

ХАРАКТЕРИСТИКА ТУЛЯРЕМИИ В СЕВЕРНОМ РЕГИОНЕ

Бурмагина Ирина Анатольевна

канд. мед. наук, СГМУ, г. Архангельск

E-mail: irb59@yandex.ru

Агафонов Владимир Михайлович

канд. мед. наук, доцент СГМУ, г. Архангельск

E-mail: vagaf1@rambler.ru

CHARACTERISTICS OF TULAREMIA IN THE NORTHERN REGION

Irina Burmagina

Candidate of Medical Science, Northern State Medical University, Arkhangelsk

Vladimir Agafonov

Candidate of Medical Science, associate professor of Northern State Medical University, Arkhangelsk

АННОТАЦИЯ

Представлена клинико-эпидемиологическая характеристика туляремии в условиях эпидемического подъема и внеэпидемический период. Показано, что туляремия регистрировались среди непривитых во всех возрастных группах населения, преобладали кожно-бубонные формы болезни, не регистрировалась летальность.

ABSTRACT

Presents clinical and epidemiological characteristics of tularemia in conditions of epidemic rise and nonepidemic period. It is shown that tularemia were registered among unvaccinated in all age groups of the population, dominated the skin-glandular form of the disease, was not recorded mortality.

Ключевые слова: туляремия; клинические формы; вакцинация; эпидемия.

Keywords: tularemia; clinical forms; vaccination; an epidemic.

Широкое распространение туляремии во всем мире, периодически возникающие эпидемические вспышки данной инфекции определяют внимание специалистов к этой проблеме [1, 13, 15]. Эта особоопасная инфекция носит природноочаговый характер и регистрируется в виде эпизоотий. В последние десятилетия природные экосистемы подвергаются возрастающему

антропогенному прессу. В результате изменения экосистем увеличилась интенсивность распространения природно-очаговых заболеваний [4].

В частности, прослежена эпизоотическая активность природного очага туляремии в Ставропольском крае за период 1972—2010 годов [8]. Имеются данные об эпидемиологических и эпизоотологических проявлениях туляремии на территории Ульяновской области. Представлены показатели, характеризующие процесс циркуляции возбудителя туляремии, а также объекты внешней среды, наиболее значимые для проявлений туляремийной инфекции [6, 7]. Выявлено существование на территории Приморского края сочетанных природных очагов туляремии, лептоспирозной и хантавирусной инфекций [10]. Территория Республики Коми является эндемичной по клещевому энцефалиту, боррелиозу, сибирской язве, туляремии и другим заболеваниям [4]. Опубликованы результаты вирусологического и бактериологического обследования диких млекопитающих 11 видов родов *Rodentia*, *Cricetidae* в эпизоотический период (весна-осень 2006—2007 гг.) на территории Мурманской области [2].

Летом 2005 г. в разных областях России (Московской, Рязанской, Владимирской, Нижегородской, Воронежской, Свердловской и др. были зарегистрированы крупные вспышки туляремии. Поначалу пациенты до консультации врача-инфекциониста нередко обращались к терапевтам, хирургам, дерматологам, что обусловило немало диагностических ошибок. На территории России в 40—50-е годы прошлого века отмечались эпидемические вспышки этой инфекции [12]. В настоящее время в Московской области туляремия встречается очень редко [11]. В клинические отделения кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ на базах ИКБ № 1 и ИКБ № 2 поступили 66 больных туляремией преимущественно в поздние сроки болезни: на 1-й неделе болезни — только 18 человек, на 2-й неделе — 18, на 3-й — 7, на 4-й — 10, на 5-й и позже — 13. С направительным диагнозом «туляремия» поступили 37 человек. В значительной части случаев туляремия не была распознана врачами поликлиники [12, 3]. Современные аспекты

клиники манифестных форм туляремии описаны у жителей Японии Канады США. Разрабатываются новые подходы к диагностике и лечению туляремии в зарубежных публикациях [14, 15, 17, 18].

Туляремия может создавать экстремальные ситуации и требовать чрезвычайных по объему и интенсивности мероприятий от служб обеспечения здоровья населения [1, 5, 9, 20]. В условиях добровольной реализации иммунопрофилактики имеются значительное число непривитых лиц в эндемичных районах а также лица, рефрактерные к вакцинации, поэтому существует реальная угроза возникновения новой эпидемии. Постоянно существует группа людей, восприимчивых к туляремии, с высоким риском развития тяжелых форм болезни [18, 20].

Целью работы явилось установление клинических и эпидемиологических особенностей туляремии в Архангельской области в период подъема заболеваемости и неэпидемический период.

Материалы и методы. Основным методом исследования был эпидемиологический. Нами была отобрана группа пациентов туляремией, лечившихся в инфекционных стационарах в 2003—2012 годах. Диагноз заболевшим был поставлен на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных.

