**I. Паспортная часть.**

1. Дата заболевания – 28.09.12г.
2. Дата поступления в стационар – 02.10.12 г.
3. Ф.И.О. – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Возраст – 61 год (21.05.1951 г.р.)
5. Место жительства – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Место работы – пенсионерка.
7. Диагноз при поступлении – рожистое воспаление левой голени, средней степени тяжести, эритематозно-буллезная форма.
8. Сопутствующие патологии – АГ 2ст. риск 3, ожирение 3 степени.

**II. Жалобы больного.**

Жалобы на умеренную болезненность, отек, уплотнение и покраснение кожи левой голени.

**III. Анамнез заболевания.**

Пациентка считает себя больной с 28.09.2012. Вечером, после утренней прогулки в парке, заметила укус насекомого на левой голени, подвергла его расчесыванию, тем самым повредив кожу. Через несколько часов почувствовала недомогание, головную боль, озноб, слабость, ломоту в суставах. Температура тела 39. Пациентка за мед.помощью не обращалась, приняла парацетамол. На второй день 29.09.2012 почувствовала жжение, зуд, умеренную болезненность левой голени, боль в области паховых лимфоузлов при движении. Последующие 3 дня нарастал отек, гиперемия. На коже левой голени появилось яркое пятно гиперемии, кожа уплотнилась, появились пузыри наполненные прозрачным содержимым. 01.10.2012 Температура тела 40С, озноб, спутанность сознания. Пациентка обратилась за скорой медицинской помощью, была направлена на стационарное лечение. В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ поступила 02.10.2012.

**IV. Эпидемиологический анамнез.**

По словам пациентки 28.09. гуляла в парке, была укушена насекомым, в последствие подвергла область укуса расчесыванию, что привело к травматизации кожи левой голени. Предрасполагающие факторы для развития заболевания: АГ 2ст. риск 3, ожирение 3 степени.

**V. Анамнез жизни.**

Пациентка рост 158см, вес 90 кг. ИМТ равен 36,1. Родилась 21.05. 2012, росла и развивалась нормально. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. В детстве болела ветряной оспой, корью, паротитом. Оперативные вмешательства: в 1986 году аппендэктомия, в 1989 экстирпация матки и придатков. Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает. Алкоголизма и психических заболеваний в семье не было. Наследственность отягощена. У матери АГ2ст.риск3. Медикаментозная аллергия на анальгетики.

**VI. Настоящее состояние пациента.**

Состояние пациентки средней тяжести. Температура тела 37С. Сознание ясное. Пациентка общительна и доброжелательна, ориентирована во времени. Положение активное. Конституционный тип – нормостенический. Телосложение правильное. Деформации костей нет. Лимфатические узлы не увеличены. Ограничение движения в левом голеностопном суставе за счет отека. Кожные покровы бледно-розовые. Наличие эритемы с четко очерченными краями на левой голени, болезненность при движении и пальпации. Отек левой голени.

*Дыхательная система.*

Дыхание через нос свободное, ритмичное. Частота дыхания 18/мин. Грудная клетка обычной формы, при пальпации безболезненная. При аускультации везикулярное дыхание выслушивается по всем полям, хрипов нет.

*Сердечно-сосудистая система*

 Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, 96 удара в минуту. Дефицита пульса нет. Пульс на обеих руках одинаковый. Артериальное давление 140/100 мм.рт.ст. Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. При аускультации тоны сердца ясные, шумов нет.

*Система органов пищеварения*

Язык – влажный, не обложен; язвы, трещины отсутствуют. Десны, мягкое и твердое нёбо розовой окраски, слизистая – без патологий. Миндалины без патологических изменений. Гиперемии, кровоизлияний, налета на задней стенке глотки нет. Глотание не затруднено.

Живот обычной формы, не вздут, мягкий. Напряжения мышц – нет. Печень не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

*Система органов мочевыделения*Мочеиспускание безболезненное. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

*Психоневрологический статус:*

Сознание ясное. Очаговой неврологической симптоматики не обнаружено. Менингиальных знаков не выявлено. Локомоторная функция без нарушений, поведение спокойное, эмоции сдержаны.

*Локальный статус.*

Паховые лимфатические узлы слева увеличены и болезненны при пальпации. На левой голени имеется эритема с четкими неровными краями, отек, наличие корочек на месте лопнувших пузырей, вены не расширены, кожа уплотнена, флюктуации нет, наблюдается незначительное шелушение.

