

## Случай из практики

УДК: 616.927-036.2-08+618.2

### СЛУЧАЙ БРЮШНОГО ТИФА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Е. Б. Букушина<sup>1</sup>,  
С. Н. Орлова\*<sup>2</sup>, доктор медицинских наук,  
О. В. Тузов<sup>1</sup>,  
Е. П. Калистратова<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук,  
Д. В. Киселева<sup>3</sup>,  
С. Е. Лебедев<sup>2</sup>,  
Е. Н. Копышева<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup> ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ивановской области», г. Иваново, 153035, Россия, г. Иваново, ул. Воронова, д. 12

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

<sup>3</sup> ОБУЗ «1-я городская клиническая больница», 153003, Россия, г. Иваново, ул. Парижской Коммуны, д. 5

**РЕЗЮМЕ** В 2017 г. в Ивановской области на фоне благополучной эпидемиологической ситуации у гражданки РФ зарегистрирован случай брюшного тифа. Имело место позднее обращение больной за медицинской помощью (9-й день болезни). Диагноз брюшного тифа установлен на 6-й день пребывания в инфекционном стационаре (15-й день болезни) на основании данных бактериологического обследования крови и кала. Клинически заболевание протекало легко и характеризовалось 14-дневной лихорадкой, умеренно выраженной интоксикацией, гепато- и спленомегалией. Из «классических» для брюшного тифа симптомов отмечался только характерный вид языка, в то же время у пациентки не было проявлений тифозного статуса, экзантемы, ваготонии, головной боли, нарушения сна, задержки стула. Нетипичными были изменения гемограммы. Особенностью данного случая являлось наличие у пациентки С. прогрессирующей беременности с 14 по 19 неделю. Признаков гипоксии плода, отставания в развитии плода, угрозы прерывания беременности не зафиксировано. Заражение брюшным тифом эпидемиологически связано с пребыванием больной в Индии, источник инфекции выявить не удалось. Реализация полного комплекса противоэпидемических мероприятий позволила локализовать очаг инфекции и предупредить возникновение повторных заболеваний брюшным тифом.

**Ключевые слова:** брюшной тиф, клиника, эпидемиология, лечение, беременность.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): orloff3.dok@mail.ru

В Ивановской области в 2017 г. зарегистрирован случай брюшного тифа на фоне благополучной эпидемиологической ситуации по данному инфекционному заболеванию.

Заболевание зарегистрировано у гражданки РФ С., 1989 года рождения, неработающей. Заболела остро 20 августа 2017 г., почувствовала сильную слабость, имел место однократный жидкий стул, температуру тела не измеряла. Обратилась за медицинской помощью 29 августа 2017 г. в ОБУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Иваново. В поликлинике участковым терапевтом был проведен медицинский осмотр, выполнена термометрия (39°C), после чего пациентка машиной скорой медицинской помощи была доставлена на инфекционный прием в ОБУЗ

«1-я городская клиническая больница» с направительным диагнозом «Лихорадка неясного генеза. Беременность 14 недель».

При осмотре инфекционистом приемного отделения был выяснен эпидемиологический анамнез. В возрасте 20–24 лет пациентка постоянно проживала в Индии, затем приезжала в Индию эпизодически. За 21 день до начала заболевания вместе с мужем Г., гражданином Индии, вернулась в Индию, где проживала в штате Химачал, г. Манали, д. Баханч с 11 мая по 27 июля 2017 г. Во время пребывания в Индии питались дома, продукты приобретали на местном рынке и в магазинах поселка, еду готовили сами. Воду пили некипяченую из горного ручья, купались в горном озере.

При осмотре пациентка жаловалась на лихорадку, сопровождавшуюся ознобами, жаром и сильным потоотделением на протяжении 7 дней, появление кашицеобразного стула 1 раз в день в течение последних 5 дней, сильную слабость, снижение аппетита.

Состояние больной (9-й день болезни) расценено как средней тяжести, показатели гемодинамики были стабильными, показатели пульса соответствовали высоте лихорадки. Катаральных симптомов не наблюдалось, кожа была чистой, пальпировалась увеличенная печень (на 2 см из-под края реберной дуги). Установлен предварительный диагноз: «лихорадка неясного генеза, прогрессирующая беременность, срок 14 недель», назначен план обследования.

