

Туляремия: клиническая картина, диагностика, лечение.

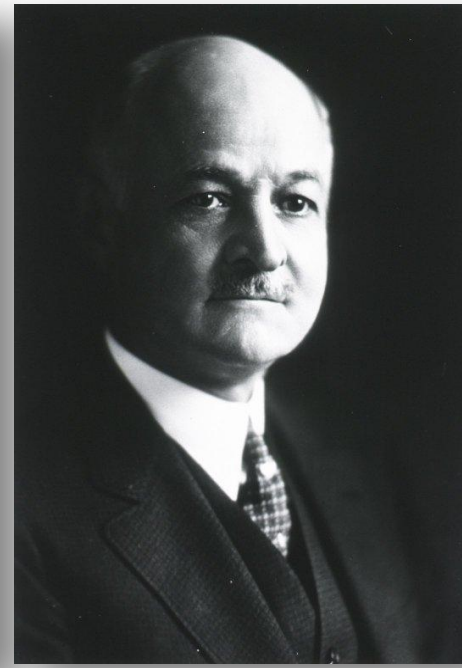
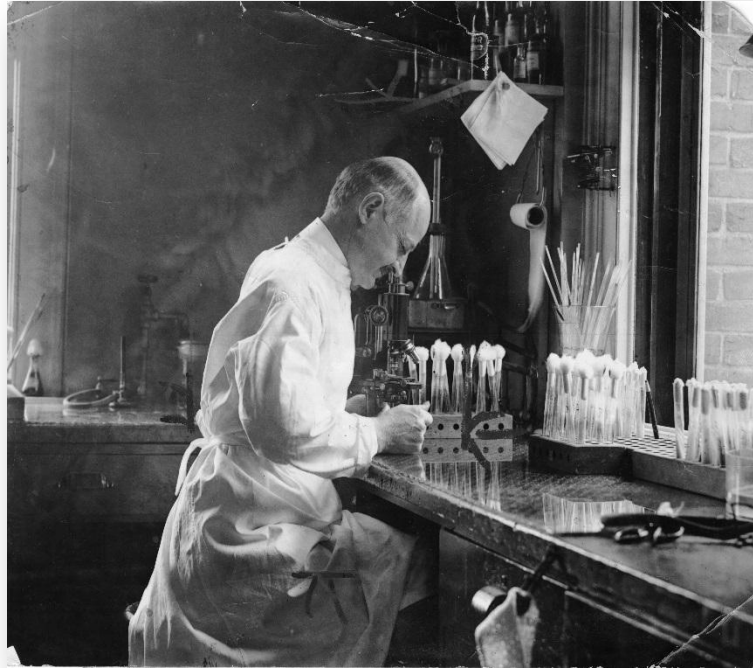
*УЗ «7-я городская поликлиника»
Андрейчик К.С.*

Туляремия-

- зоонозное природно-очаговое инфекционное заболевание, характеризующееся воспалительными изменениями в области ворот инфекции, регионарным лимфаденитом, лихорадкой, общей интоксикацией и склонностью к затяжному течению

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУЛЯРЕМИИ

Впервые бактерии выделили Г. Мак-Кой и Ш. Чепин в 1911 г. от сусликов в районе озера Туляре (штат Калифорния, Америка). Поэтому своё видовое название возбудитель получил от названия района Туляре. Выделил в чистой культуре и детально изучил возбудитель американский бактериолог Э. Френсис, в честь которого был назван род *Francisella*, куда и относится сам возбудитель.



Эдвард Френсис

Этиология

- Возбудитель - ***Francisella tularensis***
- мелкие коккоподобные аэробные
Гр- палочки
- неподвижны, спор не образуют
- имеет тонкую капсулу



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

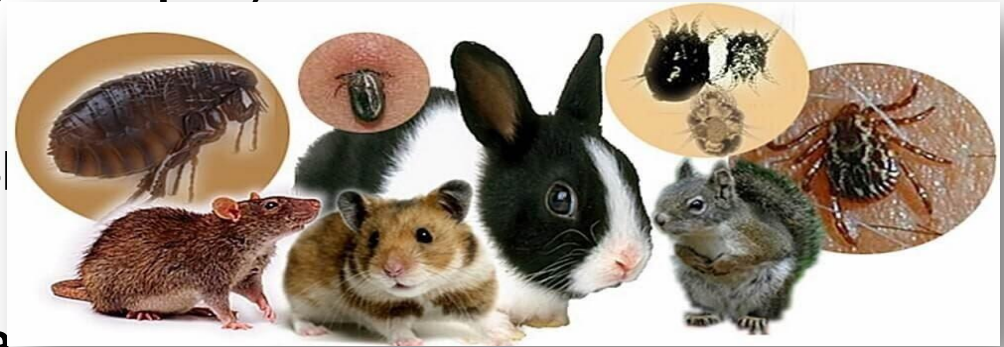
- туляремия широко распространена в Европе, Америке, Африке
- основной резервуар – различные млекопитающие (дикие зайцеобразные, ондатры, белки, овцы, бобры,

домашние собаки и кошки)

- переносчики – слепни, клещи, москиты

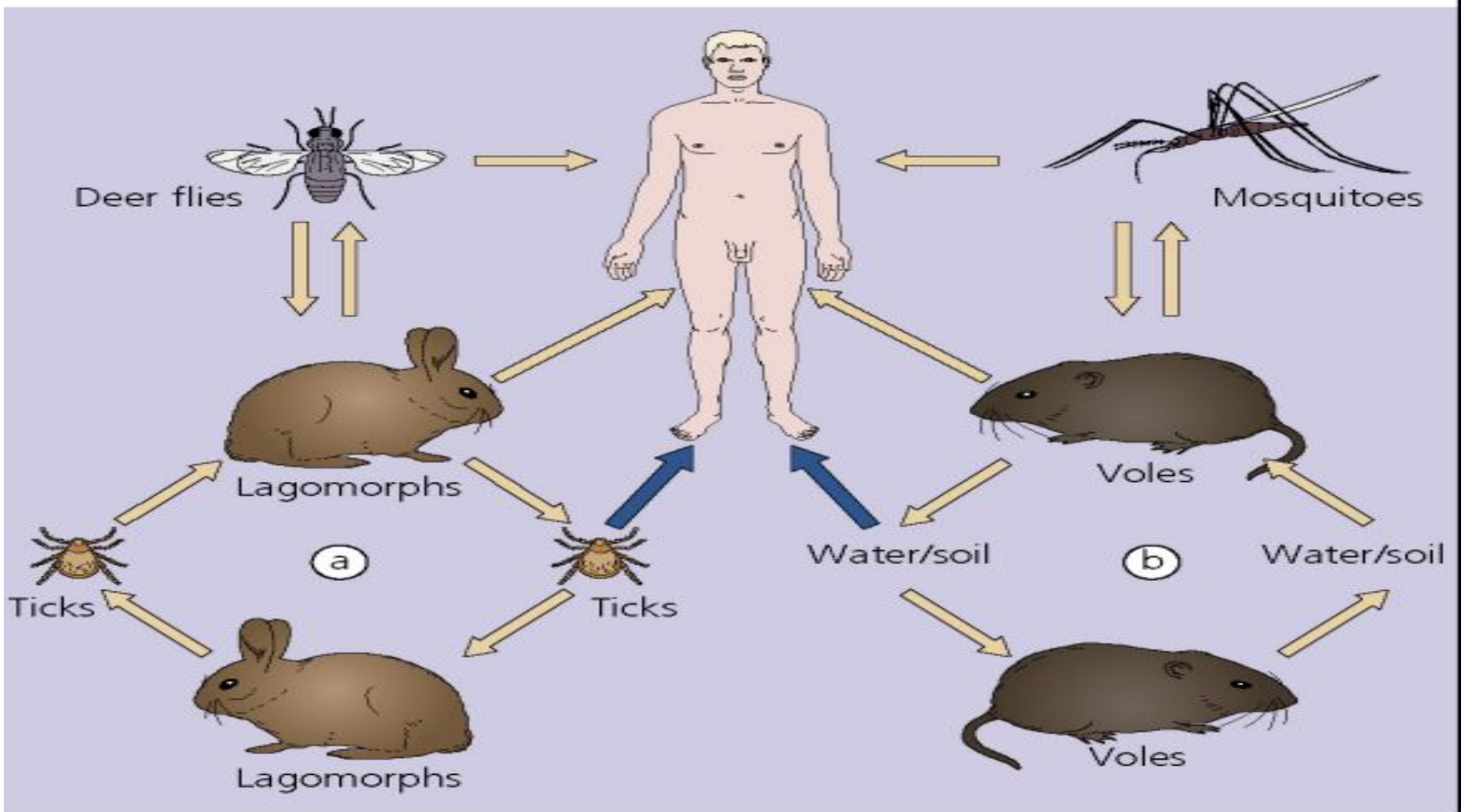
- пути заражения:

- трансмиссивный– кожно-бубонная форма
 - прямой контакт с инфицированными животными (возбудитель проникает через микротравмы кожи и слизистые) – кожно-бубонная и глазо-бубонная формы
 - алиментарный через загрязненные грызунами воду или продукты – ангинозно-бубонная и кишечная формы
 - воздушно-пылевой - легочная форма
- от человека к человеку не передается (больные эпидемиологической опасности не представляют)



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУЛЯРЕМИИ

Life cycles of *Francisella tularensis*



ПАТОГЕНЕЗ ТУЛЯРЕМИИ

внедрение возбудителя через микротравмы кожи, слизистые ЖКТ и легких ⇒ размножение в месте внедрения (2-5 дней) ⇒ миграция в регионарные л.у. с развитием лимфаденопатии (туляремийный бубон) ⇒ прорыв лимфатического барьера, гематогенная диссеминация ⇒ гранулематозное поражение внутренних органов (легких, печени, селезенки и др.)

Клинические формы туляремии

- кожно-бубонная
- глазо-бубонная
- ангинозно-бубонная
- абдоминальная
- легочная
- Генерализованная
(тифоподобная,
септическая)



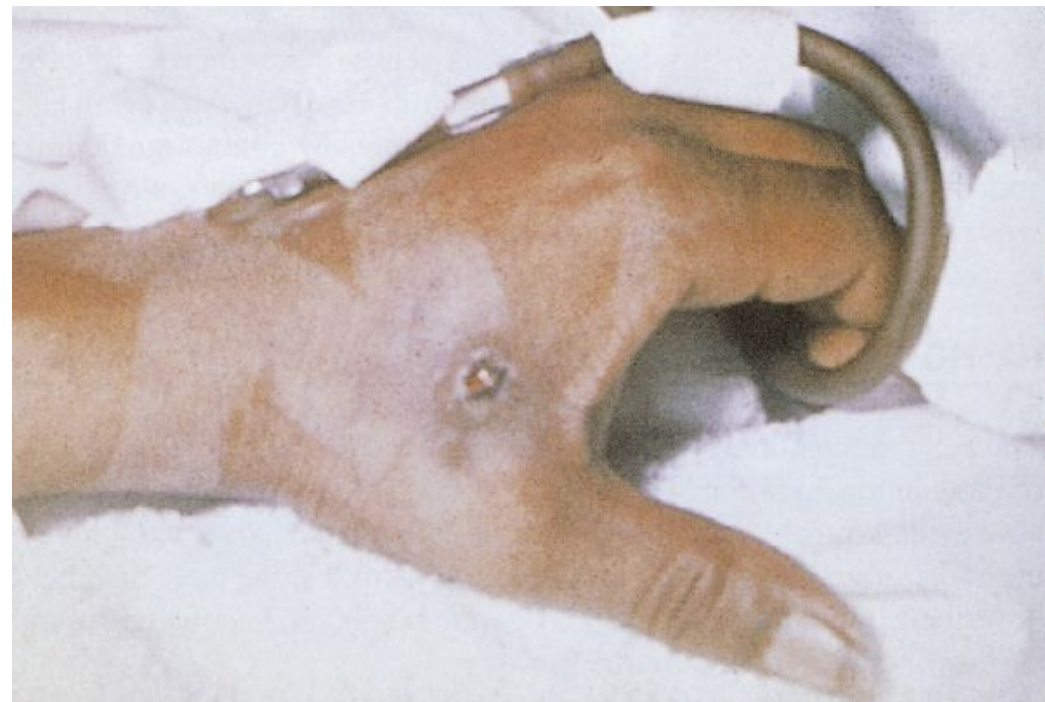
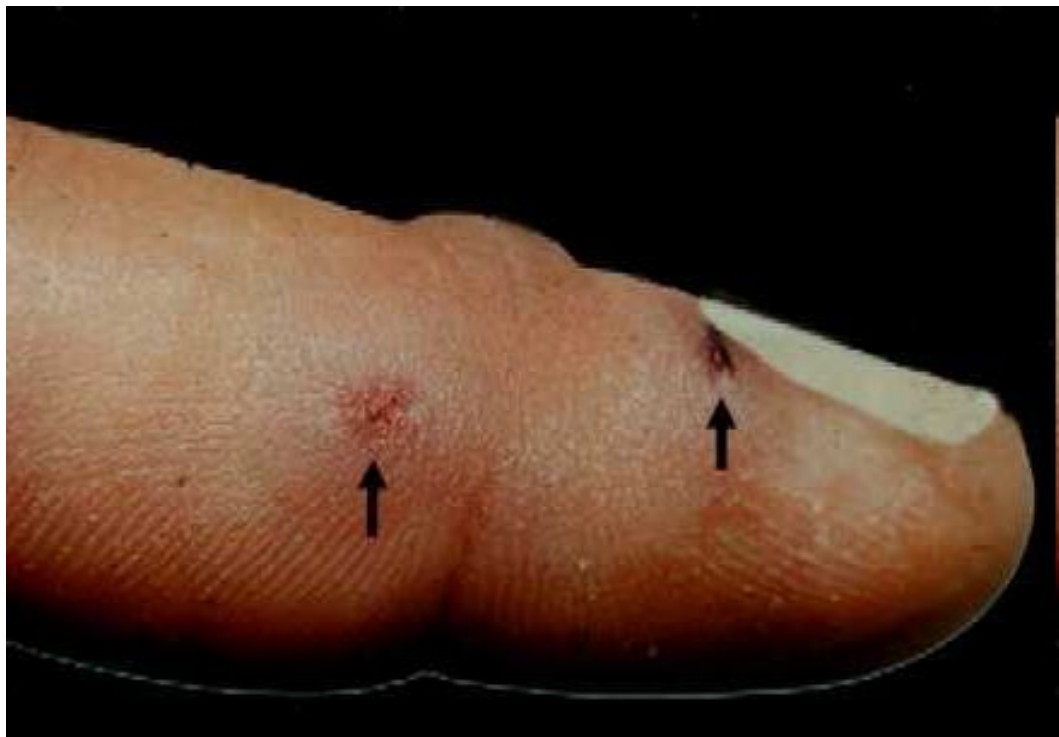
Клиническая картина

