МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Зав.кафедрой-д.м.н.,профессор Фазылов В.Х.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Валентины Павловны, 69 лет

Ds:

**Повторная рожа правой голени, эритематозная форма**

Сопутствующий: Гипертоническая болезнь. Хроническая лимфовенозная недостаточность

Куратор: студ. гр. 1602 Лейниеце Е.Р.

КАЗАНЬ 2010

I. Паспортная часть

Валентина Павловна

69 лет (дата рождения-21.05.1940г.)

пол женский

домашний адрес: РТ, г. Казань

место работы: пенсионер, неработающая

дата поступления: 06.01.2010

кем направлена: Казанская станция скорой помощи

II. Жалобы

На момент курации-08.01.2010, 14ч.00мин. (10й день болезни, 3й день госпитализации)- предъявляет жалобы на:

-умеренный зуд, болезненность, гиперемию, небольшой отек в области правой голени,

-на общую слабость, потерю аппетита, нарушение сна

III. Анамнез заболевания (Anamnesis morbi)

Заболела вечером 30.12.2009г. остро, появились сильный озноб, головная боль, нарастающая слабость, температура тела поднялась до 39,5 оС.. Заболевание связала с значительным переохлаждением после длительного пребывания на улице утром того же дня. Приняла перед сном 1таб.анальгина, после чего температура понизилась до 38 оС.

На второй день болезни, утром 31.12.2009г. температура тела вновь поднялась до 39 оС, появилось чувство жжения, умеренный зуд в области правой голени, а к вечеру на фоне сохраняющейся на уровне около 39 оС температуры тела к данным жалобам присоединились гиперемия, выраженный отек, болезненность пораженной области. В связи с этим больная начала самостоятельный прием антимикробного препарата в таб. (названия не помнит), димефосфона, «Аргосульфана» местно.

С третьего по восьмой дни болезни (01.01.2010-06.01.2010) продолжала самостоятельное лечение. Температура тела постепенно снижалась с 38,5 оС 1 января до 37,5 оС 5 января, 37 оС 6 января. Однако выраженность местных проявлений в области правой голени (гиперемия, отек, зуд, болезненность) оставалась прежней. Нарушился сон, аппетит, сохранялась значительная общая слабость. По этой причине утром 06.01.2010г. вызвала на дом бригаду скорой помощи, которой и была доставлена в РКИБ №2.

IV. Анамнез жизни (Anamnesis vitae)

Родилась 21 мая 1940 года в г.Казани. Росла и развивалась соответственно возрасту. Окончила 10 классов школы, затем медицинское училище. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, живет в трехкомнатной благоустроенной квартире с мужем. Одежда и обувь соответствуют сезону, гигиеничные. Питание в течение жизни регулярное, полноценное. Употребление алкогольных напитков и наркотических веществ, курение отрицает.

Акушерско-гинекологический анамнез: Период полового созревания проходил без особенностей, менструации с 14 лет, регулярные, безболезненные. Замужем с 25 лет. Беременностей-1, имеет одного ребенка-сына 35 лет. Менопауза с 52 лет.

Перенесенные заболевания: В детстве и молодости - частые ангины. Простудными заболеваниями болеет 2-3 раза в год. Венерические заболевания, вирусные гепатиты, туберкулез отрицает. Оперативных вмешательств, гемотрансфузий не производилось.

Рожа правой голени в 1998г., в 2002г. Ишемический инсульт в 2002г.. Хроническая лимфовенозная недостаточность с 1990г. Гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез: На пищевые продукты, бытовые аллергены, парфюмерные изделия аллергические реакции отсутствуют. Анафилактический шок и отек Квинке в анамнезе отсутствуют. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает.

Наследственный анамнез: Мать страдала сахарным диабетом, ГБ.

V. Эпидемиологический анамнез

Контакт с больными стрептококковой инфекцией (ангина, рожа, ревматизм, стрептодермия, скарлатина) отрицает.

