КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Зав. каф. Д.М.Н. Профессор Фазылов В. Х.

История болезни x

Диагноз: Первичная рожа правой голени, эритематозно-геморрагическая форма, средней степени тяжести.

Куратор: x

Преподаватель: x

Казань, 2005 г.

# **Ф.И.О.:** x

**Возраст:** 75 лет

**Пол:** жен.

**Профессия:** пенсионер

## Место жительства: ул. x

**Дата поступления в стационар:** 12/II 2005г.

**Диагноз направившего лечебного заведения:** Рожа правой голени

**Жалобы на момент курации:** на зуд, гиперемию, отек в области правой голени, общую слабость (8 день болезни).

**История заболевания:** Со слов больной в ночь с 11 - 12/II 2005г., появился сильный озноб, общая слабость, головные боли, температура тела поднялась до 39 ° C. Больная приняла 1 таб. Парацетамола, состояние не значительно улучшилось. Сутра появилась гиперемия, отек, чувство жжения в области правой голени. Больная вызвала бригаду «скорой помощи» и была госпитализирована в инфекционное отделение 1-й инфекционной больницы.

**Эпидемиологический анамнез:** Контакт с больными стрептококковыми инфекциями отрицает. Своё заболевание больная связывает с переохлаждением. Предшествующего травмирования кожи левой голени не отмечала. Перелом костей правой голени в 1995г. и сахарный диабет II типа с 1985г. являются предрасполагающими факторами.

**Анамнез жизни:** Родилась 15 октября 1929 года в срок. Росла и развивалась соответственно возрасту, от сверстников в физическом и умственном развитии не отставала. Жилищно-социальные условия удовлетворительные. Проживает одна. Питание регулярное.

Перенесенные заболевания: Детских заболеваний не помнит.

В 1995 – перелом косей правой голени

Сопутствующие заболевания: сахарный диабет II типа с 1985г. (предрасполагающий фактор), ИБС, гипертоническая болезнь с 1984г.

Гинекологический анамнез: Менопауза с 48 лет.

Наследственность по данному заболеванию не отягощена.

Заболевание возникло впервые.

**Данные объективного исследования:**

*Настоящее состояние больного*:

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение больного: активное

*Кожные покровы:* Кожные покровы физиологической окраски, умеренно влажные, чистые, ногти без изменений. Окраска видимых слизистых — нормальная.

*Подкожная клетчатка:* Подкожный жировой слой развит умеренно. Отеков нет.

*Лимфатическая система:* Пальпируются паховые лимфатические узлы справа размером 0,5 см, мягкоэластической консистенции, подвижные, умеренно болезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены. Признаки лимфангита отсутствуют.

Так же пальпируются подчелюстные лимфатические узлы, безболезненные. Кожные покровы над областью лимфатических узлов не изменены; остальные группы лимфатических узлов не пальпируются.

*Мышечная система:* Общее развитие мышечной системы хорошее. Тонус мышц нормальный.

*Костная система:* Без патологии.

*Суставы:* Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен.

*Система дыхания:* Дыхание через нос свободное.

Форма грудной клетки – цилиндрическая, деформаций нет. Тип дыхания – смешанный с преобладанием грудного дыхания. ЧДД – 20 в минуту. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно. Голосовое дрожание не изменено.

Топографическая перкуссия:

Высота стояния верхушек.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| Спереди | На 3 см выше уровня ключицы. | На 3,5 см выше уровня ключицы. |
| Сзади | На 0,5 см выше остистого позвонка VII шейного позвонка. | На 0,7 см выше остистого позвонка VII шейного позвонка. |
| Ширина полей Кренинга. | 5 см. | 5,5 см. |

Нижние границы легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топограф. Линии | Справа | Слева |
| Окологрудинная | V ребро | ––––––––– |
| Среднеключичная | VI ребро | –—–––––— |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка. | Остистый отросток XI грудного позвонка. |

Подвижность нижних краёв лёгких, см.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топограф. линии | Справа | | | Слева | | |
| Вдох | выдох | Сумма | Вдох | Выдох | Сумма |
| Среднеключичная | 3 | 2,5 | 5,5 | —— | –––– | ––– |
| Средняя подмышечная | 3 | 3,5 | 6,5 | 3 | 3 | 6 |
| Лопаточная | 3 | 2,5 | 5,5 | 2 | 3 | 5 |

Аускультация легких: При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание. Хрипов, крепитация не выслушивается.

