

Практическое занятие по теме: «Зоонозные и контактные инфекции»

Теоретическая часть.

ГЕРПЕСВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Группа заболеваний, вызываемых семейством Herpesviridae. Известно около 80 герпесвирусов, 8 из них выделено у человека: герпесвирус типов 1 и 2 - вирус простого герпеса (ВПГ-1 и ВПГ-2), герпесвирус типа 3 - возбудитель ветряной оспы - опоясывающего лишая (ВОГ), герпесвирус типа 4 - вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ), возбудитель инфекционного мононуклеоза, герпесвирус типа 5 - возбудитель цитомегаловирусной инфекции (ЦМВ), вирус герпеса типов 6 и 7 - предположительно вызывает синдром внезапной экземы и синдром хронической усталости, вирус герпеса типа 8 - возможно вызывает саркому Капоши.

На основе биологических свойств герпес вирусы разделены на 3 подсемейства - γ , β , α .
■. Альфавирусы - ВПГ-1, ВПГ-2, ВОГ, бетагерпесвирусы - ЦМВ, гаммагерпесвирусы - ВЭБ.

ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

Этиология

Вирус простого герпеса (ВПГ) типа 1 и 2, содержит ДНК, оказывает цитопатическое действие. Длительно существует в латентной форме в нервных ганглиях. ВПГ 1-го типа чаще поражает назолабиальную область. ВПГ-2 чаще вызывает генитальный герпес и генерализованные формы у новорожденных. Устойчив к низким температурам, высушиванию. Чувствителен к УФО-облучению.

Эпидемиология

- Источник - больной человек, вирусоноситель. Вирус содержится в слюне (ВПГ-1) и в гениталиях (ВПГ-2).
- Путь передачи - контактно-бытовой, воздушно-капельный, пылевой, от матери к плоду (интранатально и трансплацентарно), возможен парентеральный во время вирусемии (у наркоманов).
- Восприимчивость - высокая, преимущественно наблюдается носительство или малосимптомные формы болезни. ВПГ-1 чаще заражаются дети от 6 мес. до 3 лет, ВПГ-2 - подростки и взрослые. 90% лиц старше 40 лет имеют антитела к ВПГ.

Патогенез

- Фаза заражения.
- Фаза регионарного лимфаденита.
- Фаза латентной инфекции (проникновение вируса в нейроны).
- Фаза реактивации и вирусемии.
- Фаза формирования очагов поражения на коже, слизистых, во внутренних органах.
- Фаза иммунного ответа и клинического выздоровления.

Классификация

- Врожденная герпетическая инфекция.
- Приобретенная герпетическая инфекция - первичная, рецидивирующая.
- Локализация: герпес кожи, герпетический стоматит, офтальмогерпес, генитальный герпес, герпетическое поражение нервной системы.

- Распространенность: локализованные формы (поражение одного участка кожи, слизистых оболочек одного органа); распространенные (поражения на обширных участках кожи и слизистых оболочек); генерализованные (одномоментные поражения нескольких органов и тканей).

- Тяжесть - легкая, среднетяжелая, тяжелая.

Врожденная герпетическая инфекция

- Инфицирование в ранние сроки беременности - смерть плода, пороки развития (микроцефалия, микрофтальм, хориоретинит).

- Инфицирование в поздние сроки - смерть плода, генерализованная герпетическая инфекция новорожденного.

Приобретенная герпетическая инфекция

Первичная инфекция. Инкубационный период от 1 до 26 суток (чаще 6-8 дней); у 80% заболевание протекает бессимптомно, у 10-20% сопровождается клинической манифестацией.

Клиника манифестной формы первичной герпетической инфекции

- Лихорадка.
- Общетоксический синдром.
- Лимфаденопатия.
- Поражение кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, нервной системы (в зависимости от тяжести).

- Течение хроническое рецидивирующее или непрерывное.

- Частые рецидивы - показатель иммунодефицита.

- Появление герпетических высыпаний на одном и том же месте не чаще 2 раз в год - благоприятный признак.

Факторы, способствующие реактивации латентного ВПГ

- Переохлаждение, перегревание.
- Гиперинсоляция.
- Переутомление.
- Эмоциональный стресс.
- Травмы, оперативные вмешательства.
- Первичный и вторичный иммунодефицит.

Герпес кожи

- Кожный зуд, жжение, гиперемия, отек.

- Высыпания - чаще губы, крылья носа, реже - руки, туловище, ягодицы.

- Везикулы - сгруппированные, реже - одиночные с прозрачной или мутной жидкостью, вокруг венчик гиперемии.

- Метаморфоз - папула, везикула, эрозия, корка, пигментация.

- Общеинфекционный синдром - лихорадка, слабость, недомогание, головная боль, артралгии.

Клинические формы

- Типичная.

- Атипичная - абортивная, эритематозный и папулезный варианты, отечная, зостериформная, геморрагическая, язвенно-некротическая, герпетиформная экзема.

