Матказина Инна Павловна

ГАПОУ СО Балаковский медицинский колледж

Преподаватель клинических дисциплин

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ

по теме:

«**Клинико - эпидемиологический обзор кровяных (трансмиссивных) инфекций (Чума, туляремия)**»

МДК 02.01 *«Сестринский уход при различных состояниях и заболеваниях»*

**ПМ.02 *«Участие в лечебно – диагностических и реабилитационных процессах»***

***УТ «Сестринское дело при инфекционных заболеваниях с курсом ВИЧ – инфекции»***

**Специальность  *Сестринское дело***

**Курс3**

Методическая разработка лекционного занятия по МДК 02.01 «Сестринский уход при различных состояниях и заболеваниях» ПМ. 02 «Участие в лечебно – диагностических и реабилитационных процессах» УТ «Сестринское дело при инфекционных заболеваниях с курсом ВИЧ – инфекции»

Автор: Преподаватель ГАПОУ СО «Балаковский медицинский колледж» Матказина Инна Павловна, г. Балаково, 2017 г.

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. Пояснительная записка
2. Технологическая карта лекционного занятия
3. Теоретический материал по теме занятия
4. Контрольно – оценочный материал
5. Список рекомендуемой литературы

**Пояснительная записка**

Методическая разработка лекционного занятия составлена в соответствии с требованиями Федерального Государственного образовательного стандарта по специальности «Сестринское дело» и программой ПМ. 02 «Участие в лечебно – диагностических и реабилитационных процессах» МДК 02.01 «Сестринский уход при различных состояниях и заболеваниях».

При изучении данной темы студенты узнают этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину, современные методы диагностики, особенности организации сестринского ухода, мероприятия в отношении больных и контактных с ним лиц, а также основные сведения по профилактике чумы и туляремии.

Для успешного освоения темы необходимы фундаментальные знания, прежде всего анатомии и основ физиологии. Используются знания, полученные на других дисциплинах общепрофессионального цикла: «Основы латинского языка с медицинской терминологией», «Фармакология», «Основы микробиологии», «Психология», МДК 04.03. Технология оказания медицинских услуг. Изучение раздела «Сестринское дело при инфекционных заболеваниях с курсом ВИЧ – инфекции и эпидемиологии» поможет в освоении других междисциплинарных курсов, изучаемых студентами на следующем году обучения: МДК 03.01 «Основы реаниматологии», МДК 03.02 «Медицина катастроф».

Для изучения данной темы предусмотрено 6 часов, что составляет 2 часа лекционного и 4 часа практического занятия. Внеаудиторная работа представлена в форме реферата на тему: «Чума».

**Технологическая карта лекционного занятия**

**Учебные цели занятия:** Сформировать у студентов знания о чуме и туляремии.

**Студент должен:**

***иметь представление*** о месте чумы в группе ООИ, распространенности заболеваний.

***знать:***

1. Этиологию и эпидемиологию заболеваний.
2. Патогенез.
3. Основную клиническую картину заболеваний.
4. Диагностику заболеваний.
5. Особенности сестринского ухода.
6. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
7. Меры профилактики чумы и туляремии.

**Студенты должны овладеть профессиональными компетенциями:**

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

**Студенты должны овладеть общими компетенциями:**

OK 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

OK 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

OK 14. Исполнять воинскую обязанность, в том числе с применением полученных профессиональных знаний (для юношей).

**Материальное обеспечение учебного занятия:**

1. Методическая разработка,

2. Ноутбук, мультимедийная установка,

3.Презентация по теме.

