

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**



Туляремия у детей

**Выполнила: Баймагамбетов Н.
Касанов Р.
Группа : ОМ 12-68-01,02
Проверила:**



План

- Введение
 - Причины
 - Патогенез
 - Эпидемиология
 - Классификация
- Клиника
 - Диагностика
 - Дифференциальная диагностика
 - Лечение
 - Профилактика



- **Туляремия** - природно-очаговое острое инфекционное заболевание с лихорадкой, специфическим лимфаденитом и поражением различных органов.





Причины туляремии

- Возбудитель *Francisella tularensis* - мелкая (0,2-0,5 мкм) неподвижная грамотрицательная палочка, хорошо растёт в аэробных условиях на питательных средах с добавлением цистеина, глюкозы и препаратов крови.

Патогенез туляремии

- Возбудитель попадает в организм через кожу или слизистые оболочки глаз, дыхательных путей, ЖКТ. На месте внедрения возбудителя часто возникает первичный аффект в виде язвенно-некротического дефекта и регионарного лимфаденита.





Патогенез туляремии

- При прорыве лимфатического барьера возбудитель и его токсины попадают в кровь, что знаменует возникновение бактериемии и генерализации процесса, вследствие чего возможно метастазирование инфекции с образованием вторичных туляремийных бубонов и поражением внутренних органов.

Эпидемиология

- **Туляремия** - типичная природно-очаговая зоонозная инфекция. Главным источником инфекции служат грызуны: водяные крысы и мыши. Больной человек как источник инфекции при туляремии роли не играет.





Пути заражения человека:

- контактный - при соприкосновении с больными или павшими зверьками, загрязнёнными выделениями грызунов;
- алиментарный - при употреблении пищи и воды, загрязненных выделениями заражённых грызунов;
- воздушно-капельный - при вдыхании инфицированной пыли;
- трансмиссивный - при укусах клещами, комарами, слепнями, мошками и др.



Классификация

В зависимости от пути инфицирования и первичной локализации инфекции различают

- бубонную,
- язвенно-бубонную,
- глазобубонную,
- ангинозно-бубонную,
- абдоминальную, лёгочную и генерализованную формы туляремии.



Классификация

По длительности течения

- острая,
- затяжная,
- рецидивирующая;

По степени тяжести

- лёгкая,
- среднетяжёлая,
- тяжёлая.



Клиника

- **Инкубационный период.** Длится от 1 до 30 дней, чаще всего он равен 3-7 сут. Признаки заболевания, общие для всех клинических форм, выражаются в повышении температуры тела до 38-40 °С с интоксикацией - озноб, головная боль, мышечные боли, общая слабость, анорексия. Длительность лихорадки различна, от 1 нед до 2-3 мес, чаще всего она продолжается 2-3 нед.



Клиника

- При осмотре больных отмечают гиперемию и пастозность лица, а также слизистой оболочки рта и носоглотки, инъекцию склер, гиперемию конъюнктивы. В ряде случаев появляется экзантема различного характера: эритематозная, макуло-папулёзная, розеолёзная, везикулярная или петехиальная. Пульс урежен, АД снижено. Через несколько дней от начала заболевания развивается гепатолиенальный синдром.

Бубонная форма туляремии



- возникает при проникновении возбудителя через кожу. Характеризуется припухлостью лимфатических узлов вблизи ворот инфекции. Чаще увеличивается один, реже несколько лимфатических узлов. Бубоны умеренно болезненные, с чёткими контурами, величиной до куриного яйца.

Бубонная форма туляремии



- В дальнейшем бубоны могут медленно рассасываться, но нередко на 3-4-й нед от момента появления они размягчаются, нагнаиваются, кожа над ними становится отёчной и гиперемированной. Бубон вскрывается с выделением сливкообразного гноя. Образуется свищ с последующим рубцеванием и склерозированием.





Язвенно-бубонная форма туляремии

- обычно возникает при укусе инфицированными клещами, слепнями, комарами и др. На месте укуса через 1-2 дня образуется пятно, затем папула, везикула, пустула, язва. Язва заживает медленно, в течение 2-3 нед или даже 1-2 мес.

