

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Тема: Туляремия

Факультет: Жалпы медицина

Курс: 5

Топ: ЖМ:2602



Туляремия-острое инфекционное природно-очаговое заболевание с поражением лимфатических узлов, кожных покровов, иногда глаз, зева и лёгких и сопровождающееся выраженной интоксикацией.

Этиология

Возбудитель — неподвижные грамотрицательные аэробные капсулированные бактерии *F. tularensis* рода *Francisella* семейства *Brucellaceae*. Проявляют выраженный полиморфизм; наиболее часто имеют форму мелких коккобацилл. У бактерий выделяют три подвида:

- а) неарктический (африканский);
- б) среднеазиатский;
- в) голарктический (европейско-азиатский).

У бактерий обнаружены O- и Vi-Aг. Бактерии растут на желточных или агаровых средах с добавлением кроличьей крови или других питательных веществ.

Из лабораторных животных к заражению чувствительны белые мыши и морские свинки.

Вне организма хозяина возбудитель сохраняется долго. Так, в воде при 4 °С он сохраняет жизнеспособность 1 мес, на соломе и зерне при температуре ниже 0 °С — до 6 мес, при 20—30 °С — до 20 дней, в шкурах животных, павших от туляремии, при 8—12 °С — более 1 мес. Бактерии неустойчивы к высокой температуре и дезинфицирующим средствам.

Эпидемиология

Резервуар и источник инфекции — многочисленные виды диких грызунов, зайцевидные, птицы, собаки и др.

Бактерии выделены от 82 видов диких, а также от домашних животных (овцы, собаки, парнокопытные).

Механизм передачи — множественный, чаще всего трансмиссивный.

Специфические переносчики туляремии — иксодовые клещи.

Пути передачи:

- Контактный*
- алиментарным*
- Трансмиссивный*
- Аэрогенный*

Патогенез

Схематически патогенез туляремии по Г.П. Рудневу.

1. Фаза внедрение и первичная адаптация возбудителя
2. Фаза лимфогенного заноса
3. Фаза первичных регионарно- очаговых и общих реакций
4. Фаза гематогенных метастазов и генерализации
5. Фаза вторичной полиочаговости
6. Фаза реактивно-аллергических изменений
7. Фаза обратного метамарфоза и выздоровления

Клиническая картина

В соответствии с клинической классификацией (Руднев Г.П., 1960), выделяют следующие формы туляремии:

По локализации местного процесса:

- бубонная
- язвенно-бубонная,
- глазо-бубонная,
- ангинозно-бубонная,
- лёгочная,
- абдоминальная,
- генерализованная;

По длительности течения:

- острая,
- затяжная,
- рецидивирующая;

По степени тяжести:

- лёгкая,
- среднетяжёлая,
- тяжёлая.



Все формы болезни имеют острое начало, продромальные признаки нехарактерны. Температура тела с ознобом повышается до 39-40 ° С. На месте внедрения инфекции часто оказываются первичный аффект-инфильтрат, язвы, нагноения (пустулы, абсцессы). Наблюдается боль в голове, пояснице, мышцах, слабость, потливость, часты расстройства сна (сонливость или бессонница), на высоте лихорадки - эйфория. Лицо гиперемировано, конъюнктивит, склерит. Лихорадка является длительной (2-4 недели), имеет ремитирующий или интермиттирующий характер. Очень быстро развивается генерализованная лимфаденопатия. Лимфатические узлы увеличиваются до 1-3 см, эластичные, чувствительны при пальпации, не спаяны с окружающими тканями. Увеличивается печень, а с 5-7-го дня болезни и селезенка. В первые 2-3 недели болезни часто появляется розеолезная, папулезная, иногда экссудативный полиморфная сыпь, который, как правило, покрывает симметричные участки а, иногда в виде перчаток, носков, воротника, маски. После исчезновения сыпи часто наблюдается шелушение.

