МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

 ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

 КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

 Зав. кафедрой профессор В.Н. Ваганов

 Преподаватель асс. С.В.Корулин

 ИСТОРИЯ БОЛЕЗHИ

 x, 52 года.

 Клинический диагноз: Рожистое воспаление лица,

 эритематозная форма.

 Куратор: Студент 8 группы III курса

 общеврачебного факультета

 Башлачев Андрей Александрович.

 Дата курации: 1/IV 1997 г.

 ИВАНОВО - 1997

.

 - 2 -

 I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

 Ф.И.О.: x

 Пол: мужской.

 Возраст: 52 года.

 Национальность: русский.

 Основная профессия: маляр-штукатур.

 Место работы: постоянного нет; вольнонаемный.

 Место жительства: г. Иваново

 Поступление в клинику: 31 марта 1997 г.

 II. ЖАЛОБЫ.

 1. Жалобы при поступлении в клинику.

 Жалобы на боль и припухлость правой половины лица, зуд правой

 половины лица и спинки носа. Боль постоянная, колющего или жгу-

 щего характера, усиливается при пальпации и наклоне вперед. Зуд

 нестерпимый, биопсирующий. Жалобы на нарушения сна, связанные с

 болью и зудом. Жалоб на нарушение общего состояния, самочувс-

 твия и т.д. больной не предъявляет.

 2. Жалобы на день курации.

 На день курации больной предъявляет те же жалобы.

 III. ANAMNESIS MORBI.

 Со слов пациента, первые симптомы заболевания появились в ночь

 с 29 на 30/III 97 г. Вечером 29/III после возвращения с приуса-

 дебного участка пациент принимал алкогольные напитки (200-300 г

 водки). Ночью появилась жгучая боль, нестерпимый зуд в области

 спинки носа. Кожа правой половины лица приобрела багрово-крас-

 ный цвет. Процесс начался с подглазничной области, затем расп-

 ространился вниз до угла нижней челюсти, по скуловой дуге до

 ушной раковины.

 30/III температура тела повысилась до 38,5-38,6 градусов Цель-

 сия. Боль и зуд сохранились. Пациент самолечением не занимался,

 обратился в поликлинику, где был поставлен предположительный

 диагноз 'отек Квинке'. По направлению из поликлиники пациент

 поступил в терапевтическое отделение 7-й городской больницы, а

 затем был переведен в хирургическое отделение.

.

 - 3 -

 IV. ANAMNESIS VITAE.

 Пациент родился 9-м ребенком в семье колхозников. Рос и разви-

 вался соответственно возрасту. Заболевания, перенесенные в

 детстве, указать не может. Туберкулез, гепатит, вензаболевания

 отрицает. В возрасте 4 лет перенес травму правой стопы. Опера-

 ций не было.

 В армии не служил. В 1961 году поступил в профессиональное учи-

 лище, затем начал работать по специальности 'маляр-штукатур'.

 Работает по специальности до сих пор. Из профессиональных вред-

 ностей отмечает запыленность воздуха, контакт с различными хи-

 мическими соединениями (краски, лаки и т.д.), пребывание на хо-

 лоде, нерегулярный режим питания. Рабочий день не нормирован-

 ный.

 Проживает один в благоустроенной квартире. Материально-бытовые

 условия удовлетворительные, питание нерегулярное. В пище отдает

 предпочтение соленым блюдам. Свободное время проводит на приу-

 садебном участке или отдыхает дома.

 Аллергических реакций не отмечает.

 Наследственность не отягощена.

 Курит с 8 лет, в настоящее время - по пачке сигарет в день; вы-

 пивает. Чаем, кофе не злоупотребляет.

 V. STATUS PRAESENS.

 1. Общее состояние больного.

 Общее состояние больного удовлетворительное, самочувствие хоро-

 шее. Выражение лица осмысленное. Поведение обычное. Питание

 нормальное. Сознание ясное. Положение активное. Рост - 178 см.

 Масса - 71 кг. Телосложение по нормостеническому типу, пропор-

 циональное. Патологических изменений головы нет, имеется асим-

 метрия лица (припухлость справа). Температура тела 36,6.

