**1. Официальные данные**

1. ФИО:.
2. Возраст:
3. Место работы:.
4. Семейное положение: замужем.
5. Домашний адрес: г.
6. Дата поступления: 29.05.2001 г.
7. Кем направлен: поликлиника № 3.
8. Диагноз при направлении: Рожистое воспаление передней поверхности левой голени.
9. Диагноз при поступлении: Рожистое воспаление передней поверхности левой голени.
10. Диагноз клинический:
* основной: Рожистое воспаление передней поверхности левой голени, эритематозная форма;
* осложнения основного заболевания: отсутствуют;
* сопутствующая патология: отсутствует.

**2. Жалобы больной**

Жалобы на боль, покраснение, отек, жжение, зуд в области передней поверхности левой голени; общую слабость и снижение аппетита.

**3. Анамнез настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

Больна с 24.05.2001 г., когда на передней поверхности левой голени в нижней трети появились отечность и боль. Начало заболевания связать с чем-либо затрудняется. По данному поводу обратилась в поликлинику по месту жительства (поликлиника № 3) к хирургу, который в качестве лечения назначил облучение передней поверхности голени лучами кварцевой лампы. После двух сеансов (25.05 и 27.05.2001 г.) 29.05.2001 г. боль и отек усилились, появилась возвышающаяся эритема, и процесс распространился на всю переднюю поверхность левой голени. Была направлена в ГКИБ с диагнозом: Рожистое воспаление передней поверхности левой голени. Температурной реакции не отмечает.

***Эпидемиологический анамнез:*** в 1997 г. перенесла рожистое воспаление передней поверхности левой голени. Настоящее заболевание связать с чем-либо затрудняется. Нарушения целостности кожных покровов не отмечает. Наличие контактов с источниками инфекции отрицает.

**4. Анамнез жизни больной (Anamnesis vitae)**

Больная Чалдаева Татьяна Ивановна родилась 05.02.1960 г. в деревне Кулдым Ст. Шайговского района в семье крестьян единственным ребенком в семье. Зачатие и внутриутробный период: возраст матери и возраст отца 27 и 28 лет соответственно. Сведения­ми о беременности матери, течении родов не располагает. Младенчество и дошкольный возраст: питание удовлетворительное. В раннем развитии (психически и физи­чески) от сверстников не отставала. Ясли, детский сад не посещала, вос­питывалась бабушкой, родителями. Школу посещала до 10 класса. Профессиональные вредности не воздействовали.В 1982 г. вышла замуж. От брака имеет сына 1983 г.р.; сын здоров. Половое развитие и половая жизнь: половое развитие соответствовало и соответствует возрасту. Гинекологический анамнез: беременность и роды проте­кали без особенностей. Половую жизнь начала после замужества. В состоянии ха­рактера изменений не было. Сексуальные конфликты отрицает. К мужу относилась хорошо. В настоящее время проживает в г. Саранске с семьей. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Вредные привычки отрицает. Перенесенные заболевания: из перенесенных заболеваний отмечает: ОРВИ, гайморит, ангина, киста левого яичника, острый аппендицит. Наличие в роду лиц с психическими расстройствам, психопатологи­ческих личностей, лиц со странностями в характере, наркоманов, самоу­бийц, лиц страдающих туберкулезом, венерическими заболеваниями, забо­леваниями обмена веществ, онкологическими заболеваниями, заболеваниями желез внутренней секреции назвать затруд­няется. О выкидышах и мертворожденных у матери не знает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов и наличие аллергических реакций отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались. Проведенные прививки назвать затрудняется. Последнее флюорографическое исследование более года назад.

**5. Данные объективного обследования больной (Status praesens)**

Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение в постели активное. Температура тела 36,7 градусов С. Телосложение правильное нормостеническое. Питание умеренное. Рост 170 см., вес 65 кг.

Кожные покровы и слизистые оболочки: кожные покровы чистые, умеренной влажности, тур­гор и эластичность сохранены. Видимые слизистые чистые, умеренно влажные. Волосяной покров умеренный, оволо­сение по женскому типу. Пролежней, трофических язв не обнаруже­но. Ногти правильной формы. Дермографизм красный, нестойкий. На коже передней брюшной стенки имеются шрамы от аппендэктомии и от операции по поводу кисты яичника (средне-срединным доступом).

