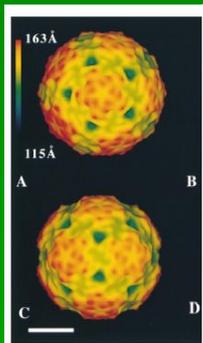


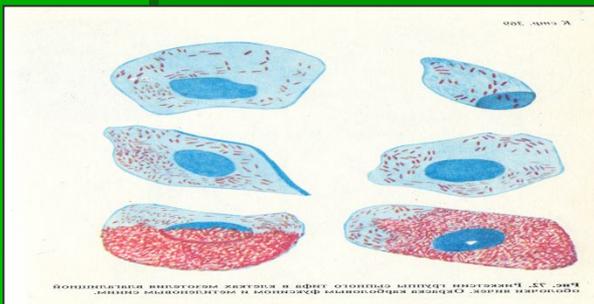
Иксодовые клещевые инфекции

ИКСОДОВЫЕ КЛЕЩЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ



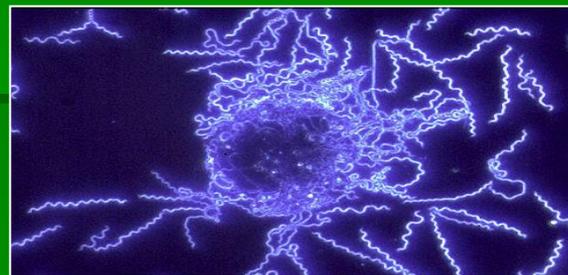
**Вирус
клещевого
энцефалита**

Генотип 1 (Дальневосточный)
Генотип 2 (Западный)
Генотип 3 (Урало-Сибирский)
178-79, 886-84



Риккетсии

Rickettsia sibirica, *Rickettsia* sp. DnS14,
sp. DnS28, *R. raoultii*, «*Candidatus*
R. tarasevichiae»



Боррелии

Borrelia garinii
Borrelia afzelii



Эрлихии

Anaplasma phagocytophilum,
Ehrlichia muris, «*Candidatus*
Neoehrlichia mikurensis»

Среди инфекций, передающиеся клещами чаще встречаются следующие нозоформы

Иксодовые клещевые боррелиозы

Моноцитарный эрлихиоз человека

Гранулоцитарный анаплазмоз человека

Клещевой энцефалит – природно-очаговая трансмиссивная вирусная инфекция с поражением центральной нервной системы



К вниманию врачей – инфекционистов!

- По стандартам и порядку оказания медицинской помощи в РФ и распоряжению Минздрава РБ от июня 2015 г. больные ИКБ должны госпитализироваться в инфекционные стационары и амбулаторно лечатся у инфекционистов.
- С целью разработки единых подходов к тактике ведения пациентов ИКБ, их диспансеризации больных со среднетяжелой и тяжелой формой ИКБ необходимо направлять на стационарное лечение в инфекционные отделения районных и городских больниц республики, в г.Уфе - в ГБУЗ РБ ИКБ №4.
- Больные с легкой формой заболевания и реконвалесценты ИКБ могут лечиться амбулаторно и находиться под наблюдением инфекционистов КИЗов.

Территории с показателем заболеваемости КВЭ, превышающим средне- республиканский, в 5-24 раза

▪ РБ	-1,0
▪ Бурзянский	24,0
▪ Учалинский	22,6
▪ Караидельский	7,4
▪ Дуванский	6,5
▪ Федоровский	5,6
▪ Белорецкий	5,3

Динамика заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом в РБ и РФ в 2003-2014 гг., на 100 тыс. нас.



