

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БРЮШНОГО ТИФА В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.А. Перминова¹, И.Б. Иванов², Ю.А. Герасимов², Е.В. Захар²

¹ Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта, Калининград, Россия

² Инфекционная больница Калининградской области, Россия

Clinical case of typhoid fever in the Kaliningrad region

L.A. Perminova¹, I.B. Ivanov², Yu.A. Gerasimov², E.V. Zakhar²

¹ Baltic Federal University named after Immanuel Kant, Kaliningrad, Russia

² Infectious Hospital of the Kaliningrad Region, Russia

Резюме

В настоящее время на территории Российской Федерации брюшной тиф регистрируется в виде единичных sporadических случаев. Прежде всего это связано с завозными случаями при посещении россиянами неблагополучных по брюшному тифу зарубежных стран. Приведен клинический случай заболевания у жительницы г. Калининграда, вернувшейся из туристической поездки в Индию. Стертая картина заболевания требует настороженности врачей и знания основных клинических вариантов течения болезни. Изучение эпидемиологического анамнеза и следование нормативным документам позволили поставить правильный диагноз. Лечение проведено с положительным результатом.

Ключевые слова: брюшной тиф, клинический случай, диагностика.

Abstract

Currently, on the territory of the Russian Federation, typhoid fever is registered in the form of sporadic cases, primarily due to imported cases when Russians visit epidemiologically unfavorable for typhoid fever in foreign countries. A clinical case of a woman from Kaliningrad, who returned from a tourist trip to India, is given. The erased picture of the disease requires the doctors' alertness and knowledge of the main clinical variants of the disease course. The study of epidemics and the follow-up to normative documents made it possible to establish the correct diagnosis. The treatment was carried out with a positive result.

Key words: typhoid fever, clinical case, diagnosis.

Введение

В настоящее время брюшной тиф, как правило, встречается в странах с жарким климатом, низким уровнем санитарной культуры, высокой плотностью населения, отсутствием централизованного водоснабжения и канализации. Эндемичные по этому заболеванию страны Индийского субконтинента, Центральной и Юго-Восточной Азии и Африки служат источником распространения брюшного тифа на других территориях [1, 2]. В Российской Федерации брюшной тиф является редким sporadическим заболеванием. Так, по данным Роспотребнадзора, заболеваемость брюшным тифом в России за последние годы составляла от 0,1 до 0,01 на 100 тысяч населения [3].

На территории Калининградской области до 2012 г. регистрировались единичные случаи брюшного тифа среди населения (в 2011 г. — 4 случая), а с 2013 по 2016 г. не зарегистрировано ни одного случая [4].

Миграция населения внутри страны, трудовые мигранты из эпидемически неблагополучных регионов, а также активный туризм в страны с жар-

ким климатом способствует завозу брюшного тифа на территорию Российской Федерации. Редкость данного заболевания способствует снижению эпидемиологической настороженности в отношении него. Самостоятельный прием пациентами лекарственных препаратов, в том числе антибактериальных, способствует изменению клинической картины заболевания, появлению стертых и атипичных форм, что также затрудняет диагностику заболевания. Однако больной брюшным тифом или носитель может стать причиной вспышки заболевания среди местного населения [5, 6].

Клинический случай

Пациентка К., 1988 года рождения поступила в Инфекционную больницу Калининградской области 10.08.2017 г. по направлению участкового врача-терапевта с диагнозом «Лихорадка неуточненная». При поступлении пациентка предъявляла жалобы на слабость, озноб, повышение температуры тела до 38,5–39,5°C. Из анамнеза известно, что с 10.07.17 по 22.07.17 г. находилась в туристической поездке в Индии. На следующий день после возвращения в г. Калининград с 23.07.17 г. у пациентки

отмечался жидкий стул, за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно. Явления гастроэнтерита через несколько дней купировались. Через две недели после возвращения из Индии, с 5.08.17 г. стало отмечаться повышение температуры тела с ознобом до 38,5°C, нарастала слабость. Пациентка обратилась за медицинской помощью к участковому врачу, был назначен аугментин, на фоне приема антибактериального препарата состояние прогрессивно ухудшалось, нарастали симптомы интоксикации, отмечались боли в животе, температура повышалась до 39,5°C. В связи с тяжестью состояния и отсутствием положительной динамики была направлена на стационарное лечение.

Объективно при поступлении: состояние средней тяжести, правильного телосложения, пониженного питания, кожа и слизистые бледные, чистые, сыпи нет, язык обложен бело-желтым налетом, периферические лимфоузлы не увеличены, тоны сердца ритмичные, приглушены. Артериальное давление — 100/70 мм рт.ст., пульс — 76 уд/мин. В легких хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, доступен пальпации, симптомов раздражения брюшины нет. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка пальпаторно не определяется. Менингеальные симптомы отрицательные. Мочеиспускание не нарушено, диспепсического и диарейного синдрома не отмечалось.