Подкожная клетчатка: подкожно-жировой слой развит слабо, толщина 0,5 см, отеков, опухолевидных образований, подкожной эмфиземы нет. Лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны, смещаемы.

Мышечная система: мышцы развиты умеренно, одинаково на симметричных участках те­ла. Мышечный тонус сохранен, одинаковый с обеих сторон, мышечная сила умеренная.

Суставы: конфигурация суставов конечностей не изменена. Болезненность, хруст при движениях не определяется. Кости: тип телосложения нормостенический. Деформаций верхних и ниж­них конечностей не отмечается. Конечности по длине и окружности симметричны.

Система органов дыхания: частота дыхания 19 в минуту, дыхание поверхностное, ритм пра­вильный. Дыхание через нос свободное, голос ясный. Форма грудной клетки нормостеническая, над- и подключичные ямки умеренно развиты. В акте дыхания не принимает участие дополнительная дыхательная муску­латура.

Пальпаторно грудная клетка безболезненна, ригидность и эластич­ность сохранены. Голосовое дрожание симметрично на симметричных участках.

Ширина полей Кренига, высота стояния верхушек легких, границы нижнего края легких и его подвижность в пределах нормы.

Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Крепитация, шум трения плевры не определяется. Бронхофония на симметричных участках грудной клетки одинакова.

Сердечно-сосудистая система: патологической пульсации артерий и вен в области шеи не опреде­ляется. Область сердца визуально не изменена, патологической пульсации в области сердца, надчревия не выявлено. Симптом "кошачьего мурлыкания", сердечный "горб", в области сердца не определяются. Верхушечный толчок ограничен, резистентный, локализуется в 5 межреберье на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Пульс на лучевых артериях ритмичный, умеренного наполнения и напряжения, симметричен. При пальпа­ции сердца сердечный толчок отсутствует.

Перкуторно границы сердца определяются в пределах нормы. Поперечник сосудистого пучка - 5 см.

Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный. Шум трения перикарда не определяется. ЧСС - 85 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. на обеих верхних конечностях. На обеих нижних конечностях АД = 180/130 мм.рт.ст.

Система органов пищеварения: язык розовый, влажный, не обложенный.

Вставных зубов нет, зубы санированы. Слизистая оболочка полости рта чистая, цианотичной ок­раски. Миндалины цианотичного цвета, не увеличены. Мягкое и твердое небо цианотичной окраски, изъязвлений, налетов не определяется.

Мышцы передней брюшной стенки расслаблены, в акте ды­хания участия не принимают. При пальпации болезненность не отмечается. При перкус­сии тимпанический звук над всей поверхностью живота, над кишечни­ком более высокий, чем над желудком. При аускультации выслушива­ется умеренная кишечная перистальтика. Шум плеска в желудке, ки­шечнике не определяется. Живот овальный, симметричный, в акте дыхания не участвует. Рас­ширения подкожных вен живота не отмечается. Перитонеальные симптомы отрицательны.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот безболезненный, напряжения мышц живота (диффузного и ограниченного) не определяется. Грыжи и расхождение прямых мышц живота не отме­чено.

При глубокой методической скользящей пальпации живота по Образ­цову-Стражеско: восходящая и нисходящая части ободочной кишки пальпируются в виде безболезненного, умеренно упругого, гладкого, менее подвижного цилиндра. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде цилиндра умеренной плотности, безболезненного, не урчащего, легко смещаемого. Желудок: поверхность гладкая, болезненность и урчание отсутствуют. Большая кривизна желудка определяется на 3-4 см. выше пупка. Консистенция желудка упругая, болезненность отсутствует. Сигмовидная кишка: пальпируется в левой подвздошной области на границе средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с пе­редней верхней остью подвздошной кости, в виде гладкого, плотно­ватого, безболезненного, не урчащего цилиндра, протяженностью около 20 см., толщиной около 3 см., очень вяло перистальтирующе­го. Смещается в ту или другую сторону на 3-4 см. Слепая кишка: пальпируется в левой подвздошной области на гра­нице средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости, в форме гладкого, безболезненно­го, расширяющегося книзу, слегка урчащего, умеренно уп­ругого и слабо подвижного цилиндра. Пассивная подвижность 1-2 см. Протяженность 1-2 см., толщина около 4 см. Восходящая и нисходящая части ободочной кишки: прощупываются в виде цилиндров умеренной плотности, толщиной 2-2,5 см. Не урча­щие, безболезненные.

