

## СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗОМ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

*Н.М. Хакимов, К.Ш. Низамутдинова, Г.М. Сидимирова*

*Кафедра эпидемиологии (зав. — доц. М.Ш. Шафеев) Казанского государственного  
медицинского университета, клиническая больница № 7 (главрач — Г.М. Сафин),  
Центр госсанэпиднадзора (главрач — Н.И. Пигалова) г. Казани*

Летальные исходы при псевдотуберкулезе крайне редки и встречаются, как правило, при септической форме заболевания [2]. Септические формы составляют не более 1 — 2% от общего числа заболеваний человека псевдотуберкулезом, а летальность — 0,04% [1—3].

Девочка Л., возраст 2 месяца 20 дней, заболела 05.02.98 г. около 11 часов 30 минут. Заболевание началось остро, ребенок стал беспокоен, возникла рвота. В 14 часов у ребенка появилось апноэ с синюшным окрашиванием кожных покровов. Сыпи не было. Экстренно ребенок в крайне тяжелом состоянии был госпитализирован машиной “скорой помощи” в инфекционную больницу. По прибытии на место у ребенка отмечались акроцианоз, ослабленное дыхание. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Самостоятельное дыхание отсутствовало. Тоны сердца приглушенные, аритмичные, брадикардия. Живот округлой формы, печень увеличена на 3 см из-под края реберной дуги. Стула не было. Ребенок не мочился. 06.02.98 г. в 3 часа 05 минут констатирована его смерть.

Клинический диагноз: аспирационная пневмония, состояние после клинической смерти, острая сердечно-сосудистая недостаточность, кома III—IV ст., отек мозга, отек легких, синдром ДВС II—III ст.

Родилась доношенным ребенком. По поводу гемолитической болезни новорожденных по типу АВО несовместимости, желтушной формы, перинатального поражения ЦНС в форме мышечной гипотонии Л. из роддома была переведена в детскую больницу, где находилась на лечении в течение одного месяца. При поступлении в больницу 21.11.97 г: лейкоцитоз —  $12,1 \cdot 10^9/\text{л}$ , лимф. — 70%.

На протяжении всего пребывания в больнице держалась субфебрильная температура. Стул нормальный. Получала антибактериальную терапию (полимиксин в течение 6 дней). Состояние девочки улучшилось: лейкоцитоз снизился до  $10,5 \cdot 10^9/\text{л}$ , количество лимфоцитов — до 47,5%. 18.12.97 г. ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

После выздоровления ребенок не получал грудного молока: вскармливание осуществлялось кипяченым молоком, которое покупали в магазине. За месяц до заболевания ребенка поили молоком, купленным на птицефабрике, куда оно доставлялось с молочной фермы. Однако его также давали ребенку в кипяченном виде. Сырое и кипяченое молоко хранилось в холодильнике. Кипяченое молоко перед кормлением подогревали до 36 — 37° С. С 2-месячного возраста девочке варили 5% манную кашу с добавлением молока. Овощные и фруктовые соки и пюре в рационе ребенка отсутствовали.

Патологоанатомическая картина: на коже передней стенки живота — мелкие пятна красного цвета без четких границ; в затылочной области головного мозга справа и на разрезах в теменной области слева — очаги серо-красного цвета (как бы некроз ткани мозга) с четкими границами (размерами  $2 \times 2$  см,  $3 \times 2$  см,  $1,5 \times 1,5$  см). Слизистая гортани, трахеи и крупных бронхов серая, блестящая, покрыта сукровицей. Легкие в нижних долях пониженной воздушности, мясистые, синюшного цвета на разрезе. Мышца сердца бледная. Листки брюшины красные. Кишечник вздут, в тонком отделе водянистые, красноватые массы, стенка кишечника красная, тонкая.

В просвете толстого кишечника — серые гомогенные массы, слизистая красная с многочисленными точечными кровоизлияниями. В печени — неравномерно выраженное кровенаполнение, ее ткань имеет пестрый вид на разрезе. Мезентериальные лимфоузлы красные, сочные на разрезе (размером 0,5 см).

При гистологическом анализе в головном мозге выявлены стазы, множественные кровоизлияния, некрозы, васкулит, отек; в легких — интраальвеолярные кровоизлияния, серозно-дескваматозная пневмония, дистелектазы; в селезенке — васкулит; в лимфоузлах — полнокровие сосудов; в печени — зернистая дистрофия гепатоцитов; в почках — зернистая дистрофия эпителия извитых канальцев; в надпочечниках — делипидизация клеток коры надпочечников; в тонком кишечнике — некрозы слизистой и стенки кишки, слабо выраженная гранулематозная реакция; в толстом кишечнике — полнокровие сосудов слизистой.

Диагноз “псевдотуберкулез” больной Л. был поставлен на основании клинических данных, патологоанатомической картины, бактериологического подтверждения в связи с выделением культуры *Yersinia pseudotuberculosis* из кишечника и желчи (из трупного материала). Исследования на цитомегаловирусную инфекцию, герпес, микоплазмы, вирусные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекцию дали отрицательные результаты.

Семья живет в 2-комнатной благоустроенной квартире со всеми удобствами общей площадью около 70 кв.м в жилом 5-этажном доме. Семья состоит из 5 человек: отец и мать в возрасте 18 лет, не работают, сестра 2 лет — “неорганизованная”, дядя 11 лет — ученик 5-го класса средней школы и бабушка, 1950 года рождения, работает на птицефабрике птичницей. Санитарное состояние квартиры в целом удовлетворительное. Питьевая вода в водопроводной системе большей частью отсутствовала. Смыв нечистот в туалете проводился редко с целью экономии воды, кото-

рую приносили с улицы. Мусор выносили на улицу ведром.

