

СЛУЧАЙ КИШЕЧНОЙ ФОРМЫ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

С.Т. Жолдошев

Ошский государственный университет, Ош, Кыргызстан

Case of the intestinal form of the Siberian ulcer

S.T. Zholdoshev

Osh State University, Osh, Kyrgyzstan

Сибирская язва до настоящего времени остается одним из наиболее распространенных опасных инфекционных заболеваний. Заболевание имеет довольно широкое распространение на территории Кыргызстана в связи с животноводческой ориентацией сельского хозяйства страны. Стойкие почвенные очаги сохраняются почти на всей территории Кыргызстана. Наибольшее их количество сосредоточено в южных областях страны, что создает постоянную угрозу возникновения эпизоотий и случаев заражения сибирской язвой человека. Только за 6 месяцев 2011 г. в Ошской области зарегистрировано 34 случая сибирской язвы среди людей. В подавляющем большинстве случаев заболевание протекает в кожной форме. Однако в 2010 г. у одного больного произошла генерализация инфекции с развитием кишечной формы заболевания. Приводим описание данного клинического случая.

Больной М.И., 55 лет, безработный. Заболел остро 17.10.10 г., когда почувствовал недомогание, головную боль, жар. На 2-й день на левой кисти в области ее наружной и ладонной поверхности заметил два зудящих пятнышка, превратившихся в пузырьки, которые расценил как укусы насекомых. 18.10 пузыри вскрылись с образованием язв, вокруг которых появился отек, быстро распространившийся вверх по руке (рис. 1). 19.10 появились озноб, головная боль, повысилась температура тела. 20.10.10 г. был доставлен в тяжелом состоянии родственниками на попутной машине в реанимационный блок Ошской областной объединённой клинической больницы (г. Ош). При первичном осмотре: состояние — тяжелое, вялый, заторможенный, на вопросы отвечает односложно, быстро истощается. Температура тела 37°C. На тыльной и внутренней ладонной поверхностях левой кисти обнаружены две плоские сухие язвы размером 1,0×1,0 см на инфильтрированном основании, покрытые плотным черным струпом. Ткани вокруг язв отечны, отек распространяется на верхнюю конечность, доходя до плеча. Пальпация вокруг язв безболезненна (рис. 2). Увеличены под-



Рис. 1. Кожные проявления. 2-й день болезни



Рис. 2. Кожные проявления. 4-й день болезни

мышечные лимфоузлы слева до 1,5 см в диаметре, болезненные. Сердце — тоны приглушены, пульс 105 ударов в минуту, А/Д 90/70 мм рт. ст. В легких — дыхание жесткое, частое, поверхностное, ЧД 30 — 35 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Менингеальные симптомы: ригидность мышц затылка, положительные симптомы Брудзинского (верхний, средний, нижний), Кернига. Осмотрен неврологом, проведена спинномозговая пункция. Общий анализ спинномозговой жидкости: до центрифугирования мутноватый, бесцветный, после центрифугирования прозрачный, белок — 0,94 г/л, сахар — 3,48 ммоль/л, хлориды — 122,3 ммоль/л, Р. Панди +, цитоз — $2,02 \times 10^9$ /л, нейтрофилы — 72,8% лимфоциты — 27,2%. При исследовании крови: гемоглобин — 159 г/л, эритроциты — $4,02 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель — 1,0, лейкоциты — $29,7 \times 10^9$ /л, п-7,

c-87, лимфоциты — 6, СОЭ — 38 мм/ч, сахар крови — 9,7 ммоль/л, сахар мочи — 0, ацетон — 0, ЭКГ ЧСС — 105, синусовая тахикардия, отклонение ЭОС вправо, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. На рентгенограмме органов грудной клетки — инфильтрация в нижней доле левого легкого, хронический бронхит, пневмосклероз, границы сердца расширены влево.

Из разговора с родственниками выяснено, что пациент заболел через сутки после того, как перетаскивал туши трех павших телят. Две туши закопал на подворье, а третью разделал на мясо (в дальнейшем из печени павшего теленка в ветеринарной лаборатории был выделен возбудитель сибирской язвы). Консилиумом врачей в составе инфекциониста, невролога, кардиолога, хирурга, эндокринолога на основании клинико-эпидемиологических, эпизоотических данных выставлен предварительный диагноз: сибирская язва, кожная форма с переходом в септическую (острое начало заболевания, сопровождающееся лихорадкой, интоксикацией, кожный безболезненный аффект, окруженный локальным и распространенным отеком, участие в разделке туши павшего теленка). Вторичный менингоэнцефалит, левосторонняя нижнедолевая пневмония. Сопутствующее: ИБС, стенокардия напряжения, сахарный диабет 2-го типа.

