**ПРОФИЛАКТИКА ТУЛЯРЕМИИ**

 

 **Туляремия** – это природно-очаговое острое инфекционное заболевание, поражающее лимфатические узлы, кожу, иногда слизистые оболочки глаз, зев, легкие и кишечник.

Впервые симптомы туляремии упоминались в 1818 году японскими врачами, но заболевание тогда назвали «болезнью ято-био». Возбудитель же этого недуга был обнаружен значительно позже — в 1896 году в Норвегии.

**Причины появления туляремии**

Заболевание вызывает бактерия *Francisella tularensis*. Основными **источниками инфекции** являются **грызуны: полевки, водяные крысы и домовые мыши, а также некоторые млекопитающие и определенные виды птиц.**
**Механизмов передачи туляремии существует несколько:**

1.контактный — инфекция проникает через слизистые оболочки рта, глаз и через поврежденную кожу (при соприкосновении с зараженной водой, трупами грызунов и других зараженных животных или птиц);

2.трансмиссивный — через укус животного (чаще грызуна) или мух, комаров, клещей, слепней, оленьих кровососок;

3.фекально-оральный — бактерии попадают в организм с инфицированной пищей или водой;

4.воздушно-пылевой или воздушно-капельный — при вдыхании пыли или воздуха, в которых содержатся бактерии.

**От человека к человеку заболевание не передается, т. е. больной для окружающих опасности не представляет.**

**Классификация заболевания**

В зависимости от *локализации патологического процесса* выделяют: бубонную, язвенно-бубонную, ангинозно-бубонную, абдоминальную, легочную и генерализованную туляремию.

*По продолжительности:* острая туляремия – до 3 месяцев, затяжная – до 6 месяцев, рецидивирующая.

*По степени тяжести* туляремия может иметь легкое, среднетяжелое и тяжелое течение.

**Симптомы туляремии**

Инкубационный период заболевания может продолжаться от трех дней до трех недель, но в среднем составляет около семи суток.

Начальные симптомы, которые продолжаются 2-3 дня, одинаковы для всех форм заболевания: туляремия манифестирует остро: температура тела повышается до 38–40°С, артериальное давление снижается, наблюдается относительная брадикардия. Пациенты жалуются на нарастающую слабость, головную боль, ломоту в теле, тошноту, отсутствие аппетита и нарушение сон. Появляются выраженные мышечные боли и сильная потливость.

В тяжелых случаях человек может испытывать эйфорию, редко наблюдаются бред и галлюцинации. У больного начинаются сильные головные боли и рвота.

**Характерными признаками тяжелого течения туляремии считаются отечность и синюшно-багровый цвет лица (особенно мочек ушей, век и губ), покраснение белков глаз с возможным развитием конъюнктивита, носовые кровотечения.**

Затем следует *период разгара*, во время которого сохраняются лихорадка, симптомы интоксикации и присоединяются типичные для каждой конкретной формы проявления болезни.

Если входными воротами инфекции стал кожный покров, развивается *бубонная форма*, представляющая собой регионарный лимфаденит. Поражаться могут подмышечные, паховые, бедренные лимфатические узлы, при дальнейшем распространении отмечаются вторичные бубоны. Пораженные лимфоузлы увеличены (иногда достигают размера куриного яйца), имеют отчетливые контуры, первоначально болезненны, затем боль уменьшается и стихает. Постепенно бубоны рассасываются (зачастую в течение нескольких месяцев), рубцуются либо нагнаиваются, формируя абсцессы, которые затем вскрываются с образованием свища.

*Язвенно-бубонная форма* обычно развивается при трансмиссивном заражении. На коже в месте внедрения микроорганизмов появляется сначала пятно, затем папула, превращающаяся в везикулу и пустулу, последняя вскрывается, обнажая небольшую (5-7 мм) малоболезненную язвочку, которую больные нередко вовсе не замечают. Язвочка имеет приподнятые края и покрытое темной корочкой дно, заживает крайне медленно. Параллельно развивается регионарный лимфаденит.

