

Т.А. АНИСИМОВА, Л.В. АНДРЕЕВА, В.П. АКИМОВА, Т.Н. КОЧЕМИРОВА

### ЗАВОЗНОЙ СЛУЧАЙ БРЮШНОГО ТИФА В ЧУВАШИИ

**Ключевые слова:** брюшной тиф, лихорадка, боль, температура, спорадический характер.

Брюшной тиф и паратифы по-прежнему являются повсеместной актуальной проблемой, особенно в связи с возможностью появления завозных случаев из эпидемически неблагополучных по заболеванию регионов. Актуальность проблемы брюшного тифа в настоящее время в Российской Федерации определяется сохранением спорадической заболеваемости. Снижение контроля над санитарно-гигиеническим состоянием внешней среды, ухудшение качества очистки воды в системах водоснабжения и канализации и ряд других причин и в наши дни могут привести к увеличению количества больных с тифо-паратифозными заболеваниями. При этом легкое и стертное течение брюшного тифа является частой причиной поздней диагностики заболевания и запоздалого начала лечения пациента. Рассмотрены методы современной диагностики и лечения тифо-паратифозного заболевания.

В статье описан случай брюшного тифа, который был диагностирован на территории Чувашской Республики в 2017 г. после продолжительного периода эпидемиологического благополучия. Цель исследования – проанализировать завозной случай брюшного тифа и дать характеристику современному течению болезни в период спорадической заболеваемости.

Проведен ретроспективный анализ истории болезни больной брюшным тифом. Диагноз был поставлен на основании клинко-эпидемиологических и лабораторных данных. Для подтверждения диагноза брюшного тифа использованы бактериологические методы исследования крови, мочи и кала.

Изучение истории болезни данной пациентки показало, что типичных симптомов, характерных для брюшного тифа, не было: подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно, пальпировались подчелюстные безболезненные, подвижные, мягко-эластической консистенции лимфоузлы до 0,6 см. Носовое дыхание не нарушено, дыхание везикулярное, ЧДД – 16 в 1 мин., тоны сердца были приглушены, ритмичные, ЧСС – 100 уд./мин., АД – 120/75 мм рт.ст., температура – 39°C. Язык сухой, обложен серовато-коричневым налетом с отпечатками зубов по краям. Зев умеренно гиперемирован. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены, симптом Падалки отрицательный. Стул, со слов пациентки, каловый, с тенденцией к запору. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Таким образом, при спорадической заболеваемости поставить диагноз брюшного тифа трудно. Современная клиническая картина брюшного тифа при среднетяжелом течении отличается от классической. У больной наблюдалось атипичное течение брюшного тифа. Тифозный статус отсутствовал. Кожные покровы были обычные, сыпь отсутствовала. Не было гепатолиенального синдрома и симптома Падалки. Осложнения и рецидивы не возникали. Диагноз был поставлен только при высеве возбудителя из крови (гемокультура) и четких эпидемиологических данных.

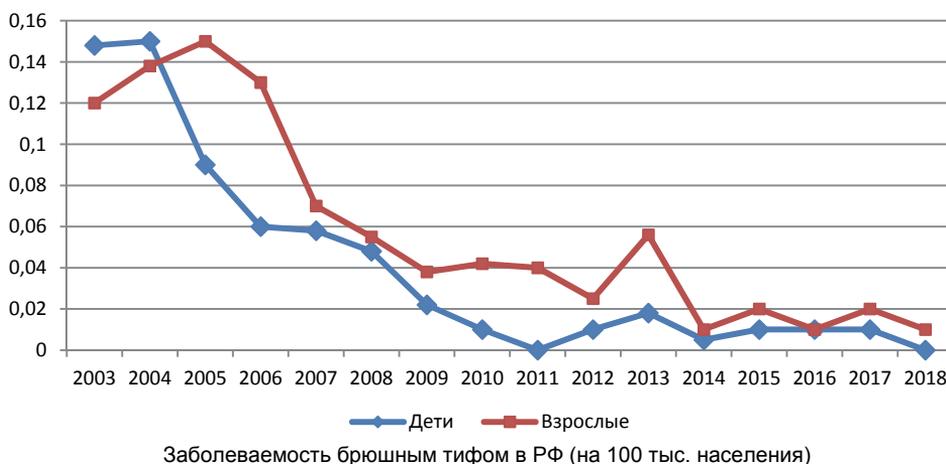
Брюшной тиф – острое антропонозное инфекционное заболевание, характеризующееся симптомами интоксикации, бактериемией и токсинемией, язвенным поражением лимфатического аппарата преимущественно тонкой кишки, характерной розеолезной сыпью и гепатолиенальным синдромом [1].

