

Р. Л. МАНВЕЛЯН

ВОДНАЯ ЛИХОРАДКА (БЕЗЖЕЛТУШНЫЙ ЛЕПТОСПИРОЗ) В СЕЛЕНИИ БАМБАКАШАТ ОКТЕМБЕРЯНСКОГО РАЙОНА*

Впервые В. А. Башенин летом 1927 г. во время эпидемической вспышки лихорадочного заболевания в Дмитриевском и Сергиевском уездах Московской области высказал предположение о его спирохетозной природе, назвав «водной лихорадкой». С. И. Тарасов и Г. В. Эпштейн в 1928 г. в Богородском уезде выделили из крови двух больных культуры спирохет, названные ими *Leptospira grippo-typhosa*. В 1929 г. В. Н. Терских своими исследованиями подтвердил данные Тарасова и Эпштейна. У нас в Армении В. С. Газарян многочисленными работами доказал эпизоотии лептоспироза крупного и мелкого рогатого скота в 1936 г.

Возбудителями «водной лихорадки» или «безжелтушного лептоспироза» являются различные типы лептоспир вида *L. febris aquatilis*, причем наиболее распространенными в нашем Союзе являются *L. grippo-typhosa* и лептоспира «Моняков».

За месяц до заболевания людей в этих деревнях наблюдалось заболевание среди крупного рогатого скота «иктерогемиоглобинурии» скотоводческой фермы сел. Налбандян, причем ферма эта находится непосредственно на берегу канавы, водами которой орошаются хлопковые плантации и виноградники селений Джрашат, Норармавир и Бамбакашат. Навозом и мочой больных животных загрязнялась канава, которая была единственным местом водопоя коров. Надлежит отметить, что на другом берегу канавы упомянутого селения была расположена свиноферма, и содержащиеся в ней свиньи также загрязняли канаву.

На Украине Н. И. Волович, О. Р. Щит, А. Г. Сербов и Б. З. Хотимская наблюдали заболевания преимущественно среди детей, связанные с купанием в пруду, вокруг которого пасся крупный рогатый скот.

В. С. Газарян (1942, 1949, 1950, 1954) выделил культуры гриппо-тифозных лептоспир от коров, ягнят и теленка. По его данным в Армянской ССР 20% собак, охраняющих стада, имеют в крови специфические антитела *L. grippo-typhosa*; с этим именно типом лептоспир связаны заболевания крупного рогатого скота в Армении. Несмотря на то, что среди крупного рогатого скота, ягнят и телят были обнаружены лептоспир, среди людей лептоспирозные инфекции до сентября 1961 г. никем не были описаны.

* Работа доложена на межклинической конференции врачей I инфекционной больницы в декабре 1961 г.

Общеизвестно, что водная лихорадка встречается главным образом среди сельского населения, работающего в заболоченных местах или контактирующего с открытыми водоемами (купание, покос и уборка трав в заболоченных лугах).

Что касается источников возбудителя водной лихорадки, то еще С. И. Тарасов при исследовании грызунов в очаге водной лихорадки показал наличие антител к гриппо-тифозным лептоспирам в крови морских свинок, зараженных взвесью почек от обыкновенных полевок.

В СССР наибольшее эпидемиологическое значение как источник возбудителя водной лихорадки имеет полевка-экономка (А. Варфоломеева и А. С. Никифорова). Весьма важным событием последних лет является установление советскими учеными того факта, что источниками распространения водной лихорадки являются не только мышевидные грызуны, но и другие теплокровные животные. На такую возможность впервые указал Г. П. Руднев в 1939 г. во время вспышки водной лихорадки на Дону в станице Константиновской.

В 1940 г. В. И. Терских тоже указал на то, что крупный рогатый скот может являться резервуаром лептоспир I и II типа. В настоящее время уже считается неоспоримым фактом, что резервуаром лептоспир является не только крупный, но и мелкий рогатый скот, свиньи, собаки и лисы. По мнению В. И. Терских и в некоторых очагах юга Европейской части нашей страны крупный рогатый скот является самостоятельным источником заражения.

По этому поводу К. Н. Токаревич пишет: «Эпидемиологическое значение сельскохозяйственных животных заметно возрастает в направлении с севера на юг, и в некоторых южных районах крупный рогатый скот представляет собой самостоятельный, по-видимому, резервуар лептоспирозной инфекции большого эпидемиологического и эпизоотологического значения».

Мы вполне согласны с К. Н. Токаревичем, и можно с большой уверенностью предположить, что в наших сельских местностях вспышки водной лихорадки, которые несомненно имели место в летнее время, трактовались ошибочно как лихорадка паппатачи, или ретроспективно ставился диагноз риккетсиозы (эндемические).

С 27 августа до 5 сентября 1961 г. в стационар селения Бамбакашат Октемберянского района поступило 33 больных с неизвестным диагнозом, но с одинаковым началом болезни и клиническим течением. Врач СВУ Х. Т. Манукян предположил атипичный брюшной тиф и паппатачи, но принужден был вскоре отказаться от этого диагноза. Не смогли установить диагноз и врачи районного центра и консультанты из Еревана.

