I. Паспортные данные и диагноз

4. Место работы, должность: средняя школа, преподаватель.

5. Дата поступления в стационар: 20.10.2003

6. Кем направлен больной: поликлиника ГБ №3

7. Диагноз направления в стационар: ИКБ, манифестация, безэритемная форма, подострое течение.

8. Клинический диагноз: ИКБ, манифестная безэритемная форма, подострое течение, средней степени тяжести, с поражением опорно-двигательного аппарата.

9. Окончательный диагноз

1. Основное заболевание: ИКБ, манифестная безэритемная форма, подострое течение, средней степени тяжести, с поражением опорно-двигательного аппарата.
2. Осложнения: нет
3. Сопутствующие заболевания: хронический колит; хронический холецистит; мочекаменная болезнь; ГБ II ст., 3 степ

**II. Жалобы больного (при поступлении и на момент курации)**

1. на постоянную слабость, утомляемость
2. потливость
3. распирающие боли в голове, тяжесть в голове
4. боли в коленных суставах – постоянные, средней интенсивности, преимущественно слева.
5. повышенное АД (до 210/110 мм рт. ст.)

**III. Анамнез заболевания**

6.05.2003 на кладбище в родительский день присосался клещ в области левой подколенной ямки. В месте укуса появилась пятно красноватого цвета 1 см в диаметре. Клеща сразу же после укуса отвезли в пункт серопрофилактики, где была проведена НРИФ, давшая отрицательный результат на антитела к АГ боррелий. На месте присасывания наблюдалось красноватое пятно в диаметре приблизительно 1 см, без отека. Там же произвели инъекцию бициллина-5.

Через 21 день была повторно проведена НРИФ, которая выявила титр антител на АГ боррелий 1:160. К этому времени уже больная отмечала тяжесть в голове, слабость, потливость, боли в коленных суставах, ломоту в мышцах.

Первично проходила лечение в инфекционном отделении 3-й горбольницы с 6 по 27 июня 2003 с диагнозом: ИКБ. Лечение: доксициклин; супрастин, рибоксин. Выписана с титром АТ 1:160 (при поступлении был 1:160). Самочувствие после выписки близко к удовлетворительному. Летом имел место конъюнктивит.

С 5.10.2003 отмечает резкое ухудшение состояния, жалуется на: постоянную слабость, утомляемость, потливость, ощущение распирания в голове, тяжести в голове, боли в коленных суставах, повышенное АД (max до 210/110 мм рт. ст.).

**IV. Эпидемиологический анамнез**

Больная живет в благоустроенной квартире одна. Личную гигиену соблюдает, употребление немытых овощей, фруктов, не кипяченой воды, сырого молока отрицает. Домашних животных дома не держит. Педикулез отрицает.

6.05.2003 была укушена иксодовым клещом на кладбище, который мог находиться на больной около получаса. Клещ был снят с больной, после чего отвезен в пункт серопрофилактики, где была проведена РНИФ, давшая отрицательный результат на антигены боррелий.

На месте укуса наблюдалось красноватое пятно в диаметре приблизительно 1 см, без отека.

Через 21 дней была повторно проведена НРИФ, которая выявила титр антигена боррелий 1:160. К этому времени уже больная отмечала тяжесть в голове, слабость, потливость, боли в коленных суставах, ломоту в мышцах.

Иммунологический статус: ангина – часто в детском возрасте (до 2 класса);

Профессиональные вредности – эмоциональные стрессы.

Раньше, приблизительно 20 лет назад, употребляла речную рыбу, но после того как поставили диагноз холецистита, больной рекомендовали не есть речную рыбу, что она с тех пор и делает. За пределы томской области в ближайшие полгода не выезжала.

Резюме

Вероятный источник инфекции – иксодовый клещ

Механизм передачи – трансмиссивный

Путь передачи инфекции - контактный

**V. Аллергологический анамнез**

Не отягощен

**VI. Анамнез жизни**

Больная родилась 20.08.1942 года, вскармливалась грудью. В физическом и умственном развитии соответствовала возрасту.

