

## СОДОКУ

Д.К. Баширова, А.А. Сорокин, Г.Ф. Газизова

Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. Д.К. Баширова) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Содоку — редкое инфекционное заболевание, которое возникает в результате укуса крыс, реже других животных (собаки, белки, ласки, куницы, хорьки, кроты), являющихся источником инфекции в природе. Заболевание характеризуется лихорадкой, воспалением в месте укуса, лимфаденитом и сыпью на коже. Болезнь эндемична для Японии, Китая, Индии и других стран.

Подробное описание содоку находим у Miyake в 1900 г. [1, 2]. В связи с недостаточной осведомленностью врачей в клинике данной болезни мы приводим краткое описание и результаты собственных наблюдений.

Содоку объединяет два сходных по клинике заболевания, обусловленные спирохетой *Spirillum minus* Garter (син. *Spirochaeta morsus muris*), стрептобациллой (*Streptobacillus moniliformis*). Спирохета *morsus* представляет собой короткую подвижную спириллу длиной 3—5 мкм, патогенную для крыс, мышей, морских свинок, обезьян и человека. Она чувствительна к пенициллину и тетрациклину. Стрептобацилла — грамположительная палочка длиной 2—3 мкм. Она высокопатогенна для белых мышей, чувствительна к пенициллину, стрептомицину и тетрациклину. Возбудители выделяют-ся со слюной.

Инфицирование происходит через укусы животного, а также возможно алиментарным путем через слизистые желудочно-кишечного тракта. В организме возбудитель продвигается по лимфатическим сосудам в лимфатические узлы с образованием лимфангоита и лимфаденита. На месте укуса образуется первичный аффект. Из лимфатической системы возбудитель прорывается в кровь, гематогенно заносится в органы РЭС, где фиксируется и вызывает повторную генерализацию инфекционного процес-

са (рецидивы). Инкубационный период длится от 3 дней до 2 месяцев, чаще 1—3 недели. Болезнь начинается внезапно, с озноба, подъема температуры до 39—40°C. В месте укуса — краснота, инфильтрация, в ее центре может быть язва. Имеют место регионарный лимфаденит и лимфангоит.

В легких случаях лихорадка держится 2—4 дня, но спустя 3—5 дней возможно повышение температуры. При среднетяжелой форме лихорадка длится 3—5 дней, рецидивы наблюдаются от 4 до 20 раз за время болезни. В тяжелых случаях имеют место поражение нервной системы, отеки, расстройство зрения и слуха, кахексия. При втором или третьем приступе появляется розеолезно-папулезная, крупнобляшечная сыпь диаметром от 15 до 20 см, возможно уртикарная, папулезно-уртикарная, везикулезная. Иногда сыпь сопровождается жжением, зудом, может держаться до 3—5 недель, оставляя серовато-коричневую пигментацию. Часто она бывает односторонней, соответствуя месту укуса. Во время апирексии сыпь угасает. У некоторых больных болезнь протекает без сыпи.

Во время приступов резко проявляются инфекционно-токсический синдром, миалгия, полилимфаденопатия, спленомегалия, полиартриты, миозиты, миокардит, конъюнктивит. Картина крови характеризуется лейкоцитозом, нейтрофилезом, анэозинофилией, гипохромной анемией, повышенной СОЭ, положительной реакцией Вассермана. Возможны осложнения в виде изъязвления роговицы, ириты, нефрит, специфическая бронхопневмония, психические расстройства. Легкие формы без лечения длятся 6—12 месяцев, в тяжелых случаях без лечения летальность достигает 10%. Диагностика основывается

на эпидемиологических данных (укус крысы), инкубационном периоде, клинике с перемежающейся лихорадкой, воспалением в месте укуса, миалгией, артралгией, кожными высыпаниями. Заболевание, вызванное стрептобациллой, несколько отличается от спирохетоза и имеет очень короткий инкубационный период (1—3 дня).

Начало внезапное, с ознобом, головной болью, выраженной миалгией, общей слабостью. Место укуса часто не изменено, очень редко отмечаются припухлость, изъязвление, лимфаденит. Сыпь появляется рано — на 1—3-й день болезни. Экзантема возникает на конечностях, с поражением ладоней и стоп. Элементы сыпи отличаются полиморфизмом (пятна, петехии, пустулы). Нередко беспокоит зуд кожи. У 50% больных наблюдаются артралгии, артриты, иногда эндокардит. Число приступов меньше. Заболевание необходимо дифференцировать с рожей, сепсисом, малярией.

Приводим следующее клиническое наблюдение.

Больная В., 69 лет, (проживает в деревне Урумшарма Тюлячинского района Республики Татарстан), поступила в 1-ю клиническую городскую инфекционную больницу г. Казани 12.05.97 г. для обследования. Госпитализирована в отделение по поводу предполагаемой болезни содоку. 19 дней тому назад (24.04.97 г.) была укушена крысой в область левой тыльной поверхности ладони между большим и указательным пальцами левой руки. Укус был глубокий, болезненный, с выделением крови из раны. В районной ЦРБ пострадавшей была оказана первая медицинская помощь и сделаны прививки против бешенства и столбняка.

