



# Клинический случай

## Клещевой энцефалит

Подготовил: Зейнеп Т.,

Резиденты КазНМУ 1 года обучения

Руководитель: проф. Дуйсенова А.К.

# Паспортные данные

**Больной Мещеряков С.В., 1961 г.р. 48 лет**

- **Место жительства: мкрн. Совхоз, ул.Колчина 20-2**
- **Место работы: КазМаш Электромонтер**
- **Дата поступления: 30.05.2009г**
- **Дата выписки: 22.06.2009г**
- **Койко-день: 23**
- **Диагноз направившей организации: Клещевой энцефалит? ОВИ. Укус клеща.**

# Жалобы при поступлении в приемный покой ГКИБ

- Головную боль
- Озноб
- Онемение левой руки
- Общая слабость



# Анамнез заболевания:

- Заболел остро 27.05.2009 г, когда появились:
  - ✓ Головные боли
  - ✓ Озноб (температуру не мерил)
- 18.05.2009 Сбрасывал с себя клещей, вернувшийся из горы и реки совхоза. 30.05.09 головные боли усилились, чувство онемения в руках, и обратился к врачу. Профилактику не делал. Был ли укус не знает.

# Анамнез жизни:

- Туберкулез, вирусный гепатит, венерологические заболевания – отрицает.
- В детстве перенесенные болезни не помнит.
- Операции, травмы – отрицает.
- **Хронические заболевания: не было (со слов)**
- На «Д» учете не состоит.
- Аллергоанамнез не отягощен.
- Наследственный анамнез – без особенностей.
- Наличие вредных привычек отрицает.



# Эпидемиологический анамнез:

- Купался в горных речках
- Снимал из одежды клещей
- Укус клеща не замечал
- **В горах**



● Какой ваш  
первичный диагноз?

## Ответ

- Клещевой энцефалит? ОВИ.  
Укус клеща.



- Какие симптомы надо проверить у пациента для дифференциальной диагностики?

# Ответ

- Менингеальные симптомы – Кернинга, ригидность затылочных мышц, Брузинского

# Объективные данные (1)

30.05.2009 г

Общее состояние средней степени тяжести

Температура тела 37.7 ° С.

Гиперемия

Пастозность лица


Регидность затылочных мышц 4 п/п

Симптом Кернинга отрицает



# Объективно (2)

- В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.
- Сердечные тоны ясные, ритм правильный.
- АД 110/80 мм. рт. ст. РС – 75 уд. в 1 мин.
- Живот мягкий, доступен глубокой пальпации.
- Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется.
- Мочи не было.
- Стула на момент осмотра не было.



● Какого ваше дальнейшее  
тактика ведение этого  
пациента?



# Ответ

- 1. Клиническо-лабораторные исследования
- ОАК
- ОАМ
- Ликворограмма
- ИФА, ПЦР
- 2. Консультация узких специалистов – невропатолога
- 3. Этиотропная терапия - введение человеческого иммуноглобулина против клещевого энцефалита под контролем титра антител
- 4. Симптоматическое и патогенетическое лечение



# Анализ крови

ОАК Дата	Нв, г/л	Эр., х $10^{12}/л$	Тром. , х $10^9/л$	Лейк. , х $10^9/л$	эозин офил ь	с/я, %	М, %	Лим., %	СОЭ, мм/ч
30.05. 2009	148	5.27	342	7.36	2.3	78.6	4.1	14.5	
04.06. 2009	126	4.69	214	9.22	1.4	76.6	5.8	15.9	17

# Общий анализ мочи

Дата	Уд.вес	белок	лейкоциты	эритроциты
01.06.2009	1017	33	4,5	33





# Консультации специалистов

Консультация невропатолога от 30.05.2009 г.:  
заключение –

# Клинический диагноз

- Учитывая вышеуказанные данные из анамнеза и объективных данных, и результатов лабораторных исследований выставлен диагноз:
- Серозный менингит. Вероятный случай КЭ.

# Проведенное лечение:

## Этиотропный лечение:

Введен иммуноглобулин человека против клеща энцефалита. Титр не менее 1:80. реакции нет. (7 раз)

## Симптоматическое лечение:

- Дезинтоксикационная терапия
- Обезболивающая терапия
- Эуфилин 2% 100 в/м
- Цефтриаксон 2.0
- Ципролет 500.0
- Супрастин 1.0 x 2 раза в день в/м



## **Исход заболевания:**

- Длительность лихорадки 5 дней. Постепенно состояние нормализовалось. Жалоб при выписке нет. Регидность затылочных мышц нет. Очаговой симптоматики нет. Выписывается в удовлетворительном состоянии под наблюдение невропатолога по месту жительства.



**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ!!!**