**1. Паспортная часть**

1. ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Время поступления в стационар: 01.02.13 в 11.07

3. Время выписки: продолжает лечение.

4. Возраст: 59 лет (05.12.1953 г.р.).

5. Пол: женский.

6. Профессия и место работы: инвалид I группы.

7. Постоянное место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Доставлена в плановом порядке по направлению \_\_\_\_\_ по месту жительства.

9. Диагноз при направлении: Рожистое воспаление правой голени

10. Диагноз при поступлении: Обширный некроз мягких тканей правой голени

12. Заключительный диагноз:

основной: Рожистое воспаление средней трети передней поверхности правой голени с переходом в некроз мягких тканей (около 3 %).

сопутствующая патология: Хронический лимфолейкоз. Асцит.

13. Исход заболевания: в настоящее время продолжает лечение в стационаре.

**2. Жалобы**

Жалобы на одышку, увеличение в размере живота, интенсивные боли в области правой голени, наличие раны в этой области.

**3. История развития настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

 Считает себя больной с января 2013 года, когда впервые возникло рожистое воспаление на правой голени. Лечилась стационарно в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(антибиотикотерапия, перевязки, ФТЛ) в период с 2.01.13 по 25.01.13. Развитие заболевания с определёнными факторами связать не может.

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

Профессиональные вредности в анамнезе отрицает. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Проживает в отдельной квартире. Перенесенные заболевания: из перенесенных заболеваний отмечает: грипп, ОРВИ, хронический лимфолейкоз с 2007 года (по данным направления из ЦРБ). По данному заболеванию проходит курс лечения в ВОКБ один раз в год. Оперативные вмешательства до момента поступления в стационар не проводились. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов и наличие аллергических реакций отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались. Туберкулез, венерические заболевания и вирусный гепатит в анамнезе отрицает. Контакт с инфекционными больными отрицает. Проведенные прививки назвать затрудняется.

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

Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение пассивное. Температура тела 36,6 0С. Телосложение гиперстеническое. Питание умеренное. Внешне больная соответствует возрасту.

Кожные покровы и слизистые оболочки: кожные покровы чистые, пониженной влажности, тургор и эластичность снижены, наличие пастозности. Видимые слизистые чистые, умеренно влажные. Волосяной покров умеренный, оволосение по женскому типу. Подкожная клетчатка: состояние подкожно-жирового слоя повышенное, опухолевидных образований, подкожной эмфиземы нет. Варикозного расширения вен нет. При пальпации увеличены шейные и поднижечелюстные лимфоузлы, безболезненны, легко смещаемы, не спаяны с кожей. Мышечная система: мышцы развиты умеренно, одинаково на симметричных участках тела. Мышечный тонус в норме, одинаковый с обеих сторон.

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

Система органов дыхания: частота дыхания 18 в минуту, дыхание поверхностное, ритм правильный. Дыхание через нос свободное, голос ясный. Деформации не определяются.

Перкуторный звук ясный легочный. Границы нижнего края лёгких без изменений. Ширина полей Кренига, высота стояния верхушек легких в норме.

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 не изменена, патологической пульсации в области сердца, надчревия не выявлено. Симптом "кошачьего мурлыкания", сердечный "горб", в области сердца не определяются. Верхушечный толчок умеренной силы, разлитой (2 см2), резистентный, локализуется в 5 межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Пульс на лучевых артериях ритмичный, хорошего наполнения, напряжен, симметричен. При пальпации сердца сердечный толчок отсутствует.

Границы относительной тупости сердца (по данным перкуссии) в пределах нормы.

Аускультативно тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум трения перикарда не определяется. ЧСС- 80 /мин. АД 140/100 мм.рт.ст. на обеих руках. При выслушивании периферических артерий и аорты шум не определяется.

Система органов пищеварения: язык влажный, не обложен. Слизистая оболочка полости рта чистая, бледно-розовая. Миндалины не увеличены. Зев не гиперемирован.

При пальпации передней брюшной стенки отмечается болезненность. Живот овальный, симметричный, диффузно увеличен в размере. Выявлен асцит ( перкуторно). Грыж и расхождения прямых мышц живота не отмечено.

Глубокая методичесая скользящая пальпации живота по Образцову-Стражеско ввиду болезненности не проводилась.