В общем анализе крови: гемоглобин — 117 г/л, эритроциты — $4,57 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты — 226×10^9 /л, лейкоциты — $6,7 \times 10^9$ /л (палочко-ядерные — 3%, сегментоядерные — 58%, лимфоциты — 20%, моноциты — 18%, эозинофилы — 1%), СОЭ — 40 мм/ч.

В общем анализе мочи — белка нет, лейкоциты до 10 в поле зрения, удельный вес — 1,010, pH 6,5.

В биохимическом анализе крови: глюкоза — 5,03 ммоль/л (3,83–5,83 ммоль/л), билирубин общий — 6,9 ммоль/л (0–17 ммоль/л), мочевины — 3,1 ммоль/л (2,5–6,5 ммоль/л), креатинин — 73 ммоль/л (53–115 ммоль/л), АЛТ — 40,0 U/L (0–41 U/L), АСТ — 44,3 U/L (0–40 U/L).

Учитывая анамнез заболевания, эпидемиологический анамнез, было проведено комплексное специфическое обследование для выявления инфекционной причины лихорадочно-интоксикационного состояния.

Посев крови на стерильность трехкратно — роста микроорганизмов в аэробных и анаэробных условиях не получено.

Исследование крови (серологическое исследование на бруцеллез) реакция Хеддельсона — отрицательно; реакция Райта — отрицательно, антитела к возбудителю бруцеллеза: IgM — отрицательно; IgG — отрицательно.

Исследование крови методом ИФА на герпетическую инфекцию: антитела к вирусу Эпштейна — Барр — VCA Ig M — не обнаружены, EA — IgG — обнаружены, КП=2,3, антитела к цитомегаловирусу (ЦМВ) — Ig M — не обнаружены, JgG — 0,8 Е/мл (высокая avidность), антитела к вирусу простого герпеса (ВПГ 1,2) — Ig M — не обнаружены, IgG — 1/800 (высокая avidность. Антитела к *Toxoplasma gondii* — IgA не обнаружены; IgM не обнаружены; IgG не обнаружены.

Исследование крови на вирус клещевого энцефалита (ИФА) от 17.08: IgM — не обнаружены; IgG 1/80.

Исследование крови на Лайм-боррелиоз (ИФА): IgM — 1/100, IgG не обнаружены, антитела класса IgM к антигенам *Borrelia burgdorferi*: p411 — обнаружен; OspC — не обнаружены; DbpA — обнаружен; VlsE не обнаружен.

Исследование крови на ВИЧ: антитела к ВИЧ — 1, 2, антиген p24 ВИЧ — 1 не выявлены. Исследование крови на RW — антитела к *Treponema Pallidum* не выявлены.

Анализ крови на малярию — плазмодии малярии не обнаружены.

Анализ крови на гемокультуру — выделена *Salmonella typhi* (17.08), антибиотикограмма — чувствительность к гентамицину, цефотаксиму, ципрофлоксацину, цефазолину, левомицетину, устойчивость к фуразолидону и цефтриаксону.

Посев кала на патогенную и условно-патогенную кишечную флору (17.08) — возбудители дизентерии, сальмонеллез не выделены. Выделена *E.coli* O 151:K (17.08), антибиотикограмма: чувствительность к гентамицину, фуразолидону и левомицетину, устойчивость к цефотаксиму, ципрофлоксацину, цефазолину, цефтриаксону.

Серологическое исследование крови на брюшной тиф (реакция Видаля) от 15.08. — отрицательно с брюшнотифозными антигенами О, ОН, паратифозными антигенами А, В. В динамике отмечалось нарастание титра антител к брюшнотифозным антигенам: реакция Видаля (от 22.08) антигенами О — отрицательно; ОН — 1:1600. Реакция Видаля (от 05.09) с брюшнотифозным антигенами О 1:400, ОН 1:1600; с паратифозным антигенами: А — отрицательно, В — отрицательно.

Исследование мочи на тифы, паратифы (трехкратно) — сальмонеллы не выделены.

Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции — патологических изменений не выявлено.

Ультразвуковое исследование — диффузные изменения паренхимы печени, гепатомегалия незначительная за счет левой доли, селезенка не изменена, забрюшинные и подвздошные лимфатические узлы не сканируются, свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

Бактериологическое исследование кала на тифы, паратифы в динамике (12.09) — возбудители дизентерии, сальмонеллез, патогенных эшерихиозов не выделены.

Таким образом, у пациентки с лихорадочно-интоксикационным синдромом, который развился после возвращения из туристической поездки в Индию, при лабораторной диагностике выделена гемокультура *Salmonella typhi*, в копрокультуре и уринокультуре брюшнотифозные бактерии не выделены, в динамике отмечено нарастание титра антител с брюшнотифозными антигенами О и ОН, на основании полученных результатов был выставлен диагноз: брюшной тиф, вызванный *Salmonella typhi*, средней степени тяжести. В клинической картине отсутствовали основные классические симптомы брюшного тифа (характерная розеолезная сыпь, гепатоспленомегалия, симптом Падалки), заболевание проявлялось упорным лихорадочно-интоксикационным синдромом и слабо выраженным болевым абдоминальным синдромом. Прием антибактериальных препаратов амбулаторно также мог оказать влияние на клиническую картину заболевания. Сразу после возвращения из поездки у пациентки отмечались явления энтероколита, что могло быть проявлением энтероинвазивной инфекции, вызванной *E. Coli* O151:K.

