочерние везикулы, обуславливая ее эксцентрический рост.

В центре через 1-2 нед образуется черный струп(уголек на красном фоне), после отторжения образуется плотный рубец

В зависимости от степени тяжести заболевания интоксикационный синдром может быть выражен различно (от легкого до тяжелого)

**Флегмона подкожно-жировой клетчатки**.

- Отсутствие постепенно нарастающей интоксикации

- образование плотного болезненного инфильтрата с флюктуацией,

- гиперемия кожи, не имеющая четких границ и наиболее интенсивная в центре инфильтрата

- выраженная болезненность в покое

**Экзема.**

**-** эрозированные участки с мокнутием, сильный зуд в области пораженного участка.

**Дерматит**.

- положительный аллергический анамнез

- наличие контакта с физическими и химическими агентами-раздражителями

- увеличение эозинофилов в крови.

**Узловатая эритема** на голени.

- кожные изменения, представленные плотными, умеренно болезненными при пальпации узлами, несколько возвышающиеся над поверхностью, кожа над ними гиперемирована и постепенно приобретает синюшный цвет.

**Флебиты и тромбофлебиты поверхностных вен:**

- боли по ходу сосудов,

- гиперемия кожи в виде полос и пятен над пораженными венами, а при их пальпации – уплотнения в виде узелков и шнуров

**ДНЕВНИКИ:**

**10 день болезни:**

Активных жалоб не предъявляет.

Общее состояние удовлетворительное, симптомов интоксикации нет, температура тела нормальная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, ритм правильный, ЧСС 76 уд в мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме.

St. localis: левая голень увеличена в объеме за счет отека. Эритема угасает, отек спадает. Очаг горячий на ощупь, болезненный. Паховые лимфоузлы увеличены в объеме до 1,5 см, единичные, безболезненные при пальпации, не спаяны друг с другом и с окружающими тканями и кожей.

**12 день болезни:**

Активных жалоб не предъявляет.

Общее состояние удовлетворительное, симптомов интоксикации нет, температура тела нормальная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, ритм правильный, ЧСС 76 уд в мин. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме.

На фоне адекватной терапии отмечается обратное развитие процесса: гиперемия угасает, отек уменьшается, отмечается морщинистость кожи в зоне очага воспаления.

Лечение.

Основой этиотропной терапии является прием антибактериальных средств. При первичной роже, среднетяжелом течении препаратом выбора является пенициллин. (Penicillinum в\м 6 млн ЕД – 10 дней) бактерицидное действие препарата заключается в подавлении синтеза клеточной стенки микроорганизма.

Патогенетическая терапия:

Дезинтоксикационная терапия –обильное дробное питье.

Противовоспалительная терапия: тромбоасс – 100 мг на ночь в течение 2 недель

для снижения проницаемости сосудистой стенки и увеличения синтеза эндогенного интерферона назначается витамин аскорутин.

Для ускорения разрешения очага, с целью профилактики осложнений больным назначается физиотерапия, но в данном случае она противопоказана. (киста правой почки)

Эпикпиз.

Пациентка… 70 лет, 9.03.06 поступила с жалобами на очаг покраснения кожи на левой нижней голени, болезненный при пальпации, отек левой голени, общую слабость, недомогание. 5.03.06 утром отмечает подъем температуры до 38,5градусов, сильный озноб, нарастающую слабость, сильное чувство жажды. На следующий день максимальный цифры температуры составили 39,5, отекла левая голень. Утром 7.03.06 появилось чувство распирания, напряжения, жжения, умеренной болезненности, усиливающейся при опускании ноги вниз, наступании на ногу. Смазала левую голень левомиколем. Температура снизилась до 37,3. Утром следующего дня отмечает появление нарастающей красноты на левой нижней конечности, сопровождающуюся чувством распирания и жара, на ощупь голень была горячая, бригадой скорой помощи больная была госпитализирована в инфекционную больницу №2 с диагнозом рожа левой голени. При поступлении: состояние удовлетворительное. Кожный покровы бледно-розового цвета. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Пульс 76`мин. АД 140\80. живот мягкий, не вздут, безболезненный. Перитонгеальные симптомы отсутствуют. Физиологические отправления в норме. Status localis:

Левая голень отечна. В области левой голени эритема, распространяющаяся от наружного края лодыжки до внутренней поверхности коленного сустава, шириной с ладонь, буроватого оттенка, с неровными контурами и четкими границами, возвышающаяся над здоровой кожей, очаг горячий на ощупь, болезненный при пальпации, в покое безболезненный, кожа уплотнена, отмечается морщинистость (снижение отека), на фоне эритемы выявляются множественные геморрагии.