Рожа правой голени в 1998г., в 2002г., лечилась на дому самостоятельно. Осложнений не было. Предрасполагающие факторы – конституциональные (частые ангины в детстве и молодости), наличие очагов хронической инфекции (кариес), хроническая лимфовенозная недостаточность; провоцирующие факторы – переохлаждение.

VI. Данные объективного исследования

Общее состояние ближе к удовлетворительному, снижено за счет инфекционно-токсического синдрома (слабость, снижение аппетита, нарушение сна) и локальной воспалительной симптоматики. Температура тела 36,7оС. Самочувствие удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение по нормостеническому типу, пропорциональное. Рост 170 см, масса тела 78 кг. ИМТ=26.0 кг/м2.

Кожные покровы физиологической окраски, умеренно влажные. Тургор мягких тканей нормальный. Высыпаний, участков гиперпигментации и депигментации, кровоизлияний не отмечается. Подкожно-жировой слой развит хорошо, распределен равномерно. Волосяной покров соответствует паспортному полу и возрасту. Слизистые оболочки физиологической окраски, налет, высыпания отсутствуют. Шейные, затылочные, подчелюстные, надключичные, подключичные, подмышечные лимфатические узлы не пальпируются, определяются 2-3 паховых лимфоузла с правой стороны, размерами 1,0х0,5 см, мягкоэластичной консистенции, подвижные, умеренно болезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены.

Костно-мышечная система развита гармонично. Суставы правильной конфигурации, безболезненные. Деформации, припухлость, болезненность суставов и околосуставных тканей не определяются. Активные и пассивные движения в полном объеме

Система органов дыхания

Дыхание через нос свободное, патологических выделений из носа нет. Грудная клетка нормостенического типа, симметричная. При пальпации эластичная, безболезненная. Дыхание симметричное, обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно. Тип дыхания - смешанный. Дыхание ритмичное, ЧДД 18 в минуту. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Одышки нет. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон. При сравнительной перкуссии легких над симметричными участками выслушивается ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия легких:

\*высота стояния верхушек спереди: справа на 2см выше уровня ключицы слева на 2,5см выше уровня ключицы сзади: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка

\*ширина полей Кренига справа 4см слева 4,5см

\*нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| топографические линии | справа | слева |
| окологрудинная | V межреберье | -- |
| 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 краев легких (см):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| топографические линии | справа | слева |
| вдох | выдох | суммарно | вдох | выдох | суммарно |
| среднеключичная  | 2 | 2 | 4 | - | - | - |
| средняя подмышечная | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| лопаточная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |

При перкуссии границы легких и их подвижность в пределах нормы. При аускультации легких в симметричных точках выслушивается везикулярное дыхание. Дополнительные дыхательные шумы не обнаружены.

Сердечно-сосудистая система

Выпячиваний в области сердца не наблюдается. Верхушечный толчок локализован в Vмежреберье, низкий, не усилен. Пульс на лучевых артериях достаточного наполнения и напряжения, ритмичный, симметричный с обеих сторон. Дефицита пульса нет. Частота сердечных сокращений 58 уд./мин.

При перкуссии границы сердца в пределах нормы.

\*границы относительной тупости сердца:

правая - на 1см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье

верхняя- на уровне III ребра

левая - на 1см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье

\*границы абсолютной тупости сердца:

правая - левый край грудины

верхняя - по IV ребру

левая - на 2см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье

Ширина сосудистого пучка 6см.

При аускультации сердечные тоны ритмичные, ясные.

АД на правой руке 170/100 мм.рт.ст., на левой руке 170/90 мм.рт.ст. Пульс 78 ударов в минуту на обеих руках.

Желудочно-кишечный тракт

Запаха изо рта нет. Язык нормальной величины, формы, влажный. Десны не кровоточат, розовой окраски. Имеются кариозные зубы. Миндалины не увеличены. Слизистая не гиперемирована, розовая, влажная, гладкая.

