

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.98:579.852.1]-036.2(571.13)«2010»

А.Д. Сафонов¹, А.С. Крига², Ю.А. Пневский²**ВСПЫШКА СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В 2010 Г.**¹ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия», 644043, Омск, ул. Ленина, 12; ²Управление Роспотребнадзора по Омской области, 644001, Омск, ул. 10 лет Октября, 98*В работе дается описание вспышки сибирской язвы у людей и животных на территории Омской области в 2010 г. Представлены эпидемиологические, эпизоотологические, клинические особенности и исходы заболевания, использованные методы лабораторного подтверждения диагноза, принципы лечения.*

Ключевые слова: сибирская язва, эпидемиология, эпизоотология, клиника, диагностика, лечение

A. D. Safonov¹, A. S. Kriga², Y. A. Pnevskiy²

OUTBREAK OF ANTHRAX IN THE OMSK REGION IN 2010

¹Omsk State Medical Academy, 12, Lenina Str., Omsk, Russian Federation, 644043; ²Directorate of The Federal Service for the Oversight of Consumer Protection and Welfare for Omsk, 98, 10 let Oktyabrya Str., Omsk, Russian Federation, 644001*There is given a description of outbreaks of anthrax in humans and animals in the Omsk region in 2010. There are presented epidemiological, epizootological, clinical features and outcomes of the disease, the methods used for laboratory confirmation of the diagnosis, treatment principles.*

Key words: anthrax, epidemiology, epizootology, clinical manifestations, diagnosis, treatment.

В настоящее время на территории РФ сохраняется неблагоприятная ситуация по сибирской язве, которая определяется социально-экономическими условиями жизни населения, активацией почвенных очагов стационарно неблагоприятных пунктов (СНП), возможностью завоза инфекции из-за рубежа, нарушением действующих ветеринарно-санитарных правил и другими факторами [1, 2]. Всего на территории РФ за последние 10 лет (2002–2011) зарегистрировано 101 случай сибирской язвы у людей с числом заболевших от 1 (2009) до 24 (2008).

На территории Омской области на постоянном учете находится 1169 СНП различной кратности и периодичности проявления эпизоотической и (или) эпидемической активности. В период с 1961 г. по настоящее время в Омской области заболел 51 человек, из которых у 8 наступил летальный исход. Анализ заболеваемости свидетельствует о неудовлетворительной осведомленности населения о сибирской язве и случаях поздней диагностики инфекции у людей.

В данной заметке приводим наблюдение вспышки сибирской язвы среди людей, связанной с содержанием и убоем лошадей в одном из хозяйств на территории Омской области летом 2010 г.

В период с 28 июля по 2 августа в области выявлено 6 случаев заболевания людей сибирской язвой. Эпидемический очаг зарегистрирован на территории бывшей деревни Бурановка Тюкалинского района, где расположено личное подсобное хозяйство гражданина А. Все заболевшие мужчины в возрасте от 28 до 49 лет жители соседних сельских районов: Саргатского, Колосовского, Называевского, Тюкалинского.

Источником инфекции послужили лошади, больные сибирской язвой. В патологическом материале от двух лошадей, падеж которых зафиксирован 28 июля, бактериологическим методом выделен возбудитель сибирской язвы. Контактный механизм передачи возбудителя реализовался в условиях несанкционированного вынужденного убоя, разделки туш забитых и павших больных лошадей.

Предварительный диагноз сибирской язвы был установлен 28 июля, когда двое жителей деревни Павловка Саргатского района обратились за медицинской помощью к врачу-инфекционисту ЦРБ. В ходе эпидемиологического расследования выявлено, что в убое больных животных в течение июля принимали участие еще 12 человек. В тот же день среди этой группы выявлены 3 больных с подозрением на сибирскую язву, которые были госпитализированы 28 июля в областную инфекционную больницу № 1 (ИКБ № 1). Период от момента появления первых симптомов заболевания до обращения в медицинское учреждение составил 5–6 дней. Продолжительность инкубационного периода колебалась в пределах 3–4 дней. И наконец 2 августа как контактный с больным скотом активно выявлен и госпитализирован с подозрением на сибирскую язву пациент, не предъявлявший жалоб на момент осмотра, с локализацией процесса в затылочной области.