Паховые, бедренные лимфатические узлы увеличены до 2 см, при пальпации безболезненные, не спаяны друг с другом, с окружающими тканями и кожей. Регионарный лимфангит не выявлен.

Поставлен диагноз: Рожа эритематозно-геморрагическая левой нижней конечности, средней степени тяжести, первичная. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Лимфовенозная недостаточность нижних конечностей. Хронические трофические язвы обеих голеней. Рубромикоз стоп. Ожирение 3 ст.ИБС, ГБ2. Атеросклероз, кардиосклероз. Киста правой почки?.

Назначено лечение пенициллином (Penicillinum в\м 6 млн ЕД – 10 дней), диазолин 1т\*3р\д – 10 дней, Аскорутин по 1 таб 3 р/день 2 недели, Индометацин 1 таб\*3 р/день после еды – 10 дней, Трентал 1 таб\*3 р/день 10 дней ,обильное дробное питье.

На фоне адекватной терапии отмечается обратное развитие процесса: гиперемия угасает, отек уменьшается, отмечается морщинистость кожи в зоне очага воспаления.

Первичная рожа, назначена адекватная терапия, прогноз благоприятный, но учитывая возраст больной и наличие фоновых заболеваний, возможен рецидив.

Рекомендовано: лечение фоновых заболеваний, избегать частые переохлаждения (сырость, сквозняки, перепады температуры), избегать микротравм кожи, соблюдать правила личной гигиены.

Этиология и патогенез.

Рожа - инфекционная болезнь, протекающая в острой и хронической форме, вызываемая b-гемолитическим стрептококком группы А и характеризующаяся очаговым серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи, слизистых оболочек, лихорадкой и обще токсическими проявлениями.

Больные рожей малоконтагиозны. Женщины болеют рожей чаще мужчин, особенно рецидивирующей формой заболевания. Более чем в 60% случаев рожу переносят люди в возрасте 40 лет и старше.

Первичная рожа, повторная рожа и так называемые поздние рецидивы болезни (спустя 6-12 месяцев и позднее) являются острым циклическим инфекционным процессом, возникающим в результате экзогенного инфицирования b-гемолитическим стрептококком группы А. Источником инфекции при этом являются как больные разнообразными стрептококковыми инфекциями, так и здоровые бактерионосители стрептококка. Основной механизм передачи - контактный (микротравмы, потертости, опрелость кожи и др.). Определенное значение имеет и воздушно-капельный механизм передачи стрептококка с первичным поражением носоглотки и последующим заносом микроба на кожу руками, а также лимфогенным и гематогенным путем.

Рецидивирующая рожа с возникновением ранних и частых рецидивов болезни формируется после перенесенной первичной или повторной рожи вследствие неполноценного лечения, наличия неблагоприятных фоновых и сопутствующих заболеваний (варикозная болезнь вен, микозы, сахарный диабет, хронические тонзиллиты, синуситы и др.), развития вторичной иммунологической недостаточности, дефектов неспецифической защиты организма. Образуются очаги хронической эндогенной инфекции в коже, регионарных лимфатических узлах. Наряду с бактериальными формами стрептококка группы А при хронизации процесса большое значение имеют также L-формы возбудителя, длительное время персистирующие в макрофагах кожи и органах мононуклеарно-фагоцитарной системы. Реверсия L-форм стрептококка в исходные бактериальные формы приводит к возникновению очередного рецидива болезни.

Рожа протекает обычно на фоне выраженной сенсибилизации к b-гемолитическому стрептококку, сопровождается формированием фиксированных иммунных комплексов в дерме, в том числе и периваскулярно. При инфицировании стрептококком болезнь развивается лишь у лиц, имеющих к ней врожденную или приобретенную предрасположенность. Инфекционно-аллергический и иммунокомплексный механизмы воспаления при роже обусловливают его серозный или серозно-геморагический характер. Присоединение гнойного воспаления свидетельствует об осложненном течении болезни.