Перенесла корь, частые острые респираторные заболевания, в том числе и ангиной (до 2 класса). Прививок в детстве не помнит. Наличие вредных привычек отрицает. Менархе с 13 лет, регулярные, по 3 дня через 28 дней, безболезненные. Имеет двоих детей (2 сына – 25 и 28 лет), здоровых. Перенесла 2 беременности и 2 родов.

Перенесенные операции и заболевания:

аппендэктомия – 1970 год

операция на щитовидной железе по поводу зоба щитовидной железы

хронический колит, хронический холецистит, катаракта 0d

мочекаменная болезнь – выявлена в 1992 году.

Туберкулез, венерические, психические заболевания отрицает.

ГБ II стадия, 3 степень

# Семейный анамнез

У детей отрицает наличие хронических заболеваний. Муж скоропостижно умер в 2002 году.

**VII. Объективный статус**

## Status praesens communis

Общее состояние больной средней тяжести. Температура тела 36,7. Сознание ясное. Положение больного в постели – активное.

Пульс при поступлении 88 уд/мин

Частота дыхательных движений: при поступлении 18 в минуту

Рост: 168 см, вес – 65 кг.

Кожа бледноватая, кожные сосуды не расширены, сыпи и рубцовых изменений на коже нет. Подкожная клетчатка развита умеренно, отёков нет.

Видимые слизистые оболочки: цвет – розовый, влажные, блестящие. Полость рта: язык влажный с беловатым налётом; миндалины не увеличены,

Лимфатические узлы: единичные, подвижные, эластичны, безболезненны, кожа над узлами не изменена, подвижна.

Щитовидная железа не увеличена.

*Мускулатура* развита симметрично, в умеренной степени, нормотонична, сила симметричных групп мышц конечностей сохранена и одинакова. При активных и пассивных движениях больная ощущает болезненность в мышцах (ломящего характера). Параличей, парезов, судорог нет.

*Суставы* Плечевые, локтевые, лучезапястные, межфаланговые, тазобедренные, голеностопные обычной конфигурации, безболезненные, при активных и пассивных движения ограничения подвижности не наблюдается, хруст и флюктуация отсутствуют. Коленные суставы обычной конфигурации, не деформированы, слегка припухлы, подвижность несколько ограничена из-за ощущаемой пациенткой болезненности в них.

Развитие скелета правильное, голова обычной формы, пропорциональна по отношению к другим частям туловища, соотношение между лицевым и мозговым отделом черепа правильное;

### **ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ**

#### **Осмотр грудной клетки:**

Форма цилиндрическая, симметрична, эпигастральный угол 900, ход ребер косой, межреберные промежутки нормальной ширины, над- и подключичные ямки выражены умеренно, движения грудной клетки при дыхании равномерные

Тип дыхания брюшной, глубина и ритм сохранены, частота дыхательных движений 18 в минуту, вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют.

#### **Пальпация грудной клетки**

При пальпации болевые точки не определяются. Грудная клетка эластичная.

Голосовое дрожание: над симметричными участками грудной клетки передних, задних и боковых отделов голосовое дрожание проводится одинаково.

#### **Перкуссия грудной клетки**

#### *Сравнительная перкуссия легких (глубокая перкуссия)*

Над передними, боковыми и задними отделами легких справа и слева перкуторный звук одинаков в симметричных точках. Гамма звучности (громкая перкуссия) над передними и задними отделами грудной клетки сохранена.

#### *Топографическая перкуссия легких (тихая перкуссия)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Нижние границы** | | |
|  | Справа | Слева |
| **Окологрудинная линия** | V межреберье | - |
| **Среднеключичная линия** | VI ребро | - |
| **Передняя подмышечная линия** | VII ребро | VII ребро |
| **Средняя подмышечная линия** | VIIIребро | VIII ребро |
| **Задняя подмышечная линия** | IX ребро | IX ребро |
| **Лопаточная линия** | X ребро | X ребро |
| **Околопозвоночная линия** | Th11 | Th11 |

**Аускультация легких** При форсированном выдохе и спокойном дыхании при аускультации легких в клино- и ортостатическом положении дыхание над периферическими отделами легких везикулярное. Хрипов нет.

