

Чабан Т.В., Бочаров В.М.,
Нагно́йный Е.В., Титаренко В.В.

Одесский национальный медицинский
университет, г. Одесса, Украина
Коммунальное учреждение «Одесская городская
клиническая инфекционная больница»,
г. Одесса, Украина

Клинические случаи сибирской язвы в Одесской области

Актуальность. В Украине достаточно долгое время не регистрировали случаи сибирской язвы (СЯ) среди людей и животных. С начала XXI века в Украине отмечали лишь единичные случаи в разных регионах. Важно отметить, что вспышки СЯ носят спорадический и нерегулярный характер: в 2003 году — 1 случай (в Харьковской области); в 2004 году — 3 случая (в Черновицкой области); в 2008 году — 1 случай (в Николаевской области), последняя вспышка с одним подтвержденным случаем была зарегистрирована в Черкасской области в 2012 году.

Клинические случаи. 24 сентября 2018 г. в Саратовскую ЦРБ Одесской области обратился больной Р., 41 года, по поводу болезненности, отека, гиперемии нижней трети предплечья, сопровождавшихся повышением температуры тела до 38 °С, синдромом интоксикации. Заболевший осмотрен хирургом, выставлен диагноз «рожистое воспаление нижней трети правого предплечья, эритематозно-буллезная форма, среднетяжелое течение». Госпитализирован в хирургическое отделение, где произведено вскрытие булл. В последующие три дня за медицинской помощью обратились еще двое больных — Ю., 37 лет, и Р., 43 лет. 29 сентября в приемный покой поступил пациент К., 26 лет, с жалобами на изъязвления, отек, гиперемиию на коже 2-го пальца правой кисти, нижней трети левого предплечья и верхней трети левой голени, повышением температуры тела до 38,5 °С. Больной осмотрен инфекционистом, который диагностировал СЯ и госпитализировал его в инфекционное отделение с диагнозом «сибирская язва с поражением кожи 2-го пальца правой кисти, нижней трети левого предплечья и верхней трети левой голени». Всего на лечении в ЦРБ находилось 5 больных с диагнозом СЯ. У всех больных был собран подробный эпидемиологический анамнез, из которого выяснилось, что трое заболевших работали с тушей погибшей коровы, а двое разделывали тушу овцы. За несколько дней до начала заболевания все больные получили множественные резано-колотые повреждения кожи при разных обстоятельствах. Таким образом, в каждом случае имели место входные ворота на коже больных. В дальнейшем при проведении эпидемиологических мероприятий в очаге было установлено, что споры СЯ находились в почве, в месте выпаса крупного рогатого скота, площадью в 10 м². Почва и отделившийся струп первого больного были направлены в референс-лабораторию, где и был подтвержден диагноз СЯ методом ПЦР. Всем больным назначали дезинтоксикационную и антибактериальную терапию (левофлоксацин в/в капельно 500 мг 2 раза в сутки, тетрациклин внутрь 300 мг 4 раза в

сутки), а также флуконазол 100 мг 1 раз в сутки. Проводилась обработка пораженных участков кожи антисептиками. Больные пребывали на стационарном лечении в течение 1,5 месяца. Выписаны в удовлетворительном состоянии. В данном случае обращает на себя внимание отсутствие настороженности хирургов в отношении СЯ. Следует отметить, что в начале 90-х годов прошлого века в этом районе Одесской области имела место вспышка СЯ среди животных.

Выводы. В Украине выявлено значительное количество регионов с природной очаговостью СЯ, а именно установлено нахождение спор в почве и скотомогильниках. Обращает на себя внимание тот факт, что различные природные стихии, такие как затопление территорий стационарно-неблагополучных пунктов, могут способствовать выносу спор возбудителя на поверхность почвы, что может привести к возникновению случаев СЯ на относительно благополучных в отношении СЯ. Следует помнить и о том, что споры возбудителя СЯ могут использоваться в качестве биологического оружия при биотерроризме.

Чабан Т.В., Бочаров В.М.

Одесский национальный медицинский
университет, г. Одесса, Украина

Клинико-морфологические особенности течения пнеumoцистной пневмонии у ВИЧ-инфицированных

Актуальность. В последние годы в Одесском регионе увеличилось количество больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. Среди оппортунистических заболеваний у этой группы пациентов чаще всего диагностирован туберкулез легких. Также достаточно часто встречается сочетанная патология: туберкулез, пневмоцистная пневмония (ПП) и ВИЧ-инфекция. Выраженная иммуносупрессия — снижение количества CD4⁺-лимфоцитов < 200 кл/мкл — является ведущим фактором риска развития у ВИЧ-инфицированных ПП независимо от применения высокоактивной антиретровирусной терапии. Обращает на себя внимание и то, что у ряда иммунокомпетентных лиц при исследовании мокроты методом ПЦР обнаруживаются возбудители латентного пневмоцистоза. Клиническим проявлением латентного пневмоцистоза является ПП, которая сопровождается острой дыхательной недостаточностью и без соответствующей этиотропной терапии часто заканчивается летально.

Цель исследования: проанализировать клинико-морфологические особенности течения генерализованного туберкулеза и ПП у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и аутопсийных протоколов 12 умерших пациентов. Среди умерших — 8 мужчин и 4 женщин в возрасте от 20 до 40 лет. У всех прижизненно диагностирована поздняя стадия ВИЧ-инфекции, уровень CD4⁺-лимфоцитов < 200 кл/мкл.