При перкуссии тимпанический звук над всей поверхностью живота, над кишечником более высокий, чем над желудком. При аускультации выслушивается умеренная кишечная перистальти­ка.

Печень и желчный пузырь: наличия диффузного и ограниченного набухания в области правого подреберья при пальпации не обнаружено. При пальпации край печени определяется у края левой реберной дуги. При пальпации печень безболезненна, мягкая, поверхность ровная, край печени закруглен.

|  |
| --- |
| Размеры печени по Курлову |
| По срединно-ключичной линии справа | 9 см. |
| По срединной линии | 8 см. |
| По левому краю реберной дуги | 7 см. |

Селезенку пропальпировать не удалось.

Область поясницы, надлобковая зона без деформации. Почки не пальпируются. Мочеиспускание безболезненное, свободное 5-6 раз в сутки. Моча прозрачная, желтого цвета. Дизурия не наблюдается. Суточный диурез – 1,5-2,0 л. Симптом Пастернацкого (поколачивания по поясничной области) от­рицательный с обеих сторон.

Нервная система: сознание ясное, настроение спокойное. Тип нервной системы – преимущественно холерик. Поведение больной адекватное. Сон не нарушен. Реакция зрачков на свет содружественная. Парезы, параличи не выявлены. Характер дермографиз­ма красный. Бред, галлюцинации не выявлены. Состояние слуха в пре­делах норм. Состояние зрения в норме.

Эндокринная система: щитовидная железа не увеличена.

**Status localis:** На коже передней поверхности левой голени имеется возвышающийся очаг гиперемии, имеющий четкие, неровные контуры с элементами мелкопластинчатого шелушения, отечен, при пальпации резкая болезненность по всей зоне гиперемии, на ощупь определяется гипертермия.

**6. Предварительный диагноз**

Рожистое воспаление передней поверхности левой голени, эритематозная форма.

Дифференциальную диагностику необходимо провести со следующими состояниями:

* эризипелоид;
* чума (кожная форма);
* экзема.

**7. План обследования**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Анализ крови на сахар
4. Анализ крови на RW и ВИЧ
5. Анализ кала на яйца глист
6. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, липопротеиды, СРБ, серомукоид, фибриноген, АсАТ, АлАТ, ЛДГ1, общий билирубин, мочевина, креатинин, АСК, АСГ, АСЛ.
7. ЭКГ

**8. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования**

► Общий анализ крови (от 29.05.2001):

Гемоглобин (Hb) - 148 г/л;

СОЭ - 28 мм/ч;

Эритроциты - 4,5\*1012 /л;

Лейкоциты - 5,3\*109 /л;

э - 2;

н - 58;

 п - 2;

 с - 56;

м - 5;

л - 35;

Тромбоциты - 200\*109 /л.

Заключение: повышение СОЭ.

► Общий анализ мочи (от 29.05.2001):

Цвет - желтый;

Прозрачность - прозрачная;

Удельный вес - 1023 г/л;

Реакция - кислая;

Белок - отр;

Сахар - отр;

Эпителий плоский - 1-2 в п/з;

Лейкоциты - 1-2 в п/з;

Эритроциты - 1-2 в п/з;

Заключение: изменений в анализе не выявлено.

► Анализ крови на сахар (от 29.05.2001):

сахар крови - 4,6 ммоль/л.

Заключение: уровень сахара крови в пределах нормы.

► Анализ крови на RW и ВИЧ (от 29.05.2001):

RW - отрицательный;

ВИЧ - отрицательный.