4 сентября по предложению Министра здравоохранения группа врачей в составе глав. эпидемиолога Министерства здравоохранения А. П. Казаряна, зав. кафедрой детских болезней Т. О. Каприэлян, зав. вирусологической лабораторией сан.-гиг. института В. А. Аветисян и автора данной статьи поехала в означенное село. В стационаре сел. Бамбакашат оказалось 22 больных (кроме госпитализированных,

11 больных лечились дома). При собрании эпид. анамнеза было выявлено два главных момента: 1) все 33 больных были мужского пола, 2) все больные ежедневно купались в медленно текущей канаве. Больные были из трех деревень: Нор Армавира — 2, Джрашена — 5 и из Бамбакашата — 26 больных. Канава проведена из реки Аракс и протекает по территории указанных выше деревень.

Возраст больных:

9—10 лет — 5

10—12 лет — 11

14—16 лет — 11

17—20 лет — 5

29 лет — 1

Самое большое количество больных было из Бамбакашата — 26 чел., из Джрашата — 5 чел. и из Нор Армавира — 2 больных. Отметим, что в Бамбакашате течение воды в канаве было более медленное.

Эпиданамнез (сельская местность, все мальчики, купание, возраст) и клинические данные (внезапное начало, боли, гиперемия лица и конъюнктивы склер, конъюнктивит) навели нас на мысль, что мы имеем дело с водной лихорадкой.

Из Института эпидемиологии и гигиены был вызван специалист по лептоспирозам — научный сотрудник С. В. Ростомян для постановки серологических реакций и гемокультуры.

В процессе дальнейшего изучения эпид. обстановки выяснилось, что скотоводческая и свиноводческая фермы селения Налбандян расположены непосредственно на берегу канавы, на возвышенности, в двух метрах от канавы, и все нечистоты крупного рогатого скота и свиней смываются в канаву; кроме того, канава является единственным местом, куда пускается скот на водопой.

Выяснилось еще одно важное обстоятельство: среди крупного рогатого скота, который летом был на пастбище на яйлагах, 10 коров заболели лептоспирозом. Эти коровы в середине августа с целью изоляции были возвращены в селение Налбандян, где ветеринарный врач колхоза Г. Дарбинян в моче больных коров при прямом микроскопировании обнаружил лептоспиры водной лихорадки. Кроме того, при серологическом исследовании крови больных коров был получен положительный результат в высоких разведениях сыворотки при реакции агглютинации.

Таким образом, заражение воды, в которой купались подростки и юноши вышеназванных деревень, оказалось неоспоримым фактом.

Все больные заболели в конце августа и в первых числах сентября, т. е. в обычный купальный сезон. Во всех случаях анамнестически была установлена очаговость заражения.

Инкубационный период почти у всех больных от 5 до 10 дней. Длительность лихорадочного периода от 3 до 8 дней, но у большинства (у 12 подростков) до 3—4 дней. У 11 больных мы наблюдали повторные ли-

хорадочные волны (двугорбая температура). Длительность лихорадочного периода второй волны обычно была короче и сравнительно с первой волной ниже 38,5—39,5, и болезнь протекала с меньшей интоксикацией.

По тяжести течения больные распределялись следующим образом: легкое течение — 21 человек, средней тяжести — 9, тяжелое течение — 3. Летальных исходов не было.

Заболевание начиналось внезапно, сразу после озноба температура быстро достигала 40—41°, появлялась головная боль, мышечные боли, боли в крестце и икроножных мышцах, общая слабость, больные с первого же дня болезни ложились в постель. При объективном исследовании отмечались явления интоксикации, гиперемия кожи лица, конъюнктивы склеры. В двух случаях больные были в состоянии прострации, у одного — затемнение сознания. У пяти больных отмечалось герпетическое высыпание на губах и в носу, у четырех наблюдалась разбросанная по коже груди и верхним конечностям полиморфная кореподобная сыпь. Геморрагий на коже тела нами не наблюдалось.

Язык у всех был обложен сероватым налетом, живот нормальной конфигурации. Селезенка прощупывалась (край) у 5 больных. Печень была увеличена у 11 больных, при пальпации болезненна. Со стороны сердечно-сосудистой системы тяжелых отклонений от нормы не было отмечено. Отставание пульса от температуры не наблюдалось; не было и выраженной тахикардии. Со стороны легких никаких патологических изменений не наблюдалось (ни перкуссионно, ни аускультативно). Со стороны нервной системы довольно часто наблюдалась головная боль и бессонница, иногда вялость, редко (в 2 сл.) оглушенность. Менингеальных явлений не наблюдалось. Мы у наших больных также не наблюдали желтушного окрашивания склер и кожи.

При исследовании периферической крови во многих случаях отмечался умеренный лейкоцитоз — 10—11000, с палочкоядерным сдвигом, нейтрофилезом, у 8 больных заболевание протекало с нормоцитозом. У 3 больных с лейкоцитопенией, умеренным сдвигом влево и относительным лимфоцитозом.

РОЭ было до 15 мм/ч. у 9 больных, от 16 до 30 мм/ч. — у 20 больных и выше 30 мм/ч. — у 4.