Пациентка в стационаре получала лечение: диета — стол № 4, строгий постельный режим, была проведена дезинтоксикационная терапия глюкозо-солевыми растворами, антибактериальная терапия (цефотаксим по 2,0 г 2 раза в день 14 дней, ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день 10 дней, метронидазол по 0,5 г 2 раза в день 10 дней) с учетом чувствительности к антибиотикам.

В течении первых трех дней пребывания в стационаре у пациентки сохранялось лихорадочное состояние, отмечалось повышение температуры до 39°C в вечернее и ночное время. С 4-го дня пребывания в стационаре состояние с положительной динамикой, перестала лихорадить, улучшилось самочувствие.

В контрольных анализах копро- и уринокультур брюшнотифозные бактерии не определялись.

Через 36 дней пребывания в стационаре пациентка выписана с улучшением под наблюдение врача кабинета инфекционных заболеваний по месту жительства.

Заключение

Активное развитие туризма, посещение россиянами неблагополучных по брюшному тифу за-

рубежных стран является риском возникновения завозных случаев брюшного тифа. Спорадический брюшной тиф нередко протекает атипично, что затрудняет его диагностику. Проявление настороженности врачей в отношении брюшного тифа, особенно при наличии эпидемиологического анамнеза, а также соблюдение основного правила ведения лихорадочных больных (обязательное взятие крови на гемокультуру у всех больных с лихорадкой неустановленного генеза продолжительностью свыше 3 дней) способствует своевременной диагностике и лечению заболевания.

Литература

1. Лобзин, Ю.В. Брюшной тиф: современное состояние проблемы / Ю.В. Лобзин [и др.] // Клиническая Микробиология и Антимикробная Химиотерапия — 2005. — Т. 7, № 1. — С. 47 — 67.
2. Коваленко, А.Н. Брюшной тиф: опыт последнего десятилетия / А.Н. Коваленко [и др.] // Журнал инфектологии — 2009. — Т. I, № 2/3. — С. 69 — 72.
3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году: Государственный доклад. — М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2017. — 220 с.
4. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Калининградской области в 2016 году: Государственный доклад. — К.: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Калининградской области, 2017. — 246 с.
5. Ахмедов, Д.Р. Брюшной тиф: клинико-лабораторные проявления, течение и исходы в современных условиях / Д.Р. Ахмедов [и др.] // Вестник ДГМА. — 2012. — № 1 (2). — С. 39 — 43.
6. Кафтырева, Л.А. Особенности брюшного тифа в Российской Федерации / Л.А. Кафтырева [и др.] // Дальневосточный Журнал Инфекционной Патологии. — 2012. — № 21. — С. 101 — 108.

References

1. Lobzin, YU.V. Klinicheskaya Mikrobiologiya i Antimikrobnaya Himioterapiya . 2005; 7.1: 47-67 (in Russian).
2. Kovalenko, A.N. ZHurnal infektologii /2009; 1.2/3:69-72 (in Russian).
3. O sostoyanii sanitarno-ehpidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Rossijskoj Federacii v 2016 godu: Gosudarstvennyj doklad . — M.: Federal'naya sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitel'ey i blagopoluchiya cheloveka, 2017:220 (in Russian).
4. O sostoyanii sanitarno-ehpidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Kaliningradskoj oblasti v 2016 godu: Gosudarstvennyj doklad.- K.: Upravlenie Federal'noj sluzhby po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitel'ey i blagopoluchiya cheloveka po Kaliningradskoj oblasti, 2017:246 (in Russian).
5. Ahmedov D.R. Vestnik DGMA.2012; 1(2):39-43 (in Russian).
6. Kaftyreva, L.A. Dal'nevostochnyj ZHurnal Infekcionnoj Patologii: 2012;

Авторский коллектив:

Перминова Людмила Анатольевна — доцент кафедры терапии Балтийского федерального университета имени Иммануила Канта, к.м.н.; тел.: 8(4012)46-15-30, e-mail: LPerminova@kantiana.ru, perminova72@mail.ru

Иванов Игорь Борисович — заместитель главного врача по медицинской части Инфекционной больницы Калининградской области; тел.: 8(4012) 6-12-94, e-mail: inf-bol@infomed39.ru

Герасимов Юрий Анатольевич — заведующий 1 инфекционным (боксированным) отделением Инфекционной больницы Калининградской области, врач-инфекционист; тел.: 8(4012)46-12-94, e-mail: inf-bol@infomed39.ru

Захар Екатерина Васильевна — врач-инфекционист 1 инфекционного (боксированного) отделения Инфекционной больницы Калининградской области; тел.: 8(4012)46-12-94, e-mail: inf-bol@infomed39.ru