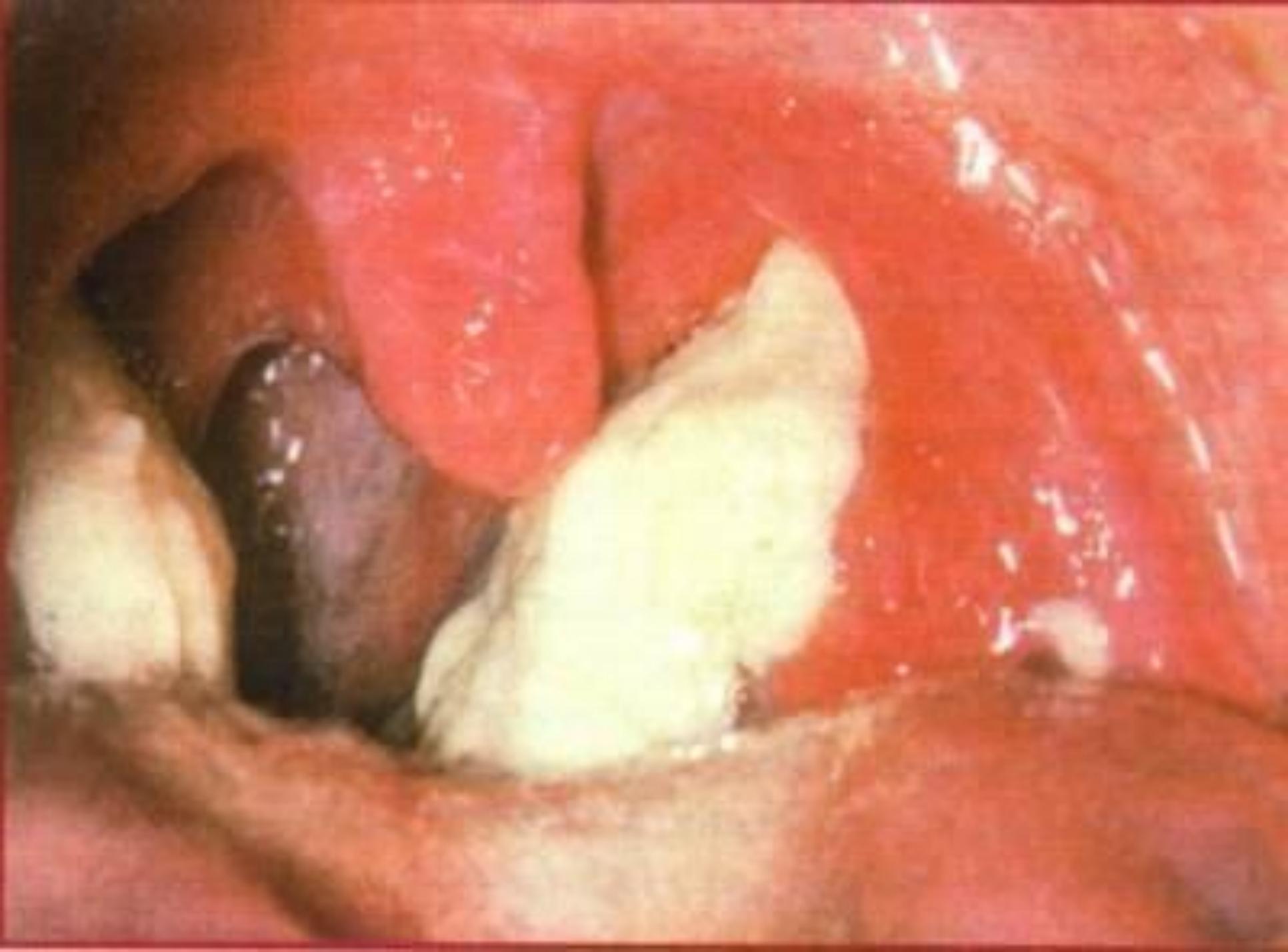




Ангинозно-бубонная форма туляремии

- возникает при алиментарном заражении. Больные жалуются на боли в горле, затруднение при глотании. Нёбные миндалины отёчны, гиперемированы, с очагами некроза и наложениями, которые трудно снимаются и могут напоминать налёты при дифтерии зева.





