

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.995.122.22-031:611.6

А.М. Бронштейн<sup>1,2</sup>, Н.А. Малышев<sup>1</sup>, С.Н. Жаров<sup>3</sup>

## ОСТРЫЙ МОЧЕПОЛОВОЙ ШИСТОСОМОЗ У ТУРИСТА, ПОСЕТИВШЕГО УГАНДУ И КЕНИЮ: ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

<sup>1</sup>Инфекционная клиническая больница № 1, 125367, Москва, Волоколамское ш., 63; <sup>2</sup>Институт медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е. И. Марциновского Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2; РНИМУ<sup>3</sup>

*Описан случай острого мочеполового шистосомоза, у московского туриста, посетившего Кению и Уганду. Отмечается объективная сложность лабораторного паразитологического подтверждения этой инвазии в острой стадии. Обсуждаются проблемы диагностики в случаях невыявления яиц гельминтов в моче, а также проблемы комплаентности и доступности информации о профилактике тропических заболеваний у туристов.*

**Ключевые слова:** острый мочеполовой шистосомоз, празиквантель, Кения, Уганда, истоки Нила, турист, комплаентность информации для туристов

A.M. Bronshtein<sup>1,2</sup>, N.A. Malyshev<sup>1</sup>, S.N. Zharov<sup>3</sup>

A CASE OF ACUTE URINARY SCHISTOSOMIASIS IN A RUSSIAN TOURIST TRAVELED TO UPPER NILE IN KENYA AND UGANDA AND REVIEW OF THE LITERATURE

<sup>1</sup>Federal Treasury Institution of Healthcare "Infectious Clinical Hospital № 1" of the Moscow Department of Healthcare, 63, Volokolamskoye Sh, Moscow, Russian Federation, 125367; <sup>2</sup>Institute of Medical Parasitology and tropical medicine named after E. I. Martynovskiy of the State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education "I.M. Sechenov First Moscow State Medical University" of the Ministry of Health care and Social Development, 20, M. Pirogovskaya Str, Moscow, Russian Federation, 119435; <sup>3</sup>State Budgetary Institution of Higher Professional Education "Russian National Research Medical University named after N. I. Pirogov" of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, 1, Ostrovitianova Str. Moscow, Russian Federation, 117997

*A case of acute schistosomiasis with febrile, high peripheral eosinophilia and haematuria is presented as a 28-years-old male tourist traveled to upper Nile in Kenya and Uganda. The patient was successfully treated with praziquantel. Although acute urinary schistosomiasis have been rare in Russian travelers this should not be discounted in patients with febrile, high peripheral eosinophilia and haematuria returning from tropical countries. Some behavior habits regarding acquiring of infection are discussed.*

**Key words:** acute urinary schistosomiasis, peripheral eosinophilia, haematuria, tourist, Kenya, Uganda, praziquantel, upper Nile

Случаи завоза на территорию России тропических паразитарных болезней [1, 4, 6, 8, 9] и других болезней, связанных с пребыванием в тропиках, неоднократно отмечались у российских туристов [5, 7], посетивших страны Африки, Азии и Южной Америки. Для России тропические болезни являются экзотическими, с которыми редко встречаются и недостаточно знакомы врачи лечебных учреждений, что может существенно затруднить их своевременную диагностику и лечение. Ранее нами был описан случай острого кишечного шистосомоза у туриста, посетившего Танзанию [10]. В данном наблюдении описан случай острого мочеполового шистосомоза у туриста, который был в Уганде и Кении. Шистосомозы относительно часто завозятся туристами и в страны Европы [18, 19].

**Для корреспонденции:** Бронштейн Александр Маркович, д-р мед. наук, проф., зав. отд. совр. методов лечения паразитарных болезней ИМП и ИП, проф. каф. инфекцион. болезней тропической медицины и эпидемиологии РГМУ, зав. кабинетом паразитарных бол. и тропической медицины инфекцион. клинич. больницы № 1, e-mail: bronstein@mail.ru

Шистосомозы – одни из самых древних гельминтозов человека. У египетских мумий обнаруживали кальцинированные яйца шистосом. К настоящему времени ориентировочно 230 млн человек заражены шистосомозами. Шистосомозы имеют две основные формы – кишечную и мочеполовую, в состав которых входит 5 видов кишечных – *Schistosoma mansoni*, *S. japonicum*, *S. mekongi*, *S. guineensis* и *S. intercalatum*, и один вид мочеполового – *S. haematobium* [27].

