

Օ. Վ. ՕՎԱՏԱՅԱՆ, Վ. Օ. ԴԱԼՅԱՆ

О ДИАГНОСТИКЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРИРОДНЫХ ОЧАГАХ ЭРИЗИПЕЛОИДНОЙ ИНФЕКЦИИ

Несмотря на то что эризипелоид известен с прошлого века, до сего дня остается как малоизученное инфекционное заболевание и продолжает привлекать внимание многих исследователей.

Эризипелоидная инфекция была известна еще в 1884—1886 гг., когда Розенбах впервые выделил возбудитель этой болезни от больного человека.

С 1887 по 1949 гг. в мировой литературе описано всего 5220 случаев заболеваний эризипелоида, из них 270 больных в Советском Союзе (Г. Д. Вилявин [1]).

Первые случаи заболевания эризипелоидом в Советском Союзе описаны в 1930 г. в Одессе у рабочих рыбоконсервных фабрик. В дальнейшем отечественные авторы неоднократно наблюдали случаи эризипелоида у людей.

О случаях заболевания эризипелоидом людей в г. Перми недавно сообщил М. И. Шалаев (1960). Из описанных 80 случаев 47 были работники мясокомбината, остальные в основном домохозяйки и работники пищевых объектов.

Еще до М. И. Шалаева Олсуфьев и Цветкова (1951—1952 гг.), Дунаева и др. (1953 г.) благодаря приведенным ими исследованиям положили начало научно обоснованному изучению природной очаговости эризипелоидной инфекции.

В последние годы на Ленинанском нагорье неоднократно выделялся возбудитель эризипелоидной инфекции от грызунов, насекомых, их трупов и эктопаразитов.

В природе встречаются возбудители этого заболевания в двух вариантах: свиной и мышиный, оба они патогенны для человека. Но люди болеют чаще от свиного варианта, что следует объяснить в основном более частым и непосредственным контактом человека с больными свиньями или с зараженными мясными продуктами, при этом надо помнить, что даже спорадически наблюдаемые случаи заражения свиней или других животных, поступающих на убой, могут заражать камеры, лифты, столы, стеллажи и окружающую обстановку скотобоев.

Для лабораторного исследования пробы мяса мы брали из цехов комбината, от каждой туши отдельно (5—10 грамм) с соблюдением аспетики. Помимо проб мяса, одновременно для бактериологического исследования брали смывы с рук рабочих, ножей и разделочных столов убойного, колбасного консервного цехов и со стеллажей холодильника.

Лабораторное исследование каждой пробы мяса и смыва проводили отдельно, путем заражения эмульсией белых мышей и подкожно и посевом на мясопептонный агар ($\text{РН}=7,2$). В посевах всегда был обильный пророст вульгарной микрофлоры, заглушавший рост эризипелотрикса. Все культуры выделены только через биопробных животных.

Пробы мяса из убойного цеха брались непосредственно после снятия шкур со стерильных поверхностей туш. В этом отделе туши не имеют особого контакта с обстановкой цеха. Поэтому, если животные поступают здоровыми, то условий для заражения туш в убойном цехе сравнительно незначительно.

Анализируя полученные нами лабораторные данные, можно сказать, что действительно на мясоконсервный комбинат поступают иногда зараженные рожистой инфекцией свиньи и единично другие животные.

В убойном цехе мясо задерживается в пределах 1—2 ч., и туши почти не приходят в соприкосновение с окружающей обстановкой. Поэтому из исследованных 24 проб выделено лишь 4 штамма культуры эризипелоида, что составляет 4,25%. Культуры несомненно получены от туш животных, поступавших на убой с прижизненным заражением.

В холодильнике мясо может задерживаться разное время. Температура внутри холодильника поддерживается на уровне от 15° до 23° ниже нуля. Общеизвестно, что при такой температуре жизнедеятельность микробов резко ухудшается, зачастую размножение их прекращается. Туши, поступающие в холодильник, если и заражены возбудителем этой инфекции, то их дальнейшее размножение задерживается. Из 111 проб этого цеха выделено 8 культур, что составляет 7,2%. Следовательно, культуры эризипелоида, полученные из холодильника, надо полагать, выделены из туш, поступавших с прижизненным заражением, а также инфицированных частично внутри комбината.