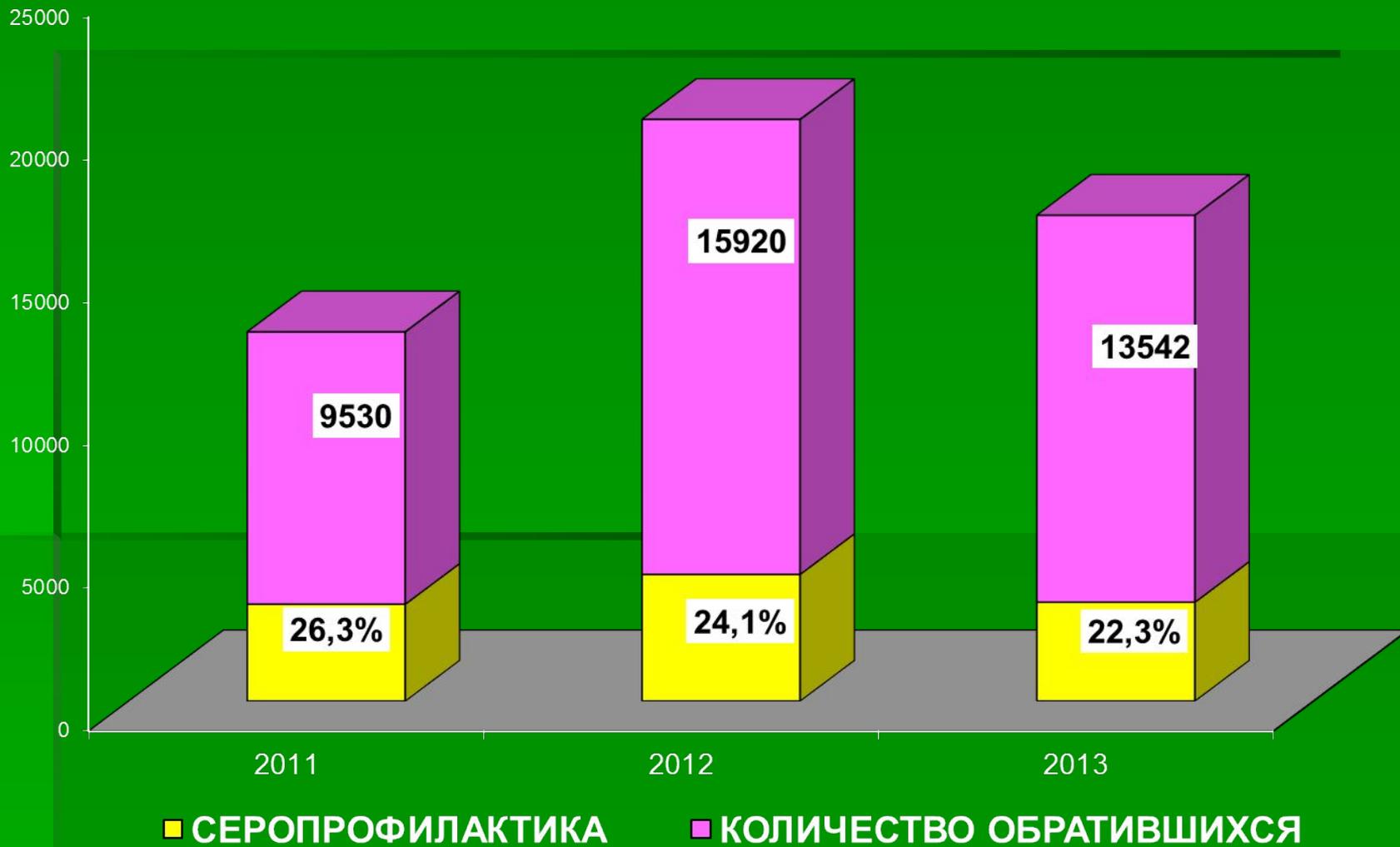
Обращаемость населения по поводу укусов клещами в 2003-2013 гг.



Зараженность клещей вирусом клещевого энцефалита в РБ в 2009 - 2013 гг. (методом ИФА)



Охват серопротифлакткой лиц, обратившихся по поводу укусов клещами в 2011 -2013 гг.



Особенности клещевого энцефалита в РБ и РФ

- Утяжеление всех клинических форм болезни, особенно очаговых, летальность до 3,9%;
- нередко (до 30%) наблюдается микст-инфекция (КЭ и КБ);
- приобретает актуальность алиментарный путь передачи, при этом наблюдается тяжелое течение болезни;
- преобладают менингеальные формы КЭ;
- уменьшение прогредиентных форм КЭ до 10-15%.

Профилактика КЭ

- **Активная профилактика КЭ с 4 лет**
- **Энцевир** пр-ва НПО «Микроген» ИПВЭ;
- **Энцепур** (Германия)
- Вакцинация начинается в октябре, 2-й этап - за 2 недели до выезда в очаг КЭ
- **Оптимальная схема:**
 - 1 прививка – 0,5 мл в/м,
 - 2 –я - 0,5 мл через 5-7 мес.
 - 3-я - 0,5 мл через 12 мес., отдаленные ревакцинации через каждые 3 года

Серопротекция
специфический
противоклещевой
иммуноглобулин вводят взрослым и детям не позднее **4-го дня** после присасывания клеща. В случае нового укуса клеща возможно повторное применение Ig **через 1 месяц**
Профилактическая доза составляет **0,1 мл на 1 кг массы тела**

Иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ)

- Трансмиссивное, природно-очаговое заболевание, которое характеризуется поражением кожи, суставов, нервной системы, сердца и может принимать хроническое, рецидивирующее течение
- Грам (-) спирохеты, семейство Spirochaetoseae, род Borrelia (B. Burgdorferi в честь французского микробиолога W.Burgdorferi), выделен в 1982г.
- Выделяют >10 геновидов боррелий, относящихся к комплексу B.burgdorferi sensu lato, 4 из них более патогенны для человека: burgdorferi, afzelii, garinii, miyamotoi (1995г.).

