

Впервые выявленный случай заболевания лихорадкой Денге в Республике Саха (Якутия)

Дьячковская П. С.

к.м.н., доцент, кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и дерматовенерологии

Слепцова С. С.

д.м.н., профессор, заведующая, кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и дерматовенерологии

ФГАОУ ВО Северо-Восточный Федеральный Университет, Медицинский институт, Якутск, Россия.

Автор для корреспонденции: Дьячковская Парасковья Семеновна; **e-mail:** d-ya.ps@yandex.ru.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Аннотация

В последние годы страны Юго-Восточной Азии пользуются особой популярностью у российских туристов, в том числе у жителей Якутии. В данной статье представлено описание клинического случая лихорадки Денге в Республике Саха (Якутия) у женщины, отдыхавшей во Вьетнаме. Заболевание протекало в классической форме, исход заболевания благоприятный.

Ключевые слова: лихорадка неясной этиологии, лихорадка Денге, завозная инфекция

doi: 10.29234/2308-9113-2019-7-1-55-60

Лихорадка Денге – острая зооантропонозная арбовирусная болезнь с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, распространенная в странах тропического и субтропического пояса. Различают две клинические формы болезни: классическую и геморрагическую (шоковый синдром Денге). Классическая лихорадка Денге характеризуется двухволновой лихорадкой, миалгией, артралгией, экзантемой, полиаденитом, лейкопенией и доброкачественным течением болезни. Геморрагическая лихорадка Денге характеризуется развитием тромбогеморрагического синдрома, шока и высокой летальностью. Возбудитель относится к арбовирусам, роду *Flavivirus*, *Flaviviridae*. Геном представлен однонитевой РНК. Известны четыре антигенных серотипа вируса Денге: DEN I, DEN II, DEN III, DEN IV [2,7]. Источником инфекции в эпидемических очагах служит больной человек, а в эндемических очагах им могут быть обезьяны. Человеку инфекция передается комарами вида *Aedes aegypti*. Специфическая профилактика на настоящий момент не разработана.

Ежегодно инфекцией вируса лихорадки Денге заболевают более 50 миллионов людей всех возрастных групп, инфекция является причиной более 500 000 госпитализаций и 12 500 смертей во всем мире [5,7].

Случаи лихорадки Денге зарегистрированы в 2016-2017 гг. в 27 субъектах Российской Федерации, всего выявлено 288 случаев этой инфекции, 137 из которых (47,6%) были завезены из Таиланда, 60 (20,8%) случаев из Вьетнама и 32 (11,1%) – из Индонезии. Лихорадка Денге регистрировалась также у вернувшихся из стран Африки (Ангола, Египет), Южной Азии (Индия, Мальдивская Республика, Шри-Ланка), Юго-Восточной Азии (Мьянма, Сингапур, Малайзия). Наибольшее количество заболевших выявлено в г. Москве (36 случаев – в 2016 г. и 50 случаев – в 2017 г.), Хабаровском крае (16 случаев – в 2016 г. и 20 случаев – в 2017 г.) и г. Санкт-Петербурге (7 случаев – в 2016 г. и 9 случаев – в 2017 г.). На протяжении 2012-2017 гг. наметилась тенденция к росту общего количества завозных случаев на территорию России, в том числе и из определенных стран, что связано с ростом интенсивности их посещения. Так, в 2012 году среди граждан, прибывших из Вьетнама, было зарегистрировано 2 случая лихорадки Денге, тогда как за 2017 год уже 28 случаев инфекции [1].

