ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ

УДК: 616.98:578.833.28]-036

ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

КОЗЬКО В.Н., БОНДАРЬ А.Е., МЕРКУЛОВА Н.Ф.,
ЕКИМОВА Н.А., ЛОЗИНСКИЙ И.Н.
Харьковский национальный медицинский университет
Харьковская областная клиническая инфекционная больница
Львовский научно-исследовательский институт эпидемиологии и гигиены

ключові слова:
Лихоманка Західного Нілу, диференційна діагностика, клінічне спостереження.

В последние годы с развитием международного туризма возросла актуальность проблемы инфекционных заболеваний, заражение которыми связано с пребыванием за рубежом. Особенностями этой группы инфекций является их редкая встречаемость в Украине, что определяет сложности ранней клинической и лабораторной диагностики [1].

В то же время, в связи с изменениями климатических условий, в странах с умеренным климатом отмечается рост редко встречаемых "экзотических" заболеваний, в том числе Лихорадки Западного Нила (ЛЗН). Так, в прогнозе чрезвычайной обстановки в России на 2011 год, опубликованном на сайте МЧС РФ, приводятся данные, что в 2010 году в результате увеличения численности комаров (в 20 раз) зарегистрирован значительный подъем заболеваемости ЛЗН — 523 заболевших, что выше среднемноголетних значений в 6,9 раза (75 случаев) и выше показателей 2009 года в 58 раз (9 случаев. В 2010 году случаи диагностики ЛЗН были впервые отмечены в Калмыкии, Краснодарском крае, Воронежской и Челябинской областях. Кроме того, вирус был ввезен на территории Москвы и Татарстана. В Украине в 2010 году официально зарегистрировано 7 случаев ЛЗН.

Лихорадка Западного Нила (энцефалит Западного Нила, код по МКБ-10 А.92.3) — острая вирусная зоонозная природно-очаговая болезнь с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, характеризующаяся острым началом, выраженным лихорадочно-интоксикационным синдромом и поражением ЦНС.

Возбудитель — вирус ЛЗН, относится к роду Flavivirus семейства Flaviviridae, содержит однонитевую РНК. Резервуар вируса ЛЗН в природе — птицы водно-околоводного комплекса, переносчик — комары, в первую очередь рода Culex. Ареал распространения ЛЗН варьирует от экваториальной зоны до регионов с умеренным климатом. В странах с умеренным климатом заболевание имеет выраженную сезонность, обусловленную активностью комаров-переносчиков. В северном полушарии заболеваемость отмечается с конца июля и достигает максимума в конце августа — начале сентября.

Восприимчивость человека к ЛЗН, по-видимому, высокая, преобладает субклини-

ческое течение инфекции. При манифестном течении заболевания инкубационный период составляет от 2 дней до 3 недель, чаще 3-8 дней. Выделяют следующие клинические формы ЛЗН: гриппоподобная (лихорадочная), гриппоподобная с нейротоксикозом, менингеальная, менингоэнцефалитическая [2].

Приводим клиническое наблюдение диагностики ЛЗН в клинике инфекционных болезней Харьковского национального медицинского университета.

Больная К. *55 лет (история болезни №4498) находилась на лечении в областной клинической инфекционной больнице (ОКИБ) с 16.09.2010 г. по 06.10.2010 г. Была доставлена в ОКИБ бригадой скорой помощи с диагнозом: ОРВИ. Острый пиелонефрит? Диагноз при поступлении: ОРВИ. Внегоспитальная пневмония? Госпитализирована в диагностическое отделение.*

Жалобы: озноб, повышение температуры тела до 38˚С, умеренная головная боль в лобно-височной области, сухой кашель, боли в пояснице, больше слева, ломота в коленных суставах, снижение аппетита, общая слабость.

Анамнез заболевания. Заболела остро 05.09.2010 г. когда появились боли в пояснице. С 06.09.2010 г. присоединилась лихорадка до 38˚С, усилились боли в пояснице, больше слева. Обратилась за медицинской помощью в поликлинику. Принимала норфлоксацин, ибупрофен. Состояние несколько улучшилось, снизилась температура тела, но сохранялись боли в пояснице. Консультирована урологом в поликлинике, патология мочевыводящей системы исключена. С 13.09.2010 г. возобновилась лихорадка до 39,5˚С, интенсивная головная боль, однократная рвота. Повторно обратилась за медицинской помощью, назначен цефтриаксон. 16.09.2010 г. вызвала бригаду скорой помощи, которой была доставлена в ОКИБ.