Живот правильной формы, симметричный, не вздут, перистальтические волны отсутствуют. Подкожно-жировой слой развит хорошо. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный, напряжения мышц передней брюшной стенки не наблюдается. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Сигмовидная кишка пальпируется левой подвздошной области на протяжении 10-12 см, цилиндрической формы, диаметром 3-4 см, плотноэластической консистенции, гладкая, подвижная, безболезненная, не урчащая при пальпации.

Остальные отделы кишечника не пальпируются.

При аускультации живота выслушиваются перистальтические кишечные умы.

Стул устойчивый, 1 раз в день, оформленный, нормальной окраски, без патологических примесей.

Выпячивания, деформации в области печени не выявляются. Нижний край печени у края правой реберной дуги, пальпируется на глубоком вдохе, закругленный, плотноэластической консистенции, ровный, безболезненный.

Размеры печеночной тупости по Курлову:

по правой среднеключичной линии 9см

по передней срединной линии 8см

по левой реберной дуге 7см

Печень не увеличена.

Желчный пузырь не пальпируется, безболезнен в области проекции.

При осмотре области селезенки выпячиваний и деформаций нет. Селезенка не пальпируется. При перкуссии по Х ребру длинник 8 см, поперечник 4см.

Органы мочевыделения

При осмотре области почек асимметрии, припухлости, гиперемии не выявлено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре области мочевого пузыря выбухания над лоном, рубцов и свищей нет. Мочевой пузырь перкуторно не выслушивается над лонным сочленением. Со слов, мочеиспускание не затруднено, болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения нет. Частота мочеиспусканий 5-6 раз в сутки, цвет мочи соломенно-желтый, порции средние по объему.

Эндокринная система

Щитовидная железа при осмотре не видна и не пальпируется. Нарушений роста, телосложения не выявлено. Физическое и интеллектуальное развитие соответствует возрасту.

Нервно-психический статус

Сознание ясное. Больная легко вступает в контакт, при беседе доброжелательна. Правильно ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Восприятие окружающих предметов не нарушено, внимание не ослаблено. Память сохранена. Менингеальные знаки (гиперестезия, мышечно-тонические: менингеальная поза, симптомы Кернига, Брудзинского, болезненность при надавливании на глазные яблоки, при перкуссии скуловых дуг, черепа, мест выхода тройничного нерва, изменение брюшных, периостальных, сухожильных рефлексов) не определяются.

Поведение, мышление адекватное. Изменений со стороны черепно-мозговых нервов не выявлено.

Status localis

В средней и нижней трети медиальной, задней и передней поверхности правой голени имеется ярко-розовая равномерная эритема (интенсивность эритемы ++) с неровными контурами и четкими границами, размером 30х35см. Воспаленный участок возвышается над уровнем здоровой кожи, по периферии ограничен воспалительным валиком. Другие морфологические элементы (везикулы, буллы, геморрагии, эрозии, экскориации) в области воспаления и эритемы отсутствуют. Голень увеличена в объеме за счёт отёка размерами 2см в средней трети, 3 см в нижней трети (отек 2 степени). При пальпации очага определяется умеренная болезненность, ближе к его центру более выраженная. Кожа в области очaгa горячее по сравнению с симметричным участком здоровой конечности. При пальпации определяются 2-3 паховых лимфоузла с правой стороны, размерами 1,0х0,5 см, мягкоэластичной консистенции, подвижные, умеренно болезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены.

VII. Предварительный диагноз

Основной: Повторная рожа правой голени, эритематозная форма, средней степени тяжести

Сопутствующий: Гипертоническая болезнь. Хроническая лимфовенозная недостаточность.

VIII. План обследования

Специфические методы диагностики в данном случае необязательны, т.к. клиническая картина классическая и ярко выраженная. Возможны:

серологическая диагностика - ИФА на наличие А-полисахарида, белково-рибосомных Аг в сыворотке крови, АТ к А-полисахариду, М-протеину, стрептолизину-О (АСЛ-О), АТ к ДНКазе, срептококковой гиалорунидазе.