Приведем описание впервые выявленного заболевания лихорадкой Денге, зарегистрированного на территории РС (Якутии). Больная Ф., 31 лет, жительница г. Якутска, поступила в инфекционное отделение ГБУ РС (Я) «ЯГКБ», 24.10.15 (на 4-й день болезни) с жалобами на высокую температуру до 39°C, высыпания по всему телу, ломоту в мышцах, слабость, отечность лица, увеличение шейных лимфоузлов. Из анамнеза болезни выяснено, что заболела остро 20 октября, когда у больной резко повысилась температура тела до 40°C, появились боли в мышцах и костях. Женщина самостоятельно принимала жаропонижающие препараты, но эффекта от лечения не было, температура тела сохранялась. Больная из-за сильных, нестерпимых головных болей и болей в мышцах в течение 2-х дней принимала холодные ванны, температура тела при этом держалась до 40°C. Затем, в последующие дни, наблюдалось снижение до 37,5°C, однако мышечная боль сохранялась, больше в мышцах поясницы. 23.10.15 примерно в 23 ч 00 мин., приняла ципролет 1000 мг одномоментно, а ночью появилась мелкоточечная сыпь. Со слов больной, отмечается аллергия на цефалоспорины в виде крапивницы и на хлористый кальций по типу удушья.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что больная отдыхала во Вьетнаме с 11 октября по 23 октября с дочерью 6 лет. Девочка – здорова. Контакт с инфекционными больными отрицает. Во время отдыха были случаи укуса комарами и мошками. Употребляли только бутилированную воду. Корью и краснухой не болела.

Состояние при поступлении расценено как средней степени тяжести. По всей поверхности тела и на лице отмечается мелкоточечная уртикарная сыпь без геморрагий, не выступающая над уровнем кожи, без зуда и шелушения. Лицо одутловато, слегка гиперемировано. Отмечается небольшая инъекция сосудов склер. При пальпации мышцы спины и поясницы безболезненны. Затылочные, шейные лимфатические узлы увеличены, размером с горошины, при пальпации чувствительные, плотноэластической консистенции, не спаянные с окружающими тканями. Язык суховат. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритм

правильный, ЧСС 88 в мин., АД 110/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления без особенностей.

С учетом клинико-эпидемиологических данных выставлен диагноз: лихорадка неясной этиологии. Специфическое лечение лихорадки Денге отсутствует, поэтому применяются симптоматические средства [2]. В стационаре проводились дезинтоксикационная и симптоматическая терапия (супрастин 2,0 в/м, но-шпа 2,0 в/м). Больная выписана на 5-е сутки от начала госпитализации с улучшением. Был рекомендован прием поливитаминов, иммунал 20 кап. 3 раза в день и ограничение физической нагрузки.

В общем анализе крови от 24.10.15 – лейкоциты $2,1 \times 10^9$ /л, гемоглобин 134 г/л, эритроциты $4,48 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 40.4%, тромбоциты 199×10^9 /л, эозинофилы 1%, нейтрофилы палочкоядерные 4%, нейтрофилы сегментарные 30%, лимфоциты 59%, моноциты 6%, СОЭ 6 мм/ч; при выписке от 28.10.15 – лейкоциты $3,5 \times 10^9$ /л; гемоглобин 125 г/л; эритроциты $4,0 \times 10^{12}$ /л; эозинофилы 5%; лимфоциты 37%; моноциты 8%; СОЭ 5 мм/ч. Биохимический анализ – общий белок 82 г/л, билирубин общий 5 мкмоль/л, глюкоза крови 5,3 ммоль/л, мочевины 2.4 ммоль/л, креатинин крови 86 мкмоль/л, амилаза крови 105 ед/л, АЛТ 63 ед/л, АСТ 54 ед/л; при выписке – общий белок 63 г/л, билирубин общий 5,4 мкмоль/л, глюкоза крови 4,6 ммоль/л, мочевины 2.63 ммоль/л, креатинин крови 52 мкмоль/л, АЛТ 38 ед/л, АСТ 30,4 ед/л, холестерин 3,04 ммоль/л, ПТИ 108%. Общий анализ мочи от 26.10.15 – уд. вес 1020, белок – отр., сахар, лейкоциты – един. В толстой капле не обнаружено малярийных плазмодиев от 25.10.15. HBsAg – отриц., анти-HCV – отриц. ИФА на корь IgM – отриц., анти-IgG (+); ИФА на краснуху IgM – отриц., анти-IgG (+) от 26.10.15. ЭКГ от 26.10.15. заключение: *ритм синусовый, ЧСС -67 уд. в мин. Нарушение процессов реполяризации.* R-грудной клетки от 27.10.15, заключение: *в легких очаговых и инфильтративных теней не выявлено.* УЗИ брюшной полости, заключение: *Эхопризнаки хронического панкреатита. Эхопризнаки хронического холецистита. Расширение ЧЛС обеих почек. Уплотнение синуса, паренхимы почек. МКД.*

Лабораторная диагностика лихорадки Денге может основываться на обнаружении в крови больного вируса, вирусной нуклеиновой кислоты, антигенов или антител к вирусу [3]. Референс-исследование образца сыворотки больной Ф. было проведено в ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Новосибирск. Методом иммунохроматографии установлено наличие в нем NS1 антигена вируса Денге, антител класса М к вирусу Денге.

