ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ОРЕНБУРГСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии

Заведующий кафедрой, заслуженный работник высшей школы РФ, профессор М.В. Скачков

Преподаватель Федосеева К.Е.

История болезни

Больного: Г. Валентины Дмитриевны, 56 лет

Клинический диагноз: Повторная рожа лица, эритематозно-буллезная форма, средней степени тяжести.

Сопутствующие заболевания: нет.

Куратор-студент 505 группы Меркушин Денис Евгеньевич

Начало курации: 13.02.09

Окончание курации: 17.02.09

Оренбург 2009

Общие сведения о больном

1. Ф.И.О.: -
2. Возраст: 56 лет
3. Место жительства: -
4. Место работы, должность: -
5. Дата заболевания: 6.02.09.
6. Дата поступления: 7.02.09 в 11:20.
7. Кем направлен больной: бригадой СМП.

Жалобы

На момент курации жалоб не предъявляет.

При поступлении предъявляла жалобы на жар, разбитость, боли в пояснице, отечность и покраснение кожи век, носа, щек.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 6.02.09, когда появились температура до 38,3 градусов, озноб, боль в пояснице, разбитость. В те же сутки на кончике и левом крыле носа появился участок уплотнения и инфильтрации розового цвета, с четкими неправильными границами. В течение суток процесс распространился на спинку носа, веки, область щек. Кожный покров приобрел напряженность, эритоматозный оттенок. На спинке носа появились пузыри, заполненные прозрачной жидкостью. Развитие заболевание связывает с перенесенной ангиной и переохлаждением. Обратилась за помощью в бригаду СМП. 7.02.09 в 11:20 была доставлена в стационар для уточнения диагноза и коррекции лечения.

До момента курации находилась и получала лечение в стационаре. На фоне проводимой терапии состояние больной улучшилось – уменьшились отек и инфильтрация.

Анамнез жизни

Родилась в - районе, селе - 10.07.1953 третьим ребенком из 3 детей в полной семье. Росла и развивалась соответственно возрасту.

Получила высшее образование. Работает педагогом в -.

 Проживает в 2-комнатной квартире с удобствами. Питание регулярное. Условия труда удовлетворительные.

Замужем. Имеет 2 детей. Дети данным заболеванием не страдают.

Месячные с 13 лет. Цикл установился в течение полугода. Регулярные, кровянистые выделения умеренные в течение 5-6 дней. Цикл 29 дней. Начало половой жизни в 18 лет. С началом половой жизни характер месячных не изменился. 3 беременности. В 1973, 1975 – закончились срочными родами, в 1987 году – разрешилась путем аборта.

Венерические болезни, ВИЧ, гепатит отрицает.

В детстве перенесла краснуху. Трав мне было. В 1994 году – резекцию полипа матки.

Не курит. Алкоголь не употребляет.

Не была донором и реципиентом.

Контакты с больными инфекционными заболеваниями отрицает.

Наследственность отягощена со стороны матери, страдавшей рожей голени.

Аллергологический анамнез

Лекарственной непереносимости не отмечает. Аллергические реакции на пищевые продукты не наблюдала.

Эпидемиологический анамнез

В 1984 году перенесла рожистое воспаление левой голени. За неделю до текущего заболевания перенесла ангину.

Настоящее состояние больного

**Общиий осмотр.**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение в постели активное. Нормального питания. Рост 170 см, вес 72 кг. Телосложение нормостеническое. Выражение лица спокойное. Температура 36,5 градусов.

Тургор кожи сохранен. Подкожно жировой слой выражен умеренно. Кожа нормальной влажности, физиологической окраски. Кожный патологический процесс ограниченный с локализацией на коже носа, век, щек. Кожный покров в области инфильтрации пастозный, напряженный, с эритематозным оттенком, теплый, отмечается гиперестезия. По периферии патологического процесса определяются зона шелушения, корочки.

Нарушение роста волос не наблюдается.

Ногтевые пластинки пальцев рук и ног без признаков патологических изменений.

Лимфатические узлы шейной, затылочной, подмышечной, паховой области обычного размера, мягкие, безболезненные при пальпации, не спаяны друг с другом и смещаются относительно окружающих тканей.