В настоящее время брюшной тиф остается глобальной проблемой здравоохранения во всем мире в связи с потенциальной тяжестью и длительностью заболевания, нередко с рецидивирующим течением, наличием обострений и формированием у части переболевших хронического бактерионосительства (3–5% среди всех больных).

По литературным данным, в мире ежегодно регистрируется около 20 млн случаев брюшного тифа, при этом около 800 тыс. с летальным исходом [2]. Заболеваемость брюшным тифом и паратифами А и В в последнее время по сравнению с началом XX в. снизилась более чем в 25 раз, а широкое использование современной антибиотикотерапии резко уменьшило тяжесть проявлений этих заболеваний и летальность от них, изменился и характер последствий: резко уменьшилось число гнойно-септических осложнений, пневмоний, поражений костей и мышц, центральной и периферической нервной системы, сердечно-сосудистых расстройств т.д. [3, 4].

Тифо-паратифозные заболевания встречаются во всех климатических зонах и частях света, однако в большей степени они распространены в странах с жарким климатом и низким уровнем санитарно-коммунального обустройства населения [5]. Заболеваемость брюшным тифом преобладает на территориях с неблагополучными водоснабжением и канализацией. Высокий уровень заболеваемости (более 100 случаев на 100 тыс. населения) отмечается в странах Южной, Центральной и Юго-Восточной Азии, а также Южной Африки, а низкий уровень заболеваемости (менее 10 случаев на 100 тыс. населения) – в Европе, Северной Америке, Австралии и Новой Зеландии. В развитых странах заболевание регистрируется, как правило, среди туристов, вернувшихся из регионов с высоким уровнем заболеваемости, чаще из Индии, Непала, Пакистана (более 60%) [6, 7].

В России заболеваемость брюшным тифом носит спорадический характер, в 2016 г. показатель составил 0,02 на 100 тыс. населения (рисунок). В последние годы в России наблюдается снижение заболеваемости брюшным тифом. В второй половине XX в. в качестве основных источников заражения рассматривались хронические больные брюшным тифом, заразившиеся в основном во время Великой Отечественной войны, сейчас основным источником являются мигранты [8, 9]. В Чувашской Республике последний случай брюшного тифа был отмечен в 2000 г. [10, 11].



Цель исследования – провести анализ завозного случая брюшного тифа и дать характеристику современного течения при спорадической заболеваемости.

В работе была проанализирована ретроспективно история болезни больной брюшным тифом. Диагноз был поставлен на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных. Для подтверждения диагноза брюшного тифа использованы бактериологические методы исследования крови, мочи и кала.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная в возрасте 24 года 8 месяцев поступила на 5-й день заболевания с жалобами на слабость, вялость, головную боль, першение в горле, повышение температуры. Больна с 22 мая 2017 г., повысилась температура до 37,5–38°C, головная боль, вялость, сниженный аппетит, першение в горле; в динамике температура стала фебрильной и постоянной, амбулаторно получала симптоматическое лечение, улучшения не отмечено, по линии «ОЗ» доставлена в инфекционный стационар БУ Больницы скорой медицинской помощи г. Чебоксары 26 мая 2017 г. (5-й день заболевания). Анамнез жизни без особенностей, редко болеет ОРЗ. 11 мая 2017 г. вернулась из Тайланда, где отдыхала вместе с сестрой. Заболевание связывает с употреблением фруктового коктейля с льдом. Сестра проживает в г. Москва, также госпитализирована в инфекционный стационар по месту жительства с подозрением на брюшной тиф.

При поступлении в стационар состояние расценено как средней степени тяжести, обусловленное синдромами интоксикации и катаральным. Сознание ясное, вялая, контактна, менингеальные знаки отрицательные. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски, сыпи нет. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно, пальпируются подчелюстные лимфоузлы до 0,6 см, безболезненные, подвижные, мягко-эластической консистенции. Носовое дыхание не нарушено, дыхание везикулярное, ЧДД – 16 в 1 мин, тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 100 уд./мин, АД – 120/75 мм рт.ст., температура – 39°C. Язык сухой, обложен серовато-коричневым налетом с отпечатками зубов по краям. Зев умеренно гиперемирован. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены, симптом Падальки отрицательный. Стул, со слов пациентки, каловый, с тенденцией к запору. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Был поставлен предварительный диагноз: Острая инфекция верхних дыхательных путей? Брюшной тиф?

Проведено комплексное обследование. В гемограмме отмечалась лейкопения до  $3,6 \times 10^9$ /л, анэозинофилия, тромбоцитопения до  $130 \times 10^6$ /л, повышение СОЭ до 30 мм/ч, в разгар заболевания – анемия легкой степени, нейтропения до 40%, лимфоцитоз до 49%, СОЭ до 26 мм/ч, количество лейкоцитов –  $4,5 \times 10^9$ /л. В общем анализе мочи – белок. Снижение сахара в крови до 3,3 ммоль/л. Кал на скрытую кровь отрицательный. Бактериологические анализы кала и мочи отрицательные. Рентгенография органов грудной клетки – без видимой патологии. Иммуноферментный анализ на респираторные вирусы отрицательные. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек – признаки диффузных изменений поджелудочной железы и почечных синусов обеих почек. У больной выделена гемокультура *Salmonella typhi*, чувствительная к амoxicиллину, ампициллину, ципрофлоксацину, левомицетину и цефтриаксону.

Созванный консилиум подтвердил диагноз брюшного тифа.

Проведенное лечение: режим постельный, диетотерапия, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия. Этиотропная терапия проводилась двумя антибиотиками: ципролет в/в и амоксициллин энтерально. На фоне проводимой терапии в течение 5 дней сохранялись ремиттирующая лихорадка, головная боль, сниженный аппетит. На 6-й день терапии температура начала снижаться, уменьшились симпто-

мы интоксикации, улучшился аппетит. На 7–8-й день температура нормализовалась. Антибактериальная терапия была продолжена до 10-го дня нормальной температуры. Выписана на 27-й день стационарного лечения в удовлетворительном состоянии с тремя отрицательными анализами кала и мочи. Заболевание протекало без осложнений и рецидивов в среднетяжелой форме.

В ходе исследования выяснилось, что из-за скудности симптомов первоначально был выставлен диагноз острая кишечная инфекция, но после сбора эпидемиологического анамнеза было подозрение на брюшной тиф.

Таким образом, при спорадической заболеваемости поставить диагноз брюшного тифа трудно. Современная клиническая картина брюшного тифа при среднетяжелом течении отличается от классического. У больной наблюдалось атипичное течение брюшного тифа. Тифозный статус отсутствовал. Кожные покровы были обычные, сыпь отсутствовала. Не было гепатолитического синдрома и симптома Падалки. Осложнения и рецидивы не возникли. Диагноз был поставлен только при высеве возбудителя из крови (гемокультура) и четких эпидемиологических данных.

#### Литература

1. *Островский Н.Н., Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я.* Брюшной тиф и паратифы А, В, С // Лекции по инфекционным болезням. М.: Медицина, 2007.
2. *Ахмедов Д.Р., Пашаева С.А., Магомедова С.А.* Брюшной тиф: клинико-лабораторные проявления, течение и исходы в современных условиях // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. 2012. Т. 1(2). С. 39–43.
3. *Зорина Л.М., Шафеев М.Ш., Хасанова И.К. и др.* Брюшной тиф, паратифы. Эпидемиология и профилактика. Казань: КГМУ, 2002.
4. *Лобзин Ю.В., Волжанин В.М., Коваленко А.Н., Рахманов М.И.* Брюшной тиф у военнослужащих // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2009. № 1. С. 45–49.
5. *Рафиев Х.К., Рафиев Х.К., Лукьянов Н.Б.* Проблемы инфекционной патологии в Республике Таджикистан // Эпидемиология и инфекционные болезни. 1999. № 5. С. 11–13.
6. *Коваленко А.Н., Иванов А.М., Одинаев Н.С., Рахманов М.И., Мурачев А.А.* Брюшной тиф: Опыт последнего десятилетия // Журнал инфектологии. 2009. Т. 1, № 2, 3. С. 69–72.
7. *Лобзин Ю.В., Коваленко А.Н., Волжанин В.М.* Брюшной тиф: современное состояние проблемы // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2005. № 1. С. 47–67.
8. *Махнёв М.В.* Клинические аспекты эпидемии брюшного тифа у мигрантов // Терапевтический архив. 2001. Т. 73, № 11. С. 67–70.
9. *Волжанин В.М., Коваленко А.Н.* Брюшной тиф. Паратифы А и В // Руководство по инфекционным болезням / под общ. ред. Ю.В. Лобзина. СПб.: Фолиант, 2003.
10. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2017 году: Государственный доклад. М., 2018 [Электронный ресурс]. URL: [https://www.rospotrebnadzor.ru/bitrix/redirect.php?event1=file&event2=download&event3=gd\\_2017\\_seb.pdf&goto=/upload/iblock/d9d/gd\\_2017\\_seb.pdf](https://www.rospotrebnadzor.ru/bitrix/redirect.php?event1=file&event2=download&event3=gd_2017_seb.pdf&goto=/upload/iblock/d9d/gd_2017_seb.pdf).
11. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ в 2017 году по Чувашской Республике: Государственный доклад. Чебоксары, 2018 [Электронный ресурс]. URL: <http://21.rospotrebnadzor.ru/content/768/36760>.

---

**АНИСИМОВА ТАТЬЯНА АНАТОЛЬЕВНА** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (anis2106@yandex.ru).

**АНДРЕЕВА ЛЮДМИЛА ВАСИЛЬЕВНА** – ассистент кафедры детских болезней, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (Zykina.58@mail.ru).

**АКИМОВА ВЕНЕРА ПЕТРОВНА** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (Akimova.venera@gmail.com).

**КОЧЕМИРОВА ТАТЬЯНА НИКОЛАЕВНА** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской и госпитальной терапии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (tat.kochemirova@mail.ru).

---

Tatiana A. ANISIMOVA, Lyudmila V. ANDREEVA,  
Venera P. AKIMOVA, Tatiana N. KOICHEMIROVA

#### AN IMPORTED CASE OF TYPHOID FEVER IN CHUVASHIA

**Key words:** typhoid fever, fever, pain, temperature, sporadic character.

Typhoid fever and paratyphoids are still a widespread topical problem, especially in connection with the possibility of imported cases from regions that are epidemically disadvantaged by the disease. The current relevance of typhoid fever problem in the Russian Federation is determined by its persistent sporadic morbidity. Reduced control over the sanitary and hygienic state of the environment, deterioration of the quality of water treatment in water supply and sewerage systems, and a number of other reasons can still result in an increase in the number of patients with typhoid-paratyphoid diseases. At the same time, a mild and subtle course of typhoid fever is a common cause of late disease diagnosis and late start of the patient's treatment. Methods of modern diagnosis and treatment of typhoid-paratyphoid disease are considered.

The article describes a case of typhoid fever that was diagnosed in the Chuvash Republic in 2017 after a long period of epidemiological welfare.

The aim of the study is to analyze an imported case of typhoid fever and characterize the current course of the disease in the period of sporadic morbidity.

A retrospective analysis of the patient's history of typhoid fever was performed. The diagnosis was made on the basis of clinical, epidemiological and laboratory data. To confirm the diagnosis of typhoid fever, bacteriological methods to study blood, urine and feces were used.

The study of this female patient's medical history showed that there were no typical symptoms characteristic of typhoid fever: subcutaneous fat was moderately expressed, on palpation submandibular lymph nodes were painless, mobile, of soft-elastic consistency up to 0.6 cm. Nasal breathing was not disturbed, breathing was vesicular, the RR was 16 movements per 1 min., heart tones were muted, rhythmic, the heart rate was 100 beats / min, BP – 120/75 mm Hg, temperature – 39°C. The tongue was dry, coated with a grayish-brown plaque with tooth marks on the edges. The pharynx was moderately hyperemic. The stomach was soft, painless, the liver and the spleen were not enlarged, Padalka's symptom was negative. The patient reported fecal excretion with a tendency to constipation. There was no CVA tenderness on both sides.

Thus, it is difficult to make a diagnosis of typhoid fever with sporadic morbidity. Modern clinical presentation of typhoid fever in moderate severity differs from the classic one. The patient had an atypical course of typhoid fever. Typhoid status was absent. The cutaneous coverings were normal, there was no rash. There was no congestive splenomegaly or Padalka's symptoms. No complications or relapses developed. The diagnosis was made only when the pathogen was seeded from the blood (hemoculture) and basing on clear epidemiological data.