► Анализ кала на яйца глист (от 29.05.2001):

 Яйца глист не обнаружены.

► Биохимический анализ крови (от 29.05.2001):

 общий белок - 69 г/л;

альбумины - 60 %;

глобулины - 40 %:

альфа1 - 3 %;

альфа2 - 10 %;

бета - 12 %;

гамма - 15 %;

 А/Г > 1;

 холестерин - 5,9 ммоль/л;

альфа-липопротеиды - 3,9 г/л;

бетта-липопротеиды - 45 УЕ;

СРБ - отр;

серомукоид - 0,21;

фибриноген - 2,3 г/л;

АсАТ - 0,1 мкмоль/мл\*ч;

АлАТ - 0,1 мкмоль/мл\*ч;

ЛДГ1 - 1,0 мкмоль/мл\*ч;

билирубин общий - 9,5 мкмоль/л;

мочевина - 3,3 ммоль/л;

креатинин - 0,06 ммоль/л;

АСЛ = 250 ЕД;

АСГ = 250 ЕД.

Заключение: результаты анализа в пределах нормы.

► ЭКГ (от 29.05.2001):

Заключение: ритм синусовый, 82 уд/мин. Нормограмма.

**9. Клинический диагноз**

Диагноз клинический:

* основной: Рожистое воспаление передней поверхности левой голени, эритематозная форма;
* осложнения основного заболевания: отсутствуют;
* сопутствующая патология: отсутствует.

**10. Обоснование клинического диагноза**

Диагноз: выставлен на основании:

1. Жалоб больной на боль, покраснение, отек, жжение, зуд в области передней поверхности левой голени; общую слабость и снижение аппетита.

2. Данных анамнеза настоящего заболевания: больна с 24.05.2001 г., когда на передней поверхности левой голени в нижней трети появились отечность и боль. Начало заболевания связать с чем-либо затрудняется. По данному поводу обратилась в поликлинику по месту жительства (поликлиника № 3) к хирургу, который в качестве лечения назначил облучение передней поверхности голени лучами кварцевой лампы. После двух сеансов (25.05 и 27.05.2001 г.) 29.05.2001 г. боль и отек усилились, появилась возвышающаяся эритема, и процесс распространился на всю переднюю поверхность левой голени. Была направлена в ГКИБ с диагнозом: Рожистое воспаление передней поверхности левой голени. Температурной реакции не отмечает.

*Эпидемиологический анамнез:* в 1997 г. перенесла рожистое воспаление передней поверхности левой голени. Настоящее заболевание связать с чем-либо затрудняется. Нарушения целостности кожных покровов не отмечает. Наличие контактов с источниками инфекции отрицает.

3. Данных анамнеза жизни больной: перенесенные заболевания: из перенесенных заболеваний отмечает: ОРВИ, гайморит, ангина, киста левого яичника, острый аппендицит. Наличие в роду лиц с психическими расстройствам, психопатологи­ческих личностей, лиц со странностями в характере, наркоманов, самоу­бийц, лиц страдающих туберкулезом, венерическими заболеваниями, забо­леваниями обмена веществ, онкологическими заболеваниями, заболеваниями желез внутренней секреции назвать затруд­няется. О выкидышах и мертворожденных у матери не знает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов и наличие аллергических реакций отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались. Проведенные прививки назвать затрудняется. Последнее флюорографическое исследование более года назад.

4. Данных объективного обследования: состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение в постели активное. Температура тела 36,7 градусов С. Телосложение правильное нормостеническое. Питание умеренное. Рост 170 см., вес 65 кг. Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, мягко-эластической консистенции, безболезненны, легко смещаемы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 19 /мин. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. АД = 120/80 мм. рт. ст. ЧСС = 85 /мин. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

**Status localis:** На коже передней поверхности левой голени имеется возвышающийся очаг гиперемии, имеющий четкие, неровные контуры с элементами мелкопластинчатого шелушения, отечен, при пальпации резкая болезненность по всей зоне гиперемии, на ощупь определяется гипертермия.