Печень и желчный пузырь: наличия диффузного и ограниченного набухания в области правого подреберья при пальпации не обнаружено. При пальпации печень выходит из подреберья на 1,5 см, безболезненна, край мягкий, поверхность ровная.

Селезенку пропальпировать не удалось.

Органы мочевыделения: визуально область почек не изменена. Симптом поколачивания отрицательный. При пальпации по ходу мочеточников болезненности не выявлено. Шумы над почечными артериями не выслушиваются.

Нервно-психическая сфера: сознание ясное, настроение спокойное. Расстройств речи нет.

Status localis: по передней поверхности правой голени некроз клетчатки (примерно 3 %) .

Наблюдается гнойное отделяемое, наложения фибрина.

**6. Предварительный диагноз**

На основании:

А) Жалоб больной: наличие раны, интенсивных болей в области правой голени, жалобы на одышку, увеличение в размере живота.

Б) Анамнеза болезни: считает себя больной с января 2013 года, когда впервые возникло рожистое воспаление на правой голени. Лечилась стационарно в Докшицкой ЦРБ (антибиотикотерапия, перевязки, ФТЛ) в период с 2.01.13 по 25.01.13.

В)Данных анамнеза жизни: хронический лимфолейкоз с 2007 года

Г) Данных объективного исследования: Локальный статус (по передней поверхности правой голени некроз клетчатки (примерно 3 %), наблюдается гнойное отделяемое, наложения фибрина.). Перкуторно выявлен асцит.

Можно поставить предварительный диагноз:

основной: рожистое воспаление средней трети передней поверхности правой голени с переходом в некроз мягких тканей;

сопутствующий: хронический лимфолейкоз. Асцит.

**7. План обследования**

а) Общий анализ крови

б) Общий анализ мочи

в) Коагулограмма

г) Биохимический анализ крови (глюкоза, АЛТ, АСТ, белок общий, мочевина, креатинин, альфа-амилаза, билирубин общий)

д) ЭКГ

е) Определение группы крови и Rh.

ж) Реакция Вассермана (RW)

з)посев гноя на чувствительность к антибиотикам

и) УЗИ органов брюшной полости

**8.Результаты лабораторных исследований**

Общий анализ крови (от 04.02.2013):

гемоглобин- 96 г/л;

СОЭ – 3 мм/ч;

эритроциты – 3,66\*1012 /л;

лейкоциты – 86,1\*109 /л

э - 0;

н - 1;

с - 1;

м - 0;

л - 98;

Тромбоциты - 155\*109 /л.

Заключение: изменения характерны для хронического лимфолейкоза

Общий анализ мочи (от 31.01.2013):

Цвет - желтый;

Прозрачность - прозрачная;

Удельный вес - 1010 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.

Биохимический анализ крови 04.02.2013

Глюкоза 3,9 ммоль/л

АЛТ 28 ммоль/л

АСТ 54 ммоль/л

Мочевина 6,1 ммоль/л

Креатинин 0,071 ммоль/л

Общий белок 46 г./л

Билирубин 8,5 ммоль/л

Альфа-амилаза 23 Е/л

Заключение: незначительное повышение АСТ (N – 5-40 Е/л), снижен общий белок (N – 65-85 г/л)

Анализ крови на RW (от 04.02.2013):

RW - отрицательный.

Коагулограмма (04.02.2013):

АЧТВ - 31 секунд;

 ПТИ – 0,93

Фибриноген А – 3,6

Заключение: норма.

Изосерологическое исследование крови (04.02.2013):

А (II) вторая группа крови

Rh (+) положительный

При необходимости переливания – индивидуальной подбор на СПК.

ЭКГ (01.02.2013):

Заключение: ритм синусовый, 68 ударов в минуту, горизонтальная ЭОС.

Посев гноя на чувствительность к антибиотикам (01.02.2013):

Выделенные м/о: acinetobacter spp.

Чувствительный: ампициллин + сульбактам

Умеренно устойчивый: амикацин

Устойчивый: ципрофлоксацин, цефепин, имипенем

**9. Обоснование диагноза**

Диагноз:

основной: рожистое воспаление средней трети передней поверхности правой голени с переходом в некроз мягких тканей (около 3 %).

сопутствующий: хронический лимфолейкоз. Асцит.

Диагноз выставлен на основании:

Жалоб больной: наличие раны, интенсивных болей в области правой голени, жалобы на одышку, увеличение в размере живота.

