Туляремія

План

- 1. Історія
- 2. Етіологія
- 3. Епідеміологія
- 4. Патогенез
- 5. Клініка
- 6. Діагностика
- 7. Лікування
- 8. Профілактика
- 9. Тести
- 10. Задачі
- 11. Література

Історія

В 1910 р. співробітники Каліфорнійської протичумної станції (США) Мак Кой та Чепін звернули увагу на чумоподібні бубони у місцевих ховрахів, що жили поблизу озера Туляре. Спроби відокремити від цих тварин чумний мікроб не були успішними, але після ретельної праці у 1912 році вдалося виявити мікроорганізм, названий Bacterium tularensis. У 1925 р. Х. О'Хара в Японії відокремив той самий мікроб, а пізніше Е. Френсіс встановив їхню ідентичність та повідомив, що інфекційна хвороба, що отримала назву туляремії, передається людині від гризунів та комах. Ім'я цього дослідника було увічнене у родовій назві мікроба (Francisella) та одному з синонімів туляремії (хвороба Френсіса). Інші синоніми — чумоподібна хвороба, мала чума, мишина хвороба, лихоманка від оленьої мухи, епідемічний лімфаденіт — або підкреслюють схожість туляремії із чумою, або акцентують увагу на джерелах та переносниках збудника інфекції, або відображають основну клінічну ознаку туляремії — лімфаденіт.

Етіологія

Культура *Francisella tularensis*.

Туляремія - зоонозна інфекція, яка характеризується інтоксикацією, лихоманкою, ураженням лімфатичних вузлів.

Збудник хвороби - туляремійна паличка — *Francisella tularensis* відноситься до родини *Francisellaceae*, роду *Francisella*. Це дрібна грамнегативна поліморфна переважно кокоподібна, рідше паличкоподібна бактерія, нерухома, спор не утворює.

Епідеміологія

Резервуаром інфекції у природі є гризуни, у тому числі мишоподібні; збудник тривалий час зберігається у крові та тканинах заражених гризунів, виділяється з їхнєю сечою. Людина заражується при контакті із зараженим гризуном. Крім того, зараження може відбутися при питті сирої води з невеликих водоймищ, у які із сечою гризунів проникли бактерії, споживанні зараженої їжі, потраплянні у верхні дихальні шляхи та на кон'юнктиви людини пилових частинок разом із бактеріями туляремії при обмолоті інфікованого хліба. Зрідка хвороба може

викликатися при укусі сліпнів, мух-жигалок, деяких видів кліщів, інфікованих від гризунів. Існує сезонність захворювання туляремією - у залежності від способа зараження (наприклад, навесні серед мисливців).

Патогенез

У області вхідних воріт інфекції виникають поверхневі некрози тканини (шкіри, слизових оболонок, лімфатичних вузлів). Бактерії туляремії циркулюють у крові, викликаючи підвищення температури тіла, зміну внутрішніх органів, вторинне ураження лімфатичних вузлів.

Клініка

Інкубаційний період 3-7 днів.
Початок хвороби гострий: підвищення температури тіла, головний біль, загальне нездужання, зниження апетиту.
Розрізняють такі клінічні форми туляремії:

1. бубонна,
2. виразково-бубонна,
3. ангінозно-бубонна,
4. очно-бубонна з розвитком туляремійного кон'юнктивіту,
5. легенева,
6. шлунково-кишкового тракту,
7. генералізована.

Дві останні форми рідко зустрічаються.
При ***бубонній формі*** туляремії мікроб проникає через шкіру, не залишаючи на ній слідів. Температура підвищується до 38-39 °С, з'являється головний біль, загальна слабкість, біль у м'язах, інші прояви інтоксикації. Через 2-3 дні від початку хвороби розвивається регіонарний лімфаденіт. Бубони болять не сильно, мають чіткі контури. У більшості випадків настає повне розсмоктування або склерозування бубонів. У 30-40% хворих через 2-3 тижні спостерігається розм'якшення, а потім розкриття бубону із виділенням гною.
При ***виразково-бубонній формі*** на місці проникнення у шкіру збудника послідовно утворюється червона пляма, потім папула із переходом її у невелику за діаметром неглибоку виразку. Разом з цим збільшуються та стають щільно-еластичними, але залишаються неболючими регіонарні лімфатичні вузли. Вони не спаяні між собою та з клітковиною. Такий регіонарний лімфаденіт розвивається при всіх клінічних формах, окрім генералізованої туляремії.
При ***ангінозно-бубонній формі*** температурна крива має неправильний тип, загальна тривалість лихоманки 16-18 днів. Прогноз хвороби, як правило, сприятливий, виразка епітелізується, після чого утворюється поверхневий плоский рубець; пакет збільшених лімфатичних вузлів за 15-25 днів зменшується до норми; іноді регіонарні лімфатичні вузли розм'якшуються та нагноюються з можливим утворенням гнійного свища, а в окремих випадках - склерозуються. Ангінозно-бубонна форма туляремії, що розвивається головним

чином при споживанні сирої води, а також інфікованої їжі, протікає з некротичними нальотами на збільшених на набряклих мигдаликах та збільшенням підщелепних та передньошийних лімфатичних вузлів.
При ***легеневій формі*** спостерігається сухий кашель, у легенях вислуховується поодинокі сухі хрипи; при рентгенологічному дослідженні виявляють вогнищеву пневмонію, збільшення паратрахеальних та медіастінальних лімфатичних вузлів. Картина крові характеризується помірним нейтрофільним лейкоцитозом.
Хвороба, як правило, закінчується повним одужанням, однак упродовж 1-2 місяців після нормалізації температури залишається значна слабкість, швидка стомлюваність та зниження працездатності.
Генералізована форма протікає за типом загальної інфекції з вираженою лихоманкою, інтоксикацією, іноді - шкірними висипами, ураженням суглобів. Характерне збільшення печінки та селезінки. Первинний афект та регіонарний лімфаденіт відсутні.

