
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

К. О. Каплунов, О. А. Чернявская, Е. А. Иоанниди, Л. В. Крамарь

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра детских инфекционных болезней;
кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией, тропической медициной

СЛУЧАЙ ЗАВОЗА ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ В ВОЛГОГРАД

УДК 616.981.21/.958.7

В статье рассматривается редкий для Волгоградского региона случай лихорадки Денге (завозной). Дана клинико-лабораторная характеристика заболевания, протекавшего классически, закончившегося благоприятным исходом, указаны клинико-эпидемиологические особенности.

Ключевые слова: лихорадка Денге, геморрагические лихорадки, завозные тропические инфекции.

К. О. Kaplunov, O. A. Chernyavskaya, E. A. Ioannidi, L. V. Kramar

A CASE OF IMPORTED DENGUE FEVER IN VOLGOGRAD

The article describes a case of imported Dengue fever in the Volgograd region. It details clinical and laboratory characteristics of the disease which ran a conventional course and had a favourable outcome. Clinical and epidemiological features have also been evaluated.

Keywords: Dengue fever, hemorrhagic fever, imported tropical infections.

Лихорадка Денге (ЛД) (синонимы: *dengue-awn* – нем., франц., исп.; *dangy-fever, break-bonefever* – англ.; *denguero* – итал., костоломная лихорадка, суставная лихорадка, лихорадка жирафов, пятидневная лихорадка, семидневная лихорадка, финиковая болезнь) – широко распространенная в тропических и субтропических регионах вирусная зооантропонозная болезнь из группы геморрагических лихорадок, передаваемых комарами [7].

Возбудителем является РНК-содержащий вирус из семейства *Flaviviridae*. Выделено 4 серотипа вируса. Источником заболевания помимо человека являются обезьяны, возможно, летучие мыши. Механизм передачи – трансмиссивный. Заболеваемость совпадает с ареалом распространения основных переносчиков – комаров *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus* [6]. Болезнь преимущественно распространена в странах Юго-Восточной Азии (ЮВА): Пакистане, Индии, Бирме, Шри-Ланке, Таиланде, Вьетнаме, Камбодже, Лаосе, Малайзии, Сингапуре, а также в странах Южной Америки [6, 8]. Наиболее интенсивно эта инфекция проявляется в периоды различных социальных потрясений, сопровождающихся резким ухудшением санитарно-гигиенических условий (особенно при необходимости запасать воду в каких-либо емкостях, контейнерах) и появлением

большого числа лиц, восприимчивых к инфекции [8]. Традиционно выделяют три формы ЛД: классическую, геморрагическую и шоковый синдром денге [1]. Геморрагическая форма встречается только в тех странах, где циркулирует несколько серотипов вируса, или происходит их последовательный занос. По данным ВОЗ, в мире ежегодно наблюдается около 250 млн случаев ЛД, из них более 25 тыс. заканчиваются летально [2].

В связи с изменением ситуации на туристическом рынке многие наши соотечественники стали активнее посещать страны ЮВА. Возросла частота завоза ЛД на территорию Российской Федерации, только за 2015 г. зарегистрировано 103 случая (за январь 2016 – уже 19 случаев) [3, 5]. Регистрируется это заболевание и в Волгоградской области (за последние 5 лет их было 2, оба – завозы из стран ЮВА). Можно предположить, что в реальности заболеваемость существенно выше, так как инфекционный процесс может протекать атипично (стерто, бессимптомно) и оставаться не диагностированными. Все это делает актуальным изучение различных аспектов данного заболевания. Приводим наблюдение случая завоза ЛД в Волгоград из Вьетнама в марте 2016 г.