##### **СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

Видимых изменений в области сердца не выявлено. Видимая пульсация в области сердца и эпигастральной области отсутствует.

Верхушечный толчок на 1 см кнутри от среднеключичной линии, положительный, ограниченный, не усилен. При пальпации болевых точек в области сердца не выявлено.

#### Перкуссия сердца

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Границы** | **Относительной тупости** | **Абсолютной тупости** |
| Левая | *По срединноключичной линии в V межреберье* | *Кнутри на 1 см от срединно-ключичной линии в V межреберье* |
| Верхняя | *III ребро* | *Верхний край IV ребра* |
| Правая | *IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины* | *В IV межреберье по левому краю грудины* |

**Ширина сосудистого пучка** 4 см

#### **Аускультация сердца**

Выслушиваются тоны: ясные, ритмичные

* I тон на верхушке, совпадает с верхушечным толчком, пульсом на лучевой артерии, выслушивается после длительной паузы, громче II тона, ниже по тональности, чем II тон.
* II тон на основании сердца, громче, чем I тон, выше по тональности, чем I тон, выслушивается после короткой паузы.
* Акцент II тона над аортой.

Побочных шумов не выявлено.

При осмотре сосудов капиллярный, венный пульс не определяется.

#### **Артериальное давление**

На правой руке 160/110 мм рт. ст.

На левой руке 160/110 мм рт. ст.

Пульсовое давление 50 мм. рт. ст.

###### Артериальный пульс на лучевых артериях

Отмечены следующие свойства пульса:

1. на обеих руках симметричный, ритмичный.
2. частота 88 уд. в мин
3. пульс умеренного напряжения
4. пульс нормальной величины
5. форма пульсовой волны правильная
6. сосудистая стенка не уплотнена
7. дефицита пульса нет

##### **ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Живот мягкий, обе половины симметричные, брюшная стенка участвует в акте дыхания равномерно, грыжевых выпячиваний и послеоперационных рубцов нет. Тонус мышц передней брюшной стенки умеренный. Подкожная венозная сеть, видимая перистальтика кишечника, метеоризм отсутствуют. Толщина кожной складки на уровне пупка 4 см.

Данных, свидетельствующих о наличии свободной жидкости в брюшной полости, нет.

#### *Пальпация живота*

**Поверхностная пальпация**: при пальпации живот мягкий, безболезненный, грыжевые выпячивания отсутствуют.

**Глубокая пальпация**:

А) Сигмовидная кишка – расположена правильно, на средней трети ориентировочного расстояния (перпендикуляр от пупка до линии, соединяющей ость подвздошной кости и пупартову связку), диаметр 2,5 см, эластичная; стенка гладкая, ровная; подвижность 3-4 см, безболезненная, урчания при пальпации нет.

Б) Слепая кишка – расположена в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости, диаметр 4-5 см; эластичная; стенка гладкая, подвижность достаточная (2 см); безболезненна, определяется урчание.

В) Восходящая и нисходящая ободочная кишка – не пальпируются

Г) Поперечно-ободочная кишка – не пальпируется

#### *Исследование желудка*

**Перкуссия**: граница нижнего края желудка находится на 2 см выше пупка.

**Аускультация:** граница нижнего края желудка соответствует таковой при перкуссии. Шум плеска не определяется.

**Пальпация** стенка большой кривизны желудка ровная, эластичная, подвижная (2 см), безболезненная. Привратник не пальпируется.

**Поджелудочная железа:** Зоны Шоффара и Губергрица безболезненны. Боль при пальпации в точке Мейо-Робсона отсутствует

#### *Исследование печени*

**При перкуссии**

При поступлении:

- Верхняя граница – верхний край 6 ребра.

- Нижняя граница: печень не выступает за край реберной дуги.

#### Размеры печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| Размер | См |
| По срединно-ключичной линии от верхней границы абсолютной тупости печени до нижней границы | 10 |
| От основания мечевидного отростка до нижней границы по срединной линии | 9 |
| От основания мечевидного отростка до левой границы | 8 |

#### *Пальпация печени:*

При поступлении: край печени ровный, немного закруглен, плотно-эластичный, безболезненный.

