

УДК 616.911:578.833.25-071

Р.А. ЕГЕМБЕРДИЕВА¹, Н.К. ОСПАНБЕКОВА¹, Л.Б. СЕЙДУЛАЕВА¹, Д.А. КУШЕНОВА²¹Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан²Городская клиническая инфекционная больница им. И.С. Жекеновой, г. Алматы

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЗАВОЗНОГО СЛУЧАЯ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ В Г. АЛМАТЫ



Егембердиева Р.А.

В статье описаны клинические признаки завозного случая лихорадки Денге в Алматы. Более 40% населения мира подвергаются риску заболевания лихорадкой Денге. Примерно 2,5% людей, пораженных болезнью, умирают.

Выезд наших туристов в тропические страны может привести к заражению тропическими геморрагическими лихорадками.

Больной Ж., 46 лет, поступил в инфекционную больницу 03.03.2014 года на 5-й день болезни с лихорадкой, сыпью, выраженными симптомами интоксикации. Эпидемиологический анамнез: пребывание в Сингапуре, на о. Бали, в Малайзии. В общем анализе крови (признаки сгущения крови, тромбоцитопения, лейкопения, лимфоцитоз), ферментемия, гипопротейнемия в биохимических анализах крови, выявление антител класса IgM, IgG к вирусу лихорадки Денге. На 16-й день болезни пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Врач должен быть насторожен к пациентам с лихорадкой, интоксикацией, сыпью, прибывшим из стран с тропическим и субтропическим климатом и обследовать их на лихорадку Денге.

Ключевые слова: лихорадка, сыпь, интоксикация.

Для ссылки: Егембердиева Р.А., Оспанбекова Н.К., Сейдулаева Л.Б., Кушенова Д.А. Клинические признаки завозного случая лихорадки Денге в г. Алматы // Журн. Медицина. – 2015. – №1(151). – С. 69-71

Лихорадка Денге (костоломная лихорадка, суставная лихорадка, пятдневная лихорадка) – острая вирусная болезнь, передаваемая комарами, протекающая с лихорадкой, интоксикацией, миалгией, артралгией, экзантемой, лимфаденопатией, лейкопенией. Некоторые варианты Денге протекают с геморрагическим синдромом [1].

По последним данным ВОЗ, ежегодно в мире может происходить 50-100 миллионов случаев инфицирования возбудителем лихорадки Денге. В настоящее время более 2,5 миллиарда человек – более 40% населения мира – подвергаются риску заболевания лихорадкой Денге. Денге распространена в условиях тропического и субтропического климата во всем мире, главным образом в городских и пригородных районах. Тяжелая Денге является одной из ведущих причин тяжелого заболевания и смерти среди детей в некоторых азиатских и латиноамериканских странах. Примерно 2,5% людей, пораженных болезнью, умирают.

В последние годы наблюдается увеличение туристических поездок граждан Республики Казахстан в страны Юго-Восточной Азии. Выезд наших туристов в тропические страны чреват заражением некоторыми инфекционными заболеваниями, в том числе тропическими геморрагическими лихорадками [2, 3].

Первый случай лихорадки Денге в г. Алматы был установлен в 2012 г. За период с 2012 по 2014 гг. в городскую

инфекционную больницу г. Алматы им. И.С. Жекеновой были госпитализированы 9 больных с подозрением на лихорадку Денге, окончательный подтвержденный диагноз установлен у 7 больных.

В качестве примера приводим клиническое наблюдение завозного случая лихорадки Денге в г. Алматы в 2014 г.

Больной Ж., 46 лет (история болезни № 1113), поступил в инфекционную больницу 03.03.2014 года на 5-й день болезни с направительным диагнозом: Лихорадка неясной этиологии. Острая кишечная инфекция. Жалобы при поступлении на общую слабость, повышение температуры тела, вздутие живота, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту, жидкий стул, боль, скованность в суставах обеих кистей, стоп, головную боль.

