

F njsjcjmial outbreak of Crimean-Congo haemorrhagic fever at Tygerberg Hospital. Part 1. Clinical features. South Afr. Med.J. – 1985. - № 68(10).- С. 711-717.

6. Основы инфекционного контроля. В: Е.А. Буренская (ред.). Практическое руководство, Американский международный союз здравоохранения. -1977. - С. 1-4.

7. Garner J.S. Guideline for isolation precautions in hospital. Infekt. Control. Hosp. Epidemiol. -1996. - № 17. – С.53-80.

8. Luciana Borio, Thomas Inglesby, Alan L. Schmaljohn, et al. Haemorrhagic fever viruses as biological weapons. JAMA. -2002. - № 287 (18). С.- 2391-2405.

### **Қырым геморрагиялық қызбасының аурухана ішілік жұғуы**

Р.А. Егембердиева, Н.Т. Ермуханова, Г.А. Утепбергенова,  
К.Х. Есенова, Л.К. Игисина

Қырым геморрагиялық қызбасының (ҚГҚ) аурухана ішілік жұғуының 6 жағдайы 2002 жылы Оңтүстік Қазақстан облысында сарапталды. ҚГҚ қоздырғышын жұқтырған медициналық жұмыскерлердің клиника-эпидемиялық мінездемесі, лабораторлық зерттеулердің нәтижелері берілді. ҚГҚ бар науқастардың биологиялық бөлінділерімен қатынаста болған медициналық жұмысшыларға жұғудың алдын алу мақсатымен рибавиринді қолдану ұсынылды.

*Түйінді сөздер:* Қырым геморрагиялық қызбасы, аурухана ішілік инфекция, рибавирин.

### **Nosocomial infection of Crimean hemorrhagic fever**

R.A. Yegemberdiyeva, N.T. Yermuhanova, G.A. Utepbergenova,  
K.H. Yesenova, L.K. Iginova

Information on six cases of nosocomial contamination of Crimean Hemorrhagic Fever (CHF) in the South-Kazakhstan region is presented. The clinical-epidemiological characterization is given, the results of the laboratory examination of medical personnel infected with the causative agent of CHF are presented. Recommendation the use ribavirine as preventive therapy in cases of the appearance of this infection in medical personnel having contacts with biological fluids obtained from CHF patients.

*Key words:* Crimean Hemorrhagic Fever, nosocomial infection, ribavirine.

**УДК 616.98:576.858.7(574.51)**

## **СЛУЧАЙ КРЫМСКОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В г. АЛМАТЫ**

**Р.А. Егембердиева, Н.Т. Ермуханова,  
К.Х. Есенова, Л.К. Игисина**

Казахский Национальный медицинский университет  
им. С.Д. Асфендиярова, кафедра инфекционных и тропических болезней

Проведен анализ случая заболевания Крымской геморрагической лихорадки (КГЛ) в г. Алматы. Дана клинико-эпидемиологическая характеристика, представлены результаты лабораторного обследования, отражен план лечения больного КГЛ. Указаны причины поздней диагностики заболевания.

**Ключевые слова:** Крымская геморрагическая лихорадка, синдром интоксикации, геморрагический синдром, диагностика, лечение.

Проблема Крымской геморрагической лихорадки (КГЛ) продолжает оставаться актуальной для областей южного региона Казахстана, где сформировались природные очаги этой болезни. В связи с ежегодной регистрацией КГЛ в природных очагах, потенциальной опасностью возникновения эпидемических вспышек, возможностью завозных

случаев с учетом развития современных транспортных коммуникаций и миграции населения, вирусные геморрагические лихорадки являются одной из важнейших проблем для здравоохранения.

Приводим клинический пример Крымской геморрагической лихорадки в г. Алматы.

Больной И-в К., 1986 г. рождения (история бо-

лезни № 2303), поступил в Городскую клиническую инфекционную больницу г. Алматы 10.05.2005 г. в 22 ч. 30 мин. Жалобы при поступлении на повышение температуры, озноб, головную боль, общую слабость, тошноту, рвоту 5-6 раз, схваткообразные боли в животе, жидкий стул 5 раз.

Из анамнеза: больной - житель Сузакского района Южно-Казахстанской области. Учится заочно в г. Алматы в Казахском Государственном университете, II курс.

8.05.2005 приехал на автобусе из п. Сузак, по дороге ел булочку. В г. Алматы остановился у сестры в общежитии. 9.05.2005 ел свежие овощи, клубнику, купленные на рынке.

