УДК 616.981.51:616-071

С.Т.Жолдошов

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Институт медицинских проблем Южного отделения Национальной академии наук, Кыргызская Республика

Проведен анализ 217 случаев заболевания кожной формой сибирской язвы. Представлены результаты изучения особенностей клинического течения сибирской язвы и эпидемических проявлений этой инфекции на юге Кыргызстана.

Ключевые слова: сибирская язва, клиника, диагностика, лечение.

S.T.Zholdoshov

Peculiarities of Anthrax Clinical Manifestations in the Current Context

Institute of Medical Problems of the South Branch of National Academy of Science, Kyrgyz Republic

Carried out is the analysis of 217 cases of cutaneous anthrax. Displayed are the results of investigation of peculiarities of anthrax clinical progression and epidemic manifestations in the South of Kyrgyz Republic.

Key words: anthrax, clinical picture, diagnostics, treatment.

Сибирская язва широко распространена в странах Азии, Африки и Южной Америки. Ежегодно в мире регистрируется от 20 до 100 тыс. случаев заболеваний людей. Преобладает кожная форма болезни, однако возможны септическая, легочная, кишечная [1, 2, 3, 4, 5].

Территория юга Кыргызстана исторически является неблагополучной по сибирской язве [5]. В последние годы в южных областях республики (Ошская, Жалал-Абадская, Баткенская) регистрируется от 20 до 77 случаев заболеваний сибирской язвой среди людей в год. Учитывая клиническую картину заболевания (в основном, кожные проявления), больные нередко обращаются за медицинской помощью к хирургам, дерматовенерологам, целителям.

Целью исследования является клинико-эпидемиологический анализ 217 случаев заболевания кожной формой сибирской язвы.

Материалы и методы

Анализ клинических проявлений кожной формы сибирской язвы был проведен на основании наблюдения за 217 больными с данной нозологией в возрасте от 15 до 70 лет, находившихся на стационарном лечении в медицинских учреждениях в южных областях Кыргызстана с 1999 по 2009 год. При клиническом обследовании и оценке тяжести состояния больных использовали общепринятые критерии, особое внимание обращали на характер выраженности основных симптомов: продолжительность лихорадки, наличие отека, размер язвы, серозное отделяемое, срок отторжения струпа, продолжительность лимфаденита [1, 3, 4]. У 136 (62,7 %) больных кожной формой сибирской язвы удалось выделить из сибиреязвенных карбункулов *B. anthracis*. Забор материала (серозно-кровянистое содержимое из-под струпа, отделяемое из свежих дочерних пузырьков вокруг язвы) производился стерильной пипеткой на 1–2-й день госпитализации и на 3–4-й день после отмены антибиотиков. Выделенные микроорганизмы идентифицировали, производили пересев и проводили исследования чувствительности к антибиотикам унифицированным диско-диффузным методом. Эпидемиологический анализ проводился по таким показателям, как территориальное распределение заболеваний, сезонность, половой и возрастной состав заболевших.

Результаты и обсуждение

Анализ 217 случаев заболеваний людей кожной формой сибирской язвы показал, что независимо от эпидемиологической ситуации чаще болеют люди в возрасте от 18 до 50 лет (76,9 %) и от 51 до 60 лет (17,2 %). Причем среди заболевших преобладают лица мужского пола (90,3 %). По социальному составу больные распределились следующим образом: 73 (33,6 %) – рабочие, 21 (9,7 %) – пенсионеры и домохозяйки, 64 (29,5 %) – животноводы, 59 (27,2 %) – фермеры и арендаторы.

Из 217 пациентов у 214 (99,1 %) установлен источник возбудителя инфекции. Заражение произошло во время участия в прирезке крупного и мелкого рогатого скота – 67 (30,9 %), разделки туш животных – 51(23,5 %), обработке внутренних орга-

нов – 22 (10,1 %), при контакте с сырым мясом – 59 (27,2 %), шкурами животных – 13 (5,9 %), почвой – 2 (0,9 %). Заболеваемость сибирской язвой на юге Кыргызстана имеет выраженную летне-осеннюю сезонность**.** Большинство (73,9 %) случаев заболевания приходится на июль, август и сентябрь.