Анамнез болезни: заболел 27.02.2014 года в самолете при возвращении из Малайзии, когда стал отмечать общую слабость, повышение температуры тела до 38-39°C, чувство ломоты в костях, боль в мышцах, головную боль. По прибытии в г. Алматы самостоятельно получал раствор глюкозы, аскорбиновой кислоты (в/в), анальгин, димедрол (в/м). 28.02.2014 г. были рвота, жидкий стул 2 раза. По совету терапевта медицинского центра больной получил: эмигил, цефтриаксон, реамберин, контрикал 10 тыс.ед. 02.03.2014 г. повторно были 2 раза рвота, жидкий стул. 03.03.2014 г. появилась сыпь в области шеи, конечностей, туловища.

Контакты: Егембердиева Равиля Айтмагамбетовна, профессор кафедры инфекционных и тропических болезней КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел. +7 701 713 04 12. E-mail: regemberdieva@rambler.ru

Contact: Ravilya Aitmagambetovna Egemberdieva, Teaching Assistant of Infectious and Tropical Diseases Department of Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c. Tel. +7 701 713 04 12. E-mail: regemberdieva@rambler.ru

Эпидемиологический анамнез: с 12.02 по 27.02. 2014 г. мужчина вместе с супругой отдыхал в Сингапуре, на о. Бали, в Малайзии (Коала Лумпур). Купался в бассейне, в море. Питался в ресторане. Отмечал укусы комаров. Супруга здорова.

При осмотре (5-й день болезни): состояние средней тяжести. Температура тела 37,3°C. Сознание ясное. На вопросы отвечает адекватно. Лицо гиперемировано, одутловато. Инъекция сосудов склер, гиперемия конъюнктив. Менингеальные симптомы отрицательные. Шейные лимфоузлы справа увеличены, безболезненные, подвижные. На коже туловища, конечностей мелкоочечная сыпь. В местах естественных складок и сгибов в области суставов обильная сыпь. В зеве умеренная гиперемия, миндалины не увеличены. Задняя стенка глотки зернистая. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. АД – 100/70 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 80 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, подвздут, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Диагноз при поступлении: Иерсиниоз первично-генерализованная форма, средней тяжести. Назначено обследование по плану лихорадящих больных.

При осмотре на следующий день с учетом острого начала болезни с лихорадки, симптомов интоксикации, чувства ломоты в суставах, шейного лимфаденита, мелкоочечной сыпи, склерита, конъюнктивита, гепатомегалии, лейкопении в общем анализе крови, эпидемиологического анамнеза (пребывание в Сингапуре, на о.Бали, в Малайзии) было решено проводить дифференциальную диагностику с лихорадкой Денге.

05.03.2014 г. (7-й день болезни) состояние больного тяжелое за счет симптомов интоксикации. Лихорадка сохраняется (вечером 38,4°C, утром 37,2°C), лицо, шея, туловище, конечности гиперемированы. На коже туловища, верхних, нижних конечностей, особенно дистальных отделов обильная сливная, местами геморрагическая, сыпь. Суставы кистей, стоп отекающие, движения скованные, болезненные. Увеличены шейные, подключичные, паховые лимфатические узлы размером до 0,5-1,0 см, подвижные, чувствительные, с окружающей тканью не спаяны. В зеве умеренная гиперемия сохраняется.

06.03.2014 г. (8-й день болезни) состояние средней тяжести, в динамике с улучшением. Температура тела утром 36,8°C, вечером 37,8°C. Сыпь на туловище побледнела, на конечностях сохраняется яркая. Кожа лица, шеи, туловища обычной окраски. Отечность лица, шеи, кистей, стоп уменьшилась. В зеве умеренная гиперемия. Гепатомегалия сохраняется. Стул темного цвета, кашицеобразный.

08-09.03.2014 г. (10, 11 дни болезни) температура тела была в пределах нормы. 10.03.2014 г. (12-й день болезни) в вечернее время температура тела повысилась до 37,2°C.

11.03.2014 г. (13-й день болезни) температура тела нормализовалась, сыпь полностью угасла. Отечность лица, суставов полностью прошла.