5. Данных лабораторно-инструментальных методов исследования:

► Общий анализ крови (от 29.05.2001):

Гемоглобин (Hb) - 148 г/л;

СОЭ - 28 мм/ч;

Эритроциты - 4,5\*1012 /л;

Лейкоциты - 5,3\*109 /л;

э - 2;

н - 58;

 п - 2;

 с - 56;

м - 5;

л - 35;

Тромбоциты - 200\*109 /л.

Заключение: повышение СОЭ.

► Биохимический анализ крови (от 29.05.2001):

 общий белок - 69 г/л;

альбумины - 60 %;

глобулины - 40 %:

альфа1 - 3 %;

альфа2 - 10 %;

бета - 12 %;

гамма - 15 %;

 А/Г > 1;

 холестерин - 5,9 ммоль/л;

альфа-липопротеиды - 3,9 г/л;

бетта-липопротеиды - 45 УЕ;

СРБ - отр;

серомукоид - 0,21;

фибриноген - 2,3 г/л;

АсАТ - 0,1 мкмоль/мл\*ч;

АлАТ - 0,1 мкмоль/мл\*ч;

ЛДГ1 - 1,0 мкмоль/мл\*ч;

билирубин общий - 9,5 мкмоль/л;

мочевина - 3,3 ммоль/л;

креатинин - 0,06 ммоль/л;

АСЛ = 250 ЕД;

АСГ = 250 ЕД.

Заключение: результаты анализа в пределах нормы.

**11. Дифференциальный диагноз**

Так как жалобы и симптомы заболевания у данной больной имеют сходство с симптомами при других патологических состояниях, то возникает необходимость проведения дифференциальной диагностики с целью верификации диагноза.

Дифференциальный ряд может быть представлен следующими состояниями:

* эризипелоид;
* чума (кожная форма);
* экзема.

Для эризипелоида характерны следующие признаки, не отмечаемые в данном случае:

* характерный эпидемиологический анамнез, в частности, профессиональный анамнез (работа на свиноферме, мясокомбинате, в пищеблоках и т.д.); инкубационный период до 7 дней, но чаще - 2-3 дня;
* бляшка округлой формы, с более насыщенной краевой эритемой, часто с синюшным оттенком, с везикулезными элементами, почти без отека и повышения местной температуры, мало болезненная;
* локализация очаговых изменений преимущественно на коже пальцев и кистей рук;
* вовлечение межфаланговых суставов в патологический процесс;
* отсутствие воспалительных изменений крови;
* подтверждение диагноза путем постановки кожно-аллергической пробы со специфическим антигеном.

В отличие от данного состояния, для чумы характерно:

* характерный эпидемиологический анамнез: укусы блох, контакт с грызунами;
* острое начало болезни с быстрым прогрессированием общетоксического синдрома;
* при кожной форме локальные изменения в месте входных ворот инфекции характеризуются последовательным развитием пятна, папулы, везикулы, пустулы, язвы с образованием некротических изъязвлений. Присоединяющийся регионарный лимфаденит определяет трансформацию кожной формы в кожно-бубонную;
* при бубонной форме воспалительные изменения на коже в месте входных ворот инфекции отсутствуют. Кардинальный признак - развивающийся в месте входных ворот инфекции бубон - резко болезненная припухлость, соответствующая конгломерату увеличенных лимфатических узлов;
* бубоны чаще одиночные, локализуются в паховой области, на шее, в подмышечной ямке;
* бубоны быстро увеличиваются в размерах, спаяны воспалительно измененной подкожной клетчаткой, имея нечеткие контуры, кожа на поверхности напряжена, бурого цвета. Вокруг бубона - везикулы с мутно-кровянистым содержимым;
* характерны резко выраженные воспалительные изменения крови;
* наличие положительных результатов специфических методов исследования.

При наличии экземы характерно:

* наличие соответствующего пищевого или лекарственного аллергического анамнеза;
* присутствие лихорадки и интоксикации;
* вариабельный характер высыпаний: петехии, папулы, везикулы;
* множественность и полиморфизм высыпаний. Сочетание эритемы с другими элементами;
* нередко симметричная локализация высыпаний;
* сочетание зуда с крапивницей, отеком Квинке;
* отсутствие воспалительных изменений крови.