Перед поступлением в консервный и колбасный цеха мясо в дефросерной камере в течение 1-х суток подвергается дефростации, где в связи с повышением температуры до 25° — 37° микробы эризипелоида быстро размножаются. Таким образом, в консервный и колбасный цеха мясо поступает значительно зараженное возбудителем эризипелоида. Кроме этого, обтирание туш одной и той же тряпкой как в дефросерной камере, так и в цехах, по нашему мнению, является одним из методов переноса микробов эризипелоида.

Разделочные столы в колбасном и консервном цехах пропитаны мясным соком и являются хорошим местом для размножения эризипелоида с сравнительно большим количеством из мяса и смывов со столов, ножей и рук рабочих консервного (68,6%) и колбасного (52%) цехов.

Таким образом, заражение туш внутри комбината в основном начинается с момента переброски их с остывочной в холодильник, посредством общего лифта. По мере продвижения в цеха комбината эти туши контактным путем заражают обстановку цехов и другие туши. Зараженная обстановка цехов в свою очередь способствует заражению новых партий туш, которые соприкасаются с ней.

Не отрицается и роль грызунов в распространении возбудителя эризипелоида, но очень низкая численность их на Ленинанканском мясоконсервном комбинате определяет их малое значение в переносе этой инфекции.

Эризипелоидная инфекция, имеющая значительное распространение во многих странах мира, преимущественно является профессиональным заболеванием—связано главным образом с мясной промышленностью.

Актуальность поставленной задачи в наших условиях подтверждается данными проведенных нами исследований в 1962 г., среди жителей г. Ленинанкана, где были зарегистрированы больные эризипелоидом, у которых болезнь эта наблюдалась в клинически выраженной форме, в 10 случаях диагноз был подтвержден лабораторно, а от одной больной была получена даже культура эризипелоида (штамм 642).

1. Больная О. Л., 1929 г. рождения, 19/II-1962 г. обратилась в амбулаторию Ленинанканского мясоконсервного комбината с жалобами на отечность, жжение и боль в области второго пальца и тыла правой кисти, усиливающейся при сгибании и разгибании пальца. 18/II на месте разреза кожи основной фаланги второго пальца правой кисти появилось покраснение с отеком и болью. В ночь на 19/II усилилась боль, краснота и отечность продолжали расти и распространились на весь палец и, частично, тыл кисти. Затем присоединилось чувство зуда.

Объективно: отечность и краснота кожи основной и второй фаланги пальца и, частично, кисти правой руки, отграниченной от здоровой кожи. При пальпации больная отмечает жгучую боль, усиливающуюся при сгибании и разгибании межфаланговых суставов. Явления лимфангонита и лимфаданита не наблюдалось.

Диагноз: кожно-суставной эризипелоид второго пальца и тыльной поверхности правой кисти.

Через несколько дней появились изменения сустава между основной фалангой второго пальца правой кисти и запястьем. Консультация хирурга показала, что это пролиферативный периостит после перенесенной инфекции (эризипелоид).

Рентгенография: периостит дистального эпифиза II метакарапальной кости, в мягких тканях некоторое уплотнение. На 44-й день болезни сыворотка крови больной дала резко положительную агглютинацию на стекле со свежей культурой эризипелоида (штамм № 499), выделенный от говядины из мясоконсервного комбината.

После перенесенного заболевания больная отмечает тугоподвижность и болезненность пораженного сустава. Особенно это ей мешает во время работы во влажных условиях консервного цеха.

2. Больная Х. Р., 1934 г. рождения, 20/IV. 62 г. обратилась в амбулаторию Ленинанканского мясоконсервного комбината с жалобами на боль, жжение, зуд и красноту у пальца левой руки. 15/V-1962 г., работая с мясным фаршем, больная получила травму ногтевой фаланги V пальца левой руки. Спустя два дня на месте повреждения появилась эритема, которая продолжала расти. На 3—4-й день отек и краснота охватили весь палец и даже тыльную поверхность запястья.

Объективно: краснота с синеватым оттенком, отек и инфильтрация V пальца и тыльной поверхности запястья, левой кисти. Весь палец опухший с веретенообразным утолщением особенно в области среднего межфалангового сустава. Боли особенно усиливаются при сгибании и разгибании пальца. Сустав в положении сгибательной контрактуры. Больной проводилась пенициллинотерапия (2000000 ед). на 18 сутки заболевания, у нее сохранилась лишь некоторая боль пальца и цианоз.