Заболел 9.05.2005 г. в 20.00 часов. Появились головная боль, схваткообразные боли в животе, тошнота, рвота 5-6 раз. В последующем присоединился жидкий стул до 6-7 раз, чувствовал жар, но температуру тела не измерял, отмечал озноб, слабость, сухость во рту. Ночью плохо спал из-за болей в животе. 10.05.2005 г. продолжались рвота до 5-6 раз, жидкий стул 5-6 раз, также беспокоили схваткообразные боли в животе, головная боль. Вызвана бригада скорой помощи и больной госпитализирован в стационар.

Status praesens. При поступлении температура тела 38,8°C. Общее состояние больного ближе к тяжелому. Сознание ясное. Адекватный. На вопросы отвечает правильно. Кожные покровы бледные, сыпи нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. Пульс 78 ударов в 1 минуту. Артериальное давление 140/90 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастальной области и в области проекции желчного пузыря. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень пальпируется по краю реберной дуги, безболезненная. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул жидкий, зеленого цвета, с примесью слизи.

На основании данных эпидемиологического анамнеза, острого начала болезни, явлений симптомов интоксикации, гастроэнтерита, характера стула (жидкий, зеленого цвета, со слизью) выставлен диагноз: Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, тяжелое течение. Сопутствующий диагноз: Холецистит? В связи с сохраняющейся лихорадкой больной обследуется по плану лихорадящих больных и на зоонозные инфекции.

11.05.05 г. (3 день болезни) у больного температура тела 39,8°C, сильная головная боль, боль в животе, рвота 1 раз, жидкий стул 3-4 раза. Отмечается вы-

раженная инъекция сосудов склер. Лицо пастозное. В зеве гиперемия слизистой и увеличение миндалин до II степени, гнойного налета нет. Пульс 88 ударов в 1 минуту. Артериальное давление 170/100 мм.рт.ст. Живот чувствительный по ходу кишечника.

12.05.05 г. (4 день болезни) состояние больного несколько улучшилось: уменьшилась интенсивность головной боли, тошноты, рвоты не было, стал активнее. Но температура тела сохранялась до 38,8°C, отмечался озноб. Больной отмечал мышечную слабость в верхних и нижних конечностях. Гемодинамика нормализовалась. Жидкий стул 3 раза. Печень пальпировалась на 1 см ниже реберной дуги. В связи с дополнением в эпидемиологическом анамнезе (в марте 2005 г. снимал клеща с области живота) больной обследуется на клещевой энцефалит.

13.05.05 г. (5 день болезни) температура тела 36,4°C – 37,4°C. Сохраняется головная боль в лобно-височной области. Произведена люмбальная пункция. При исследовании ликвора воспалительных изменений не обнаружено. Консультация врача-кардиолога: Данных за сердечно-легочную патологию нет. Консультация врача-невропатолога: Данных за клещевой менингоэнцефалит нет.

14.05.05 г. (6 день болезни) температура тела повышается до 38,0°C, рвота 1 раз, носовое кровотечение, в местах инъекций кровоподтеки. Жалобы на выраженную слабость, умеренную головную боль, боли в животе, озноб. Больной вялый, заторможен. В контакт вступает неохотно. Лицо пастозное, на щеках румянец. Кожа бледная, горячая на ощупь. Живот резко болезненный в эпигастальной, околопупочной, в правой подвздошной областях и в области правого подреберья, прослушивается урчание в кишечнике. Поколачивание по пояснице болезненно с двух сторон.

Консультация хирурга: Данных за острое хирургическое заболевание нет. Больной по тяжести состояния и для дальнейшего лечения переводится в отделение реанимации и интенсивной терапии.

15.05.05 г. (7 день болезни) продолжает высоко лихорадить, T 38,3°C, жалобы на общую слабость, умеренную головную боль, повторное носовое кровотечение. Больной вялый, заторможен. Стул 1 раз, черного цвета.

16.05.05 г. (8 день болезни) присоединились боли в мышцах нижних конечностей, ломота во всем теле. Жалобы на сильную головную боль. Была рвота алой кровью, носовое кровотечение. Вялый, заторможен, в контакт вступает неохотно. В ротовой полости следы запекшейся крови. Кожные покровы бледные, в местах инъекций кровоподтеки, в левой ягодичной области обширное кровоиз-

лияние. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень пальпируется на 1,5 см ниже реберной дуги, край печени чувствительный.

Дополнение к эпидемиологическому анамнезу: больной принимал участие в стрижке овец, 06.05.05 г. снимал с себя клеща.