Неспецифические методы:

\*общий анализ крови

\*общий анализ мочи

\*биохимический анализ крови (уровень мочевины, глюкозы, ФПП)

\*коагулограмма

\*ЭКГ

IX. Данные лабораторных методов исследования

Общий анализ крови (от 06.01.2010г.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| показатель | результат | норма |  |
| эритроциты | 4.39х1012/л | 4.0-4.9х1012/л (жен) |  |
| гемоглобин | 137г/л | 120-150г/л (жен) |  |
| гематокрит | 44% | 38-46% (жен) |  |
| тромбоциты | 319х109/л | 180-320х109/л |  |
| лейкоциты | 7.7х109/л | 4.0-9.0х109/л |  |
| палочкоядерные | 7% | 2-5% | ↑ |
| сегментоядерные | 63% | 47-75% |  |
| эозинофилы | 0% | 0-5% |  |
| моноциты | 2% | 2-9% |  |
| лимфоциты | 35% | 18-40% |  |
| базофилы | 0% | 0-1% |  |
| СОЭ | 38мм/час | 2-15мм/час (жен) | ↑↑ |

Заключение: Относительный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ.

Общий анализ мочи(от 06.01.2010г)

Цвет - соломенно-желтый

Прозрачность - полная

Реакция - кислая

Плотность - 1,022

Сахар - отр.

Белок - отр.

Лейкоциты - 1-2 в п.зр.

Эритроциты - 1-2 в п.зр.

Заключение: показатели ОАК в пределах нормы.

X. Окончательный клинический диагноз

Основной: Повторная рожа правой голени, эритематозная форма, средней степени тяжести

Сопутствующий: Гипертоническая болезнь. Хроническая лимфовенозная недостаточность.

Обоснование:

Диагноз «Повторная рожа правой голени, эритематозная форма, средней степени тяжести» поставлен на основании:

Жалоб и объективного статуса:

Инфекционно-токсический синдром: общее недомогание, нарушение сна, потеря аппетита (проявления ИТС на момент курации);

Синдром местного воспаления: на правой голени имеется ярко-розовая равномерная эритема с неровными контурами и четкими границами, по периферии ограниченная воспалительным валиком; голень увеличена в объеме за счёт отёка; при пальпации очага - болезненность; регионарный лимфаденит;

Анамнеза заболевания: острое начало заболевания после переохлаждения, появление сначала выраженного интоксикационного синдрома (сильный озноб, головная боль, нарастающая слабость, лихорадка с температурой тела 39,5 оС), а на следующий день местных воспалительных проявлений (чувство жжения, умеренный зуд в области правой голени, затем - гиперемия, выраженный отек, болезненность пораженной области);

Эпиданамнеза: рожа правой голени в 1998г., в 2002г.; предрасполагающие факторы – конституциональные (частые ангины в детстве и молодости), наличие очагов хронической инфекции (кариес), хроническая лимфовенозная недостаточность; провоцирующие факторы – переохлаждение.

Данных лабораторных методов исследования: в крови относительный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ.

Рожа повторная, т.к. в анамнезе имеется рожа правой голени в 1998г., в 2002г. Т.е., с момента последнего подобного заболевания прошло более 2 лет; заболевание началось остро, протекает циклично с выраженным лихорадочным периодом (температура тела 39,5 оС в начале заболевания, с постепенным снижением в течение 7 дней до37 оС на фоне самолечения антибиотиками) и значительной местной реакцией. Это говорит, несмотря на то, что отмечается одна и та же локализация поражения, что и в предыдущих двух случаях рожи у данной пациентки, скорее о реинфицировании новыми сероварами стрептококка на фоне пониженной резистентности организма, нарушений крово- и лимфообращения, чем об оживлении очага латентной инфекции, имеющей место при роже рецидивирующей.

Форма рожи - эритематозная, т.к. в очаге воспаления имеется эритема интенсивностью ++ с неровными контурами и четкими границами с отсутствием других морфологических элементов (везикул, булл, геморрагий, эрозий, экскориаций).