 2. Состояние кожных покровов.

 Кожные покровы розовой окраски, чистые, несколько влажные. Во-

 лосы седые. Оволосение по мужскому типу. Подкожно-жировая клет-

 чатка выражена умеренно, распределена равномерно. Толщина кож-

 ной складки на передней поверхности живота 2 см. Консистенция

 упругая. Тургор мягких тканей сохранен. Пастозности и отеков

 нет. Патологических элементов нет. Ногти не изменены.

 Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные.

 3. Состояние лимфатических узлов.

 Видимого увеличения затылочных, заушных, подчелюстных, подборо-

 дочных, задних и передних шейных, над- и подключичных, тора-

 кальных, подмышечных, локтевых, паховых и подколенных лимфати-

 ческих узлов нет. При пальпации подчелюстные узлы справа элас-

 тичные, подвижные, размеры - до 0,5 см; отмечается болезнен-

 ность. Остальные группы узлов не пальпируются.

 - 4 -

 4. Костно-мышечная система.

 Развитие мышц туловища и конечностей хорошее. Одноименные груп-

 пы мышц развиты симметрично. Атрофии и гипертрофии мышц нет.

 Тонус сгибателей и разгибателей конечностей сохранен. Парезов и

 параличей нет. Мышечная сила выраженная, болезненность при

 пальпации отсутствует.

 Костный скелет пропорциональный, симметрично развитый, телосло-

 жение правильное. Болезненность при пальпации грудины, трубча-

 тых костей, позвоночника отсутствует. Конфигурация суставов не

 изменена. Имеется травматический дефект правой стопы. Припух-

 лостей, отеков нет. Болезненности при пальпации суставов нет.

 Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен.

 5. Система органов дыхания.

 Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через

 нос свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса и афонии нет.

 Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений - 20/мин., ды-

 хание брюшное. Грудная клетка цилиндрической формы, симметрич-

 ная. Проба Штанге - 74", проба Генче - 38".

 При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голо-

 совое дрожание слабое, в симметричные участки легких проводится

 одинаково. При сравнительной перкуссии над симметричными участ-

 ками легких выслушивается ясный легочный звук.

 Данные топографической перкуссии легких:

 ---------------------------T-----------------T-----------------¬

 ¦ Линии ¦ Правое легкое ¦ Левое легкое ¦

 +--------------------------+-----------------+-----------------+

 ¦Высота стояния верхушек ¦ ¦ ¦

 ¦легких спереди ¦3 см выше ключицы¦3 см выше ключицы¦

 ¦ сзади ¦ ост.отр.C 4VII  0 ¦ ост.отр.C 4VII 0  4  0 ¦

 ¦Ширина полей Кренига ¦ 5 см ¦ 5 см ¦

 ¦Нижняя граница легких: ¦ ¦ ¦

 ¦Окологрудинная линия ¦ V ребро ¦ --------- ¦

 ¦Среднеключичная линия ¦ VI ребро ¦ --------- ¦

 ¦Передняя подмышечная линия¦ VII ребро ¦ VII ребро ¦

 ¦Средняя подмышечная линия ¦ VIII ребро ¦ VIII ребро ¦

 ¦Задняя подмышечная линия ¦ IX ребро ¦ IX ребро ¦

 ¦Лопаточная линия ¦ X ребро ¦ X ребро ¦

 ¦Околопозвоночная линия ¦ ост.отр.Th 4XI  0 ¦ ост.отр.Th 4XI 0  4  0¦

 L--------------------------+-----------------+------------------

 Экскурсия края легкого по средней подмышечной линии - 6 см.

 При аускультации в симметричных точках выслушивается везикуляр-

 ное дыхание; бронхофония ясно не выслушивается; побочных дыха-

 тельных шумов не обнаружено.

 6. Сердечно-сосудистая система.

 Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмич-

 ный. Частота пульса 120 ударов/мин. Стенка артерии эластичная.