Офтальмогерпес

Первичный офтальмогерпес

- Чаще дети от 6 мес. до 5 лет и взрослые от 16 до 25 лет, не имеющие противовирусного иммунитета.
- Течение - тяжелое со склонностью к генерализации процесса.
- Сочетание кератоконъюнктивита с распространенными поражениями кожи, век, слизистых оболочек полости рта.
- Общеинфекционный синдром.

Рецидивирующий офтальмогерпес

- Блефароконъюнктивит.
- Кератит везикулезный и древовидный.
- Эписклерит.
- Иридоциклит.
- Эрозии роговицы.
- Хориоретинит.
- Увеит.
- Неврит зрительного нерва (редко).

Урогенитальный герпес

Варианты течения

- Поражение наружных половых органов.
- Герпетические цервициты, кольпиты, уретриты.
- Герпетические эндометриты, сальпингоофориты, простатиты, циститы.
- Рецидивы приводят к лимфостазу, слоновости половых органов, абортam, поражению плода (уродства), умственному недоразвитию новорожденных.

Герпетическое поражение нервной системы

Варианты течения

- Локализованные поражения центральной нервной системы.
- Локализованные поражения периферической нервной системы.
- Сочетание поражений ЦНС и ПНС.
- Сочетанное поражение нервной и других систем.

Поражение ЦНС - тяжелый энцефалит, менингоэнцефалит.

Генерализованная герпетическая инфекция

- Острое начало, лихорадка.
- Диспептический синдром.
- Диссеминированные высыпания на коже, слизистых оболочках рта, глотки, пищевода.
- Поражение центральной нервной системы.
- Поражение внутренних органов - печень, поджелудочная железа, желудочно-кишечный тракт, почки.
- Развивается на фоне тяжелого иммунодефицита.

Лабораторная диагностика

- Вирусологические методы - материал кровь, СМЖ, содержимое везикул, сперма, слюна, смывы носоглотки, биоптаты мозга.
- Иммунологические методы - МНИФ (обнаружение вирусных антигенов в биосубстратах). ПЦР (обнаружение молекул вирусной ДНК).
- Серологические методы - РСК, РН, ИФА. Диагностическое значение имеет 4-кратное нарастание титра антител. Нарастание антител класса Ig M - первичная ГИ, Ig G – рецидивирующая.

Лечение

- Диета с повышенным содержанием в пищевых продуктах незаменимой аминокислоты лизина (фасоль, яйца, рыба, куриное мясо, фрукты, овощи и т.д.). Исключить сахар, жирную пищу, алкоголь, шоколад, арахис, изюм, продукты из пшеницы. Обильное питье, особенно щелочное.

Противовирусные химиопрепараты

Аномальные нуклеотиды

- Ацикловир (виролекс, зовиракс). Форма выпуска: флаконы 0,25 г для парентерального введения; таблетки и капсулы по 0,2 г, 0,25 г, 0,4 г, 0,8 г; суспензия (в 5 мл 0,2 г препарата); мазь-крем 5%, глазная мазь 3%. Применяется энтерально, наружно, ингаляционно, в/венно.

- Видарабин (аденин арабинозид). Вводится в/венно капельно при герпетических энцефалитах и генерализованных формах.

- Цитарабин (цитозин арабинозид, цитозар, алексон). Вводится в/венно струйно медленно при герпетических энцефалитах и генерализованных формах.

- Рибавирин (виразол, рибамидил, виремид). Выпускается в капсулах по 0,2

Нестероидные противовоспалительные средства

- Индометацин, вольтарен, ортофен, бруфен и др.

Противорецидивная терапия

- Противогерпетическая поливакцина. Вводится внутривенно в период стойкой ремиссии по 0,2 мл во внутреннюю поверхность предплечья 1 раз в 7 дней. Курс лечения 5 инъекций. Ревакцинация проводится каждые 6-8 месяцев. Для достижения стойкого терапевтического эффекта показано проведение 3-5 последующих ревакцинаций.

ХЛАМИДИОЗЫ

Антропонозные хламидиозы

Этиология

Семейство Chlamydia. Виды – *C. trachomatis*, *C. pneumoniae*.

Эпидемиология

- Источник инфекции – больной человек или бактерионоситель.
- Пути передачи – контактный, половой, аэрозольный.
- Восприимчивость – высокая.
- Иммунитет – кратковременный.

Патогенез

1. Фаза заражения (слизистые оболочки половых и дыхательных путей, конъюнктивы).
2. Фаза первичной регионарной инфекции. Поражение клеток-мишеней (цилиндрический или переходный эпителий). Внутриклеточная репродукция ретикулярных телец (РТ) из элементарных (ЭТ) через 8 часов после инвазии. Переход РТ в ЭТ (разрушение клеток эпителия с последующей инвазией через 48-72 часа соседних клеток).
3. Фаза распространения инфекции с появлением клинических симптомов (гематогенно, лимфогенно, *per continuitatem*).