В 1851 г. врач из Германии Theodor Maximilian Bilharz открыл гельминта, возбудителя шистосомоза, вызывающего поражение мочеполовой системы человека. Впоследствии этот гельминт получил название *Bilharzia haematobium*, а болезнь – билъгарциоз. В настоящее время основное или официальное название болезни – мочеполовой шистосомоз, а возбудитель – *Schistosoma haematobium*.

*S. haematobium* - трематода длиной 12–20 мм, шириной 0,3–2 мм. Окончательным хозяином *S. haematobium* является человек, в организме которого взрослые особи локализуются в венозной системе малого таза. Местом яйцекладки самок являются венозные сплетения мочевого пузыря и семенных пузырьков. Жизненный

цикл – такой же, как у всех шистосом.

Очаги мочевого шистосомоза имеются практически во всех странах Африки и некоторых странах Восточно-Средиземноморского региона (Ирак, Сирия, Йемен и др.).

Клинические проявления разнообразны - от стер-тых, субклинических форм до развития тяжелого за-болевания с глубоким поражением урогенитальной системы. Наиболее часто поражается мочевой пузырь. При цистоскопии выявляется гиперемия, «песчаные пятна» (скопление яиц шистосом в слизистой), полипы, эрозии и язвы, кальциноз. Такие же изменения выявля-ются в мочеточниках. Поражения почек обусловлены в основном обструкцией мочеточников и развитием гидронефроза. При присоединении бактериальной инфекции возможно развитие пиелонефрита. Отмеча-ются также поражения мочевого пузыря, которые могут вести к бесплодию: у мужчин – фиброз семен-ных канатиков, орхит, эпидидимит; у женщин – поли-поз и изъязвление слизистой влагалища и шейки мат-ки. Гранулемы с яйцами *S. haematobium* могут встре-чаться также в кишечнике, легких, коже, центральной нервной системе, печени и других органах.

Наиболее характерным симптомом мочевого шистосомоза является различной степени тяжести гематурия, обычно терминальная – выделение крови в конце мочеиспускания и протеинурия. У больных с обструкцией мочеточников и гидронефрозом часто присоединяется вторичная бактериальная инфекция [17, 21, 23, 27]. Наиболее выраженная патология при мочевого шистосомозе отмечается у женщин, и уровень пораженности женщин мочевого шис-тосомозом может служить индикатором поражен-ности местного населения [29].

Шистосомозы способствуют канцерогенезу, в оча-гах мочевого шистосомоза относительно часто встречаются опухоли мочевого пузыря. В 1911 г. были получены данные о том, что мочевого шис-тосомоз способствует развитию рака мочевого пу-зыря. К настоящему времени связь мочевого шис-тосомоза и рака мочевого пузыря подтверждена в многочисленных клинических, экспериментальных и эпидемиологических исследованиях. Канцерогенез при шистосомозах объясняется развитием фиброзных изменений в органах с последующей метаплазией эпи-телиа, иммуносупрессией и синергизмом действия шистосом и экзо- и эндогенных канцерогенов [14, 24]. Все виды шистосомозов, но в большей степени моче-половой шистосомоз, в связи с поражением мочепо-ловых органов способствуют инфицированию виру-сами HIV1 и соответственно заболеванию СПИДом, HPV, а также вирусом гепатита С [22, 23, 28].

Препаратом выбора для лечения шистосомозов яв-ляется празиквантел. В 2006 г. 12,4 млн человек по-лучили лечение празиквантелом, а 2010 г. – 33,5 млн [27].

В данном сообщении приводится случай острого мочевого шистосомоза у московского туриста после возвращения из поездки в Уганду и Кению.

Б о л ь н о й Н . , 28 лет, находился в Кении с 15.03.11. по 22.03.11 и в Уганде с 23. 03.11 по 01.04.11. По-

сле возвращения в Москву 10.04.12 отметил острое повышение температуры до 38°C, озноб, сухой каш-ель, потемнение мочи. Лихорадка сохранялась в течение недели. С подозрением на малярию был госпитализирован в одну из инфекционных клиник Москвы, где экспресс – методом выявлены антитела к антигену *Pl. falciparum*. С диагнозом «тропическая малярия» был переведен в другую инфекционную клинику больницу, где при неоднократном ис-следованиях препаратов крови возбудители малярии не были выявлены.