 Артериальное давление 130/85 мм.рт.ст. Выпячивания в области

 сердца и крупных сосудов не наблюдается.

 Верхушечный толчок локализован в V межреберье, ширина - 2 см,

 не резистентный. Сердечный толчок не определяется. Надчревная

 пульсация не наблюдается.

 - 5 -

 Границы относительной сердечной тупости:

 Правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины в IV межре-

 берье.

 Левая - на 1 см кнутри от линии Mediоclavicularis sinistra в V

 межреберье.

 Верхняя - III ребро на 1 см левее линии Parasternalis sinistra.

 Границы абсолютной сердечной тупости:

 Правая - левый край грудины.

 Левая - 1,5 см кнутри от линии Mediоclavicularis sinistra в V

 межреберье.

 Верхняя - IV межреберье на 1 см левее линии Parasternalis si-

 nistra.

 Поперечник сосудистого пучка - 6 см во II межреберье.

 Поперечник сердца - 12 см.

 В каждой точке аускультации выслушиваются 2 тона. I тон лучше

 выслушивается у верхушки, II - у основания. Тоны сердца ритмич-

 ные, приглушенные. Акцентирования, патологических шумов, рас-

 щеплений и раздвоений тонов нет.

 7. Система пищеварения.

 Аппетит удовлетворительный. Акты жевания, глотания и прохожде-

 ния пищи по пищеводу не нарушены. Отрыжки, изжоги, тошноты,

 рвоты нет. Стул не изменен.

 Язык, зев, миндалины, глотка без изменений. Слизистые чистые,

 розовые, влажные.

 Форма живота округлая. Перистальтика не нарушена. Живот участ-

 вует в акте дыхания. Асцита нет.

 При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпаничес-

 кий звук, в области печени и селезенки - бедренный звук.

 При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, спо-

 койный, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрица-

 тельные. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено.

 Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено.

 Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

 Результаты глубокой скользящей пальпации:

 - сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2

 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая;

 консистенция эластичная; неурчащая.

 - слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см,

 безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консис-

 тенция эластичная; неурчащая.

 - поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра ди-

 аметром 3 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная,

 гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

 - восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде

 цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверх-

 ность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащие.

 - большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см

 выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая; кон-

 систенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

.

 - 6 -

 Верхняя граница печени совпадает с нижней границей правого лег-

 кого, нижняя проходит по правой реберной дуге. Размеры печени

 по Курлову: 10, 9, 8 см. Нижний край печени пальпируется на 0,5

 см ниже реберной дуги, эластичный, острый, безболезненный. По-

 верхность ровная, гладкая.

 Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицатель-

 ные. Селезенка не пальпируется. Перкуторно: продольный размер -

 8 см, поперечный - 4 см.

 Аускультативно перистальтические шумы обычные.

 8. Мочеполовые органы.

 Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице,

 промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено. Ди-

 зурии, ночных мочеиспусканий нет. Окраска мочи не изменена.

 Отеков нет. Болезненности при надавливании на поясницу нет.

 Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с

 обеих сторон. Мочевой пузырь безболезненный.

 9. Эндокринная система.

 Потоотделение не усилено, дрожания конечностей нет. Волосяной

 покров распределен равномерно. При пальпации щитовидная железа

 не увеличена, безболезненная, глазные симптомы тиреотоксикоза

 не наблюдаются. Аномалий в телосложении и отложении жира нет.

 10. Нервная система.

 Память, сон не нарушены. Сознание ясное. Настроение спокойное.

 Отношение к болезни адекватное. Нарушений слуха, вкуса, обоня-

 ния нет. Со слов пациента за последние два года - резкое сниже-

 ние остроты зрения (прогрессирующая дальнозоркость).

 Зрачковые рефлексы в норме. Нистагма нет. Реакция зрачков на

 конвергенцию и аккомодацию соответствующая. Сухожильные рефлек-

 сы живые, патологических рефлексов, клонусов нет. Менингеальные

 симптомы отрицательные. Поверхностная и глубокая чувствитель-

 ность сохранена. Дермографизм красный, латентный период - 3-4",

 длительность порядка 1 мин; ограниченный, не возвышается над

 уровнем кожи.