**Распределение рабочего времени на учебном занятии:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Содержание занятия** | **Время** | **Методические указания** |
| 1. Организационный момент | 2 мин. | Организация начала занятия, проверка внешнего вида студентов, регистрация отсутствующих. |
| 2. Формулировка темы, ее мотивация, цели занятия | 3 мин. | Сообщение темы и цели занятия, акцентирование внимания на ее значимость; сообщение плана занятия. |
| 3. Проверка исходного уровня знаний | 5 мин. | Проверка исходного уровня знания с помощью вопросов для фронтального опроса. |
| 4. Изложение нового материала | 70 мин. | Изложение нового материала с помощью мультимедийной установки. |
| 5. Закрепление нового материала и подведение итогов занятия | 5 мин. | Демонстрация вопросов с помощью мультимедийной установки, активизация деятельности студентов, корректировка ответов. |
| 6. Задание на самоподготовку | 2 мин. | Сообщение домашнего задания и задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов. Рекомендации по выполнению задания. |
| 7. Задание на дом | 3 мин. |

**План изложения теоретического материала**

1. Этиология
2. Эпидемиология
3. Патогенез
4. Клиника
5. Лабораторные методы исследования
6. Организация сестринского ухода
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге
8. Профилактика

**Содержание теоретического материала**

Чума́ — острое [природно-очаговое](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D1%80%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D0%BE-%D0%BE%D1%87%D0%B0%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B5_%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%B8&action=edit&redlink=1) [инфекционное заболевание](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%B7%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5)  группы особо опасных инфекций (ООИ), протекающее с исключительно тяжёлым общим состоянием, [лихорадкой](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0), поражением [лимфоузлов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D0%BC%D1%84%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%83%D0%B7%D0%B5%D0%BB), [лёгких](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D1%91%D0%B3%D0%BA%D0%B8%D0%B5) и других внутренних органов, часто с развитием [сепсиса](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%81).

# Актуальность определяется важностью данной патологии для человечества в целом — это особо опасная, карантинная инфекция, с высокой летальностью. К ООИ относится из- за быстрого распространения, тяжелого клинического течения, высокой летальности.

# Активные природные очаги расположены на территориях Астраханской области, Кабардино-Балкарской и Карачаево-Черкесской республик, республик Алтай, Дагестан, Калмыкия. Возможен завоз чумы из стран эндемичных по этой болезни (Юго - Восточная Азия, Африка).

# Этиология

Возбудитель - Yersinia pestis - грамотрицательная бактерия из семейства энтеробактерий, для которой характерен выраженный полиморфизм. Микроб может иметь продолговатую, шарообразную и другие формы. Он хорошо растет на мясопептонном бульоне и агаре. От других иерсиний отличается резко выраженной вирулентностью, способностью вырабатывать экзотоксины и другие факторы патогенности. Вне организма , на объектах внешней среды микроб может сохраняться до 2 – 4 недель.возбудитель чумы очень чувствителен к нагреванию, солнечным лучам, высушиванию.

# Эпидемиология

# Чума относится к природно – очаговым инфекциям. Источник инфекции - более 200 видов грызунов (суслики, хомяки, зайцы, крысы, мыши), кошки, верблюды, а также человек. Блохи являются специфическим переносчиком возбудителя.

# Во внешнюю среду возбудитель выделяется:

# - с кровью (при укусе блох),

# - с мокротой, капельками слизи,

# - с гноем из бубонов при их нагноении,

# - с испражнениями, мочой при септической форме.

# Пути передачи:

# трансмиссивный, через блох, при втирании фекалий блох;

# контактно- бытовой- при уходе за животными, снятии шкур, разделке туш, обработке меха, кожи;

# пищевой- при употреблении продуктов, обсемененных возбудителем;

# воздушно- капельный от больных легочной формой чумы.

# После перенесенного заболевания остается прочный иммунитет на годы, повторные заболевания редки.

# Патогенез

# При укусе заражённых блох у человека на месте укуса может возникнуть папула или [пустула](http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/674975), наполненная геморрагическим

# содержимым (кожная форма). Затем процесс распространяется по лимфатическим сосудам. Размножение бактерий в лимфатических узлах приводит к их резкому увеличению и образованию конгломерата (бубонная форма). Дальнейшая генерализация инфекции может приводить к развитию септической формы, сопровождающейся поражением всех внутренних органов. При «отсеве» инфекции в лёгкие развивается лёгочная форма болезни. С момента развития чумной пневмонии больной человек сам становится источником заражения, но при этом от человека к человеку уже передаётся лёгочная форма болезни — крайне опасная, с очень быстрым течением.