При проникновении возбудителя через конъюнктиву манифестирует язвенно-гнойный конъюнктивит с регионарным лимфаденитом.

Конъюнктивит проявляется покраснением, отеком, болезненностью, ощущением песка в глазах, затем формируются папулезные образования, прогрессирующие в эрозии и язвочки с гнойным отделяемым. Роговица обычно не поражается. Такая форма туляремии часто протекает весьма тяжело и длительно, осложняясь дакриоциститом – воспалением слезного мешка вплоть до флегмоны, но, к счастью, встречается достаточно редко.

*Ангинозно-бубонную* форму регистрируют, если воротами инфекции служит слизистая глотки. Клинически проявляется болью в горле, дисфагией (затруднением глотания), при осмотре отмечают гиперемию и отечность миндалин. На поверхности увеличенных, спаянных с окружающей тканью миндалин зачастую виден сероватый, с трудом удаляемый некротический налет. С прогрессированием заболевания на миндалинах формируются язвы, а позднее – рубцы. Лимфаденит при этой форме туляремии развивается в околоушных, шейных и подчелюстных узлах.

При проникновении возбудителя с пищей или водой возникает *абдоминальная форма*. Для нее характерна боль в животе, тошнота (иногда рвота), отказ от пищи, диарея. Болезненность локализуется в области пупка, отмечается гепатоспленомегалия (увеличение печени и селезенки).

*Легочная форма* *туляремии* развивается при вдыхании пыли или аэрозоли, содержащих бактерии, и встречается в двух клинических вариантах: бронхитическом и пневмоническом. Бронхитический вариант (при поражении бронхиальных, паратрахеальных, средостенных лимфатических узлов) характеризуется сухим кашлем, умеренной болью за грудиной и общей интоксикацией, протекает довольно легко, выздоровление обычно наступает через 10-12 дней. Пневмоническая форма имеет длительное, изнуряющее течение и признаки очаговой пневмонии. Пневмоническая туляремия часто осложняется бронхоэктазами (стойким расширением просвета бронхов), плевритом, абсцессами, вплоть до легочной гангрены.

У людей с ослабленным иммунитетом может развиться *генерализованная форма*, для которой характерны такие симптомы, как ремиттирующая лихорадка (температура в течение суток колеблется, но не достигает нормальных показателей), выраженная и длительная интоксикация, интенсивные мышечные боли, прогрессирующая слабость, головная боль, головокружение, бред, галлюцинации, спутанность сознания. Появляется сыпь, которая локализуется симметрично на ногах и руках; у некоторых больных элементы сыпи сгущаются на лице, шее, груди (туляремийная «маска», «воротник», «носки», «гетры»). Нередко присоединяются болезненность и отечность суставов кистей и стоп.

При любой форме туляремии лихорадка держится не более 2-3 недель, и лишь в отдельных случаях – до нескольких месяцев.

*В период выздоровления* температура тела редко превышает 38°С, но присутствует астенический синдром (отсутствие сил).

Диагностикой и лечением туляремии занимается врач-инфекционист.

**Профилактика туляремии**

1.Специфическая профилактика заключается в иммунизации живой туляремийной вакциной. Прививка рекомендована людям, живущим в местах с высоким риском заболевания туляремией, охотникам и рыбакам, геологам, сельскохозяйственным работникам и лесозаготовителям. Иммунитет при вакцинации сохраняется до 5 лет.

2.Неспецифическая профилактика включает ношение защитной одежды при посещении лесов и тщательный осмотр тела на предмет обнаружения клещей после возвращения, применение репеллентов для защиты от насекомых. Нельзя пить некипяченую воду из природных водоемов. Не рекомендуется дотрагиваться до трупов животных (особенно грызунов), а если нужно это сделать, использовать защитные прорезиненные перчатки и маски.

**Берегите себя и своих близких!**



ГУ «Россонский РЦГЭ»,2025г.