Несмотря на достаточно типичные клинические проявления, только у двух пациентов предварительный диагноз: сибирская язва, кожная форма с локализацией карбункула у одного пациента в области левого локтевого сустава, у другого на задней поверхности нижней трети правого предплечья был установлен при первичном обращении в ЦРБ 28 июля. У 3 других больных первоначально (20–22 июля) поставлен диагноз: инфицированные раны различной локализации (правого предплечья, левой щеки, II пальца левой кисти). Больные находились с оши-

Для корреспонденции: Сафонов Александр Дмитриевич, доктор мед. наук, проф., зав. каф. инфекционных болезней, ОГМА, e-mail: sante@inbox.ru

бочными диагнозами в хирургических отделениях Называевской и Тюкалинской ЦРБ в течение 6–8 дней до перевода их 28 июля в ИКБ №1.

У всех больных, госпитализированных в ИКБ №1, был установлен карбункулезный вариант кожной формы сибирской язвы. Среднетяжелое течение зарегистрировано у 4, тяжелое – у 2 пациентов. 5 пациентов выписаны с выздоровлением, у 1 заболевание осложнилось сибиреязвенным сепсисом с летальным исходом.

Б о л ь н о й Л., 49 лет, поступил в ИКБ №1 в день обращения за медицинской помощью 28 июля. Заболел 24 июля: появление пятна, затем – везикулы и характерной язвы на коже в области левого локтевого сустава с последующим формированием карбункула. Больной отмечал повышение температуры тела до 38,9°C. При поступлении в стационар жаловался на общую слабость, боль в левой подмышечной области. Температура тела 36,6°C. В легких везикулярное дыхание. Пульс 90 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст., перкуссия и аускультация сердца без особенностей. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. В области левого локтевого сустава язва кратерообразной формы в фазе сформировавшегося струпа, 1,5–2,0 см в диаметре. В области язвы болевая чувствительность отсутствовала. В подмышечной области пальпировался умеренно болезненный лимфатический узел размером до 4 см, отмечалась отечность окружающих тканей.

Общий анализ крови: Hb 175 г/л, эр. $6,09 \cdot 10^{12}$ /л, л. $23,2 \cdot 10^9$ /л, п. 22%, с. 67%, лимф. 9%, мон. 2%, тр. $215,0 \cdot 10^9$ /л; СОЭ 2 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин 9,6 мкмоль/л, АлАТ 41,0 Ед/л, АсАТ 94,1 Ед/л, мочевины 20,4 ммоль/л, креатинин 272,0 мкмоль/л. Коагулограмма: АЧТВ 30 с, ТВ 16 с, ПТИ 89%, фибриноген 2 г/л; длительность кровотечения 30 с, время свертывания: начало 1 мин 50 с, окончание 3 мин 45 с. Другие лабораторные исследования (белковые фракции, электролиты сыворотки крови, общий и биохимический анализы мочи и др.) в динамике не выявили существенных отклонений от нормальных показателей.

На фоне этиотропной (пенициллин 12 000000 ЕД в сутки, внутримышечно) и интенсивной патогенетической терапии к вечеру 28 июля состояние ухудшилось: появились чувство жара, боль в эпигастрии и однократная рвота. 29 июля отмечалась двукратная рвота типа кофейной гущи. Температура тела 37,2°C, пульс 107 в минуту, АД 105/80 мм рт. ст. На левой половине грудной клетки в подмышечной области и ниже определялись подкожные геморрагии. Доза пенициллина увеличена до 24 000000 ЕД в сутки внутривенно, усилена детоксикация, проводилась гемостатическая и антисекреторная терапия, вводились свежемороженая плазма, дексаметазон и другие средства патогенетической терапии. Противосибиреязвенный иммуноглобулин не использовался по причине его отсутствия.

В периферической крови регистрировался высокий нейтрофильный лейкоцитоз ($25,9 \cdot 10^9$ /л). При УЗИ (29.07) определялись асцит, диффузные изме-

нения в поджелудочной железе. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, состояние больного прогрессивно ухудшалось, повторялась рвота кофейной гущей. По данным УЗИ (30.07) в брюшной полости возрос объем свободной жидкости. На левой боковой поверхности туловища увеличилась площадь подкожных геморрагий, усилился отек мягких тканей. При этом ПТИ снизился до 79%. На ЭКГ (30.07) определялись синусовая тахикардия – 144 в минуту, умеренные диффузные изменения в миокарде. 31 июля отмечалось крайне тяжелое состояние больного, появление признаков общемозговых расстройств, нарастали асцит и геморрагический синдром. Лейкоцитоз периферической крови достиг $33,0 \cdot 10^9$ /л. Температура тела оставалась в пределах нормальных показателей с кратковременными подъемами до субфебрильных цифр. На фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности утром 1 августа наступила остановка дыхания и сердечной деятельности, была констатирована биологическая смерть.

