

Туляремия -

острая зоонозная инфекция

- с природной очаговостью,
- протекающая с интоксикацией,
- лихорадкой,
- развитием выраженного лимфаденита бубонного типа
- и поражением различных органов.

Этиология.

- Возбудители туляремии (*Francisella tularensis*) - мелкие полиморфные грамотрицательные микроорганизмы.
- В воде и влажной почве микробы сохраняют жизнеспособность при низкой температуре - до 9 мес, при температуре 20-25°C - до 2 мес.
- В замороженных трупах грызунов, погибших от туляремии, возбудитель сохраняется до 6 мес.
- Микробы погибают при кипячении и под влиянием различных дезинфицирующих средств

Эпидемиология

- Основными источниками инфекции являются грызуны (полевки, мыши, водяные крысы, зайцы и др.).
- Механизмы и пути заражения человека разнообразны. Наиболее частый - **КОНТАКТНЫЙ**, реализующийся преимущественно у охотников при контакте с зараженными животными, разделке туш.
- Заражение может происходить **алиментарным** путем при употреблении в пищу продуктов и воды, инфицированных грызунами.
- При обработке зерновых культур, фуража, сена возможен **аспирационный** путь заражения.
- Инфекцию могут передавать **кровососущие насекомые** (клещи, блохи, слепни, комары, оленьи мухи)

Патогенез.

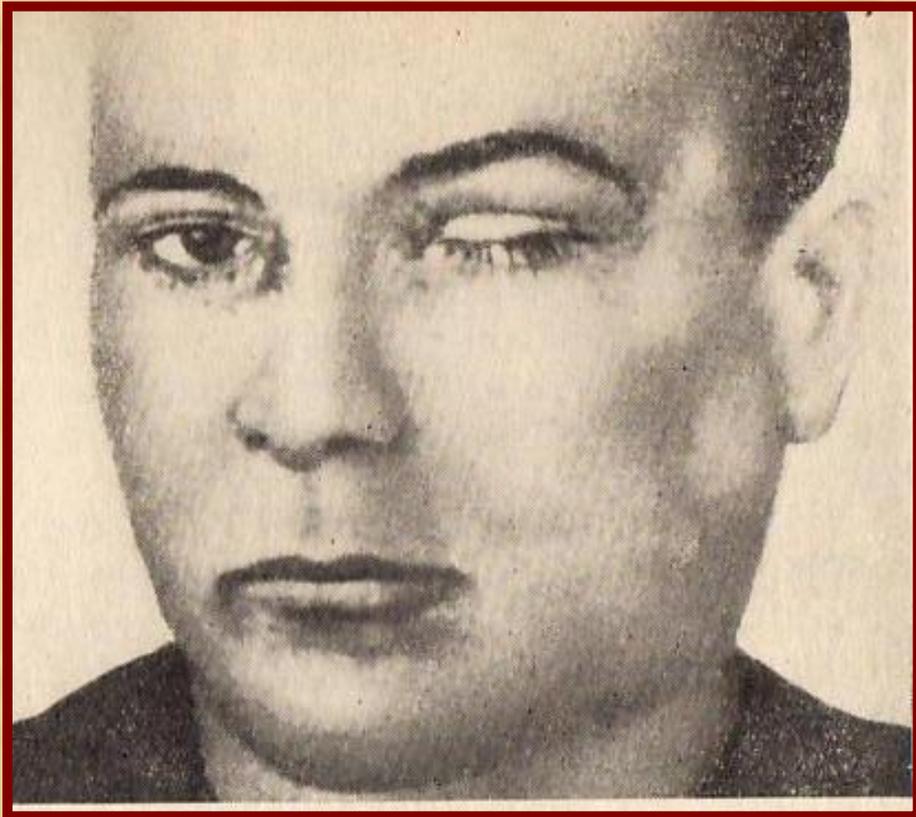
- Возбудитель проникает в организм человека через поврежденную кожу и слизистые оболочки, после чего в месте внедрения развивается первичный аффект с регионарным лимфаденитом (бубоном).
- В лимфатических узлах микробы размножаются и частично гибнут. Высвободившийся эндотоксин попадает в кровь, что приводит к развитию интоксикации, лихорадке.
- В дальнейшем возможен прорыв возбудителя в кровь с диссеминацией микроба в различные внутренние органы (печень, селезенку, центральную нервную систему).
- В лимфоузлах, пораженных органах формируются специфические туляремийные гранулемы, которые в центре подвергаются казеозному некрозу и распаду.