Анамнеза болезни: считает себя больной с января 2013 года, когда впервые возникло рожистое воспаление на правой голени. Лечилась стационарно в Докшицкой ЦРБ (антибиотикотерапия, перевязки, ФТЛ) в период с 2.01.13 по 25.01.13.

Данных анамнеза жизни: из перенесенных заболеваний отмечает: в 2007 году выявлен лимфолейкоз (по данным напрвления из ЦРБ, общему анализу крови). По данному заболеванию проходит курс лечения в ВОКБ один раз в год.

Данных объективного исследования: Локальный статус (по передней поверхности правой голени некроз клетчатки (примерно 3 %) Наблюдается гнойное отделяемое, наложения фибрина). Перкуторно выявлен асцит.

Данных лабораторно-инструментальных исследований:

Общий анализ крови (от 04.02.2013):СОЭ - 3 мм/ч; Лейкоциты – 86,1\*109 /л; э - 0; н - 1;п - 0; с - 1; м - 5; л – 98; эритроциты – 3,66\*1012 /л; гемоглобин- 96 г/л; тромбоциты - 155\*109 /л.

Биохимический анализ крови (от 04.02.2013): незначительное повышение АСТ (N – 5-40 Е/л), снижен общий белок (N – 65-85 г/л).

**10. Дифференциальная диагностика**

Рожистое воспаление с исходом в некроз мягких тканей следует дифференцировать от следующих заболеваний:

1.Варикозные язвы обычно долго не заживают; иногда, чаще всего на внутренней поверхности голени, они периодически эпителизируются (закрываются) и вновь открываются под воздействием микротравм. Обычно варикозные язвы бывают одиночными, реже — множественными. В начальный период они, как правило, поверхностные, плоские, небольшие, с неправильно очерченными краями, круглой или овальной формы.

В запущенном состоянии язвы могут достигать больших размеров и охватывать половину окружности голени. Окружающие язву кожные покровы обычно окрашены в буровато-фиолетовый или синюшный цвет. Отеки ног и утолщения голени имеются примерно у каждого второго больного.

2.Посттромботические язвы похожи на варикозные, но отличаются более тяжелым характером протекания. Кроме того, они, как правило, большие и глубокие: могут охватывать всю окружность голени и проникать вглубь до надкостницы. Возникают эти язвы на фоне посттромботической болезни и застарелых, непроходящих отеков.

3.Ишемические язвы возникают на почве тромбофлебирующих (закупоривающих) заболеваний артерий и встречаются преимущественно у лиц старше 55 лет. Чаще всего они встречаются в области большого пальца, пятки или тыльной поверхности стопы. Появлению язв предшествуют симптомы нарушения артериального кровообращения в нижних конечностях (боли при ходьбе, отсутствие пульса на стопе, повышенная чувствительность стопы к низким температурам.

4.Диабетические язвы. Если пациент долгое время страдает тяжелой формой сахарного диабета или ожирением, то самым вероятным диагнозом будут диабетические язвы, располагающиеся на стопе и на пальцах ног и внешне напоминающие ишемические язвы.

5.Нейрогенные язвы развиваются у больных с некоррегируемыми повреждениями спинного мозга и периферических нервов нижних конечностей. Локализуются они преимущественно на подошвенной поверхности стопы, бывают небольшими по диаметру, но глубокими и имеют форму кратера, дном которого часто служит пяточная кость. Одновременно с язвой обнаруживаются признаки паралича мышц стопы и голени, выявляется потеря чувствительности в пальцах ног.

6.При контакте с животными, необходимо проводить дифференциацию с кожной формой сибирской язвы, для которой характерно наличие в центре поражения участка некротизированных тканей с дочерними пузырьками по периферии и обширного отека мягких тканей (сибиреязвенный карбункул).

**11. Лечение:**

При закрытии язвенного дефекта кожи голени используется кожная пластика. Все виды кожной пластики можно разделить на два принципиальных варианта:

1) Свободная кожная пластика;

2) Несвободная кожная пластика.

Свободная кожная пластика подразделяется на свободную васкуляризированную и неваскуляризированную.

Свободная васкуляризированная кожная пластика связана с применением микрохирургического инструментария и шовного материала, операционного хирургического микроскопа. Замещение дефектов кожного покрова выполняется пересадкой сложных лоскутов, в которых сохраняется своя сосудистая сеть, которая во время операции анастомозируется с сосудами пораженной конечности.

