



Клинико-эпидемиологические особенности Крымско-Конго геморрагической лихорадки в Республике Таджикистан

Э.Р. Рахманов, Ш.Б. Хабибуллоев, Ш.К. Матинов

Кафедра инфекционных болезней ТГМУ им.Абуали ибни Сино

В работе представлены результаты клинико-эпидемиологических исследований Крымско-Конго геморрагической лихорадки у 13 больных в Республике Таджикистан. Заболевание в условиях республики в последние годы регистрируется чаще в южных регионах страны, сохраняя свои классические проявления. Геморрагические проявления отмечены геморрагической сыпью, кровотечением из дёсен – у 38,4% больных, кишечным кровотечением – у 38,4% и маточным кровотечением – у 7,6%. У 46,1% больных кровотечения одновременно возникали из нескольких органов. Летальность составила 7,6% случаев.

Ключевые слова: Крымско-Конго геморрагическая лихорадка (ККГЛ)

Актуальность. В последние годы одной из актуальных проблем мирового здравоохранения является рост заболеваемости вирусными геморрагическими лихорадками. В мире выявлено и описаны 15 нозологических форм геморрагических лихорадок у человека. Все они являются зоонозами с преимущественным трансмиссивным путём передачи возбудителя. Для всех геморрагических лихорадок характерно острое циклическое течение болезни с геморрагическим синдромом, когда на фоне выраженной лихорадочной реакции и интоксикации на коже и слизистых оболочках выявляются геморрагии, в последующем наблюдаются носовые, желудочно-кишечные, маточные, почечные кровотечения, которые приводят к летальным исходам [1-5].

Очаги геморрагических лихорадок обнаружены на всех континентах, кроме крайних полюсов земного шара. Эпидемическая вспышка геморрагической лихорадки Эбола в странах западной Африки (Гвинея, Либерия, Сьерра-Леоне, Мали) в 2014 году является тому подтверждением. Так, лихорадкой Эбола в вышеперечисленных странах заразились более 17 тысяч человек, из них более 7 тыс. погибли. У 560 медицинских работников, контактировавших с больными, произошёл летальный исход. Как известно, специфического, проверенного и протестированного лечения лихорадки Эбола не существует. Летальность от данной болезни составляет от 53 до 90% [1-7].

В условиях Республики Таджикистан наиболее часто врачи сталкиваются с Крымско-Конго геморрагической лихорадкой (ККГЛ). Хотя данное заболевание за-

нимает незначительный удельный вес в инфекционной патологии человека в стране, тем не менее, она заслуживает особого внимания из-за недостаточной изученности и высокой летальности. По данным Госсанэпиднадзора РТ с 1997 по 2012 гг. в стране было зарегистрировано 168 случаев ККГЛ, в 25 районах, включая г.Душанбе, кроме Согдийской области. Из общего количества случаев чаще всего заболевание регистрируется в южных регионах, так в Кулябской зоне - 52,3%, в районах республиканского подчинения – 26,2%, в Курган-тюбинской зоне – 15,5%.

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические особенности Крымско-Конго геморрагической лихорадки.

Материал и методы. За период 2005-2014 гг. на стационарном обследовании и лечении в Городской клинической инфекционной больнице г.Душанбе находились 13 больных с ККГЛ. Из общего количества больных, городские жители составили 1 (7,6%), сельские – 12 (92,4%); мужчин было 9 (69,2%), женщин – 4 (30,8%).

Диагноз был подтверждён клинико-эпидемиологическими данными на основании иммуноферментного анализа (ИФА) на наличие анти-IgM, который был положительным во всех случаях. Полученные результаты обрабатывали методом вариационной статистики (Л.С.Каминский, 1974, И.П.Ашмарин и соавт., 1975). Для обработки данных и построения различных диаграмм были использованы программы MS Excel пакет MS Office 2000.



РИС. СЕЗОННОСТЬ ККГЛ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ЗА ПЕРИОД 2005-2014гг. (n=13)

Результаты и их обсуждение. По данным эпидемиологического анамнеза, большинство больных (92,4%) были из сельской местности, 75,5% из которых дома имели крупный и мелкий рогатый скот. Из общего количества поступивших больных, 76,9% проживали в Южных регионах Таджикистана. Так, из Дангаринского района – 4 (30,8%), Рудаки – 2 (15,6%), А. Джамии – 3 (23,2%) и по 1 больному из районов Дж. Руми, Хуросон, Кумсангир, Балджувон, что составило по 7,6%.

При тщательном опросе больных, из эпидемиологического анамнеза выяснилось, что заражение в 38,4% случаев наступило во время сенокоса, в 30,7% – указали на укус клещей, 15,3% – были на пастбище, 7,6% – при контакте и уходе за больным ККГЛ. У 2 (15,4%) больных причины заражения не были установлены.

Для геморрагических лихорадок характерна сезонность болезни. По материалам нашего исследования, больные ККГЛ заражались с марта по август месяца, когда определяется зависимость от климатических факторов, периода активности нападающих на людей различных видов клещей-переносчиков (рис.).