4. Фаза иммунопатологических реакций и состояний.

5. Резидуальная фаза.

Клинические формы

Chlamydia trachomatis

- Урогенитальный хламидиоз.
- Хламидийный сальпингит.
- Офтальмохламидиозы (трахома, паратрахома).
- Проктит.
- Холецистит.
- Венерическая лимфогранулема.
- Болезнь Рейтера.
- Узловатая эритема.
- Поражение суставов.

Chlamydia pneumoniae

- Латентная.
- Катаральная.
- Пневмония.
- Обструктивный бронхит.

Зоонозные хламидиозы

Этиология

Chlamydia psittaci, *C. pecorum*. Инактивируются при температуре выше + 70° С, в воздействии лизола, хлорамина, эфира, формалина. Во внешней среде сохраняется до 2-3 недель. Облигатный, внутриклеточный микроорганизм.

Эпидемиология

- Источник инфекции - дикие и домашние птицы (более 150 видов), голуби, попугаи, утки, индюшки, канарейки, свиньи, овцы, крупный рогатый скот, и др.
- Пути передачи - воздушно- пылевой, воздушно-капельный, алиментарный.
- Восприимчивость – высокая.
- Иммуитет - кратковременный (нестерильный).

Клинические формы

- Орнитоз.
- Атипичная пневмония.
- Генерализованная форма.
- Доброкачественный лимфоретикулёз.

- Артрит.
- Пиелонефрит.
- Энтерит.

ОРНИТОЗ

Фазы патогенеза

1. Фаза заражения (преимущественно через слизистую верхних дыхательных путей).
2. Адсорбция на слизистой бронхов, бронхиол, проникновение в клетки эпителия и размножение (период инкубации).
3. Хламидемия. Развитие пневмонии.
4. Образование вторичных очагов (печень, селезенка, миокард, оболочки головного мозга и др.).
5. Клиническое и иммунологическое выздоровление.

Клинические формы орнитоза

- Острый орнитоз.
 1. Типичная форма - пневмоническая (легкая, средней тяжести, тяжелая).
 2. Атипичная форма:
 - а) менингопневмония,
 - б) орнитозный менингит,
 - в) орнитоз без поражения легких.
 3. Бессимптомная (инаппарантная форма).
- Хронический орнитоз.
 1. Хроническая орнитозная пневмония.
 2. Хронический орнитоз без поражения легких.
- Посторнитозная неспецифическая хроническая пневмония.
- Осложнения - миокардит, тромбофлебит, гепатит, эмпиема, гнойный отит, невриты.

Диагностика

- Клиническая.
- Эпидемиологические данные.
- Бактериоскопия с моноклональными антителами.
- Бактериологический метод.
- Серологические методы – МФА, ИФА антигена, РСК (диагностический титр 1:16 – 1:32), РТГА (диагностический титр 1:512), РНГА (диагностический титр 1:80 и более). Нарастание титра в 4 раза и более свидетельствует о наличии орнитоза.

Лечение хламидиозов

Антибактериальные препараты

- Доксициклин внутрь. Курс 10 дней.
- Эритромицин внутрь. Курс 10 дней
- Азитромицин (сумамед) внутрь. Курс 10 дней.
- Рокситромицин (рулид) внутрь. Курс 14 дней.
- Кларитромицин (клацид) внутрь. Курс 10 дней.
- Ровамицин внутрь. Курс 10 дней.
- Ципрофлоксацин внутрь. Курс 10 дней.

Иммуностимулирующая терапия

- Циклоферон 12,5% раствор в/мышечно 1, 2, 4, 6, 8, 10, 13, 16, 19, 22 дни.
- Тактивин.
- Амиксин.

Симптоматическая и патогенетическая терапия

- Дезинтоксикационные средства.
- Оксигенотерапия.
- Витамины.
- Посиндромная терапия.

ЛЕПТОСПИРОЗ

Этиология

Патогенные лептоспиры на основании антигенных свойств разделяются более чем на 200 сероваров, объединенных в 23 серогруппы. В России наибольшее значение имеют *L. grippothyphosa*, *L. pomona*, *L. canicola*, *L. tarassovi*, *L. hebdomadis*, *L. icterohaemorrhagica*.

Эпидемиология

- Источники (антропургические очаги) - крупный и мелкий рогатый скот, свиньи, лошади, собаки (в крупных городах основной источник), крысы, пушные звери клеточного содержания.

- Природные очаги - серые крысы, полевки-экономки, обыкновенные полевки, полевые и домовые мыши, землеройки.

- Пути заражения - водный, контактный, алиментарный.

- Сезонность - летне-осенняя.

- Вспышки - групповые или единичные заболевания.

- Поражаемость (антропургические очаги) - работники животноводческих хозяйств, звероферм, мясокомбинатов, собаководы, зоотехники.