Бубонная форма чаще развивается вследствие проникновения инфекции через кожу и характеризуется увеличением регионарных лимфатических узлов. Лимфатические узлы увеличиваются, достигают размеров ореха, куриного яйца (бубны). Контуры бубнил четкие, подвижные, кожа над ними малоизмененная, болезненность уменьшается. У половины больных бубны медленно уменьшаются, рассасываются и лимфатические узлы приобретают нормальный вид. Иногда через 1-2 месяца или позже туляремийные бубны нагнаиваются, прорывают, образуются свищи. Заживление свищей происходит медленно с образованием рубцов. Возможно склерозирование бормotal.

Первичные (лимфогенные) бубны могут быть одиночными и множественными. Чаще всего в патологический процесс вовлекаются подмышечные и паховые лимфатические узлы. При алиментарных вспышках туляремии бубны образуются из шейных и подчелюстных лимфатических узлов. При генерализованной форме туляремии гематогенно (реже лимфогенно) возникают вторичные бубны. Они большого размера, малоболезненные, рассасываются без нагноения.

Язвенно-бубонная форма развивается в результате проникновения возбудителя через поврежденную кожу (при снятии шкурок с больных грызунов, укусов инфицированных насекомых). В месте внедрения возбудителя через 1-2 дня последовательно появляются пятно, папула, пустула, малоблезненные язва. Во время заживления она покрывается темным струпом со светлым венчиком («кокардой»), после чего остается пигментированный рубец. Регионарный лимфаденит протекает по типу первичного бубона.

Очно-бубонная форма туляремии развивается в случае проникновения возбудителей через конъюнктиву. Одновременно с общими проявлениями (лихорадка, головная боль, недомогание) наблюдается припухание век, выраженный конъюнктивит с образованием эрозий и язв на конъюнктиве, гнойными выделениями, фолликулярной гиперплазией, болезненным регионарным лимфаденитом передвусных, реже переднешейных или подчелюстных лимфатических узлов (конъюнктивит Парини). В редких случаях поражение глаз может привести к потере зрения. Течение длительное (4-12 недель).

Ангинозные-бубонная форма туляремии развивается вследствие проникновения возбудителя с инфицированными продуктами питания и водой. Появляется умеренная боль в горле, затрудненное глотание, гиперемия слизистой оболочки глотки. Миндалины увеличены, набухшие, с некротическими налетами серовато-белого цвета, которые трудно снимаются, чем напоминают налеты при дифтерии, но последние, как правило, односторонние и не распространяются за пределы миндалин. Выявляются регионарные бубны (шейные, околоушные, подчелюстные), что иногда нагнаиваются. После выздоровления на месте повреждения миндалин образуются рубцы.

Абдоминальная форма туляремии развивается при заражении инфицированными продуктами или водой. На первый план выступают симптомы поражения брыжеечных лимфатических узлов. Кроме симптомов общей интоксикации возникает боль в животе, который по интенсивности иногда напоминает острый живот. Часто наблюдается тошнота, рвота, запор, иногда понос, метеоризм.

