

УДК-616.981.455-084

СЛУЧАЙ ТУЛЯРЕМИИ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

В.А. Фигурнов, Н.А. Марунич, Е.А. Саяпина, И.А. Лоевец, О.Г. Катина, Е.С. Лаврикова, Е.В. Фигурнова, Л.В. Казакова

Амурская государственная медицинская академия, Амурская областная инфекционная больница, г. Благовещенск

В статье представлено описание первого случая кожно-бубонной формы туляремии в одном из северных районов Амурской области (зона БАМ). Вероятным источником заражения явился соболь, пойманный в капкан и укусивший больного за третий палец левой руки.

Ключевые слова: туляремия, Амурская область, соболь.

CASE OF TULAREMIA IN AMUR OBLAST

V.A. Figurnov¹, N.A. Marunich¹, E.A. Sayapina², I.A. Loevets², O.G. Katina², E.S. Lavrikov², E.V. Figurnova¹, L.V. Kazakova³

¹*Amur State Medical Academy,*

²*Infectious disease regional hospital of Amur Oblast*

³*Centers of Hygiene and Epidemiology, Amur Oblast*

This article describes for the first time a case of bubonic form of tularemia in the northern region of Amur Oblast (region of Baikal-Amur Mainline). A possible cause of infection was caught sable which bit a patient.

Key words: tularemia, Amur Oblast, sable

Туляремия является зоонозной природно-очаговой инфекцией и представляет серьезную опасность для населения ввиду практически 100% восприимчивости к ней людей [1]. Природные очаги туляремии широко распространены на значительной части Российской Федерации. Возбудитель туляремии - *Francisella tularensis* - высоко патогенен для человека и относится к высшей категории - А, среди наиболее опасных патогенных микроорганизмов [2].

Исследования на туляремию, проведенные в период интенсивного устройства БАМ, показали, что очаги этой болезни существуют, возбудитель выделен от грызунов, но имеется весьма слабая эпидемиологическая активность, что приводит к отсутствию больных этой патологией.

На территории Амурской области данная патология ранее не встречалась и в представленном сообщении приводится описание первого случая туляремии, зарегистрированного на этой территории.

Больной Б., 42 года, житель одного из поселков северного района области, обратился в местную больницу с жалобами на вечернее повышение температуры тела до 39,5°C, озноб, слабость, недомогание и появление в области наружной поверхности дистальной фаланги 3-го пальца левой руки покраснения, припухлости, небольшого гнойного отделяемого, одновременно увеличились и стали болезненными подмышечные и локтевые лимфатические узлы слева, кожа над ними покраснела. Из эпиданамнеза выяснилось, что больной, занимаясь охотой на пушных зверей, в один из дней конца октября 2007 г., обнаружил в поставленном капкане соболя, который при попытке снять его, укусил больного за дистальную фалангу 3-го пальца левой руки. Больной родился и вырос на севере Амурской области и с 8-ми летнего возраста, вначале с отцом, а затем и самостоятельно, занимается охотой в северной тайге. Подобный случай укуса дикого животного произошел впервые. В 2004 г. перенес нефрэктомия слева в связи с мочекаменной болезнью. Более ничем не болел.

Слабость, недомогание, повышение температуры, местное развитие воспаления появились через 5 дней, а увеличение лимфатических узлов - через 7 дней после укуса соболя. В течение 2-х дней лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие средства, однако улучшения состояния не наступало и больной обратился за медицинской помощью. Был выставлен диагноз «Болезнь кошачьей царапины» и больной госпитализирован в стационар, где находился 13 дней. Получил антибактериальную терапию и 5 инъекций антирабической вакцины по схеме. В анализе крови определялся умеренный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. От проводимой терапии состояние больного не улучшилось: оставались слабость, недомогание, повышение температуры тела по вечерам, боли в области суставов, особенно при движении и увеличение локтевых и подмышечных лимфатических узлов слева. Больной был направлен на обследование и лечение в областной центр.

В областную инфекционную больницу поступил на 21 день после укуса соболя с жалобами на слабость, недомогание, повышение температуры тела, сохранение болезненности в области увеличенных подмышечных и локтевых лимфатических узлов слева. При поступлении общее состояние больного было расценено как среднетяжелое, отмечалась субфебрильная температура тела (в последующие дни она нормализовалась). Пальпировались увеличенные, подвижные болезненные лимфатические узлы слева в области локтевого сустава и подмышечной области. В области наружной поверхности концевой фаланги 3-го пальца левой кисти определялась гиперемия, покрытая корочкой, гноя не было. По остальным органам изменений не наблюдалось. Результаты лабораторного и инструментальных методов исследования были следующими: клинический анализ крови при поступлении: гемогл. 138,4 г/л, эр. $4,3 \times 10^{12}$ / л, л. $5,4 \times 10^9$ /л, п.4%, сегм.- 65%, лим.- 27%, м.- 4%, СОЭ - 50 мм/ч. В последующем анализ крови не изменился, упала только СОЭ до 20 мм/ч. Уровень общего белка крови, глюкозы, мочевины, билирубина, оставался в пределах нормы. При нормальном клиническом анализе мочи в пробе по Нечипоренко в 1 мл было 136000 лейкоцитов и 12800 эритроцитов.

При УЗИ исследовании в области локтевого сгиба лоцировался инфильтрат 17x30 мм, неоднородный, с четкими краями. Там же слева в подмышечной области лоцировался инфильтрат размером 24x27 мм. В паховой области слева определялся также один лимфоузел, размером 9x12 мм. Справа во всех областях лимфатические узлы не были увеличены. При бактериологическом исследовании содержимого раны на пальце был выделен *Staphyl. aureus*, при посеве крови на стерильность - микрофлоры не выделено. При УЗИ почек была выявлена единственная правая почка без особенностей. При исследовании на туляремию были обнаружены антитела в разведении 1:1200.

Больному был выставлен диагноз: Туляремия, локализованная кожно-бубонная форма, среднетяжелое течение. Назначена терапия: доксициклин по 0,2 в течение 10 дней, антигистаминные препараты, обработка раны на пальце бриллиантовой зеленью. После начала терапии общее состояние больного улучшилось, на 4 день нормализовалась температура, исчезли боли в левом локтевом сгибе и подмышечной области и на 10 день пребывания в стационаре (на 30 день от начала болезни) больной в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Через 5 месяцев был осмотрен. Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на боли при движении в левом локтевом суставе, где визуально и пальпаторно определялся бурсит. В области локтевого сгиба и левой подмышечной области пальпируются подкожные плотные подвижные, безболезненные лимфатические узлы в прежнем количестве и такие же по величине. При исследовании крови выявлены антитела к тулярийному антигену в прежнем разведении.

Литература

1. Мещерякова И.С. Туляремия: современная эпидемиология и вакцинопрофилактика (к 80-летию создания первой тулярийной лаборатории в России) // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2010. - №2. - С. 17-22.
2. Олсуфьев Н.Г. Таксономия, микробиология и лабораторная диагностика возбудителя туляремии. - М.: Медицина, 1975. – 192 с.