# Опасность больного чумой человека для окружающих различна. Больной бубонной формой чумы при отсутствии блох является относительно безопасным для окружающих, так как его выделения незаразны. Однако в случае перехода бубонной чумы в бубонно-септическую больные начинают выделять возбудителей с мочой и испражнениями. Очень опасен для окружающих больной легочной формой, так как распространение болезни происходит воздушно-капельным путем.

# Клиника

Инкубационный период*-* 3-6 дней. При легочной форме 1-2 дня.Начало*-* острое, внезапное. Различают следующие клинические формы чумы: кожную, бубонную, кожно – бубонную, первично-септическую, вторично-септическую, первично-легочную, вторично-легочную.

Чаще всего наблюдается бубонная форма чумы.

Чума обычно начинается внезапно. Температура тела с сильным ознобом быстро повышается до 39°С и выше. Быстро нарастает интоксикация – сильная головная боль, головокружение, чувство резкой разбитости, мышечные боли, иногда рвота. В ряде случаев в рвотных массах появляется примесь крови в виде кровавой или кофейной гущи. У части больных отмечается нарастание беспокойства, непривычная суетливость, излишняя подвижность. Нарушается сознание, может возникать бред. Больной вначале возбужден, испуган. В бреду больные беспокойны, часто соскакивают с постели, стремясь куда - то убежать. Речь становится невнятной, походка – шатающейся. Изменяется внешний вид больных: лицо вначале одутловатое, а в дальнейшем осунувшееся с цианотическим оттенком, темными кругами под глазами и страдальческим выражением. Иногда оно выражает страх или безразличие к окружающему.

*При осмотре больного –* кожа горячая и сухая, лицо и конъюнктивы гиперемированы, нередко с цианотичным оттенком, геморрагическими элементами. Слизистая оболочка ротоглотки и мягкого неба гиперемированы, с точечными кровоизлияниями. Миндалины часто увеличены в размерах, отечны, иногда с гнойным налетом. Язык покрывается характерным белым налетом («натертый мелом»), утолщен. Резко нарушается кровообращение. Пульс частый, слабого наполнения. Артериальное давление прогрессивно падает. Дыхание учащено. Резко уменьшается диурез. У некоторых больных присоединяется диарея. Испражнения содержат примесь крови и слизи.

*Кожная форма чумы* встречается редко и является, как правило, начальной стадией кожно-бубонной. На коже сначала возникает пятно, затем папула, везикула, пустула и, наконец, язва. Пустула, окруженная зоной красноты, наполнена темно - кровянистым содержимым, расположена на твердом основании красно - багрового цвета и отличается значительной болезненностью. Когда пустула лопается, образуется язва, дно которой покрыто темным струпом.

*Бубонная форма чумы*. Возникает при укусе зараженной блохой. Характеризуется появлением лимфаденита (чумного бубона). В том месте, где должен развиться бубон, больной ощущает сильную боль, которая затрудняет движение ногой, рукой, шеей. Позже больные могут принимать из- за болей вынужденные позы (согнутая нога, отведенная в сторону рука). Бубон – болезненный, увеличенный лимфатический узел спаянный с подкожной клетчаткой, имеет диаметр от 1 до 10 см. В процесс вовлекается окружающая клетчатка.

Кожа над бубоном, горячая на ощупь, вначале не изменена, затем становится багрово - красной, лоснится. Рядом могут возникать вторичные пузырьки с геморрагическим содержимым. При отсутствии антибактериальной терапии нагноившиеся лимфатические узлы вскрываются. Затем происходит постепенное заживление свищей.

