***Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова***

***Кафедра инфекционных болезней лечебных факультетов***

**история болезни**

**Преподаватель: Лиенко А.Б.**

**Москва,1998 г**

Ф.И.О.:x

Возраст: 78 лет

Место жительства: г.Москва

Место работы: пенсионерка

Дата поступления: 13.02.98 г.

Жалобы при поступлении: боль,покраснение и отек в нижней трети голени,общая слабость,снижение аппетита,повышение температуры до 40

Диагноз при поступлении: Буллезно-геморрагическая рожа правой нижней конечности.

*История заболевания*

Считает себя больной с 6.02.98 г.,когда на фоне повышения температуры до 39С появилась общая слабость,головокружение.Через сутки в нижней трети голени появилось покраснение и небольшой отек,сопровождающиеся болевыми ощущениями и чувством жжения. 9.02.98.температура повысилась до 40С,больная вызвала «скорую»,но от госпитализации отказалась. 10.02.98.увеличилась,достигнув колена,эритема,на фоне которой появились мелкие пузыри,при этом нарастала боль в правой ноге.Температура не снижалась,появилось отвращение к пище,больная повторно вызвала «скорую» и была госпитализирована с предварительным диагнозом:буллезно-геморрагическая рожа правой нижней конечности.

Больная страдает лимфо-венозной недостаточностью нижних конечностей с 30 лет

Больная связывает заболевание с тщательным вытиранием пальцев стопы после ванны.

*Анамнез жизни*

Перенесенные заболевания: детские инфекции.В 1957 г.-анафилактический шок на пенициллин.С 1983 г. ежегодно весной-рожа 6 раз с той же локализацией.В 1991 г.-перелом 2-х позвонков(инвалид 1 группы).

Сопутствующие заболевания: Лимфо-венозная недостаточность нижних конечностей.

Микоз стоп.ИБС,кардиосклероз.Атеросклероз.

Наследственность не отягощена.

Аллергологический анамнез: непереносимость антибиотиков группы пенициллина.

Вредные привычки отрицает.

*Настоящее состояние больного*.

Состояние средней тяжести,сознание ясное,положение пассивное.

Телосложение гиперстеническое.

Кожные покровы бледные.Грибковое поражение стоп.

Периферические отеки: систематически отеки нижних конечностей.

Лимфатические узлы: увеличены и болезненны при пальпации паховые лимфоузлы.

Суставы не изменены.

*Дыхательная система*.

Форма грудной клетки коническая.При перкуссии над всей поверхностью - звук ясный,легочный.Нижние границы легких в норме.При аускультации дыхание жесткое,хрипов нет.ЧД - 16 в мин

*Сердечно-сосудистая система.*

Верхушечный толчок не определяется из-за подкожно-жирового слоя.При перкуссии границы сердца в норме.При аускультации тоны сердца приглушены,ритмичны.Пульс - 72 в мин, АД - 130/70 мм рт.ст.

*Пищеварительная система.*

Аппетит снижен,глотание не нарушено,сту отсутствует около 5 дней.Язык обложен беловато-серым налетом.Живот при пальпации мягкий,слегка вздут,безболезненный.

Печень не увеличена.Селезенка не пальпируется.

*Мочевыделительная система.*

Олигурия в период заболевания.Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

*Нервная система.*

Сон не нарушен,больная контактна.Память сохранена.

*Status localis*

Правая голень отечна. Бледно-розовая эритема,циркулярно охватывающая правую голень,теплая на ощупь,с четкими,неправильной формы очертаниями,с множественными геморрагиями.На задней поверхности голени - вскрывшиеся буллы с постоянной экссудацией,содержащей фибрин.Под вскрывшимися буллами - некротизированные участки.Паховый лимфаденит.

*План обследования.*

1. Общий анализ крови.Признаки воспаления(лейкоцитоз,нейтрофилез,повышение СОЭ)
2. Общий анализ мочи(олигурия,протеинурия,в осадке-лейкоциты,эритроциты,цилиндры)
3. Биохимический анализ крови(сахар - исключить диабет)
4. ЭКГ(выявление сопутствующих заболеваний)
5. УЗИ(выявление сопутствующих заболеваний)
6. Рентгенография грудной клетки(выявление сопутствующих заболеваний)

Общий анализ крови(13.02.98)

Hb 21,2 г%

Лейкоциты 15,3х109/л

ПЯ 26%

СЯ 68%

Эозинофилы -

Базофилы -

Лимфоциты 4%

Моноциты 2%

СОЭ 17 мм/ч

Биохимический анализ крови(17.02.98)

Сахар 7,1

Протромбиновый индекс 95

Общий анализ мочи(16.02.98)

Цвет с/ж

Отн.плотность 1014

Реакция кислая

Белок abs

Глюкоза отр.

