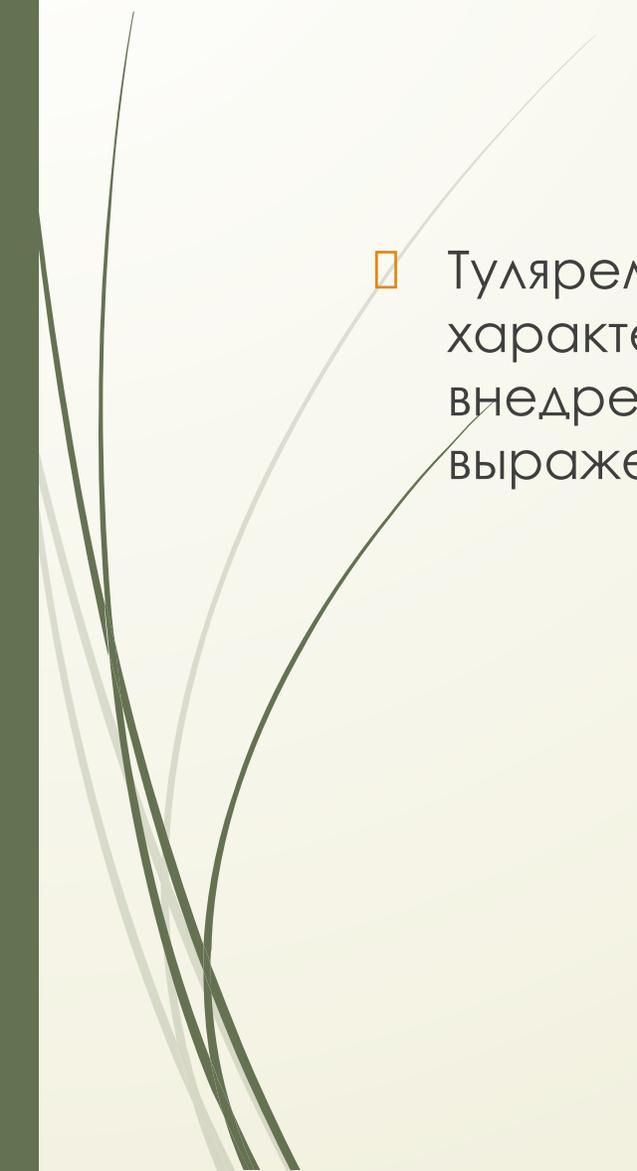


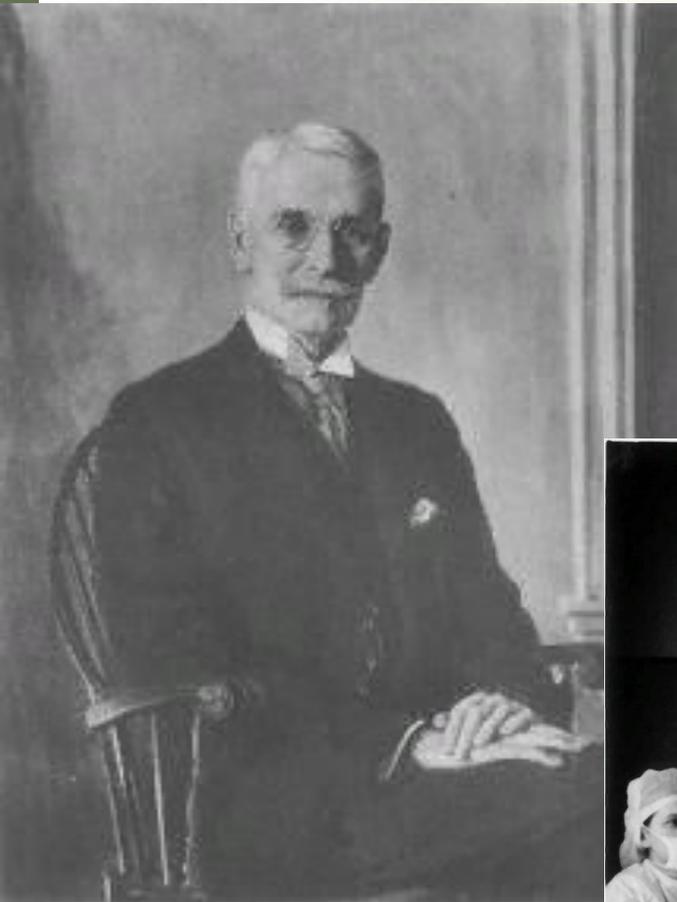


Туляремия

Выполнила студентка 43 группы
Снимщикова Дарья

- 
- 
- Туляремия – острое природно-очаговое зоонозное заболевание, характеризующееся поражением кожи и слизистых оболочек в месте внедрения возбудителя, регионарным лимфаденитом и симптомами выраженной интоксикации.

Историческая справка



- В начале XX века, а именно в 1910 году, когда на земле еще свирепствовала чума, двое ученых-инфекциониста — Чепин и МакКой — с противочумной станции, находящейся вблизи озера Туляре в Калифорнии, обратили внимание на наличие у местных сусликов бубонов (так называют воспаленные лимфоузлы), схожих с чумными.
- Из последних они попытались выделить «чумной микроб», однако все попытки вели к неудачам. Зато через два года (1912) они выделили другой микроорганизм, который в последствии назвали *Bacterium tularensis*, в честь, как вы поняли, озера Туляре. Также в Японии в 1925 году Н. Ohara выделил *Bacterium tularensis*, а бактериолог из США Е. Francis доказал идентичность выделенных в 1912 и 1925 гг. микроорганизмов. Также он доказал, что заболевание — туляремия — имеет инфекционное происхождение. Она передается грызунами и насекомыми, в частности, клопами.
- Существуют и другие более редко встречающиеся названия туляремии: мышьяная болезнь, эпидемический лимфаденит, чумоподобная болезнь, лихорадка от оленьей мухи. То есть во всех синонимах есть или частичка связи с чумой, или с переносчиком, или с главным симптомом — лимфаденитом.
- Новая инфекционная патология после своего открытия неоднократно описывалась клиницистами в других странах (к примеру, в Англии, Турции, Тунисе и т.д.). В 1926 году туляремия была впервые зарегистрирована в СССР в районе Астрахани. По мнению авторитетных бактериологов и инфекционистов, туляремия существовала за долго до открытия, просто ее принимали за чуму с легким, так сказать, «амбулаторным» течением.
- Нельзя не упомянуть, что огромный вклад в изучении бактерии *Bacterium tularensis* и самой туляремии внесли такие «глыбы» бактериологии и инфектологии, как: Гайский Н., Домарадский И., Олсуфьев Н., Черкасский Б. и многие другие.

Этиология

- Возбудителем являются мелкие, неподвижные, грамотрицательные палочки *Francisella tularensis*. Выделяют два подвида А и В. Подвид А более патогенный и вызывает тяжёлые формы заболевания у людей. Микроб устойчив к факторам внешней среды и может сохраняться в воде до 3 мес., в пыли и земле до 5-6мес., на шкурах животных – до 40сут. Хорошо переносят замораживание, но быстро погибают при кипячении, высушивании, воздействии прямых солнечных лучей. К возбудителю туляремии чувствительны белые мыши и морские свинки, которых используют для постановки биологических проб.



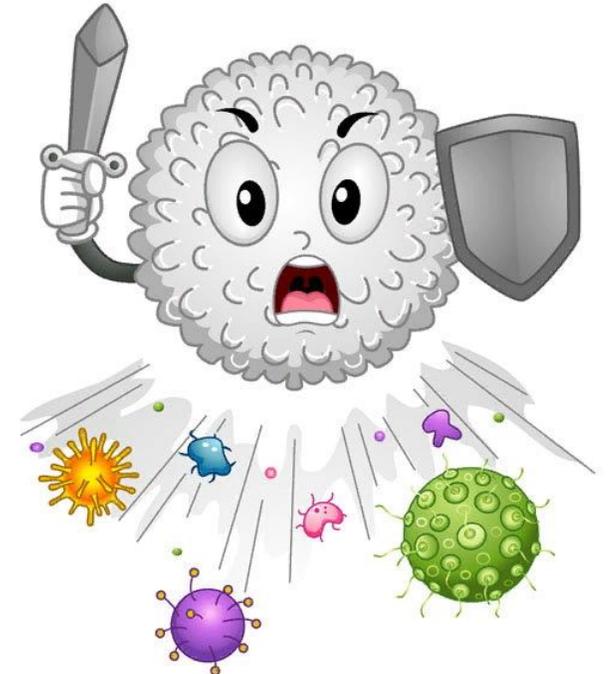
Эпидемиология

Резервуаром и источником инфекции являются многие виды диких и домашних животных. Наибольшим значением в поддержании природных очагов имеют многочисленные виды грызунов и зайцевидные животные. Также источником инфекции могут быть белки, лисицы, собаки, кошки, овцы, лошади и др.

Механизмы и пути передачи множественные. Больные животные выделяют возбудителя во внешнюю среду, инфицируя воду и другие объекты внешней среды (включая продукты), посредством которых происходит заражение человека. Механизм передачи бактериотрансмиссивный, происходит через укусы клещей, оводов и других членистоногих. Передача возбудителя от животных к человеку может произойти контактным путём при разделывании туш и т. д. Также присутствует аэрогенный механизм заражения при вдыхании инфицированной пыли. Больной человек не представляет эпидемиологической опасности для окружающих. Восприимчивость людей к туляремии очень высокая и не зависит от возраста и пола (чаще болеют жители сельской местности)

Патогенез

- Проникновение возбудителя происходит через кожные покровы, имеющие травмы, слизистые оболочки и пищеварительный тракт. Далее происходит размножение возбудителя → воспалительная реакция → распространение в лимфатические узлы → формирование бубонов.
- Частично микробы разрушаются и эндотоксин поступает в кровоток, тем самым осуществляется интоксикация.
- После перенесённого заболевания у больных формируется **стойкий иммунитет.**



Клиническая картина

В соответствии с локализацией местного процесса:

- Туляремия бубонная;
- Туляремия язвенно-бубонная;
- Туляремия глазо-бубонная;
- Туляремия ангинозно-бубонная;
- Туляремия легочная;
- Туляремия абдоминальная;
- Туляремия генерализованная.

- 
- Длительность инкубационного периода составляет порядка 1-30 суток, однако чаще всего - 3-7 суток. Общие признаки, свойственные туляремии, а, соответственно, признаки, характерные для любых ее клинических форм, проявляются в повышении температуры (до 40°C) и в симптоматике, указывающей на интоксикацию (головная боль, мышечная боль, озноб, слабость, анорексия - отсутствие аппетита, при котором отмечается его полное отсутствие).
 - Продолжительность лихорадки может составлять порядка недели, однако возможно ее течение и на протяжении двух-трех месяцев. Между тем, преимущественно ее длительность колеблется в пределах трех недель.

- С момента проникновения через кожу возбудителя происходит развитие **бубонной формы заболевания**, которая проявляется, соответственно, в виде лимфаденита (бубона), регионарного в отношении ворот инфекции. Лимфаденит подразумевает под собой в частности воспаление лимфоузлов. Помимо этого возможным становится сочетанное либо изолированное поражение, которое затрагивает различные группы лимфоузлов (паховых, подмышечных, бедренных). Гематогенная диссеминация возбудителей также может способствовать формированию вторичных бубонов. Этому сопутствует болезненность и последующее увеличение лимфоузлов, которые могут достигать размеров вплоть до лесного ореха либо небольшого куриного яйца. Постепенно болевые реакции в своих проявлениях уменьшаются, затем и вовсе исчезают. Свойственные бубону контуры не утрачивают отчетливости, отмечаются незначительные проявления периаденита. Динамика туляремии характеризуется медленным рассасыванием и нагноением с появлением свища, этому сопутствует выделение сливкоподобного гноя.