Фазы патогенеза

1. Заражение.
2. Миграция и паренхиматозная диффузия.
3. Массивная лептоспиремия.

4. Токсемия.
5. Нестерильный иммунитет.
6. Стерильный иммунитет.
7. Выздоровление и остаточные явления.

Классификация

Нозологическая форма	Тяжесть	Течение	Исходы
Лептоспироз	Легкая	• Без желтухи	Выздоровление
	Среднетяжелая	• С желтухой • Без рецидивов	
	Тяжелая	• С рецидивами • С осложнениями: ИТШ, ОПН, острая почечно-печеночная недостаточность, ирит, иридоциклит, менингит, отит и др.	• Смерть

Периоды желтушного варианта болезни

- Инкубационный.
- Лихорадочный.
- Период желтухи, геморрагических проявлений и олигурии.
- Период спада желтухи и полиурии.
- Период возможных рецидивов.
- Период реконвалесценции.

Клиника желтушного варианта

- Острое начало, лихорадка фебрильная, интоксикация выраженная - головная боль, слабость, разбитость, плохой сон, тошнота, отсутствие аппетита.
- Мышечные боли - икрожные, мышцы спины, живота, шеи, боли в костях и суставах.
- Лицо гиперемировано, одутловато, склерит (возможны кровоизлияния), конъюнктивит.
- Печень увеличена, болезненная. Желтуха.
- Ограничение диуреза.
- Проявления ДВС-синдрома.

Неспецифическая лабораторная диагностика

- Гемограмма - лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ, тромбоцитопения, анемия.
- Моча - протеинурия, микрогематурия, лейкоциты, цилиндры (восковидные, гиалиновые, зернистые), олиго – анурия.
- Биохимические исследования - повышение уровня мочевины, креатинина, калия (ОПН), билирубина (смешанный генез желтухи), трансфераз (незначительное), тимоловой пробы (умеренное).
- Коагулограмма - ДВС-синдром.

Специфическая лабораторная диагностика

- Микроскопия цитратной крови в темном поле (1-5-й дни) и осадка мочи (7-10-й дни).
- Бактериологический метод - посев крови, мочи, СМЖ (5 капель) на сывороточные среды Терских или Фервоорт-Вольфа.
- Биологический метод - заражение морских свинок и золотистых хомячков подозрительным материалом (в/брюшинно, п/кожно, в/венно, через скарифицированную кожу).
- Иммунологические методы - определение IgM и IgG - антител в РМА; РНИФ, РСК, РЭМА.

Лечение легких форм

- Постельный режим (период лихорадки).
- Диета №5 - желтушный вариант, №13 - безжелтушный вариант.
- Дезинтоксикационная терапия - глюкозо- солевые и коллоидные растворы.
- Антибиотикотерапия - пенициллин в/мышечно, тетрациклин внутрь (при безжелтушном варианте). Курс - лихорадочный период и 2-3 дня апиреksии.
- Укрепление сосудистых стенок - вит. С , рутин.
- Десенсибилизирующие средства.

Лечение среднетяжелых форм

- Постельный режим (период лихорадки).
- Диета №5 - желтушный вариант, №13 - безжелтушный вариант.
- Дезинтоксикационная терапия - глюкозо-солевые и коллоидные растворы.
- Антибиотикотерапия - пенициллин в/мышечно, тетрациклин, внутрь (безжелтушный вариант). Курс - лихорадочный период и 2-3 дня апирексии.
- Укрепление сосудистых стенок - вит. С, рутин.
- Десенсибилизирующие средства - пипольфен, тавегил, хисмонал, фенкарол.

Лечение тяжелых форм

- Строгий постельный режим.
- Диета № 5а, 5 - желтушный вариант, № 13 - безжелтушный вариант.
- Дезинтоксикационная терапия - глюкозо-солевые и коллоидные растворы.
- Кортикостероиды - преднизолон в/венно.
- Антибиотикотерапия - пенициллин в/мышечно, цефалоспорины. Курс- лихорадочный период и 2-3 дня апирексии.
- Осмодиуретики (олигурическая фаза ОПН) 15-20% раствор маннитола.
- Салуретики (анурическая фаза ОПН). Лазикс в/венно.
- Коррекция КОС - 4% раствор соды, трисамин в/венно.
- Коррекция электролитного баланса (контроль уровня К).
- Коррекция ДВС-синдрома. Гиперкоагуляторная фаза - гепарин в/венно капельно; дезагреганты - курантил, трентал в/венно, капельно. Гипокоагуляторная фаза - дигионин в/мышечно, в/венно, аминокaproновая кислота 5% в/венно капельно, викасол 1% раствор в/мышечно, одно-группная донорская кровь.
- Плазмаферез, гемосорбция, лимфосорбция, при ОПН – гемодиализ.