Как видно из рисунка, наиболее часто больные ККГЛ поступали в весенне-летний период года, с пиком в июне месяце (38,4%). С октября по февраль месяца не зарегистрировано ни одного случая геморрагической лихорадки.

Все больные поступали в стационар в поздние сроки от начала болезни в тяжёлом состоянии, в среднем на $5,9 \pm 1,8$ день болезни. Заболевание начиналось у всех больных высокой лихорадкой, ознобом, головными болями, ломотой, болями в суставах и мышцах. Продолжительность данного периода составляла от 1 до 3 дней, так называемый до геморрагический период. Через 3-6 дней (в среднем $3,9 \pm 0,7$ дня) у больных присоединился геморрагический синдром,

который проявлялся обильным носовым кровотечением у 11 (84,6%), из них у 9 (69,2%) – геморрагической сыпью, которая в основном располагалась на животе и нижних конечностях.

Заболевание проявлялось кровотечением из дёсен у 5 (38,4%) пациентов, макрогематурия выявлена у 3 (23%) в среднем, на 5-6 день болезни у 6 (46,1%) больных, кишечное кровотечение – у 5 (38,4%) и желудочное кровотечение – у 1 (7,6%), маточное кровотечение – у 1 (7,6%). У 46,1% больных кровотечения одновременно возникали из нескольких органов. Нужно отметить, что интенсивность и продолжительность геморрагических проявлений зависела от тяжести болезни. У 6 (46,1%) больных заболевание осложнилось инфекционно-токсическим шоком (ИТШ) и у 2 (15,3%) – ИТШ и геморрагическим синдромом. Длительность кровотечения у наблюдаемых нами больных продолжалась от 3 до 5 дней, в среднем $4,7 \pm 0,6$ дня.

В таблице нами показаны сравнительные данные геморрагического синдрома по результатам Хашимова Д.М. (1971) и Камардинова Х.К. (2004).

Как видно из таблицы, особые изменения в клиническом течении ККГЛ за последние 40 лет нами не отмечены, кроме уменьшения частоты желудочных и маточных кровотечений, что привело к снижению летальности до 7,6%, которое вероятно связано с применением противовирусного препарата «Рибавирин» (фирма производитель - ЗАО «Фармпроект», Россия).

Изменения крови в период разгара болезни у больных были весьма характерными. Наблюдалась нормохромная анемия, а при тяжёлом течении была выявлена гипохромная анемия. Количество эритроцитов снижалось от 2,70 млн. до 1,98 млн. у 3 (23%) больных, средний показатель – 3,42; уровень гемоглобина колебался от 109 г/л до 52 г/л у 7 (53,8%)


ТАБЛИЦА. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О ЧАСТОТЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ПРИ ККГЛ ПО ДАННЫМ РАЗНЫХ АВТОРОВ (%)

ККГЛ В РТ (n=13)	Из носа	Из кишечника	Кровоточивость	Маточное кровотечение	Сыпь	Макрогематурия	Микрогематурия	Летальность
Д.М.Хашимов и Л.И.Михайлова (1971г.)	85,3	58,8	44,1	44,4	35,2	52,9	76,5	50
Х.К. Камардинов (2004г.)	74,4	23	20	25	63	30	38	40
Материалы по данным ГКИБ г.Душанбе (с 2004 по 2014 гг.)	84,6	38,4	7,6	7,6	69,2	23	23	7,6

больных, средний показатель – 100. Тромбоцитопения была отмечена у 8 (61,5%) пациентов, которая особенно резко была выражена в тяжёлых случаях, достигая до 63 тыс., средний показатель – 150,0 тыс. У всех больных отмечалась лейкопения и среднее количество лейкоцитов составило $4,8 \pm 0,7 \times 10^9/\text{л}$. У всех больных в крови наблюдался анизоцитоз и пойкилоцитоз.

В качестве примера приводим выписку из истории болезни. Больной И.К., 29 лет, житель Кумсангирского района, поступил на 7 день болезни в ГКИБ г.Душанбе в тяжёлом состоянии, с температурой тела $39,50\text{C}$, выраженными симптомами интоксикации, геморрагическими проявлениями в виде носовых и желудочно-кишечных кровотечений. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что последние 2 месяца был на сенокосе. Укус клеща отрицает. Заболел остро (04.07.2014г.), заболевание началось с повышения температуры тела, головных болей, слабости, ломоты по всему телу. Лечился в ЦРБ Кумсангирского района с диагнозом ОРВИ до 09.07.2014 года. С 09.07.2014г. у больного на фоне лихорадки началось носовое кровотечение. Больной был осмотрен ЛОР-врачом, кардиологом, офтальмологом, гематологом, после консультации врача-инфекциониста был поставлен диагноз ККГЛ, и его госпитализировали в ГКИБ г. Душанбе.

Данные лабораторных исследований: общий анализ крови: Эр. – 2,7 млн., Нв – 60 г/л, цв. пок. – 0,6, тромбоциты – 73 тыс., лейкоциты – $4,0 \times 10^9/\text{л}$, пал. – 1%, сег. – 52%, лимф. – 41%, мон. – 3%, СОЭ – 12 мм/ч. Анизоцитоз, пойкилоцитоз. Биохимические показатели: общий белок – 65,3 г/л, билирубин – 26,5 мкмоль/л, АлАТ – 1,0 ммоль/л, АсАТ – 0,5 ммоль/л, мочевины – 10 ммоль/л, креатинин – 116 ммоль/л, сахар крови – 5,4 мг/мл. Общий анализ мочи: белок – 0,066%, лейкоциты – до 60 в поле зрения, эритроциты свежие сплошь – макрогематурия. ИФА на ККГЛ анти-IgM – положителен.

По жизненным показаниям больному были перелиты одноклеточные отмытые эритроциты – 250,0 мл, аминокпроновая кислота 5% – 100,0 мл в/в, дицинон 2,0мл в/м. В качестве специфической терапии был назначен противовирусный препарат «Рибавирин» 1000 мг (2 приёма внутрь). На следующий день температура тела снизилась до нормы, кровотечение из кишечника и рта не наблюдалось, состояние больного не ухудшилось, отмечалось незначительное носовое кровотечение. На 2 сутки геморрагическая сыпь стала исчезать и макрогематурия прекратилась.

На фоне лечения у больного температура тела нормализовалась на 5 день болезни. Кровотечение остановилось на 6 день болезни. Сыпь начала исчезать на 7-8 день, однако слабость и быстрая утомляемость сохранялись при выписке больного. На 14 день нормальной температуры, после исчезновения клинических проявлений, в удовлетворительном состоянии больной был выписан из клиники.

Проведённые исследования показывают, что в клиническом течении ККГЛ за последние 10 лет особых изменений, по сравнению с данными, приведёнными в работах Хашимова Дж.М. (1971) и Х.К. Камардинова (2004) не отмечается, заболевание сохраняет свои классические признаки. Однако применение в комплексной терапии ККГЛ противовирусного препарата «Рибавирин» отмечается снижение летальности в 5-8 раз (до 7,6%) по сравнению с данными вышеперечисленных авторов.

Таким образом, Крымско-Конго геморрагическая лихорадка в Республике Таджикистан за последние годы регистрируется чаще в южных регионах, сохраняя свои классические проявления, заболевание протекает в тяжёлой или средне-тяжёлой форме (85%) с полостными кровотечениями (92%). Летальные исходы у больных с ККГЛ (7,6% случаев) наступают в разгар геморрагического периода.



ЛИТЕРАТУРА

1. Камардинов Х.К. Инфекционные и паразитарные болезни / Х.К.Камардинов. - Душанбе. - 2009. - С.364-408.
2. Куличенко А.Н. Крымская геморрагическая лихорадка в Евразии в XXI веке: эпидемиологические аспекты / А.Н.Куличенко, О.В.Малецкая, Н.Ф.Василенко // Эпидемиологические и инфекционные болезни. - М. -2012. - №3. - С. 42-53.
3. Распространение вируса Баткен / С.Е.Смирнова, Л.С.Корань, Н.М.Колясников, В.С.Рыбкин // Эпидемиологические и инфекционные болезни. - М. - 2011. - №1. - С.12-19
4. Бутенко А.М. Крымская геморрагическая лихорадка / А.М.Бутенко, Е.В.Лещинская, Д.К.Львов // Вестник Российской академии естественных наук. - М. - 2002. - №2. - С.1-10.
5. О лечении Крымской-Конго геморрагической лихорадки на современном этапе / Г.Н.Абуова, Н.Ю.Пшеничная, А.А.Нурмашова, И.А.Лизинфельд // Материалы международной научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия инфекционных и неинфекционных болезней». Вестник ЮКГФА. - 2013. - №2. - С.10-11.

Summary

Clinical and epidemiological features of Crimean-Congo haemorrhagic fever in the Republic of Tajikistan

E.R. Rakhmanov, Sh.B. Habibulloev, Sh.K. Matinov
Chair of Infectious Diseases Avicenna TSMU

The paper presents the results of clinical and epidemiological studies of Crimean-Congo hemorrhagic fever in 13 patients in the Republic of Tajikistan. At recent years disease in the Republic recorded more often in southern regions of the country, maintaining its classic manifestation. Hemorrhagic manifestations marked as hemorrhagic rash, bleeding gums – in 38,4% of patients, intestinal bleeding – at 38,4%, and uterine bleeding – at 7,6%. In 46,1% of patients bleeding was from several organs at same time. Mortality rate was 7,6% of cases.

Key words: Crimean-Congo hemorrhagic fever (CCHF)

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Рахманов Эркин Рахимович –
заведующий кафедрой инфекционных болезней ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул.Павлова, дом 6
E-mail: ercin_rahmonov@mail.ru