

Д. К. Баширова, А. А. Сорокин, В. Я. Давыдов, Ф. И. Нагимова, Ф. М. Шигабутдинова, В. А. Саматов, Э. М. Люстикман, Е. Б. Лаптева. (Казань). **Сибирская язва (случай из практики)**

Несмотря на разработанные мероприятия по профилактике сибирской язвы и проводимую вакцинацию животных, заболеваемость сохраняется среди как животных, так и людей. Ежегодно в РФ регистрируется в среднем 33 случая заболевания людей.

По данным информационного сборника «Статистика и аналитические материалы (Казань, 1999, вып. 2), сибирской язвой на территории Республики Татарстан (РТ) с 1920 по 1932 г. ежегодно заболевают от 138 до 420 человек, а в 1921 г. было зарегистрировано даже 986 случаев. С 1955 г. число больных сибирской язвой колебалось от одного до 3 в год.

Приводим описание сибирской язвы у человека, выявленной в РТ.

И., 51 г., проживает в г. Казани. Заболела 21.11.03 г. На тыльной стороне правой кисти у основания V пальца появилось пятнышко красного цвета, которое на второй день болезни увеличилось до 1,5 см в диаметре. К вечеру развились озноб, недомогание, слабость, температура 39,9° С. На месте пятна боли и зуда не было. На четвертый день образовался пузырек с геморрагическим содержанием. Больная обратилась в районную поликлинику к хирургу, где ей был сделан разрез и наложена повязка с йодиолом. Ежедневно она обрабатывала ранку йодиолом и получала ципролет по 500 мг 2 раза в день. На шестой день заболевания и третий день лечения ципролетом температура стала субфебрильной. 27.11.03 г. на седьмой день болезни больная была направлена врачом из поликлиники в городскую клиническую инфекционную больницу № 1 с диагнозом: сибирская язва (?). При поступлении женщина жаловалась на высокую температуру, слабость, плохой аппетит, головную боль и язву на кисти правой руки с тыльной стороны в области проксимального отдела V пальца.

Из эпидемиологического анамнеза было выяснено, что больная с мужем и дочерью была в гостях с 10 по 15 ноября 2003 г. в д. Кугушево Зеленодольского района РТ, где приобрела мясо бычка у частного лица. Мясо было упаковано и привезено домой, разделано на порции, из которых готовили супы, котлеты и употребляли их в пищу. Приготовлением пищи занималась больная И., имевшая с сырым инфицированным мясом многократный контакт. Из мяса, изъятых из холодильника, был выделен возбудитель сибирской язвы (забор 28.11.03 г., результат получен 30.11.03 г. из Республиканской ветеринарной лаборатории). Животное, забитое на мясо, было заражено сибирской язвой, подтвержденной результатами бактериологического анализа.

При поступлении в стационар температура у больной была 37,7° С, самочувствие удовлетворительное, несколько вялая, отсутствовал аппетит. С тыльной стороны правой кисти у основания V пальца

- язва (карбункул) диаметром 1,5 см округлой формы, в центре - кратерообразное основание с черным дном. Вокруг язвы - незначительная отечность в виде валика с приподнятыми краями над здоровой кожей +2 мм, синюшно-багрового цвета, безболезненного при пальпации. В правой подмышечной области пальпировался умеренно болезненный лимфатический узел (4х5 см), кожные покровы над ним не изменены и не спаяны. Обнаружена очаговая гиперемия кожи с синюшным оттенком внутренней поверхности правого плеча, предплечья и в области грудной клетки до пояса по линии axillaris media по типу синяков. Гиперемия по типу ссадины и припухлость с наружной стороны грудной железы появились, со слов больной, на пятый день болезни, боль не беспокоила.

При осмотре на одиннадцатый день болезни (пятый день госпитализации) самочувствие больной оставалось удовлетворительным, частота пульса - 74 уд. в 1 мин, АД - 120/60 мм рт. ст., карбункул сохранялся, язву окружал серозно-геморрагический валик, отека не было. Подмышечный лимфатический узел уменьшился, имел место процесс обратного развития, диаметр лимфатического узла - 1,5-2 см.

При наблюдении за больной в динамике болезни: температура - 37,7° С, сознание ясное, хорошо вступает в контакт, самочувствие удовлетворительное.