Вместе с тем 09.06 у больного были отмечены из-менения в составе периферической крови – эозино-филы 34 % и в моче. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты 665 в 1 мл, эритроциты 27 520 в 1 мл. Био-химический состав крови без существенных измене-ний. Гемокультура, копрокультура, посев мочи были негативными. При неоднократном исследовании кала и мочи яйца гельминтов и патогенных простейших выявлены не были. При УЗ-исследовании и рентген-графии грудной клетки патологии не выявлено.

В связи с гематурией была диагностирована ин-фекция мочевого пузыря и назначена терапия ципрофлоксацином 1000 мг /сут. Температура норма-лизировалась в течение 3 дней и с диагнозом: инфекция мочевого пузыря больной был выписан с реко-мендацией обратиться к урологу и паразитологу.

Больной предположил, что у него, возможно, какое-либо тропическое заболевание, поскольку он был в Африке и обратился в кабинет тропических болезней ИКБ № 1.

Учитывая появление лихорадки через 2 нед после купания в реке в Уганде, наличие эозинофилии и ге-матурии, а также отсутствие существенного эффекта после лечения антибиотиками, диагностировали моче-половой шистосомоз и назначили лечение празик-вантелом. При контрольном обследовании через 1 мес все показатели крови и мочи – в пределах нормы.

## Обсуждение

Заражение мочевого шистосомозом проис-ходит при контакте с пресной водой в эндемических очагах. Больной Н., находясь в Уганде, неоднократно плавал в реке, являющейся одним из истоков Нила<sup>1</sup>. Больной Н. считал, что поскольку вода в том месте, где он купался, прозрачная, значит, «чистая», по-селков с местными жителями поблизости не было и следовательно, угрозы заражения какой-либо инфек-цией для него нет.

Клинические проявления острого шистосомоза обусловлены токсико - аллергическими реакциями, связанными с гибелью шистосом. При легком тече-нии заболевания лихорадка, как правило, самостоя-тельно купируется. Однако патологический процесс

<sup>1</sup> Б о л ь н о й Н . – непрофессиональный путешественник, ко-торый хотел посетить исторические места – истоки Нила. Именно истоки Нила мечтали найти и в итоге нашли, два великих пу-тешественника англичанин Давид Ливингстон и американец Генри Стэнли в 50–60-х годах XIX века.

на этом не заканчивается, и при отсутствии специфической химиотерапии развиваются типичные осложнения, характерные для хронической стадии.

У больного Н. при неоднократном исследовании мочи яйца шистосом не были выявлены. При всех гельминтозах, протекающих с острой стадией, возбудителями, которых, как правило, являются трематодозы, в период острой стадии вследствие гибели гельминтов и наличия неполовозрелых форм выделяется незначительное число яиц, которое редко можно выявить при обычном паразитологическом исследовании фекалий или мочи. В связи с тем что больной Н. обследовался в острой стадии яйца гельминтов в моче не были выявлены.

Небольшое количество яиц гельминтов отмечается у детей младшего возраста, у пожилых людей в хронической стадии и у туристов [12, 25]. Поэтому отсутствие яиц при лабораторном исследовании не должно являться основой для постановки диагноза. Диагноз паразитарного заболевания должен основываться на географическом и пищевом анамнезе с учетом клиники, результатов инструментальных и лабораторных исследований.

В странах Европы относительно часто выявляют туристов с мочеполовым шистосомозом, у которых в моче яйца гельминтов не выявлялись. В частности у двух женщин с выраженной гинекологической патологией, через много лет после возвращения из Африки, яйца шистосом были найдены при биопсии гранулем во влагалище [11, 15]. У одного туриста в Италии мочеполовой шистосомоз был диагностирован через 4 года после возвращения из Африки. В связи с подозрением на рак мочевого пузыря ему была сделана биопсия и лишь в биоптате были найдены яйца гельминтов [26].