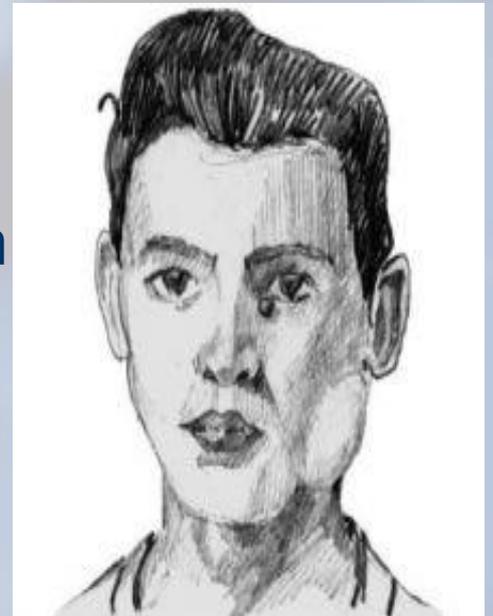


Ангинозно-бубонная форма туляремии

- Однако налёты при туляремии часто бывают на одной миндалине, никогда не распространяются за пределы миндалины и относительно быстро некротизируются с образованием глубоких, медленно заживающих язв. Процесс в зеве сопровождается регионарным лимфаденитом с возможным нагноением и рубцеванием.

Глазобубонная форма туляремии

- возникает при проникновении возбудителя через конъюнктиву глаз. Первоначально появляются конъюнктивит, папула и вскоре язвочка с гнойным отделяемым. Регионарные лимфатические узлы становятся болезненными и плотными. Процесс односторонний, редко двусторонний. Возможно поражение роговицы.







Лёгочная форма туляремии

- возникает при воздушно-пылевом инфицировании с поражением бронхов и лёгких. Больные жалуются на боли в груди, сухой кашель, который в последующем может сопровождаться выделением слизисто-гнойной мокроты. На рентгенограмме обнаруживают увеличенные прикорневые, паратрахеальные и медиастинальные лимфатические узлы. Возможно развитие диссеминированных очагов в лёгких, абсцесса, плеврита.





Абдоминальная форма туляремии

- проявляется сильными приступообразными болями в животе, которые могут имитировать острый живот в связи с резким увеличением мезентериальных лимфатических узлов. Возникают тошнота, рвота, метеоризм, задержка стула, иногда понос, увеличение печени и селезёнки.





Генерализованная форма туляремии

- развивается у ослабленных детей. Заболевание начинается внезапно с резко выраженных симптомов интоксикации. Возможны судороги, бред, потеря сознания. Отмечают сильные головные боли, адинамию, анорексию, мышечные боли. Часто появляется симметрично расположенная пятнисто-папулезная сыпь на конечностях, лице и шее. АД понижено, сердечные тоны глухие. Печень и селезёнка увеличены с первых дней болезни.



Диагностика

- Эпидемиологически - контакт с животными в природном очаге инфекции.
- Лабораторно - РА и РПГА. Специфические антитела начинают выявляться в конце 1-й или в начале 2-й недели от начала заболевания и достигают максимума на 4-6-й неделе
- Биологически



Дифференциальная диагностика

- с бактериальным лимфаденитом,
- дифтерией,
- ангиной Симановского-Раухфуса,
- туберкулёзом лимфатических узлов,
- сепсисом,
- брюшным и сыпным тифом,
- сибирской язвой,
- чумой.



Лечение

- применяют левомецетин, гентамицин, эритромицин, цефалоспорины III поколения и другие антибиотики в обычных дозах в течение 7-10 дней.
- Кожные язвы лечат мазевыми повязками, а бубоны - местными компрессами.
- В случае нагноения бубоны вскрывают широким разрезом с эвакуацией гноя и некротических масс.



Профилактика

- В природных очагах туляремии по эпидемиологическим показаниям проводят активную иммунизацию вакциной туляремийной живой сухой Н.А. Гайского и Б.Л. Эльберта.
- Прививку делают на плече путём скарификации кожи и втирания вакцины.
- Детей иммунизируют с 7-летнего возраста.
- Ревакцинацию проводят через 5 лет.



Литература

- Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. -М.: Медицина, 2001
- Руководство по инфекционным болезням. / под ред. Лобзин Ю.В., Казанцев А.П. -Санкт-Петербург. Ростов-на-Дону. 1997
- Тимченко В.Н. Инфекционные болезни у детей 2001
- Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей Москва 2002
- <http://ilive.com.ua/health/diseases/bolezni-detei-pediatriya/6925-tulyaremiya-u-detei/lechenie-tulyaremii>