

## СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ДЕНГЕ

А.Г. Дьячков<sup>1</sup>, Д.А. Лиознов<sup>1</sup>, В.В. Дорошкевич<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина, Санкт-Петербург

### Case Report of Dengue Hemorrhagic Fever

A.G. Dyachkov<sup>1</sup>, D.A. Lioznov<sup>1</sup>, V.V. Doroshkevich<sup>2</sup>

<sup>1</sup>First Saint-Petersburg State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Saint-Petersburg

<sup>2</sup>Clinical Hospital of Infectious Diseases named after S.P. Botkin, Saint-Petersburg

Рост мобильности населения во всем мире определяет не только быстрое и часто эпидемическое распространение инфекционных патогенов, но и завоз инфекционных болезней, не типичных для данной территории. Для Российской Федерации лихорадка денге (ЛД) относится к завозным инфекциям, для которых отсутствуют условия, необходимые для поддержания эпидемического процесса.

Согласно данным ВОЗ, более 40% населения Земли подвергаются риску заболевания денге. По оценке экспертов ВОЗ, ежегодно может происходить 50–100 миллионов новых случаев инфицирования вирусом денге. До 1970 г. эпидемии тяжелой денге происходили лишь в 9 странах. В настоящее время болезнь является эндемической более чем в 100 странах Африки, Америки, Восточного Средиземноморья и Западной части Тихого океана. Смертность от этой инфекции составляет 2,5% [1].

В 2010–2012 гг. был зарегистрирован 81 случай завоза ЛД на территорию Российской Федерации [2]. За 4 месяца 2013 г. сообщено о 70 случаях заболевания, завезенных туристами, преимущественно из Таиланда [3].

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, выделяют классическую лихорадку денге и геморрагическую лихорадку, вызванную вирусом денге. Выделено 4 серотипа вируса денге. Заболевание оставляет стойкий сероспецифический иммунитет. При первичном инфицировании возбудителем возникает классическая форма денге. Повторное заражение гетерологичным серотипом вируса денге приводит к развитию геморрагической лихорадки.

Основными переносчиками возбудителя являются комары *Aedes aegypti*. Инкубационный пе-

риод ЛД составляет 4–10 дней. Клиническая картина заболевания полиморфна, характеризуется высокой лихорадкой, выраженными явлениями интоксикации (вплоть до развития инфекционно-токсического шока), лимфаденопатией, сыпью, проявлениями геморрагического синдрома различной степени тяжести. Серологическая диагностика позволяет дифференцировать первичную и повторную инфекцию вирусом денге по срокам появления и титру IgM и IgG.

Отсутствие эпидемиологической и клинической настороженности в отношении ЛД, сложность диагностики определили целесообразность представления следующего клинического случая.

Жительница Санкт-Петербурга, Н., 36 лет, 7 ноября 2011 г. переведена в Клиническую инфекционную больницу им. С.П. Боткина (КИБ им. С. П. Боткина) из инфекционного отделения многопрофильного стационара с диагнозом «Тифопаратифозное заболевание (?)».

Из анамнеза известно, что в течение 8 недель находилась в г. Дели (Индия), где проходила обучение йоге в частной школе. Следует отметить, что пациентка неоднократно выезжала в Индию, последние 2 раза в 2008 и 2010 гг., заболевания в предыдущие посещения Индии отрицает. Утром 1 ноября в день прибытия в Санкт-Петербург у больной появился потрясающий озноб, повышение температуры тела до 39°C, в связи с чем принимала антигриппин с кратковременным эффектом. В этот же день пропал аппетит, появилась тошнота, рвоты не было. В последующие два дня нарастала общая слабость, сохранялись лихорадка и сухой кашель, снизился объем диуреза. На 4-й день болезни (04.11.2011) состояние больной ухудшилось: усилилась общая слабость, дважды была рвота. Больная вызвала врача неотложной помо-

щи и была госпитализирована в инфекционное отделение соматического стационара с диагнозом «Фолликулярная ангина». В приемном отделении стационара осмотрена врачом-инфекционистом и гинекологом. При лабораторном обследовании выявлены лейкопения ( $2,0 \times 10^9/\text{л}$ ), тромбоцитопения ( $102 \times 10^9/\text{л}$ ), повышенная активность АЛТ (420 МЕ/л) и АСТ (237 МЕ/л). Диагноз при поступлении: «Острое респираторное заболевание по типу ринофаринготонзиллита, средняя степень тяжести». Сопутствующий диагноз: «ЖКБ, хронический калькулёзный холецистит, вне обострения. Поликистоз яичников. Дисфункция яичников. Гиперальменорея». Была назначена антибактериальная (ципрофлоксацин 200 мл 2 раза в день) и инфузионная терапия, гемостатики (викасол, дицинон).

По данным эпикриза направившего стационара, в последующие 3 дня, несмотря на проводимое лечение, состояние больной не улучшалось. Сохранялись жалобы на слабость, незначительные боли в животе в нижних отделах справа, отсутствие стула в течение 5 суток, отсутствие аппетита, периодическую тошноту, рвоту 1–2 раза в день на высоте тошноты, мажущие выделения из половых путей. Объективно отмечали состояние средней тяжести, больная адинамична, апатична. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 88 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области слепой кишки, положительный симптом Падалки. Печень ниже рёберной дуги на 1,5 см. Вечером 05.11.11 г. выявлена розеолезно-пятнистая сыпь на животе, груди, спине, ягодицах, бёдрах, плечах. По данным клинического анализа крови, снижение числа тромбоцитов до  $64 \times 10^9/\text{л}$ . На основании клинических и анамнестических данных высказано предположение о наличии у пациентки брюшного тифа. Для дальнейшего лечения больная была переведена в Клиническую инфекционную больницу (КИБ) им. С.П. Боткина.