Причины летальных исходов

- ИТШ, ОПН, ОППН.
- ДВС-синдром (кровотечения и кровоизлияния в жизненно важные органы).
- Менингоэнцефалит.

Специфическая профилактика

- Инактивированная жидкая лептоспирозная вакцина (смесь культур лептоспир четырех серологических групп: Grippothyphosa, Pomona, Hebdomadis, Icterohaemorrhagica). Поствакцинальный иммунитет 1 год.
- Населению по эпидпоказаниям (взрослые и дети с 7 лет).
- Работники лептоспирозных лабораторий.

- Группы повышенного риска инфицирования - ветеринары, зоотехники, доярки, собаководы, шахтеры, работники убойных и субпродуктовых цехов мясокомбинатов, санитарных боен.

ТУЛЯРЕМИЯ

Этиология

Francisella tularensis. Выделяют 3 подвида микроба - неарктический (наиболее патогенный для человека и лабораторных животных), среднеазиатский и голарктический.

Эпидемиология

- Источники - водяная крыса, ондатра, обыкновенная и рыжая полевка, зайцеобразные, домовая мышь. Природно-очаговый зооноз.
- Пути передачи - контактный, алиментарный, аспирационный, трансмиссивный.
- Восприимчивость - близка к 100%.
- Иммуитет - стойкий, длительный.

Классификация

Туляремия с поражением кожи, слизистых оболочек и лимфатических узлов

- Бубонная.
- Язвенно-бубонная.
- Глазо-бубонная.
- Ангинозно- бубонная.

Туляремия с поражением внутренних органов

- Легочная: бронхитический и пневмонический варианты.
- Абдоминальная.
- Генерализованная (септическая).

Длительность течения

- Острое.
- Затяжное.
- Рецидивирующее.

Тяжесть течения

- Легкая.
- Среднетяжелая.
- Тяжелая.

Особенности поражений дыхательной системы при туляремии

Бронхитический вариант

- Увеличение бронхиальных, паратрахеальных и медиастинальных лимфатических узлов.

- Интоксикация выражена умеренно.
- Сухой бронхиальный кашель.
- Боли за грудиной.
- В легких сухие хрипы.

Пневмонический вариант

- Острое начало.
- Интоксикация выраженная.
- Затяжное течение.
- Боли в груди.
- Кашель сухой, реже со слизисто-гнойной или геморрагической мокротой.
- В легких сухие и мелкопузырчатые влажные хрипы.
- Р-графия - увеличены прикорневые, паратрахеальные и медиастинальные лимфатические узлы, очаговые инфильтративные изменения.

Лабораторная диагностика

- Бактериологический метод (ограниченно).
- Биологический метод (ограниченно).
- Серологические методы - РА (титр 1:100 и выше со 2-й недели болезни), РПГА, кровяно-капельная реакция (экспресс-метод).
- Кожно-аллергическая проба - внутрикожная проба с тулярином -положительна с 3-5-го дня болезни. Оценка результатов через 24-48 часов.

Этиотропная терапия

- Рифампицин внутрь. Курс 7-10 дней.
- Доксициклин внутрь. Курс 7-10 дней. При поражении легких - 14 дней.
- Тетрациклин внутрь. Курс 7-10 дней.
- Сизомицин в/мышечно. Курс 7 дней. При поражении легких - 10 дней.
- Гентамицин в/мышечно. Курс 7 дней. При поражении легких - 10 дней.
- Стрептомицин в/мышечно. Курс 7-10 дней.

Экстренная профилактика туляремии

- Рифампицин внутрь. Курс 5 дней.
- Доксициклин внутрь. Курс 7 дней.
- Тетрациклин внутрь. Курс 7 дней.

Профилактика

- Истребление грызунов.
- Регулирование численности промысловых грызунов.
- Соблюдение агротехнических требований.
- Охрана источников водоснабжения.
- Вакцинация населения по эпидемическим показаниям живой туляремийной лиофилизированной вакциной из штамма 15-й линии НИИЭГ накожно однократно (иммунитет 5 лет).

ЧУМА

Этиология

Yersinia pestis. Факторы патогенности - экзо- и эндотоксины. Ферменты агрессии - гиалуронидаза, коагулаза, гемолизин, фибринолизин и другие.

Эпидемиология

- Источники - зимоспящие грызуны (сурки, суслики, тарбаганы), незимоспящие грызуны и зайцеобразные (песчанки, полевки, крысы, пищухи), верблюды, собаки, человек (легочная форма).
- Пути передачи - трансмиссивный (блохи - крысиная, человеческая, сурчиная), контактный, аэрогенный, алиментарный (редко).

Фазы патогенеза

1. Заражение (через кожу, слизистые оболочки глаз, носоглотки, дыхательных путей, редко - желудочно-кишечного тракта).
2. Лимфогенного переноса (входные ворота – регионарные лимфатические узлы).
3. Бактериемии.
4. Геморрагической септицемии.
5. Иммунобиологического и клинического выздоровления.