Больная С., 39 лет, была госпитализирована 11.03.2016 г. в инфекционный стационар Волгограда по направлению частной клиники спустя 8 дней от начала заболевания. При поступлении жаловалась на умеренную слабость, сыпь на верхних и нижних конечностях, легкую ломоту в коленных суставах. Из анамнеза заболевания известно, что заболела остро 03.03.2016 г., когда появилась лихорадка до 39 °С, озноб, миалгии, артралгии, отсутствие аппетита, разжижение стула, по поводу чего 04.03.2016 г. вызвала карету скорой медицинской помощи, был назначен ингавирин (по 90 мг 1 раз в сутки), а также лизобакт, ибуклин. С 05.03.2016 г. стала принимать амоксициллин по 0,5 г 3 раза в сутки. Лечилась указанными препаратами амбулаторно – без значимого эффекта. Все это время (в течение недели) сохранялась фебрильная лихорадка. В первой половине дня 09.03.2016 г. обратилась в частную клинику, где был поставлен предварительный диагноз ОРВИ. Выполнены исследования: общий анализ крови (ОАК) и общий анализ мочи (ОАМ), электрокардиография (ЭКГ). В ОАК – выраженная тромбоцитопения ($63 \times 10^9/\text{л}$) и лейкопения ($2,8 \times 10^9/\text{л}$), в ОАМ – микрогематурия (эритроцитов 1–2 в поле зрения), протеинурия (0,2 г/л), ЭКГ – без особенностей. Были назначены препараты мирамистин и гриппферон. Во второй половине дня 09.03.2016 г. (7-й день болезни) пациентка обнаружила сыпь на запястьях, ладонях и нижних конечностях, при этом лихорадка купировалась. 11.03.2016 г. повторно обратилась в частную клинику, была заподозрена вирусная геморрагическая лихорадка, больная направлена на госпитализацию в инфекционный стационар.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что больная 01.03.2016 г. вернулась из республики Вьетнам, где находилась на отдыхе вместе с мужем в течение 12 дней. За это время повышения температуры тела, других симптомов заболевания не отмечено. Со слов пациентки, контакта с инфекционными больными не было. Муж здоров. Питалась с общего стола, воду пила бутилированную. Во время отдыха купалась в море. Не исключено наличие укусов комаров. Инвазивных медицинских и парамедицинских манипуляций в течение 6 месяцев не проводилось. За последние годы неоднократно выезжала за пределы России: 2014 г. – Болгария и Шри-Ланка, 2015 г. – Турция. Привита по календарю. Противомаларийные препараты не принимала.

Анамнез жизни: хронические заболевания, перенесенные инфекционные болезни, травмы, оперативные вмешательства, гемотрансфузии, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, туберкулез отрицает; лекарственная непереносимость не выявлена; наследственный и аллергический анамнезы не отягощены.

При первичном объективном обследовании состояние расценивалось как среднетяжелое, обусловленное умеренно выраженной интоксикацией. Лихорадка отсутствовала. Кожа смуглая, на запястьях, кистях, включая ладони, на нижних третях голени и стопах – яркая мелкопятнистая, местами сливная экзантема. Слизистая

ротоглотки гиперемирована в области дужек и задней стенки глотки. Язык влажный, умеренно покрыт белым налетом. По остальным органам и системам – без патологии. Был выставлен предварительный диагноз: Вирусная инфекция неуточненная с экзантемой, средней степени тяжести.

Начата терапия индуктором интерферона (циклоферон 0,25 г в сутки по схеме внутримышечно). Кроме того, назначено нестероидное противовоспалительное средство (ибупрофен 0,2 г 3 раза в сутки перорально), антигистаминный препарат (лоратадин 10 мг в сутки перорально), дезинтоксикация (глюкоза 5%-я – 400 мл, раствор Рингера 400 мл, натрия тиосульфат 30%-й – 10 мл внутривенно капельно), глюкокортикостероиды (дексаметазон 8 мг на глюкозе, внутривенно).

На второй день госпитализации 12.03.2016 г. (9-й день заболевания) состояние расценивалось как среднетяжелое, обусловленное умеренно выраженной интоксикацией, без отрицательной динамики. Обращали на себя внимание яркие сливные элементы сыпи на нижних третях голени. Новых элементов экзантемы не было. В результатах анализов крови от 12.03.2016 г. сохранялась невыраженная лейкопения ($3,9 \times 10^9/\text{л}$) и тромбоцитопения ($150 \times 10^9/\text{л}$), слегка повышенная СОЭ – 16 мм/ч. Биохимические показатели, коагулограмма оставались в пределах нормы. При микроскопии толстой капли крови плазмодии малярии не обнаружены. Кал на яйца гельминтов – отрицательно. В моче, по данным общего анализа, – явления токсической нефропатии (микропротеинурия 0,058 г/л, лейкоцитурия 8–10 в поле зрения, слизь +++).