Результаты и обсуждение

Был изучен материал о заболеваемости туляремией по Архангельской области с 2003 по 2012 год среди гражданского населения и военнослужащих. Всего за анализируемый период в области зарегистрировано 324 случая заболевания серологически подтвержденной туляремией.

С 2003 по 2005 год отмечался период эпидемического благополучия. Спорадические случаи заболеваний в это время отличались преобладанием взрослого населения и детей в возрасте от 7 до 14 лет. Основной клинической формой туляремии была кожно-бубонная, выявленная у 84,5 % заболевших. Предварительными диагнозами поступивших в стационар были острое респираторное заболевание и лихорадка неясного генеза. Часть заболевших

была госпитализирована после положительных результатов серологического обследования. Случаев летальности в этот период не было.

Пик заболеваемости туляремией (96 случаев) среди жителей Архангельской области отмечен в 2010 году. При этом выявлено максимальное количество тяжелых форм болезни за десять лет наблюдений (22,4 %).

Наибольшее количество случаев регистрировалось в июле и августе, когда среднемесячная температура воздуха составляла $28 \pm 4,6^{\circ}\text{C}$. В структуре путей передачи преобладающим оказался трансмиссивный путь.

Потепление климата вызвало рост числа инфицированных грызунов, членистоногих. При серологических исследованиях мелких млекопитающих на территории области, 8 % грызунов оказались инфицированными туляремией. При исследовании иксодовых клещей на территории области 9,7 % из них оказалось инфицированными франциселлами.

К причинам роста заболеваемости туляремией можно также отнести недостаточные объемы своевременно и правильно привитых жителей эндемичных районов.

Преобладающей клинической формой этой инфекции были кожно-бубонная — 89 %, ангинозно-бубонная — 5 %, остальные формы — 6 %.

В Архангельской области показатели заболеваемости этим зоонозом превышали значительно общероссийские. Так в 2007 году этот показатель составил 0,4 на 100 тысяч населения, по России — 0,08, в 2010 году он уже составил по Архангельской области 3,1 и по России — 0,07. Туляремия регистрировалась с мая по октябрь.

Значительное число заболевших туляремией отмечалось среди жителей городов, выезжавших в эндемичные сельские районы. Среди сельских жителей не всегда проводилось серологическое обследование больных или не в сроки, соответствующие максимальному антителообразованию, что может свидетельствовать о недостатках диагностики туляремии. За 2012 года на территории области зарегистрировано 19 случаев заболеваний туляремией, в том числе среди детей - 8 случаев. Заболеваемость туляремией в области

определяют южные районы, где зарегистрировано наибольшее число случаев (14).

В Архангельской области за десятилетний период взрослые составили 83,0 % заболевших. Тяжелые формы у них развивались в три раза чаще, чем у детей.

Среди заболевших туляремией женщины составляли 64,4 %, что соответствует демографической ситуации.

Заболевание было зарегистрировано у различных социальных групп населения. Рабочие составили 30,6 % больных, служащие — 24,2 %, пенсионеры 16,1 %, неработающие трудоспособного возраста — 8,2 %, учащиеся и студенты 17,7 %, дошкольники 3,2 %.(1)

Туляремия в 2012 году протекала в различных клинических формах заболевания. Преобладающей формой болезни была кожно-бубонная, она составила — 71 % случаев. Бубонная форма туляремии составила случаев — 21,1 %, ангинозно-бубонная — 2,6 %, легочная — 5,3 %. В легкой форме заболевание протекало у 15,8 % пациентов, в средне-тяжелой — у 81,6 %, тяжелой — у 2,6 %.

Проведены наблюдения 38 пациентов туляремией с 2005 по 2012 год в инфекционных стационарах, включая отделение военного госпиталя. Было проанализировано 24 случая туляремии среди женщин, 14 — среди мужчин, средний возраст составил $37 \pm 6,5$ лет. Все пациенты не были привиты. Пациенты отмечали множественные укусы комаров, 19 % имели в анамнезе укусы клещей. Трое пациентов стоговали сено.

Большинство пациентов прибыли из эндемичных районов (Холмогорский, Вельский районы). Двое пациентов не покидали границ Архангельска.

Инкубационный период в среднем до 6 дней составлял у 32 %, у 38 % — от 11 до 20 дней, у остальных — свыше 20 дней. Заболевание протекало в большинстве случаев в средне-тяжелой форме. Лихорадочный период продолжался от 3 до 14 дней, чаще отмечалась субфебрильная температура. Постоянными симптомами были головная боль, тошнота, рвота, мышечная

боль, боль в области бубона. У 6 пациентов отмечалось фибринозная ангина. У 23 на коже были обнаружены язвы от 1 до 2—3, покрытые гнойным налетом. Региональные лимфоузлы достигали размеров бубона лишь ко второй-третьей неделе заболевания, редуцировались в течение месяца. У трети пациентов отмечалась гепатоспленомегалия. У 57 % отмечался нейтрофильный лейкоцитоз. Для лечения использовали цефалоспорины, аминогликозиды, эффективным оказался тетрациклин. Летальных исходов не было

Выводы. В условиях сохраняющейся неблагополучной ситуации по туляремии наиболее эффективной мерой профилактики является вакцинопрофилактика. Необходимо проведение верификации диагноза туляремии с применением современных методов. Мероприятия по профилактике заражения людей туляремией включают в себя меры специфической и неспецифической профилактики, которые должны дополнять друг друга.