Степень тяжести средняя за счет выраженности инфекционно-токсического синдрома (лихорадка до 39,5оС в течение 7 дней) и синдрома воспаления (гиперемия ++, отек 2степени).

XI. Дифференциальная диагностика

|  |  |
| --- | --- |
| Рожа | Флегмона |
| Общие признаки |
| Острое начало, выраженный синдром интоксикации со значительной температурной реакцией, покраснение кожи, боли и отек в области очага, повышение местной температуры; лабораторно повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг влево  |
| Дифференциальная диагностика |
| Появление вначале интоксикационного синдрома, а через сутки местных воспалительных изменений | Одновременное нарастание интоксикационного синдрома и выраженности местных проявлений |
| Эритема с четкими границами, краевая болезненность, местная температурная реакция выражена, гиперемия яркая, края участка неровные, локальный отек, отсутствие симптома флюктуации | Эритема разлитая, без четких границ, болезненная, припухлость, превращающаяся в плотный инфильтрат, затем размягчающаяся с появлением флюктуации, имеет тенденцию к распространению |
| Лимфангит, лимфаденит предшествуют местным изменениям | Лимфангит, лимфаденит могут появиться поздно, как осложнения флегмоны |

|  |  |
| --- | --- |
| Рожа | Тромбофлебит |
| Общие признаки |
| Острое начало, повышение температуры, озноб, головные боли, недомогание; местно-яркая гиперемия, боли в конечности, отек |
| Дифференциальная диагностика |
| Умеренная болезненность при пальпации или движении конечностью | Распирающая значительная боль в конечности в покое, усиливается при ходьбе |
| Локальный отек |  Равномерный отек всей конечности |
| См.выше Status localis | Кожа напряжена, цианотичная; пораженная конечность холоднее здоровой |

|  |  |
| --- | --- |
| Рожа | Микробная экзема |
| Общие признаки |
| В острую фазу появление очага яркой гиперемии, наличие сопутствующих заболеваний (трещина между пальцев ног), переохлаждение накануне заболевания  |
| дифференциальная диагностика |
| Интоксикационный синдром выражен | Интоксикационный синдромчаще отсутствует  |
| Характеристика местного воспалительного процесса - очаг гиперемии с четкими границами, умеренно выраженный болевой синдром, локальный отек. Пальпируются увеличенные болезненные паховые лимфоузлы | Характеристика местного воспалительного процесса - очаги поражения при этом часто располагаются асимметрично, имеют нечеткие границы, округлые или фестончатые очертания, по периферии которых часто виден воротничок отслаивающегося рогового слоя. Очаг представлен сочной эритемой с пластинчатыми корками. Аллергические высыпания (аллергиды) могут возникнуть вдали от основного очага.  |

XII. Дневник

08.01.2010 (10й день болезни,, 3й день госпитализации, 1й день курации)

Больная предъявляет жалобы на умеренную слабость, небольшой зуд, гиперемию, небольшой отек в области левой голени;

Общее самочувствие ближе к удовлетворительному, снижено за счет ИТС(слабость) и локальной воспалительной симптоматики, сознание ясное, t тела 36,7оС.

Кожные покровы розового цвета, влажные. Дыхание ритмичное, с частотой 18 в мин, при аускультации проводится во все отделы, везикулярное, хрипов нет. Пульс - 78 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При аускультации тоны сердца звучные, ритмичные; шумы не определяется. АД - 170/100 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, в акте дыхании участвует симметрично. перистальтика выслушивается. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Status localis.

В нижней трети медиальной поверхности правой голени имеется розовая, умеренно болезненная эритема с неровными контурами и четкими границами. Голень незначительно увеличена в объеме за счёт отёка. Кожа области очага горячее по сравнению с симметричным участком здоровой конечности. При пальпации определяются 2-3 паховых лимфоузла с правой стороны, размерами 1х0,5 см, мягкоэластичной консистенции, подвижные, умеренно болезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями.

