Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больная Б. Е.В., 51 год

Клинический диагноз: Описторхоз, хроническая фаза, клинически выраженное течение

Зав. кафедрой: профессор Гранитов В.М.

Преподаватель: ассистент

Куратор: студентка

Барнаул 2010

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

ФИО: больная Б.Е.В.

Возраст: 50 лет

Место жительства: г. Барнаул

Место работы: продавец

Дата поступления в больницу: 1.03.10

Дата начала курации: 3.03.10

Клинический диагноз: Описторхоз, хроническая фаза, клинически выраженное течение.

**ЖАЛОБЫ:**

- на дискомфорт в области правого подреберья, умеренную болезненность там же при физической нагрузке

- тошноту и изжогу после еды, горечь во рту

- общую слабость и снижение работоспособности, раздражительность, головные боли

- высыпания на коже в области правого лучезапястного сустава виде пятна с шелушением, а также вокруг глаз, сопровождающиеся нестерпимым зудом, а так же отмечает зуд кожи

- заложенность носа

- утреннюю скованность межфаланговых суставов

**ANAMNESIS MORBI:**

Считает себя больной в течение последних шести месяцев, когда начала отмечать слабость, снижение работоспособности. Стали появляться высыпания на коже, которые первоначально куппироавлись приемом антигистаминных препаратов. Затем высыпания приобрели постоянный характер, с локализацией их на правом лучезапястном суставе, на передней поверхности живота, ногах и вокруг глаз, сопровождались нестерпимым зудом. С данной симптоматикой больная обратилась в больницу, врач дерматовенеролог назначила мазь, какую точно больная не помнит. Частично высыпания прошли, но вокруг глаз и на правом лучезапястном суставе остались и продолжали зудиться. Спустя немного времени у больной появилась заложенность носа и утренняя скованность межфаланговых суставов, пошла к врачу терапевту, и он назначил обследование на описторхоз (кала и дуоденальное зондирование). После обследования в дуаденальном соке обнаружены яйца Opistorchis felineus от 15.01.10. Назначена госпитализация для проведения дегельминтизации.

**ANAMNESIS VITAE:**

Родилась в 1960 году в Каменском районе. В физическом и психическом развитии не отставала. Школу начала посещать с 7 лет. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное. Получила среднее образование по профессии бухучет. С 25 лет проживает в Барнауле, работает продавцом. Часто употребляла в пищу рыбу в слабосоленом и термически не обработанном виде, но после 2000г., когда впервые был выявлен описторхоз, потребление рыбы в рационе уменьшилось. Погрешности в диете.

Со слов больной известно, что в 2000 году находилась на госпитализации в инфекционном отделении с диагнозом описторхоз, хроническая фаза, тогда симптоматика была схожая с этой, но менее выраженная. Прошла в 2000году курс лечения бильтрицидом.

Гинекологический анамнез: менструальный цикл установился с 12 лет, регулярный, по 4 дня, выделения умеренные. Беременностей-2, родов-2.

Аллергологический анамнез: отмечает наличие аллергической реакции на пенициллин ципрофлоксацим, сопровождающаяся отеком Квинке.

Эпидемиологический анамнез: перенесла детские инфекции (ветряная оспа, вирусный паротит, корь). Вирусные заболевания, туберкулез, ранее перенесенный гепатит отрицает, контактов с инфекционными больными не было, укусам насекомых, грызунов не подвергалась. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечилась, инъекции не производились, за пределы города не выезжала.

Вредные привычки: отрицает.

Операции: перенесла в 2007 году операцию миомэктомию.

Наследственность: сын, дочь, и ближайшие родственники здоровы.

**STATUS PRESENS COMMUNIS:**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное. Выражение лица спокойное, походка свободная. Поведение больной обычное, на вопросы отвечает адекватно, обдуманно, легко вступает в контакт. Телосложение правильное, нормостеническое, соответствует возрасту и полу. Рост 169 см, вес 67 кг, ИМТ 24кг/м2, что соответствует норме. Питание больной удовлетворительное.