Больному назначен пенициллин по 4 млн ЕД 6 раз в сутки, циплокс по 100 мл внутривенно 2 раза в сутки, противосибиреязвенный иммуноглобулин 80 мл в/м, преднизолон 180 мг в/в, инфузионно-детоксикационная терапия с форсированным диурезом. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного продолжало прогрессивно ухудшаться. На 2-й день пребывания в стационаре утратил сознание до состояния сопора (реагировал только на громкий окрик, инъекции). Дыхание самостоятельное, на ИВЛ не переводился. На фоне проводимой терапии на следующий день пришел в себя, стал отвечать на вопросы. На 4-й день стационарного лечения появились одышка в покое, чувство жара, температура тела повысилась до 38°C. Больной стал беспокойным, быстро начал нарастать геморрагический синдром: на коже левой половины грудной клетки, живота, спины, поясничной области на фоне распространяющегося отека появились синюшные геморрагические пятна, быстро увеличивавшиеся в размерах и приобретающие сливной характер с образованием пузырей с серозно-геморрагическим содержимым. Отмечен жидкий стул с примесью крови в испражнениях (рис. 3). К лечению подключен цефтриаксон по 2,0 г 2 раза в сутки, 10% раствор альбумина, инфузол 400 мл в вену, аминокaproновая кислота 100 мл в/в, викасол, продолжена инфузионно-детоксикационная терапия. 23.10 в 13 часов 25 минут состояние резко ухудшилось, появились



Рис. 3. Кожные проявления. 6-й день болезни

боль в животе разлитого характера, вздутие живота, жидкий дегтеобразный стул. Вызван хирург, рекомендован срочный перевод в хирургическое отделение. Состояние больного при переводе в хирургическое отделение тяжелое, склеры и кожные покровы субиктеричные, язык суховат. На боковой поверхности грудной клетки слева крупные пузыри до 10 см в диаметре с геморрагическим содержимым. По всему телу мелкопятнистая геморрагическая сыпь. Пульс 98 — 100 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, дыхание везикулярное. Живот в акте дыхания участвует ограниченно, вздут (больше в эпигастральной области), резко болезнен, напряжен, в верхних отделах тимпанит, в отлогах местах — притупление. Перистальтика кишечника не прослушивается, резко положителен симптом Щеткина — Блюмберга. Газы не отходят. Ампула прямой кишки пуста, на перчатке — кал черного цвета. Больной срочно переведен в операционную, предпринята операция — верхне-срединная лапаротомия. Из брюшной полости излилось около 600 мл желтой геморрагической жидкости, электроотсосом удалено еще 1,5 л жидкости. От связки Трейтца до илеоцекального угла обнаружены 16 инфильтратов в тонкой кишке диаметром от 1,5 до 4 см, плотной консистенции, синюшного цвета, покрытые легко снимающейся брюшиной с напластованиями фибрина. Лимфатические узлы брыжейки величиной до 1 см, печень и селезенка увеличены. Диагностической энтеротомией в области расположения трех крупных инфильтратов обнаружены язвы от 0,5 до 1,5 см овальной формы с белесоватым содержимым на дне. В просвете кишки — темная кровь. Зашивание разреза кишки могло привести к резкому ее стенозу. В связи с этим решено произвести резекцию данного участка кишки на протяжении 7 см с анастомозом конец в конец. Брюшная полость промыта, дренирована и защита наглухо. Из области язв взят материал для микробиологического исследования.

На 2-й день пребывания в хирургическом отделении состояние больного крайне тяжелое. На 3-й день появилась перистальтика кишечника. На 4-й день развилось кишечное кровотечение, со снижением гемоглобина до 68 г/л, эритроцитов – до $1,5 \times 10^{12}/л$. В результате интенсивной терапии кровотечение удалось купировать. Дальнейший послеоперационный период протекал благополучно. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Ликвор санировался на 20-й день лечения. Корочки с язв на предплечье и кистях рук отпали на 26-й день болезни. На 66-й день пребывания в стационаре был выписан с выздоровлением на амбулаторное наблюдение.

Забор материала на микробиологическое исследование у больного производился до начала лечения. Для исследования взяты содержимое карбункулов, кровь из вены с посевом непосредственно у постели больного на бульон Хоттингера, ликвор. На 10-й день из крови больного была выделена *B. anthracis*, чувствительная к пенициллину, гентамицину, эритромицину, ципрофлоксацину, офлоксацину, доксициклину, цефтриаксону, слабо чувствительная к бисептолу, полимиксину.

Заключительный диагноз: сибирская язва, кожная форма с переходом в сибиреязвенную септицемию и развитием кишечной формы, осложненная менингоэнцефалитом, левосторонней пневмо-

нией, кишечным кровотечением, серозно-геморрагическим перитонитом.

Клинический пример демонстрирует возможность развития генерализованных форм сибирской язвы и в наше время. Одним из важных факторов, влияющих на генерализацию инфекции, является массивность инфицирования. В данном случае воротами инфекции послужила как кожа, так и, по-видимому, желудочно-кишечный тракт (употребление инфицированного мяса). В свою очередь, немаловажным фактором риска развития генерализованных форм заболевания является состояние иммунной резистентности, которая, как правило, снижена у лиц с сопутствующим метаболическим синдромом. За последние годы распространённость метаболического синдрома не только явилась серьёзной проблемой для терапевтов, эндокринологов, но и приобрела вполне реальные очертания в практике инфекциониста. При наличии одного или нескольких компонентов этого синдрома инфекционное заболевание у пациента протекает тяжелее, имеет тенденцию к генерализации и осложненному течению. В приведенном случае у больного в анамнезе имелись указания на сахарный диабет 2-го типа, периодические подъемы артериального давления, перенесенный микроинсульт, что позволяет говорить о наличии у него проявлений метаболического синдрома, который мог повлиять на течение сибирской язвы.

Автор:

Жолдошев Сапарбай Тезекбаевич – старший преподаватель медицинского факультета Ошского государственного университета (Кыргызстан), к.м.н.; тел.: 8(0322)385-17; e-mail: saparbai@mail.