Симптомы Кера, Мерфи, Курвуазье, Пекарского, Боаса, френикус-симптом отрицательные.

#### *Исследование селезенки*

Проведена перкуссия:

|  |  |
| --- | --- |
| Верхняя граница | Верхний край VIII ребра |
| Нижняя граница | Уровень XI межреберья |
| Передний нижний полюс | Не выходит за пределы linea costoarticularis |
| Задний верхний полюс | По лопаточной линии |

Поперечник 6 см, длинник 10 см.

#### Пальпация селезенки: не пальпируется

**МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА.**

#### *Исследование почек*

Не пальпируются. Симптом Пастернацкого с обеих сторон слабо положительный.

*Исследование мочевого пузыря*

При перкуссии мочевой пузырь не определяется. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание регулярное, безболезненное.

*Половые органы*: по женскому типу

**НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ**

Умственное развитие соответствует норме, сон плохой (пресомническая бессонница); настроение устойчивое, реакция на окружающее адекватная. Отношение к своему заболеванию адекватное, контакт с окружающими хороший. Сухожильные, зрачковый рефлексы без отклонений. Патологические рефлексы (Бабинского, Россолимо, Гордона, Шефера отрицательные. Ригидности мышц затылка нет, симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний и нижний) отрицательные. Проба Ромберга: легкая неустойчивость с закрытыми глазами, покачивание в передне-заднем напрвлении. Пальце-носовая проба: мимопопадания нет. Болевая и тактильная чувствительность сохранена. Нарушения высших мозговых функций (апраксия, аграфия, афазия, агнозии) не выявлены.

**VIII. Предварительный диагноз и его обоснование**

ИКБ, манифестная безэритемная форма, подострое течение, средней степени тяжести, с поражением опорно-двигательного аппарата.

Диагноз выставлен на основании

- жалоб (слабость, утомляемость, потливость, ощущение распирания головы, тяжесть в голове, боли в коленных суставах, ломота в мышцах, повышенное АД (max до 210/110 мм рт. ст.)

- анамнеза данного заболевания (характерная цикличность в развитии заболевания: постепенное начало, ухудшение общего состояния),

- эпидемиологического анамнеза (укус иксодового клеща 6.05.2003)

- данных объективного обследования – легкая припухлость и болезненность коленных суставов.

**IX. План лабораторных исследований**

1. Выявление антител к боррелиям в сыворотке крови при помощи РНИФ, ИФА с АГ боррелий и ПЦР.
2. ОАК. Назначаем для выявления симптомов, характерных для бактериального поражения, то есть лейкоцитоз, повышение СОЭ.
3. ОАМ.
4. биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба, общий белок крови, глюкоза, креатинин,). На СРБ, ревматоидный фактор, антистрептолизин О – для дифференциального диагноза в отношении ревматизма, а также ревматоидного артрита.
5. Коагулограмма (нас интересует ПТИ для определения сохранности белоксинтезирующей функции печени)
6. УЗИ органов брюшной полости.
7. Рентгенологическое исследование коленных суставов.
8. Реакция Вассермана

**X. Лабораторные данные**

отсутствуют

**XI. ДНЕВНИК ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | t°, пульс, АД | Течение заболевания |
| 20.10 | t° 36,7;  пульс 88 уд/мин,  АД 160/110 мм. рт. ст. | Знакомство с пациентом, первичный сбор жалоб и анамнеза, в том числе эпидемиологического. Жалобы на слабость, утомляемость, потливость, ощущение распирания головы, тяжесть в голове, боли в коленных суставах, ломоту в мышцах, повышенное АД (max до 210/110 мм рт. ст.).  Объективно: состояние средней тяжести, положение активное, сознание ясное. Кожные покровы бледноватые. Болезненность в коленных суставах. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. По другим системам органов без выраженных изменений.  Назначенное лечение: диета, палатный режим.  Цефтриаксон - в/в 2,0 1 р/д на протяжении 10 - 14 дней.  Хилак форте по 10 кап 3р/д;  Мезим форте 1др 3р/д;  Феназепам 0,01 на ночь;  Супрастин 0,001 2р/д;  Рибоксин 0,2 3р/д |
| 22.10 | t° 36,6;  пульс 58 уд/мин,  АД 160/95 мм. рт. ст. | Самочувствие значительно не изменилось. Жалобы на вялость, разбитость, ощущение распирания головы, боли в коленных суставах, сон плохой. Объективно: состояние близкое к удовлетворительному. По системам органов без динамики. |
| 24.10 | t° 36,7;  пульс 64 уд/мин,  АД 160/100 мм. рт. ст. | Самочувствие значительно не изменилось. Жалобы на вялость, разбитость, ощущение распирания головы, боли в коленных суставах, плохой сон. Объективно: состояние близкое к удовлетворительному. По системам органов без динамики |