В приемном отделении КИБ им. С.П. Боткина больная предъявляла жалобы на слабость, повышение температуры тела до  $38^\circ\text{C}$ , головную боль, выраженные боли в мышцах, суставах и поясничной области, тошноту, рвоту при попытке принять пищу и воду, редкий сухой кашель, мажущие кровянистые выделения из влагалища (1-й день месячного цикла – 26.10.2011). При объективном обследовании: состояние тяжелое, вялая, плохо помнила анамнез заболевания. В нижней части склеры левого глаза – кровоизлияние треугольной формы, слизистая оболочка мягкого неба гиперемирована с точечными геморрагическими элементами. На кожных покровах туловища и конечностей – обильная петехиальная сыпь с тенденцией к сгущению на кистях, стопах, по боковым поверхностям живота. Пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм рт. ст., тоны сердца чистые. Одышки

нет, в легких с 2 сторон единичные сухие хрипы. Живот мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области, положительный симптом Падалки – притупление перкуторного тона в правой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины нет. Печень пальпировалась на 1 см ниже края реберной дуги, безболезненная, в левом подреберье – безболезненный край селезенки. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований на высоте пальца не обнаружено, на перчатке коричневый оформленный кал.

Диагноз приемного отделения: «Псевдотуберкулез, генерализованная форма (?), обследование на тифо-паратифозное заболевание». К предыдущей терапии добавлен цефтриаксон (2 г 2 раза в день). На следующий день температура тела нормальная, сохранялась выраженная общая слабость, тошнота, отсутствовал аппетит, была однократная рвота светлым желудочным содержимым, незначительная изжога, однократный оформленный коричневый стул.

С учетом анамнеза и клинической картины 09.11.2011 назначено серологическое обследование на антитела классов IgM и IgG к вирусу денге методом ИФА, 11.11.2011 г. получен положительный результат и зарегистрирован диагноз: «Геморрагическая лихорадка, вызванная вирусом денге (IgM+, IgG+ от 10.01.2011), средней степени тяжести».

С 10-го дня лихорадочного периода (10.11.2011 г.) отмечалось угасание сыпи, сохранялась субфебрильная температура тела. Больная была выписана из стационара на 2-й день апирексии, 16-й день болезни (12-й день стационарного лечения) в удовлетворительном состоянии.

Представленный клинический случай демонстрирует трудности диагностики ЛД вне эндемичного региона. Неоднократное пребывание больной в эндемичном по ЛД регионе, типичная клиническая картина с проявлениями геморрагического синдрома, тромбоцитопения, обнаружение специфических антител позволили диагностировать геморрагическую лихорадку, вызванную вирусом денге.

Тщательный сбор и анализ данных эпидемиологического анамнеза и настороженность врачей в отношении завозных инфекций могут способствовать ранней диагностике так называемых экзотических инфекций. Необходимо учитывать, что вновь пребывающие в эндемичский очаг заболевают только классической формой лихорадки денге. Однако реинфицирование другими серотипами возбудителя при повторном посещении эндемичных регионов приводит к развитию геморрагической лихорадки, вызванной вирусом денге.

#### Литература

1. Денге и тяжелая денге // информационный бюллетень воз. — № 117. — Декабрь 2012 г. — Url: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/ru/index.html> (дата обращения: 09.09.2013).

2. Письмо роспотребнадзора от 07.12.2012 №01/13990-12-32 «О подготовке к туристическому сезону в преддверии новогодних каникул». — Url: [http://rospotrebnadzor.ru/c/journal/view\\_article\\_content?Groupid=10156&articleid=1824391&version=1.2](http://rospotrebnadzor.ru/c/journal/view_article_content?Groupid=10156&articleid=1824391&version=1.2) (Дата обращения: 09.09.2013).

3. Протокол совещания специалистов, осуществляющих эпидемиологический надзор за инфекционными и паразитарными болезнями, от 16.05.2013. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. — Url: [http://rospotrebnadzor.ru/search?P\\_p\\_id=20&p\\_p\\_lifecycle=1&p\\_p\\_state=exclusive&p\\_p\\_mode=view&\\_20\\_struts\\_action=%2fdocument\\_library%2fget\\_file&\\_20\\_groupid=107336&\\_20\\_folderId=0&\\_20\\_name=7479](http://rospotrebnadzor.ru/search?P_p_id=20&p_p_lifecycle=1&p_p_state=exclusive&p_p_mode=view&_20_struts_action=%2fdocument_library%2fget_file&_20_groupid=107336&_20_folderId=0&_20_name=7479) (дата обращения: 09.09.2013).

---

#### Авторский коллектив:

*Дьячков Андрей Георгиевич* — старший научный сотрудник лаборатории хронических вирусных инфекций НИЦ Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова; тел.: 8(812)499-70-58, e-mail: CD4@inbox.ru;

*Лиознов Дмитрий Анатольевич* — заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, д.м.н.; тел.: 8(812)499-70-58, e-mail: dlioznov@yandex.ru;

*Дорошкевич Вера Валерьевна* — врач Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина, к.м.н.; тел.: +7-921-401-55-39.