Кожные покровы телесной окраски, тургор сохранен, влажность нормальная. Отмечается наличие высыпаний на коже в области правого лучезапястного сустава, а так же наличие гиперемии и расчесов вокруг глаз, сухость кожи, шелушение и зуд. Ногти правильной формы. Оволосение по женскому типу. Подкожножировая клетчатка выражена умеренно. Слизистая оболочка коньюктивы, носа, губ, полости рта разового цвета, чистая, влажная, сыпи нет. Затылочные, задние шейные, околоушные, подчелюстные, подподбородочные, передние шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, подколенные, паховые лимфоузлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с кожей и между собой.

Мышечная система развита соответственно возрасту больного, мышцы при пальпации безболезненны, нет уплотнений и атрофии. Тонус и сила мышц достаточные. Кости черепа, грудной клетки, таза не изменены, при пальпации безболезненны. Голова обычной формы, мозговая и лицевая части черепа пропорциональны. Конфигурация и подвижность в суставах верхних и нижних конечностей сохранена, припухлость и покраснения кожи над ними нет, отмечает утреннюю скованность межфаланговых суставов, которая в течение утренних часов проходит, боли при движении нет, пассивные и активные движения в суставах свободны. Деформации пальцев по типу барабанных палочек нет.

**ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ:**

Осмотр. Дыхание через нос немного затруднено, ритмичное. Тип дыхания - грудной. Частота дыхательных движений - 16 в минуту. Форма грудной клетки цилиндрическая, симметричная. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенке грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

Пальпация. Грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание не усилено.

При сравнительной перкуссии звук ясный, легочной, отмечается притупление перкуторного звука над нижней долей правого легкого. Границы легких и подвижность нижнего легочного края.

НИЖНИЕ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ

ЛИНИИ СПРАВА СЛЕВА

l. parasternalis 5 м/р-

l. medioclavicularis 6 м/р-

l. axilaris anterior 7 м/р7 м/р

l. axilaris media 8 м/р8 м/р

l. axilaris posterior 9 м/р 9 м/р

l. scapularis 10 м/р 10 м/р

l. paravertebralis остистый отросток 11 грудного позвонка

##### ПОДВИЖНОСТЬ ЛЕГОЧНОГО КРАЯ.

l. medioclavicularis 4см-

l. axilaris 5см5см

l. scapularis 4см 4см

Ширина полей Кренига 4см. Высота стояния верхушек легких 3,5см.

При аускультации дыхание проводится по всем легочным полям, везикулярное, без хрипов. Шум трения плевры отсутствует.

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА:**

При осмотре цианоза и акроцианоза не отмечается. Деформаций грудной клетки в области сердца нет, видимой пульсации сосудов нет.

При пальпации: верхушечный толчок в 5м.р. по среднеключичной линии умеренной силы, не разлитой, дрожаний нет. Пульс 78 уд/мин, правильный, ритмичный, мягкий, достаточного наполнения. Отеки отсутствуют.

При перкуссии:

|  |
| --- |
| Границы относительной тупости сердца |
| Правая | В IV межреберье у по правому краю грудины |
| Левая | В V межреберье по среднеключичной линии справа |
| Верхняя | В III межреберье на 1см кнаружи от левого края грудины |
| Границы абсолютной тупости сердца |
| Правая | В IV межреберье по окологрудинной линии слева |
| Левая | В V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии |
| Верхняя | В IV межреберье на 1см кнаружи от левого края грудины |

Сосудистый пучок не выходит за края грудины. Конфигурация сердца нормальная.

При аускультации: сердечные тоны ясные, четкие, звонкие, ЧСС 78 уд/мин, ритм правильный, раздвоения и расщепления не наблюдается, шумов нет. АД 120/70 мм рт. ст.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

Ротовая полость – слизистая ровная, розового цвета; миндалины - не увеличены; язык – влажный, розовый, не увеличен, сыпи нет, десны не кровоточат.

Живот – не увеличен, развитие подкожно-жировой клетчатки — умеренное. При поверхностной пальпации болезненности нет, в эпигастрии и правом подреберье несколько напряжен, дыхательные движения обеих половин брюшной стенки симметричные, видимой перистальтики нет.