 VI. STATUS LOCALIS.

 Патологический процесс (припухлость) захватывает правую полови-

 ну лица от спинки носа до ушной раковины, от нижнего края глаз-

 ницы до угла нижней челюсти, подвижность по отношению к окружа-

 ющим тканям сохранена. Консистенция образования уплотненная.

 Границы четкие, неровные.

 Регионарные лимфатические узлы (правые подчелюстные) размерами

 до 0,5 см, эластичные, подвижные, болезненные.

 Кожные покровы в области припухлости багрово-красные, местная

 температура повышена.

 На спинке носа - следы расчесов.

 При пальпации очага отмечается резкая болезненность, особенно

 по периферии, гиперестезия, парестезия.

 Ран, дефектов, свищей нет. Патологических изменений магистраль-

 ных артериальных и венозных стволов не отмечено.

 - 7 -

 VII. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

 1. Исследование мочи от 1/IV 97г.

 Цвет соломенно-желтый

 Реакция кислая

 Удельный вес - 1006

 Прозрачная

 Белок - отрицательно

 Сахар - отрицательно

 Эпителиальные клетки плоские - единичные в поле зрения

 Лейкоциты - 2-4 в поле зрения

 Заключение: без патологии.

 2. Общий анализ крови от 2/IV 97г.

 Гемоглобин - 144 г/л

 Лейкоциты - 6,7 Г/л

 Базофилы - 1%

 Эозинофилы - 1%

 Палочкоядерные - 1%

 Сегментоядерные - 45%

 Лимфоциты - 46%

 Моноциты - 6%

 СОЭ - 37 мм/час

 Заключение: лимфоцитоз, нейтропения, увеличение СОЭ.

 3. Биохимический анализ крови от 2/IV 97г.

 Общий белок - 64,8 г/л

 Мочевина - 4,16 ммоль/л

 С-реактивный белок ++

 Заключение: наличие С-реактивного белка.

 VIII. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.

 Рожистое воспаление лица, эритематозная форма.

 Диагноз основывается на следующих данных:

 1. Характерная местная картина:

 - багрово-красный цвет очага

 - резкая болезненность, зуд

 - припухлость, отек и уплотнение очага

 2. Внезапное начало заболевания, указание в анамнезе на контакт

 с землей, возможность микротравм (работа на приусадебном участ-

 ке).

 В пользу воспаления свидетельствуют увеличение СОЭ и наличие

 С-реактивного белка. Лимфоцитоз характерен для перехода заболе-

 вания в стадию выздоровления.

.

 - 8 -

 IX. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ.

 2/IV 97 г.

 Пульс - 108/мин, частота дыхания - 20/мин.

 Общее состояние удовлетворительное.

 Жалобы на сохраняющуюся болезненность по периферии очага. Очаг

 бледнеет, сохраняется отечность и уплотнение.

 Жалобы на давящую головную боль, усиливающуюся при наклоне впе-

 ред.

 Физиологические отправления в норме.

 Назначения.

 - Диета: высококалорийная молочно-растительная с большим содер-

 жанием витаминов.

 - Streptocidi по 2 таблетки 3 раза.

 - Sulfadimezini по 2 таблетки 3 раза.

 - Местно - спирт-фурацилиновая повязка.

 X. ЛЕЧЕНИЕ.

 Лечение больного должно проводиться с учетом этиологии заболе-

 вания. Поскольку рожистое воспаление вызывается стрептококком,

 то лечение должно включать прием сульфаниламидных препаратов

 или антибиотиков. Местно можно назначить дезинфицирующие средс-

 тва. Применение ванн и влажных компрессов противопоказано.

 1. Стрептоцид (Streptocidum).

 Препарат группы сульфаниламидов. Механизм действия заключается

 в конкурентном антагонизме с парааминобензойной кислотой, что

 нарушает синтез фолиевой кислоты микроорганизмами. Оказывает

 бактериостатическое действие.