***B.burgdorferi* s.l. - 15 геномовидов, из них
5 патогенных**

B.garinii

Нейроборрелиоз

B.burgdorferi
sensu stricto

Артриты

B.spielmanii

B.bavariensis

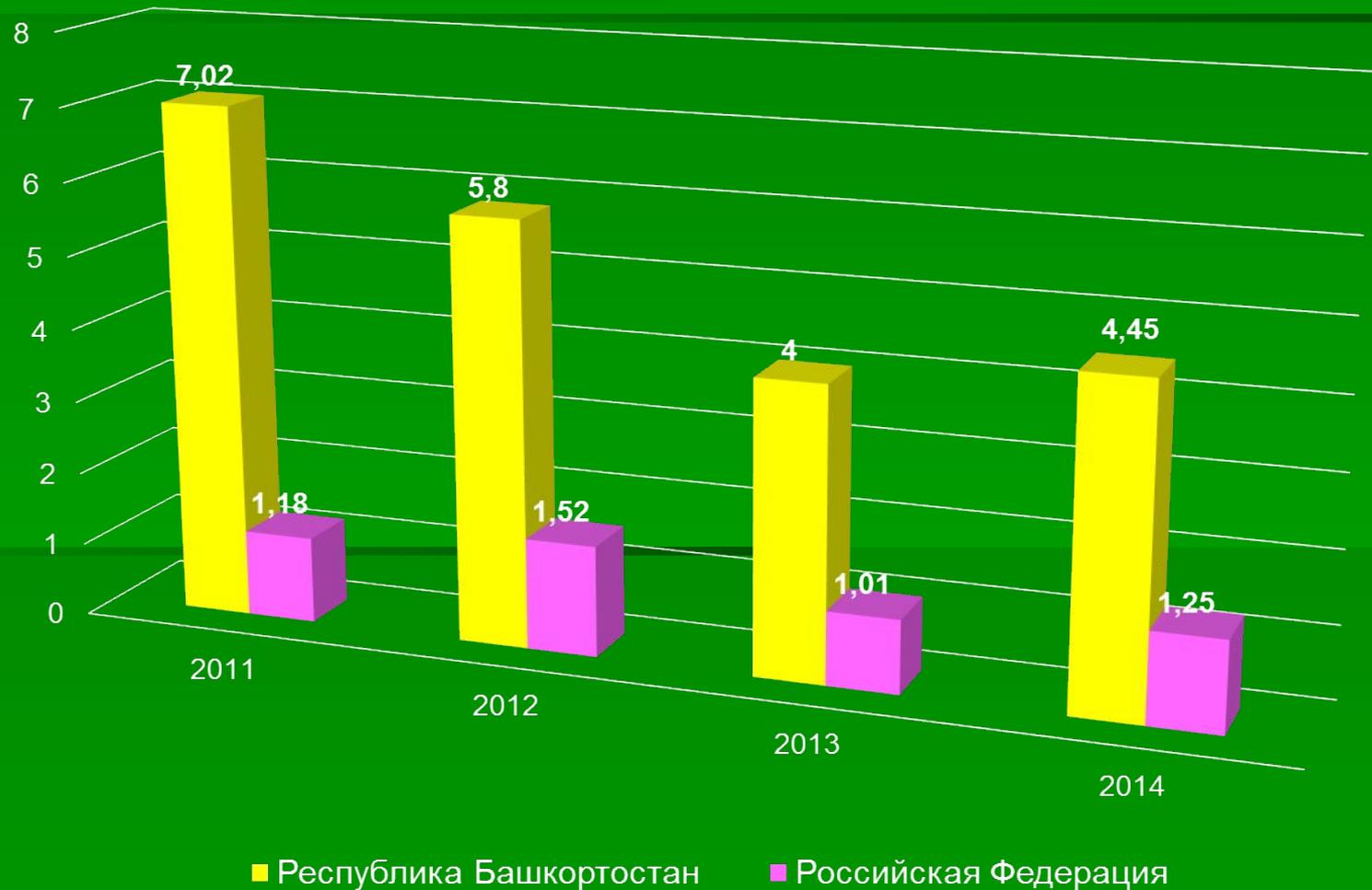
B.afzelii

Хронический атрофический
акродерматит

Актуальность ИКБ

- Заболевания регистрируются в 56 административных территориях России, включая РБ.
- ИКБ отмечаются у лиц всех возрастных групп. Чаще болеет трудоспособное население (30-59 лет), на долю которого приходится 45% случаев, более 10% от общего числа заболевших составляют дети.
- Значительная часть заражения людей в РБ и России происходит в пригородной зоне и на садово-огородных участках.
- Сезонность ИКБ определяется циклом развития клещей, погодными условиями и ранние формы болезни возникают с мая по октябрь.

Динамика заболеваемости ИКБ в РБ и РФ в 2011 – 2014 гг.



Эпидемиологическая характеристика ИКБ

- Природный резервуар –иксодовые клещи (*persulcatus*, *ricinus*); естественная инфицированность клещей в 5-20 раз выше зараженности их вирусом КЭ; от 7-9 до 20-50% клещей в очаге инфицированы 2 и 3 разными боррелиями, миксты с КЭ – 15-30%.
- Пути передачи: трансмиссивный (основной); алиментарный (?), трансплацентарный.
- Присасывание клеща не чувствуется 6-12 часов, передача боррелий во 2-й фазе питания клеща (позднее 1-2 дней после присасывания). Раннее удаление клещей м. предупредить заражение КБ. В 95% случаев болеют люди не из профессиональной группы риска.
- Характерна сезонность (с апреля по сентябрь, 90% заболеваемости в мае-июне месяце).
- Формируется нестерильный иммунитет.