**VII. Обоснование предположительного диагноза.**

На основании жалоб пациентки (болезненность, отек, гиперемия с четкими, неровными краями), анамнеза заболевания (острое начало, Т40С, озноб, наличие признаков интоксикации (головная боль, головокружение, вялость, слабость), а так же наличие эритемы с фестончатым краем и на ее фоне появились пузыри наполненные прозрачным содержимым, симптомы интоксикации), эпидемического анамнеза (расчесывание место укуса насекомого, вследствие образование микротравм кожи голени) можно выставить диагноз: рожистое воспаление левой голени.

**VIII. План обследования и лечения.**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови.

*Данные лабораторного исследования.*

*Общий анализ крови. 03.10.*

Эритроциты 4,38 \* 109/л;

Гемоглобин 133 г/л;

Цветной показатель 0,91;

Тромбоциты 328 х 109/л;

Лейкоциты 10,0 \* 109/л;

Б – 1%, Э – 1%, П – 2%, С – 72%;

Лимфоциты 19%;

Моноциты 6%;

СОЭ 37 мм/час;

Заключение : умеренный лейкоцитоз.

*Общий анализ мочи 03.10.*

Цвет: соломенно-желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Реакция: кислая;

Относительная плотность: 1010;

Белок: отсутствует;

Глюкоза: отсутствует;

Плоский эпителий: 1-2.

Лейкоциты: 2-3 в поле зрения.

Заключение: норма.

*Биохимический анализ крови 03.10.*

Общий белок 65,7 г/л

Альбумины 38,4

Глобулины 27,3

Мочевина 4,48ммоль/л

Глюкоза 6,0 ммоль/л

Холестерин 4,24 ммоль/л

АсАТ 21,3 Ед

АлАТ 20,8 Ед

*Заключение: показатели в пределах нормы.*

*Лечение*

1. Стол б.
2. Режим палатный.
3. Медикаментозное лечение.

*Антибиотикотерапия.* Пенициллин 6,0 млн ЕД в/м 3 раза в день, в течение 7 дней.

*Местно:* наложение повязки с фурацилином на предварительно надрезанные пузыри. Перевязка 1 раз в сутки.

*Инфузии:* Ацесоль 400,0 с пентоксифилином 5,0 в/в капельно

**IX. Динамическое наблюдение.**

04.10.2012.

Жалобы на умеренную болезненность и отечность левой голени.

 Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, пациентка общительна. Температура 36.8. повязка на голени сухая. Кожа гиперемирована, эритема с четкими, не ровными краями. Наблюдается незначительное шелушение. Стул и диурез в норме. Отрицательной динамики нет.

05.10.2012

Жалобы на отечность левой голени. Состояние удовлетворительное. Температура 36.7. Пациентка в хорошем настроении. Положение активное, сознание ясное. Повязка на голени сухая. Незначительное уменьшение отека. Стул и диурез в норме. Отмечается положительная динамика.

**X. Обоснование клинического диагноза.**

На основании жалоб пациентки(болезненность, отек, гиперемия с четкими краями), а так же анамнеза заболевания(острое начало, Т40С, озноб, наличие признаков интоксикации(головная боль, головокружение, вялость, слабость), наличие эритемы с фестончатым краем и на ее фоне появились пузыри наполненные прозрачным содержимым, симптомы интоксикации), а также на основании эпидемиологического анамнеза(микротравмы кожи левой голени (расчесы места укуса насекомого)), а так же данных состояния при поступлении (осмотр врача) и лабораторной диагностики (ОАК: умеренный лейкоцитоз, ускорение соэ), можно выставить диагноз рожа левой голени, эритематозно-буллезная форма, средней степени тяжести.

**XI. Эпикриз.**

Пациентка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 61 год, поступила в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 02.10.2012 с диагнозом рожистое воспаление левой голени. На основании жалоб (боль, гиперемия,отек, утолщение кожи левой голени), анамнеза заболевания(острое начало, Т40С, озноб, наличие эритемы с фестончатым краем и на ее фоне появление пузырей наполненных прозрачным содержимым, симптомы интоксикации), данных эпидемиологического анамнеза (расчесывание место укуса насекомого, вследствие образование микротравм кожи голени), данных лабораторного исследования (ОАК: умеренный лейкоцитоз, повышение соэ), а так же данных осмотра врачом при поступлении был выставлен диагноз: рожа левой голени, эритематозно-буллезная форма, средней степени тяжести. В период нахождения в стационаре пациентка получала лечение:Антибиотик Пенициллин, Ацесоль с пентоксифилином, повязки с фурацилином. Состояние пациентки значительно улучшилось. Продолжает находится на стационарном лечении.