Как правило, инфицированию стрептококками подвергается поврежденная кожа. В отдельных случаях заболевание возникает и без нарушения целостности покровов. Микробы попадают на кожу от людей, являющихся источником гноеродных микробов (экзогенная инфекция), или же проникают различными путями (гематогенно, воздушно-капельно, посредством контакта) из очагов собственного организма (эндогенная инфекция). Во всех случаях обязательным условием для возникновения заболевания является наличие к нему предрасположенности. Предполагается, что в ее основе лежит сенсибилизация определенных участков кожи к антигенам стрептококка.

Клиническая классификация рожи основана на характере местных изменений (эритематозная, эритематозно-буллезная, эритематозно-геморрагическая, буллезно-геморрагическая), на тяжести клинических проявлений (легкая, среднетяжелая и тяжелая), на кратности возникновения заболевания (первичная, рецидивирующая и повторная) и на распространенности местных поражений организма (локализованная, распространенная и метастатическая).

Инкубационный период при роже продолжается от нескольких часов до 5 сут. Заболевание начинается остро с появления озноба, общей слабости, головной боли, мышечных болей, в ряде случаев - тошноты и рвоты, тахикардии, а также повышения температуры тела до 39,0-40,0оС. У отдельных больных развивается делириозное состояние, судороги и явления менингизма. Через 12-24 ч с момента заболевания присоединяются местные проявления заболевания - боль, гиперемия и отек пораженного участка кожи. Местный процесс при роже может располагаться на коже лица, туловища, конечностей и в отдельных случаях - на слизистых оболочках.

При **эритематозной форме** рожи пораженный участок кожи характеризуется эритемой, отеком и болезненностью. Эритема имеет равномерно яркую окраску, четкие границы, тенденцию к периферическому распространению и возвышается над интактной кожей. Ее края неправильной формы (в виде зазубрин, "языков пламени" или другой конфигурации). В последующем на месте эритемы может появляться шелушение кожи.

**Эритематозно-буллезная форма** заболевания начинается так же, как и эритематозная. Однако спустя 1-3 сут с момента заболевания на месте эритемы происходит отслойка эпидермиса и образуются различных размеров пузыри, заполненные серозным содержимым. В дальнейшем пузыри лопаются и на их месте образуются коричневого цвета корки. После их отторжения видна молодая нежная кожа. В отдельных случаях на месте пузырей появляются эрозии, способные трансформироваться в трофические язвы.

**Эритематозно-геморрагическая** форма рожи протекает с теми же симптомами, что и эритематозная. Однако в этих случаях на фоне эритемы появляются кровоизлияния в пораженные участки кожи.

**Буллезно-геморрагическая** рожа имеет практически те же проявления, что и эритематозно-буллезная форма заболевания. Отличия состоят только в том, что образующиеся в процессе заболевания на месте эритемы пузыри заполнены не серозным, а геморрагическим экссудатом.

Кроме приведенной симптоматики рожи, отмечаются увеличение и болезненность регионарных по отношению к пораженному участку кожи лимфатических узлов (регионарный лимфаденит). Наряду с этим на коже между очагом воспаления и пораженными лимфоузлами появляются продольной формы изменения, сопровождающиеся гиперемией, уплотнением и болезненностью ее (лимфангит). Изменения периферической крови при роже сопровождаются лейкоцитозом, нейтрофилезом с палочноядерным сдвигом, повышением СОЭ. Общие симптомы заболевания (лихорадка, интоксикация и др.) сохраняются 3-10 сут. Их продолжительность в значительной мере определяется сроками начала рациональной этиотропной терапии. Воспалительные изменения кожи при эритематозной форме заболевания сохраняются 5-8 сут, а при других - 10-15 сут и более.

Легкая форма рожи характеризуется кратковременной (в течение 1-3 сут), сравнительно невысокой (до 39,0оС) температурой тела, умеренно выраженной интоксикацией и эритематозным поражением кожи одной анатомической области.