Для подтверждения лептоспироза была использована серореакция агглютинации и лизиса. Реакция эта была произведена у 33 больных, положительный результат был получен у 29, отрицательный — у 4 больных.

У четырех же больных диагноз водной лихорадки был установлен на основании эпиданамнеза, типичного начала и характерного клинического течения. При повторном исследовании крови 8 октября 1961 г. реакция агглютинации — лизиса была положительной. В одном случае из крови больного были выделены *Leptospira grippo-typhosa*.

Положительные реакции агглютинации были получены у больных при следующих разведениях сыворотки:

| | | |
|----------|------|--------|
| 1 : 400 | у 1 | бол.н. |
| 1 : 1000 | у 1 | » |
| 1 : 1600 | у 4 | » |
| 1 : 2000 | у 10 | » |
| 1 : 4000 | у 4 | » |
| 1 : 8000 | у 5 | » |
| 1 : 3200 | у 4 | » |

Реакция агглютинации — лизиса и выделение гемокультуры в одном случае производились С. В. Ростомяном.

Клинические проявления водной лихорадки имеют большое сходство с лихорадкой паппатачи, тем более, что оба заболевания встречаются в летние месяцы. Однако при лихорадке паппатачи характерны симптомы Тауссига и Пика, что не наблюдается при водной лихорадке. При паппатачи характерна боль, испытываемая при движении глаз, а также при надавливании на глазное яблоко, что не наблюдается при водной лихорадке. Картина крови при паппатачи характеризуется часто лейкопенией или нормоцитозом, при водной лихорадке часто умеренный лейкоцитоз. Для паппатачи также характерна стойкая брадикардия после падения температуры.

Случай водной лихорадки необходимо дифференцировать с гриппом, с которым имеет большое сходство. Нужно иметь в виду, что водная лихорадка всегда встречается летом, а грипп часто в зимне-весеннее, реже осенне-зимнее время. Водная лихорадка — не контагиозное заболевание и встречается почти всегда в сельских местностях, в то время как гриппу свойственна очень большая контагиозность, особенно поражаются города со скученным населением. При водной лихорадке отсутствует боль в глазах, столь характерная для больных гриппом. При водной лихорадке не наблюдается катар верхних дыхательных путей, что имеет место у гриппозных больных. Для диагностики водной лихорадки чрезвычайно большое значение имеет эпиданамнез — работа в заболоченных лугах, купание, что не имеет места при других схожих заболеваниях.

Некоторое дифференциальное значение имеет гемограмма. Для больных водной лихорадкой характерным считается умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез с выраженным ядерным сдвигом.

При лечении больных водной лихорадкой в наших случаях вполне хороший эффект мы получили от больших доз пенициллина и норсульфазола. Пенициллин мы вводили 100—150000 единиц, через каждые 3 ч. в течение 8—10 дней. Правда, процесс быстро купировался, но в 11 случаях мы наблюдали второй приступ, часто на 3—4-й день апирексии.

На основании эпиданамнеза и начальной клинической симптоматики возможно заподозрить водную лихорадку. Наши наблюдения говорят за то, что водная лихорадка среди подростков протекала легко, что подтверждает мнение Терских.

В Армении имеются природные очаги водной лихорадки. Пенициллин является эффективным терапевтическим препаратом при водной лихорадке, но не предохраняет от возможного появления второй волны.

Необходимо испытать эффективность других препаратов и продолжать выявлять водную лихорадку в других районах нашей республики.

В заключение нужно отметить, что водная лихорадка у нас встречается часто в летнее время, однако по неискушенности врачей инфекция эта просматривается и проходит под другими неправильными диагнозами.

Клиника инфекционных болезней
Министерства здравоохранения

Поступило 20. II 1962 г.

Ռ. Լ. ՄԱՆՎԵԼՅԱՆ

ԶՐԱՅԻՆ ՏԵՆԴԸ ՀՈԿՏԵՄԲԵՐՅԱՆԻ ՇՐՋԱՆԻ ԲԱՄԲԱԿԱՇԱՏ ԳՅՈՒՂՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակին (Հոկտեմբերյանի շրջանի Բամբակաշատ գյուղում) առաջին անգամ հաջողվել է մարդկանց մոտ հայտնաբերել անդեղնուկային լեպտոսպիրոզի դեպքեր: Անդեղնուկային լեպտոսպիրոզը արձանագրվել է օգոստոս-սեպտեմբեր ամիսներին թվով 33 հոգու մոտ, որոնցից 29-ի ազլյուտինացիայի սերոլոգիական ուսուցիչական տատանվել է 1:400, 1:8000 սահմաններում: Հիվանդներից մեկի արյան մեջ հայտնաբերվել է *Leptospira grippo-typhosa*-ն: Հիվանդներից 32-ը երիտասարդներ են և ունեն մինչև 20 տարեկան հասակ:

Հեղինակը ելնելով իրեն դիտողություններից գալիս է այն համոզման, որ լեպտոսպիրոզը ունի իրեն բնական օջախը Հայաստանում: Բուժման միջոցառումների մեջ կարևոր նշանակություն ունի պենիցիլինոթերապիան: