

Из клиники (зав. доц. В. С. Нестеров) Ростовского н/Д тропического института (директор доц. М. Н. Мишнаевский, научный руковод. проф. И. В. Завадский).

Клинические наблюдения над больными туляремией.

С. А. Чахмахова.

Туляремия — заболевание, существующее с давних времен, только в 1912 г. получила свое наименование после открытия возбудителя Мэк-Коем и Чэпином.

Еще в 1837 г. японским врачом Хомма было описано заболевание, аналогичное туляремии.

В 1877 г. в Астраханской губернии наблюдалось заболевание, которое диагностировалось как легкая форма чумы; по клиническому течению оно было аналогично туляремии.

В 1910 г. Пирс описал 6 случаев заражения туляремией при укусе мухами.

В 1921 году Анищенко описывает заболевание в Уральской области, по клинической картине сходное с туляремией.

Впервые в СССР туляремия диагностирована в 1926 году в низовьях реки Волги Суворовым, Вольферц и Воронковой.

В 1928 г. в Рязанской губернии Вольферц наблюдала вспышку туляремии, охватившую 800 человек; в том же году на Урале Князевским и другими описана вспышка у 100 человек, и в 1930 году — Рабиным в Сибири в Барабинском округе.

В 1931 году Березин отмечает это заболевание среди рабочих консервного завода г. Кургана.

В 1932 г. наблюдали туляремию в окрестностях Ростова-на-Дону проф. Страдомский совместно с д-ром Клячкиным.

В 1933 г. Клячкин наблюдал в инфекционном отделении Центральной городской больницы 14 случаев ангинозной формы туляремии. Весной и осенью 1937 года в клинике тропических заболеваний мы наблюдали 31 случай заболеваний туляремией. Среди больных было 28 мужчин, 3 женщины. Возраст: от 9 до 16 лет — 6 чел., от 16 до 21 г. — 3, от 21 до 26 лет — 10, от 26 до 31 г. — 6, от 31 до 36 лет — 3, от 36 до 40 лет — 2, свыше 40 лет — 1 человек.

Инкубационный период в 13 случаях продолжался от 3 до 9 дней, чаще он равен был 5 дням. У остальных 18 человек срок инкубации не поддается учету, так как больные находились в условиях возможного заражения от 7 до 43 дней.

Больные поступали в клинику в различные дни с момента заболевания, так, например, 15 поступили между 4 и 8-ым днем, 7 между 13-м и 20-м днем, 4 между 21-м и 30-м днем и 5 между 39-м и 49-м днем.

Продолжительность наших наблюдений различна: от 5 дней до 3 месяцев, 8 чел. были под наблюдением от 5 до 10 дней, 2 — до 3 недель, 4 — до 1 месяца, 11 — до 1½ мес., 5 — до 2 месяцев и 1 — до 3 месяцев. В наших случаях заболевание зависело

от 3 причин. Заражение от непосредственного контакта с водяными крысами при снятии с них шкурок наблюдалось у 18 человек. Заражение произошло во время весеннего разлива.

Следующий способ заражения—водный (10 человек). Эти случаи также имели место весной. Источник заражения — питьевая вода из колодца, где были обнаружены водяные крысы.

И, наконец, последний способ заражения связан с укусами жалящих насекомых в летне-осеннее время. Этот источник заражения в настоящее время экспериментально доказан научными работниками Тропического и Санитарно-бактериологического институтов в Ростове-на-Дону. Таких больных было трое.

Клиническая картина туляремии начинается внезапно. Чаще больные ощущают озноб, сменяющийся жаром; в некоторых случаях—жар без предшествующего озноба. Температура 40—39°, реже 33°. Иногда бредовое состояние, головные боли, головокружение, боли в мышцах, резкая слабость, в нескольких случаях отмечены боли в животе, рвота, в 2 случаях боли в суставах, в 2 случаях носовые кровотечения. Высокая температура держалась от 1 до 3 недель. Температура постоянная или с колебаниями не больше одного градуса, в дальнейшем переходила в субфебрильную или же падала до нормы.

В период падения температуры начинались обильные поты, продолжающиеся долгое время и после падения температуры.