На 5 и 10-й день заболевания сыворотка крови с диагностикумом эризипелоида дала положительную агглютинацию в титре 1 : 320. Положительную агглютинацию в титре 1 : 50 имели и туляремийным и диагностикумом, что связано с вакцинацией против туляремии. Серологические и аллергическая реакция бруцеллеза отрицательны.

Диагноз: Кожно-суставная форма эризипелоида V пальца, пястья, запястья и *hypothenar*-а левой кисти.

3. Больная О. Г., 42 года, 30/IV-1962 г. во время чистки ножек крупного рогатого скота для приготовления хаша (холодец), приобретенных из мясоконсервного комбината г. Ленинакана, получила ножевое ранение кожи I фаланги большого пальца левой руки. Спустя два дня на участке травмированной кожи появилась ограниченная краснота, припухлость, зуд, жжение и боль дергающего характера с отдачей в предплечье, плечо и подмышечную область. На 4—5-й день заболевания воспалительный процесс достиг тыла пястья и *thenar*-а.

Объективно: На 7-й день заболевания (день обращения) большой палец левой кисти отечен, движения в межфаланговых суставах ограничены, цвет кожи бледно-голубоватый. В области тыла пястья и яркая краснота, инфильтрация и отечность. Больная отмечает в этой области сильное жжение, зуд и боль, усиливающуюся при пальпации. 10/V-1962 г. на коже первого межфалангового сустава вновь появилась эритемная бляшка с десятикопеечную монету на фоне общего цианоза пальца. Кожные складки в области эритемы неразглажены, борозды между ними видны отчетливо. После проведенной пенициллинотерапии явления постепенно затихли. На 7-й день заболевания сыворотка крови больной с диагностикумом эризипелоида дала мелкозернистую агглютинацию на стекле. Развернутая реакция агглютинации с тем же диагностикумом (штамм № 499) была положительная в титре 1 : 160.

Диагноз: Эризипеллоид большого пальца левой кисти кожно-суставная форма.

В литературе известно, что пока диагноз эризипелоида в основном ставится на основании клинической картины заболевания. Всего в мировой литературе сообщается о выделении от больных 60 штаммов возбудителя эризипелоида. Г. Д. Вилявин только в 8 случаях от большого количества исследованных больных выделил чистую культуру эризипелоида.

Диагноз описанных Шалаевым больных (80) поставлен лишь на основании клинической картины. Выделение возбудителя эризипелоида из объектов внешней среды не представляет особого затруднения, в то время как выделение его от больного человека—редкая находка. Поэтому первые диагнозы эризипелоида нами поставлены также в основном на основании клинических проявлений.

У некоторых больных, имеющих слабо выраженную клиническую картину, на 15—20-й день заболевания мы имели на стекле мелкозернистую агглютинацию сывороток их со свежевыделенной культурой эризипелоида от мяса.

Серологический метод диагностики при эризипелоиде нуждается в более глубоком изучении и усовершенствовании как вспомогательный метод диагностики. Особенно необходимо уточнить срок появления в крови агглютининов и максимальный титр агглютинации.

Мы полагаем, что случаев заболевания эризипелоидом бывает гораздо больше, чем они регистрируются в нашей практике, так как массовых обследований на эризипеллоид мы не проводим, а с другой стороны, не все больные обращаются к нам за медицинской помощью.

Дальнейшее изучение этой инфекции послужит основанием для более ясного представления и обоснования невыясненных по настоящее время некоторых сторон эпизоотологии, эпидемиологии, клиники и тера-

пии этой болезни. Изучение этой инфекции должно получить свое отражение в планах научно-исследовательских работ по нашей республике.

В ы в о д ы

1. Наличие возбудителя эризипелоида на Ленинаканском нагорье установлено у 7 видов грызунов, насекомоядных, иксодовых и гамазовых клещей, блох и в мясе сельскохозяйственных животных.

2. Встречаемая среди людей заболеваемость этой инфекцией выдвигает необходимость улучшать работу в области эпизоото-эпидемиологических обследований, диагностики и организации профилактических мероприятий против этой инфекции.