*Первично-септическая форма чумы* встречается редко. Для ее развития необходима большая инфицирующая доза. Начинается внезапно, остро. Инкубационный период от нескольких часов до 2 суток. Язв и бубонов не наблюдается. Выражены геморрагические проявления (кровоизлияния в кожу, кровавая рвота). Уже через несколько часов от начала заболевания развивается кома. При отсутствии адекватной медицинской помощи больные погибают в течение 48 ч.

*Вторично-септическая форма чумы* развивается из локальных форм. Подобно первично – септической форме характеризуется тяжелым течением и высокой летальностью.

*Первично-легочная чума* представляет собой наиболее опасную в клиническом и в эпидемиологическом отношении молниеносную форму заболевания. Развивается только при воздушно – капельном заражении. На фоне полного здоровья внезапно появляются сильные ознобы, быстрое повышение температуры тела, сильная головная боль, головокружение, часто неоднократная рвота. Появляется боль в груди, нарастает одышка, кашель с пенистой «ржавой» или кровянистой мокротой. Если больные не получают адекватной этиотропной терапии, они погибают на 3-4-е сутки от сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности.

*Вторично-легочная форма чумы* имеет те же клинические проявления, что и первично- легочная. Ее отличия состоят только в том, что она развивается у больных, страдающих кожно - бубонной или бубонной формой заболевания.

# Лабораторные методы исследования

Особенно трудными для диагноза обычно являются первые случаи чумы. В связи с этим каждый больной, прибывший из эндемичной по чуме страны у которого отмечается острое начало болезни с озноба, высокой лихорадки и интоксикации, сопровождающееся поражением кожи, лимфатических узлов, легких, а также наличие в анамнезе факта охоты, контакта с грызунами, больной кошкой, собакой, употребления верблюжьего мяса и т.п., должен расцениваться как подозрительный на чуму и подвергаться изоляции и обследованию в условиях инфекционного стационара, переведенного на строгий противоэпидемический режим.

Чума является чрезвычайно контагиозной, поэтому взятие материала от больного производится с соблюдением мер предосторожности регламентированными инструкцией по работе с больными карантинными инфекциями. Работа проводится в полном противочумном костюме. Материалом для исследования служат: пунктат бубона, мокрота, кров, отделяемые язвы, секционный материал (кусочки органов трупа, кровь). Материал необходимо брать до назначения лечения.

# 1.Бактериологическое исследование

# 2.Бактериоскопическое исследование

# 3.Серологическое исследование: РПГА, РНГА, ИФА и т.д.

# Правила забора материала и его транспортировки строго регламентированы. Материал транспортируют в сопровождении медицинского персонала. Емкости оборачивают салфетками, смоченными дезраствором, помещают в металлический контейнер, помечая « осторожно», «вверх».

# Организация сестринского ухода

# Важнейшее требование при организации сестринского ухода - работа в костюме 1 типа, строжайшее соблюдение противоэпидемического режима. Весь персонал, задействованный в работе с больным, должен постоянно находится внутри больницы до момента выписки последнего больного с последующей обсервацией (наблюдением) в течении 6 суток. Все, находившиеся в контакте с больным без противочумного костюма, изолируются на срок инкубационного периода с проведением курса профилактической антибиотикотерапии.

# В боксе, где находится больной, должны быть заклеены вентиляционные люки, окна, проветривание помещения через форточки запрещено! Все выделения больного собираются в ведра для дальнейшей дезинфекции.

# Больные находятся на строгом постельном режиме (т.к. поражается ССС, даже минимальная нагрузка может привести к остановке сердца - это основная причина смерти). Учитывая возможное развитие бреда, возбуждения, необходимо постоянно следить за больным, ограничивая его активность. За больными с легочной формой уход осуществляется, как за тяжелым больным с сердечно- легочной недостаточностью: систематически дается увлажненный кислород. Больным с бубонной формой для уменьшения болевых ощущений следует накладывать согревающие компрессы.