Желчный пузырь — не пальпируется. Пальпация в точке желчного пузыря – безболезненна. Отрицательные симптомы Грекова-Ортнера, Кера.

Печень:

– нижний край печени по срединноключичной линии локализуется у края реберной дуги

– при пальпации – болезненности не отмечается, нижний край закруглен, эластичной консистенции, поверхность гладкая.

– границы печени: размеры печени по Курлову:

* от верхней границы по срединноключичной линии до нижней 10см
* от основания мечевидного отростка до нижней границы по срединной линии 9 см
* от основания мечевидного отростка до левой границы 8 см

Селезенка: не пальпируется.

Желудок: видимой перистальтики – нет. Нижняя граница - 3 см выше пупка. Симптом раздражения брюшины отрицательный.

Кишечник: все области кишечника, доступные пальпации (слепая кишка; восходящий, поперечно-ободочный и нисходящий отделы толстого кишечника, сигмовидная кишка) при исследовании – эластичные, безболезненные, расположены правильно.

Поджелудочная железа: не пальпируется, пальпация в ее проекции безболезненна, Мейо-Робсона отрицательный.

**МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 4 – 5 раз в сутки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА**

Сознание больной ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирована в пространстве и во времени, общителена, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно, интеллект средний.

Вторичные половые признаки - по женскому типу. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, с окружающими тканями не спаяна, узлов и уплотнений при пальпации не выявлено, признаков гипо- и гипертиреоза нет.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

# На основании клинико-анамнестических данных можно выделить следующие синдромы:

# - отмечает болезненность в правом подреберье при физической нагрузке, а так же дискомфорт в той же области, что свидетельствует о наличии болевого синдрома.

- жалобы на тошноту и изжогу после приема пищи, а так же горечь во рту указывают на наличие диспептического синдрома

- жалобы больной на общую слабость и снижение работоспособности, раздражительность, головные боли указывает на нарушение деятельности нервной системы

- высыпания на коже в области правого лучезапястного сустава виде пятна с шелушением, а также вокруг глаз, сопровождающиеся нестерпимым зудом, а так же отмечает зуд кожи, утренняя скованность межфаланговых суставов, заложенность носа говорят о наличии аллергического синдрома

Из анамнеза заболевания известно, что началось заболевание около шести месяцев назад, симптоматика постоянно нарастала, это свидетельствует о хроническом процессе.

Из анамнеза жизни известно, что в 2000 году находилась на госпитализации в инфекционном отделении с диагнозом описторхоз, хроническая фаза. Тогда симптоматика была схожая с данной, но менее выраженная. Прошла в 2000году курс лечения бильтрицидом. А так же известно, что больная уменьшила в рационе количество рыбы, но погрешности в рационе отмечает.

После объективного обследования выявлено увеличение всех границ печени на 1 см, наличие высыпаний на коже в области правого лучезапястного сустава, а так же наличие гиперемии и расчесов вокруг глаз, сухость кожи, шелушение и зуд.

Т.о. можно поставить предварительный диагноз, учитывая все данные: описторхоз, хроническая фаза, клинически выраженное течение.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Клинический анализ крови

2. Биохимический анализ крови:

исследование печеночных проб (уровень билирубина и его фракций)

активность аминотрансфераз (АЛТ, АСТ)

щелочная фосфатаза

исследование белкового состава плазмы

определение уровня холестерина

α-амилаза крови

3. Общий анализ мочи

4. Копрология (определение яиц Opistorchis felineus)

5. Дуаденальное зондирование (c последующим определеним в желчи яиц Opistorchis felineus)

6. Комплексное УЗИ органов брюшной полости

7. ИФА: исследования крови на наличие антител к Opisthorchis felineus

8. Эзофагогастродуоденоскопия

9. ЭКГ

10. Консультация узких специалистов: ЛОР, дерматолога.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Клинический анализ крови:

Гемоглобин 140 г/л

Эритроциты 4,5x10¹²/л

Цветной показатель 0,9

СОЭ 5 мм/ч

Тромбоциты 278х10 /л

Лейкоциты 6х10 /л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфо-циты | моно-циты |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 54 | 38 | 4 |

Заключение: отклонений не выявлено.