Заключение

При первичной инфекции любым типом вируса возникает классическая форма Денге, которой заболевают прибывающие в эндемический очаг лица. Постинфекционный иммунитет типоспецифичный, стойкий и длится несколько лет. Но при повторном

заражении велик риск заболевания тяжелой геморрагической формой лихорадки Денге, при которой летальность может колебаться от 5% до 40% [2,4]. Ввиду описанных выше причин, диагностика лихорадки Денге, особенно на поликлиническом этапе, остаётся затруднительной. Большое значение для диагностики лихорадки Денге имеет грамотно собранный эпидемиологический анамнез, особенно с учётом расширения границ туризма и безвизовым режимом въезда в некоторые тропические и субтропические страны.

Классическую форму Денге дифференцируют от кори, скарлатины, гриппа, малярии и др. [2]. От гриппа лихорадка Денге отличается отсутствием катаральных явлений верхних дыхательных путей, наличием сыпи; от скарлатины – отсутствием ангины с резкой болезненностью при глотании и увеличения шейных лимфатических узлов; от кори – отсутствием конъюнктивита и наличием очень сильных мышечных болей. Не находят на слизистых оболочках типичных для кори пятен Филатова-Коплика.

У представленной пациентки, жительницы г. Якутска, была диагностирована классическая форма болезни, связанная с первичным заражением вирусом Денге. Главными гематологическими изменениями при лихорадке Денге являются лейкопения, тромбоцитопения, абсолютная лимфоцитопения и наличие атипичных лимфоцитов [6]. При поступлении у данной пациентки в гемограмме регистрировалась незначительная лейкопения, эозинофилия, относительный лимфоцитоз и моноцитоз. При биохимическом исследовании сыворотки крови при поступлении выявляли показатели цитолиза: незначительное повышение активности АЛТ и АСТ. Полученный результат согласуется с данными зарубежных исследователей о наличии у больных лихорадкой Денге незначительного и умеренного синдрома цитолиза [8,9]. Методом иммунохроматографии установлено наличие в сыворотке NS1 антигена вируса Денге и антител класса М к вирусу Денге.

Ежегодное увеличение числа завозных случаев лихорадки Денге у туристов, жителей России, должно повысить настороженность врачей-терапевтов, инфекционистов в плане своевременной диагностики этого заболевания у лиц, приехавших из эндемичных по лихорадке Денге стран. Также необходимо улучшить теоретическую подготовку по данной инфекции не только врачей-инфекционистов, но и участковых терапевтов, врачей других специальностей, так как именно от них зависит ранняя диагностика лихорадки Денге.

Туристам, при планировании отдыха в странах тропического и субтропического климата следует заблаговременно уточнять в территориальных органах Роспотребнадзора и у туроператоров сведения об эпидемиологической ситуации в стране планируемого пребывания. По возвращении из страны пребывания и в случае ухудшения состояния здоровья, следует обратиться к врачу, обязательно сообщив ему о месте вашего путешествия. Необходимо выбирать для отдыха за рубежом страны, благополучные в эпидемиологическом отношении и соблюдать меры по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний.