Во время обследования очага были взяты пробы для бактериологического исследования: кал бабушки, кал кота, смывы с кухонных столов, холодильника, посуды, газовой плиты, ванны, раковины, унитаза. У членов семьи была взята кровь для серологического исследования. Бактериологические исследования проводили по общепринятым методам. Кроме того, была поставлена реакция торможения непрямой гемагглютинации (РТНГА) для обнаружения антигенов *Y. pseudotuberculosis*. Выявление противотуберкулезных антител проводили в реакции агглютинации типа Видаля (РА) с односуточными живыми культурами псевдотуберкулезного микроба 1, 2, 3, 4, 5 и 6 сероваров.

Обследование членов семьи на носительство *Y. pseudotuberculosis* дало отрицательный результат. В смывах с кухонных столов, посуды, газовой плиты, ванны, раковины, унитаза обнаружить возбудителя псевдотуберкулеза также не удалось. Однако при РТНГА в кале бабушки и в смывах с холодильника были обнаружены антигены *Y. pseudotuberculosis*. В крови бабушки были также выявлены противопсевдотуберкулезные антитела к 3 серовару *Y. pseudotuberculosis* в титре 1:400.

С учетом собранного анамнеза (бабушка жаловалась на периодические боли в суставах) и результатов лабораторного анализа можно сделать заключение, что бабушка была больна латентно или хронически протекавшим псевдотуберкулезом.

Таким образом, заражение ребенка *Y. pseudotuberculosis* произошло, вероятно, при употреблении молока, вторично контаминированного возбудителем псевдотуберкулеза. Источником инфекции, по-видимому, явилась бабушка девочки. Способствовало обсеменению молока иерсиниями частое отсутствие питьевой воды, что затрудняло соблюдение членами семьи правил личной гигиены. Наличие гранулематозной реакции в тонком кишечнике, зернистой

дистрофии гепатоцитов и эпителия извитых канальцев почек свидетельствовало о том, что ребенок был болен псевдотуберкулезом в течение нескольких дней или недель до обращения за медицинской помощью.

С учетом довольно редкого развития генерализации псевдотуберкулезной инфекции описанный случай заболевания является косвенным показателем широкого распространения псевдотуберкулеза в г. Казани (около 100 больных в год).

## ВЫВОДЫ

1. Больной псевдотуберкулезом человек — потенциальный источник инфекции для окружающих.

2. РТНГА является более чувствительным методом обнаружения наличия

Y. pseudotuberculosis, чем бактериологический метод.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авцын А.П., Жаворонков А.А. // Арх. Патол. — 1980. — № 5. — С. 4—13.
2. Борисова М.А. Клиника иерсиниозов. — Владивосток, 1991.
3. Покровский В.И., Ющенко Г.В., Дунаев В.И. и др. // Тер. арх. — 1979. — № 10. — С. 79—83.

Поступила 31.00.00.

## A CASE OF PSEUDOTUBERCULOSIS WITH LETHAL OUTCOME

*N.M. Khakimov, K.Sh. Nizamutdinova,  
G.M. Sidimiriva*

## Summary

A rare case of pseudotuberculosis with lethal outcome in the child aged two months and 20 days is described. Y. pseudotuberculosis infection of the child occurred likely in using milk, for the second time contaminated by the pseudotuberculosis pathogene. The inhibition reaction of indirect hemagglutination is more sensitive method of revealing Y. pseudotuberculosis than the bacteriologic method.

УДК 616.986.7—057

## ЛЕПТОСПИРОЗЫ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*А.А. Нафеев, А.В. Меркулов, В.Ф. Пашков, Л.И. Жадаева*

*Областной центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора  
(главврач — А.В. Меркулов), г. Ульяновск*

Среди инфекций с природной очаговостью особой группой выделяются лептоспирозы: их отличают острое начало, многообразие клиники с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы, почек, печени. Резервуаром и источником патогенных лептоспир служат различные виды диких, сельскохозяйственных и домашних животных. Для регистрации лептоспироза на территории Ульяновской области есть объективное основание: это животноводческая направленность сельского хозяйства в регионе, что с учетом способности длительного лептоспиросительства и высокой восприимчивости животных к лептоспирам представляет опасность заражения для человека.

Лептоспироз в Ульяновской области регистрируется с 1958 г. — за этот период

переболели более 1500 человек. Заболеваемость проявлялась как в виде вспышек, так и отдельными спорадическими случаями с резкими подъемами в отдельные годы (в 1960 г. — 27,0, в 1963 г. — 51,5, и в 1974 г. — 12,1 на 100 тыс. населения) и последующим спадом до единичных случаев (в 1966 г. — 0,3, в 1972 г. — 0,4, в 1986 г. — 0,2, в 1989 г. — 1,3 на 100 тыс. населения) и даже полным отсутствием заболеваемости (1969, 1970, 1973, 1979, 1980, 1982—1985, 1987 гг.). Множественность механизмов и условия заражения определяют типы эпидемических очагов (природные, антропоургические). По причинам заражения людей выделяют сельскохозяйственный, промышленный, производственный, экспедиционный очаги и внутрилабораторное заражение.