Свободная неваскуляризированная кожная пластика исторически началась с применения мелких эпидермальных кусочков, что в настоящее время редко применяется. В дальнейшем с изобретением дерматома оказалось возможным пересадка больших по площади лоскутов. Эти лоскуты могут быть на всю глубину дермы и тогда говорят о полнослойных лоскутах, либо содержать только поверхностные слои эпидермиса, такой лоскут называют расщепленным. После взятия полнослойного лоскута донорское место приходится закрывать вторичной пластикой, донорское место после забора расщепленного лоскута эпителизируется самостоятельно за счет сохраненных придатков кожи.

Несвободную кожную пластику можно разделить на два вида: 1) закрытие раны путем использования прилежащей кожи с дополнительными разрезами или без них; 2) закрытие раны при помощи перемещения кожного лоскута на ножке, взятого поблизости от раны или с отдаленных участков тела. Первая группа очень обширна, наиболее давно применяется, но имеет ограниченные возможности в случаях обширных повреждений. Вторая группа – лоскуты на питающей ножке, могут применяться при обширных повреждениях, но связаны с многоэтапными операциями и достаточно мучительны для больного. Лоскуты данной группы подразделяется на три основных подгруппы:

а) островковые лоскуты;

б) плоские лоскуты;

в) трубчатые лоскуты.

Наиболее часто для закрытия повреждённой поверхности используется свободная кожная пластика расщепленным лоскутом и декомпрессионная контурная дерматомия.

**Свободная пластика расщеплённым кожным лоскутом**. При этом с донорской поверхности (область живота, наружная поверхность бедра, спина и др.) с помощью дерматома срезается кожный лоскут толщиной 0,3 мм. Этот донорский кожный лоскут переносится на раневую поверхность. Условиями для пересадки расщеплённого лоскута являются: отсутствие инфекции (гнойного процесса), здоровые грануляции закрываемой поверхности, хорошее кровоснабжение дефекта. При необходимости увеличения площади кожного лоскута возможно нанесение насечек в шахматном порядке. После наложения на раневую поверхность кожный лоскут расправляется, излишки иссекаются. Накладывается асептическая повязка с антисептическими растворами (фурациллин 1:5000, 3% раствор борной кислоты, и др.). Донорская поверхность закрывается аналогичной повязкой. На следующие сутки после операции выполняется перевязка, целью которой является выявление инфекционных осложнений (нагноения кожного лоскута), смещение лоскута, выявление краевого некроза и др. При перевязки используются стерильные растворы (физ. р-р, фурациллин, борная кислота и др.) для «отмачивания» повязки от данного кожного лоскута. В последующем кожный лоскут прирастает за счёт интимного соприкосновения с грануляциями и к 7-10 суткам появляется краевая эпителизация. Незакрытые участки размером до 5-10 мм впоследствии самостоятельно закрывается за счёт краевой эпителизации.

Донорская поверхность впоследствии закрывается за счёт 1) краевой эпителизации, 2) клеток базального слоя, а также 3) эпителия выводных протоков сальных и потовых желёз, волосяных луковиц. Через 4-5 недель донорская поверхность закрывается тонким слоем эпидермиса. Ещё через некоторое время с этой же поверхности возможно повторное взятие кожного лоскута. Таким образом, этот метод позволяет закрывать обширные участки кожных дефектов за счёт собственных тканей, в т. ч и неоднократно.

**Декомпрессионная контурная дерматомия** конечностей и туловища осуществляется следующим образом. Производят контурные разрезы кожи, а также подкожной жировой клетчатки с пересечением региональных надфасциальных лимфатических сосудов на расстоянии 1,0 - 1,5 см по контуру рожистого воспаления в пределах здоровой ткани. Нужно учитывать, что поступление токсических продуктов с воспаленных участков кожи и подкожно - жировой клетчатки происходит через лимфатическую систему. Поверхностные лимфатические сосуды, находящиеся кнаружи от поверхностных фасций тела человека, располагаются рядом с подкожными венами или вблизи них. Эти сосуды формируются из лимфатических капилляров кожи, подкожной клетчатки.

 Декомпрессионная контурная дерматомия позволяет отграничить рожистый воспалительный процесс, уменьшить признаки местной воспалительной реакции, вследствие чего снижается попадание микроорганизмов, токсических продуктов в общую лимфатическую систему, что создает оптимальные условия для купирования заболевания. При снижении отека происходит сближение краев раны и самостоятельная эпителизация. При наличии диастаза производят наложение узловых швов на кожу.