По месту входных ворот весь наш материал можно разделить на 2 группы: в одних случаях инфекция проникала через слизистую рта, в других через кожу. Случаи водного заражения клинически протекали с ангинами при наличии бубонов, случаи же, зависящие от контакта с крысами и укусов насекомых, протекали только с наличием бубонов. В 5 случаях наблюдались изъязвления на коже, на месте входных ворот. В 3 случаях инфекция проникла через поврежденную кожу (порезы, царапины), в остальных через кожу без видимых нарушений целостности.

Время появления бубонов в обеих группах (как с ангинами, так и без них) наступало различно: начиная с первого дня и кончая 7-м днем болезни, чаще на 3-й день. В 5 случаях больные не помнят дня появления бубонов; в половине случаев (14 ч.) рассасывание бубонов начинается в разные сроки—с 3-ей недели и до 2 месяцев.

В литературе имеются указания, что в большинстве случаев бубоны прорываются, однако мы наблюдали такой прорыв только в 5 случаях возможно потому, что часть больных (8 чел.) была под наблюдением короткое время (до 10 дней).

При размягчении бубонов появлялась флюктуация, а затем бубоны прорывались с выделением жидковатого, реже — несколько сгущенного, зеленовато-серого гноя. Это происходило на протяжении 1—2 месяцев. У маленькой группы (4 человека) бубоны оставались без всяких изменений при наблюдении от 1 до 2 месяцев. Локализация бубонов так же была различна.

В случаях укуса насекомыми бубоны были односторонними: шейные, бедренные или подмышечные.

В случаях контакта с крысами бубоны были односторонние или двусторонние и располагались в самой разнообразной комбинации. Локализация увеличенных лимфатических узлов у охотников на водяных крыс: подмышечные двусторонние у 4, подмышечные + подчелюстные двусторонние — у 1, левые подмышечные у 2, левые подмышечные + подчелюстные двусторонние у 2, лев. подмышеч. + лев. локт. + лев. подключ. у 1, шейные справа у 2, правые подмышечные у 4, лев. подмыш. + лев. локт. + прав. подмыш. + пах. двусторонние у 1, прав. подмыш. + + прав. локт. + прав. подчел. + пах. двусторонние у 1.

При водном заражении бубоны встречались одно-или двусторонние и ограничивались только областью шеи.

Первоначальные бубоны возникали у места внедрения инфекции. Нередко у наших больных появлялись бубоны спустя 10 дней, месяц, 2 месяца от начала заболевания. В литературе поздние бубоны носят название вторичных бубонов. Появление вторичных бубонов не сопровождалось высокой температурой; они не нагнаивались, были мало болезненны или совсем безболезненны; только в одном случае больной отмечал значительную болезненность. В дальнейшем бубоны рассасывались не раньше, как через месяц. В наших случаях бубоны были чаще величиной с лесной орех, иногда они достигали размеров кулака. Любопытно отметить, что в единичных случаях после значительного рассасывания бубонов наблюдалось вторичное их быстрое увеличение. Болезненность бубонов продолжалась довольно долго: в одних случаях до начала нагноения или рассасывания, в других случаях затягивалась и дольше. В некоторых случаях бубоны состояли из нескольких лимфатических узлов; в единичных случаях бубоны были мало подвижны и как бы спаяны с окружающей тканью. В большинстве случаев узлы прощупывались раздельно, были подвижны. Окружающая их клетчатка и кожа в процесс не вовлекались, и только в период нагноения кожа над бубоном лоснилась и становилась гиперемизированной.

В случаях с ангинами последние носили затяжной характер. Начало было также острое, боли в горле появлялись с 1-го до 7-го дня болезни — чаще с первого. Продолжительность болей равнялась 2—3 неделям. Больных с ангинами было 10. У большинства из них (6 ч.) наблюдались язвы на миндалинах и налеты (белые или серые). Язвы глубокие или поверхностные, одиночные, множественные, крупные и мелкие. Исчезновение налетов и заживление язв продолжались от 9 до 19 дней, после чего еще некоторое время наблюдалась гиперемия дужек, язычка и миндалин. В 50% процесс был двусторонний, тогда как по литературным данным, он чаще бывает односторонний. Налеты за пределы миндалина не выходили. В незначительной части случаев (у 2 больных) язв не было, но были явления двусторонней, лакунарной ангины с отделением сероватого гноя. Два человека в клинику поступили поздно, после перенесенной ангины. По

указанию больных боли в горле и появление бубонов в некоторых случаях совпадали, в других одно предшествовало другому.