09.01.2010 (11й день болезни,, 4й день госпитализации, 2й день курации)

Больная отмечает уменьшение болезненности и напряжения в голени, повышение аппетита. Общее самочувствие удовлетворительное, сознание ясное, t тела 36,7оС.

Кожные покровы розового цвета, влажные. Дыхание ритмичное, с частотой 16 в мин, при аускультации везикулярное, хрипов нет. Пульс 74 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При аскультации тоны сердца звучные, ритмичные; шумы не определяется. АД 150/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, в акте дыхания участвует симметрично. Перистальтика выслушивается. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено.

Status localis.

Отек в проеции эритемы уменьшился, гиперемия приобрела более бледный оттенок.

10.01.2010 (12й день болезни,, 5й день госпитализации, 3й день курации)

Больная предъявляет жалобы на умеренную слабость, небольшой зуд в области правой голени.

Общее самочувствие удовлетворительное, сознание ясное, t тела 36.6оС.

Кожные покровы розового цвета, влажные. ЧД - 16 в мин, при аскультации дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Хрипов нет. Пульс 75 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При аускультации тоны сердца звучные, ритмичные; шумы не определяются. АД 160/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено.

Status localis.

В нижней трети медиальной поверхности правой голени имеется бледно-розовая эритема с нечеткими границами и небольшим шелушением в центpe. При пальпации определяются 2-3 паховых лимфоузлов с правой стороны, размерами 1х0,5 см, мягкоэластичной консистенции, подвижные,безболезненные.

План лечения

1. Режим общий

2. Диета: стол №15 с достаточным (2-2,5 л) потреблением жидкости виде морсов, компота, минеральных вод.

3. Этиотропная терапия:

Rp.: Вепzуlреniсillini-nаtгii 1 000 000 ЕD

D.t.d. № 30

S. Содержимое флакона растворить в 0,25% - 5 мл новокаина; вводить внутримышечно по 1млн. ЕД 6 раз в день.

бактерицидный антибиотик, подавляет синтез клеточной стенки бактерий. Активен в отношении Грам (+) бактерий, воздействует на β-гемолитический стрептококк

4. Патогенетическая терапия

дезинтоксикационная терапия

1.)Rp.:Sol. Glucosae 5% - 400 ml

Sol. Ас. Ascoгbinici 5% - 5.0

D.S.Для в/в капельного введения.

2.)Rp.:Sol. "Tгisoli" 200ml

D.S.Для в/в капельного введения 1 раз в сутки.

десенсибилизирующая терапия

Rp.:Tab. Supгastini 0,025

D.t.d. N.20

S. Для приема внутрь по 1 таб. 2 раза в день во время еды.

Также препарат оказывает седативное и выраженное противозудное действие.

витаминотерапия

Rp.: Dragee «Compliviti»

D.t.d. N. 60

S. По 1 драже 3 раза в день во время еды в течение 30 дней

5.Симптоматическая терапия при повышении температуры

Rp.: Sol. “Diclofenaci”2.5%-3.0

D.S. в/м

6. Местная терапия

1.)Rp.: Dimephosphoni 15% 100,0

D.S. В качестве примочек на пораженный участок кожи по 30 минут 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.

2.) Физиотерапия: в остром периоде - УФО в субэритемных дозах через день, в период реконвалесценции - электрофорез с калия иодидом, лидазой №12.

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

Критерии выписки:

Исчезновение проявлений инфекционно-токсического синдрома, купирование проявлений местного воспаления.

Рекомендации при выписке:

1.Лечение заболеваний, способствующих развитию рожи (кариес), консультация стоматолога.

2.Коррекция артериальной гипертензии, консультация терапевта.

3.Консультация сосудистого хирурга по поводу ХЛВН.

4.Бициллинопрофилактика в период выздоровления (6 месяцев бициллином-5 в дозе 1500000ЕД в/м на фоне применения десенсибилизирующих средств через каждые 4 недели)

3.Избегать переохлаждений и травматизации.

3.Диспансерное наблюдение в течение 6 месяцев.