В то же время, у данной больной имеют место признаки, характерные для рожистого воспаления, такие, как:

* неинформативный эпидемиологический анамнез;
* наличие в анамнезе рожистого воспаления;
* острое начало болезни, иногда с ознобом, повышением температуры и интоксикацией;
* раннее появление локальных ощущений (зуд, жжение, боль, чувство "стягивания" кожи) с последующим развитием в этом месте воспалительных изменений;
* типичная картина рожистой бляшки: яркая отечная эритема с неровными четкими очертаниями, краевым валиком и "запавшим" центром;
* избирательная локализация процесса на коже лица, голеней, стоп;
* разной степени тяжести воспалительные изменения крови.

**12. Этиология и патогенез заболевания**

*Клиническая классификация рожи*

По характеру местных проявлений: а) эритематозная; б) эритематозно-буллезная; в) эритематозно-геморрагическая; г) буллезно-геморрагическая. По степени интоксикации (тяжести течения): I - легкая; II - среднетяжелая; III - тяжелая. По кратности течения: а) первичная; б) повторная (возникающая через 2 года, иная локализация процесса); в) рецидивирующая. При наличии не менее трех рецидивов рожи за год целесообразно определение "часто рецидивирующая рожа". По распространенности местных проявлений: а) локализованная рожа; б) распространенная (мигрирующая) рожа; в) метастатическая рожа с появлением отдаленных друг от друга очагов воспаления. Осложнения рожи: а) местные; б) общие. Последствия рожи: а) стойкий лимфостаз (лимфатический отек, лимфедема); б) вторичная слоновость (фибредема).

Первичная, повторная рожа и так называемые поздние рецидивы болезни (спустя 6 - 12 мес и позже) являются острым циклическим инфекционным процессом, возникающим в результате экзогенного инфицирования b-гемолитическим стрептококком группы А. Источником инфекции при этом являются как больные с 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 занесением микроба на кожу руками, а также лимфогенным и гематогенным путем.

Рецидивирующая рожа, при которой возникают ранние и частые рецидивы 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 иммуной 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 органов 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-геморрагический характер. Присоединение гнойного воспаления свидетельствует об осложненном течении болезни.

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. В отличие от других стрептококковых инфекций рожа характеризуется отчетливой летне-осенней сезонностью. В последние годы отмечается увеличение числа случаев геморрагической рожи, для которой характерны медленная репарация тканей в очаге воспаления, тенденция к затяжному (хроническому) течению инфекционного процесса, большая частота осложнений.

**13. План лечения больной**

Диета: стол № 15.

Режим общий.

Медикаментозная терапия:

Rp.: Tab. Dimedroli 0,05

 D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

#

Rp.: Benzylpenicillinum - Natrii 1 000 000 ЕД

 D.S. По 1 000 000 ЕД 6 раз в день в/м

 в 2,5 мл раствора новокаина

#

Rp.: Tab. Acidi Ascorbinici 0,1 N. 50

 D.S. По 2 таблетки 3 раза в день.

#

Rp.: Tab. Dipyridomoli 0,025 N.30

 D.S. По 2 таблетке (0,025) натощак 3 раза в день.

#

Физиолечение: УФО, УВЧ на переднюю поверхность левой голени, чередуя через день.

**14. Дневник наблюдения за больной**

***31.05.2001 г.***

Жалобы на боль, отечность и жжение в области передней поверхности левой голени, общую слабость и снижение аппетита. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение в постели активное. Температура тела 36,7 градусов С. Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, мягко-эластической консистенции, безболезненны, легко смещаемы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 19 /мин. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. АД = 120/80 мм. рт. ст. ЧСС = 85 /мин. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены.

***Status localis:*** на коже передней поверхности левой голени имеется возвышающийся очаг гиперемии, имеющий четкие, неровные контуры с элементами мелкопластинчатого шелушения, отечен, при пальпации болезненность по всей зоне гиперемии, на ощупь определяется гипертермия.