**Опорно-двигательная система**

Боли по ходу мышц и костей отсутствуют. Мышцы в тонусе. Подвижность в крупных суставах не нарушена.

Опухолей и др. новообразований нет.

**Дыхательная система**

Дыхание через нос свободное. Кашля, болей и одышки нет.

Нос обычной формы, гортань и трахея без изменений. Форма грудной клетки цилиндрическая. Ключицы расположены на одном уровне. Подключичные и надключичные ямки сглажены. Эпигастральный угол около 90°. Лопатки расположены на одном уровне. Межреберные промежутки сглажены. Шейный, грудной, поясничный, крестцовый изгибы развиты правильно. При пальпации болезненность отсутствует. Грудная клетка ригидная. Голосовое дрожание не изменено.

Тип дыхания смешанный. ЧДД 17 в минуту, дыхание через нос, свободное, ритмичное, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания.

При сравнительной перкуссии притупленный легочный звук в области верхушек обоих легких. Высота стояния верхушек – 4 см. Ширина полей Кренига – 7 см.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа (межреберье) | Слева (межреберье) |
| Окологрудинная | V | V |
| Среднеключичная | VI | VI |
| Передняя подмышечная | VII | IV |
| Средняя подмышечная | VIII | VII |
| Задняя подмышечная | IX | IX |
| Лопаточная | X | X |
| Околопозвоночная | XI | XI |

Экскурсия краев легких (суммарно на вдохе и выдохе):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа (см.) | Слева (см.) |
| Среднеключичная | 5 | 5 |
| Средняя подмышечная | 5 | 5 |
| Лопаточная | 5 | 5 |

При аускультации дыхание везикулярное, в области верхушек обоих легких ослаблено, хрипы отсутствуют.

Проба Штанге 45 сек.

Проба Соабразе 25 сек.

**Сердечно- сосудистая система**

Область сердца без изменений. Пульс 80 в минуту, неритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Артериальное давление dexter=sinister=110/70 мм. рт. ст. пульс хорошего наполнения, напряжения, ритмичный. При осмотре область сердца не изменена. Верхушечный толчок локализован в 5 межреберье слева на 1 см кнутри от среднеключичной линии, при пальпации по силе умеренный, ограниченный.

Границы относительной сердечной тупости:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Межреберье | Справа | Слева |
| 2 | По правому краю грудины | На 1,5 см от левого края грудины |
| 3 | По правому краю грудины | На 2 см. кнаружи от левого края грудины |
| 4 | На 1,5 см. кнаружи от правого края грудины | По средне ключичной линии |
| 5 | - | По передней подмышечной линии |

Верхняя граница относительной сердечной тупости проходит по 2 межреберью.

Границы абсолютной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| Справа | IV межреберье, окологрудинная линия |
| Слева | V межреберье, 0,5 см. кнутри от среднеключичной линии |
| Сверху | IV межреберье |

Ширина сосудистого пучка: 4 см

Поперечник сердца – 14,5 см. Аортальная конфигурация сердца.

При аускультации тоны громкие, ритмичные. Шумов нет. Акцентов нет.

**Пищеварительная система**

Аппетит хороший. Боли и затруднения глотания отсутствуют. Тошноты, рвоты, отрыжки, изжоги, слюнотечения, неприятного запаха изо рта не отмечает. Кровотечения из прямой кишки отсутствуют. Стул 1 раз в 2 дня, оформленный. Обычной окраски.

Язык влажный. Серый налет. Миндалины без изменений. В санации ротовой полости не нуждается. Живот округлой формы, симметричен, подкожные вены не выбухают, опухолевидных образований на брюшной стенке нет.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут.

*Глубокая, скользящая методическая пальпация по методу Образцова-Строжеско:*

Нисходящий отдел ободочной кишки не пальпируется.

Слепая кишка безболезненна, мягкая, эластичная, диаметр 3 см, подвижна.

Восходящая ободочная кишка не пальпируется.

Большая кривизна желудка не пальпируется.

Поперечная ободочная кишка не пальпируется.

Пальпируется край печени эластичной консистенции, поверхность гладкая, округлый.

Желчный пузырь не пальпируется.

*Размеры печени по Курлову:* 8 см\* 7 см\* 6 см

Селезенка не пальпируется. При аускультации живота выслушиваются умеренные перистальтические движения. При перкуссии селезенки: длинник 9 см., поперечник 5 см.

Перистальтические шумы выслушиваются.

**Мочевыделительная система**

Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.Болей в пояснице и области мочевого пузыря нет. Мочеиспускание свободное безболезненное 3-4 раза в день с чувством полного опорожнения мочевого пузыря. Ночные позывы к мочеиспусканию отрицает. Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная. Осадка в моче нет.

**Нервная система и органы чувств**

Больная правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение ровное, поведение адекватное. Контактна. Головных болей, обмороков нет. Движения мимической мускулатуры свободные. Тремор не наблюдается. При исследовании черепно-мозговых нервов двигательных и рефлекторной сфер патологических изменений не выявлено. Менингеальные симптомы отсутствуют. Нарушение чувствительности отмечается в зоне патологического кожного процесса. Сон спокойный, продолжительностью 8 часов. Дермографизм розовый, скрытый период - 10 с., явный - около 1 мин., локализованный, не возвышается над уровнем кожи.

**Эндокринная система**

Внешних признаков нарушения функции желез внутренней секреции не обнаруживается. Поджелудочная и щитовидные железы не пальпируется.

**Половая система**

**Состояние вторичных половых признаков соответствует возрасту.** Месячные регулярные, кровянистые выделения умеренные в течение 5-6 дней. Цикл 29 дней.

Обоснование предварительного диагноза

На основании жалоб больной на жар, разбитость, боли в пояснице, отечность и покраснение кожи век, носа, щек.

На основании анамнез заболевания: начало острое после перенесенной ангины и переохлаждения, когда появились температура до 38,3 градусов, озноб, боль в пояснице, разбитость. В те же сутки на кончике и левом крыле носа появился участок уплотнения и инфильтрации розового цвета, с четкими неправильными границами. В течение суток процесс распространился на спинку носа, веки, область щек. Кожный покров приобрел напряженность, эритоматозный оттенок. На спинке носа появились пузыри, заполненные прозрачной жидкостью.

На основании анамнеза жизни: наследственность по роже отягощена со стороны матери.

На основании эпидемиологического анамнеза: в 1984 году перенесла рожу левой голени.

На основании осмотра: кожный патологический процесс ограниченный с локализацией на коже носа, век, щек. Кожный покров в области патологического процесса пастозный, напряженный, с эритематозным оттенком, отмечается гиперестезия. По периферии патологического процесса определяются зона шелушения, корочки.

Предварительный диагноз: повторная рожа лица, эритематозно-буллезная форма, средней степени тяжести.

План обследования

1. ОАК
2. ОАМ

Данные специальных методов исследования

Общий анализ крови от 24.02.09:

гемоглобин – 135 г/л

эритроциты – 4,0\*1012/л

ЦП – 0,9

СОЭ – 52 мм/час

лейкоциты – 11,8\*109/л

палочкоядерные – 4%

сегментоядерные – 61%

эозинофилы – 1%

лимфоциты – 38%

моноциты – 5%

Заключение: лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, значительное увеличение СОЭ.

Общий анализ мочи от 24.02.09:

Цвет мочи соломенно--желтый

Прозрачность - прозрачная

Относительная плотность 1.015

Реакция – 6,1

Белок –

сахар –

билирубин –

кетоновые тела –

реакция на кровь - отрицательная

лейкоциты - отсутствуют
эпителий плоский – 2 - 3 в поле зрения
Заключение: без патологии.

Дифференциальный диагноз

Рожу следует дифференцировать с кожной формой сибирской язвы.

При сибирской язве отмечается характерный эпидемиологический анамнез – это заболевание с/х работников, возникающее при контакте с больными животными и их трупами. У данной больной в эпиданамнезе отмечается рожа левой голени в 1984 году, также наследственная предрасположенность (рожей страдала мать).

При сибирской язве лихорадка и интоксикация следуют после появления кожных высыпаний. У данной больной лихорадка и интоксикация предшествуют кожным проявлениям патологического процесса.

При сибирской язве отек в области высыпаниях рыхлый, бесцветный. Отмечается снижение температуры, чувствительности в области патологического процесса. У больной очаг инфильтрации эритематозным, горячий, уплотненный, отмечается гиперестезия.

Следовательно – больше данных за рожу.

Обоснование окончательного клинического диагноза

Повторная рожа лица, эритематозно-буллезная форма, средней степени тяжести.

На основании жалоб больной на жар, разбитость, боли в пояснице, отечность и покраснение кожи век, носа, щек.

На основании анамнез заболевания: начало острое после перенесенной ангины и переохлаждения, когда появились температура до 38,3 градусов, озноб, боль в пояснице, разбитость. В те же сутки на кончике и левом крыле носа появился участок уплотнения и инфильтрации розового цвета, с четкими неправильными границами. В течение суток процесс распространился на спинку носа, веки, область щек. Кожный покров приобрел напряженность, эритроматозный оттенок. На спинке носа появились пузыри, заполненные прозрачной жидкостью.

На основании анамнеза жизни: наследственность по роже отягощена со стороны матери.

На основании эпидемиологического анамнеза: в 1984 году перенесла рожу левой голени.

На основании осмотра: кожный патологический процесс ограниченный с локализацией на коже носа, век, щек. Кожный покров в области патологического процесса пастозный, напряженный, с эритематозным оттенком, отмечается гиперестезия. По периферии патологического процесса определяются зона шелушения, корочки.

Предварительный диагноз: повторная рожа лица, эритематозно-буллезная форма, средней степени тяжести.

На основании лабораторных и инструментальных методов исследования: ОАК от 24.02.09 – заключение: лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, значительное увеличение СОЭ.

Лечение

Стол 15

Режим палатный

Rp: Penicillini 1000000 ЕД.

D.S. вводить в\м 4 раза в день, предварительно развести в 5 мл новокаина.

Rp: Tab. Indometacini 0,025 № 10

D.S. по 1 таб. 2 раза в день.

Индометацин относится к группе нестероидных противовоспалительных средств. Препарат обладает противовоспалительным, обезболивающим и жаропонижающим, а также некоторым антиагрегантным действием. Механизм действия препарата связан с ингибированием биосинтеза простагландинов и других провоспалительных факторов.

Rp.: Tab. Suprastini 0,025 N. 20

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день

C целью десенсибилизации. Антигистаминное, противоаллергическое. Блокирует гистаминовые H1-рецепторы и уменьшает проницаемость капилляров. Предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций. Оказывает седативное и выраженное противозудное действие. Обладает периферической антихолинергической активностью, умеренными спазмолитическими свойствами.

Rp. Sol. Cyanocobalamini 0,02% - 1 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно через день.

Цианокобаламин (витамин B12, Cyanocobalaminum). Обладает высокой биологической активностью. Участвует в синтезе лабильных метильных групп, образовании метионина, нуклеиновых кислот, холина. Оказывает благприятное влияние на функции нервной системы. Применяется в качестве общеукрепляющего средства.

Rp.: Sol. Thiamini chloridi 2,5 % 1 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. Пo 1 мл внутримышечно

Витамин B1. Играет важную роль в углеводном, белковом и жировом обмене, а также в процессах проведения нервного возбуждения в синапсах. Защищает мембраны клеток от токсического воздействия продуктов перекисного окисления.

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml

D.t.d. N. 20 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день.

Аскорбиновая кислота (витамин C, Acidum ascorbinicum). Обладает выраженными восстановительными свойствами за счет наличия в молекуле диэнольной группы. Участвует в регуляции окислительно-восстановительных процессов в организме, способствует синтезу стероидных гормонов, образованию коллагена и уплотнению клеточных мембран капилляров.

Rp.: Aeviti

D.t.d.N. 50 in caps.

S. По 1 капсуле 1 раз в сутки после еды.

Комбинированный препарат, действие которого определяется свойствами входящих в его состав витаминов А и Е. Ретинол (витамин А) участвует в формировании зрительных пигментов, необходимых для нормального сумеречного и цветового зрения; обеспечивает целостность эпителиальных тканей, регулирует рост костей. Токоферол (витамин Е) обладает антиоксидантными свойствами, обеспечивает защиту ненасыщенных жирных кислот в мембранах от липопероксидации; участвует в формировании межклеточного вещества, коллагеновых и эластических волокон соединительной ткани, гладкой мускулатуры сосудов, пищеварительного тракта. Аевит восстанавливает нарушенное капиллярное кровообращение, нормализует капиллярную и тканевую проницаемость, повышает устойчивость тканей к гипоксии.

Этапный эпикриз

Больная -, 56 лет. Находится на лечении во 2 отделении Оренбургской муниципальной городской клинической инфекционной больнице с 7.02.09 по 17.02.09. Поступила на вторые сутки от начала заболевания в состоянии средней степени тяжести. Диагноз при поступлении: повторная рожа лица, эритематозно-буллезная форма, средней степени тяжести.

Клинический диагноз: повторная рожа лица, эритематозно-буллезная форма, средней степени тяжести.

Проводилось обследование:

Общий анализ крови от 24.02.09:

гемоглобин – 135 г/л

эритроциты – 4,0\*1012/л

ЦП – 0,9

СОЭ – 52 мм/час

лейкоциты – 11,8\*109/л

палочкоядерные – 4%

сегментоядерные – 61%

эозинофилы – 1%

лимфоциты – 38%

моноциты – 5%

Заключение: лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, значительное увеличение СОЭ.

Общий анализ мочи от 24.02.09:

Цвет мочи соломенно--желтый

Прозрачность - прозрачная

Относительная плотность 1.015

Реакция – 6,1

Белок –

сахар –

билирубин –

кетоновые тела –

реакция на кровь - отрицательная

лейкоциты - отсутствуют
эпителий плоский – 2 - 3 в поле зрения
Заключение: без патологии

Проводилось лечение:

Стол 15

Режим палатный

Стол 15

Режим палатный

Rp: Penicillini 1000000 ЕД.- в\м 4 раза в день, предварительно развести в 5 мл новокаина.

Rp: Tab. Indometacini 0,025 № 10 – по 1 таб. 2 раза в день.

Rp.: Tab. Suprastini 0,025 N. 20 – По 1 таблетке 2 раза в день

Rp. Sol. Cyanocobalamini 0,02% - 1 ml - По 1 мл внутримышечно через день.

Rp.: Sol. Thiamini chloridi 2,5 % 1 ml- Пo 1 мл внутримышечно

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 m l- По 1 мл внутримышечно 1 раз в день.

Rp.: Aeviti - По 1 капсуле 1 раз в сутки после еды.

На фоне лечения состояние больной несколько улучшилось. Появление новых высыпаний прекратилось, снизилась температура, Больная продолжает лечение в стационаре. Прогноз благоприятный.

Рекомендации:

* Витамины A, E, С группы В.
* Избегать переохлаждений.
* Иммуномодулирующая терапия –

Rp.: Tab. Pentoxyli 0,2 № 10

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день курсом 20 дней

* Физлечение – УФО, озокеритотерапия.

Дневник курации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число, температура, ЧСС, АД | Жалобы, объективные данные | Стол, режим, лечение |
| 14.02.09T=36,5°СЧСС=76АД пр. =110/700АДлев.= 120/80 | Состояние удовлетворительное. Жалоб не предьявляет.Кожный патологический процесс ограниченный с локализацией на коже носа, век, щек. Кожный покров в области патологического процесса пастозный, напряженный, с эритематозным оттенком, теплый, отмечается гиперестезия. По периферии патологического процесса определяются зона шелушения, корочки.Стул отходит. Мочеиспускание свободное.Сон спокойный. | Стол 15Режим палатныйRp: Penicillini 1000000 ЕД.- в\м 4 раза в день, предварительно развести в 5 мл новокаина.Обработка пораженного участка кожи 2% спиртово-нашатырным составомSol. Analgini 50%-2ml в\м Sol. Dimedroli 1%-2ml  |
| 15.02.09T=36,0°СЧСС=79АД пр. =110/80АДлев.= 110/80 | Состояние удовлетворительное. Жалоб не предьявляет.Кожный патологический процесс ограниченный с локализацией на коже носа, век, щек. Кожный покров в области патологического процесса пастозный, напряженный, с эритематозным оттенком, теплый, отмечается гиперестезия. По периферии патологического процесса определяются зона шелушения, корочки.Стул отходит. Мочеиспускание свободное.Сон спокойный. | Стол 15Режим палатныйRp: Penicillini 1000000 ЕД.- в\м 4 раза в день, предварительно развести в 5 мл новокаина.Обработка пораженного участка кожи 2% спиртово-нашатырным составомSol. Analgini 50%-2ml в\м Sol. Dimedroli 1%-2ml  |
| 16.02.09T=36,4°СЧСС=77АД пр. =135/80АДлев.= 130/80 | Состояние удовлетворительное. Жалоб не предьявляет.Кожный патологический процесс ограниченный с локализацией на коже носа, век, щек. Кожный покров в области патологического процесса пастозный, напряженный, с эритематозным оттенком, теплый. Интенсивность симптомов снижается. По периферии патологического процесса определяются зона шелушения, корочки.Стул отходит. Мочеиспускание свободное.Сон спокойный. | Стол 15Режим палатныйRp: Penicillini 1000000 ЕД.- в\м 4 раза в день, предварительно развести в 5 мл новокаина.Обработка пораженного участка кожи 2% спиртово-нашатырным составомSol. Analgini 50%-2ml в\м Sol. Dimedroli 1%-2ml  |
| 17.02.09T=36,4°СЧСС=77АД пр. =135/80АДлев.= 130/80 | Состояние удовлетворительное. Жалоб не предьявляет.Кожный патологический процесс ограниченный с локализацией на коже носа, век, щек. Кожный покров в области патологического процесса пастозный, напряженный, с эритематозным оттенком, теплый. Интенсивность симптомов снижается. По периферии патологического процесса определяются зона шелушения, корочки.Стул отходит. Мочеиспускание свободное.Сон спокойный. | Стол 15Режим палатныйRp: Penicillini 1000000 ЕД.- в\м 4 раза в день, предварительно развести в 5 мл новокаина.Обработка пораженного участка кожи 2% спиртово-нашатырным составомSol. Analgini 50%-2ml в\м Sol. Dimedroli 1%-2ml  |
| 28.02.09T=36,5°СЧСС=79АД пр. =115/80АДлев.= 110/80 | Состояние удовлетворительное. Жалоб не предьявляет.Отмечается положительная динамика. Кожный патологический процесс ограниченный с локализацией на коже носа, век, щек. Уменьшается. Кожный покров в области патологического процесса незначительно пастозный, напряженный, с эритематозным оттенком. Интенсивность симптомов снижается. По периферии патологического процесса определяются зона шелушения, корочки.Стул отходит. Мочеиспускание свободное.Сон спокойный. | Rp: Penicillini 1000000 ЕД.- в\м 4 раза в день, предварительно развести в 5 мл новокаина.Обработка пораженного участка кожи 2% спиртово-нашатырным составомSol. Analgini 50%-2ml в\м Sol. Dimedroli 1%-2ml  |

Список используемой литературы

1. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей /Под ред. Б.А.Беренбейна, А.А.Студницына.- М.:Медицина, 1989,- 672 с.
2. Патоморфогенез сибирской язвы / Н.В.Литусов, Н.Т. Васильев и др. Под ред. акад. П.Н.Бургасова.- М.: Медицина, 2002.- 240с.: ил. Шифр 616.951.6 П-20
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Изд. 8-е, перераб. И дополн.- М.: Медицина, 1977, т. I, II.
4. Шлоссенберг Д., Шульман Ионас А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: Практ. руководство для врачей и студ.: Пер. с англ.- М.: Бином: СПб.: Невский Диалект, 2000.- 306с. Шифр 616.9-07 (02) Ш-69
5. Рахманова А.Г. и др. Инфекционные болезни: Руководство для врачей общ. практики /А.Г.Рахманова, В.А.Неверов, В.К.Пригожина.- 2-е изд., перераб. и доп.- СПб.: Питер, 2001.- 569с.- ( Спутник врача) Шифр 616.9 (02) Р-27