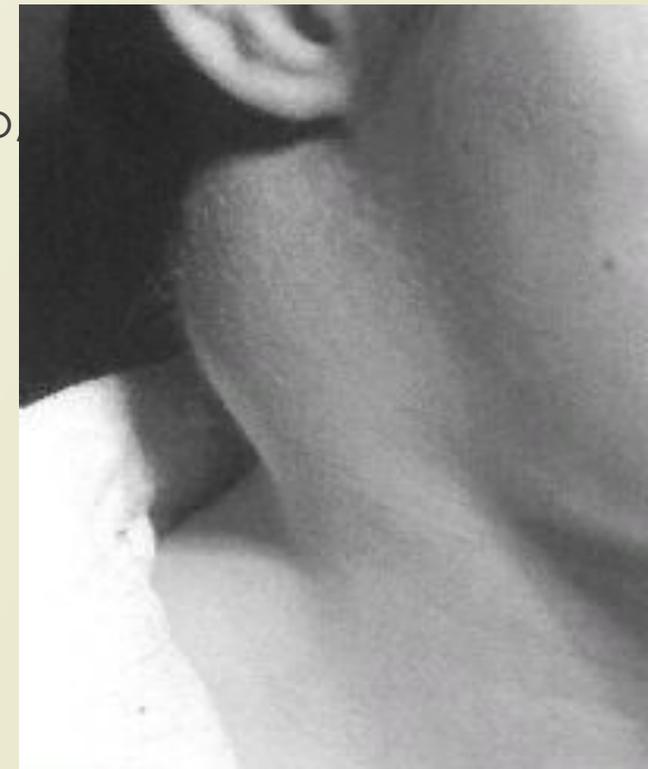
Язвенно-бубонная форма.

Преимущественно развитие этой формы происходит в случае с трансмиссивным заражением. Место, в котором произошло внедрение микроорганизма, на протяжении нескольких дней характеризуется последовательной сменой друг друга таких образований как пятно и папула, везикула и пустула, после чего формируется неглубокого типа язва с несколько приподнятыми краями. Покрывается ее дно корочкой темного цвета, по форме она напоминает «кокарду». Параллельно с этим также происходит и развитие регионального лимфаденита (бубона). В дальнейшем язва рубцуется в крайне замедленном темпе.

- При проникновении бактерии через конъюнктиву образуется **глазо-бубонная форма** заболевания. Этому сопутствует поражение слизистой глаза, что происходит по принципу конъюнктивита, образований папулезного типа, а после – образований эрозивно-язвенного типа при выделении из них гноя желтоватого оттенка. Процесс поражения роговицы в этом случае – явление крайне редкое. Указанная симптоматика сопровождается выраженностью отека век, а также региональным лимфаденитом. Отмечается тяжесть и длительность течения заболевания.



Ангинозно-бубонная форма. Ее развитие возникает при проникновении возбудителя через воду либо продукты питания. Возникают жалобы со стороны больных на проявления в виде умеренных болей в горле, затрудненности глотания. Осмотр выявляет гиперемию миндалин, увеличение их в размерах, отечность. Помимо этого они спаяны с клетчаткой, их окружающей. Поверхность миндалин (преимущественно по одной стороне) покрывается серовато-белым некротическим налетом, который устраняется с трудом. Наблюдается выраженность отека язычка и дужек. С течением заболевания ткани пораженной миндалины разрушаются при образовании при этом длительно заживающих и достаточно глубоких язв. Сосредоточение туляремийных бубонов охватывает шейную околоушную и подчелюстную области, что, в основном, соответствует стороне миндального поражения.





▣ **Абдоминальная форма.** Ее развитие происходит из-за поражения в области мезентериальных лимфоузлов. Симптоматика проявляется в возникновении сильных болей в животе, в некоторых случаях – рвоты и анорексии. Также по ряду случаев отмечается диарея. Пальпацией определяется болезненность в области пупка, не исключается симптоматика, указывающая на раздражение брюшины. Пальпация брыжеечных лимфоузлов возможна в редких случаях, увеличение их определяется при использовании такого метода обследования как УЗИ.



Легочная форма. Ее течение возможно в бронхитическом или пневмоническом варианте. Бронхитическое течение. Данный вариант обуславливается поражением паратрахеальных, медиастинальных и бронхиальных лимфоузлов. Для него характерны умеренная интоксикация и сухой кашель, боли в грудной области. Отмечаются сухие хрипы при прослушивании легких. Как правило, данное течение характеризуется собственной легкостью, выздоровление при этом наступает уже через 10-12 дней. Пневмоническое течение. Для него характерно острое начало, течение заболевания в этой форме изнуряющее и вялое, длительное время сопутствующим симптомом выступает лихорадка. Формирующаяся в легких патология располагает проявлениями в виде очаговой пневмонии. Отличают пневмонию тяжесть и ацикличность ее течения, а также склонность к последующему развитию осложнений (сегментарная, лобулярная либо диссеминированная пневмония с характерным увеличением лимфоузлов той или иной перечисленной группы, а также плевриты и каверны, в т. ч. гангрена легких).