***04.06.2001 г.***

Жалобы на умеренную боль, отечность и жжение в области передней поверхности левой голени; общую слабость и снижение аппетита. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение в постели активное. Температура тела 36,7 градусов С. Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, мягко-эластической консистенции, безболезненны, легко смещаемы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 18 /мин. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. АД = 120/80 мм. рт. ст. ЧСС = 70 /мин. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены.

***Status localis:*** на коже передней поверхности левой голени сохраняется возвышающийся очаг гиперемии, имеющий четкие, неровные контуры с элементами мелкопластинчатого шелушения, отечен, при пальпации болезненность в центральной зоне гиперемии.

***05.06.2001 г.***

Жалобы на незначительную боль и отечность в области передней поверхности левой голени; незначительную общую слабость. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение в постели активное. Температура тела 36,7 градусов С. Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, мягко-эластической консистенции, безболезненны, легко смещаемы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 18 /мин. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. АД = 120/80 мм. рт. ст. ЧСС = 72 /мин. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены.

***Status localis:*** на коже передней поверхности левой голени очаг гиперемии уменьшился, не возвышается над поверхностью, имеет четкие, неровные контуры слегка отечен, при пальпации незначительная болезненность в центральной зоне гиперемии.

**15. Прогноз заболевания**

1. Для выздоровления - благоприятный.
2. Для жизни - благоприятный.
3. Для трудоспособности - благоприятный.

**16. Эпикриз**

Больная направлена поликлиникой по месту жительства была направлена для стационарного лечения в ГКИБ с диагнозом: Рожистое воспаление передней поверхности левой голени.

При поступлении предъявляла следующие жалобы: на боль, покраснение, отек, жжение, зуд в области передней поверхности левой голени; общую слабость и снижение аппетита.

Больна с 24.05.2001 г., когда на передней поверхности левой голени в нижней трети появились отечность и боль. Начало заболевания связать с чем-либо затрудняется. По данному поводу обратилась в поликлинику по месту жительства (поликлиника № 3) к хирургу, который в качестве лечения назначил облучение передней поверхности голени лучами кварцевой лампы. После двух сеансов (25.05 и 27.05.2001 г.) 29.05.2001 г. боль и отек усилились, появилась возвышающаяся эритема, и процесс распространился на всю переднюю поверхность левой голени. Была направлена в ГКИБ с диагнозом: Рожистое воспаление передней поверхности левой голени. Температурной реакции не отмечает. Эпидемиологический анамнез: в 1997 г. перенесла рожистое воспаление передней поверхности левой голени. Настоящее заболевание связать с чем-либо затрудняется. Нарушения целостности кожных покровов не отмечает. Наличие контактов с источниками инфекции отрицает.

В анамнезе: материально-бытовые условия удовлетворительные. Вредные привычки отрицает. Перенесенные заболевания: ОРВИ, гайморит, ангина, киста левого яичника, острый аппендицит. Наличие в роду лиц с психическими расстройствам, психопатологи­ческих личностей, лиц со странностями в характере, наркоманов, самоу­бийц, лиц страдающих туберкулезом, венерическими заболеваниями, забо­леваниями обмена веществ, онкологическими заболеваниями, заболеваниями желез внутренней секреции назвать затруд­няется. О выкидышах и мертворожденных у матери не знает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов и наличие аллергических реакций отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались. Проведенные прививки назвать затрудняется. Последнее флюорографическое исследование более года назад.

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение в постели активное. Температура тела 36,7 градусов С. Телосложение правильное нормостеническое. Питание умеренное. Рост 170 см., вес 65 кг. Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, мягко-эластической консистенции, безболезненны, легко смещаемы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 19 /мин. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. АД = 120/80 мм. рт. ст. ЧСС = 85 /мин. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

**Status localis:** На коже передней поверхности левой голени имеется возвышающийся очаг гиперемии, имеющий четкие, неровные контуры с элементами мелкопластинчатого шелушения, отечен, при пальпации резкая болезненность по всей зоне гиперемии, на ощупь определяется гипертермия.