Клиника.

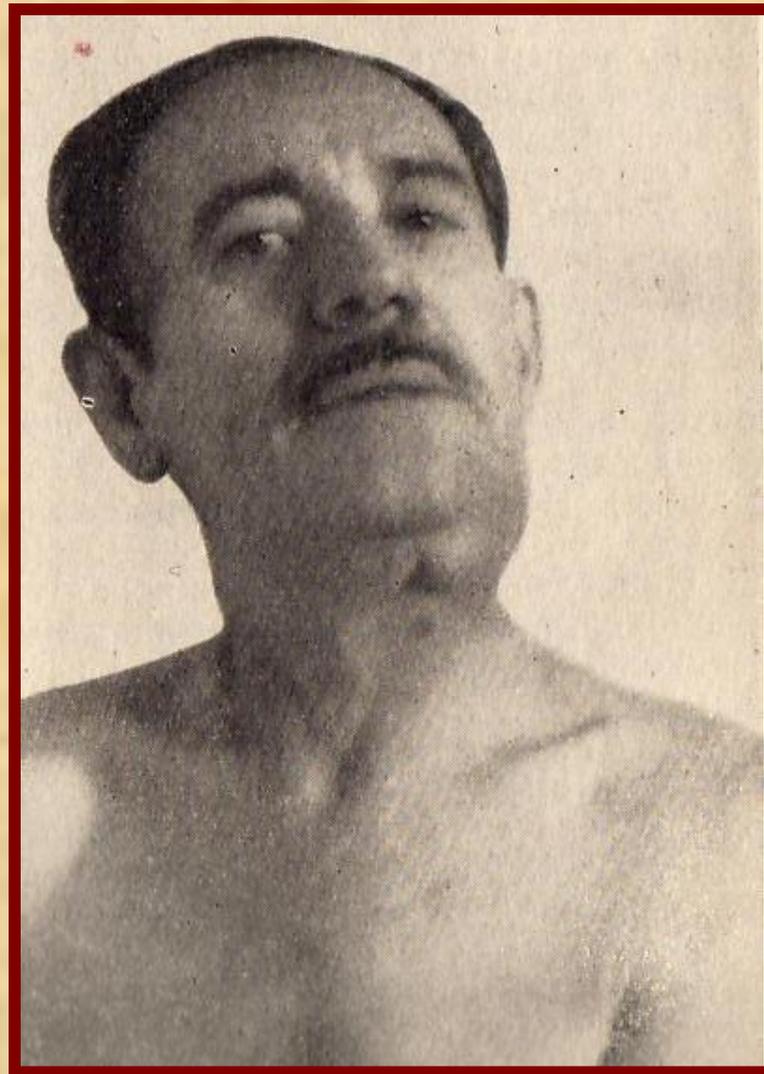


- **Инкубационный период - от 1 до 14 дней (чаще 3-7 дней).**
- **Выделяют 4 основные клинические формы туляремии - бубонную, легочную, абдоминальную и генерализованную.**
- **Чаще других встречается бубонная форма туляремии, составляющая до 85% всех случаев заболевания. Клиническими вариантами этой формы являются: бубонная, язвеннобубонная, ангинозобубонная и глазобубонная формы.**

Глазо – бубонная форма



Глазо – бубонная форма



Ангинозно-бубонная форма

Бубонная форма туляремии

- Характерно острое начало болезни с ознобом, повышением температуры тела в течение 1-2 сут до 38-40 °С, нарастающей интоксикацией, которая проявляется головной болью, слабостью, миалгией, нарушением сна.
- Лицо больных гиперемировано, сосуды склер полнокровны, конъюнктивы гиперемированы.
- Через 2-3 дня от начала болезни обнаруживают первые признаки регионарного лимфаденита - болезненность и припухлость. Чаще поражаются подмышечные, шейные и кубитальные лимфатические узлы. В последующие дни пораженные лимфоузлы достигают 3-5 см в диаметре и более.

