

АНГИНОЗНО-БУБОННАЯ ФОРМА ТУЛЯРЕМИИ, ОСЛОЖНЕННАЯ АБСЦЕССОМ

А.А. Яковлев, М.М. Антонов, О.И. Федуняк, М.В. Яременко

Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина

Anginal-Bubonic Tularemia, complicated with abscess

Yakovlev A.A., Antonov M.M., Fedunjak O.I., Yaremenko M.V.

Hospital of Infectious Diseases aft. S.P.Botkin

Туляремия — природно-очаговое инфекционное заболевание, которое широко распространено в странах Европы, Азии и Северной Америки, а также в Российской Федерации [3, 4, 5]. За период 1995 — 2004 гг. в России регистрировалась преимущественно спорадическая и групповая заболеваемость, которая ежегодно колебалась в пределах 50 — 100 случаев [2]. По данным Роспотребнадзора, за 11 месяцев 2008 г. зарегистрировано 92 случая туляремии.

Клиническая картина туляремии многообразна. Из всех форм наиболее часто встречается кожно-бубонная (до 70%) и реже — ангинозно-бубонная (1%) [1, 4]. В связи с многообразием клинических форм туляремии, обуславливающих трудности диагностики, приводим описание клинического случая ангинозно-бубонной формы заболевания.

В сентябре 2008 г. в Клиническую инфекционную больницу им. С.П. Боткина г. Санкт-Петербурга на 18-й день болезни была госпитализирована больная Г., 34 лет с предварительным диагнозом «Туляремия».

При поступлении предъявляла жалобы на слабость, озноб, боли в горле при глотании справа, значительную ограниченную припухлость в углочелюстной области справа.

Из анамнеза болезни выяснилось, что пациентка заболела остро 8.09.08 г.: появились озноб, ломота в мышцах рук, ног, температура повысилась до 40°C. В последующие дни температура повышалась выше 40°C. На фоне приема аспирина, парацетамола отмечала сильную потливость, слабость, снижение лихорадки до субфебрильных цифр. На 3-й день болезни появились боли в горле при глотании, сохранялась фебрильная лихорадка, самостоятельно стала принимать амоксилав. На 5-й день болезни возникла умеренная болезненная припухлость углочелюстной области справа и при осмотре ротоглотки больная заметила белесоватый налет на правой миндалине. По совету врача прием амоксилава был заменен на парентеральное введение цефазолина. В течение последующих дней

самочувствие больной постепенно улучшилось: снизилась температура до нормальных цифр, купировался озноб, уменьшились боли в горле при глотании, исчез налет на правой миндалине, однако сохранялась значительно увеличенная и умеренно болезненная припухлость правой углочелюстной области. Для исключения абсцесса правой углочелюстной области амбулаторно обращалась к челюстно-лицевому хирургу, клинических данных за абсцесс не выявлено. По рекомендации хирурга после терапии цефазолином принимала цифран. На фоне приема цифрана на 14-й день болезни вновь появились озноб, боли в горле при глотании справа, повысилась температура до 39°C, усилилась слабость, еще более увеличилась умеренно болезненная припухлость правой углочелюстной области. В связи с ухудшением самочувствия больная обратилась в поликлинику Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина и была госпитализирована на стационарное лечение.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что с 02.09.08 по 08.09.08 г. отдыхала в деревне Печорского района Псковской области. В доме видела мышей. Свое заболевание связывает с употреблением продуктов, которые были испорчены мышами, или сырой воды из колодца.

При госпитализации состояние больной оценивалось среднетяжелым. Кожные покровы были обычной окраски. При осмотре ротоглотки миндалины были без налета, I степени, умеренно гиперемированы. Отмечалась асимметрия правой углочелюстной области за счет увеличенного до 8 см умеренно болезненного плотно эластичного, малоподвижного лимфоузла (бубон), кожа над ним была обычной окраски. Пульс 80 в мин, ритмичный, удовлетворительных качеств. Язык был влажным без налета. Живот при пальпации был мягким безболезненным, определялась гепатоспленомегалия. Поколачивание по поясничной области было безболезненным с обеих сторон.

Учитывая анамнестические, эпидемиологические и объективные данные (длительная фебриль-

ная лихорадка, поражение одной миндалины, развитие правостороннего умеренно болезненного бубона, нахождение в эндемичном районе по туляремии и употребление продуктов, испорченных мышами), был поставлен предварительный диагноз «Туляремия, ангинозно-бубонная форма».