Динамика заболеваемости КЭ и ИКБ РБ в 2008 – 2014 гг.



Клиника ИКБ

- Наиболее частый вариант ИКБ - **субклиническое** течение инфекции.
- В случае присасывания инфицированного клеща факт заражения подтверждается нарастанием титра специфических антител в парных сыворотках, взятых через **4-6 недель** после присасывания клеща.



Стадийность течения ИКБ

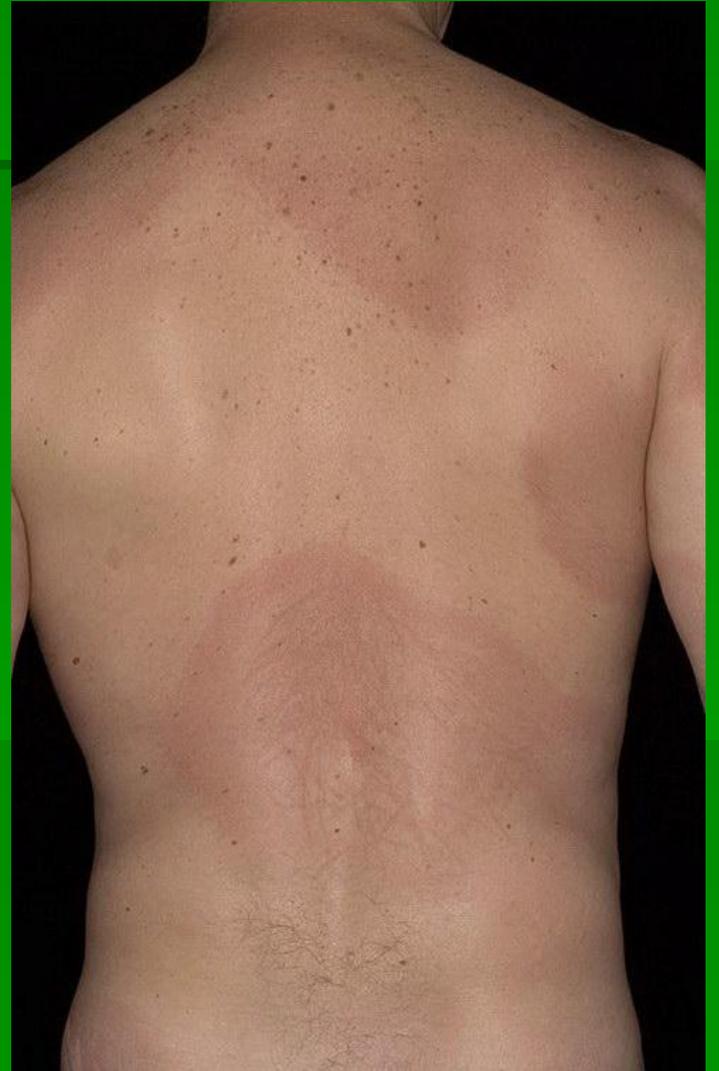
- **Стадия 1 (ранняя локализованная)** - *недели после инфицирования (локальный патогенный эффект спирохет, активация местного иммунитета)*
- **Стадия 2 (ранняя диссеминированная)** - *недели-месяцы после инфицирования (спирохетемия и поражение ряда внутренних органов, активация системного иммунитета)*
- **Стадия 3 (поздняя)** - *месяцы-годы после инфицирования (хроническая инфекция, аутоиммунные реакции)*

Характеристика 1 (ранней локализованной) стадии ИКБ

- Инкубационный период – 5-30 дн., в среднем 10 дней
- Клещевая мигрирующая эритема (в 60-80%) в диаметре более 5 см, диагностический критерий ранней локализованной стадии ИКБ в США и Европе.
- КМЭ появляется на месте присасывания клеща, местно - жжение, зуд, гипертермия, регионарный лимфаденит;
- В начале болезни часто возникает «гриппоподобный синдром»: головная боль, слабость и разбитость, лихорадка, миалгии и артралгии, скованность в области шеи, иногда конъюнктивит, боли в горле.
- У 20-50% больных антитела к боррелиям.

Клинические особенности ИКБ, вызванного *B. miyamotoi*

- Характерные клинические особенности острого периода ИКБ, вызываемого *B. miyamotoi*:
 - лихорадочный синдром с возможным рецидивирующим течением,
 - отсутствие эритемы в месте присасывания клеща,
 - частое развитие органной патологии,
- Клинические особенности данного ИКБ могут использоваться для дифференциальной диагностики заболевания с болезнью Лайма.