 Rp. Streptocidi - 0,3

 D.t.d. N.10 in tabulettis.

 S. По 2 таблетки 3 раза в день.

 2. Сульфадимезин (Sulfadimezinum).

 Препарат группы сульфаниламидов. Механизм действия заключается

 в конкурентном антагонизме с парааминобензойной кислотой, что

 нарушает синтез фолиевой кислоты микроорганизмами. Оказывает

 бактериостатическое действие.

 Rp. Sulfadimezini - 0,5

 D.t.d. N.10 in tabulettis.

 S. По 2 таблетки 3 раза в день.

 3. Местно - спирт-фурацилиновая повязка.

 Оказывает дезинфицирующее действие, препятствует дальнейшему

 распространению процесса.

 Rp. Sol. Furacilini spirituosae 1:1500 - 50 ml

 D.S. Смочить марлевую салфетку, отжать, наложить на очаг

 поражения.

 - 9 -

 XI. ПРОГНОЗ.

 Прогноз для жизни, восстановления здоровья, трудоспособности

 благоприятный. Для профилактики рецидивов необходимо своевре-

 менно бороться с имеющимися очагами инфекции и микротравмами

 (свищи, язвы, трещины, опрелости), проводить длительную анти-

 бактериальную терапию по схеме. На постстационарном этапе реко-

 мендовано высококалорийное питание с большим содержанием вита-

 минов.

 XII. ЭПИКРИЗ.

 Ганин Алексей Михайлович, 52 года, находится на стационарном

 лечении в хирургическом отделении 7-й городской больницы по по-

 воду рожистого воспаления лица, эритематозной формы.

 Больной поступил с жалобами на боль и припухлость правой поло-

 вины лица, зуд правой половины лица и спинки носа. Боль посто-

 янная, колющего или жгущего характера, усиливающаяся при паль-

 пации и наклоне вперед. Зуд нестерпимый, биопсирующий. Также

 больной предъявлял жалобы на нарушения сна, связанные с болью и

 зудом.

 При объективном обследовании обнаружен патологический процесс

 (припухлость), захватывающий правую половину лица от спинки но-

 са до ушной раковины, от нижнего края глазницы до угла нижней

 челюсти. Консистенция образования уплотненная, кожные покровы

 багрово-красные, местная температура повышена. Границы четкие,

 неровные. При пальпации очага отмечалась резкая болезненность,

 особенно по периферии, гиперестезия, парестезия.

 Обнаружено увеличение регионарных лимфатических узлов.

 Были проведены следующие исследования: общий анализ крови (зак-

 лючение: лимфоцитоз, нейтропения, увеличение СОЭ), общий анализ

 мочи (заключение: без патологии), биохимический анализ крови

 (заключение: наличие С-реактивного белка).

 Назначено следующее лечение: стрептоцид по 2 таблетки 3 раза в

 день, сульфадимезин по 2 таблетки 3 раза в день , местно -

 спирт-фурацилиновая повязка. Лечение переносится без осложне-

 ний.

 В результате лечения отмечено улучшение состояния: очаг бледне-

 ет, хотя сохраняется отечность, уплотнение, болезненность по

 периферии.

 Рекомендовано:

 1. Своевременно бороться с имеющимися очагами инфекции и мик-

 ротравмами (свищи, язвы, трещины, опрелости), проводить дли-

 тельную антибактериальную терапию по схеме.

 2. На постстационарном этапе - высококалорийное питание с боль-

 шим содержанием витаминов.

.

 - 10 -

 XIII. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.

 \* Волколаков Я.В. Общая хирургия: Учебник.- 1-е изд.- Рига:

 Звайгзне, 1989.- 617 с.

 \* Машковский М.Д. Лекарственные средства. Изд. 8-е, перераб. и

 дополн.- М.: Медицина, 1977, т. I, II.

 \* Стручков В.И., Стручков Ю.В. Общая хирургия. Учебник.- М.:

 Медицина, 1988.- 480 с.

 XIV. ДАТА Подпись куратора

 3 апреля 1997 года.