▣ **Форма генерализованная.** Ее клинические проявления сходны с тифо-паратифозными инфекциями либо с тяжелым сепсисом. Лихорадка характеризуется интенсивностью своих проявлений и длительным ее сохранением. Ярко выраженными становятся и симптомы интоксикации (ознобы, головная боль, слабость, боль в мышцах). Отмечается лабильность (изменчивость) пульса, глухость тонов сердца, низкое давление. Данная форма не исключает возможности развития вторичных бубонов, которые обуславливаются диссеминацией (распространением) возбудителя, а также диссеминацией специфической метастатической пневмонии.



Осложнения

- Связаны с тяжёлыми течениями заболевания. Могут развиваться инфекционно-токсический шок, менингиты, перикардит, миокардит. При пневматическом варианте лёгочной формы развиваются бронхоэктазы, абцессы, плевриты, гангрена лёгких, а при абдоминальной форме – перитонит.

Диагностика

- Серологический метод
- Перекрёстные реакции в серологических тестах с бруцеллами и иерсиниями.
- Кожно-аллергическая проба с тулярином.



Госпитализация

- Больные туляремией по клиническим показаниям госпитализируются в диагностическое отделение палатного типа (отдельные палаты) или боксовые отделения.



Особенности ухода

1. Контроль соблюдения постельного режима до нормализации температуры.

2. Если температура тела высокая, повесить над головой больного пузырь со льдом, раскрыть больного, положить холодные компрессы на шею, локтевой сгиб, паховую область.

3. Обеспечение в период постельного режима максимального комфорта.

4. Для облегчения местных явлений при бубонной форме используется сухое тепло на бубон.

5. При вскрытии бубона накладывать повязки с тетрациклиновой мазью.

6. Промывание больному глазо-бубонной формой по утрам пораженного глаза кипяченой водой с последующим закапыванием в глаз 20 % раствора альбуцида.

7. Полоскание зева при ангинозно-бубонной форме антисептическими растворами (раствор фурацилина 1:5000 и др.)

8. Обеспечение применения дезинфицирующих средств при проведении влажной уборки палаты не реже 3-х раз в сутки.

9. Контролировать зуд кожи в области эритемы. Применять бенадрил или хлор-трименол.

10. Обеспечить контроль за своевременным приёмом пациентом в присутствии медсестры назначенных препаратов (тетрациклина в дозе 2,0 г в сутки, доксициклина – 0,2 г в сутки, левомицетина – 2–2,5 г в сутки), запивая не менее 0,5 стакана кипячёной воды.

11. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

- Также медицинский персонал должен следить за соблюдением санитарно-гигиенических правил и проводить текущую дезинфекцию с использованием 5% раствора фенола ,раствора сулемы(1:1000) и др.



Лечение

- В соблюдении специальной диеты больные не нуждаются, но в **остром** периоде назначается диета №2 с последующим переходом на общий стол.
- Назначение этиотропной терапии.(курс лечения 10-14 суток)
- Противовоспалительная и симптоматическая терапия.
- При появлении флюктуации(случайное отклонение какой-либо величины) бубона: **-вскрытие;**
-промывание; **-дренаж.**

Правила выписки из стационара

- Выписка из стационара лиц, перенёсших туляремию, осуществляется только после полного клинического выздоровления, стойкой нормализации температуры тела и проведения полного курса антибиотикотерапии.



Профилактика

- Основная задача – борьба с источником инфекции (грызунами), нейтрализация путей и факторов передачи инфекции (защитная одежда и т.д.), соблюдение техники безопасности лицами, подвергающимися высокому риску инфицирования, вакцинация живой противотуляремийной вакциной определённых групп населения.





Спасибо за внимание!