

УДК 616.36-002.14:578.891-616.98:578.833.25

К.Т. Умбетова,
д-р мед. наук, проф. кафедры инфекционных болезней
Первого МГМУ имени И.М. Сеченова
Минздрава России

Е.В. Волчкова,
д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой инфекционных
болезней Первого МГМУ имени И.М. Сеченова
Минздрава России

Л.С. Карань,
канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник
ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии
Роспотребнадзора»

Д.В. Чернышов,
врач-реаниматолог отделения реанимации,
интенсивной терапии Инфекционной клинической
больницы № 2 г. Москвы

О.Ф. Белая,
врач-реаниматолог, д-р мед. наук, проф., проф.
кафедры инфекционных болезней Первого МГМУ
имени И.М. Сеченова Минздрава России

Е.А. Богачева,
врач-инфекционист 5-го инфекционного отделения
Инфекционной клинической больницы № 2
г. Москвы

О.В. Дарвина,
канд. мед. наук, ассистент кафедры инфекционных
болезней Первого МГМУ имени И.М. Сеченова
Минздрава России

С.Г. Пак,
чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф., почетный зав.
кафедрой инфекционных болезней Первого МГМУ
имени И.М. Сеченова Минздрава России

K.T. Umbetova,
Doctor of Medical Science, professor of infectious diseases
department, The State Education Institution of Higher Pro-
fessional Training The First Sechenov Moscow State Medical
University under Ministry of Health of the Russian Federation

E.V. Volchkova,
Doctor of Medical Science, professor, Head of infectious
diseases department, The State Education Institution of
Higher Professional Training The First Sechenov Moscow
State Medical University under Ministry of Health
of the Russian Federation

L.S. Karan,
Candidate of Medical Science, Leading Researcher, Federal
Budget Institution of Science «Central Research Institute
of Epidemiology» of The Federal Service for Surveillance
on Customers' Rights Protection and Human Well-being

D.V. Chernishov,
Resuscitator at Intensive Care Unit, Moscow Infection
Clinical Hospital № 2, Moscow

O.F. Belaia,
Doctor of Medical Science, Professor with
of the Department of Infectious Diseases, I.M. Sechenov
First MSMU

E.A. Bogacheva,
Infectious disease physician with the 5th Infectious
Diseases Department, Moscow Infection Clinical
Hospital № 2, Moscow

O.V. Darvina,
Candidate of Medical Science, Lecturer with Infectious
Diseases Department, the Department of Infectious
Diseases, I.M. Sechenov First MSMU

S.G. Pak,
Corresponding Member of Russian Academy of Sciences,
Doctor of Medical Science, professor, Honorary head
of Infectious Diseases Department

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕПАТИТОМ А И ЛИХОРАДКОЙ ДЕНГЕ

CO-INFECTION OF ACUTE HEPATITIS A AND DENGUE FEVER: A CASE REPORT

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Умбетова Карина Туракбаевна, д-р мед. наук, проф.
кафедры инфекционных болезней Первого МГМУ
имени И.М. Сеченова Минздрава России
Адрес: 105275, г. Москва, 8-я ул. Соколиной Горы,
д. 15, корп. 1
Телефон: +7 (495) 365-27-77
e-mail: karinasara@inbox.ru
Статья поступила в редакцию: 15.04.2016 г.
Статья принята к печати: 15.08.2016 г.

CONTACT INFORMATION:

Karina Umbetova, Doctor of Medical Science, Professor with the
Department of Infectious Diseases, I.M. Sechenov First MSMU
Address: 15/1, 8 str. Sokolnoi Gori, Moscow, Russia, 105275
Tel.: +7 (495) 365-27-77
e-mail: karinasara@inbox.ru
The article received: April 15, 2016.
The article approved for publication: August 15, 2016.

Аннотация. В статье описывается клинический случай одновременного инфицирования вирусным гепатитом А и лихорадкой денге туриста из России, находившегося в Доминиканской Республике.

Abstract. The paper describes a case of dengue virus and viral hepatitis A co-infection in a Russian male who traveled in Dominican Republic.

Ключевые слова. Лихорадка денге, вирусный гепатит А.

Keywords. Dengue virus, viral hepatitis A.