# Лечение:

# 1. Антибиотики (стрептомицин, доксициклин, тетрациклин),

# 2.Дезинтаксикационная терапия (5% глюкоза, реополиглюкин, гемодез, альбумин).

# 3.Препараты для улучшения деятельности ССС, ДС, МВС (сердечные гликозиды, дыхательные аналептики, диуретики). Обязательно витамины, жаропонижающие средства.

# Противоэпидемические мероприятия в очаге

# Под эпидемическим очагом чумы понимают место пребывания больного чумой с окружающей его территорией, в пределах которой возможно заражение и распространение инфекции среди населения.

1. Немедленно извещают санитарный эпидемиологический надзор.

2.Прекратить прием больных и запретить вход и выход из лечебного учреждения, палаты, квартиры и т.д.

3.Оставаясь в кабинете, палате, квартире и т.д. медицинский работник должен сообщить доступным ему способом главному врачу о выявлении больного, запросить противочумные костюмы, дезсредства.

4.Перед одеванием костюма обработать кожу 70% спиртом; слизистые глаз, носа, рта раствором стрептомицина.

5.Составляется список лиц, имеющих контакт с больным.

6.Вызывается консультант, проводится забор материала для исследования.

7.Организуется передача экстренного извещения.

8. Перед одеванием костюма проводится экстренная профилактика медицинских работников, для этого используют доксициклин.

# Профилактика

# Неспецифическая:

1. Предупреждение заноса чумы из других стран и энзоотических очагов.

2.  Дератизация, регуляция числен­ности грызунов, исследование грызунов на инфицированность чумной палочкой.

Специфическая:

При выявлении чумы среди грызунов - иммунизации населения. Вакцинация проводится живой чумной вакциной, однократно, внутрикожно, подкожно, накожно, ингаляционно. Ревакцинация через год, при неблагоприятной эпид.обстановке - через 6 мес.

**Туляремия**

**Туляремия**– острое природно-очаговое зоонозное заболевание, характеризующееся поражением кожи и слизистых оболочек в месте внедрения возбудителя, регионарным лимфаденитом и симптомами общей интоксикации.

Природные очаги туляремии имеются практически на всей территории Российской Федерации, их эпизоотическая активность ежегодно подтверждается обнаружением значительного числа положительных на туляремию проб из объектов внешней среды.

Ежегодно в России регистрируется от 100 до 400 случаев заболевания туляремией, 75 % которых приходится на Северный, Центральный и Западно-Сибирский регионы страны.

**Этиология**

Возбудитель туляремии– туляремийный микроб (Francisella tularensis). Это грамотрицательные, неспорообразующие мелкие коккобактерии, не способные расти на простых питательных средах. Возбудитель туляремии чувствителен к стрептомицину и другим аминогликазидам, левомицетину, тетрациклину, устойчив к пенициллину и его аналогам.

Микроб устойчив в объектах окружающей среды, в воде при температуре 13-15º С бактерии могут сохранятся до 3 месяцев. В почве, иле при температуре 4-7º С бактерии выживают до 3 месяцев. В молоке, сливках, сохраняемых при температуре 8-15ºС – 8 суток, в замороженном молоке – более 3-х месяцев. На зерне и в соломе при температуре - 5º С – около 7 мес. Возбудитель туляремии устойчив к высушиванию. На прямом солнечном свете бактерии туляремии погибают в течение 20 - 30 минут. Микроб малоустойчив к высоким температурам (при кипячении гибнет в течение 1-2 минут.

**Эпидемиология**

Источник инфекции дикие и домашние животные – грызуны, зайцевидные, собаки, кошки, верблюды, крупный рогатый скот, лошади.

Отличительной особенностью туляремии является множественность путей передачи возбудителя инфекции при практически 100 % восприимчивости человека без различия пола и возраста, а также отсутствие передачи от человека человеку.