Через 6 дней после укуса (30.04.97 г.) у больной внезапно повысилась температура тела до 39,5°C; появились озноб, общая слабость, головная боль, миалгия, боли в коленных суставах и в области укуса крысы. Пациентка вновь обратилась к участковому терапевту, который диагностировал острое респираторное заболевание и назначил гентамицин внутримышечно. Наступило улучшение: температура снизилась до нормы, уменьшилась слабость, но сохранялись арт-

ралгия и миалгия. На 8-й день укуса на теле и конечностях, преимущественно на стороне укуса, появилась розеолезно-папулезная сыпь, которую расценили как аллергическую реакцию на гентамицин. На 10-й день (04.05.97 г.) температура вновь повысилась до 39°C и держалась в течение четырех дней с последующим снижением до субфебрильных цифр. В этот же период боли в коленных суставах усилились и ограничили объем движений. 06.05.97 г. появились боли в левой руке. На 17-й день укуса больная поступила в 1-ю инфекционную больницу г. Казани с жалобами на слабость, головную боль, снижение аппетита, боли в коленных суставах, скованность в движениях, ноющие боли в левой руке.

При поступлении состояние больной среднетяжелое за счет интоксикации, лихорадки и болевого синдрома. На коже груди, живота, бедер и рук рассеяна обильная, угасающая розеолезно-папулезная сыпь на нормальном фоне кожи. На месте укуса в области левой кисти — застойная гиперемия, уплотнение, инфильтрат. Ограничение движений в коленных суставах, кожа над суставами не изменена, пальпация умеренно болезненная.

Анализ крови: эр. —  $3,5 \cdot 10^{12}/л$ , Нб — 90 г/л, цв. показатель — 0,7, тромбоц. —  $255 \cdot 10^9/л$ , СОЭ — 12 мм/ч, л. —  $12,8 \cdot 10^9/л$ , б. — 1%, п. — 14%, с. — 64%, лимф. — 16%, мон. — 4%.

Анализ мочи патологии не выявил.

Экспресс-анализ на сифилис — положительный. Яйца глист в кале не обнаружены.

Функциональные пробы печени: уровень общего билирубина — 10,4 мкмоль/л, прямого — 0, сулемовая проба — 1,7, тимоловая проба — 15 ед., АЛТ без разведения — 6,2 кол. ед., АЛТ в разведении — 50 кол. ед., уровень холестерина — 3,9 ммоль/л, мочевины — 3,7 ммоль/л, С-РБ +, СКА — 0,250 ед., уровень общего белка — 64%, альбуминов — 57,8%,  $\alpha_1$ -глобулина — 3,9%,  $\alpha_2$ -глобулина — 9,5%,  $\beta$ -глобулина — 11,6%,  $\gamma$ -глобулина — 17,2%.

Анализ крови на предмет выявления спирохет, малярийных плазмодиев, маркеров вирусных гепатитов и ВИЧ, а также реакция Вассермана отрицательные.

Эхогенная картина брюшной полости: печень — границы отчетливые, эхоструктура

однородная, паренхима не изменена, с умеренными перипортальными уплотнениями, изоэхогенная, не увеличена. Правая доля — 102 мм, левая — 67 мм. Желчный пузырь — 70—20 мм, с перегибом, стенки уплотнены, содержимое негомогенное, осадок, холедох — 3 мм.

Поджелудочная железа — границы отчетливые, эхоструктура однородная, паренхима гиперэхогенная. Головка — 20 мм, тело — 8 мм, диаметр воротной вены — 7 мм, диаметр селезеночной вены — 4 мм. Почки — контуры отчетливые, расположение не измененное, подвижность сохранена, левая — 90/46 мм, правая — 94/35 мм, толщина паренхимы — 12 мм, ЧЛС — гиперэхогенные включения с обеих сторон. Диаметр вены — от 2 до 3 мм.

Назначены тотациф по 500 тыс. Ед. 4 раза в сутки внутримышечно в течение 9 дней (курс — 18 млн. Ед.), димедрол, глюконат кальция, индометацин, витамины В<sub>1</sub> и В<sub>6</sub> в течение 10 дней. После нормализации температуры продолжена профилактическая вакцинация (ВАК-клеточная вакцина против бешенства по схеме пятикратно и ревакцинация).

Под влиянием лечения общее состояние стало хорошим, температура нормализовалась, сыпь исчезла, боли прекратились, движения в суставах стали свободными. Показатели крови нормализовались. Больную выписали домой в хорошем состоянии на 29-й день болезни. Катамнез показал, что переболевшая болезнью содоку здорова.

Болезнь содоку была установлена с учетом эпидемиологических данных (укус крысы, инкубационный период — 6 дней) и

клинического течения: повышение температуры до 39°C с периодическими подъемами, ознобом, обострениями с миалгией, артралгией, воспалением в месте укуса, характерными высыпаниями на коже. Рецидивы лихорадки держались до 5 дней. Реакция на спирохеты была положительной (анализ на RW). Сопутствующий диагноз — хронический гепатохолецистит, хронический панкреатит.

Особенностью данного случая болезни содоку являлось рецидивирующее течение.

Таким образом, при наличии больных с укусами крыс, язвой в месте укуса, розеолезно-папулезной сыпью на коже, рецидивирующей лихорадкой следует предполагать болезнь содоку и дифференцировать ее с ОРВИ, сифилисом, лептоспирозом, малярией, а также с заболеваниями, протекающими с поражением кожи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Алекسانя А.Б.*//В кн.: БМЭ. — М., 1963. — 2-е издание. Т. 30. — С. 779—781.
2. *Андриуца К.А., Белинская Л.П. и др.*//Журн. здравоохран. — 1987. — № 3. — С. 49.

Поступила 08.07.98.

#### SODOKU

*D.K. Bashirova, A.A. Sorokin, G.F. Gazizova*

#### Summary

The follow-up of the patient aged 69 suffering from sodoku treated with intramuscular injections of totacet is described.