- **инкубационный период от 2 до 10 дней**
- **острое или внезапное начало с лихорадки и общей интоксикации (озноб, головная боль, миалгии, артралгии)**
- **различные жалобы в зависимости от ворот инфекции (боли в глазах, боли при глотании, боли в области развивающегося бубона и др.)**
- **гепатоспленомегалия (к концу 1-ой недели)**
- **в остальном клиника определяется формой заболевания**

Кожно-бубонная форма (до 50-70% всех случаев)

- болезненное или зудящее пятно ⇒ папула ⇒ везикула с мутным содержимым ⇒ язва с гнойным отделяемым на фоне воспаленной кожи ⇒ корочка ⇒ рубец
- может не заживать месяцами
- лимфаденит (на 2-3-й день болезни)
 - чаще подмышечные и шейные, реже локтевые, бедренные и паховые л.у.
 - л.у. увеличены, умеренно болезненны, не спаяны с окружающими тканями и между собой
 - нагноение происходит не всегда и поздно, к концу 2-ой – 3-ей недели, с образованием свища, через который выделяется густой сливкообразный гной
 - л.у. рассасываются медленно, могут склерозироваться

Кожная форма туляремии

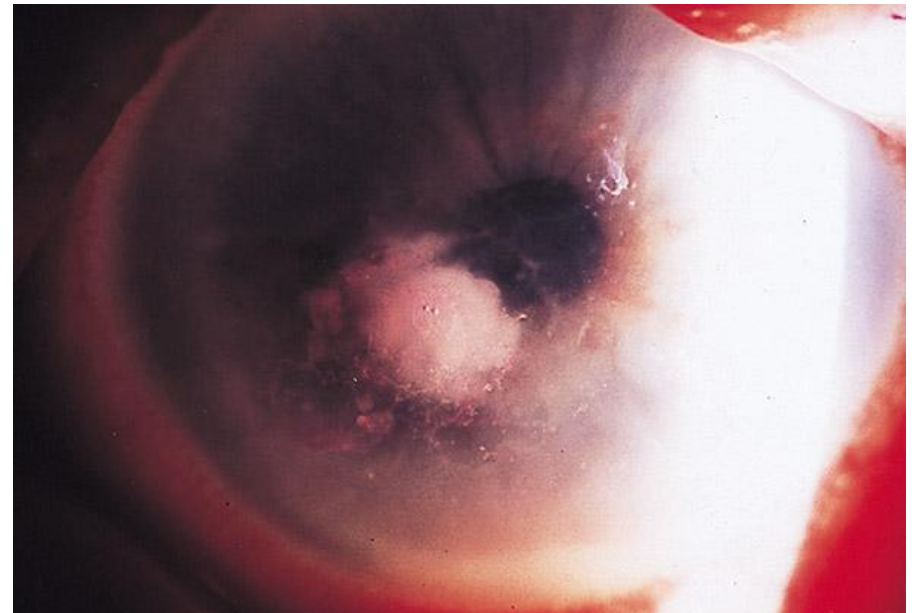


Туляреми́йный бубон



Глазобубонная форма (1-2% случаев)