В ходе обследования в клиническом анализе крови выявлялись: лейкоцитоз ($9,8 \times 10^9/\text{л}$), ускоренное СОЭ (55 мм/час). По данным биохимического анализа наблюдалось минимальное повышение АЛТ (56 е/л), АСТ (51 е/л). По результатам серологических исследований были исключены лептоспироз, инфекционный мононуклеоз, клещевой энцефалит, цитомегаловирусная инфекция, тифо-паратифозное заболевание, вирусный гепатит С, сифилис и ВИЧ-инфекция. Был исключен лимфогранулематоз. Из ротоглотки выделены зеленящий и β -гемолитический стрептококки, непатогенные нейссерии. При серологических исследованиях крови с тулярийным антигеном в парных сыворотках получили следующие титры антител: при поступлении в РА — 1/1600, в РНГА — 1/10240; через неделю — РА — 1/800, РНГА — 10240. При подтверждении из «Северо-Западной противочумной станции» также были получены высокие титры антител в РПГА 1/640, в РГНА 1/25640 на 12-й день лечения (38-й день болезни).

Проводились инструментальные исследования: УЗИ органов брюшной полости (гепатоспленомегалия), щитовидной железы (узловой зоб), шеи (правосторонний шейный лимфаденит, вероятно, с абсцедированием в углочелюстной области); рентгенография органов грудной клетки (без патологических изменений); ЭКГ — норма.

В связи с абсцедированием бубона в правой углочелюстной области на 27-й день лечения повторно была осмотрена хирургом, диагностирован абсцесс, который был вскрыт (получено около 10,0 мл гноя).

Таким образом, эпидемиологически, клинически, с учетом результатов обследования и осмотров специалистов поставили диагноз «туляремия, ангинозно-бубонная форма, осложненная абсцедирующим шейным лимфаденитом справа». Сопутствующее заболевание: узловой зоб, эутиреоз.

Больная получала антибактериальную терапию: в начале заболевания в течение 6 дней (внутрь доксицилин и парентерально гентамицин), затем с 4-го по 14-й день лечения — парентерально стерптомицин, также с 8-го по 14-й день лечения добавили парантеральное введение левофлоксацина, в последующем повторно парентерально назначались: с 24-го по 33-й день лечения — гентамицин, и с 57-го по 64-й день лечения — стрептомицин. Одновременно с этиотропным лечением, проводи-

лись: инфузионно-детоксикационная и метаболическая терапия, вскрытие и дренирование нагноившегося бубона.

На фоне комплексного этиопатогенетического лечения в стационаре наблюдались три волны лихорадки с подъемом температуры при первой до $37,4 - 38,6^\circ\text{C}$, при последующих — до $36,8 - 37,4^\circ\text{C}$. Длительность первой лихорадки была 14 дней, второй — 10 и третьей — 7. Вторая волна субфебрильной лихорадки была связана с абсцедированием углочелюстного лимфоузла справа. Постепенно состояние больной нормализовалось, что выражалось в купировании синдрома общей инфекционной интоксикации, снижении температуры тела до нормы, разрешение справа абсцедирующего углочелюстного лимфаденита и регрессии шейного бубона.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 67-е сутки стационарного лечения под наблюдение врача-инфекциониста, эндокринолога. При контроле в марте 2009 г. признаки лимфаденита не выявлялись, РА с тулярийным Ag 1/200, РНГА — 1/10240. Запланировано хирургическое лечение зоба.

Данный клинический случай еще раз подтверждает, что в практике врача может встречаться туляремия, в том числе ее редкие формы. Несмотря на многообразие форм туляремии, правильно собранный анамнез, включая эпидемиологический, клиническая картина заболевания позволяют уже на ранних сроках болезни предполагать наличие туляремии, назначить адекватную антибиотикотерапию, а в последующем подтвердить диагноз серологическими исследованиями. Как показывает представленный клинический случай, даже на фоне комбинированной антибактериальной терапии может развиваться нагноение бубона, что требует проведения хирургического лечения.

Литература

1. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П. Казанцев [и др.]. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 1999. — 482 с.
2. Профилактика инфекционных болезней, эпидемиологический надзор за тулярией. Методические указания. МУ 3.1.2007—05.
3. Никифоров, Б.В. Туляремия: от открытия до наших дней / Б.В. Никифоров, Г.Н. Кареткина // Инфекционные болезни. — 2007. — Т. 5, №1. — С. 67—76.
4. Руководство по инфекционным болезням / под ред. чл. — корр. РАМН, проф. Ю.В. Лобзина, 3-е изд., доп. и перераб. — СПб.: издательство «Фолиант», 2003. — 1040 с.
5. Tärnvik, A. Tularemia in Europe: an epidemiological overview / A. Tärnvik, H.S. Priebe, R. Grunow // Scand J Infect Dis. — 2004. — 36(5). — P. 350—355.

Контактная информация:

Яременко М.В. тел.: 8 (812) 292-33-57.