

## 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  $\beta$ -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 абсцедированием шейным лимфаденитом справа». Сопутствующее заболевание: узловой зоб, эутиреоз.

Больная получала антибактериальную терапию: в начале заболевания в течение 6 дней (внутрь доксициклин 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.