Легкие - дыхание жесткое, хрипов и одышки нет. Сердце - тоны приглушены, пульс - 84 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения, ритмичный, АД - 130/80 мм рт. ст. Язык слегка обложен белым налетом, влажный. Слизистые ротовой полости розовые, миндалины не увеличены, наложений нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Больная пониженной питанности. Отмечается бледность кожных покровов. Внутрикожная проба с антраксином положительная.

Из перенесенных заболеваний - ОРВИ, туберкулез легких (была снята с учета). В июле 2003 г. покусала собака - проведен цикл прививок против бешенства. Вредных привычек не имеет, наследственные заболевания отрицает.

Пунктат из карбункула, полученный с помощью шприца и пастеровской пипетки, имел серозно-геморрагический характер, был отправлен в отделение особо опасных инфекций ЦГСЭН для исследования. Биологическая проба, взятая на четвертый день антибиотикотерапии из карбункула, была отрицательной. Исходя из эпидемиологического анамнеза (контакт больной с мясом животного, больного сибирской язвой), наличия карбункула с регионарным лимфаденитом без болевого синдрома, интоксикации и семидневной лихорадки, положительной пробы с антраксином, был установлен диагноз: сибирская язва, кожная форма, карбункулезная, среднетяжелое течение.

ЭКГ: ритм синусовый, частота сердечных сокращений - 88 в 1 мин, нормальное положение.

Общий анализ крови на седьмой день: л. - 6,5 $\times 10^9$ /л, п. - 6%, мон. - 1%, эр. - $3,45 \times 10^{12}$ /л, СОЭ - 4 мм/ч, Нб - 106 г/л, ЛИИ - 2,02 (норма - 1,0-0,6). На девятый день болезни: тромб. - 202×10^9 /л, свертываемость по Сухареву - 5 мин 50 с, на пятнадцатый

день: л. - $7,5 \times 10^9$ /л, лимф. - 19%, мон. - 12%, эоз. - 2%, СОЭ - 3 мм/ч, ЛИИ - 0,7, на двадцать третий день: л. - $5,6 \times 10^9$ /л, п. - 0%, с. - 62%, лимф. - 33%, мон. - 5%, СОЭ - 7 мм/ч, эр. - $4,0 \times 10^{12}$ /л, Нб - 150 г/л, цв. показатель - 1,09, ЛИИ - 1,7.

Общий анализ мочи на восьмой день болезни: отн. пл. - 1,020, л. - 1-2 в п. зр., эр. - 1-2 в п. зр.

Функциональные пробы печени на тринадцатый день: общий билирубин - 12 мкмоль/л, прямой - 0, тимоловая проба - 4,7; АЛАТ без разведения - 0,56 (в разведении - 1:10 - 0,6 ед.), глюкоза - 3,95 ммоль/л, холестерин - 5,6 мкмоль/л, протромбиновый индекс - 95%, мочевина - 9,2 ммоль/л, креатинин - 61,8 мкмоль/л. На двадцать седьмой день болезни струп карбункула отпал, сформировался рубец. Женщину выписали в хорошем состоянии. В отделении получала амоксиклав (1,2 г 3 раза в/в 5 дней), витамины, проводилась дезинтоксикация. Местной обработки не было.

Таким образом, ранняя антибиотикотерапия предотвратила прогрессирование болезни. Сывороточные препараты не вводили. Вегетативная форма *Vas. anthracis* погибает при температуре 10° С, однако споры сохраняются длительное время жизнеспособными в различных условиях, в том числе в морозильной камере холодильника, о чем свидетельствовало выделение возбудителя из мяса. Однако при термической обработке (кипячение) вегетативная форма *Vas. anthracis* быстро погибает, поэтому члены семьи, употребляя вареное мясо, остались здоровыми.

Описанная история заболевания человека сибирской язвой должна насторожить врачей всех специальностей из-за возможности появления кожной ее формы у лиц, приобретающих мясо без проверки ветеринарной службой. Следует также иметь в виду, что антибиотики, активные в отношении грамположительных микробов, в лечении сибирской язвы достаточно эффективны.