За последние 30–40 лет в странах Северной и Южной Америки и в регионе Карибского бассейна возросла заболеваемость лихорадкой денге, в связи с этим возросла заболеваемость и среди туристов [1, 2]. В ряде исследований вирус денге был идентифицирован у лихорадящих путешественников в 7–45% случаев [3, 4]. Следует отметить, что регион Карибского бассейна — территория с высоким уровнем заболеваемости вирусным гепатитом А (HAV). Опасность одновременного поражения двумя и более заболеваниями определяется широкой распространенностью инфекционных заболеваний в этом регионе, что значительно может затруднить диагностику и ухудшить прогноз у данных лиц.

Приводим описание истории болезни пациента, заразившегося одновременно лихорадкой денге и вирусным гепатитом А после посещения им Доминиканской Республики.

Больной Г., 47 лет, был доставлен 21 марта 2016 г. в отделение интенсивной терапии ИКБ № 2 с диагнозом «острый вирусный гепатит А», желтушная форма, тяжелое течение. Токсическая нефропатия. Сахарный диабет 2 типа. Ожирение III степени (при росте 184 см и массе тела 110 кг). Жалобы на слабость, дискомфорт в животе. За 30 дней до заболевания больной вернулся из Доминиканской Республики, где находился 14 дней, и в течение этого времени активно употреблял алкоголь.

Заболевание началось остро, с повышения температуры тела до 38 °С, ломоты в крупных суставах, снижения аппетита, тошноты. Принимал азитромицин, ингавирин, нестероидные противовоспалительные препараты — самочувствие не улучшалось, нарастала слабость, сохранялась лихорадка. На 4-й день заболевания потемнела моча, пожелтели склеры. На 6-й день болезни госпитализирован в районную больницу в инфекционное отделение с диагнозом «вирусный гепатит». На 10-й день болезни состояние больного ухудшилось, появились признаки острой печеночной энцефалопатии — неадекватность поведения, эйфория, не критичность к своему состоянию; переведен в отделение интенсивной терапии. При обследовании методом иммуноферментного анализа обнаружены анти-HAV IgM.

При поступлении в отделение интенсивной терапии ИКБ № 2: состояние тяжелое, в сознании, эйфоричен, говорлив, на вопросы не всегда отвечает по существу, не критичен к своему состоянию. Менингеальной и очаговой неврологической сим-

птоматики нет. Не лихорадит. Кожа с желтушным оттенком, гематомы в местах инъекций на верхних конечностях, левом бедре. Параорбитальные гематомы с обеих сторон. Склеры иктеричные с кровоизлияниями. В легких — дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Частота дыхательных движений — 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс — 100 ударов в минуту, артериальное давление — 170/100 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жирового слоя, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 5,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное, моча темная.

Данные, полученные в ходе инструментально-лабораторных исследований на момент госпитализации, показали: в биохимическом анализе крови — общий белок 64 г/л, мочевины 33 ммоль/л, креатинин 1292 мкмоль/л, общий билирубин 92 мкмоль/л, АЛТ 80 МЕ/л, АСТ 33 МЕ/л, глюкоза 17,4 ммоль/л; в коагулограмме протромбиновый индекс — 64%, МНО=1,56; в общем анализе крови — гемоглобин 97 г/л (анемия), лейкоциты до $12,3 \times 10^9$ /л (лейкоцитоз), п/я 7%, с/я 44%, мон 4%, л 36%; посев мочи на флору выявил рост *Pseudomonas aeruginosa*; при рентгенографии органов грудной клетки диагностированы двухсторонняя очаговая пневмония, неспецифические интерстициальные изменения.

Тяжесть состояния больного была обусловлена почечно-печеночной недостаточностью, ДВС-синдромом. Учитывая выраженную почечную недостаточность, геморрагический синдром на фоне умеренного цитолиза проводили дифференциальный диагноз с геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) и лептоспирозом. В реакции непрямой иммунофлюоресценции антитела к вирусу ГЛПС не обнаружены, реакция микроагглютинации лептоспир отрицательная. Больной получал антибактериальную (цефтриаксон 4 г/сут, левобактом 1 г/сут), инфузионно-корригирующую, дезинтоксикационную, противотечную терапию, продленную вено-венозную гемодиализацию.

На 20-й день болезни самочувствие больного ухудшилось, снизился уровень сознания — 8–9 баллов по шкале Глазго. Зрачки узкие, фотореакция очень вялая. Менингеальной и очаговой неврологической симптоматики, лихорадки не было.