Из особенностей клинического течения можно отметить у 2 больных герпетическую сыпь на коже предплечья и над верхней губой. У двух других больных — одиночные язвочки под языком. В 5 случаях — гиперемия склер. Из сопутствующих заболеваний наблюдалась в одном случае пневмония, в другом — острый колит, в третьем — ангина, не стоящая в связи с туляремией.

Со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдалось учащение пульса и нормальное или несколько пониженное кровяное давление, в остальном изменений не было. В дальнейшем течении общее самочувствие больных было удовлетворительно, если не считать слабости. В весе больные не только не убывали, но даже прибывали до 2—3—5 кг.

На основании анамнеза, клинической картины и лабораторных исследований диагностика ни в одном случае не была затруднительной.

В 5 случаях была произведена внутрикожная реакция с тулярийным антигеном до 10-го дня болезни, и она оказалась во всех случаях резко положительной. Реакция агглютинации проводилась во всех случаях с 15-го до 54-го дня и была положительной в 100% в различных титрах (от 1:50 до 1:3200).

Исследование крови по Шиллингу также типично для туляремии. У большинства с начала и до конца наблюдения был абсолютный лимфоцитоз (Рахлина).

Исследование мочи давало почти во всех случаях следы белка.

Интересны бактериологические данные Гржебиной, полученные путем заражения 2 свинок слизью из зева 5 наших больных; на 11-й день посев из селезенки и печени свинки дал рост *Vas. tularensis*.

Из гноя бубонов, добытого шприцем, культуры выделить ни в одном случае не удалось.

Для иллюстрации привожу 2 истории болезни:

1. Больной К. заболел 2/IV с. г., прибыл на 4-й день заболевания. Пил воду из колодца, в котором были обнаружены водяные крысы. Заболевание началось внезапно: озноб, жар (39° — 40°), в первую ночь бред, головные боли, боли в мышцах всего тела, боль и опухоль правой половины шеи, боль в горле при глотании, — все это с первого дня болезни.

Объективно: лицо гиперемировано, голову держит принужденно. Движения головы резко ограничены. Вся правая половина шеи представляет собой плотную, резко болезненную опухоль величиной с большой кулак, неподвижную, спаивающуюся с кожей и окружающей клетчаткой. Слева мелкие шейные лимфатические узлы чувствительны, подвижны, умеренной плотности, с кожей не спаяны. Язык сухой, обложен. В зеве гиперемия, набухлость язычка, дужек, гипертрофия миндалин. На левом миндалике разбросаны мелкие, неглубокие язвочки. Справа большая глубокая язва заполнена белым налетом.

Со стороны легких явления бронхита. Сердце — нормальное, пульс учащен до 120 в минуту, кровяное давление 125/75. В остальном — норма.

Исследование мочи: следы белка. Общий анализ крови: Hb — 73, Eг — 488 000, Fі — 0,76, L — 5640, E — 2, St — 23, Sg — 29, L — 27,5, M — 18,5%, РОЭ — 36 мм

Интракутанная проба на 5-й день болезни — резко положительна.

Реакция агглютинации на 15-й день положительная в титре 1:50.

В туляремийное отделение Микробиологического института была нами направлена на 7-й день болезни слизь из зева, взятая ватным тампоном. Зараженная паталогическим материалом свинка пала на 11-й день. Посев из ее селезенки и печени на свернутой яичной среде дал рост *bac. tularensis*.

Больной находился под наблюдением 3 месяца. Высокая температура держалась 10 дней, в остальное время была субфебриальной. Боль в горле продолжалась 23 дня.