1. Биохимический анализ крови:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Билирубин общий | 12 | 8,55 – 20,5 мкмоль/л |
| - непрямой | 8 | до15,5 |
| - прямой | 4 | до 5 |
| АСТ | 4,5 | до 32,0 г/л |
| АЛТ | 8 | до 40 г/л |
| Общий белок | 78 | 60 -80 г/л |
| Холестерин общий | 5,5 | до 5,5 |
| Щелочн. фосфатаза | 249 |  |
| -амилаза | 19,5 Г/ч\*л | до 32 |
| Сулемовая проба | 3,4 |  |
| Тимоловая проба | 2,8 ед | 0-4 ед |
| Глюкоза | 4,1 | 3.5 – 6.1 ммоль/л |

Заключение: отклонений не выявлено.

1. Общий анализ мочи

Цвет светло-желтый

Прозрачность прозрачная

Реакция кисл.

Плотность 1010 (1005-1030)

Белок нет

Лейкоциты 2-4 (до 5)

Эпителий 1-2 (до 2)

Кристаллы отсут.

1. Дуоденальное зондирование от 15.01.2010

Порция сока “С”

Желчь оливкового цвета, прозрачная

Эпителий еденичный

Лейкоциты 6-7в п/зр

Слизь незначительное количество

Паразиты оpistorchis felineus

Заключение: наличие воспаления и яиц гельминтов - оpistorchis felineus.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

# На основании жалоб больной на: болезненность в правом подреберье при физической нагрузке, а так же дискомфорт в той же области, тошноту и изжогу после приема пищи, а так же горечь во рту указывают на наличие патологического процесса локализованного в системе органов пищеварения, а точнее в гепатобиллиарной системе.

Из анамнеза заболевания известно, что началось заболевание около шести месяцев назад, симптоматика постоянно нарастала, это свидетельствует о хроническом процессе.

Из анамнеза жизни известно, что в 2000 году находилась на госпитализации в инфекционном отделении с диагнозом описторхоз, хроническая фаза. Тогда симптоматика была схожая с данной, но менее выраженная. Прошла в 2000году курс лечения бильтрицидом. А так же известно, что больная уменьшила в рационе количество рыбы, но погрешности в рационе отмечает.

После объективного обследования выявлено увеличение всех границ печени на 1 см. После проведения дополнительных лабораторных методов обследования, дуоденального зондирования, в желчи порции “С” были выявлены яйца оpistorchis felineus, это подтверждает поставленный нами предварительный диагноз: описторхоз, хроническая фаза, клинически выраженное течение.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Данное заболевание необходимо дифференцировать от гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни, хронического гепатита, холецистита.

При язвенной болезни боль также связана с приёмом пищи, но характер пищи безразличен. При язвенной болезни боль локализована чаще в эпигастрии и характер ее интенсивнее. В данном случае этого нет.

Для гастродуоденита характерны жалобы на боли, тошноту и отрыжку, снижение аппетита, а у больной аппетит не снизился; болевой синдром при гастродуодените более упорный, боли более длительные. Гастродуоденит может быть следствием описторхозной инвазии.

Для хронического гепатита характерны жалобы на боли в правом подреберье, вне связи с приёмами пищи, тошноту, изжогу, отрыжку; при нем отмечаются выраженные признаки нарушения функции печени от гепатодепрессивного синдрома до печёночной недостаточности, сильно изменяются биохимические показатели, характеризующие функцию печени, бывают эпизоды желтухи. В данном же случае клинические и лабораторные данные не указывают на поражение печени.

Само наличие яиц описторхов в желчи уже говорит об описторхозе, причем со всем набором характерных жалоб, которые отмечает больная.

**ЛЕЧЕНИЕ**

1.Режим – общий.

2.Диета №15, следует обратить внимание на строгое соблюдение режима питания, недопущения принятия жирной пищи. Следует употреблять блюда, богатые растительной клетчаткой, которые стимулируют кинетику желчи. Суточная калорийность питания: 2900 ккал, с дробным режимом питания (5-6 раз в сутки), что способствует лучшему оттоку желчи.

