

**AS LVIV RYKETSIOLOGIST'S HELPED
TO SAVE LIFE OF FRENCH COLLEAGUE
(HISTORY OF MEDICINE)**

M.A. Andreychyn, M.M. Sahaydakovsky

SUMMARY. At first was described a little-known fact about providing by ryketsiologist from Lviv, R. Weigl and H. Mosinh in 30-th years of the last century assisted by French parasitologists E. Brumpt that in

a laboratory accident caught rickettsia Provatseky. The victim colleague in Paris was delivered promptly antitythus serum which was made from the blood convalescents. This selfless emergency assistance is considered a contemporary point of bioethics and medical ethics national traditions.

Key words: typhus, laboratory contamination, aid, bioethics, empathy.

Отримано 28.08.2013 р.

© Колектив авторів, 2013
УДК 616.981.51(477.82)

В.П. Малий, Т.І. Лядова, Н.В. Брятко, С.І. Волгіна, В.З. Морозов

СИБІРКА В УКРАЇНІ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, Миколаївська обласна інфекційна лікарня, Черкаська міська інфекційна лікарня, Звенигородська центральна районна лікарня Черкаської області

Наведені клініко-епідеміологічні прояви випадків захворювання на шкірну форму сибірки. Докладно зображені динаміка хвороби, схеми терапії та профілактика.

Ключові слова: сибірка, клінічні прояви, лікування.

Сибірка (синоніми: злоякісний карбункул; *anthrax* – англ.; *milzbrand* – нім.; *charbon, anthrax carbon* – франц.) – гостра інфекційна зоонозна хвороба, що належить до категорії особливо небезпечних захворювань. Характеризується ураженням шкіри, лімфатичної системи, інтоксикацією, бактеріємією, а при певних умовах – септицемією та септикопемією. Назва мікроба від грецького “*anthracis*” – вугілля, що пояснюється утворенням на шкірі схожих по кольору виразок.

Сибірка і в теперішній час продовжує представляти серйозну проблему для здоров'я та сільського господарства багатьох країн світу, зокрема України. На території України зареєстровано біля 9 000 стаціонарно-несприятливих осередків сибірки, найбільша кількість яких розташована в районах з темно-сірим підзолистим ґрунтом і чорноземом. Саме в цих ґрунтах спори сибірки можуть зберігатися протягом тривалого часу і при порушенні цілісності верхнього шару ґрунту під дією несприятливих природних фізико-хімічних або соціальних факторів вони можуть попадати на поверхню, призводячи до інфікування траводічних тварин [1-3]. Впровадження науково-обґрун-

тованих протиєпізоотичних та протиєпідемічних заходів призвело до значного зниження захворюваності на сибірку, але брак інформації про розташування поховань худоби або її ігнорування сприяє виникненню захворювань серед сільськогосподарських тварин. Умови для захворювання на сибірку у людей створюються при порушенні діючих санітарно-ветеринарних законодавчих актів, що забороняють забій та розтин туш інфікованих тварин, використання в їжу м'яса, ліверу, крові, а також промислову переробку будь-яких продуктів, отриманих від захворілих на цю інфекцію тварин [4, 5].

Слід зазначити, що культурально-морфологічна мінливість *B. anthracis* затрудняє ідентифікацію, що не завжди дозволяє лікарям своєчасно ідентифікувати та адекватно відреагувати на виникаючу епідситуацію. Крім того, помилкові погляди на лікарську тактику при вирішенні питань щодо екстреної профілактики та лікування захворювання, спричиненого антибіотикорезистентними штамми, відсутність необхідних засобів лікування, низький рівень професійної підготовки лікарського персоналу до роботи з особливо небезпечними інфекціями не завжди дозволяють досягти бажаного результату. Застосування для профілактики даної інфекції різноманітних вакцин підвищує ефективність протиєпідемічних заходів, але не є абсолютною гарантією від летальних наслідків [4, 5].

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Протягом останнього часу на території України періодично виникають спорадичні або групові спалахи сибірки, причому більша частина постраждалих є жителями села. Виникнення випадків захворювання як у тварин, так і у людей вказує на те, що система сучасних профілактичних заходів у несприятливих на сибірку осередках лишається недостатньо ефективною або проводиться не у повному обсязі [6, 7].

Так, у підтвердження цьому важливо, на наш погляд, представити наступні клінічні випадки.