Язвы на миндалинах слева зарубцевались на 11-й день. Справа язва постепенно очищалась от налета и на 19-й день зарубцевалась. Слева бубоны рассосались через месяц; справа бубон начал размягчаться у нижнего полюса на 49-й день. Болезненность постепенно убывала. Кожа над размягченным участком стала гиперемизованной. Шприцем был извлечен густоватый гной зеленовато-серого цвета.

Попытка заразить этим гноем свинку оказалась безуспешной. Больной выписался в хорошем общем состоянии, с нормальной температурой. В весе прибавил около 2 кг. Бубон оставался у нижнего полюса размягченным, а сверху шло рассасывание, размеры уменьшились до крупного куриного яйца.

2. Больной Б., 34 лет, поступил в клинику 31/VIII с субфебрильной температурой, с болезненной опухолью в левой подмышечной ямке и на внутренней поверхности плеча. За 5—6 дней до болезни на охоте укушен насекомыми. Заболел 4/VIII. Внезапно почувствовал озноб, жар 39°, боли в коленных и плечевых суставах, почувствовал небольшую болезненную железку в левой подмышке, постепенно увеличивающуюся. Одновременно заметил язвочку на левом предплечье. Числа 22/VIII на 19-й день почувствовал плотную, болезненную опухоль на внутренней поверхности левого плеча и язвочку под языком. Температура не ниже 9° держалась 9 дней, затем стала субфебрильной.

Объективно: на коже левого предплечья, в области локтевой кости имеется язвочка с чистыми грануляциями. В левой подмышечной впадине хорошо контурируется лимфатический узел величиной с грецкий орех, плотный, болезненный с неизмененной над ним кожей. На внутренней поверхности плеча в межпальцевой борозде располагается плотный, болезненный бубон, величиной 6×8 см. В остальном — норма.

Лабораторные исследования: серологическая реакция на 4-й неделе положительная в разведении 1:800. Моча — следы белка.

Общий анализ крови при поступлении: Hb — 62%, Eг — 3920000, Fi — 0,79, L — 10400, E — 1, St — 2, Sg — 57,2, L — 37, M — 39%, POЭ — 43 м/м.

Больной был под наблюдением 51 день. Температура до конца оставалась субфебрильной. Язвочка на предплечье затянулась на 35-й день. На 34-й день болезни подмышечный бубон начал флюктуировать, на 49-й день — прорвался.

Бубон в *sulcus bicipitalis* постепенно уменьшался благодаря рассасыванию и к концу наблюдения достиг размеров 3×3 см.

Литература: 1. Синай, Хатенев и Левченко, Туляремия, 1936. — 2. Хатенев, Врач. газ., № 7, 1935. — 3. Руднев, Врач. газ., № 7, 1935. — 4. Синай, Каз. мед. журн., № 1, 1935. — 5. Движков, Клинич. мед., № 13, 1932. — 6. Березин, Каз. мед. журн., № 1, 1934. — 7. Полуморлинова, Клинич. мед., № 12, 1935. — 8. Несгораев, Журн. микроб., эпидем. и иммунобиол. вып. V, т. XIV, 1935. — 9. Вольферц, Вестник микроб., эпид. и паразит., т. XIII, вып. 4, 1934. — 10. Мак Говерн, Журн. америк. мед. ассоц., т. 10, № 20, 14/XI 36. — 11. Вольферц, Вестник микробиол. (Сарат.), т. VI, в. 1, 1927. — 12. Воронкова, то же, т. VIII, вып. 4, 27 г. — 13. Зархи, Ленингр. микробиол. т. VIII, № 3, 1929. — 14. Зархи, Уральск. мед. ж., № 6, 1929. — 5. Мазуровский и Новицкий, Русск. клин., № 55—56, 1928. — 16. Никаноров, Вестник микроб. эпид. и параз., т. VII, вып. 3, стр. 289, 1928. — 17. Никаноров, Суворов, Вольферц, Воронков и Голов, Вестн. микроб., эпид. и паразит., т. VII, вып. 3, 1928. — 18. Бердников, Вестн. микроб., паразит. и эпидем. т. 13, стр. 61, 1934.

Поступила в ред. 27. III. 1938.