Характеристика безэритемной формы ИКБ

- У 20-40% б-х развивается безэритемная форма ИКБ
- Характерны неспецифические проявления болезни в виде «гриппоподобного синдрома»
- Необходимо дифференцировать с другими сезонными лихорадочными заболеваниями (ГЛПС, энтеровирус-ные инфекции, иерсиниоз, лептоспироз, лихорадка Западного Нила и др.)
- При данном варианте нередко заболевание не диагностируется и в дальнейшем возможна хронизация процесса
- Характерными клиническими особенностями острого периода ИКБ, вызываемого *B. miyamotoi*, являются лихорадочный синдром с возможным рецидивирующим течением, отсутствие эритемы в месте присасывания клеща, частое развитие органной патологии.

Особенности 2 стадии (ранней диссеминации) ИКБ

- У 10-15% больных через 1-5 мес. после острого периода развивается 2 стадия ИКБ, характеризуется наибольшим клиническим полиморфизмом.
- Её клинические маркеры -вторичные эритемы в отдаленных от места присасывания клеща участках кожи, доброкачественная лимфоцитома в области мочки уха, соска молочной железы.
- Поражение нервной системы (10-15%) - сочетание шейно-грудного радикулита, серозного менингита, неврита лицевого нерва (синдром Баннаварта), энцефалиты, миелиты, хорея.
- Регионарные лимфоадениты, безжелтушный гепатит (с повышением трансаминаз) у трети больных.
- Миалгии, артралгии, бурситы, артриты крупных суставов, редко - поражение глаз (конъюнктивит, кератит, увеит).
- Повышенный титр антител к боррелиям.

II стадия клещевого боррелиоза – полисистемность поражений!

Лихорадка,
конституциональные
симптомы



Ранний нейроборрелиоз



Боррелиозная
лимфоцитома

Поражения ССС
(чаще АВ-блокады,
экстрасистолии)

Артралгии, реже артриты

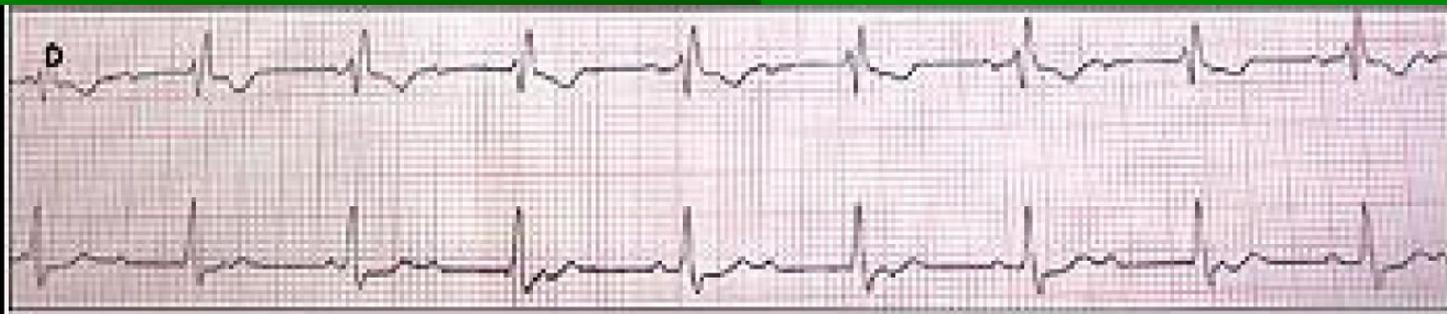
Боррелиозная лимфоцитома



- безболезненно синевато-красный узелок или бляшка, обычно на мочке, завитке уха или соске
- патоморфологически: лимфоцитарный опухолевидный инфильтрат дермы и гиподермы

Поражения сердечно-сосудистой системы при ИКБ

- около 5% нелеченных пациентов
- чаще всего атриовентрикулярные блокады различных степеней (степень блокады может меняться в процессе болезни)
- редко - миокардит, панкардит, дисфункция левого желудочка, кардиомегалия
- длительность проявлений от 3 дней до 6 недель (без адекватной терапии)



Полная АВ блокада как проявление ранней диссеминированной стадии КБ

Лайм-артрит и артралгии

- Для ранней диссеминированной стадии характерны не классические артриты, а **артралгии**
- Преимущественное поражение крупных и средних суставов (коленный, тазобедренный, плечевой, локтевой)
- Мигрирующий характер болей, отсутствие видимых патологических изменений пораженных суставов
- Иногда саморазрешение процесса без адекватной этиотропной терапии
- У лиц с наследственной предрасположенностью к системным заболеваниям соединительной ткани могут играть роль **пускового фактора**

Характеристика 3 (хронической) стадии ИКБ

- развивается у 10% больных через 6 –24 месяца после острого периода, чаще безэритемных форм ИКБ;
- характерны прогрессирующие артралгии (в 60%), затем рецидивирующие олигополиартриты (коленные и лучезапястные суставы);
- хронический атрофический акродерматит;
- прогрессируют неврологические проявления: спастические парезы, хронический энцефаломиелит, атаксия, деменция;
- повышенный титр антител к боррелиям.