 При этом лимфатическая система клинически в зоне бывшего рожистого воспаления не нарушается. Применение способа позволяет обеспечить удовлетворительный функциональный и косметический результат в отдаленном периоде.

Лечение данного пациента:

Режим - постельный;

 Стол Б

 Медикаментозное лечение:

 - Tab. Unasini 0, 375 по 2 таблетки 3 раза в сутки (антибиотик широкого спектра действия)

 -Tab. Actovegini 0,2 по 1 таблетке 3 раза в сутки (активирует клеточный метаболизм, усиливает кровообращение).

 -Sol. Ketorolaci 2,0% - 2 ml вводить внутримышечно при болях

физиотерапевтические процедуры ( УВЧ-терапия, электрофорез )

Хлорбутин 0,005 по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 4-х недель (лечение хронического лимфолейкоза)

Местное лечение:

Промывание язвы раствором перекиси водорода 3%

Мазь «Солкосерил» на область дефекта 1 раз в сутки

**12 Дневники:**

12.02.11 Пульс - 80/мин, частота дыхания - 18/мин.

 Общее состояние удовлетворительное. АД - 140/90 мм рт.ст.

Состояние удовлетворительное.

 Жалобы на болезненность в области язвы, одышку, увеличение живота.

Локальный статус: повязка не промокает.

Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, болезненный, перкуторно определяется асцит Сон и аппетит не нарушен. Стул, мочеиспускание регулярные. Получает медикаментозную терапию.

**13. Эпикриз**

Больная, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (59 лет), была госпитализирована в хирургическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по направлению \_\_\_\_\_\_\_\_ по месту жительства с диагнозом: Обширный некроз мягких тканей правой голени.

Считает себя больной с января 2013 года, когда впервые возникло рожистое воспаление на правой голени. Лечилась стационарно (антибиотикотерапия, перевязки, ФТЛ) в период с 2.01.13 по 25.01.13. Развитие заболевания с определёнными факторами связать не может. Перенесенные заболевания: из перенесенных заболеваний отмечает: грипп, ОРВИ, лимфолейкоз с 2007 года (по данным напрвления из ЦРБ). По данному заболеванию проходит курс лечения в \_\_\_\_\_\_ один раз в год.

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на одышку, увеличение в размере живота, интенсивные боли в области левой голени, язвенный дефект этой области..

 Локальный статус: по передней поверхности правой голени некроз клетчатки (примерно 3 %) Наблюдается гнойное отделяемое, наложения фибрина.

В результате проведенных исследований были выявлены следующие изменения :общий анализ крови (от 04.02.2013): СОЭ - 3 мм/ч; Лейкоциты – 86,1\*109 /л; э - 0; н - 1;п - 0; с - 1; м - 5; л – 98; эритроциты – 3,66\*1012 /л; гемоглобин- 96 г/л; тромбоциты - 155\*109 /л.

Биохимический анализ крови (от 04.02.2013): незначительное повышение АСТ (N – 5-40 Е/л), снижен общий белок (N – 65-85 г/л).

На основании полученных данных был выставлен и верифицирован клинический диагноз:

основной : рожистое воспаление средней трети передней поверхности правой голени с переходом в некроз мягких тканей (около 3 %).

сопутствующая патология: хронический лимфолейкоз. Асцит.

Было назначено и проводится следующее лечение:

Режим - постельный;

 Стол Б.

 Медикаментозное лечение:

 - Tab. Unasini 0, 375 по 2 таблетки 3 раза в сутки (антибиотик широкого спектра действия)

 -Tab. Actovegini 0,2 по 1 таблетке 3 раза в сутки (активирует клеточный метаболизм, усиливает кровообращение).

 -Sol. Ketorolaci 2,0% - 2 ml вводить внутримышечно при болях

физиотерапевтические процедуры (УВЧ-терапия, электрофорез)

Хлорбутин 0,005 по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 4-х недель (лечение хронического лимфолейкоза)

Местное лечение:

Промывание язвы раствором перекиси водорода 3%

Мазь «Солкосерил» на область дефекта 1 раз в сутки

Состояния больной без изменений. В настоящее время продолжает стационарное лечение в хирургическом отделении, рассматривается вопрос о кожной пластике язвенного дефекта левой голени.

**14.Прогноз** для жизни неблагоприятный.