При массовых обследованиях в эндемических районах Африки используют методы ультразвуковой диагностики, при которой выявляется специфическая патология органов мочевого выделения по критериям, разработанным ВОЗ [13]. Разрабатываются методы ПЦР диагностики с целью выявления специфических для паразита ДНК, а также стрип-тесты для выявления в моче гемоглобина и белка [16, 20, 25]. Методы ПЦР для выявления паразитарных антигенов и диагностики паразитарных болезней человека разрабатываются и в РФ [9].

Вместе с тем именно выявление яиц шистосом в моче является золотым стандартом диагностики и является единственным методом диагностики в лечебных учреждениях РФ. Поэтому лечащие врачи в РФ часто stanовятся «заложниками» лабораторных методов диагностики. Вместе с тем для своевременной диагностики экзотических тропических заболеваний, и в частности шистосомоза, ключевую роль наряду с клиническими проявлениями болезни, играет информация о наличии эндемических очагов в тех странах, которые посещают туристы. Существенное значение имеет также информация о поведении туриста в стране выезда – пищевое поведение, контакты с местными жителями, езда на велосипедах и мотоциклах, места экскурсий и т. д. [2–7].

До выезда в Кению и Уганду туристу Н. была сде-

лана обязательная профилактическая вакцинация от желтой лихорадки и проведена беседа о профилактике малярии. Иной информации турист Н. не получил и ничего не знал о риске заражения другими инфекциями во время пребывания в Африке и соответственно о мерах их профилактики.

Поскольку церкарии шистосом не видны невооруженным глазом, а информацию о возможности заражения на конкретном участке реки в Африке получить практически невозможно, единственный путь профилактики заражения шистосомозом – не купаться ни в каких реках и не иметь никаких других контактов с водоемами с пресной водой в Африке. Других рекомендаций по профилактике заражения шистосомозами мы дать не можем.

В настоящее время отмечается рост самостоятельного туризма, без посреднических услуг туристических фирм, в тропические страны Азии, Африки и Южной Америки. По данным средств массовой информации и Кабинета тропических болезней ИКБ № 1 в ближайшие годы можно ожидать увеличения числа «новых путешественников» или туристов, не пользующихся услугами туристических фирм и посещающих страны с высоким риском заражения различными экзотическими инфекциями. Такие туристы основную информацию получают из интернета, в социальных сетях, «блогах» и т. д. и не считают необходимым обращаться в специализированные медицинские учреждения за получением рекомендаций до выезда в тропические страны. Негативное или легкомысленное отношение к вопросам профилактики особенно часто отмечается среди туристов, совершающих паломнические поездки в страны Азии – Индия, Лаос, Китай [2]. Авторы данной статьи в настоящее время не видят реальных путей информирования самостоятельных туристов о мерах профилактики до выезда в тропические страны.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бронштейн А.М., Мальшев Н.А., Лучшее В.И., Давыдова И.В. Кохинхинская диарея // Инфекц. бол. – 2005. – № 2. – С. 91–93.
2. Бронштейн А.М., Мальшев Н.А., Сергиев В.П. Медицинские проблемы паломнического туризма в страны Азии // Эпидемиол. и инфекц. болезни. – 2005. – № 6. – С. 24–28.
3. Бронштейн А.М., Мальшев Н.А., Сабгайда Т.П. и др. Сексуальное поведение российских туристов за рубежом как фактор риска заражения инфекциями, передающимися половым путем, и кишечными инфекциями // Эпидемиол. и инфекц. бол. – 2006. – № 5. – С. 18–22.
4. Бронштейн А.М., Мальшев Н.А., Давыдова И.В. и др. Наблюдения зоонозного кожного лейшманиоза у московских туристов, посетивших Тунис, и их успешной терапии кетоконазолом. Рос. журн. кож. и вен. бол. // 2006. – № 6. – С. 30–33.
5. Бронштейн А.М., Мальшев Н.А., Кочергин Н.Г., Новоселов В.С. Педеринный контактный дерматит // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2008. – № 3. – С. 19–23.
6. Бронштейн А.М., Мальшев Н.А. Диарея путешественников, обусловленная анкилостомидозом, у туристки из России, посетившей Таиланд // Эпидемиол. и инфекц. бол. – 2009. – № 3. – С. 35–37.
7. Бронштейн А.М., Мальшев Н.А., Кочергин Н.Г., Кошелева И.В. Тропические язвы у путешественников // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2009. – № 5. – С. 35–38.
8. Бронштейн А.М., Мальшев Н.А., Жаров С.Н. и соавт. Первый опыт комбинированной терапии лозоза у российской туристки, посетившей Экваториальную Гвинею // Эпидеми-