На основании эпидемиологического анамнеза (укус клеща), острого начала болезни с сильных головных болей, общей слабости, миалгий, болей в животе, лихорадки (двугорбая кривая с врезом на 5 день болезни), геморрагического синдрома (носовое, желудочно-кишечное кровотечения, кровоподтеки в местах инъекций) выставляется диагноз: Крымская геморрагическая лихорадка, тяжелое течение.

В последующие дни (9-10 дни болезни) температура тела сохранялась на субфебрильных цифрах, с 11 дня болезни - нормализовалась.

Диагноз лабораторно подтвержден. Методом ИФА определены антитела к вирусу Крымской геморрагической лихорадки на 12 и 17 дни болезни.

Больной с первого дня получал патогенетическую и симптоматическую терапию. Этиотропное лечение проводилось применением рибавирина дозой 600 мг 3 раза в день, с 8 дня болезни, в течение 6 дней. На 9 день болезни больному внутривенно была перелита свежезамороженная плазма в количестве 150 мл от донора, переболевшего КГЛ. Преднизолон применили в дозе 30 мг 3 раза на 8 день болезни. Больной получил внутривенно свежезамороженную плазму 570 мл, эритроцитарную массу 310 мл.

На 19 день болезни больной был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, в течении заболевания можно выделить несколько периодов: инкубационный - длительностью 3 дня (с 06.05. по 09.05.), начальный - в течение 5 дней (с 09.05. по 13.05.), геморрагический - в течение 6 дней (с 14.05 по 19.05.), период реконвалесценции (с 20.05 по 27.05.).

В начальном периоде ведущими в клинической картине были явления общей интоксикации: лихорадка, озноб, головная боль, общая слабость, нарушение сна, отсутствие аппетита, повторные рвоты, боли в животе, жидкий стул. Такие же симптомы общей интоксикации при Крымской геморрагической лихорадке (КГЛ) описаны в литературе [1, 2]. У больного отмечались гиперемия, пастозность лица, склерит, гиперемия зева, сухой обложенный язык. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы отмечались в виде приглушенности тонов сердца. На 3 день болезни отмечалась тахикардия (82-104 ударов в минуту) и гипертония (в пределах 170 и 100 – 150 и 100). В последующем наблюдалась гипотония, пульс был в пределах нормы. При пальпации живота отмечалась болезненность в эпи-

гастрии, в околопупочной и в подвздошных областях. Обнаружено увеличение печени. В начальном периоде в общем анализе крови изменения были незначительные. Эритроциты составили  $4,9 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин - 160,1 г/л. Количество лейкоцитов и лейкоцитарная формула оставались в пределах нормы. СОЭ- 2 мм/ч.

В геморрагическом периоде сохранялись высокая температура, интоксикация. Появились носовое кровотечение, кровотечение из десен, кровоизлияния в местах инъекций, желудочно-кишечное кровотечение. Изменения со стороны нервной системы проявлялись в виде заторможенности, неохотного вступления в контакт. Со стороны сердечно-сосудистой системы в первый день данного периода (6 день болезни) отмечались гипотония и брадикардия. В последующие дни была склонность к гипертонии (140 и 80 рт.ст.), пульс – в пределах нормы. Язык сухой, обложен белым налетом. Беспокоили боли в животе. При пальпации живота (6 день болезни) резкая болезненность в эпигастриальной, околопупочной, правой подвздошной областях, в области правого подреберья, в последующие дни отмечалась чувствительность в эпигастрии. Печень пальпируется на 1,5 см ниже края реберной дуги, чувствительная. Отмечается черный стул. Поколачивание по пояснице болезненно с двух сторон. В данном периоде отмечались наиболее выраженные изменения лабораторных анализов крови и мочи. Количество эритроцитов, гемоглобина с присоединением кровотечений начинает падать до  $3,45 \cdot 10^{12}/л$  и 91,7 г/л соответственно. Выражена тромбоцитопения до  $32 \cdot 10^9/л$ . Лейкопения в периоде разгара достигла  $2,6 \cdot 10^9/л$ , резко снизилось количество нейтрофилов (сегментоядерные 20%), отмечался лимфоцитоз (лимфоциты 70%). СОЭ в этом периоде колебалась от 5 мм/час до 42 мм/час. Изменения в биохимических анализах крови характеризовались увеличением активности АЛТ до 1,89 ммоль/л при норме 0,1-0,69 ммоль/л. Свертываемость крови - 6 мин. 40 сек. Гематокрит - 56%. Протромбиновый индекс - 70%.