Классификация

Преимущественно локальные формы:

- Кожная.
- Бубонная.
- Кожно-бубонная.

Внутренне-диссеминированные:

- Первично-септическая.
- Вторично-септическая.

Внешне-диссеминированные:

- Первично- легочная.
- Вторично-легочная.

- Фарингальная форма.
- Бактерионосительство.

Клиника бубонной формы

- Лихорадка фебрильная.
- Состояние тяжелое (выраженная интоксикация).
- Бубон (чаще паховая область).
- Резкая болезненность бубона.
- Неподвижность бубона из-за периаденита (спаяны лимфатические узлы, подкожная клетчатка, кожа).
- Контуры отдельных лимфатических узлов не пальпируются.
- Кожа над бубоном красного или темно-красного цвета.
- Тахикардия.
- Тенденция к гипотонии.
- Лицо гиперемировано.
- Язык обложен «меловым» налетом.

Клиника легочной формы

Периоды болезни

- Период лихорадочного возбуждения.
- Плевропневмонический период .
- Терминальный.

Клиника

- Острое начало.
- Гиперпирексия.
- Интоксикация резко выражена.
- Режущие боли в груди при дыхании.
- Одышка.
- Тахикардия.
- Гипотония.
- Бред, возбуждение.
- Обильная пенная кровянистая мокрота (не сворачивается).
- Несоответствие скудных аускультативных данных тяжести состояния.
- Смерть на фоне нарастающей сосудистой недостаточности и геморрагического отека легких.

Лабораторная диагностика

- Материал (пунктат бубонов, отделяемое язв, отечная жидкость, кровь - бубонная форма. Кровь, мокрота - легочная форма).
- Бактериоскопия мазков - предварительный результат.
- Иммунофлюоресцентный метод - предварительный результат.
- Бактериологический метод - окончательный результат.
- Биологический метод - морские свинки, белые мыши.
- Серологические методы - РПГА, РНАТ, РНАГ, РТПГА (предварительное заключение).

Этиотропная терапия бубонной формы

- Стрептомицин в/мышечно. Курс 7 дней.
- Сизомицин в/мышечно. Курс 7 дней.
- Гентамицин в/мышечно. Курс 7 дней.
- Рифампицин внутрь. Курс 7 дней.
- Доксициклин внутрь. Курс 10-14 дней.
- Сульфатон внутрь. Курс 10 дней.
- Хиноксидин (при выделении антибиотикоустойчивых штаммов). Курс 10 дней.

Этиотропная терапия легочной формы

- Стрептомицин в/мышечно. Курс 10 дней.
- Сизомицин в/мышечно. Курс 10 дней.
- Гентамицин в/мышечно. Курс 10 дней.
- Рифампицин внутрь. Курс 10 дней.
- Доксициклин внутрь. Курс 14 дней.
- Хиноксидин (антибиотикоустойчивые штаммы). Курс 10-14 дней.

Выписка

- Клиническое выздоровление.
- 3-кратные отрицательные результаты бактериологического исследования на 2-й, 4-й, 6-й дни после отмены антибиотиков, при бубонной форме - пунктат или отделяемое бубонов; при легочной – мокроты.
- Отсутствие склерозированного лимфатического узла.

Экстренная химиопрофилактика

- Доксициклин внутрь. Курс 7 дней.
- Рифампицин внутрь. Курс 7 дней.
- Сульфатон внутрь. Курс 7 дней.
- Хиноксидин (антибиотикорезистентные штаммы). Курс 7 дней.

Профилактика

- Предупреждение завоза чумы из - за рубежа.
- Контроль за природными очагами.
- Дезинфекция, дезинсекция, дератизация.
- Живая вакцина из штамма EV (по эпидемическим показаниям) - накожно или внутрикожно (иммунитет до 6 мес.).

БРУЦЕЛЛЕЗ

Этиология

Brucella melitensis (мелкий рогатый скот), *Br. abortus* (крупный рогатый скот), *Br. suis* (свиньи), *Br. canis* (собаки), *Br. neotomae* (пустынные кустарниковые крысы), *Br. ovis* (овцы).

Эпидемиология

- Источники - мелкий (козы, овцы) и крупный рогатый скот, свиньи, северные олени, лошади, собаки, кошки.
- Пути передачи - алиментарный, контактно-бытовой, аэрогенный.
- Сезонность - весенне-летняя (отел, окот, опорос).
- Поражаемость - работники ферм, ветеринары, скотники, стригали, работники, занятые первичной переработкой кож и шерсти.

Классификация

Течение	Выраженность очаговых проявлений
Острый	Нет
Острый рецидивирующий	Нет, имеются свежие Нет, имеются свежие
Хронический активный	Нет, остаточные
Хронический неактивный	Органические и функциональные
Резидуальный	

Варианты течения хронического бруцеллёза

- Локоморная форма - с поражением мягких тканей, твердого скелета, суставов.
- Нейробруцеллез - с поражением периферических отделов, центральной нервной системы, психобруцеллез.
- Висцеральные формы - легочная, сердечно-сосудистая, гепатолиенальная.
- Урогенитальная.