- ол. и инфекц. бол. – 2012. – № 4. – С. 32–35.
9. Морозов Е.Н. Перспективы применения методов молекулярной паразитологии в мониторинге социально значимых паразитозов // Справочник зав. КДЛ. – 2011. – № 4. – С. 13–20.
  10. Сайфуллин М.А., Бронштейн А.М., Малышев Н.А. Острый кишечный шистосомоз у российского туриста, посетившего Танзанию // Эпидемиол. и инфекцион. бол. – 2011. – № 4. – С. 53–56.
  11. Bailey S.L., Price J., Lewelyn M. Fluke infertility: the late cost of a quick swim // J Travel Med. – 2011. – Vol. 18, N. 1 – P. 61–62.
  12. Bierman W.F., Wetsteyn J.C., van Gool T. Presentation and diagnosis of imported schistosomiasis: relevance of eosinophilia, microscopy for ova, and serology // J. Travel Med. – 2005. – Vol. 12, N 1: P. 9–13.
  13. Bonnard P., Boutouaba S., Diakhate I. et al. Learning curve of vesico-urinary ultrasonography in Schistosoma haematobium infection with WHO practical guide: “simple to learn” examination // Am. J. Trop. Med. Hyg. – 2011. – Vol. 85, N 6. – P. 1071–1074.
  14. Botelho M.C., Machado J.C., Brindley P.J. et al. Targeting molecular signaling pathways of Schistosoma haematobium infection in bladder cancer // Virulence. – 2011. – Vol. 4, N 2. – P. 267–279.
  15. Douard A., Cornelis F., Malvy D. Urinary schistosomiasis in France // Int. J. Infect. Dis. – 2011. – Vol. 15. – N 7. – P. 506–507.
  16. Emukah E., Gutman J., Eguagie J. et al. Urine heme dipsticks are useful in monitoring the impact of praziquantel treatment on Schistosoma haematobium in sentinel communities of Delta State, Nigeria // Acta Trop. – 2012. – Vol. 122, N 1. – P. 126–131.
  17. Fall B., Sow Y., Mansouri I. et al. Etiology and current clinical characteristics of male urethral stricture disease: experience from a public teaching hospital in Senegal // Int. Urol. Nephrol. – 2011. – Vol. 43, N 4. – P. 969–974.
  18. Greenwald B. Schistosomiasis: implications for world travelers and healthcare providers // Gastroenterol Nurs. – 2005. – Vol. 28, N 3. – P.203–207.
  19. Grobusch M.P., Mühlberger N., Jelinek T. et al. Imported schistosomiasis in Europe: sentinel surveillance data from TropNetEurop// J. Travel. Med. – 2003. – Vol. 10, N 3. – P. 164–169.
  20. Ibrinke O., Koukounari A., Asaolu S. et al. Validation of a new test for Schistosoma haematobium based on detection of Dra1 DNA fragments in urine: evaluation through latent lass analysis // PLoS Negl. Trop. Dis. – 2012. Vol. 6. – N 1. – P. 1464.
  21. Khalaf I., Shokeir A., Shalaby M. Urologic complications of genitourinary schistosomiasis // Wld J. Urol. – 2012. – Vol. 30. – N 1. – P. 31–38.
  22. Khan Z.A., Alkhalife I.S., Fathalla S.E. Prevalence of hepatitis C virus among bilharziasis patients // Saudi Med. J. – 2004. –Vol. 25. – N 2. – P.204–206.
  23. Kjetland E.F., Leutscher P.D., Ndhlovu P.D. A review of female genital schistosomiasis // Trends Parasitol. – 2012. Vol. 28, N 2. – P. 58–65.
  24. Ma N., Thanan R., Kobayashi L. et al. Nitrate DNA damage and expression in urinary bladder cancer with Schistosoma haematobium infection // Biochem. Biophys. Res. Commun. – 2011. – Vol. 22, N 2. – P. 344–349.
  25. Mutapi F. Improving diagnosis of urogenital schistosome infection // Expert Rev. Anti Infect. Ther. – 2011. – Vol. 9, – N 10. – P. 863–865.
  26. Redalino M., Vercesi E., Manini C. et al. A case of chronic schistosomiasis four years after infestation // Urologia. – 2010. – Vol. 77, Suppl. 17. – P. 38–41.
  27. Schistosomiasis Fact Sheet, N 115. – Geneva, 2012.
  28. Secor W.E. The effects of schistosomiasis on HIV/AIDS infection, progression and transmission // Curr. Opin. HIV AIDS. – 2012. – Vol. 7, N 3. – P. 254–259.
  29. Stothard J.R. Female genital schistosomiasis - icebergs of morbidity ahead? // Trends Parasitol. – 2012. –Vol. 28,– N 5. – P. 174–175.