Бубоны при туляремии

- умеренно болезненны, имеют четкие контуры, не спаяны с окружающей тканью, кожа над ними обычно не изменена. Исходы бубонов различны: почти у половины больных через 2-4 нед наступает их размягчение и образование свища с выделением густого сливкообразного гноя, у некоторых больных происходит полное рассасывание лимфоузла, у других – склерозирование.

Дифференциальный диагноз локальных проявлений чумы, туляремии и сибирской язвы

Признак	Чума	Туляремия	Сибирская язва
Локализация	Чаще в паховой, подмышечной шейной области	Чаще в ниже-челюстной, шейной области	В месте внедрения возбудителя
Боль	Резко болезненный	Умеренно болезненные	Отсутствие болевой чувствительности в зоне некроза
Связь с окруж. тканями	Узлы спаяны с окружающими тканями	Не спаяны с окружающими тканями	Признаки регионарного лимфаденита
Внешний вид	Кожа темно-красного цвета, гладкая, блестящая	Кожа не изменена, бубон с четкими контурами	Карбункул характерного вида, с темным дном и «дочерними» пузырьками по периферии
Общее состояние	Инфекционно-токсический шок	Интоксикация предшествует развитию бубона	Интоксикация нарастает в течении нескольких часов

Язвенно-бубонная форма

- Нередко на месте внедрения возбудителя образуется первичный аффект, который проходит стадии развития от пятна до папулы и неглубокой язвы с одновременным развитием регионарного лимфаденита. Такая форма встречается при трансмиссивном пути инфицирования и называется язвенно-бубонной

Глазо-бубонная форма

- Если возбудитель попадает в организм человека через конъюнктиву, то развивается глазо - бубонная форма: фолликулярный конъюнктивит с локализацией бубона в околоушной или подчелюстной областях.

Ангинозно-бубонная форма

- Алиментарный или водный пути заражения приводят к возникновению ангинозно-бубонной формы с первичным аффектом в области слизистой оболочки одной из миндалин и подчелюстной (углочелюстной) локализацией бубона.

Легочная форма

Тяжелое течение туляремии отмечается при аспирационном инфицировании и поражении легких. Развивающаяся легочная форма туляремии проявляется лихорадкой неправильного типа, одышкой, болью в груди, сухим кашлем (реже - со слизисто-гнойной или кровянистой мокротой). При аускультации - сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы. Рентгенологически при этом обнаруживают увеличенные прикорневые, паратрахеальные и медиастинальные лимфоузлы, а также инфильтративные изменения легочной ткани очагового, сегментарного или диссеминированного характера.

Несколько легче протекает так называемый бронхитический вариант этой формы.

Абдоминальная форма

- При алиментарном и водном пути инфицирования может развиваться абдоминальная форма туляремии. В процесс вовлекаются мезентериальные лимфоузлы, возникает тяжелая общая интоксикация, болевой абдоминальный синдром, тошнота, рвота, задержка стула.
- Наблюдается увеличение паренхиматозных органов - печени, селезенки.

Генерализованная форма туляремии

- развивается у иммунокомпromетированных лиц и протекает по типу сепсиса с поражением различных органов и систем.

Диагностика

- Наиболее часто используют серологические и иммунохимические методы: РА, РНГА, ИФА. Диагностическим является нарастание титра антител в 4 раза.
- Используют также внутрикожную аллергическую реакцию с тулярином, которая становится положительной к концу первой недели болезни.
- В ряде случаев применяют биологический метод, основанный на заражении лабораторных животных патологическим материалом с последующей идентификацией микроба агглютинирующей сывороткой.

Лечение

- Лечение больных туляремией должно проводиться в стационаре.
- Назначают антибактериальные препараты, действующие на возбудителя туляремии, - аминогликозиды (стрептомицин, канамицин, гентамицин и др.), тетрациклин, левомицетин.
- Проводят дезинтоксикационную терапию.

Профилактика

- Большое значение имеет санитарно-просветительная работа в очагах среди профессиональных групп (охотников, работников сельского хозяйства).
- В природных очагах проводится вакцинация людей живой туляремийной вакциной. Прививочный иммунитет сохраняется не менее 5 лет.