#### References

1. Ostrovskii N.N., Yushchuk N.D., Vengerov Yu.Ya. *Bryushnoi tif i paratify A, V, S* [Typhoid and paratyphoids A, B, C]. In: *Lektsii po infektsionnym boleznyam* [Lectures on Infectious Diseases]. Moscow, Meditsina Publ., 2007.
2. Akhmedov D.R. Pashaeva S.A., Magomedova S.A. *Bryushnoi tif: kliniko-laboratornye proyavleniya, techenie i iskhody v sovremennykh usloviyakh* [Typhoid fever: clinical and laboratory manifestations, course and outcomes of current conditions]. *Vestnik Dagestanskoi gosudarstvennoi meditsinskoi akademii*, 2012, vol. 1(2), pp. 39–43.
3. Zorina L.M., Shafeev M.Sh., Khasanova I.K. et al. *Bryushnoi tif, paratify. Epidemiologiya i profilaktika* [Typhoid fever, paratyphus. Epidemiology and prevention]. Kazan, 2002.
4. Lobzin Yu.V., Volzhanin V.M., Kovalenko A.N., Rakhmanov M.I. *Bryushnoi tif u voennosluzhashchikh* [Typhoid fever in military personnel]. *Epidemiologiya i infektsionnye bolezni*. 2009, no. 1, pp. 45–49.
5. Rafiev Kh.K., Rafiev Kh.K., Luk'yanov N.B. *Problemy infektsionnoi patologii v Respublike Tadjikistan* [Infectious Pathology Problems in Tajikistan]. *Epidemiologiya i infektsionnye bolezni*, 1999, no. 5, pp. 11–13.
6. Kovalenko A.N., Ivanov A.M., Odinaev N.S., Rakhmanov M.I., Murachev A.A. Typhoid fever: the experience of last decade. *Journal Infectology* 2009; 1(2,3): 69–72.
7. Lobzin Yu.V., Volzhanin V.M., Kovalenko A.N. *Bryushnoi tif: sovremennoe sostoyanie problemy* [Current State of Enteric Fever]. *Klinicheskaya mikrobiologiya i antimikrobnaya khimioterapiya*, 2005, no. 1, pp. 47–67.

8. Makhnev M.V. *Klinicheskie aspekty epidemii bryushnogo tifa u migrantov* [Clinical aspects of the typhoid epidemic in migrants]. *Terapevticheskiy arkhiv*, 2001, vol. 73, no. 11, pp. 67–70.

9. Volzhanin V.M., Kovalenko A.N., *Bryushnoi tif. Paratify A i V* [Typhoid fever. Paratyphs A and B]. In: Lobzin Yu.V., ed. *Rukovodstvo po infektsionnym boleznyam* [Infectious Disease Guide]. St. Petersburg, Foliant Publ., 2003.

10. *O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Rossiiskoi Federatsii v 2017 godu: Gosudarstvennyi doklad* [On the state of sanitary and epidemiological well-being of the population in the Russian Federation in 2017: State report]. Available at: [https://www.ros-potrebnadzor.ru/bitrix/redirect.php?event1=file&event2=download&event3=gd\\_2017\\_seb.pdf&goto=/upload/iblock/d9d/gd\\_2017\\_seb.pdf](https://www.ros-potrebnadzor.ru/bitrix/redirect.php?event1=file&event2=download&event3=gd_2017_seb.pdf&goto=/upload/iblock/d9d/gd_2017_seb.pdf).

11. *O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v RF v 2017 godu po Chuvashskoi Respublike: Gosudarstvennyi doklad* [On the state of sanitary and epidemiological well-being of the population in Russia in 2017 on the Chuvash Republic: State report]. Cheboksary, 2018. Available at: <http://21.ros-potrebnadzor.ru/content/768/36760>.

---

**TATIANA A. ANISIMOVA** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Children's Diseases, Chuvash State University, Russia, Cheboksary (anis2106@yandex.ru).

**LYUDMILA V. ANDREEVA** – Assistant Lecturer, Department of Children's Diseases, Chuvash State University, Russia, Cheboksary (Zykina.58@mail.ru).

**VENERA P. AKIMOVA** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Children's Diseases, Chuvash State University, Russia, Cheboksary (Akimova.venera@gmail.com).

**TATIANA N. KOICHEMIROVA** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Faculty and Hospital Therapy, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

---

**Формат цитирования:** Анисимова Т.А., Андреева Л.В., Акимова В.П., Кочемирова Т.Н. Завозной случай брюшного тифа в Чувашии [Электронный ресурс] // Acta medica Eurasica. – 2020. – № 4. – С. 19–24. – URL: <http://acta-medica-eurasica.ru/single/2020/4/3>. DOI: 10.47026/2413-4864-2020-4-19-24.