Лабораторные данные: общий анализ крови (04.03.2014 г.): гемоглобин – 172 г/л, эритроциты – $6,13 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 168×10^9 /л, лейкоциты

$-2,7 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 45%, моноциты – 10%, лимфоциты – 41%, СОЭ – 4 мм в час. Общий анализ мочи без особенностей. Биохимический анализ (05.03.2014 г.): АЛТ – 119 ед/л (2,7 норм), АСТ – 153 ед/л (3,5 норм), глюкоза – 5,8 ммоль/л, билирубин – 8,6 ммоль/л, амилаза – 32 ед/л, мочевины – 2,8 ммоль/л, креатинин – 59,4 мкмоль/л, холестерин – 4,1 ммоль/л, триглицериды – 1,6 ммоль/л, общий белок – 56,7 г/л, альбумин – 34,3 г/л, щелочная фосфатаза – 48,7 ед/л, гамма ГТ – 202 ед/л (3,3 норм.), ЛДГ – 813 ед/л (1,8 норм.), тимоловая проба – 1,6 ед. Коагулограмма без особенностей.

Получены отрицательные результаты лабораторных исследований (бактериологическое и серологическое) на тифо-паратифозную группу возбудителей, иерсиниоз, бруцеллез (реакция Райта-Хеддльсона), риккетсиоз (риккетсии Провачека), малярию.

На обзорной рентгенографии органов грудной клетки от 04.03.2014 г. легочные поля без дополнительных очаговых теней. Корни не расширены. Тень сердца без особенностей. Синусы свободны.

Методом ИФА от 06.03.2014 г. выявлены антитела класса IgM, IgG к вирусу лихорадки Денге.

Получил лечение: режим I, диета 15, дезинтоксикационная, антибактериальная (ципрокс по 500 тыс.х 2 раза) терапия.

Острое начало болезни, лихорадка, симптомы интоксикации, чувство ломоты в суставах, генерализованный лимфаденит, обильная мелкоочечная, местами сливная геморрагическая сыпь, склерит, конъюнктивит, отеки лица, суставов кистей, стоп, скованность и болезненность движения в данных суставах, гиперемия кожи лица, шеи, дистальных отделов конечностей, гепатомегалия, изменения в общем анализе крови (признаки сгущения крови, тромбоцитопения, лейкопения, лимфоцитоз), ферментемия, гипопротейнемия в биохимических анализах крови, выявление антител класса IgM, IgG к вирусу лихорадки Денге, эпидемиологический анамнез (пребывание в Сингапуре, на о. Бали, в Малайзии) позволили выставить окончательный диагноз: Лихорадка Денге, классическая форма, тяжелое течение.

14.03.2014 г. (16-й день болезни) пациент выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача-инфекциониста по месту жительства.

Выводы

Анализируя историю болезни, было установлено, что у больного лихорадка сохранялась в течение 10 дней, имела двухволновый характер, вторая волна была на 12-й день болезни. Сыпь появилась на 5-й день болезни и регрессировала в течение 10 дней.

Приведенный пример свидетельствует о необходимости иметь врачу настороженность к тропическим заболеваниям, в частности к лихорадкам, и пациентов с острыми лихорадочными состояниями, диспепсией, прибывших из стран с тропическим и субтропическим климатом, обследовать на лихорадку Денге.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Лобзин Ю.В. Руководство по инфекционным болезням. – Спб.: "Фолиант", 2000. – 932 с.

2 Серода Т.В., Батаева М.Е., Фазылова Н.Г. и др. Клиническое наблюдение завозного случая лихорадки Денге / Материалы V Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням. 25-27 марта 2013 г. – М., 2013. – С. 363-364

3 Хохлова Н.И., Краснова Е.И., Есикова Е.Ю. и др. Анализ завозных случаев лихорадки Денге у жителей Новосибирска // Материалы V Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням. 25-27 марта 2013 г. – М., 2013. – 434 с.

ТҰЖЫРЫМ

**Р.А. ЕГЕМБЕРДИЕВА, Н.К. ОСПАНБЕКОВА,
Л.Б. СЕЙДУЛАЕВА, Д.А. КУШЕНОВА**

¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан

²И.С. Жекенова атындағы Қалалық клиникалық инфекция ауруханасы, Алматы қ.