*Система кровообращения:* Грудная клетка в области сердца не изменена. Сердечный толчок не определяется.

Перкуссия сердца.

Границы относительной тупости сердца:

* Правая —2 см кнаружи от правого края грудины в четвертом межреберье.
* Левая — в пятом межреберье на 2см кнаружи от левой среднеключичной.
* Верхняя — на уровне 2 межреберья.
* Поперечный размер относительной тупости сердца –16 см.

### Конфигурация относительной тупости сердца – митральная.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая – по правому краю грудины.

Левая – 1см кнутри от левой границы относительной тупости сердца. Верхняя – на уровне 3 межреберья. Поперечный размер абсолютной тупости сердца – 10см.

Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет; акцент II тона на легочной артерии. Пульс 54 удара в мин, ритмичный, нормального наполнения, дефицита нет. АД 160/100. Пульсация периферических сосудов сохранена.

*Система пищеварения:* Жалобы на отсутствие аппетита. Язык влажный, без налета. Живот нормальной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет.

Размеры печеночной тупости: по правой передней подмышечной линии – 11 см; по правой среднеключичной линии – 10 см; по правой окологрудинной линии – 9 см; по передней срединной линии (по Курлову) – 8 см; косой размер (по Курлову) – 7 см.

Печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги (по правой среднеключичной линии), край печени ровный, с гладкой поверхностью, слегка заострен, безболезненный.

Границы селезеночной тупости: верхняя граница – на уровне IХ ребра, нижняя граница – ХI ребра. Передняя граница селезеночной тупости не выходит за левую реберно-суставную линию. Размеры селезеночной тупости: длинник – 8 см, поперечник – 6 см.

*Система мочевыделения:* Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

*Эндокринная система:* Жалоб нет. При пальпации щитовидной железы изменений не отмечается.

*Нервная система:* Жалоб нет. Сознание ясное. Сон не нарушен. Очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено. Нарушений со стороны черепно-мозговых нервов нет. Сухожильные рефлексы не нарушены.

***Status localis.***

На правой голени по всей её поверхности, высотой ≈ 20 см. отмечается умеренно отечная эритема с неровными контурами, четкими границами. Голень увеличена в объеме за счёт отёка. На фоне эритемы мелкоточечные геморрагии, представленные петехиями. При пальпации эритемы определяется умеренная болезненность по периферии очага, кожа в области очага горячая по сравнению с симметричным участком здоровой конечности. При пальпации определяются 4-5 паховых лимфоузлов с левой стороны, размером 0,5 см, мягкоэластичной консистенции, подвижные, умеренно болезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены.

**Предварительный диагоз:**

###### Первичная, эритематозно-геморрагическая рожа правой голени, средней степени тяжести.

**План обследования больного**

1. Общий анализ крови - Признаки воспаления (лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ)
2. Общий анализ мочи - (олигурия, протеинурия, в осадке - лейкоциты, эритроциты, цилиндры)
3. Биохимический анализ крови - (сахар – контроль сахарного диабета)

**Данные лабораторных методов обследования**

**Общий анализ крови**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результат | N |
| Эритроциты | 3,5∙1012/л | 3,7-4,7∙1012/л |
| Гемоглобин | 110 г/л | 130-160 г/л |
| Цветовой показатель | 0,94 | 0,82-1,05 |
| лейкоциты | 6.5∙109/л | 6 - 8∙109/л |
| палочкоядерные | 2 | 1-6 |
| сегментоядерные | 76 | 45-70 |
| эозинофилы | 0 | 0-5 |
| лимфоциты | 16 | 18-40 |
| моноциты | 6 | 2-9 |
| СОЭ | 38 мм/час (↑) | 2-15мм/час |