Пути передачи:

- контактный – через микротравмы кожи и слизистых оболочек при забое скота на котором имелись инфицированные клещи и разделывании туш;

- пищевой и водный – осуществляется при употреблении инфицированных больными грызунами продуктов питания, а также воды (колодезной, родниковой и других открытых водоемов);

- аспирационный – реализуется при вдыхании воздушно- пылевого аэрозоля, образующегося при работах с зерном, сеном, инфицированных выделениями больных грызунов;

- трансмиссивный – осуществляется в результате укусов инфицированными кровососущими членистоногими (комарами, слепнями, клещами).

После перенесенного заболевания формируется стойкий иммунитет.

**Патогенез**

Проникновение возбудителя происходит через кожные покровы, имеющие микротравмы, слизистые оболочки ротовой полости, пищеварительного тракта, глаз и дыхательных путей. На месте входных ворот возникают некрозы тканей с формированием язвы и массивным размножением возбудителей. По лимфе возбудитель попадает в лимфоузлы, развивается лимфаденит - первичные бубоны. Затем возбудитель попадает в кровь, развивается бактериемия, появляются вторичные бубоны, поражаются паренхиматозные органы, развиваются гранулемы и участки некроза в легких, печени, селезенке, лимфоузлах, почках, мозге.

**Клиника**

Инкубационный период- 3-7 дней.

Независимо от клинической формы для туляремии типично острое начало с ознобом и резким повышением температуры тела до 38- 40°С и выше. Для начального периода характерны слабость, головная боль, головокружение, снижение аппетита, язык обложен серовато-белым налетом, мышечные боли, нарушение сна, повышенная потливость. В силу развития токсико – аллергических реакций появляется сыпь различного характера: от розеолезной до петехиальной. Отмечается брадикардия, гипотония.

Со 2 – 4 суток на фоне общих проявлений у больных появляются локальные проявления болезни, характер и выраженность которых определяются входными воротами инфекции. К концу первой недели увеличивается печень и селезенка. Типичный признак туляремии – увеличение регионарных лимфоузлов ( по отношению к входным воротам) с формированием бубонов.

В зависимости от локализации процесса различают:

Бубонная форманаблюдается при проникновении возбудителя через кожу. Отмечается небольшая болезненность и увеличение до 3-5 см периферичеких лимфоузлов с образованием бубона. Лимфоузлы не спаяны с окружающей тканью, имеют четкие границы, кожа над ними не изменена. Бубоны могу рассосаться, склерозироваться, может быть вскрытие с выделением густого гноя и образования свища.

Язвенно- бубонная формавозникает при трансмиссивном заражении. В месте входа инфекции появляется болезненное и зудящее красное пятно, затем из него – пустула, везикула, а после вскрытия пузырька - язва.

Края язвы приподняты, дно покрыто корочкой, после отпадения которой образуется рубец. Одновременно с образованием язвы у больного формируется бубон.

Глазобубонная формаредкая форма. Развивается при попадании возбудителя с инфицированной водой или пылью. Проявляется в виде эрозивно - язвенного конъюнктивита. Бубон формируется в околоушной или подчелюстной области.

Ангинозно- бубонная формаразвивается при пищевом или водном заражении. Боли в горле, затруднение глотания, на пораженной миндалине выражен язвенно- некротический процесс с фибринозным налетом, появляется шейный или подчелюстной бубон.

Абдоминальная формаразвивается при пищевом заражении. Поражаются лимфоузлы по ходу ЖКТ. При пальпации боль в правой подвздошной области или около пупка. Жалобы на тошноту, рвоту, боль в животе, жидкий стул. Диагностика затруднена.

Легочная формаразвиваетсяпри воздушно- капельном заражении. Развивается тяжелая пневмония. В клинике - лихорадка, интоксикация, кашель со скудной мокротой, боли в груди. На рентгенографии –увеличенные лимфоузлы.

Генерализованная форма развивается у иммуноослабленных лиц и протекает по типу сепсиса с поражением различных органов и систем.