Список литературы

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ в 2017 г». М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2018. 268 с. ISBN 978-5-7508-1626-2.
2. Инфекционные болезни: национальное руководство. Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1104 с.
3. Марков В.И. Лихорадка денге. *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение* 2015; (3): 40-43.
4. Найденова Е.В., Куклев В.Е., Ящечкин Ю.И., Щубакова С.А., Кутырев В.В. Современное состояние лабораторной диагностики лихорадки денге (обзор). *Проблемы особо опасных инфекций* 2013; (4): 89-94.
5. Dupont-Rouzeyrol M., O'Connor O., Calvez E., Daures M., John M., Grangeon J.P., Gourinat A.C. Co-infection with Zika and Dengue Viruses in 2 patients, New Caledonia, 2014. *Emerg Infect Dis.* 2015; 21(2): 381-382. doi:10.3201/eid2102.141553.
6. Oliveira, E. et al. Hematological abnormalities in patients with dengue. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2009; 42(6): 682-685.
7. Pan American Health Organization. Dengue: guidelines for patient care in the Region of the Americas. Washington, D.C.: PAHO, 2016.
8. Souza, L. et al. Aminotransferase changes and acute hepatitis in patients with dengue fever: analysis of 1,585 cases. *Braz J Infect Dis.* 2004; 8(2): 156-163.
9. Trung, D. et al. Liver involvement associated with dengue infection in adults in Vietnam. *Am J Trop Med Hyg.* 2010; 83(4): 774-780.

First Identified Case of Dengue Fever in the Republic of Sakha (Yakutia)

Diachkovskaia P. S.

PhD, Associate Professor, Department of Infectious Diseases, Phthisiology and Dermatovenerology

Sleptsova S. S.

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head, Chair for Infectious Diseases, Phthisiology and Dermatovenerology

The Medical Institute of the North-East Federal University of M.K. Ammosov, Yakutsk, Russia.

Corresponding Author: Diachkovskaia P.S. **e-mail:** d-ya.ps@yandex.ru.

Conflict of interests. None declared.

Funding. The study had no sponsorship.

Summary

In recent years, the countries of Southeast Asia became popular destinations among Russian tourists, including residents of Yakutia. The article describes a clinical case of Dengue fever in the Republic of Sakha (Yakutia) in a woman who was vacationing in Vietnam. The disease presented in the classical form, the outcome of the disease is favorable.

Keywords: fever of unknown etiology, Dengue fever, imported infection

References

1. Gosudarstvennyj doklad «O sostoyanii sanitarno-ehpidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v RF v 2017 g» [State report "On the state of sanitary and epidemiological welfare of the population in the Russian Federation in 2017"]. Moscow: Federal service for supervision of consumer rights protection and human welfare, 2018. ISBN 978-5-7508-1626-2. (In Russ.)
2. Infekcionnye bolezni: nacional'noe rukovodstvo. Pod red. N.D. Yushchuka, Yu.Ya. Vengerova. 2-e izd., pererab. i dop. [Infectious diseases: national guidelines. Edited by D. Yushchuk, Yu.Ya. Vengerov. 2nd revised ed.] Moscow: GEOTAR-Media, 2018. (In Russ.)
3. Markov V.I. Lihoradka denge [Dengue Fever]. *Infekcionnye bolezni: novosti, mneniya, obuchenie [Infectious diseases: news, opinions, training]* 2015; (3): 40-43. (In Russ.)
4. Naydenova E.V., Kuklev E.V., Yashechkin Yu.I., Shumakova S.A., Kuttyrev V.V. [Current status of laboratory diagnosis of dengue fever (review)]. *Problemy osobo opasnyh infekcij [Problems of particularly dangerous infections]* 2013; (4): 89-94. (In Russ.)
5. Dupont-Rouzeyrol M., O'Connor O., Calvez E., Daures M., John M., Grangeon J.P., Gourinat A.C. Co-infection with Zika and Dengue Viruses in 2 patients, New Caledonia, 2014. *Emerg Infect Dis.* 2015; 21(2): 381-382. doi:10.3201/eid2102.141553.
6. Oliveira, E. et al. Hematological abnormalities in patients with dengue. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2009; 42(6): 682-685.
7. Pan American Health Organization. Dengue: guidelines for patient care in the Region of the Americas. Washington, D.C.: PAHO, 2016.
8. Souza, L. et al. Aminotransferase changes and acute hepatitis in patients with dengue fever: analysis of 1,585 cases. *Braz J Infect Dis.* 2004; 8(2): 156-163.
9. Trung, D. et al. Liver involvement associated with dengue infection in adults in Vietnam. *Am J Trop Med Hyg.* 2010; 83(4): 774-780.