Среднетяжелая форма рожи протекает с относительно продолжительной (4-5 сут) и высокой (до 40,0°С) лихорадкой, выраженной интоксикацией (резкая общая слабость, сильная головная боль, анорексия, тошнота, рвота и др.) с обширным эритематозным, эритематозно-буллезным, эритематозно-геморрагическим поражением больших участков кожи.

Тяжелая форма рожи сопровождается большой продолжительности (более 5 сут) очень высокой (40,0°С и выше) лихорадкой, резкой интоксикацией с нарушением психического статуса больных (спутанность сознания, делириозное состояние), эритематозно-буллезным, буллезно-геморрагическим поражением обширных участков кожи, часто осложняющимся флегмонозными, гангренозными явлениями, сепсисом, пневмонией, инфекционно-токсическим шоком, инфекционно-токсической энцефалопатией и др.

Рецидивирующей считается рожа, возникшая на протяжении 2 лет после первичного заболевания на прежнем участке покровов. Повторная рожа развивается более чем через 2 года после предыдущего заболевания. Рецидивирующая рожа наблюдается в 15-45% случаев (реже встречается у молодых людей и чаще - у пожилых). Чаще всего она локализуется на нижних конечностях, кожа которых чаще других участков тела подвергается травматическим воздействиям и сопутствующим болезням. В наибольшей степени рецидивированию рожи способствует нерациональное лечение первично возникшего заболевания, грибковые, гнойничковые поражения, хронические болезни кровеносных и лимфатических (слоновость, лимфостаз) сосудов, переохлаждения и профессиональные вредности.

Осложнения. В современных условиях они встречаются у больных, преимущественно с тяжелой формой заболевания. Чаще всего это флегмоны, абсцессы (флегмонозная и абсцедирующая рожа), некроз тканей пораженного участка (гангренозная рожа), тромбофлебиты, лимфедема – стойкий лимфостаз, фибредема – вторичная слоновость, инфекционно-токсическая энцефалопатия и инфекционно-токсический шок. У людей преклонного возраста, а также страдающих иммунодефицитным состоянием могут возникать вторичные пневмонии и сепсис.

Экзогенная инфекция (внедрение через поврежденную кожу: ссадины, царапины, раны, опрелости, трещины; слизистые оболочки)

Эндогенная инфекция

(эндогенный занос возбудителя в кожу с током крови из очагов хронической стрептококковой инфекции, с возможной реверсией L-форм в бактериальные

### экзогеэ

- токсинемия

- компоненты клеточной стенки

- внеклеточные продукты

Очаг инфекции в дерме ->

Размножение в кожных лимфатических каналах ->

Активный воспалительный, латентный очаг инфекции в дерме

L – трансформация (длительная персистенция в органах МФС, коже)

- факторы патогенности стрептококка

- индивидуальная предрасположенность

Инфекционно-токсический синдром

- аутоиммунные реакции

- цитопатическое действие

- ик поражение сосудов и кожи

- ДВС – синдром

- высвобождение БАВ

Очаг инфекционно-аллергического серозного или серозно-геморрагического воспаления

Эритема, отек, геморрагии, пузыри

Провоцирующие факторы:

\* нарушение целостности кожных покровов (ссадины, царапины, раны, опрелости, расчесы, трещины, уколы, потертости)

\* резкая смена температуры (переохлаждение, перегревание)

\* эмоциональные стрессы

\* инсоляция

\* интеркурентные заболевания (ОРВИ, ангина, бронхит и др)

Предрасполагающие к роже факторы:

1. сопутствующие (фоновые заболевания)

\* микозы стоп

\* сахарный диабет

\* ожирение

\* хроническая венозная недостаточность (варикозная болезнь вен)

\* хроническая недостаточность лимфатических узлов

\* экзема и др.

\* болезни крови

2. наличие органов хронической (стрептококковой) инфекции

\* тонзиллит, отит, синусит, кариес, парадонтоз – чаще при роже лица

\* остеомиелит, тромбофлебит, язвы – чаще при роже н\конечностей

3. профессиональные вредности, связанные с повышенной травматизацией, загрязнением кожных покровов, ношением резиновой обуви и тд. (шахтеры, монтажники, почтальоны, солдаты)

4. хронические соматические заболевания, приводящие к понижению состояния противоинфекционного иммунитета, что чаще реализуется в пожилом возрасте

5. стресс, переохлаждение