**Лабораторные методы исследования**

Поскольку возбудитель очень плохо растет на питательных средах, бактериологические методы не применяют. Может быть использован биологический метод с заражением лабораторных животных. Проводят только в специальных лабораториях, оборудованных для работы с ООИ.

В клинической практике применяют серологические методы - реакция агглютинации (РА), реакция непрямой гемагглютинации (РНГА). Следует помнить, что при туляремии возможны перекрестные реакции в серологических тестах с бруцеллами и иерсиниями.

Кроме того, используется кожно- аллергическая проба с тулярином.

**Организация сестринского ухода**

Больные туляремией госпитализируются отделение палатного типа или боксовое отделение. В боксах с больными окна должны быть закрыты сеткой (для исключения трансмиссивного пути распространения инфекции).

В острый период заболевания больные нуждаются в аналогичном уходе, как при любом другом лихорадочном состоянии. Для облегчения местных проявлений применяют сухое тепло, при вскрытие бубона- повязки. При глазобубонной форме – промывание глаз, закапать 20% р-р альбуцида, закладывают за веко тетрациклиновую мазь. При ангинозно- бубонной форме следить за регулярностью полоскания ротоглотки.

В соблюдении специальной диеты больные не нуждаются. В острый период болезни назначают стол №2 с последующим переходом на общий стол.

Больным назначается этиотропная терапия. Назначается комбинированная терапия (стрептомицин и гентамицин). Обязательно проводится дезинтаксикационная и сиптоматическая терапия.

**Противоэпидемические мероприятия в очаге**

Мероприятия в очаге заключаются в следующем:

- введение карантина;

- выявление больных методом опроса, осмотра и подворных обходов;

- медицинское наблюдение за лицами, находящимися в одинаковых с

больным условиях по риску заражения ;

- взятие материала от больных и подозрительных на заболевание, а

также проб из объектов окружающей среды для лабораторных исследований. - введение запрета на использование сырой воды из очага;

- уничтожение (методом кремации) продуктов животноводства,

кожевенных и меховых производств и других, которые явились вероятными факторами передачи инфекции;

- организация дезинфекционных, дезинсекционных (блохи, клещи,

комары) и дератизационных мероприятий в очаге;

- проведение иммунизации лиц, подвергшихся риску заражения, по

эпидемическим показаниям.

**Профилактика**

Неспецифическая:

- санитарно- просветительная работа с населением;

- контроль за численностью грызунов и переносчиков, охрана продуктов и воды от заселения грызунами;

-ветеринарный надзор за животными.

Для химиопрофилактики используют доксициклин по 100 мг через 12 часов в течении 2 недель перорально.

Специфическая профилактика. Прививки проводят планово в энзоотичных по туляремии территориях и выезжающим в эти районы; персоналу лабораторий, работающему с возбудителями туляремии,.

**Контрольно – оценочный материал**

**Фронтальный опрос.**

1. Назовите возбудителя чумы.
2. Кто является источником инфекции при чуме?
3. Кто является специфическим переносчиком возбудителя чумы?
4. Перечислите пути передачи возбудителя чумы.
5. Перечислите клинические формы чумы.
6. Какие методы используют для диагностики чумы?
7. Назовите возбудителя туляремии.
8. Кто является источником инфекции при туляремии?
9. Перечислите пути передачи возбудителя туляремии.
10. Перечислите клинические формы туляремии.

**СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.**

**Основная литература:**

1. Малов В.А. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ – инфекции и эпидемиологии.- Москва: «Академия», 2012 – 352 с.
2. Белоусова А.К. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ инфекции и эпидемиологии. - Ростов н/Д.: Феникс 2013. – 364 с.

**Дополнительная литература:**

1. Лобзин Ю.В. Руководство по инфекционным болезням. – СПб: Феникс, 2012 – 932 с.
2. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И. Инфекционные болезни и эпидемиология. – Москва : ГЭОТАР –Медиа, 2012. – 816 с.