Из 217 больных 171 (78,8 %) был госпитализирован в стационар в течение первых 4 дней болезни, 46 (21,9 %**)** – на 5–6-й день. С диагнозом сибирская язва поступило 69 (31,8 %) больных, с другими диагнозами (фурункул, флегмона, рожа, абсцесс, инфицированная рана, сепсис и др.) – 33 (15,2 %) больных. Самолечением занимались 42,0 % больных сибирской язвой, амбулаторную помощь с хирургическим вмешательством до госпитализации в стационар получили 13,7 % больных, к целителям обращались 11,6 % больных сибирской язвой.

Легкое течение кожной формы сибирской язвы наблюдалось у 158 (72,8 %) больных и характеризовалось нормальной или субфебрильной температурой тела, удовлетворительным общим состоянием, наличием незначительного отека мягких тканей в области карбункула**.** При среднетяжелом течении заболевания (37 больных – 17,1 %) отмечались повышение температуры тела до 38–38,5 °С, отек мягких тканей, увеличение регионарных лимфатических узлов, умеренно выраженные явления интоксикации (умеренная тахикардия, тахипноэ, головная боль и др.). Тяжелое течение болезни (22 больных – 10,1 %) проявлялось выраженными нарушениями общего состояния (головной болью, тошнотой, рвотой, тахикардией) лихорадкой до 39–39,3 °С и выше, наличием обширного отека тканей.

Размеры карбункулов соответствовали тяжести течения болезни. Сроки отторжения струпа коррелировали с тяжестью основного процесса. Появление отека на 1-й день болезни отмечено у 43,3 % больных, на 2-й – у 39,2 %, на 3–5-й – у 17,5 %. При этом отмечена четкая зависимость сроков появления отека и тяжести течения болезни. Увеличение регионарных лимфатических узлов наблюдалось у 58,8 % больных и отсутствовало у 41,2 % больных, у 13 (6,7 %) отмечены явления лимфангоита. Установлено, что частота лимфаденита находится в прямой зависимости от тяжести заболевания: при легком течении болезни лимфаденит наблюдался у 49,3 % больных, при средней тяжести – у 58,5 %, при тяжелом течении – у 69,1 %. У 31 % больных заболевание протекало с нормальной температурой, у 51,6 % больных повышение температуры тела наблюдалось в пределах от 37,1 до 38,0 °С и лишь у 17,4 % больных – до 40,0 °С и выше.

При легких формах назначали бензилпенициллин по 500000–1000000 ЕД внутримышечно 6 раз в сутки в течение 5–7 дней. При среднетяжелом и тяжелом течении дополнительно назначали инфузионные растворы и средства патогенетической терапии.

У 76 (30,8 %) больных диагноз сибирской язвы был подтвержден антраксиновой пробой, у 95 (43,8 %) – бактериологическим методом, у 55 (25,3) – бактериологически и антраксиновой пробой, у 21(9,7 %) – клинико-эпидемиологическим методом. При этом в первые 3 дня болезни положительная реакция на введение антраксина отмечена у 47,0 % больных, на 2-й неделе – у 74,0 %. В то же время положительные результаты при бактериологических исследованиях на 1-й неделе от начала заболевания были отмечены у 43,9 % больных, на 2-й неделе – у 17,6 %.

У 215 из 217 больных заболевание протекало с развитием на коже типичного сибиреязвенного карбункула, представляющего собой очаг коагуляционного некроза в месте входных ворот инфекции с резко выраженной экссудацией серозно-геморрагической жидкости в окружающие ткани, сопровождающейся явлениями отека и лимфаденитом.

Все случаи кожной формы сибирской язвы, сопровождавшиеся с первых дней заболевания образованием карбункула с последующим или одновременным развитием отека и лимфаденита, выделены нами как карбункулезная разновидность кожной формы.

У 5 (2,3 %) больных заболевание началось не с образования карбункула, а с развития обширного отека тканей. И только некоторое время спустя в области наиболее выраженного отека появились симптомы некроза кожи и подкожной клетчатки. Тяжелое течение этой клинической разновидности, отсутствие видимого типичного карбункула и развитие обширного отека с последующим некрозом резко отличает эти случаи от обычной клиники кожной формы, что позволило нам выделить эризипелоидную разновидность кожной формы. У 9 больных, заболевание у которых протекало в форме, напоминающей карбункулезную, на месте входных ворот инфекции имело место развитие пузырей, наполненных геморрагической жидкостью. Эта форма заболевания в дальнейшем описана нами как буллезная разновидность кожной формы сибирской язвы.