3.Физиолечение:

Гальванизация области желчного пузыря, ежедневно, в утренние часы.

4.Медикаментозная терапия:

* Этиотропная терапия по поводу описторхоза не показана ввиду клинически выраженного течения заболевания. Этиотропную терапию гельминтоцидными препаратами следует провести только после наступления клинико-лабораторной ремиссии. В настоящее время единственным средством для специфической терапии описторхоза является Празиквантел (Билтрицид). Препарат принимают в суточной дозе 40 – 75 мг на 1 кг массы тела, назначаемой в 2 – 3 приема (принимается с интервалом в 6 часов в течение одного дня). В связи с тем, что у препарата много побочных действий принимать его лучше в условиях стационара.
* Патогенетическая терапия:

- десенсибиллизация:

Rp: Tab. Klaritini 0,01 № 5

D.S. По 1-ой таблетке 1 раза в день

- холекинетики:

Rp.: Tab. Allocholi obductae

D.S. По 1 таблетке 3 раза в сутки после еды.

- нейротропная терапия:

Rp.:Tab.Coffeini benzoati-natrii 0.1

D.S.Принимать по 1 таблетке 2 раза в сутки.

Rp.:Extr.Eleuterococci 50.0

D.S.Принимать по 25 капель 1 раз в сутки.

5. Реабилитация, её цель – восстановить моторные и секреторные нарушения, вызванные инвазией. Тюбажи с ксилитом, сорбитом, экстрактом чеснока, минеральной водой. В течение всего этого периода рекомендуется дополнительное очищение кишечника. Комплекс реабилитационных мероприятий включает также прием отваров желчегонных трав.

**Профилактика описторхоза:**

Употребление в пищу только хорошо проваренной, прожаренной и тщательно просоленной рыбы. Обеззараживание рыбы достигается замораживанием в течение 7 часов при -40 С или в течение 32 часов при-28 С. Солением в растворе соли плотностью 1,2г/1л при2 С в течение 10-40 суток (в зависимости от массы тела рыбы); варкой не менее 20 минут с момента закипания; прожариванием под закрытой крышкой также не менее 20 минут.

ДНЕВНИК ЗАБОЛЕВАНИЯ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больной | Лечение |
| 3.03.10 | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, эмоциональный фон положительный. Предъявляет жалобы на небольшой зуд на правом лучезапястном суставе, а также вокруг глаз, небольшую заложенность носа. Сон спокойный. Кожные покровы чистые, за исключением пр. лучезапястного сустава и области вокруг глаз, отмечаются расчесы и шелушение. Слизистые полости рта бледнорозовой окраски, без паталогических изменений. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 в минуту. АД = 120/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации в правом подреберье отмечается небольшое напряжение мышц, размеры по Курлову 9,5/9/8 см. Аппетит хороший. Диспепсических явлений не наблюдалось. Стул ежедневный 1 раз в сутки, оформленый, обычной окраски. Мочеиспускание безболезненное 4-5 раз в день. | 1. Физиолечение
2. Кларитин 1 таб 1 раз в день
3. Аллохол по 1 таб 3 раза в день
4. Кофеина-бензоат натрия по 1 таблетке 2 раза(утро, обед)
5. Экстрат эультерокока 25 капель утром.
 |
| 5.03.10 | Состояние удовлетворительное. Жалоб больная не педъявляет. Сон спокойный. Кожные покровы чистые, отмечается шелушение вокруг глаз и на равом лучезапястном суставе. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 74 в минуту. АД = 120/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации в правом подреберье отмечается небольшое напряжение мышц, размеры по Курлову 9,5/9/8 см. Аппетит хороший. Диспепсических явлений не наблюдалось. Стул ежедневный 1 раз в сутки, оформленый, обычной окраски. Мочеиспускание безболезненное 4-5 раз в день. | 1. Физиолечение