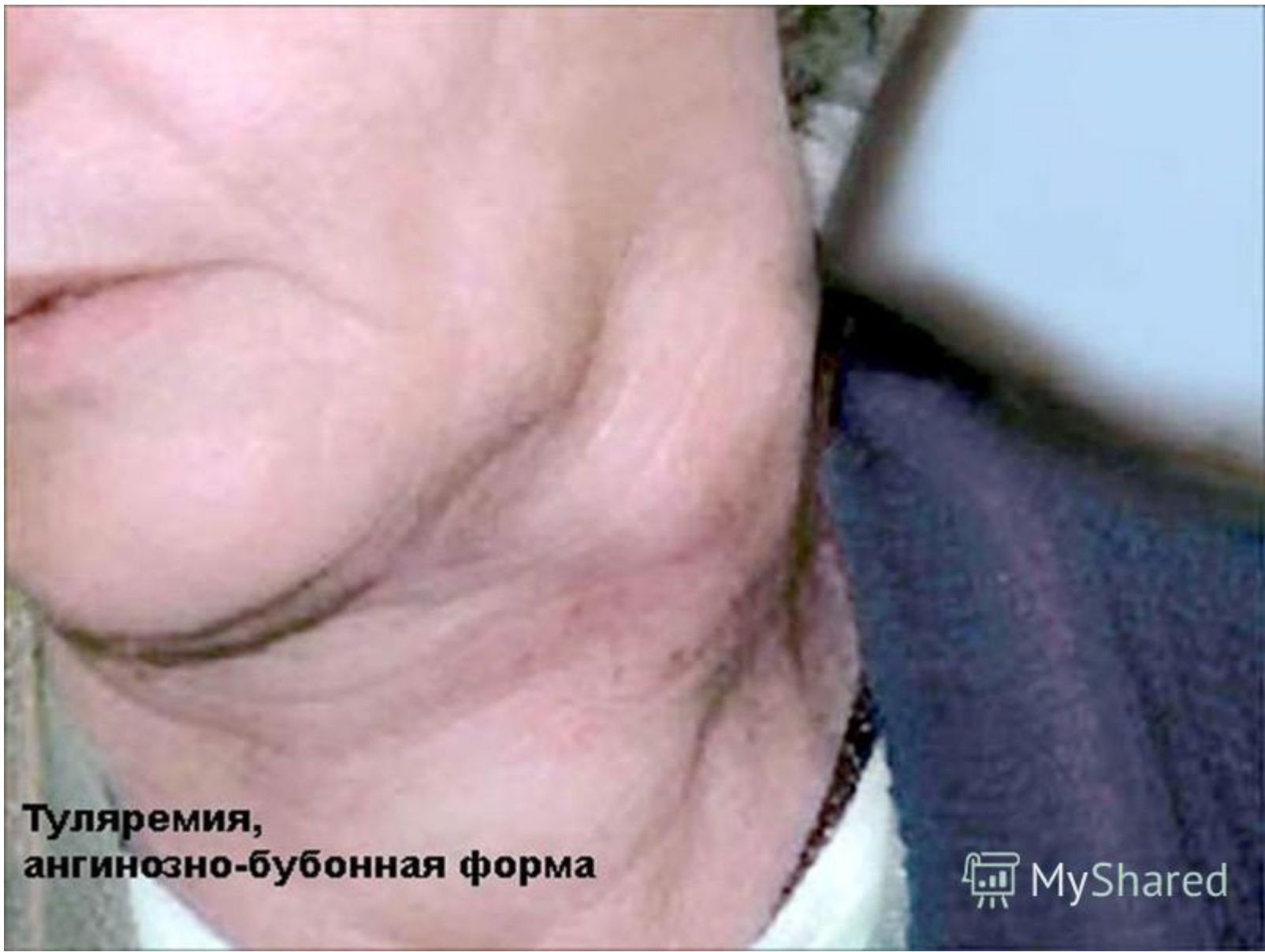
Легочная (торакальная) форма туляремии развивается при заражении воздушно-пылевым путем. Различают бронхитический вариант, когда поражаются дыхательные пути, и пневмонический - при поражении легочной паренхимы. На фоне общей интоксикации появляется боль в груди, сухой кашель, иногда со слизисто-гнойным, реже - с кровянистым мокротой. Физические данные обнаруживают относительно поздно в виде сухих или влажных, дрибнопухирцевых, крепитирующие хрипов. Рентгенологически обнаруживают воспалительные изменения в ткани легких, увеличение легочных (прикорневых), околотрахеальных, средостенных лимфатических узлов. Течение болезни тяжелое, длительное - до 2 месяцев и более, иногда осложняется специфическим абсцессом, плевритом, бронхоэктазами. Иногда возможна вторичная легочная форма туляремии как осложнение любой формы болезни вследствие гематогенного метастазирования возбудителя и лимфатического заноса его в бронхиальные лимфатические узлы. Клинически эта форма чаще всего проявляется как бронхаденитный вариант с признаками длительного бронхита.