Билирубин отр.

Эпителий переходный большое количество

Лейкоциты 10-14 в п/зр

Эритроциты ед.в пр-те

Соли ураты

Электрокардиография

Ритм синусовый,правильный.ЧСС - 65 в мин Горизонтальное положение ЭОС.

Заключение: умеренные диффузные изменения миокарда.

**Клинический диагноз**: Буллезно-геморрагическая рожа правой нижней конечности,рецидивирующая(6 поздний рецидив).Сопутствующие заболевания:лимфо-венозная недостаточность нижних конечностей,микоз стоп.ИБС,кардиосклероз.Атеросклероз.

*Обоснование диагноза*:

1)Наличие предрасполагающих заболеваний(лимфо-венозная недостаточность нижних конечностей с 30 лет,грибковое поражение стоп).

2)В анамнезе - 6 случаев заболевания рожей в течение 6 лет(ежегодно весной).

3)При анализе данного заболевания важно отметить:

-острое начало заболевания с признаками интоксикации(повышение температуры до 400С,общая слабость,снижение аппетита),

-динамика местных изменений(появление четко отграниченной эритемы,отека,сопровождающиеся болевыми ощущениями и чувством жжения,появление пузырей и геморрагий на фоне эритемы),

4)При оценке настоящего состояния больной обращает на себя внимание следующее:

-грибковое поражение стоп

-систематические отеки нижних конечностей

-болезненные при пальпации паховые лимфоузлы

-приглушенные тоны сердца

-сниженный аппетит,нарушен стул

-олигурия в период заболевания

5)При осмотре пораженной конечности выявлены типичные для буллезно-геморрагической рожи изменения:

-отек правой голени

-четко отграниченная,неправильной формы эритема,теплая на ощупь

-множественные геморрагии на фоне эритемы

-вскрывшиеся пузыри на задней поверхности голени,под ними-некрозы

-паховый лимфаденит

6)Лабораторные данные:

-в общем анализе крови - признаки воспаления(лейкоцитоз,повышение СОЭ)

-в общем анализе мочи - лейкоциты(10-14 в п/зр)

7)По данным ЭКГ - ИБС,кардиосклероз.

**Дифференциальный диагноз:**

1.Простой острый дерматит.В отличие от рожи воспалительный очаг по площади строго соответствует месту воздействия раздражителя(данная больная связывает заболевание с тщательным вытиранием пальцев стопы).Острому дерматиту,как правило,не предшествуют явления интоксикации,свойственна быстрая инволюция поражения после устранения раздражителя.

2.Аллергический дерматит.наличие контакта с аллергеном,положительные аллергические пробы.

3)Экзема.Для экземы характерны нечеткие границы,симметричность поражения,чаще лицо и конечности с чередованием участков здоровой и пораженной кожи(«архипелаг островков»),при этом отсутствуют симптомы интоксикации.

4)Абсцесс.Характерна флюктуация в центре плотной инфильтрированной зоны.

5)Флегмона.Местно-резкая боль,гиперемия,флюктуация.

6)Тромбофлебит поверхностных вен.Практически всегда возникает на фоне варикозного расширения вен.По ходу расширенной вены-болезненный инфильтрат с гиперемией кожи,температура субфебрильная.

7)Эризипелоид.При кожной и кожно-суставной формах симптомы интоксикации выражены нерезко,при генерализованной форме-эритематозная сыпь на различных участках туловища,гепатоспленомегалия.

**Лечение**

1.Антибиотикотерапия.

Эритромицин по 0.3г 4р.в день

Цефазолин по 1,5г 3р.в день(предотвращение развития флегмоны,входными воротами которой могут стать вскрывшиеся пузыри)

2.Антигистаминные ср-ва(профилактика аллергической реакции на антибактериальные препараты,у больной в анамнезе анафилактический шок на пенициллин)

Супрастин по 1 т.3 р.в день

3.Неспецифическая стимулирующая терапия.

Витамины группы В,аскорутин.

4.Физиотерапия.

Ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах,УВЧ с последующим применением озокерита и радоновых ванн.

5.Местное лечение.

Повязка с фурациллином(1:5000) или с левомеколем на вскрывшиеся буллы.

6.Лечение ИБС(длительно действующие нитраты в сочетании с бета-адреноблокаторами).

7.Лечение микоза стоп(противогрибковые препараты).

8.Терапия лимфо-венозной недостаточности.