Изменения мочи при Крымской геморрагической лихорадке характеризовались протеинурией от 0,066 г/л до 0,165 г/л и микрогематурией. Лейкоцитурия выражена умеренно, что соответствует периоду выраженной лихорадки.

Период реконвалесценции начался с 12 дня болезни. Сохранялась еще общая слабость, был кратковременный подъем температуры тела до субфебрильных цифр. Сохранялись бледность кожных покровов, гематомы в местах инъекций, приглушенность тонов сердца.

Изменения со стороны лабораторных анализов

в периоде реконвалесценции характеризовались сохранением анемии, ускоренной СОЭ. К концу реконвалесценции количество лейкоцитов и тромбоцитов нормализовалось.

### **Заключение**

Диагноз был выставлен поздно, на 8 день болезни, на 7 день прибывания в стационаре. В начальном периоде не были учтены такие клинико-эпидемиологические данные, как: прибытие больного из природного очага, неблагоприятного по Крымской геморрагической лихорадке, наличие эпидемического сезона. Такие симптомы, как гиперемия лица и склер, иногда шеи и груди, гиперемия слизистой зева, обусловленные ранним поражением вегетативной системы, имеют основное значение для ранней диагностики КГЛ. В ошибочной постановке диагноза «Сальмонеллез» способствовали боли в животе, тошнота, рвота, жидкий стул. Однако, необходимо помнить, что поражение желудочно-кишечного тракта может быть не только при острых кишечных инфекциях. Важно знать, что боли в животе часто присутствовали у больных КГЛ с желудочно-кишечным кровотечением[2]. У больного было подозрение на

клещевой энцефалит. При этом упущено из внимания, что Южно-Казахстанская область не является природным очагом клещевого энцефалита.

Необходимо также отметить, что благоприятный исход заболевания наступил в результате проведения своевременной, адекватной дезинтоксикационной, патогенетической, этиотропной (рибавирин), специфической (плазма крови донора, переболевшего КГЛ) терапии.

В правильной постановке диагноза важная роль отводится тщательному сбору эпидемиологического анамнеза. Особенно это актуально при современной интенсивности миграции населения. В связи с чем больные КГЛ могут обратиться за медицинской помощью в любом регионе страны, поэтому медицинские работники должны иметь соответствующие знания и подготовку в осуществлении мероприятий при КГЛ.

### **Литература**

1. Абдикаримов М.А., Белозеров Е.С. Крымская геморрагическая лихорадка: Алматы.-1995.
2. Лещинская Е.В. Клиника КГЛ //Клиническая медицина.-1967. -№12.-С.74-78.

### **Алматы қаласында қырым геморрагиялық қызбасының кездесуі**

Р.А. Егембердиева, Н.Т. Ермуханова, К.Х. Есенова, Л.К. Игисинова

Алматы қаласында Қырым геморрагиялық қызбасының кездесуі жиілігі сарапталды. Қырым геморрагиялық қызбасымен науқастардың клиникалық-эпидемиологиялық мінездемесі, лабораторлық зерттеулердің нәтижелері, емдеу жоспары берілді. Аурудың бастапқы кезеңінде жүргізілген диагностикалардың қате болу себептері көрсетілді.

*Түйінді сөздер:* Қырым геморрагиялық қызбасы, интоксикация синдромы, геморрагиялық синдром, диагностика, емдеу.

### **The case of Crimean hemorrhagic fever in the Almaty citi**

R.A. Yegemberdiyeva, N.T. Yermuhanova, K.H. Yesenova, L.K. Igisinova

Information on case of Crimean Hemorrhagic Fever (CHF) in the Almaty citi is presented. The clinical-epidemiological characterization is given, the results of the laboratory examination and the plan of the treatment are presented. The causes of later diagnosis are indicate.

*Key words:* Crimean Hemorrhagic Fever, intoxication syndrome, hemorrhagic syndrome, diagnosis, treatment.

**УДК 616-084-616.97.891:615.859**

### **К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНЕРИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

**Б.Б. Есенгалиев, Б.А. Бимурзаева, Т.Д. Цой, У.К. Уразгалиева,  
О.В. Коноплева, А.С. Хайрекешова, Ж.Б. Туганова, Л.Ш. Дусунбаева**

ГУ «Областной центр психического здоровья», г. Уральск; Западно-Казахстанский областной кожно-венерологический диспансер; Каз.НМУ имени С.Д. Асфендиярова

Венерические заболевания среди психически больных – нередкое явление. Активное