Генерализованная форма протекает по типу общей инфекции септического характера. Лихорадка интермиттирующая или гектическая, озноб, головная боль, увеличение печени и селезенки, часто сыпь на коже, тахикардия, снижение артериального давления, лейкоцитоз с лимфоцитозом, достаточно увеличенная СОЭ.

Рецидивы, как правило, бубонной формы чумы возникают ине часто. Возможны ранние рецидивы - через несколько недель и поздние - через несколько месяцев и даже лет.

Осложнения чаще развиваются при генерализованной форме - вторичная пневмония, вторичный туляремийный менингит или менингоэнцефалит, миокардит, перикардит, перитонит, полиартрит и др.

Прогноз обычно благоприятный. Летальный исход возможен в 0,5% случаев при генерализованной и легочной формах.



**Туляремия,
ангинозно-бубонная форма**



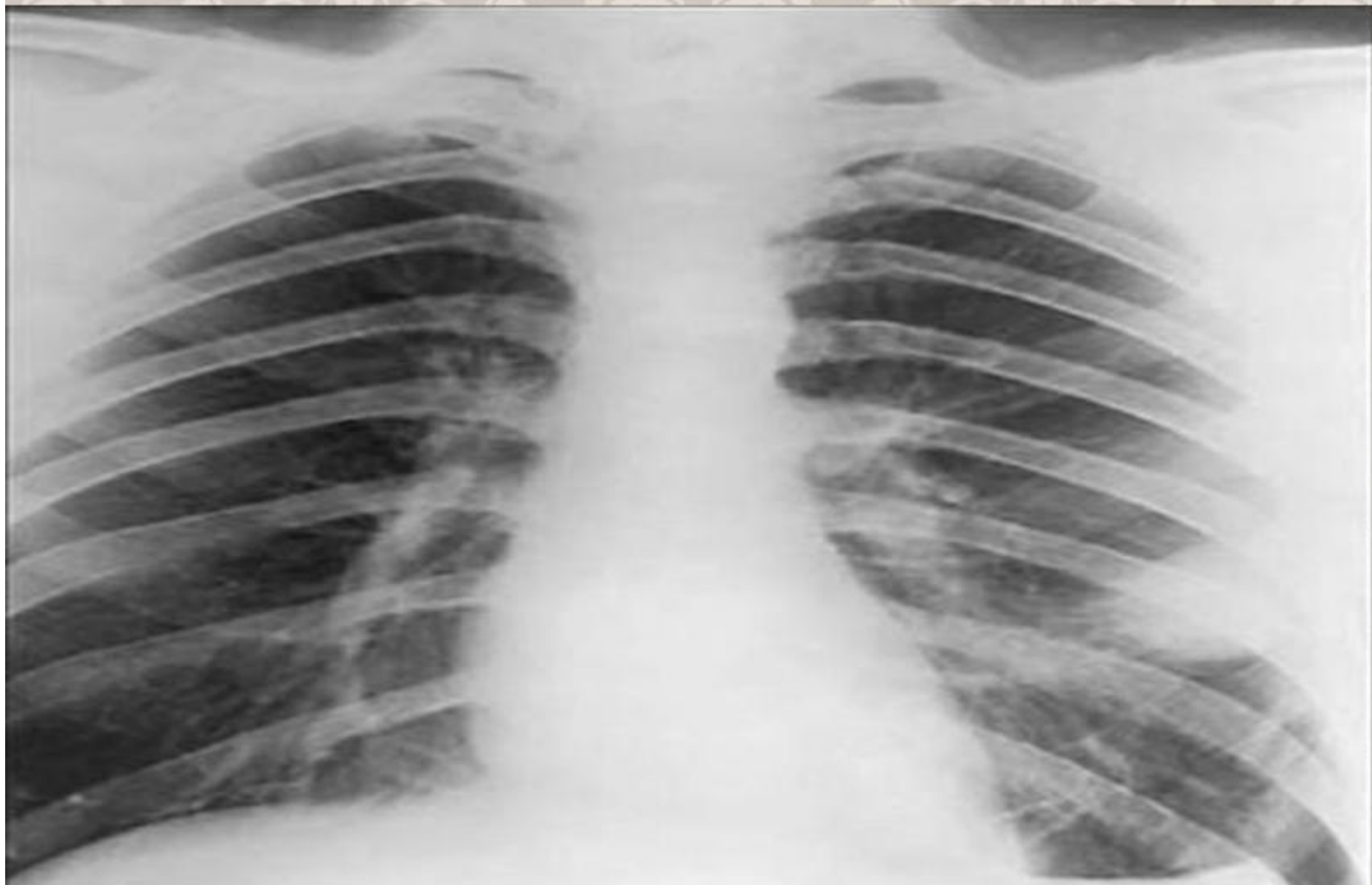
Туляремия, ангинозно-бубонная форма



**Туляремия,
бубонная форма**

Туляремия, глазо-бубонная форма





**Туляремия,
легочная форма**

Осложнения

В большинстве случаев развиваются при генерализованной форме.

- **Туляремийные пневмонии.**
- **ИТШ**
- **Менингиты**
- **Менингоэнцефалиты,**
- **Миокардиты,**
- **Полиартриты**
- **Абсцессы и др**

Дифференциальная диагностика Туляремию следует отличать от:

- *Лимфаденитов кокковой, туберкулёзной и другой этиологии,*
- *Лимфогранулематоза,*
- *Пневмоний (при лёгочной форме),*
- *Лимфо-саркомы,*
- *Фелиноза,*
- *Инфекционного мононуклеоза,*
- *Орнитоза,*
- *Ку-лихорадки, в природных очагах — от чумы*



Лабораторная диагностика

- **ОАК: умеренный лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, повышение СОЭ. В дальнейшем лейкоцитоз может сменять лейкопения с лимфоцитозом и моноцитозом.**
- **Серологические методы исследования — РА (минимальный диагностический титр 1:100) и РНГА с нарастанием титра АТ в динамике заболевания. ИФА на твердофазном носителе положителен с 6— 10-х суток.**