**XII. План лечения и его обоснование**

Лечебный режим должен быть палатным. Необходимо обеспечить 8-9 часовой сон, спокойную обстановку, исключить стрессовые ситуации.

Ведение в пищевой рацион витаминов групп В, С, Е способствует купированию перекисного окисления липидов и тканевой гипоксии.

В качестве естественных иммуномодуляторов можно применять натуральные продукты, содержащие аскорбиновую кислоту (лимон, киви).

Медикаментозная терапия: необходимо придерживаться принципа минимума лекарственных средств.

Этиотропная терапия

Цефтриаксон – в/м или в/в 2,0 1 раз в день на протяжении 10 - 14 дней.

Нельзя снижать разовую дозу препарата и уменьшать кратность приема лекарств, так как для получения терапевтического эффекта необходимо постоянно поддерживать достаточную концентрацию антибиотика в организме больного. При развитии рецидивов длительность этиотропной терапии должна быть увеличена вдвое.

Патогенетическая терапия

1. Рибоксин – по 1 табл 3 р/д

Препарат улучшает синтез белка в тканях, в том числе гепатоцитов, способствует ликвидации гипоксии, улучшает все процессы обмена.

2. Десенсибилизирующая терапия – супрастин 0,001 2 р/д на протяжении всего курса лечения,

3. Поливитамины.

4. 0,9% раствор хлорида натрия не более 40 мл/кг массы тела в сутки. – для снижения интоксикации.

**XIII. Дифференциальный диагноз**

Для постановки окончательного диагноза ИКБ требуется проведение дифференциальной диагностики между сходными заболеваниями, как инфекционными (с клещевым энцефалитом, ревматической лихорадкой), так и аутоиммунным (ревматоидный артрит).

1. Клещевой энцефалит – как при клещевом энцефалите, так и при клещевом боррелиозе наблюдается общетоксический синдром, ломящие боли в конечностях, головная боль. Но для КЭ характерны острое начало, высокая лихорадка с подъемом температуры до 39-40,50С продолжительностью 3-12 дней, жар, ознобы, тошнота, рвота, общая гиперестезия, боль в глазных яблоках, парезы конечностей, артериальная гипотензия, вздутие живота и задержка стула, тремор языка, но данных признаков у моей пациентки не было выявлено.

Эпиданамнез при этих двух заболеваниях схож – питье сырого молока, поездки на природу, где мог быть контакт с иксодовым клещом: обнаружение его на коже или он мог остаться не замеченным. Больная имеет в анамнезе присасывание клеща 6.05.2003.

Важную роль в постановке диагноза КЭ имеет определение антител в сыворотке крови к вирусу КЭ, которые не были обнаружены ни разу при исследовании крови больной. В то же время были обнаружены антитела к боррелиям (титр 1/160), что позволяет окончательно поставить диагноз «иксодовый клещевой боррелиоз».

2. Проведем дифференциальную диагностику с ревматизмом, клиническая картина которого характеризуется сходством с ЛБ поражением крупных суставов (боли, припухлость, приводящие к ограничению их подвижности, покраснение кожи над суставами, мигрирующий характер болей), но при ревматизме характерно поражение нескольких крупных суставов, а при ЛБ – обычно моно- или олигоартрит, мою же пациентку беспокоят только коленные суставы (болезненность и некоторая ограниченность движений в них обусловленная болью)

Играет роль для уточнения диагноза эпиданамнез: при ревматизме имеет место в анамнезе перенесенная инфекция за 2-4 недели назад, вызванная -гемолитическим стрептококком группы А; а при ЛБ – употребление сырого молока, поездки в лесные массивы, контакт с искодовым клещом. В мае 2003 года у пациентки имело место присасывание клеща, инфекционными заболеваниями в последние 1-2 месяца не болела.