Хворий А., госпіталізований 29.04.12 р. в інфекційну лікарню м. Черкаси зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури тіла до 39-40 °С, послаблення випорожнень до 5 разів на добу, наявність безболісного утворення на шкірі лівого передпліччя і плеча.

Із епіданамнезу було встановлено, що на початку квітня брав участь у забою свині, де і травмував шкіру в ділянці лівого передпліччя. Працює різником худоби. Скуповує туші сільськогосподарських тварин у жителів Черкаської області для реалізації. У березні виїжджав до Кіровоградської області для скуповування телят. У сім'ї всі здорові.

Із анамнезу захворювання також було встановлено, що захворювання почалося 15.04.12 р., коли на місці травмованої шкіри, в ділянці лівого передпліччя з'явився пухирець із серозним вмістом, який він самостійно видавив. 25.04.12 р. на цьому ж місці утворився новий пухирець, який поширився на раніше отриману подряпину. 27.04.12 р. у ділянці лівого плеча з'явилося нове вогнище ураження шкіри, причому хворий відзначав підвищення температури тіла до 40 °С, нудоту, одноразове блювання, послаблення випорожнень до 5 разів на добу без патологічних домішок. У зв'язку з вищезазначеними скаргами звернувся за медичною допомогою.

Об'єктивно при огляді стан середнього ступеня тяжкості, на питання відповідає в'яло, з негативізмом. Шкіра і видимі слизові оболонки нормального кольору. На зовнішній поверхні шкіри лівого передпліччя в ділянці середньої третини є утворення багряно-синього кольору з чіткими конту-

рами, розміром 6×4 см, яке підноситься над рівнем шкіри, місцями з пухирцями, що містять серозну рідину, безболісне при пальпації. Утворення оточене валиком із щільної шкіри багряного відтінку (фото 1).

В ділянці лівого ліктьового суглобу зовні – подібне утворення розмірами 1,5×1,5 см. Помірний набряк підшкірної клітковини лівого передпліччя та плеча без явищ лімфангіту. У лівій пахвовій ділянці пальпується конгломерат лімфатичних вузлів розміром 4×4 см, не спаяних із оточуючими тканинами.

З боку інших органів і систем патології не виявлено.

У клінічному аналізі крові виявлена помірна лейкопенія із зсувом формули ліворуч (паличкоядерні нейтрофіли 11 %, сегментоядерні 72 %). При біохімічному дослідженні виявлено незначне підвищення активності амінотрансфераз – аланінової та аспартатної, рівень білірубину в межах норми. Протеїнограма, коагулограма – без змін.

*При бактеріологічному дослідженні вмісту уражених ділянок шкіри виявлені *G⁺* палички із піднятими кінцями, розміром 8×1-2 мкм.*

Лікування: Консервативне (зондувати, скребти, розрізати, розтинати пухир дозволяється лише при нагноєнні). Накладена асептична пов'язка на уражені ділянки шкіри. Дезінтоксикаційна терапія: щоденно внутрішньовенно вводили розчин "Трисіль" з додаванням 400 мл реополіглюкіну, реосорбілакту. Антибактерійна терапія: ципрофлоксацин 500 мл×2 р/добу внутрішньовенно, доксициклін 100 мг×2 р/д внутрішньо. З метою контролю за мікрофлорою кишечника внутрішньо: біфіформ 1 капс.×2 р/д., хілак 10 крапель×3 р/д.

Через 2 доби після початку етіотропного лікування у хворого нормалізувалася температура тіла, зникли симптоми інтоксикації. З 10-го дня терапії виразки покрилися чорним струпом, на 20-й день почалася епітелізація виразок та нормалізувалися показники крові.

Динаміка розвитку елементів виразки на фоні терапії представлена на фото 2 і 3.

Виписаний в задовільному стані після повного загоєння елементів.



Фото 1. Сибірка у хворого А. (1.05.12 р.).



Фото 2. Сибірка. Той же хворий (7.05.12 р.).



КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



Фото 3. Сибірка. Той же хворий. Загоєння виразок (22.05.12 р.).

Показовим є випадок сімейного спалаху на сибірку, який був зареєстрований у квітні 2008 р. в Миколаївській області.

1. Хворий Л., чоловік, 64 років, госпіталізований в інфекційне відділення ЦРЛ 16.04.08 р. зі скаргами на слабкість, сонливість, запаморочення, біль і набряк у ділянці лівої кисті, наявність карбункулів на обох кистях, підвищення температури тіла до 38,8 °С.