Установлено, что зоны локализации карбункулов охватывают преимущественно открытые области тела, которые поражаются неодинаково. Существуют участки, через которые заражение происходит наиболее часто (пальцы рук, кисти, предплечья, плечи, локтевые суставы). Не было случаев поражения волосистой части головы. Локализация единичных карбункулов по отдельным областям тела была следующей: верхние конечности – 210 случаев (96,7 %), шея – 3 (1,2 %), пупок – 2 (0,8 %), брови – 2 (0, 8 %).

Первичный аффект в виде плоской, сухой язвы у больных сибирской язвой встречается в 88,7 % случаев; у больных с гнойно-бактериальной инфекцией первичный аффект (100 % случаев) протекает в виде гнойных пустул с некротическим стержнем. Дочерние везикулы в виде симптома «жемчужного ожерелья» встречаются только в 47 % случаев. По количеству карбункулов преобладают единичные – 188 (86,6 %), множественные сибиреязвенные кар-

бункулы отмечены в 29 (13,4 %) случаях.

Таким образом, в результате проведенного анализа 217 случаев заболевания людей кожной формой сибирской язвой установлено, что при локализации сибиреязвенного карбункула в области лица и шеи болезнь протекает тяжелее, чем при поражении кистей рук и нижних конечностей. Заболевания регистрировали только в летний период, больных госпитализировали в стационар начиная с 3 дня болезни. Среди заболевших подавляющее большинство составляют мужчины; обычно отмечается легкое течение болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Володин А.С., Шапошников А.А., Баранов В.И., Кашапов Н.Г., Столяр В.П., Кутуев Ю.И.* Медико-экологические и гигиенические аспекты в чрезвычайных ситуациях. Защита здоровья человека от воздействия вредных факторов. М.: ЗАО «МП Гигиена»; 2008. 381 с.

2. *Ладный В.И., Ющенко Г.В.* Сибирская язва на территории Российской Федерации. Эпидемиол. и инф. бол. 2009; 2:36–40.

3. *Лобзин Ю.В.*, редактор. Руководство по инфекционным болезням. СПб: Фолиант; 2003. С. 142–6.

4. *Никифоров В.Н.* Кожная форма сибирской язвы у человека. М.: Медицина; 1973. 122 с.

5. *Онищенко Г.Г., Васильев Н.Т., Литусов Н.В.* и др. Сибирская язва: актуальные аспекты микробиологии, эпидемиологии, диагностики, лечения и профилактики. М.; 1999. 447 с.

References (Presented are the Russian sources in the order of citation in the original article)

1. *Volodin A.S., Shaposhnikov A.A., Baranov V.I., Kashapov N.G., Stolyar V.P., Kutuev Yu. I.* [Medical ecological and hygienic issues in emergency situations]. [Protection of Human Health from Exposures to Hazardous Agents]. M.: ZAO "MP Gigiena"; 2008. 381 p.

2. *Ladny V.I., Yushchenko G.V.* [Anthrax in the territory of the Russian Federation]. Epidemiol. Infek. Bol. 2009; 2:36–40.

3. *Lobzin Yu. V., editor.* [Guidelines on Infectious Diseases]. S-Pb.: Foliant; 2003. P. 142–6.

4. *Nikiforov V.N.* [Cutaneous Anthrax in Humans]. M.: Meditsina; 1973. 122 p.

5. *Onishchenko G.G., Vasil'ev N.T., Litusov N.V. et al.* [Anthrax: Pressing Issues of Microbiology, Epidemiology, Diagnostics, Treatment, and Prophylaxis]. M.; 1999. 447 p.

Authors:

Zholdoshov S.T. Institute of Medical Problems of the South Branch of National Academy of Science. Uzgenskaya St., 130-a, Osh, 714018, Kyrgyz Republic. E-mail: saparbai@mail.ru

Об авторах:

Жолдошов С.Т. Институт медицинских проблем Южного отделения Национальной академии наук. Кыргызская Республика, 714018, г. Ош, ул. Узгенская, 130-а. E-mail: saparbai@mail.ru

Поступила 23.03.11.