Эпидемиологический анамнез. Контакт с инфекционными больными отрицает. С 01.08.2010 г. по 01.09.2010 г. находилась на отдыхе в Греции, проживала в удовлетворительных бытовых условиях в сельской местности. Отмечает укусы насекомых. Имело место переохлаждение 01.09.2010 г.

Анамнез жизни. Перенесенные заболевания: ОРЗ, хронический холецистит, распространенный остеохондроз позвоночника (оперирована в 2006 г.). Проживает в г. Харькове. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Объективно. Состояние средней степени тяжести, за счет явлений эндогенной интоксикации. Сознание ясное, адекватна, ориентирована. Вялая, адинамичная. Менингеальных знаков, очаговой неврологической симптоматики нет. Умеренная болезненность при пальпации паравертебральных зон в поясничном отделе. Кожные покровы бледные, сыпи, цианоза нет. Пальпируются безболезненные подмышечные лимфатические узлы 1,0 см в диаметре. Слизистая ротоглотки розовая, налетов нет. Язык влажный, обложен серым налетом, с отпечатками зубов. Одышки нет. ЧДД-20 в мин. SpO2 — 98 %. Аускультативно в легких жесткое дыхание, несколько ослабленное в нижних отделах, больше слева, где выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы. Перкуторно — ясный легочной звук. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 78 ударов в мин., удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, по ходу мочеточников. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень увеличена на 0,5 см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого слабо положительный справа. Дизурических явлений нет. Диурез достаточный. Моча обычного цвета. Стул задержан двое суток.

На основании клинико-анамнестических и лабораторных данных диагноз дифференцировали между инфекцией мочевыводящих путей, холангитом и внегоспитальной пневмонией в области нижней доли слева.

При лабораторном и инструментальном обследовании определялись: умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, явления инфекционно-токсической почки, нарушение реполяризации в области верхней и боковой стенок левого желудочка, усиление легочно-сосудистого рисунка слева в базальных отделах, распространенный спондилоартроз и остеохондроз поясничного отдела позвоночника.

Учитывая эпидемиологический анамнез — пребывание в Греции, где отмечался подъем заболеваемости ЛЗН, длительную двухволновую лихорадку, головные боли, корешковые боли, астенический синдром назначено исследование сыворотки крови методом ИФА на антитела к вирусу ЛЗН в лаборатории трансмиссивных инфекций львовского научно-исследовательского института эпидемиологии и гигиены. Получен позитивный результат — обнаружены анти ВЛЗН IgM > 1:1600.

Проводилась комплексная антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирую-

щая, противовоспалительная и симптоматическая терапия. На фоне лечения наблюдалась положительная динамика клинических показателей, нормализация температуры тела, регресс болевого синдрома. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с выздоровлением.

Заключительный диагноз:

Основной: Лихорадка Западного Нила, (обнаружены анти ВЛЗН IgM >1:1600), лихорадочная форма, среднетяжелое течение.

Сопутствующий: Хронический бронхит. Распространенный спондилоартроз и остеохондроз поясничного отдела позвоночника.

Таким образом, несмотря на отсутствие специфической симптоматики данной формы заболевания, наличие сопутствующей патологии, учет клинико-анамнестических и эпидемиологических данных, проведение специфической диагностики позволили установить окончательный диагноз.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондарь А.Е., Краснов М.И., Колодий Н.А., Козько В.Н. Инфекционные заболевания, связанные с путешествиями / Врачебная практика. — 2005. — №1. — С. 56-59.

2. Инфекционные болезни: национальное руководство/Под ред. Н.Д.Ющука, Ю.А.Венгерова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1056 с. — (Серия "Национальные руководства").

***

УДК: 616.98:578.833.28]-036

Козько В.М., Бондар О.Є., Меркулова Н.Ф., Єкімова Н.О., Лозинський І.М.

ЛИХОМАНКА ЗАХІДНОГО НІЛУ. КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

У статті наведена загальна характеристика Лихоманки Західного Нілу. Представлено клінічне спостереження діагностики Лихоманки Західного Нілу у м. Харкові.

UDC: 616.98:578.833.28]-036

Kozko V.N., Bondar A.Ye., Merkulova N.F., Ekimova N.A., Lozinskiy I.N.

WEST NILE FEVER. CLINICAL CASE

General characteristic of West Nile fever has been in the article. Clinical case of West Nile fever has been observed in Kharkov.