З епідеміологічного анамнезу відомо, що на початку квітня разом з дружиною брав участь у примусовому забої та розчленуванні захворілого теляти. М'ясо тварини вживали в їжу. У сім'ї також захворіли дружина та онучка, інші члени родини залишилися здоровими.

Із анамнезу стало відомо, що захворювання почалося 10.04.08 р., коли помітив погіршення самопочуття, підвищення температури тіла, в ділянці лівої кисті на тильній поверхні II пальця з'явився пухирець із серозним вмістом, який супроводжувався свербінням. У зв'язку з погіршенням самопочуття та появою нового вогнища ураження на пальці правої руки 15.04.08 р. хворий звернувся за медичною допомогою.

При об'єктивному дослідженні стан хворого середнього ступеня тяжкості за рахунок явищ інтоксикації. Шкіра волога, бліда із жовтяничним відтінком. На тильній поверхні шкіри II пальця лівої кисті в ділянці середньої третини є карбункул багряно-синюшного кольору з чіткими контурами, розміром 0,4×0,5 см, із чорним кратером у центрі, безболісний при натисканні. Утворення оточене валиком із ущільненої шкіри багряного відтінку. Виявлений набряк лівої кисті, передпліччя. На шкірі правої кисті виявляється аналогічне утворення розміром 0,3×0,4 см, також оточене валиком гіперемії, болюче при пальпації. Відзначається збільшення і болючість при пальпації лімфатичних вузлів у лівій пахвинній ділянці (1,5×2 см), які не спаяні з оточуючими тканинами. Печінка збільшена на 2-3 см, безболісна при пальпації, край щільно-еластичної консистенції, закруглений. Селезінка не збільшена. АТ 130/90 мм рт.ст., тони серця ясні, ритмічні,

з боку легень патологічних змін не виявлено. У клінічному аналізі крові виявлена помірна лейкопенія із зсувом формули ліворуч (сегм. 76 %). Протеїнограма, коагулограма – без змін.

Виписаний із стаціонару на 28-й день після госпіталізації.

2. Хвора Л., 64 років, дружина, госпіталізована в ЦРЛ 16.04. одночасно з чоловіком, на 5-й день хвороби із скаргами на слабкість, підвищення температури тіла до 38 °С, біль голови, запаморочення, появу карбункулу на тильній поверхні IV пальця лівої кисті.

З епідеміологічного анамнезу відомо, що на початку квітня разом з чоловіком брала участь у розчленуванні захворілого теляти, м'ясо вживали в їжу, а частину м'яса вивезли родичам до м. Миколаїв. Захворіла 11.04, коли з'явилися підвищення температури тіла, біль голови, загальна слабкість, відсутність апетиту. Тоді й помітила карбункул й набряк лівої руки.

При об'єктивному обстеженні стан середньої тяжкості, свідомість ясна. Ожиріння 1 ст., шкіра волога, бліда. На тильній поверхні шкіри IV пальця лівої кисті в ділянці нижньої третини сформувався карбункул з чорним кратером по центру, синюшного кольору із чіткими контурами, розміром 0,4×0,5 см, безболісний при пальпації, оточений валиком багряного відтінку. Виражений набряк лівої кисті. Відзначається збільшення лімфатичних вузлів у лівій пахвовій ділянці (1,5×2 см), безболісні при пальпації, не спаяні з оточуючими тканинами. Печінка збільшена на 2 см, безболісна при пальпації, край закруглений. Селезінка не збільшена. АТ 135/80 мм рт.ст., тони серця ясні, ритмічні. З боку інших органів і систем патологічних змін не виявлено.

Тривалість госпіталізації склала 28 днів.

3. Хвора Д., 18 р., онучка, госпіталізована 16.04. із скаргами на появу карбункулу в ділянці тильної поверхні вказівного пальця лівої кисті, підвищення температури тіла до 37,5 °С.

Вважає себе хворою з 11.04, коли на тильній поверхні вказівного пальця лівої кисті з'явилася пляма до 1 см у діаметрі, на місці якої невдовзі утворилася геморагічна везикула, яка згодом перетворилася у виразку з темним центром. Відзначалася набряклість пальця, тягучі болі у пахвинній ділянці, підвищення температури тіла до 37,5 °С. Після консультації хірурга 14.04 був встановлений діагноз еризипелоїд та призначений цефтриаксон. З епіданамнезу також було встановлено факт вживання (разом із зазначеними родичами) телячого м'яса. Інші члени родини (мама, брат, тітка), які також їли м'ясо хворого теляти, залишилися здоровими.