- Комбинированная.
- Бруцеллез mixt.

Критерии резидуального бруцеллеза

- Стойкие функциональные и органические изменения.
- Отсутствие активности процесса в течение 2 лет (отрицательные серологические реакции при многократной постановке).

Клиника острого бруцеллеза

- Острое начало, фебрильная лихорадка, ознобы, боли в суставах (летучие), головная боль, разбитость, снижение аппетита, гипергидроз.
- Полилимфаденопатия.
- Увеличение печени.
- Увеличение селезенки.

Клиника хронического бруцеллеза

- Лихорадка субфебрильная, состояние относительно удовлетворительное.
- Поражение локомоторного аппарата - полиартриты, бурситы, периоститы, перихондриты, тендовагиниты, миозиты.
- Поражение нервной системы - арахноидиты, менингоэнцефалиты, невриты, плекситы, радикулиты.
- Поражение половой системы - выкидыши, эндометриты, оофориты, маститы, эпидидимиты, орхиты
- Поражение висцеральных органов - легкие, сердце, печень, селезенка.
- Комбинированные поражения.

Лабораторная диагностика

- Бактериологический метод - кровь, пунктат костного мозга и лимфатических узлов, моча, СМЖ, отделяемое половых органов.
- Серологические реакции - реакция Райта (диагностический титр 1:200), РПГА (диагностический титр 1:100), РСК, реакция Кумбса, реакция иммунофлюоресценции, ИФА (высококчувствительный метод).
- Кожно-аллергическая проба - внутрикожная проба Бюрне (оценка через 24-48 часов). Папула до 10 мм - отрицательная, 10-25 мм - слабо «+», 25-40 мм - положительная «++», 40-60 мм - резко положительная «+++», более 60 мм - гиперергическая «++++».

Этиотропная терапия

- Рифампицин в сочетании с доксициклином. Продолжительность курса 6 недель.

Патогенетическая и симптоматическая терапия

- Дезинтоксикационная терапия - 5% раствор глюкозы, раствор Рингера, гемодез.

- НПВС - бутадйон, реапирин, ортофен, бруфен, индометацин, пироксикам.
- Хинолиновые препараты - хлорохин, делагил.
- Десенсибилизирующие средства - тавегил, супрастин, хисмонал, пипольфен, димедрол.
- Кортикостероиды - в тяжелых случаях.
- Анаболические стероиды - нерабол, ретаболил.
- Иммуномодуляторы – левамизол.
- Сердечные гликозиды.
- Биостимуляторы - алоэ, стекловидное тело, румалон.
- Физиотерапия - ультразвук, ионофорез, УВЧ и др.

Диспансеризация

- Осмотр больных и реконвалесценто в 2 раза в год (весна, осень).
- Снятие с учета - отсутствие активности процесса в течение 2 лет.

Показания к санаторно-курортному лечению

- Не ранее, чем через 3 месяца после исчезновения признаков активного процесса.
- Поражение опорно-двигательного аппарата – грязелечение.
- Функциональные нейро-вегетативные нарушения - бальнеологическое лечение (сероводородные и радоновые воды).
- Поражение периферической нервной системы (невриты, плекситы, радикулиты) - показаны местные или общие грязевые процедуры.

Специфическая профилактика бруцеллеза

- Ветеринары, зоотехники, доярки, стригали, персонал кожевенных предприятий, занятых первичной переработкой сырья из районов, неблагополучных по бруцеллезу.
- Вакцина Здродовского-Вершиловой из штамма 19 ВА (живая, сухая). Однократно, подкожно. Ревакцинация половинной дозой через 8-12 месяцев.

БЕШЕНСТВО

Этиология

Вирус *Neorogustus rabii* семейства *Rabdoviridae*, содержит РНК. Уличный вирус - циркулирует в природе. Фиксированный вирус получен в лаборатории, не выделяется со слюной.

Эпидемиология

- Источники инфекции - инфицированные животные (лисы, волки, собаки, кошки, летучие мыши, грызуны, лошади, мелкий и крупный рогатый скот). Редко – человек.

- Механизм заражения - укусы, ослонение поврежденной кожи и слизистых. Очень редко: аэрогенный (в пещерах, где много летучих мышей), алиментарный, трансплацентарный, при пересадке роговицы глаза.

- Восприимчивость – всеобщая.

Фазы патогенеза

1. Фаза заражения.
2. Фаза миграции вируса в ЦНС (периневрально). Из ЦНС - в слюнные железы.
3. Церебральная фаза с нарушением корковых функций.
4. Фаза дегенерации клеток ЦНС и перерождения периферических двигательных нейронов.
5. Центробежное распространение вируса по ходу нервных стволов с поражением периферической нервной системы.