**Биохимический анализ крови**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результат | N |
| Глюкоза | 4,2 ммоль/л | 3,8-5,5 ммоль/л |
| Общ. билирубин | 13,5 мкмоль/л | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прям. билирубин | 0 | 0-5,1 мкмоль/л |
| Тимол. проба | 6,8 ед. | 0-5 ед. SH |
| Протромбин | 85% | N |
| Мочевина | 6,3 ммоль/л | 4,2-8,3 ммоль/л |
| Креатинин | 57,8 мкмоль/л | 50-115 мкмоль/л |

## Общий анализ мочи

# Цвет – соломенно-желтый

##### Прозрачность - неполная

# Реакция - кислая

# Плотность – 1010

Сахар – отр.

Белок – отр.

Лейкоциты – 1-2 в п.зр.

Эритроциты – 1-2 в п.зр.

**Клинический диагноз:** Первичная рожа правой голени, эритематозно-геморрагическая форма, средней степени тяжести.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет II типа. Ишемическая болезнь сердца. Гипертоническая болезнь.

**Обоснование клинического диагноза:**

1. Первичная форма – на основании данных анамнеза: Настоящее заболевание, со слов пациентки возникло впервые.
2. Эритематозно-геморрагическая форма - формирование характерного местного воспалительного очага (эритема умеренный отек в области правой голени, с неправильными, но четкими очертаниями, на фоне эритемы мелкоточечные геморрагии, представленные петехиями, пораженная поверхность горячая на ощупь).
3. Средняя степень тяжести – на основании клинических данных: Эритематозно-геморрагическая форма, выраженный болевой синдром, характерные местные проявления заболевания (гиперемия, умеренный отёк), площадь поражения по всей поверности голени высотой ≈ 20 см., острое начало, озноб, высокая лихорадка, общая слабость, выраженная интоксикация.
4. наличие характерных фоновых и сопутствующих заболеваний предрасполагающих к возникновению рожи: *сахарный диабет II типа* – приводит к дегенеративным изменениям в тканях, нарушение микроциркуляции, вследствие чего происходит нарушение трофики кожи и лимфообращения. *Перелом костей голени* привел к посттравматической лимфовенозной недостаточности левой голени (нарушение регионарного лимфооттока в результате повреждения лимфатических сосудов). *Гипертоническая болезнь* приводит к структурному изменению сосудистой стенки и нарушению микроциркуляции.
5. Характерные изменения лабораторных показателей (увеличение СОЭ).

**Дифференциальный диагноз:**

1. Дифференциальный диагноз следует провести с сибирской язвой (кожная форма). Данные эпидемиологического анамнеза. Процесс локализуется обычно на голове, шее, верхних конечностях. Начало заболевания с появления на коже небольшого красного плотного зудящего пятна, похожего на укус насекомого, с постепенным превращением его в пузырек с кровянистым содержимым (через 12-24 часа). С этого времени отмечается повышение температуры и появление симптомов интоксикации. На месте вскрывшегося пузырька образуется язвочка, затем – темный струп (некроз) с красной каймой вокруг него. Формируется типичный сибиреязвенный карбункул (5-6 день болезни). Для него характерно отсутствие болей в зоне некроза, высыпание «дочерних» пузырьков вокруг струпа, багровый воспалительный ободок по периферии карбункула, обширный «студневидный» отек кожи, ее бледность, отсутствие блеска.
2. Эризипелоид (свиная рожа). Процесс локализуется обычно на коже пальцев и кистей рук. В местах входных ворот появляется эритема красного, багрово-красного, розовато-красного цвета, нередко с синюшным оттенком. Края ее более яркие по сравнению с центром, который иногда почти нормальной окраски. Местная температура кожи в области эритемы не изменена или слегка повышена по сравнению со здоровой кожей. Нередко на фоне эритемы – мелкие пузыри (везикулы). Процесс часто распространяется на межфаланговые суставы, гтмечается их припухлость и болезненность, ограничение пассивных и активных движений пальцев. Температура обычно субфебрильная или нормальная, явления интоксикации незначительны или отсутствуют.
3. Дерматиты. Наличие кожных проявлений, аллергии, контакт с разныыми физическими и химическими агентами – раздражителями. Отсутствие лихорадки и интоксикации. На фоне эритемы имеются мелкие пузырьки, чешуйки, корочки. Отсутствие выраженной инфильтрации и лимфаденита.