В связи с нарастанием интоксикационного синдрома и прогрессирования отека головного мозга больного интубировали и проводили искусственную вентиляцию легких в режиме SIMV. С целью иммунозаместительной терапии применяли октагам 40 мг внутривенно капельно № 3; была усилена антибактериальная терапия сульперазоном 6 г/сут, циластатином 2 г/сут.

Учитывая острое развитие заболевания, начавшееся с повышения температуры до 38 °С, выраженной артралгии, диспепсии с последующим присоединением геморрагической сыпи, гепатоспленомегалии, почечной недостаточности. Эпидемиологический анамнез (пребывание в Доминиканской Республике) назначено обследование на лихорадку денге, геморрагическую форму. Диагноз вирусный гепатит А вызывал сомнение и для его исключения взят анализ крови на HAV РНК. Получено лабораторное подтверждение: в сыворотке крови и в моче обнаружена РНК вируса денге III типа, а также выявлена HAV РНК.

На фоне проводимой терапии состояние больного характеризовалось положительной динамикой: купировался отек головного мозга, восстановилось сознание и адекватное самостоятельное дыхание; через 10 дней (30-й день болезни) больной переведен на самостоятельное дыхание через трахеостомическую канюлю, на следующий день деканюлирован.

На 32-й день болезни больной в стабильном состоянии переведен в инфекционное отделение для дальнейшего лечения. На 33-й день болезни состоялось желудочно-кишечное кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки, кровопотеря тяжелой степени, больного перевели в АИР, провели эндоскопический гемостаз. Больной три дня находился в хирургическом отделении и снова переведен в инфекционное отделение. Больной получал меронем 6 г, амикацин, дифлюкан 200 мг внутривенно капельно, флюконазол 100 мг перорально.

На 51-й день болезни больной был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии с диагнозом: лихорадка денге, геморрагическая форма, тяжелое течение. Гепатит смешанной этиологии (HAV+алкогольный гепатит), желтушная форма, тяжелое течение. Осложнение: двухсторонняя очаговая пневмония, внебольничная, бактериальная неуточненная. Синдром полиорганной недостаточности. ДВС-синдром. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки с кровопотерей тяжелой сте-

пени (эндоскопический гемостаз). Трахеостомия. Сопутствующий диагноз: сахарный диабет 2 типа, декомпенсация. Инфекция мочевыводящих путей, вызванная *pseudomonas aeruginosa*. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Ожирение III степени.

Описанный клинический случай свидетельствует о том, что пребывание в опасных с точки зрения эпидемиологической ситуации по заболеваемости особо опасными инфекциями странах, например, как Доминиканская Республика, может сопровождаться одновременным инфицированием различными инфекционными заболеваниями. Необходимо проводить своевременное комплексное обследование на целый ряд эндемичных для данной территории возбудителей с целью проведения ранней и адекватной терапии. Это первый случай описания одновременного заражения выходца из России вирусным гепатитом А и лихорадкой денге с развитием острой почечной недостаточности, завезенных из Доминиканской Республики. Клинический случай с тяжелым течением сочетанной инфекции вирусного гепатита А и лихорадки денге с развитием острой печеночной недостаточности описан врачами из Индии [5].

Хотя приведенный нами клинический случай и является единичным, расширение туристского потока в регион Карибского бассейна может увеличить частоту встречаемости подобных случаев в нашей стране.

Список литературы

1. Freedman D.O., Weld L.H., Kozarsky P.E. et al. Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travelers. *N. Engl. J. Med.* 2006; 354: 119–130.
2. Tsai T.F., Niklasson B. Arboviruses and zoonotic viruses. In: DuPont H.L., Steffen R. (eds.) *Textbook of travel medicine and health*. 2nd ed. Hamilton, Ontario: BC Decker; 2001: 290–312.
3. Jelinek T., Muhlberger N., Harms G. et al. Epidemiology and clinical features of imported dengue fever in Europe: Sentinel surveillance data from TropNetEurop. *Clin. Infect. Dis.* 2002; 35: 1047–1052.
4. Wichmann O., Gascon J., Schunk M. et al. Severe dengue virus infection in travelers: risk factors and laboratory indicators. *J. Infect. Dis.* 2007; 195: 1089–1096.
5. Sunil Taneja, Amritangsu Borakokty, Ajay Duseja, Radha Krishan Dhiman, Yogesh Chawla. Acute liver failure caused by hepatitis A virus with Dengue coinfection. *J. of Clinical and Experimental Hepatology*. 2016; XX (XX): 1–1.