Діагностика

Туляремія розпізнається на основі епідеміологічних даних та клінічної картини. Найбільш простим та надійним є підтвердження діагнозу за допомогою шкірної алергійної проби, яка стає позитивною з 5-7 дня хвороби. Для постановки проби 0,1 тулярина вводять підшкірно; результати проби читають через 24-48 годин. При наявності туляремії на місці введення тулярина утворюється зона гіперемії та набряку шкіри (не менше 3-2,5 см) з наявністю периферійного валика та нерідко з некрозом тканини у центрі. У людей з щепленям проти туляремії шкірна проба залишається позитивною 10-15 років після щеплень або хвороби.
Для постановки шкірно-алергійної проби можна використовувати насічки шкіри на передпліччі, у які злегка втирається алерген (тулярген). Застосовують також серологічні методи діагностики (реакція аглютинації).

Диференційний діагноз повинен проводитися:

- при підозрі на визразково-бубонну форму з бубонною формою чуми;
- при ангінозно-бубонній формі туляремії з дифтерією зіва, інфекційним мононуклеозом;
- при легеневій формі - з туберкульозом легенів, лихоманкою Ку, орнітозом.
- при генералізованій формі - з черевним тифом, лихоманкою Ку, сепсисом, бруцельозом.

Лікування

Лікування проводять стрептоміцином по 0,5 г 2 рази у день в/м, при тяжких формах, ураженні внутрішніх органів, генералізації інфекції добову дозу

збільшують до 2 г. Ефективні також тетрациклін, левоміцетин. Тривалість курсу антибіотикотерапії 10-12 днів.

Хворим призначають антигістамінні препарати, вітаміни, при важких формах - дезінтоксикаційні розчини, серцеві засоби. Можливе комбіноване лікування затяжних форм (антибіотики та вакцина). Проводять місцеве лікування компресами, мазевими пов'язками, застосовують теплові процедури. При розм'якшуванні бубонів потрібне хірургічне лікування.

Профілактика

Правильний устрій та утримання криниць; заборона пити сиру воду з невеликих відкритих водойм. Захист харчових продуктів (у амбарах, складах, зерносховищах) від мишоподібних гризунів. У випадку вимушеної затримки з уборкою зернових культур скирти та стоги необхідно окопувати канавкою завширшки та у глибину 40 см. Люди, що працюють на обмолоті хліба, зернових повинні працювати у захисних марлевих масках та окулярах-консервах.
Висока ефективність та надійність у специфічних щеплень туляремійною вакциною; захисна дія вакцини зберігається упродовж 3-х років.

Тести

1. Характерна сезонність для туляремії:
A. Весняно-літня
B. Літньо-осіння
C. Зимово-весняна

2. Інкубаційний період триває?
A. 3-7 днів
B. 20-23 днів
C. 1-3 днів

3. При якій клінічній формі туляремії, температурна крива має неправильний тип?
A. Легеневій формі
B. Бубонній формі
C. Ангінозно-бубонній формі

4. Найбільш простим та надійним є підтвердження діагнозу за допомогою?
A. Клінічної картини
B. Загального аналізу крові
C. Шкірної алергійної проби

5. При якій клінічній формі характерне збільшення печінки та селезінки?
A. Генералізованій формі
B. Легеневій формі
C. Виразково-бубонній формі

6. Ускладнення найчастіше розвивається, при:
A. Бубонній формі
B. Генералізованій формі
C. Виразково-бубонній формі

7. Яке призначають лікування при розм'якшуванні бубоннів?
A. Хірургічне лікування
B. Місцеве лікування компресами
C. Лікування вітамінами

8. Шляхи зараження людини?

A. Повітряно-пиловим, контактним
B. Трансмісивним, аліментарним
C. Усі вище перелічені шляхи зараження

9. На місці проникнення у шкіру збудника послідовно утворюється червона пляма, потім папула, разом з цим збільшуються та стають щільно-еластичними, але залишаються неболючими регіонарні лімфатичні вузли. Ці клінічні симптоми характерні для:
A. Виразково-бубонній формі
B. Легеневій формі
C. Бубонній формі

10. Який метод профілактики є найефективнішим?
A. Заборона пити сиру воду з невеликих відкритих водойм
B. Знищення диких і регулювання кількості промислових гризунів
C. Вакцинація населення живою туляремійною вакциною

Відповіді до тестів

1. B
2. A
3. C
4. C
5. A
6. B
7. A
8. C
9. A
10. C

Задачі

1. Фермер П. госпіталізований на 10-й день хвороби зі субфебрильною температурою тіла. Зліва на шиї пальпується лімфатичний вузол розміром з куряче яйце , помірно болючий, не злучений з оточуючими тканинами. На задній поверхні шиї суха кірочка темно-коричневого кольору після укусу комахою. Яке захворювання можна запідозрити?

2. Хворому з підозрою на туляремію зроблено шкірну алергічну пробу. Через 24 год на місці введення тулярину утворились інфільтраті гіперемія діаметром 12 мм. Оцініть результати проби.

Література

1. Довідник фельдшера/під ред. А.Н.Шабанова. - 4-е вид., стереотип. - М.: Медицина, 1984.
2. Інфекційні хвороби, за ред. М. Б. Тітова. – К. :Вища шк.. 1995.