**План лечения:**

1. Режим палатный.
2. Стол №9
3. Этиотропная терапия:

Rp.:Oxampi-natrii 0,5

D.t.d. N.10

S. По 1г. 4 раза в день в/м. Предварительно развести водой для инъекций.

#

(Антибиотик широкого спектра действия. Действует бактерицидно, подавляя синтез клеточной стенки бактерий. Активен в отношении грам (+) бактерий, воздействует на β - гемолитический стрептококк)

1. Патогенетическая терапия:

Rp.:**Dimephosphoni 15% 100,0**

**D.S. В качестве примочек на пораженный участок кожи 3 раза в день.**

**#**

(улучшает метаболизм тканей, обладает антиацидотическим действием, оказывает противовоспалительное действие. При наружном применении повышает защитные функции кожи и слизистых оболочек, оказывает противомикробное действие.)

Rp.:Sol. Suprastini 2% 1,0

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

S. По 1мл. в/м 2 раза в день.

#

(В качестве десенсибилизирующего средства, так же препарат оказывает седативное и выраженное противозудное действие.)

Rp.:Sol.Riboxini 2% 10,0

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

S. В/В, струйно по 10 мл. 1 раз день. Развести в 10 мл. 09% NaCl

#

(Оказывает положительное влияние на обменные процессы в тканях, обладает антигипоксическим действием, улучшает кровоснабжение и активирует регенерацию тканей.)

Rp.:Sol. Pentoxifyllini 2% 5,0

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

S. 2 амп. развести в 200 мл. 0,9% в/в капельно.

#

(улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови, снабжение тканей киcлородом, в наибольшей степени – в конечностях)

1. Симптоматическая терапия.

Rp.:Sol. Ketanov 1,0

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

S. Вводить по 1мл. в/м при болях.

#

(Болеутоляющее, противовоспалительное, жаропонижающее. Нестероидное противовоспалительное средство, обладающее анальгезирующей активностью, значительно превышающей противовоспалительный эффект.)

**Динамика клинического состояния больной за время курации**

19/II (8-й день болезни, 1-й день курации, 8-й день госпитализации) - Состояние удовлетворительное. Жалобы на зуд в области правой голени. Локально выявляется отечность, небольшие петехиальные кровоизлияния. АД 150/90. Пульс 76. ЧДД 20. Температура 36,9° утром, 37,1° вечером.

21/II (10-й день болезни, 2-й день курации, 10-й день госпитализации) - Жалобы на зуд. Общее состояние без отрицательной динамики. Локально сохраняется небольшая отечность, уменьшение гиперемии, небольшая болезненность при пальпации паховых лимфоузлов. АД 150/95, пульс: 72. ЧДД 18. Температура 36,7° утром, 36,8° вечером.

22/II (11-й день болезни, 3-й день курации, 11-й день госпитализации) - Состояние удовлетворительное. Со слов больной самочувствие хорошее. Сохраняется небольшая гиперемия, отек спал. АД 145/90, пульс: 76. ЧДД 17. Температура 36,6° утром, 36,8° вечером.

**Прогноз:** благоприятный при соблюдении правильного режима лечения и данных ниже рекомендаций.

**Рекомендации.**

1.Лечение заболеваний, способствующих развитию рожи (сахарный диабет)

2.Рекомендована бициллинопрофилактика в период выздоровления (от 3-6 месяцев до 2 лет бициллином-5 в дозе 1500 000 ЕД на фоне применения десенсибилизирующих средств через каждые 3-4 недели)

3.Диспансерное наблюдение в течение 3 месяцев.