Поступила 20.07.12

**Сведения об авторах:**

**Малышев Н.А.**, д-р мед. наук, проф., гд. врач Инфекционной клинической больницы № 1; **Жаров С.Н.**, д-р мед. наук, проф., зав. каф. инфекционных болезней, тропической медицины и эпидемиологии РГМУ.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012  
УДК 616.98:578.833.25]-06-036.1

**М.А. Сайфуллин<sup>1</sup>, В.А. Кадышев<sup>2</sup>, В.Ф. Ларичев<sup>3</sup>, О.И. Андрейцева<sup>4</sup>, П.В. Бойцов<sup>1</sup>, А.М. Бутенко<sup>3</sup>, Н.А. Малышев<sup>1</sup>**

**СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ НА ФОНЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА–КОНОВАЛОВА**

<sup>1</sup>ГКУЗ Инфекционная клиническая больница № 1 ДЗ Москвы, 123367, Москва, Волоколамское шоссе, 63; <sup>2</sup>ГКУЗ Инфекционная клиническая больница № 3 ДЗ Москвы, 109235, Москва, 1-я Курьяновская ул., 34; <sup>3</sup>ФГБУ НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского Минздравсоцразвития РФ, г. Москва, 123098, Москва, ул. Гамалеи, 16; <sup>4</sup>НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, ДЗ Москвы

*Описан случай тяжелой лихорадки денге на фоне болезни Вильсона–Коновалова у женщины, прибывшей из Таиланда. Отмечается объективная сложность диагностики лихорадки денге. Обсуждается возможность тяжелого течения инфекционных заболеваний на фоне латентной соматической патологии.*

**Ключевые слова:** лихорадка денге, арбовирусы, гепатит, болезнь Вильсона–Коновалова

*M. A. Saifullin<sup>1</sup>, V. A. Kadyshv<sup>2</sup>, V. F. Larichev<sup>3</sup>, O. I. Andreytseva<sup>4</sup>, P. V. Boitsov<sup>1</sup>, A. M. Butenko<sup>3</sup>, N. A. Malyshev<sup>1</sup>.*

**CASE OF SEVERE DENGUE FEVER DENGUE ASSOCIATED WITH WILSON-KONOVALOV DISEASE**

<sup>1</sup>Federal Treasury Institution of healthcare “Clinical Infectious Diseases Hospital No.1”, Department of Health care of Moscow, 63, Volokolamskoye Sh, Moscow, Russian Federation, 125367; <sup>2</sup>Federal Treasury Institution of healthcare “Clinical Infectious Diseases Hospital No.3”, Department of Health care of Moscow, Moscow, Russia, 109235; <sup>3</sup>Federal State Budgetary Institution “D.I. Ivanovsky Institute of Virology” of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, 16, Gamalei Str., Moscow, 123098; <sup>4</sup>Research Institute of Emergency Care. N. V. Sklifosovsky, Department of Health care of Moscow, Moscow, Russia, 129090

*A case of severe dengue fever in a patient with Wilson-Konovalov disease occurred after a trip to Thailand is described. Difficulties of diagnostics of dengue fever at an out-patient and hospital stage are noted. The possible severe course of infectious diseases associated with chronic somatic pathology is discussed.*

**Key words:** dengue fever, arboviruses, hepatitis, Wilson-Konovalov disease