2.Кларитин 1 таб 1 раз в день3.Аллохол по 1 таб 3 раза в день4.Кофеина-бензоат натрия по 1 таблетке 2 раза(утро, обед)5.Экстрат эультерокока 25 капель утром. |
|  | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, эмоциональный фон положительный. Предъявляет жалобы на небольшой дискомфорт в эпигастрии, тошноту, связывает с применяемым лечением.Сон спокойный. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Слизистые полости рта бледнорозовой окраски, без паталогических изменений. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 74 в минуту. АД = 120/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации в правом подреберье отмечается небольшое напряжение мышц, размеры по Курлову 9,5/9/8 см. Аппетитудовлетворительный. Стул ежедневный 1 раз в сутки, оформленый, обычной окраски. Мочеиспускание безболезненное 4-5 раз в день. | 1. Тюбаж с сорбитом |

**ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

Больная 51 года, поступил в стационар ГБ№5 города Барнаула в инфекционное отделение, направлению участковой поликлиники№7 для прохождения лечения. Поступила с жалобами на дискомфорт в области правого подреберья, умеренную болезненность там же при физической нагрузке, тошноту и изжогу после еды, горечь во рту; общую слабость и снижение работоспособности, раздражительность, головные боли; высыпания на коже в области правого лучезапястного сустава виде пятна с шелушением, а также вокруг глаз, сопровождающиеся нестерпимым зудом, а так же отмечает зуд кожи; заложенность носа; утреннюю скованность межфаланговых суставов.

Больной себя считает в течение последних шести месяцев, когда впервые появились жалобы вышеописанного характера, с постепенным их усилением. За медицинской помощью обращалась к дерматологу, назначенное лечение первоначально помогало, потом эффект его пропал. По направлению терапевта прошла дуоденальное зондирование в ГБ№5, где выявили в дуоденальном соке яица оpistorchis felineus.

Из анамнеза жизни известно, что данная симптоматика у больной уже имелась, но не столь выраженная, в 2000году ей был поставлен диагноз описторхоз, хроническая форма, после чего была пролечена бильтрицидом. При повторной диагностике после лечения, яиц оpistorchis felineus в дуоденальном соке не выявлено, а также симптоматика вся купировалась.

Больной с предварительным диагнозом описторхоза было дано направление для прохождения стационарного лечения в ГБ№5, инфекционном отделении. В стационаре были проведены необходимые клинические и параклинические исследования. Данных за нарушение функции печени в биохимическом анализе крови и по клинике заболевания не отмечалось. Связи с тем, что больная поступила с клинически выраженным течением заболевания, этиотропная терапия по поводу описторхоза не показана. Её следует провести только после наступления клинико-лабораторной ремиссии. Диагноз: описторхоз, хроническая фаза, клинически выраженное течение.

Учитывая патогенез и клинику данного заболевания, больной назначено лечение, которое направлено на купирование дискенетических явлений в ЖВП и на подготовку к дальнейшему этиотропному лечению описторхоза: диета №15, физиолечение – гальванизация области желчного пузыря, медикаментозное – холекинетики, десенсибиллизирующие препараты, нейростимулирующие препараты. На фоне проводимого лечения самочувствие больного значительно улучшилось, зуд куппировался, исчезли боли и дискомфорт, заложенность исчезла, утренняя скованность межфаланговых суставов уменьшилась. Назначено этиотропное лечение бильтрицидом из расчета 40мг/кг в течение 1 суток( дробление дозы на два приема), принимать после еды, с обязательным наблюдением за состоянием больной.

Рекомендации – соблюдение диетического режима – избегать жирной пищи, употреблять в пищу больше растительной клетчатки, стимулирующей моторику желчных путей, соблюдать режим питания, проводить тюбажи в течение 2-3 недель. Диспансерное наблюдение в течение 1 года (через 1,3,6,9 и 12 месяцев) для оценки эффективности лечения и выявления остаточных явлений.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. «Лекции по инфекционным болезням» 2-ой том. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Москва ВУНМЦ 1999.
2. Е.П. Шувалова. «Инфекционные болезни», Москва, «Медицина», 1999 год.
3. М.Д. Машковский. «Лекарственные средства», Москва, «Медицина», 2001 год.
4. В.И. Покровский. «Инфекционные болезни и эпидемиология», 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.-816 стр.