Хронический атрофический акродерматит



- появление на коже конечностей (чаще стопы и кисти) красно-фиолетовых пятен с последующим развитием атрофии кожи
- годы после укуса клеща
- кожа истончена, морщиниста, легко собирается в складки, слегка шелушится (вид «папиросной бумаги»), иногда со склеродермоподобными уплотнениями

Хронический атрофический акродерматит



- Отсутствуют научные данные в пользу «хронического клещевого боррелиоза» как длительно персистирующей и трудно излечимой инфекции.
- Сегодня более справедливо говорить о

- **постлаймском синдроме**, для

постановки диагноза которого существуют четкие критерии включения и исключения

Постлаймский синдром

- Документированная болезнь Лайма в анамнезе
- Разрешение или стабилизация объективных проявлений болезни Лайма после окончания лечения в соответствии с традиционно принятыми режимами терапии
- Появление любого из субъективных симптомов (утомляемость, распространенные костно-мышечные боли, нарушение когнитивных функций) в течение 6 месяцев после постановки диагноза КБ и их сохранение по меньшей мере 6 месяцев от момента окончания АБТ
- Субъективные симптомы настолько выражены, что приводят к значительному снижению предшествующего уровня профессиональной, социальной, образовательной или персональной активности
- Отсутствуют научные данные в пользу «хронического клещевого боррелиоза» как длительно персистирующей и трудно излечимой инфекции.

Тактика врача при постлаймском синдроме

1. Провести комплексное обследование пациента для исключения иных причин имеющихся субъективных жалоб.
2. В случае наличия объективных свидетельств инфицирования в прошлом *B.burgdorferi* убедиться в адекватности проведенного ранее курса АБТ. Если имелся неадекватный выбор препарата, его режима дозирования, длительности терапии, рекомендуется повторить курс АБТ.
3. При подтверждении диагноза «Постлаймский синдром» рекомендуется поддерживающее лечение (психотерапия, физиотерапия, здоровый образ жизни, медикаментозная терапия, направленная на улучшение когнитивных функций).
4. Учитывая высокодоказательные данные, повторные и продленные курсы АБТ абсолютно не показаны, они не улучшают состояние пациента и не должны использоваться на практике.

Примеры формулировки диагноза ИКБ (A69.2)

- Иксодовый клещевой боррелиоз, субклиническая форма.
- Иксодовый клещевой боррелиоз, 1 (ранняя локализованная) стадия, эритемная (безэритемная) форма, легкой (средней, тяжелой) степени тяжести.
- Иксодовый клещевой боррелиоз, 2 (ранняя диссеминированная) стадия, эритемная (безэритемная) форма.
- Иксодовый клещевой боррелиоз, стадия хронической инфекции, фаза обострения (или ремиссии).

Диагностика ИКБ

- Необходимо обратить внимание на сезонность (апрель - сентябрь), посещение эндемичных районов, леса, нападение клещей,
- **До 1/3 пациентов с МЭ не указывают на укус клеща в анамнезе**
- Причины: малые размеры нимф, малодоступные визуализации места присасывания клеща, транзиторные присасывания и т.д.
- Ведущая роль: **косвенный эпиданамнез** (работа на приусадебных участках, посещение лесопарков, нахождение в зонах, высокоэндемичных по КБ и т.д.)
- Ограниченная роль серологического исследования (часто ложно отрицательный результат)
- Наличие лихорадки, сыпи на теле, эритемы на месте укуса клеща в диаметре более 5 см, ригидность мышц шеи, признаки воспаления суставов.

Клещи-переносчики ВКЭ и КБ



- Диапазон вирусофорности – 1-20%.
- До 10 млрд. вирусных частиц в одном инфицированном клеще.

Лабораторная диагностика ИКБ

- Часто используется иммуноферментный метод (ИФА) с интервалом **2-4 недели**, появление **Ig M**, сероконверсия или **нарастание титра Ig G** к боррелиям (на 6-8 неделе). Диагностический титр 1:40 и выше. Пик **Ig G** через 1,5-3 месяца и они могут определяться более 10 лет.
- В первой стадии антитела обнаруживаются лишь у **20-50%**, во 2-й - у **70-90%**, в 3-й - у **100%** пациентов.
- **Перекрестные** реакции у больных сифилисом, возвратным тифом, др. спирохетозами, инфекционным мононуклеозом. Подтвердить можно в иммуноблоте (в США и Европе обязательно).
- На ранней стадии эритемной формы ИКБ правомочен клинико-эпидемиологический диагноз!!!
- Бактериологический метод: боррелии прихотливы к питательным средам (BSK-2), растут медленно (бакподтверждаемость 6-15%).

Тактика ведения больных ИКБ

- Больные со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести ИКБ подлежат госпитализации в инфекционный стационар.
- Специализированная медицинская помощь в условиях инфекционного стационара при ИКБ (без поражения нервной системы) проводится в течение 14 дней, с поражением нервной системы – 21 дней.
- При легких формах ИКБ лечение может проводиться амбулаторно под контролем врача-инфекциониста.
- Лечение антибиотиками обязательно во всех случаях ИКБ, независимо от давности и стадии болезни.
- Для лечения ИКБ может использоваться двухступенчатая антибактериальная терапия.
- Применяются препараты тетрациклинового ряда, пенициллины, цефалоспорины, макролиды.