Об'єктивно: свідомість ясна, стан задовільний, температура тіла 36,5 °С. На тильній поверхні дистальної фаланги II пальця лівої руки утворилася виразка, вкрита темним струпом з інфільтрацією по периферії жовтого кольору, з

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

багряною демаркацією, набряк м'яких тканин, який поширюється на тильну поверхню кисті. Помірно чутливі лімфовузли пахвової ділянки ліворуч. З боку інших органів і систем патології не виявлено. Беручи до уваги вагітність хворої 38-39 тижнів, після консультації гінеколога пацієнтці був призначений пеніцилін по 1 млн ОД 6 р/д протягом 12 днів, діазолін, прегнавіт, асептична пов'язка на рану. На фоні терапії поступово зменшився набряк тканин і явища лімфаденіту, рубцювалася виразка. У стаціонарі провела 16 ліжко-днів.

Хоча діагноз у хворих бактеріологічно підтвердити не вдалося, при епідеміологічному розслідуванні із підстилки в стайні, де було хворе теля, виділено збудника сибірки.

Клінічний діагноз. Важливо відзначити, що розвиток клініки сибірки, особливості місцевих та загальних проявів, що спостерігали у пацієнтів із шкірною формою, були типовими і не відрізнялися від раніше описаних. При цьому первинною ознакою захворювання була невелика, помірно свербляча везикула, частіше безболісна, яка згодом протягом 2-3 діб збільшувалася у розмірі та перетворювалася у типовий карбункул із набряком оточуючих тканин й формуванням струпу. При цьому паралельно наростали явища загальної інтоксикації, регіонарного лімфангіту та лімфаденіту. Терапію всім хворим проводили диференційовано. Хворі з сімейного осередку отримували комбіновану етіотропну терапію (цефтриаксон 1 г 2 р/д, в/м, ципрофлоксацин 500 мг 2 р/д перорально, онука – пеніцилін), дезінтоксикаційну терапію, полівітаміни, антигістамінні препарати. Після нормалізації стану, загоєння елементів хворі були виписані під нагляд інфекціоніста за місцем проживання.

Отже, в стаціонарно-несприятливих осередках можливе інфікування сільськогосподарських тварин, що може бути загрозою для виникнення як спорадичних, так і групових випадків інфікування людей.

Внаслідок недостатньої обізнаності населення про реальну небезпеку захворювання на сибірку та заходах, які проводяться у випадку зараження, лікарям різних спеціальностей (хірургам, дерматологам, інфекціоністам, терапевтам) необхідно пильну увагу приділяти кожному випадку, що є підозрілим на дане захворювання.

Література

1. Покровский В.И. Сибирская язва / В.И. Покровский, Б.Л. Черкасский // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2002. – № 2. – С. 57-60.
2. Черкасский Б.Л. Закономерности территориального распространения и проявление активности стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов / Б.Л. Черкасский // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1999. – № 2. – С. 48-52.
3. Лобзин Ю.В. Сибирская язва / Ю.В. Лобзин, В.М. Волжанин, С.М. Захаренко // Клинич. микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2002. – Т. 4, № 2. – С. 104-127.
4. Возианова Ж.И. Сибирская язва / Ж.И. Возианова // Сучасні інфекції. – 2001. – № 4. – С. 97-104.
5. Шабловська Є.О. Сибірка в Україні / Є.О. Шабловська, Н.М. Кролевецька // Інфекційні хвороби. – 1998. – № 4. – С. 5-8.
6. Сибірка на Волині / Ф.І. Богомолов, Г.В. Морочковська, Р.С. Морочковський, Е.В. Томащук // Інфекційні хвороби – 1995. – № 1. – С. 52-54.
7. Туйнов В.П. Групове захворювання на сибірку в Донецькій області / В.П. Туйнов, Л.С. Бондарев, Л.П. Раствунцев // Інфекційні хвороби – 1998 – № 4. – С. 56-58.

ANTRAX IN UKRAINE

V.P. Maly, T.I. Lyadova, N.V. Bryatko, S.I. Volhina, V.Z. Morozov

SUMMARY. The epidemiological and clinical findings of cutaneous anthrax cases are presented in the article. The course of disease, therapy and prophylaxis are described in details.

Key words: anthrax, clinical features, treatment.

Отримано 12.06.2013 р.