При проведении лабораторно-инструментальных исследований были получены следующие результаты:

► Общий анализ крови (от 29.05.2001):

Гемоглобин (Hb) - 148 г/л;

СОЭ - 28 мм/ч;

Эритроциты - 4,5\*1012 /л;

Лейкоциты - 5,3\*109 /л;

э - 2;

н - 58;

 п - 2;

 с - 56;

м - 5;

л - 35;

Тромбоциты - 200\*109 /л.

Заключение: повышение СОЭ.

► Общий анализ мочи (от 29.05.2001):

Цвет - желтый;

Прозрачность - прозрачная;

Удельный вес - 1023 г/л;

Реакция - кислая;

Белок - отр;

Сахар - отр;

Эпителий плоский - 1-2 в п/з;

Лейкоциты - 1-2 в п/з;

Эритроциты - 1-2 в п/з;

Заключение: изменений в анализе не выявлено.

► Анализ крови на сахар (от 29.05.2001):

сахар крови - 4,6 ммоль/л.

Заключение: уровень сахара крови в пределах нормы.

► Анализ крови на RW и ВИЧ (от 29.05.2001):

RW - отрицательный;

ВИЧ - отрицательный.

► Анализ кала на яйца глист (от 29.05.2001):

 Яйца глист не обнаружены.

► Биохимический анализ крови (от 29.05.2001):

 общий белок - 69 г/л;

альбумины - 60 %;

глобулины - 40 %:

альфа1 - 3 %;

альфа2 - 10 %;

бета - 12 %;

гамма - 15 %;

 А/Г > 1;

 холестерин - 5,9 ммоль/л;

альфа-липопротеиды - 3,9 г/л;

бетта-липопротеиды - 45 УЕ;

СРБ - отр;

серомукоид - 0,21;

фибриноген - 2,3 г/л;

АсАТ - 0,1 мкмоль/мл\*ч;

АлАТ - 0,1 мкмоль/мл\*ч;

ЛДГ1 - 1,0 мкмоль/мл\*ч;

билирубин общий - 9,5 мкмоль/л;

мочевина - 3,3 ммоль/л;

креатинин - 0,06 ммоль/л;

АСЛ = 250 ЕД;

АСГ = 250 ЕД.

Заключение: результаты анализа в пределах нормы.

► ЭКГ (от 29.05.2001):

Заключение: ритм синусовый, 82 уд/мин. Нормограмма.

Был выставлен клинический диагноз:

* основной: Рожистое воспаление передней поверхности левой голени, эритематозная форма;
* осложнения основного заболевания: отсутствуют;
* сопутствующая патология: отсутствует.

Было назначено и проведено следующее лечение:

Диета: стол № 15.

Режим общий.

Медикаментозная терапия:

Rp.: Tab. Dimedroli 0,05

 D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

#

Rp.: Benzylpenicillinum - Natrii 1 000 000 ЕД

 D.S. По 1 000 000 ЕД 6 раз в день в/м

 в 2,5 мл раствора новокаина

#

Rp.: Tab. Acidi Ascorbinici 0,1 N. 50

 D.S. По 2 таблетки 3 раза в день.

#

Rp.: Tab. Dipyridomoli 0,025 N.30

 D.S. По 2 таблетке (0,025) натощак 3 раза в день.

#

Физиолечение: УФО, УВЧ на переднюю поверхность левой голени, чередуя через день.

В результате проводимого лечения больная отмечает улучшение общего состояния. По состоянию на 05.06.2001 г.: жалобы на незначительную боль и отечность в области передней поверхности левой голени; незначительную общую слабость. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение в постели активное. Температура тела 36,7 градусов С. Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, мягко-эластической консистенции, безболезненны, легко смещаемы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 18 /мин. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. АД = 120/80 мм. рт. ст. ЧСС = 72 /мин. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены. Status localis: на коже передней поверхности левой голени очаг гиперемии уменьшился, не возвышается над поверхностью, имеет четкие, неровные контуры слегка отечен, при пальпации незначительная болезненность в центральной зоне гиперемии.

В настоящее время больная продолжает лечение.

**17. Рекомендации при выписке**

* Соблюдение правил личной гигиены.
* Предохранение, по мере возможности, кожных покровов от повреждений.
* Своевременная санация очагов инфекции.