Терапия в 1 стадии ИКБ

- Лечение должно быть комплексным.
- На ранней локализованной стадии ИКБ наиболее эффективно пероральное применение следующих антибиотиков:
 - доксициклин по 200 мг в/с;
 - амоксиклав по 375 мг 4 раза в день;
 - цефтриаксон по 2 грамма в/с;
 - Макролиды по 500 мг в день (азитрокс, сумамед);

Курс антибиотикотерапии составляет 10-14 дней.

Возможна реакция Яриша-Герксгеймера в 5-25% (чаще на фоне пенициллина и цефалоспоринов) .

- Десенсибилизирующая терапия, НПВП.
- Общеукрепляющая и иммунотерапия.

Терапия во 2-й и 3-й стадии ИКБ

- Оптимально парентеральное введение цефалоспоринов третьего поколения (цефтриаксон, цефотаксим) курсом от 2 до 4 недель в зависимости от степени тяжести и динамики заболевания.
- При развитии рецидивов и прогрессировании ИКБ во время лечения длительность этиотропной терапии должна быть увеличена вдвое.
- Препаратом выбора при лечении хронических форм и рецидивов ИКБ являются цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотаксим), курс лечения 14-28 дней.
- Патогенетическая терапия во многом определяется синдромом поражения органов и систем и характером течения ИКБ (острое, подострое, хроническое).

Патогенетическая терапия ИКБ

- Дезинтоксикационная: 5% р-р глюкозы 200-400 мл, 0,9% раствор натрия хлорида;
- эуфиллин 2,4% 10,0 в вену, кавинтон 4мл, до 10 дней;
- актовегин 5-20 мл внутривенно 10 дн., далее по 0,2 3 раза в день, per os, 30 дней.
- диклофенак 3,0 в/м или 0,025-0,05 3 раза в сутки per os,
- милдронат 10% 5 мл внутримышечно, 5-10 дней;
- корвалол по 30-40 капель 2-3 раза в сутки;
- мильгамма 2 мл в сутки в/м, №7 (в ст.реконвалесценции);
- пробиотики (хилак форте, линекс, бифиформ, аципол) – 14-20 дней.
- При подостром течении к выше перечисленной терапии могут добавляться иммуномодуляторы, в период реконвалесценции – массаж, лечебная физкультура, лазерная терапия.

Профилактика ИКБ

- Профилактическую антибиотикотерапию проводят не позднее 5 суток после присасывания клеща, особенно в случаях, когда установлено, что присосавшийся клещ был инфицирован боррелиями
- Назначаются те же антибиотики, что и для лечения ИКБ, курс– 5 или 10 дней,
 - доксицилин по 0,1×2 раза в/с;
 - Амоксиклав по 375 мг ×4 раза в день;
 - Азитрокс по 500 мг ×1 раз в день;
- Позже 5 дня от момента присасывания клеща (но не позднее 10 дня) курс приема антибиотиков 10 дней.
- Эффективность антибиотикопрофилактики - 97-98%.
- Неспецифическая профилактика (защитная одежда, репелленты)

Диспансерное наблюдение реконвалесцентов ИКБ

- Лицам с присасыванием инфицированного клеща проводится **антибиотикопрофилактика** и **клинико-лабораторное обследование** в течение 3 мес. (1 – через 2 недели после курса а/б, последующие – через 1 и 3 мес. после антибиотикопрофилактики).
- При отрицательных результатах серологических анализов диспансеризация прекращается через 3 мес. после проведения антибиотикопрофилактики.
- В случае выявления диагностически значимых титров специфических антител к боррелиям в течение 3 мес. и отсутствии клинических признаков ИКБ диспансерное наблюдение осуществляется как после перенесенной инфекции.
- При появлении клинических признаков ИКБ или серологической диагностики состоявшегося инфицирования решается вопрос о проведении лечения по поводу ИКБ.

Диспансерное наблюдение реконвалесцентов ИКБ

- У взрослых диспансерное наблюдение после перенесенного ИКБ проводится 2 года при моноинфекции и 3 года – при смешанной (ИКБ и КЭ).
- Осмотр врача, клинико-лабораторные исследования переболевших без органических поражений проводится через 1 месяц после лечения, далее через 3, 6, 12 и 24 месяцев.
- Реконвалесцентов ИКБ с поражением органов в остром периоде заболевания – через 1, 3, 6, 12, 18 и 24 мес.

Эрлихиоз (МЭЧ)— острое зоонозное инфекционное заболевание, характеризуется общей интоксикацией, головной болью, миалгией, артралгией

- Эрлихиоз как заболевание человека в мире регистрируется с 1986 г.
- Возбудитель –род *Ehrlichia*, чаще 2 вида: *E.muris*, *E.chaffensis*- относится к семейству риккетсий, грамотрицательны, внутриклеточные паразиты (в моноцитах);
- Хозяин (источник)— собаки, переносчики - иксодовые клещи, путь передачи - трансмиссивный, часто болеют владельцы собак (70%).
- Сезонность – с весны до осени (апр-май-июль).
- Иммуниетет стойкий, возможно хроническое течение болезни
- С 2013 г. стат. учет в РФ (2013г.- 22, 2014г. – 54 сл.)