На основании результатов бактериологических исследований, постановки биопробы и (или) ПЦР-диагностики лабораторно подтверждены 4 случая заболевания. Выделенная культура идентифицирована как возбудитель сибирской язвы в референс-центре ФГУЗ Иркутский НИПЧИ. Двум больным окончательный диагноз сибирской язвы поставлен на основании клинических, эпидемиологических и эпизоотологических данных.

Эпизоотический очаг сибирской язвы возник в условиях сухого, жаркого лета на территории хозяйства гражданина А., где случаи падежа лошадей отмечались с середины июня 2010 г. С начала июля падеж скота принял массовый характер. В период с 13 по 28 июля происходил несанкционированный вынужденный убой больных животных (12 лошадей) без предварительного ветеринарного освидетельствования, что способствовало дальнейшей реализации мяса из эпизоотического очага. В результате выноса инфекции сформировался второй эпизоотический очаг в селе Бекишево, где был отмечен падеж лошади. ДНК возбудителя сибирской язвы во внешней среде эпизоотических очагов обнаружена методом ПЦР в трех образцах почвы на пастбище, месте содержания лошадей, образце подстилки.

При организации мероприятий по локализации очага выявлены нарушения проведения ветсанэкспертизы мяса. Установлено, что личное подворье гражданина А. не отвечало требованиям ветеринарно-санитарных правил для убойных пунктов, отсутствовал документальный учет поголовья животных, не было охвачено вакцинацией 453 животных. Трудовые отношения с наемными рабочими не оформлялись; работники допускались к убою без спецодежды и профилактических прививок. Грубо нарушались правила сбора, утилизации и уничтожения биологических отходов.

Были установлены пути реализации мяса лошадей из эпизоотического очага. Две туши без ветеринарных свидетельств реализованы частному заготовителю. Мясо было изъято и утилизировано

ветеринарной службой. Мясо других десяти туш было использовано для изготовления полуфабрикатов (пельменей), которые поступили для реализации в торговую сеть.

Методом ПЦР ДНК возбудитель сибирской язвы обнаружен в пяти пробах пельменей, в четырех пробах возбудитель идентифицирован бактериологическим методом, наличие антигенов возбудителя установлено посредством реакции преципитации в трех пробах пельменей. Решение об изъятии из оборота и уничтожении мясных полуфабрикатов предотвратило реализацию особо опасной продукции и крупномасштабные эпидемические осложнения.

Заключение

В летний период 2010 г. на территории СНП Тюкалинского района Омской области отмечена активизация почвенных очагов сибирской язвы с неизвестным местом расположения. Наличие на неблагополучной территории поголовья животных, не привитых против сибирской язвы, привело к возникновению эпизоотических очагов. Нарушения ветеринарно-санитарных правил убоя, разделки туш лошадей, утилизации биологических отходов способствовали заболеваемости людей сибирской язвой. В ходе про-

ведения комплекса организационно-хозяйственных, противоэпизоотических, противоэпидемических, лечебно-профилактических мероприятий эпидемический очаг сибирской язвы был локализован.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ладный В.И., Ющенко Г.В. Сибирская язва на территории Российской Федерации. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2009; 2: 36–40.
2. Черкасский Б.Л. Сибирская язва в России в конце XX века. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2004; 3: 6–8.

REFERENCES

1. Ladnyy V.I., Yushchenko G.V. Anthrax in the territory of the Russian Federation. Epidemiology i infektsionnyye bolezni. 2009; 2: 36-40 (in Russian).
2. Cherkasskiy B.L. Anthrax in Russia at the end of XX century. Epidemiologiya i infektsionnyye bolezni. 2004; 3: 6-8 (in Russian).

Поступила 11.02.13

Сведения об авторах:

Крига Александр Сергеевич, канд. мед. наук, руководитель Управления Роспотребнадзора по Омской области, e-mail: rospotrebnadzor@omskcity.com; **Пневский Юрий Александрович**, гл. специалист-эксперт Управления Роспотребнадзора по Омской области, e-mail: rospotrebnadzor@omskcity.com