3. Вопросам изучения эризипелоида могут и должны заниматься не только противочумные организации, но и остальные учреждения санитарно-эпидемиологической и ветеринарной служб.

4. Среди поступающего в мясокомбинат скота могут встречаться единичные зараженные экземпляры рожистой инфекцией. Но в процессе технологической обработки, благодаря непосредственному контакту между тушами и обстановкой, может происходить распространение возбудителя эризипелоида внутри мясоконсервного комбината, что требует проведения должных санитарно-профилактических мероприятий.

Армянская противочумная станция

Поступило 19.VI 1962 г.

Հ. Վ. ՀՈՎԱՍԱՓՅԱՆ, Վ. Հ. ԳԱԼՈՅԱՆ

ԷՐԻԶԻՊԵԼՈՒԴԻ ԴԻԱԳՆՈՍՏԻԿԱՅԻ, ԷՊԻԴԵՄԻՈԼՈԳԻԱՅԻ ԵՎ
ԲՆԱԿԱՆ ՕԶԱԽԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Լենինականի բարձրավանդակում նկատվում է էրիզիպելոիդի հարուցիչների վարակվածություն: Այդ միկրոօրգանիզմները հաջողվել էր անջատել բազմաթիվ տեսակների կրծողներից, տզերից, լվերից և գյուղատնտեսական կենդանիների մսից: Նման պայմաններում միանգամայն հնարավոր է նաև հիվանդության դեպքերը մարդկանց մեջ: Սակայն մեր ուսպուրլիկայի բժշկական պերսոնալի որոշ մասը այդ ինֆեկցիային լավ ծանոթ չլինելու պատճառով այն չի ակտիվորոշվել և անցել է այլ հիվանդությունների անվան տակ: 1962 թ. 10 ամիսների ընթացքում Լենինականի բնակչության մեջ արձանագրվել 9 դեպք: Այդ հիվանդությունից 5-ը անաշխատունակ են եղել 35 օր, երկուսի մոտ հիվանդությունից հետո մնացել է հոդային և ոսկրային սխտեմների բարդություններ, մեկը մահացել է էրիզիպելոիդի գեներալիզացիոն ձևից և այլն:

Հիվանդները ակտիվացել են էրիզիպելոիդի մաշկա-հոդային ձևերով, ունեցել են տիպիկ կլինիկական պատկեր և հաստատվել են լաբորատոր տրվյալներով: Ահա սրանք են այն փաստերը, որոնք անփութելիորեն ապացուցում են էրիզիպելոիդի առկայությունը նաև մեր ուսպուրլիկայում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Вилявин Г. Д. Эризипеллоид. Медгиз, 1955.
2. Дунаева Т. Н., Емельянова О. С., Кучерук В. В. Изучение эпизоотии эризипеллоида среди водяных крыс в природных условиях. Вопросы краевой общей и экспериментальной паразитологии и медицинской зоологии, т. VII, М., 1953.
3. Овасапян О. В., Есаджаниян М. М., Сукиасян М. Л., Саканян А. Б. Об эпизоотии эризипеллоида среди грызунов и насекомоядных в Гукасянском районе Ленинанканского нагорья. Труды Армянской противочумной станции, в. I, 1960.
4. Овасапян О. В., Оганесян В. В. Случай выделения возбудителя эризипеллоида от гемазовых клещей. ЖМЭИ, 1962, 4.
5. Овасапян О. В., Галоян В. О. Некоторые данные о распространении возбудителя эризипеллоида на Ленинанканском нагорье. Журнал экспериментальной и клинической медицины, 1962, 2.
6. Олсуфьев Н. Г., Дунаева Т. Н. Об эпизоотии рожистой инфекции (эризипеллоида) среди грызунов и насекомоядных. Из книги вопросы краевой общей и медицинской зоологии. М., 1951, т. VII.
7. Олсуфьев Н. Г., Цветкова Е. М. Некоторые новые данные по изучению свойства штаммов возбудителя эризипеллоида, выделенного от грызунов, насекомоядных и иксодовых клещей. ЖМЭИ, 1952, 6.
8. Олсуфьев Н. Г. Природная очаговость эризипеллоида (рожа свиней и листериоза) в сборнике: Природная очаговость разных болезней в Казахстане. Алма-Ата, 1954.