**Общие сведения о больном.**

 Ф.И.О. –

 Возраст – 77 лет

 Образование – высшее

 Пенсионерка

 Место жительства

 Дата поступления

 Диагноз направившего учреждения – рожа левой нижней конечности

**Жалобы на момент курации (3-ий день болезни):**

* На чувство распирания, напряжения нижней конечности,
* На покраснение, увеличение в объеме левой голени,
* На слабость, недомогание, головную боль, потерю аппетита.

**История заболевания:**

Считает себя больной с 17 мая 2003 года, когда отметила покраснение и боль в ранке, расположенной в средней трети голени, полученной 16 числа. Пользовалась бактерицидным пластырем. Ночью с 17 на 18 мая поднялась температура до 39 о С, по поводу чего принимала аспирин-упса без эффекта. Днем 18-го мая была 2-х кратная рвота, не приносящая облегчение, отсутствовал аппетит, появились чувство распирания, напряжения нижней конечности, покраснение, увеличение в объеме левой голени и боль в левом паху. Вечером этого дня бригадой скорой помощи больная была госпитализирована в инфекционную больницу №2.

До настоящего случая никогда раньше рожей не страдала.

**Эпидемиологический анамнез:**

Больная указывает, что за 16 мая (за 1 день до болезни) поранила кожу средней трети голени (ранка до 1 см).

Контакт с больными рожей, скарлатиной, ангиной, хроническим тонзиллитом и простудными заболеваниями в течение недели до болезни отрицает.

**История жизни:**

В детстве росла и развивалась нормально. Образование высшее. Работала экскурсоводом по Москве.

Питание не регулярное. Проживает в отдельной квартире. Жилищно-бытовые условия хорошие. Домашнее животное – кот.

Перенесенные заболевания – эпидемический паротит, ангины, хронический тонзиллит, пневмонии, частые простудные заболевания. Больная указывает на изменения показателей сахара в анализах, характер которых точно указать не может.

Операции – тонзиллэктомия.

Наследственность: генетическую предрасположенность к роже отрицает.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Вредные привычки: отрицает.

Гинекологический анамнез: менопауза с 50 лет.

**Настоящее состояние больного (3-ий день болезни):**

**Общее состояние** средней тяжести. Положение активное. Сознание ясное. Выражение лица спокойное. Телосложение гиперстеническое.

Рост –166 см., вес – 92 кг.

Температура тела – 37,4\*С

**Кожа и слизистые оболочки** (вне очага): цвет кожи и видимых слизистых розовый, на ногах очаги гиперпигментации чередующиеся с очагами гипопигментации. Эластичность кожи нормальная. Кожные покровы на нижних конечностях сухие. Тип оволосения женский. Рост волос уменьшен на нижних конечностях. Ногти на ногах изменены по типу онихомикза.

**Подкожная клетчатка** (вне очага)**:** развита чрезмерно, распределена равномерно. Отеков нет.

**Лимфатическая система** (вне очага): жалоб нет. Пальпируются заднешейные единичные лимфатические узлы, размером до 0,5 см, безболезненные, не спаянные с кожей и окружающими тканями.

**Мышечная система:** жалоб нет. Развитие мышечной системы умеренное; тонус мышц нормальный; мышечная сила нормальная. Болезненности при движении и пальпации нет.

**Костная система:** жалоб нет. Конфигурация суставов нормальная. Болезненности при пальпации нет.

При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. **Щитовидная железа** не пальпируется. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвига отрицательные.

**Система органов дыхания:**

Жалоб нет.

Дыхание через нос свободное. Выделений из носа нет. Носовые кровотечения, боли у корня носа, на местах лобных пазух и гайморовых полостей отсутствуют.

Гортань: форма нормальная; при пальпации болезненности нет. Голос чистый.

Грудная клетка: при осмотре форма грудной клетки цилиндрическая. Правая и левая половины грудной клетки симметричны, движение одновременное.

Тип дыхания грудной. Число дыханий в минуту – 15.

При пальпации болезненности нет. Эластичность хорошая. Голосовое дрожание не изменено.

Сравнительная перкуссия: в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. Очаговых изменений перкуторного звука нет.

 Топографическая перкуссия:

Верхние границы: спереди – над ключицами на 3 см.

сзади – на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Нижние границы: справа слева

По окологрудинной линии – 5 межреберье -

По среднеключичной линии – 6 ребро -

По пер. подмышечной линии – 7 ребро 7 ребро

По ср. подмышечной линии – 8 ребро 8 ребро

По задн. подмышечной линии – 9 ребро 9 ребро

По лопаточной линии– 10 ребро 10 ребро

По околопозвоночной линии – остистый отросток 11 грудного позвонка

 Подвижность нижнего края легких – 3,5 см.

Аускультация легких: дыхание везикулярное. Бронхофония не изменена.

**Система органов кровообращения.**

Жалобы на одышку, боли за грудиной жгучего характера, возникающие минимальной физической нагрузке, копирующиеся приемом нитроглицерина.

При осмотре область сердца не изменена. Верхушечный толчок не визуализируется, области шеи отмечается пульсация сосудов.

При пальпации верхушечный толчок ограниченный, локализуется на 1 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье.

Границы сердца:

Левая: на 1 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье.

Правая: на 0,5 см кнаружи от правого края грудины.

Верхняя: на 3 ребре.

Конфигурация сердца не изменена. Поперечник сосудистого пучка – 4 см.

Аускультация сердца: акцент II тона над аортой, шумов нет, ритм правильный, ЧСС = 84 уд. в мин.

Пульс: одинаковый на правой и левой руке. Пульс ненапряженный, нормального наполнения, частота – 84 в минуту.

Артериальное давление – 140/80 мм.рт.ст.

При осмотре периферических артерий и вен – выявляется хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.

**Система органов пищеварения.**

Жалоб нет.

Осмотр полости рта: запах обычный. Язык с бело-серым налетом, нормальной величины и формы, сосочковый слой выражен умеренно.

Живот округлой формы. Брюшная стенка не участвует в акте дыхания. Патологической перистальтики нет.

Перкуссия живота: отмечается тимпанит различной степени выраженности.

Пальпация: при поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом Щепкина-Блюмберга отрицательный. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско отделы кишечника не пальпируются.

Аускультация живота: нормальные перистальтические шумы. Шум трения брюшины отсутствует.

Область правого подреберья не изменена.

Перкуссия печени:

Верхняя граница соответствует нижней границе правого легкого.

Нижняя граница:

По пер. подмышечной линии – 10 ребро.

По среднеключичной линии – по нижнему краю правой реберной дуги.

По срединной передней линии – на 5 см. ниже основания мечевидного отростка.

Левая граница: не выступает за левую окологрудинную линию по краю реберной дуги.

Размеры печени:

По пер. подмышечной линии – 12 см.

По среднеключичной линии – 11 см.

По окологрудинной линии – 10 см.

Пальпация печени: печень не пальпируется.

Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Мюсси-Георгиевского отрицательные.

Исследование селезенки:

Область левого подреберья не изменена.

Перкуссия селезенки: расположена между 9 и 11 ребрами. Передний полюс не выступает из-под края реберной дуги. Длинник – 8 см. Поперечник – 6 см. Селезенка не пальпируется.

Поджелудочная железа:

При пальпации поджелудочной железы болезненности нет. Железа не увеличена. Симптомы Воскресенского, Шоффара, Дежардена, Мейо-Робсона отрицательные.

**Мочеполовая система.**

 Жалоб нет.

При осмотре области почек патологических изменений не обнаружено. Симптом поколачивания по поясничной области справа и слева отрицательный. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует.

Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

**Нервная система.**

 Жалоб нет.

Больная правильно ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Общается с врачом охотно. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватное. Сон не нарушен.

Патологии черепно-мозговых нервов, двигательной сферы и чувствительной сферы нет. Вегетативная система: глазные симптомы отсутствуют; дермографизм красный, нестойкий; потоотделение умеренное.

Менингиальная симптоматика: симптомов обще мозговых (головных болей, тошноты, обмороков, головокружения), гиперэстезии, натяжения (Кернига, Брудзинского, ригидности затылочных мышц), реактивных болевых феноменов нет.

**Status localis (3-ий день болезни).**

Левая нижняя конечность увеличена в объеме за счет отека. На коже левой голени – эритема с четкими неровными (в виде «языков пламени») границами, возвышающаяся над здоровой кожей, горячая на ощупь. По медиальной поверхности голени - обширная геморрагическая сыпь сливного характера. По латеральной и задней поверхности расположены мелкие плоские буллы с серозным содержимым. В средней трети голени на месте вскрытого подкожного абсцесса наложена повязка.

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

**План обследования:**

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

**Лабораторные данные.**

**Общий анализ крови:**

 Гемоглобин – 130

 Лейкоциты – 17,3

палочкояд – 6

сегментояд – 86

Лимфоциты – 5

Моноциты – 3

СОЭ – 20

**Общий анализ мочи:**

Удельный вес – 1025

Белок – 0,08 г/л

Сахар – отр.

Лейкоциты – 5-10 в п/зр

Эритроциты – измененные

 неизмененные в большом кол-ве

Эпителиальн кл. – в неб. кол-ве

**Рентгеновское исследование грудной клетки:**

 Легкие эмфизематозны. Диффузный пневмосклероз. Корни содержат единичные кальцинаты. Синусы и диафрагма без особенностей. Сердце аортальной формы, аорта кальцинированна.

**Дневник курации (5-ый день болезни):**

Жалобы: на покраснение и увеличение в объеме левой голени.

Объективно: состояние больной относительно удовлетворительное, положение активное. Температура – 35,9оС. отеков (вне очага) нет. Над легкими перкуторно звук ясный, легочный. Дыхание везикулярное. Частота дыхания – 16/мин. ЧСС – 84 уд/мин. АД – 140/80 мм рт ст, пульс – 84, ритм правильный. Акцент второго тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Мочеиспускание не нарушено.

Status localis: левая конечность увеличена в объеме за счет отека. Эритема угасает, отек спадает, по медиальной поверхности голени геморрагии сливного характера. В средней трети голени на месте вскрытого подкожного абсцесса наложена повязка. Паховые лимфатические узлы увеличены до 1,5 см, единичные, безболезненные при пальпации, не спаяны друг с другом, с окружающими тканями и кожей.

**Диагноз:**

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

**Фоновые заболевания**: *Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, микоз стоп.*

**Сопутствующие заболевания:** *Подкожный абсцесс на средней трети левой голени. ИБС: стенокардия напряжения II ф. к.*

**Обоснование диагноза.**

Острое начало заболевания с симптомов общей интоксикации: лихорадки, рвоты не приносящей облегчение, головной боли, потери аппетита; появление впоследствии типичного очага в типичном месте: на отечной голени эритема с четкими неровными (в виде «языков пламени») границами, возвышающаяся над («наступающая на») здоровой кожей, горячая на ощупь, на медиальной поверхности голени - обширная геморрагическая сыпь сливного характера, латеральной и задней поверхности - мелкие плоские буллы с серозным содержимым, увеличение паховых лимфатических узлов указывает нам на развитие у больной буллезно-геморрагической формы рожи.

Рана, полученная за день до заболевания вследствие травмы голени, послужила входными воротами для инфекции.

Данные анамнеза жизни: ангины, хронический тонзиллит и тонзиллэктомия, указывают на сенсибилизированность больной к стрептококку и возможность эндогенного заноса инфекции в очаг. Характерно для рожи и наличие у больной таких фоновых заболеваний как микоз, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, нарушение обмена глюкозы.