В общем анализе крови (30.08.2017): анемия (гемоглобин – 96 г/л), тромбоцитопения ( $130,8 \times 10^9/\text{л}$ ), нормальное количество лейкоцитов крови ( $7,5 \times 10^9/\text{л}$ ), нейтрофилез с палочко-ядерным сдвигом (16%), лимфопения (11%), повышенная СОЭ (48 мм/ч). В биохимическом анализе крови (30.08.17) регистрировались гипопропротеинемия (63 г/л), отрицательный С-реактивный белок, незначительное увеличение уровня АсАТ (57 ед./мл). Отобран клинический материал: кровь (на гемокультуру), кал, моча на бактериологическое обследование. Первый (от 30.08.2017) бактериологический анализ мочи на возбудителя тифов и паратифов дал отрицательный результат. Микроскопия толстой капли крови на возбудителя малярии – отрицательный результат (30.08.2017), ИФА на ВИЧ – отрицательный результат (04.09.2017). В РНИФ от 01.09.2017 получен положительный титр (1:512) геморрагической лихорадки с почечным синдромом, при повторном исследовании (05.09.2017) анализ был отрицательным, первый результат был расценен как ложноположительный.

По результатам лабораторных исследований в пробах крови и кала от 04.09.2017 определена *Salmonella typhi*. При исследовании крови на стерильность 07.09.2017 наблюдался рост *Salmonella typhi* в двух флаконах на 4-е сутки. Таким образом, на 6-й день пребывания в инфекционном стационаре пациентке С. был установлен диагноз «Брюшной тиф, прогрессирующая беременность, срок 15 недель».

Клиническое течение заболевания характеризовалось 14-дневной лихорадкой (с 22.08.2017 по 04.09.2017), в утреннее время температура тела была субфебрильной ( $37,2^\circ\text{C}$ ), в вечернее – фебрильной ( $39^\circ\text{C}$  и выше), наблюдался интоксикационный синдром – снижение аппетита, слабость, характерный вид языка – с отпечатками зубов

на боковой поверхности. Диспептических проявлений, экзантемы, головной боли, нарушения сна, задержки стула, относительной брадикардии, характерных для брюшного тифа, у пациентки не было, определялась лишь незначительная гепато- и спленомегалия. На третьей неделе болезни проводилось исследование кала на скрытую кровь для исключения кишечного кровотечения, выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости для контроля состояния лимфатического аппарата, желчного пузыря, которые могут вовлекаться в патологический процесс при брюшном тифе.

Развитие анемии и гипопропротеинемии, наличие ежедневного кашицеобразного стула без патологических примесей связано с алиментарным фактором – пациентка и ее муж исповедуют индуизм, не употребляют в пищу продукты из мяса, питаются овощами и фруктами.

Антибактериальную терапию пациентка С. получила с первого дня поступления в инфекционное отделение. С учетом беременности первоначально больной был назначен пенициллин в дозе по 1,5 млн МЕ 3 раза в день внутривенно (с 29.08.2017 по 01.09.2017), затем амоксициллина клавуланат по 1 г 2 раза в день внутривенно (с 01.09.2017 по 04.09.2017). При установлении диагноза брюшного тифа больной начато лечение цефтриаксоном (по 2 г 1 раз в день внутривенно в течение 11 дней). После первого введения цефтриаксона температура тела снизилась и в последующие дни оставалась нормальной, что позволило отменить антибиотик на 10-й день нормальной температуры тела. Выбор данного антибактериального средства осуществлен в соответствии с федеральными рекомендациями по этиотропной терапии брюшного тифа и с учетом прогрессирующей беременности.

После окончания этиотропной терапии были выполнены лабораторные исследования кала и мочи (трехкратно) на возбудителей тифа и паратифов, все результаты были отрицательными.

2 октября 2017 г. (44-й день болезни, 35-й день госпитализации) больная С. выписана из инфекционного отделения в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача-инфекциониста городской поликлиники с диагнозом: «Брюшной тиф (*Salmonella typhi*), типичное течение, средней тяжести. Железодефицитная анемия, средней тяжести. Прогрессирующая беременность, срок 19 недель».

В целях локализации очага инфекции и предупреждения дальнейшего распространения случаев заболевания сотрудниками ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ивановской области» и

городской поликлиники № 3 г. Иванова проведен комплекс противоэпидемических мероприятий:

1. Заключительная дезинфекция в очаге брюшного тифа по месту жительства госпитализированной пациентки С.
2. Эпидемиологическое обследование очага, определение границ очага, выявление лиц, контактирующих с больной, и их лабораторное обследование.
3. Медицинское наблюдение за контактными лицами в течение 23 дней.
4. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентом брюшного тифа.
5. Направление выделенных от больной штаммов *S. typhi* в лабораторию кишечных инфекций референц-центра по мониторингу за брюшным тифом ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора России.

