
Асс. Митрошенко А. Я.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ЛЕЧЕНИЕ \ БОЛЕЗНИ СОДОКУ.

Из пропедевтической хирургической клиники
(Зав. клиникой—доц. Н. Т. Петров).

Содоку (Со—крыса, доку—яд) является остро-заразной болезнью, наблюдающейся после укуса крысы, хорька, белки и др. грызунов, а иногда от укуса кошки и собаки, зараженных спирохетами. В иностранной литературе описано более 380 случаев этого заболевания, в советской литературе свыше—20 случаев.

Эта болезнь наблюдается в Японии и, начиная с XIX века, в Америке и Европе, причем чаще она встречается в портовых городах. В СССР болезнь Содоку впервые отмечена Космачевским, а затем и другими авторами. Фуtaki, Такаки, Осуми и др. в 1915 году установили, что возбудителем данного заболевания является спирохета. Эта спирилла имеет вид волнистой линии с 2—19 завитками. При специальной окраске серебром на концах спириллы заметны длинные жгутики. Спирохета окрашивается по Гимза в яркий розовато-фиолетовый цвет; по величине она больше бледной спирохеты, но меньше спирохеты Obermeier'a. Однако, лишь редко удается обнаруживать ее у больных. Среди опубликованных в СССР случаев только Воробьеву и Златогорову удалось ее найти. Причиной ненахождения спирохеты является ее нежность и хрупкость, вследствие чего при приготовлении препарата она быстро разрушается. Описаны случаи, когда одна и та же зараженная крыса кусала двух человек, а заболел только один. Воробьев считает, что в распространении болезни Содоку имеет значение не только укус зараженных животных, но и их эктопаразиты.

Картина болезни не всегда одинакова, и поэтому мы приводим описание нашего случая.

Больная Р. О. поступила в клинику с жалобами на сильные боли в области правого предплечья, высокую температуру и общую слабость, тошноту, бессонницу и потерю аппетита.

За 2 недели до этого больная была укушена ночью крысой в предплечье. При первичном осмотре больной на следующий день после укуса на предплечьи были обнаружены две точечные ранки; инфильтрата или припухлости в области укуса обнаружено не было.

Через несколько дней больная снова явилась с жалобой на повышенную нервную возбудимость, головную боль и бессонницу и была направлена к невропатологу. В последующие дни больная стала отмечать по вечерам озноб, высокую температуру, вялость и упадок сил, частые обмороки, резкую припухлость и красноту на месте укуса и была доставлена в клинику в тяжелом состоянии с температурой 41° и бредом.

Объективно: больная высокого роста, правильного телосложения, значительное ожирение, вес 86 кг. Легкие—N. Пульс 88 в 1' удовлетворительного наполнения, ритмичный, тоны глухие. Левая граница сердца—по левой сосковой. Язык обложен, влажный, тошнота, позывы на рвоту; живот равномерно вздут, некоторая болезненность в области правого подреберья, мочеиспускание безболезненно, но учащено. Месячные нормальны. Со стороны нервной системы тяжелые явления менинго-энцефалита с поражением многих черепных нервов, расстройством чувствительности, патологическими рефлексам.

На внутренней поверхности средней трети правого предплечья имеется воспалительный инфильтрат. Кожа над инфильтратом бледно-розового цвета, в середине инфильтрата некротический черного цвета участок, величиной с 10-копеечную монету, вокруг него валик отслоившегося эпидермиса, под которым серозно-гнойный экссудат. Воспалительная отечность поднимается выше локтя, болезненность кубитальных желез и подмышечных справа. Кровь: л.—8000, э.—0,5%, юн.—1%, п.—9%, с.—59,5%, лимф.—21%, м.—9%.

Взята кровь из вены и по 0,5 к.с. впрыснута под кожу одной мышце в области спины, а другой в области живота. Сделаны посевы крови на агаре.

На второй день пребывания в клинике температура у больной—37—37,6°, больная жалуется на сильную головную боль и боль в руке. Отечность на предплечье выше не распространяется. На 4-й день температура снизилась до нормы, боли в месте укуса уменьшились. Ясная демаркация вокруг некротического участка, припухлость предплечья несколько уменьшилась.

На 6-й день на передней поверхности в средней трети правой голени появился ограниченный, резко болезненный инфильтрат размером в 2 см. в диаметре с покрас-

нением кожи над ним. Больная жалуется на головную боль, к вечеру температура 37,5°.

В последующие 4 дня состояние больной ухудшалось. 1° 39, 4; инфильтраты на голенях, подмышечные железы справа увеличены, достигают размеров голубиного яйца, резко болезненны, пульс 106, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Легкие—N. Плазмодии малярии в крови не обнаружены. На 12-день 1° литически снижается. Воспалительная краснота на плече, предплечье и голенях уменьшилась, больная ходит. Самочувствие удовлетворительное.

На 15-й день снова усилились боли в правом предплечьи, появилась эрисипеллоидная краснота кверху от места укуса и подмышечные железы справа увеличились и резко болезненны; новые инфильтраты на голени, ушной раковине и в носогубной складке; резкая болезненность в области шеи. По ходу яремной вены прощупывается целая цепочка лимфатических желез размером от горошины до грецкого ореха. Л.—9200, э.—4%, п.—6%, с.—61%, лимф.—22%, м.—7% WаК—отрицательная в крови. Больной было введено внутривенно 0,3 ксм неосальварсана. На следующий день 1° упала до нормы, состояние улучшилось, лимфангоит на плече и краснота на предплечье уменьшились, инфильтраты на голенях, на животе и лице стали ниже, новых инфильтратов нет. Через 3 дня инфильтраты на животе и лице исчезли. Больная жалуется на головокружение, тошноту и позывы на рвоту. Ей введено внутривенно 0,45 к. с. неосальварсана. Через 6 дней после второго вливания неосальварсана больная выписана в хорошем состоянии домой. 1°—X, головных болей нет, инфильтраты исчезли, язвочки зарубцевались. Кровь: э.—4470000, л.—7800, с.—47%, п.—3%, лимф.—42, м.—4%, э.—4%.

У мыши, которой была сделана инъекция крови больной под кожу, на вскрытии в месте инъекции обнаружен некротический участок кожи диаметром в 1/2 см. Макроскопически он похож на некротический участок на предплечьи больной. В мазках крови из сердца этой мыши *Spirillum minus* не найден.

Болезнь от крысиного укуса является настоящим спирохетозом и хотя в нашем случае спирохету обнаружить не удалось, но доказательством спирохетоза до некоторой степени может служить хороший эффект от лечения неосальварсаном.

Впервые сальварсанное лечение при этом заболевании с успехом применил Хата в Японии, симптоматические же средства при нераспознанных случаях давали до 10% смертности.

Наш случай показывает, что диагностика болезни Со-доку не представляет трудности, если принять во внимание: анамнез—укус крысы, самый процесс не распространяется в глубину, а остается поверхностным, при обострении местных явлений отмечается припухание как регионарных, так и далеко лежащих лимфатических желез без склонности к нагноению их. Следует отметить появление своеобразной сыпи в виде круглых инфильтратов, возвышающихся над поверхностью кожи диаметром в 2—3 сантиметра. Обострение местных явлений совпадает с лихорадочным приступом. Ремиссии 2—3 дня. В период приступа резко выявляется поражение центральной нервной системы в виде головной боли, рвоты, головокружения, паралича черепных нервов, бреда, на что указывают также Раздольский, Хазанов и др.