Лихорадка до 39оС, 2-х кратная рвота, рвота, выраженные симптомы интоксикации, но отсутствие помрачения сознания характеризует степень тяжести рожи как среднетяжелая.

Отсутствие эпизодов заболевания раньше характеризует рожу как первичную.

**Дифференциальный диагноз:**

Отсутствие постепенно нарастающей интоксикации, образования плотного болезненного инфильтрата с флюктуацией, гиперемии кожи, не имеющей четких границ и наиболее интенсивной в центре инфильтрата, выраженной болезненности в покое, ограничивающей пассивные и активные движения отвергает переход подкожного абсцесса во **флегмону подкожно-жировой клетчатки**.

Наличие лихорадки, интоксикации и регионарного лимфаденита, наряду с отеком, эритемой и выраженной инфильтрации кожи, отсутствие эрозированных участков с мокнутием, сильного зуда в области пораженного участка - свидетельствуют против диагноза **экземы.**

Отрицательный аллергический анамнез и отсутствие контакта с физическими и химическими агентами-раздражителями, наличие лихорадки и интоксикации отрицает диагноз **дерматита**.

**Узловатая эритема** на голени отвергается за счет отсутствия кожных изменений представленых плотными, умеренно болезненными при пальпации узлами, несколько возвышающимися над поверхностью, кожа над которыми гиперемирована и постепенно приобретающая синюшный цвет.

**Флебиты и тромбофлебиты поверхностных вен** отрицаются из-за отсутствияболей по ходу сосудов, гиперемия кожи в виде полос и пятен над пораженными венами, а при их пальпации – уплотнения в виде узелков и шнуров, наличия регионарного лимфаденита, фибрильной лихорадки и симптомов интоксикации.

Локализация процесса на нижней конечности, кожных проявлений виде укуса насекомого переходящего в типичный сибиреязвенный карбункул с багровым ободком вокруг, высыпания «дочерних» пузырей вокруг струпа и «студневидного» отека кожи, отсутствие данных эпиданамнеза позволяют опровергнуть диагнозы **кожной формы сибирской язвы.**

Для эризепилойда характерно наличие характерного эпидемического анамнеза, локализации не верхних конечностях и проявлений в виде эритемы красного цвета с синюшным оттенком, неизмененной местной температуры по сравнению со здоровой кожей, распространяющейся на межфаланговые суставы, с ограничением их активных и пассивных движений, незначительными явлениями интоксикации. Все это отсутствует у данной больной, поэтому диагноз свиной рожи можно исключить

**Этиология и патогенез рожи.**

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 40,0оС) 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 (40,0оС 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.

**Лечение:**

Основой этиотропной терапии рожи является прием антибактериальных препаратов. При первичной роже препаратом выбора является пенициллин. Назначение этого антибиотика обусловлено высокой чувствительностью к нему стрептококка. Бактерицидное действие препарата заключается в подавлении синтеза клеточной стенки микроорганизма. Для снижения проницаемости сосудистой стенки и увеличение синтеза эндогенного интерферона назначается аскорутин. Для блокирования патогенного действия БАВ, имеющее место инфеционно-аллергический компоненте патогенеза рожи, и учитывая сенсибилизированность больной, ей назначается антигистаминный лекарственный препарат. Для ускорения разрешения очага и с целью профилактики осложнений больной показана физиотерапия.

 Тактика в отношении абсцесса заключается в его вскрытии и назначении антибиотика широкого спектра действия.

**Назначения:**

1. Penicilinum в/м 1 млн. х 6 раз
2. Gentamicinum в/м 240mg х 1 раз
3. Диазолини 1 mg х 2раза
4. Аспирин ¼ таб. на ночь
5. нитросорбид 10 мг х 4 раза

**Прогноз**: то, что рожа первичная и больная получает адекватное лечение прогноз благопрятный, но учитывая возраст больной и наличие фоновых заболеваний возможен рецидив.

**Рекомендации**: рекомендовано лечение фоновых заболеваний, соблюдение правил личной гигиены, защита целостности кожных покровов.