- возникает при попадании возбудителя на конъюнктиву
- конъюнктивит Парино: одностороннее поражение конъюнктив с образованием язв, узелков, с лихорадкой и регионарным преаурикулярным лимфаденитом
- дакриоцистит
- кератит вплоть до перфорации роговицы с потерей зрения



Ангинозно-бубонная форма (до 1% случаев)

- односторонний некротический тонзиллит с глубокими язвами, покрытыми фибринозными пленками
- значительный регионарный лимфаденит
- в исходе – рубцевание миндалин



Абдоминальная форма

- высокая лихорадка, выраженная интоксикация
- тошнота, рвота, боли в животе, диарея, иногда констипация
- пальпаторно – болезненность в правой подзвдошной области
- патоморфологически: мезаденит и язвенные поражения слизистой кишечника

Легочная форма

- острое начало с лихорадки и выраженной общей интоксикации
- рано появляющиеся боли в груди
- малопродуктивный кашель со скудной слизисто-гнойной мокротой
- физикальные признаки пневмонии
- рентгенологически характерно значительное увеличение л.у. средостения (прикорневых, паратрахеальных, медиастинальных)
- длительное течение, развитие абсцессов, бронхоэктазов

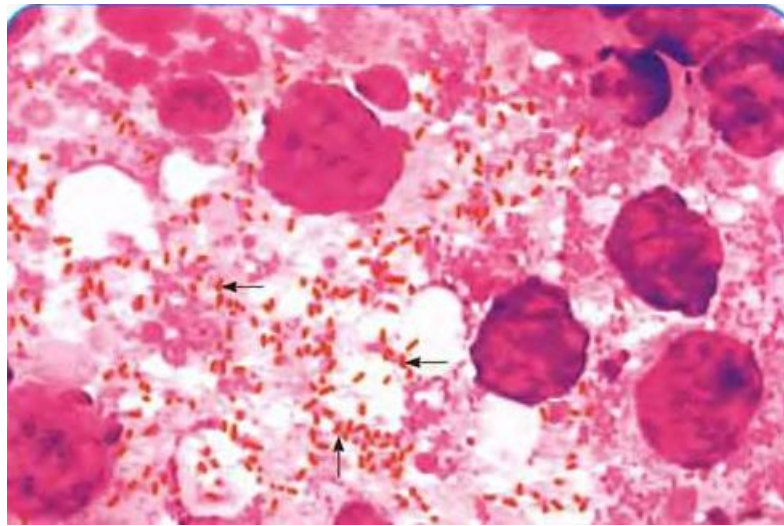
Генерализованная форма

- высокая лихорадка, выраженная интоксикация без воспалительных изменений в области ворот инфекции и в регионарных л.у.
- может сопровождаться разнообразной экзантемой
- длительность лихорадки до 3 недель и более
- диагностика крайне затруднена

Диагностика

- эпиданамнез (природные очаги, сезон, контакт с грызунами, укусы насекомых и др.) + характерная клиническая картина
- микроскопия патологического материала (окраска по Грамму, РИФ– предварительный результат в течение нескольких часов)
- бактериологическое исследование (материал – промывные воды бронхов, слюна, желудочный аспират, аспират л.у., кровь и т.д. в зависимости от преобладающих клинических проявлений)

F. tularensis в отпечатке из селезенки



Лечение туляремии

- Препараты первого ряда:
 - стрептомицин 1 г X 2 р/сут в/м 10 дней
 - гентамицин 5 мг/кг в/м или в/в 1 р/сут 10 дней
- Альтернативные препараты:
 - доксициклин 100 мг X 2 р/сут в/в 14-21 день
 - ципрофлоксацин 400 мг X 2 р/сут в/в 10 дней
 - хлорамфеникол 15 мг/кг X 4 р/сут в/в 14 дней



**Спасибо
за
внимание !**