Необходимым для постановки диагноза являются лабораторные данные: при ревматизме характерно повышение СОЭ, увеличение концентрации СРБ, титров антистрептолизина О в крови. При ЛБ критерием является выявление диагностического титра антител на B. Burgdorferi. (1:64 и более). У моей пациентки выявлен с помощью НРИФ высокий титр антител к боррелиям =1:160. Лабораторные исследования по поводу ревматизма не проводились.

Исходя из вышеперечисленного диагноз «ревматизм» выглядит менее подтвержденным клинически, эпидемиологически и лабораторно, чем диагноз «ИКБ», т.о. здесь правомочен диагноз «ИКБ».

3. Также необходимо продифференцировать ИКБ с ревматоидным артритом. Это аутоиммунное заболевание, для которого характерны сходные признаки с ИКБ: ухудшение общего состояния, сходное поражение суставов с двух сторон, наличием болей в суставах, кольцевидная эритема. Но ревматоидный артрит отличается наличием утренней скованности суставов (около 1 ч), припухлостью и выпотом по крайней мере в 3-х суставах, а при ИКБ характерен моно- или олигоартрит. У моей пациентки поражены лишь 2 сустава – коленные, без выпота, но с припухлостью, болевым синдромом.

Для окончательно диагноза необходимо провести лабораторное исследование: при ревматоидном артрите характерно выявление повышенного СОЭ и СРБ. При ЛБ критерием является выявление диагностического титра антител на B. Burgdorferi. (1:64 и более). У моей пациентки выявлен с помощью НРИФ высокий титр антител к боррелиям =1:160. Лабораторные исследования по поводу ревматоидного артрита не проводились.

Т.о. диагноз «ревматоидный артрит» является клинически не подтвержденным, в отличие от «ИКБ», в пользу которого говорит клиника, эпиданамнез и лабораторные данные.

**XIV. Окончательный диагноз и его обоснование**

Основное заболевание: ИКБ, манифестная безэритемная форма, подострое течение, средней степени тяжести, с поражением опорно-двигательного аппарата.

Осложнения:

Сопутствующие заболевания: хронический колит; хронический холецистит; мочекаменная болезнь; ГБ II ст., 3 степ

Диагноз выставлен на основании

- жалоб (слабость, утомляемость, потливость, ощущение распирания головы, тяжесть в голове, боли в коленных суставах, ломота в мышцах, повышенное АД (max до 210/110 мм рт. ст.)

- анамнеза данного заболевания (характерная цикличность в развитии заболевания: постепенное начало, ухудшение общего состояния),

- эпидемиологического анамнеза (6.05.2003 была укушена иксодовым клещом в области левой подколенной ямки на кладбище, который мог находиться на больной около получаса. Клещ был снят с больной, после чего отвезен в пункт серопрофилактики, где была проведена РНИФ, давшая отрицательный результат на антигены боррелий. На месте укуса наблюдалось красноватое пятно в диаметре приблизительно 1 см, без отека. Через 21 дней была повторно проведена НРИФ, которая выявила титр антигена боррелий 1:160. К этому времени уже больная отмечала тяжесть в голове, слабость, потливость, боли в коленных суставах, ломоту в мышцах.)

- данных объективного обследования – легкая припухлость и болезненность коленных суставов.

- лабораторных данных – обнаружение с помощью НРИФ высокого титра антител к боррелиям (1:160)

Учитывая имеющиеся данные можно выделить следующие синдромы:

1. Интоксикации. Сюда относится слабость, вялость, разбитость, нарушения сна, ломота в мышцах.

2. Артралгический синдром – боли в коленных суставах, ограничивающие их подвижность.

Манифестная форма поставлена, т.к. есть клинические признаки ЛБ и наличие персистенции возбудителя в крови.

Подострое течение поставлено в связи течением заболевания в пределах 3-6 мес

Среднюю степень тяжести поставлена с учетом клиники, наличии органных поражений (поражение опорно-двигательного аппарата)

**XV. Прогноз**

Прогноз для жизни относительно благоприятный, при адекватной и своевременной терапии, проводимой в острый период болезни.

В случае, если будет сохраняться высокий титр IgG-антител к возбудителю, то прогноз неблагоприятный.

**XIV. ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

Больная поступила в 3 Городскую больницу, инфекционное отделение 20.10.03 с жалобами на постоянную слабость, утомляемость, потливость, ощущение распирания в голове, тяжести в голове, боли в коленных суставах, повышенное АД (max до 210/110 мм рт. ст.).

Диагноз при поступлении: ИКБ, манифестная безэритемная форма, подострое течение, средней степени тяжести, с поражением опорно-двигательного аппарата. Больная была обследована.

Объективно: состояние средней тяжести, положение активное, сознание ясное. Кожные покровы бледноватые. Болезненность в коленных суставах. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. По другим системам органов без выраженных изменений.

В эпиданамнезе – 6.05.2003 на кладбище в лесной местности укус клеща в области подколенной ямки, на месте которого появилось гиперемированное пятно 1 см в диаметре. Клещ был снят с больной, после чего отвезен в пункт серопрофилактики, где была проведена РНИФ, давшая отрицательный результат на антигены боррелий. Через 21 дней была повторно проведена НРИФ, которая выявила титр антигена боррелий 1:160. К этому времени уже больная отмечала тяжесть в голове, слабость, потливость, боли в коленных суставах, ломоту в мышцах.

Пациентка получает медикаментозное лечение: Хелак форте по 10 кап 3р/д; Мезим форте 1др 3р/д; Феназепам 0,01 на ночь; Супрастин 0,001 2р/д; Рибоксин 0,2 3р/д, Цефтриаксон - в/в 2,0 1 р/д на протяжении 10 - 14 дней. Есть положительная клиническая динамика.

**XVI. Критерии выписки больного из стационара**

Клиническое выздоровление больного и титр антител к боррелиям в пределах нормы. (<1:64) и после проведенного курса лечения (не менее 14 дней).

**XVII. Диспансерное наблюдение**

После выписки пациентка должна находиться на диспансерном наблюдении в течение 2 лет (с проведением клинико-лабораторного обследования через 2-3 нед, 3 мес, 6 мес, 12 мес, 24 мес). При отсутствии у реконвалесцента каких-либо клинических и лабораторных отклонений он может быть снят с учета.

При появлении диагностического титра антител к боррелиям и клиники необходима госпитализация с соответствующим стадии заболевания лечением.

Диспансерное наблюдение решает несколько задач:

1. Определяет эффективность проведенного лечения и своевременное выявление возможного перехода заболевания в хроническое течение или латентную форму.

2. Своевременное назначение при необходимости адекватного повторного лечения.

3. Решение вопросов социально-трудовой адаптации переболевших в зависимости от их состояния.

**XVIII. Литература**

1. Лекции по инфекционным болезням / Академик РАМН, проф. Н.Д. Ющук; чл.-корр. РАЕН, проф. Ю.Я. Венгеров. В двух томах. Том 1. – 2-е издание, перераб. и доп. – М.: ВУНМЦ, 1999. – 433 с.
2. Шувалова Е. П. Инфекционные болезни // М. – «Медицина». – 1995
3. Мартынов А. И., Мухин Н. А. Внутренние болезни // М. – «Гэотар-Мед». – 2002
4. Лобзин Ю.В, Рахманова А.Г. Эпидемиология, этиология, клиника, диагностика, лечение   
   и профилактика иксодовых клещевых боррелиозов. Рекомендации для врачей. // Санкт-Петербург, 2000. Ресурс в интернете: hhtp://epid.ru
5. Крумгольц В.Ф. Этиотропная терапия Лайм-боррелиоза.// Интернет: http:// www.tick.ru