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНА СЫРТАН ЕНГЕН ДЕНГЕ ҚЫЗБАСЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ

Әлемнің 40% халқы Денге қызбасына шалдығады. Шамалы 2,5% ауруғашалдыққан адамдар, өледі.

Біздің туристердің тропикалық елдерге баруы тропикалық геморрагиялық қызбаларымен жұқтыруына алып келеді.

Науқас Ж., 46 жаста, 03.03.2014 ж. инфекциялық ауруханаға аурудың 5 күніне түсті.

Науқаста Денге қызбасының белгілері көрінді: аурудың жедел басталуы, 10 күндік қызба, екі толқындық сипатты, екінші толқындық аурудың 12 күні болды. Улануы белгілері, буындардың қақсауы, білезік және табан буырдарындағы қозғалыстың бөгіліп қалушылығы және аурушандығы. Жайылмалы лимфаденит. Бөртпе аурудың 5 күніне басталып 10 күніне кері кетті.

Бөртпе аурудың 5-ші күніне пайда болды және 10 күн ішінде регресс берді. Бөртпе көп нүктелі майда, арасында геморрагиялық бөртпе, склерит, конъюнктивит, беттің, табаның, білек буынының ісінуі, бет терісінің, мойының, аяқ-қолдың дистальді бөлімдерінің гиперемиясы, гепатомегалия, жалпы қан анализіндегі өзгерістер (қаннның ұю белгілері, тромбоцитопения, лейкопения, лимфоцитоз), биохимикалық қан анализінде ферментемия, гипопропротеинемия, Денге қызбасына Ig M, IgG антиденелердің анықтауы.

Эпид. анамнез: Сингапур, Бали, Малайзиядан келген. Ауруының 16-ші күні қанағаттанарлы жағдайда науқас ауруханадан шығарылды.

Қызбамен, интоксикациямен, бөртпемен, тропикалық және субтропикалық аймақтан келген науқастарға ұқыпты қарау денге қызбасына тексеру қажет.

Негізгі сөздер: қызба, бөртпе, интоксикация.

SUMMARY

**R.A. EGEMBERDIEVA, N.K. OSPANBEKOVA,
L.B. SEYDULAIEVA, D.A. KUSHENOVA**

¹Kazakh National Medical University

n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c., Kazakhstan

²Clinical Infectious Diseases Hospital

n.a. I.S. Zhekenova, Almaty c., Kazakhstan

CLINICAL CHARACTERS OF DELIVERED CASE OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER IN ALMATY

Over 40% of the world's population at risk of Dengue fever. Approximately 2.5% of the patients die. Check out our tourists in tropical countries can lead to infection of tropical hemorrhagic fevers.

J. patient, 46 years old, was admitted to the infectious diseases hospital 03.03. 2014, at 5 days of illness. The patient had typical manifestations of Dengue fever: acute onset, fever for 10 days, which had a double-wavelength character, the second wave was on the 12th day of illness. Symptoms of intoxication, arthralgia, stiffness and pain in the articulations of hands and feet. Generalized lymphadenopathy. The rash appeared on day 5 of illness and regressed within 10 days. Rash abundant punctulate, the drain hemorrhagic rash, scleritis, conjunctivitis, swelling of the face, joints of the hands, feet, hyperemia of facial, of neck, of distal sections extremities, hepatomegaly, changes in the blood count (signs of blood clots, thrombocytopenia, leukopenia, lymphomonocytosis), enzyme, hypoproteinemia in blood chemistry, detection of antibodies of class IgM, IgG to the Dengue virus. Epidemiological history: stay in Singapore, Bali, Malaysia.

On day 16 of illness patient is discharged in a satisfactory condition. The physician should be alert to patients with fever, intoxication, rash, who come from countries with tropical and subtropical climates and test them for Dengue fever.

Key words: fever, rash, intoxication.

Статья поступила в редакцию 23.12.2014 г.