В контакте с больной С. находилось 6 человек из числа родственников (муж, отец, мать, дядя, бабушка, жена отца). Все родственники обследованы бактериологически на группу кишечных инфекций. Кроме того, у мужа отобраны пробы крови для постановки серологической реакции РНГА с брюшнотифозным диагностикумом 11.09.2017 и 28.09.2017. Результаты были отрицательными.

21 сентября 2017 г. в референц-центр мониторинга за возбудителями брюшного тифа ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора России направлены штаммы *S. typhi*, выделенные от больной С., и сыворотка крови мужа для идентификации и дальнейшего изучения. По результатам идентификации установлено, что штаммы дают агглютинацию в сальмонеллезных О- и Н- сыворотках, имеют антигенный комплекс серологической группы D (O9) и принадлежат к серовару *Salmonella typhi* (9, 12, Vi:d:), возбудителю брюшного тифа.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1056 с.
2. Клинико-лабораторная картина брюшного тифа в мегаполисе / А. А. Яковлев, С. И. Котлярова, Г. Ю. Черенкова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. – № 2. – С. 27–30.

Штаммы чувствительны к бета-лактамам, аминогликозидам, азитромицину. В нативной сыворотке крови мужа антитела к антигенам сальмонеллам групп D и Vi в диагностических титрах не выявлены.

## ВЫВОДЫ

Клиническими особенностями данного случая являются легкое течение заболевания, с 14-дневной лихорадкой, умеренно выраженной интоксикацией, гепато- и спленомегалией. Из «классических» для брюшного тифа симптомов отмечался только характерный вид языка, а проявлений тифозного статуса, экзантемы, ваготонии, головной боли, нарушения сна, задержки стула, относительной брадикардии у пациентки не было. Нетипичными были изменения гемограммы. Особенностью данного случая явилось также наличие у пациентки прогрессирующей беременности (14–19 недели). Признаков гипоксии плода, отставания в развитии плода, угрозы прерывания беременности не было. Наличие беременности определило выбор цефтриаксона в качестве антибактериального препарата; при назначении отмечена быстрая нормализация температуры тела, свидетельствующая об эффективности этиотропного лечения. Определенная чувствительность выделенного от больной штамма *Salmonella typhi* к бета-лактамам антибиотикам на практике не показала клинического эффекта.

Реализация полного комплекса противоэпидемических мероприятий позволила локализовать очаг инфекции и предупредить возникновение повторных заболеваний брюшным тифом. С учетом интенсификации миграционных процессов и развития туризма необходимо повысить настороженность медицинских работников в отношении раннего выявления инфекционных заболеваний у лиц, вернувшихся из зарубежных поездок и стран, неблагополучных по инфекционным заболеваниям.

3. Обоснование, организация и содержание мероприятий по профилактике брюшного тифа в условиях мегаполиса в современный период / Г. Г. Онищенко, И. А. Ракитин, А. В. Мельцер [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2009. – № 1. – С. 22–26.
4. Эпидемиология инфекционных болезней : учебное пособие / Н. Д. Ющук [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 496 с.

**A CASE OF ABDOMINAL FEVER IN A PATIENT WITH PREGNANCY**

E. N. Bukushina, S. N. Orlova, O. V. Tuzov, E. P. Kalistratova, D. V. Kiseleva, S. E. Lebedev, E. N. Kopysheva

**ABSTRACT** A case of abdominal fever was registered in a Russian national in Ivanovo region on the background of favor epidemiological situation in 2017. The patient consulted the doctor on the 9<sup>th</sup> day of the disease only. The abdominal fever was diagnosed on the 6<sup>th</sup> day of the hospitalization in the infectious department (the 15<sup>th</sup> day of the disease) by blood and feces bacteriological analysis. The clinical picture of the disease was rather slight and was characterized by 14 day fever, moderately expressed intoxication, hepatomegaly and splenomegaly. The only one "classic" symptoms of abdominal fever was marked – it was typical tongue condition. At the same time the patient was not characterized by typhoid status manifestations, exanthema, vagotonia, headache, insomnia, stool retention. Hemogram alterations were not typical. The presence of the progressive pregnancy (from 14 to 19 weeks) was the peculiarity of this case. The signs of fetus hypoxia, fetus development arrest, threat for pregnancy interruption were absent. Epidemiologically the contamination with abdominal fever was connected with the temporary residence of the patient in India; the source of the infection was not revealed. The realization of the complex of antiepidemic measures allowed to localize the infection focus and to prevent the beginning of repeated abdominal fever diseases.

**Key words:** abdominal fever, clinical picture, epidemiology, treatment, pregnancy.