

СЛУЧАЙ ЗАВОЗНОЙ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ В НИЖНЕМ НОВГОРОДЕ

УДК 616.91/.93(471.341)

Поступила 31.08.2010 г.



О.В. Корочкина, д.м.н., профессор, зав. кафедрой инфекционных болезней;
О.Л. Соболевская, к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней

Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород

Описывается случай завозной лихорадки Денге, классической формы, с благоприятным исходом. Из-за постоянной настороженности врачей в тропических и субтропических странах в отношении данной болезни лихорадка Денге у больной была заподозрена уже при поступлении в стационар на Бали.

Ключевые слова: лихорадка Денге, вирусные болезни, геморрагический синдром.

English

A case of dengue-fever in Nizhny Novgorod

O.V. Korochkina, MD, Professor, Head of the Department of Infectious Diseases;
O.L. Sobolevskaya, MD, Associate Professor, the Department of Infectious Diseases

Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod

A case of the imported dengue-fever, with a favorable outcome is described. Dengue-fever was suspected in a patient when she was admitted to Bali hospital because physicians in tropical and subtropical countries are always on the alert to the disease.

Key words: dengue-fever, virus diseases, hemorrhagic syndrome.

Лихорадка Денге — широко распространенная в тропических и субтропических регионах вирусная болезнь из группы геморрагических лихорадок, передаваемых комарами, реже москитами от инфицированных людей или обезьян. Классическая форма болезни («костно-ломная лихорадка») проявляется внезапным подъемом температуры тела, головной болью, болями в мышцах и суставах (возможно с нарушением походки), головокружением, появлением сыпи на коже. Более тяжелое течение с присоединением геморрагического синдрома, развитием инфекционно-токсического или смешанного (инфекционно-токсического и гиповолемического) шока и высоким риском летального исхода является клинической основой геморрагической формы лихорадки Денге, которая развивается в редких случа-

ях, когда переболевший повторно заражается вирусом Денге и этот вирус имеет другой серотип [1].

Болезнь преимущественно распространена в ряде стран Юго-Восточной Азии: Пакистане, Индии, Бирме, Шри-Ланке, Таиланде, Вьетнаме, Камбодже, Лаосе, Малайзии, Сингапуре. Заболеваемость совпадает с ареалом распространения основных переносчиков — комаров. Наиболее интенсивно она 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 [2]. По данным ВОЗ, в мире ежегодно болеет лихорадкой Денге до 50 млн человек, из них умира-

Для контактов: Соболевская Оксана Львовна, тел. раб. 8(831)433-44-46, тел. моб. +7 910-396-91-37; e-mail: vad5584@yandex.ru.

ет 25 тыс. [3]. Можно с уверенностью говорить, что в течение последнего десятилетия страны Юго-Восточной Азии захлестнула волна эпидемии, вызванной лихорадкой Денге. В России в апреле и мае 2010 г. официально зарегистрировано четыре случая (два — в Томске, один — в Воронеже, один — в Москве) завозной болезни: трое заразились на Бали, один — в Таиланде. В июне 2010 г. зарегистрирован случай данной болезни в Нижнем Новгороде.

Больная С., 28 лет, 15.06.2010 г. обратилась в инфекционную клинику с жалобами на немотивированную общую слабость и быструю утомляемость, мешавшие выполнять свои профессиональные обязанности в должном объеме. Из анамнеза выяснено, что с 11.05 по 22.05 пациентка отдыхала на Бали, 14.05 принимала участие в экскурсии в джунгли, где ее кусали комары. На следующий день в зоопарке Бали ее укусила обезьяна. Через три дня внезапно почувствовала озноб, ломоту в теле и нарастающую головную боль, локализирующуюся преимущественно в лобной области; температура тела повысилась до 37,9°C. После приема жаропонижающих температура снизилась до 37,0°C, головная боль сохранялась. На следующий день температура и отмеченные симптомы narosли, периодически повторялся озноб. После приема жаропонижающих кратковременное снижение температуры сопровождалось проливными потоми. В течение вторых суток болезни к выше перечисленным проявлениям присоединились тошнота, рвота и сильные боли в лучезапястных, коленных, голеностопных суставах и позвоночнике. Усилились миалгии. 19.05 больная была госпитализирована в местный городской стационар. При поступлении состояние оценивалось как средней тяжести, температура тела — 38,2°C, лицо гиперемировано, шейные и подмышечные лимфоузлы — до 1 см в диаметре, безболезненные. В ротоглотке — гиперемия дужек, задней стенки глотки, небных миндалин. Миндалины при этом не увеличены. Размеры печени и селезенки — в норме. Пастозность вокруг лучезапястных суставов. Подвижность в крупных суставах ограничена из-за боли. С учетом клинко-эпидемиологических данных заподозрена лихорадка Денге. В общеклиническом анализе крови обращали на себя внимание лейкопения ($3,0 \cdot 10^9/\text{л}$), нейтропения, относительный лимфоцитоз (42%), тромбоцитопения ($101 \cdot 10^9/\text{л}$) с последующим нарастанием изменений. Диагноз подтвержден обнаружением антител класса М к вирусу Денге. В стационаре проводились дезинтоксикационная и регидратационная

терапия (парентерально, общим объемом до 2,5 л), поддерживающая терапия (аскорбиновая кислота, этамзилат натрия). На второй день пребывания в стационаре (3-и сутки болезни) объем парентеральной дезинтоксикации уменьшен до 1 л, поддерживающая регидратация продолжена перорально. Больная выписана на 4-е сутки от начала болезни со значительным улучшением: температура тела нормализовалась, головная боль и миалгии исчезли, рвота не повторялась, тошнота оставалась незначительной (только после приема пищи), пастозность вокруг суставов исчезла, артралгии беспокоили значительно меньше; лейкоциты — $3,2 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты — $101 \cdot 10^9/\text{л}$.

После прибытия в Нижний Новгород (22.05) вновь отмечены субфебрильная температура (4 дня), выраженная слабость, быстрая утомляемость, периодическое головокружение, однако за медицинской помощью до 15.06 не обращалась. Принимала поливитамины. При осмотре (через 4 нед от начала болезни) объективно — умеренная бледность кожных покровов и брадикардия (частота сердечных сокращений — 58 в минуту). В анализе крови отмечалось нормальное содержание лейкоцитов ($7,2 \cdot 10^9/\text{л}$), тромбоцитов ($210 \cdot 10^9/\text{л}$). Астенизация и наличие брадикардии расценены как проявления периода реконвалесценции лихорадки Денге. Они могут регистрироваться у трети больных и сохраняться до 1,5 мес. Был рекомендован прием поливитаминов, неспецифических (на основе лекарственных трав) иммунокорректоров и ограничение физической нагрузки.

Данный случай весьма показателен. Современные реалии (урбанизация, быстрый промышленный рост, миграции групп рабочих из одной страны в другую, воздушный транспорт) способствуют распространению лихорадки Денге. Врачам следует уделять большее внимание сочетанию эпидемиологических данных с неясной лихорадкой и клинко-лабораторными признаками геморрагического синдрома.

Литература

1. Тропические болезни. Учебник. Под ред. Шуваловой. СПб: Элби-СПб; 2004; 704 с.
2. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И. и др. Инфекционные болезни и эпидемиология. М: ГЭОТАР-Медиа; 2007; 816 с.
3. Информационный бюллетень ВОЗ №117(9), март 2009. who.int/mediacentre/factcheets/fs117/ru/index/html.