Дальнейшее наблюдение за больной показало наличие положительной динамики клинических данных. К 14.03.2016 г. (11-й день болезни) отмечено состояние ближе к удовлетворительному. Явления интоксикации к этому моменту купировались. Элементы сыпи стали меркнуть. Лабораторно – также положительная динамика. В анализе крови от 14.03.2016 г. лейко- и тромбоцитопении не выявлено (лейкоциты $4 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $203 \times 10^9/\text{л}$). Рентгенография органов грудной клетки (14.03.2016 г.) и ЭКГ (14.03.2016) – без патологии.

15.03.2016 г. (на 12-й день болезни) отмечено угасание экзантемы, указано на появление шелушения на месте элементов сыпи. В результатах анализов (15.03.2016 г.) СРБ не обнаружен. Молекулярно-генетическое исследование крови методом ПЦР (15.03.2016 г.) показало наличие РНК вируса Денге 1-го типа (DV-1). Был выставлен клинический диагноз: Лихорадка Денге, классическая форма, среднетяжелое течение. Сопутствующий диагноз: Нефропатия неуточненная. В связи с улучшением больная выписана под наблюдение инфекциониста по месту жительства, даны рекомендации по амбулаторному долечиванию.

Анализ клинической картины заболевания у пациентки С. позволил выявить некоторые особенности течения инфекционного процесса

по сравнению с описанием ЛД в литературе. В частности, довольно позднее появление сыпи (на 8-й день заболевания), тогда как обычно это происходит в течение первых двух дней болезни [4]. Сыпь обычно бывает папулезная и не захватывает ладони и подошвы, тогда как у описанной пациентки она была пятнистой и отмечалась в том числе на ладонях. Не выявлено типичной для ЛД генерализованной лимфаденопатии, не отмечено брадикардии. В то же время тромбоцитопения была значительной, тогда как при доброкачественном течении заболевания, которое имело место у больной С., уровень тромбоцитов редко опускается ниже 100 тыс. в мкм. Данные наблюдения позволяют предположить, что заболевание у жителей неэндемичных регионов может протекать атипично, что затрудняет диагностику. Кроме того дополнительные трудности в диагностике создает отсутствие каких-либо специфических симптомов заболевания в начальном периоде болезни (в описанном случае его длительность была значительной – до 8 дней). Проблему диагностики усугубляет наличие тест-систем в исключительно специализированных лабораториях. В связи с этим можно рекомендовать специалистам лечебно-профилактических учреждений при обращении пациентов с лихорадочным синдромом большее внимание уделять данным эпидемиологического анамнеза, в частности, наличию выездов на неблагоприятные по тому или иному заболеванию территории.

Современные реалии (урбанизация, быстрый промышленный рост, миграции групп рабочих из одной страны в другую, широкое использование воздушного транспорта, развитие туризма) способствуют распространению лихорадки Денге и других арбовирусных инфекций.

Необходимо помнить, несмотря на то, что лихорадка Денге не является типичной для нашей области, в виде завозных случаев она может встретиться в любом регионе России. Это требует наличия настороженности врачей-терапевтов и инфекционистов в отношении экзотических инфекционных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Денге и тяжелая денге // Информационный бюллетень. – 2012. – № 117.
2. Завозные случаи арбовирусных инфекций в Российской Федерации / В. Ф. Ларичев, М. А. Сайфуллин, Ю. А. Акиншина и др. // Микробиология. – 2012. – № 1. – С. 35–38.
3. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь 2016 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5836 (дата обращения 22.04.16).
4. Инфекционные и паразитарные болезни развивающихся стран: учебник / Под ред. Н. В. Чебышева, С. Г. Пака. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 496 с.
5. О завозе инфекционных заболеваний в Российскую Федерацию [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://solomay.ru/?p=759> (дата обращения 22.04.16).
6. Тропические болезни. Руководство для врачей / В. П. Сергиев, Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров и др. – М.: Бином, 2015. – 640 с.
7. Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. Инфекционные болезни: Нац. руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1056 с.
8. Fatal and mild primary dengue virus infection imported to Norway from Africa and south-east Asia, 2008–2010 [Electronic resource] / K. Vainio, et al. // Eurosurveillance. – 2010. – Vol. 15 (38). – URL: <http://www.eurosurveillance.org/Public/articles/archives.aspx> (дата обращения 15.04.2016).