УДК 616. 127 - 005. 4 : 616. 895. 4

**А.П. Есин, Е.А. Есина, В.Н. Ослопов, В.В. Куликов, Т.В. Куликова, Л.С. Харасова (Казань).
Депрессивно-тревожное расстройство как предвестник коронарной смерти**

Доля пациентов, страдающих депрессиями, среди больных ИБС варьирует от 12 до 47%, что значительно превышает показатели распространенности депрессий у населения в целом - 2-10%. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания взаимосвязаны патологически и находятся в коморбидных отношениях: каждое из этих заболеваний утяжеляет течение другого. Депрессии могут не только провоцировать ИБС или инфаркт миокарда (ИМ), но и оказывать влияние на клинические проявления кардиологического заболевания: ассоциируются с тяжелым течением (рецидивирующие, продолжительные приступы стенокардии, нарушения сердечного ритма), высокой частотой коронарных катастроф. Умерших при сочетании ИМ с депрессией оказывается в 5 раз больше, чем при ИМ, но без депрессии.

Приводим наблюдение, в котором тревожно-депрессивный синдром в дебюте острого коронарного синдрома в сочетании с кардиалгией вертебраль-

ного и гастралгического характера явился, по нашему мнению, фактором неблагоприятного прогноза развившегося впоследствии ИМ. Последний протекал с осложнениями и завершился летальным исходом.

А., 73 лет, пенсионерка, инвалид II группы с 1987 г., была госпитализирована в кардиологическое отделение в плановом порядке для подбора адекватной гипотензивной и антиангинальной терапии 30.12.02 г.

При поступлении больная жаловалась на постоянные тупые и периодические острые колющие боли в прекардиальной области, иррадиировавшие в правую лопатку, возникавшие при волнении, перемене погоды, ходьбе через 50-100 метров, подъеме по лестнице менее одного марша, выходе на улицу. Боли купировались в покое после приема под язык 1-2 таблеток кордафлекса или нитросорбида через 20-40 минут (нитроглицерин не принимала из-за сильной головной боли). Имели место инспираторная одышка при ходьбе через 100 метров, повышение АД до 250/110 мм Hg, чаще до 200-220/90-100 мм Hg, несмотря на регулярный прием эднита в дозе 10 мг/сут, 2-3 таб/сут адельфана, кордафлекса по 10 мг 3 раза в день под язык, в/м инъекций 1% раствора дибазола (3,0) с 2% раствором папаверина (2,0) в/м до одного раза в день. Беспокоили больную головокружение при изменении положения тела, подавленное настроение, плохой сон и аппетит, эпизодические тупые боли в эпигастрии через 20 минут после еды.

Ухудшение в самочувствии отмечает около 3 недель, которое связывает с появившейся тревогой, беспокойством, плохим сном, кардиофобией и страхом смерти, так как живет одна. 6.12.02 г. около 17 часов возник сильный, длительный (около 30-50 мин) приступ острых колюще-давящих болей в прекардиальной области без иррадиации. Приступ не сопровождался ишемическими изменениями на ЭКГ, сделанной врачом скорой помощи во время вызова, и купировался в течение одного часа после в/в введения 50% раствора анальгина (2,0) с 1% раствором димедрола (1,0) и подъязычной инстилляцией 4 доз нитромина с интервалом в 5 минут. От госпитализации больная отказалась, продолжая безуспешно лечиться дома указанными выше медикаментами. Количество приступов стенокардии не уменьшалось, несмотря на регулярное лечение, что вызывало страх у больной. Во время приступов она продолжала вызывать скорую помощь, а на следующий день приходил участковый врач.

В анамнезе - АГ, ИБС: стенокардия напряжения, II-III ФК с 58 лет; сахарный диабет 2-го типа с 65 лет, легкое течение; хронический холецистопанкреатит, гастродуоденит с 60 лет; мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит с 40 лет; распространенный остеохондроз позвоночника с 55 лет. Инвалидность с 1987 г. по АГ и ИБС. Наследственность неотягощена. Менопауза с 43 лет. Участковым врачом 30.12.02 г. больная была направлена в плановом порядке в городскую клиническую больницу № 9 г. Казани.

Общее состояние в момент поступления среднетяжелое, умеренно повышенного питания. Рост - 156 см, масса тела - 78 кг, ИМТ=31 кг/м². Кожные покровы и слизистые оболочки физиологической окраски. Костно-мышечная система без видимой патологии, но при пальпации грудины и мечевидного отростка, реберных хрящей слева от грудины и грудного отдела позвоночника (остистые отростки, пара-