- **Постановка кожно-аллергической пробы с тулярином.**
- **Биологической пробы с заражением белых мышей или морских свинок**
- **Молекулярно-генетический метод: ПЦР**
- **Бактериологический метод исследования**

Лечение

- **Этиотропная терапия:** Антибактериальная терапия - стрептомицин, гентамицин, доксициклин, канамицин, цефалоспорины III поколения, рифампицин и левомицетин. Курс лечения антибиотиками продолжают до 5—7-го дня нормальной температуры тела.
- **Дезинтоксикационная терапия,**
- **Антигистаминные**
- **Противовоспалительные препараты (салицилаты),**
- **Витамины,**
- **Сердечно-сосудистые средства.**
- Для местного лечения бубонов и кожных язв применяют мазевые повязки, компрессы, лазерное облучение, диатермию.
- При нагноении бубона проводят его вскрытие и дренирование.

Больных выписывают из стационара после клинического выздоровления.

Длительно не рассасывающиеся и склерозированные бубоны не являются противопоказанием для выписки.

Профилактика туляремии

Важными мероприятиями являются ликвидация природных очагов или уменьшения их ареалов, гидромелиоративные работы, усовершенствования системы агротехнических мероприятий, уничтожение диких и регулирование количества промышленных грызунов, обеспечение охраны источников водоснабжения, продовольственных складов, жилых помещений от заселения грызунами. Во время обмолота хлеба (где много грызунов) необходимо пользоваться защитными очками-консервами, масками. Применяют также средства защиты от укусов клещей и других насекомых (репелленты, защитную одежду).

Самым эффективным методом профилактики туляремии в природных очагах является вакцинация населения наочно живой туляремийной вакциной Гайского-Эльберта. Используют также ассоциированные вакцины против туляремии, бруцеллеза, чумы и других инфекций.