Моноцитарный и гранулоцитарный эрлихиозы человека (МЭЧ и ГАЧ)

- В России эрлихиозы регистрируются на Дальнем Востоке, в Новосибирской, Томской и Ульяновской областях, в Пермском, Красноярском крае
- В Пермском крае доля ГАЧ среди клещевых инфекций до 23%, 2-е место после ИКБ, в 84% -миксты (эрлихиозы и ИКБ).
- Летальность при МЭЧ – 3-5%, при ГАЧ -7-10%.
- Характерна сезонность: для МЭЧ –апрель-сентябрь, ГАЧ – 2 пика: весенне-летний (активность нимфальной стадии клеща) и летне-осенний.
- В эндемичных районах при укусах клещей проводится экстренная профилактика: однократный прием 0,1 г. доксициклина

Клинико-лабораторная характеристика МЭЧ и ГАЧ

- Инкубация – 1-21 день. Клиника заболевания до 2-3 недель. Спектр клинических проявлений широк – от бессимптомных до тяжелых форм болезни.
- Характерно острое начало, лихорадка, головная боль, ломота в теле, миалгии, тошнота, рвота и др. симптомы интоксикации.
- Гиперемия лица, инъектированность склер, гепатомегалия. У 20% пациентов желтуха. Сыпь папулезная, эритематозная, петехиальная на 2-й неделе у 1/3 больных, чаще при ГАЧ.
- В ОАК - лейкопения, тромбоцитопения, ускорение СОЭ, часто гиперферментемия, протеинурия.
- Диагностика -РНИФ, ИФА, иммуноблотинг, титры 1:64, 1:80, до 1:640 – 1:1280

Лечение ГАЧ и МЭЧ

- Используют препараты тетрациклинового ряда



Доксициклин 0,1; по 1 капс. 2 раза в день 14 дней, детям старше 8 лет по 4 мг/кг, не менее 7 дней



Тетрациклин обладает небольшой бактерицидной активностью в опытах, проведенных *in vitro*

Трудности ранней диагностики клещевых инфекций

- Большая общность в эпиданамнезе, необходимость его детализации.
- В первые дни болезни преобладание общетоксического синдрома.
- Малая информативность лабораторных показателей в ранние сроки болезни.

Клинические задачи при клещевых инфекциях

- Необходима ранняя диагностика и госпитализация больных в стационар (по клинико-эпидемиологическим данным), в том числе и провизорная
- Улучшить расшифровку этиологии (в ИФА) и возможности ранней лабораторной диагностики клещевых инфекций в ПЦР (диагностикумы).
- Повысить эффективность специфической, этиотропной терапии.

Диагноз: Клещевой боррелиоз, локализованная форма, средней степени тяжести.

Укус клеща 3.05.2014.

Заболел остро, 12.05.2014г., появились покраснение на коже на месте укуса клеща, недомогание, 13.05. температура тела до 39°C , головная боль. Дома принимал жаропонижающие. 14 мая обратился к неврологу, был направлен с диагнозом: КБ. При поступлении в инфекц. стационар лихорадка до 39° , множественная кольцевидная эритема на кожных покровах, головная боль, слабость. Температура на 15 мая снизилась до $37,2^{\circ}$, далее была нормальной. Эритема на коже живота в подвздошной области справа в диаметре $4,5 \times 3$ (см), на голених, в области голеностопных суставов, на спине в диаметре $1,5 \times 2$ (см).

Проведено обследование: ОАК от 15.05.2014 - эритроциты 5,5 млн, гемоглобин-166 г/л, лейкоциты – 3,65 тыс, П-11%, С-42%, Л-25%, Э-2%, М-20%, СОЭ-2 мм/ч, от 23.05.2014 – Эритроциты – 6 млн, гемоглобин-170 г/л, лейкоциты – 6,9 тыс, С-52%, Л-39%, П-4%, М-5%, СОЭ-10 мм/ч; ОАМ – 15.05. – белок отр., уд.пл.-1028, лейкоциты -0-2-3 в п/зр., от 24.05 - без патологии.

Биохим. ан-з крови – 15.05.2014 – Общ.белок-68 г/л, мочевины 5,7ммл/л, креатинин – 60 мкм/л, билирубин – 7,6 мкм/л, АЛТ-26 Е/л, АСТ-38 Е/л, тимол-1,5 ед, мочевая кислота -281 мкм/л, СРБ +. Мазки из слизистой ротоглотки – высеив эпидермального стафилококка.

Парные сыворотки на КЭ – отрицат, на клещевой боррелиоз от 14.05., 26.05, 4.06. отрицательные, ПЦР на КБ от 14.05. у больного отрицательный.

Лечение. Цефтриаксон по 2 гр 2 раза в день – 10 дней, лоратидин – 5 дней, внутривенные инфузии – глюкозо-солевые в объеме 600 мл в день, магnezия, вит.С – 4 дня. Выписан по мере клинического выздоровления.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!