Список литературы:

1. Арутюнов Ю.И., Мишанькин Б.Н., Водопьянов А.С. Туляремия в Казахстане // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2009. — № 3. — С. 40—46.
2. Беспятова Л.А., Катаев Г.Д., Кузовлева Н.М. Участие мышевидных грызунов в циркуляции возбудителей туляремии и геморрагической лихорадки на кольском полуострове // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 2008. — № 5. — С. 93—95.
3. Кареткина Г.Н., Ющук Н.Д. Туляремия // Врач. — 2006. — № 4. — С. 22—26.
4. Корабельников И.В., Егорова Ю.И. Влияние антропогенной деятельности на распространение природно-очаговых заболеваний в республике коми // Дезинфекционное дело, 2009. — № 4. — С. 36—38.
5. Лучшев В.И., Никифоров В.В., Санин Б.И. Туляремия // Российский медицинский журнал. — 2009. — № 3. — С. 34—36.

6. Нафеев А.А., Савельева Н.В., Сибеева Э.И. Лабораторные исследования в диагностике природно-очаговых инфекций //Клиническая лабораторная диагностика, 2011. — № 5. — С. 52—53.
7. Нафеев А.А., Никишина Н.М., Коробейникова А.С., Бригиневиц З.В., Сибеева Э.И. Заражение туляремией в неактивных природных очагах //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 2003. — № 1. — С. 103—104.
8. Попов П.Н., Ртищева Л.В., Дегтярева Л.В., Левченко Б.И., Тихенко Н.И., Остапович В.В. Эпизоотическая активность природного очага туляремии в ставропольском крае // Медицинский вестник Северного Кавказа, 2011. — № 4. — С. 44—47.
9. Профилактика туляремии. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.7.2642-10.
10. Хоменко Т.В., Ким А.С., Алленов А.В., Борзов В.П., Краснощекое В.Н. Существование сочетанных природных очагов лептоспироза, хантавирусов, туляремии на территории Приморского края //Дальневосточный журнал инфекционной патологии, 2009. — № 15. — С. 129—133.
11. Шмаков С.Н., Тимошевская Н.В. К вопросу о туляремии в Подмосковье. //Военно-медицинский журнал, 2006. — № 2. — С. 59—60.
12. Ющук Н.Д., Попова Т.И., Кареткина Г.Н., Бурчик М.А., Островский Н.Н., Тлатова И.С., Огиенко О.Л., Митрикова Л.Ц., Бакулина З.Е., Тимченко О.Л., Цветкова Н.А., Сафонова О.А., Кулагина М.В., Лапина Т.С. Вопросы диагностики и терапии бубонной формы туляремии //Терапевтический архив, 2008. — № 4. — С. 51—54.
13. Helvacı S., Gedikoglu S., Akalin H. & Oral, H. B. Tularemia in Bursa, Turkey: 205 cases in ten years. Eur J Epidemiol, 2000. — P. 16, 271—276.
14. Johansson A., Berglund L., Sjostedt A. & Tarnvik A. Ciprofloxacin for treatment of tularemia. Clin Infect Dis, 2001. — P. 33, 267—268.
15. Levesque B., de Serres G., Higgins R., D'Halewyn M.A., Atsorb H., Grondin J.,

Major M., Garvie M. & Duval B. (1995). Seroepidemiologic study of three zoonoses (leptospirosis, Q fever, and tularemia) among trappers in Québec, Canada. *Clin Diagn Lab Immunol.* 2, P. 496—498.

16. Mörner T. (1992). The ecology of tularemia. *Rev Sci Tech*, 1995. 1 P. 1, 1123—1130.
17. Ohara Y., Sato T., Fujita H., Ueno T. & Homma M. Clinical manifestations of tularemia in Japan - analysis of 1355 cases observed between 1924 and 1987. *Infection*, 1991. P. 14—17.
18. Staples J.E., Kubota K.A., Chalcraft L.G., Mead P.S. & Petersen J.M. Epidemiologic and molecular analysis of human tularemia, United States, 1964—2004. *Emerg Infect Dis*, 2006. 12, P. 1113—1118.
19. Steinemann T.L., Sheikholeslami M.R., Brown H.H. & Bradsher R.W. Oculoglandular tularemia. *Arch Ophthalmol*, 1999. P. 117, 132—133.
20. Tarnvik A. & Chu M.C. New approaches to diagnosis and therapy of tularemia. *Ann N Y Acad Sci*, 2007. 1105, P. 378—404.