Клинические формы

- Типичная – гидрофобическая.
- Атипичные - паралитическая, церебральная, бульбарная, мозжечковая, менингеальная.

Инкубационный период от 12 дней до 1 года и более (инкубация короче при укусе головы, лица, у детей).

Стадии типичной формы болезни

- Начальная – депрессия.
- Возбуждения.
- Параличей.

Симптомы начального периода

- Неприятные ощущения в месте укуса (жжение, зуд, гиперестезия кожи) и местные воспалительные изменения (рубец краснеет, припухает).
- Необъяснимый страх, тревога, депрессия, нарушение сна, устрашающие сновидения.
- Тахикардия.
- Симпатикотония - слезотечение, широкие зрачки, потливость, саливация.
- Субфебрилитет.

Симптомы периода возбуждения

- Повышенная рефлекторная возбудимость.
- Резкая симпатикотония.
- Глоточно-гортанные спазмы - гидрофобия, аэрофобия, фотофобия, акустофобия, панфобия.
- Сиалорея.

- Усиленное потоотделение.
- Приступы буйства, в межприступный период сознание проясняется.
- Слуховые, зрительные галлюцинации устрашающего характера.

Симптомы периода параличей

- Снижение двигательной и чувствительной функций.
- Параличи мышц нижних конечностей, языка, лица.
- Прекращение гидрофобии.
- Гипертермия (температура тела 40-42°).
- Артериальная гипотония, тахикардия, цианоз.
- Летальный исход через 12- 20 часов от паралича сердца или дыхательного центра.

Лабораторная диагностика

- Обнаружение антигена вируса в отпечатках с роговицы, в биоптатах кожи (на границе роста волос на шее) методом флюоресцирующих антител.
- Выделение вируса из СМЖ, слюны, слезной жидкости - биологическая проба.
- Обнаружение антител в СМЖ в титре 1:200 и более.
- РТГА, РНГА – 4-кратное нарастание титра антител.
- Гистологическое исследование - при гибели больных - обнаружение телец Бабеша-Негри в аммоновом роге.

Исходы заболевания

Летальность 100% (в мире описаны 3 случая выздоровления).

Лечение

Симптоматическая терапия - анальгетики, седативные, наркотики, ИВЛ.

Специфическая профилактика

- Вакцина антирабическая, культуральная, очищенная, концентрированная, сухая (фиксированный вирус бешенства, штамм Внуково-32, выращенный на культуре клеток почек сирийского хомяка, инактивированный УФЛ, Россия).

Содержимое ампулы растворяется стерильной дистиллированной водой. Вводится медленно в дельтовидную мышцу, детям до 5 лет - в мышцы бедра (верхняя передне-боковая часть). 1 доза вакцины - 1 мл. В 1 ампуле (2,5 МЕ). Зарубежные вакцины: Рабипур (Кайрон Беринг, Германия), ХДСВ (Пастер Мерье Коннот, Франция).

- Антирабический иммуноглобулин гомологичный (человеческий). Ампула со- держит 5-10 мл (Россия); Имогам Рабис и Имогам Раж (Пастер Мерье Коннот, Франция).
- Антирабический иммуноглобулин гетерологичный (лошадиный).

Профилактическая иммунизация

- Лицам, работа которых связана с риском заражения, - ветеринары, охотники, лесники, кинологи, работники боен и другие.

- Иммунизация - 3 инъекции антирабической вакцины в 1-й, 7-й, 30-й дни.

- Ревакцинация - через год, затем каждые 3 года 1 доза вакцины.

- Противопоказания - острые инфекционные заболевания, хронические заболевания в стадии обострения, системные аллергические реакции на вакцину или антибиотики – аминогликозиды, беременность.

Экстренная антирабическая помощь

- Первичная обработка раны - обильно промыть водой с мылом, обработать 70° -ным спиртом или настойкой йода. Наложение швов только по показаниям (обширная рана, косметические дефекты, кровотечение).

- Введение антирабической вакцины.

- При наличии показаний - антирабический иммуноглобулин (инфильтрация вокруг и в глубине раны, остаток в/мышечно) - в места, отдаленные от введения вакцины.

Дозы и кратность введения препаратов детям и взрослым определяется:

- характером и локализацией повреждения,
- состоянием животного в момент укуса и через 10 дней,
- эпидситуацией в регионе.

Схема прививок

- Если животное здорово в момент укуса и через 10 дней, укусы поверхностные, одиночные в туловище, конечности (кроме кистей, гениталий) - прививки не проводятся.

- Если животное подозрительное на бешенство, но через 10 дней здорово, вводят вакцину по 1 мл на 1-й, 3-й, 7-й день.

- При таких же укусах, если животное заболело бешенством, убежало, вводят вакцину по 1 мл на 1-й, 3-й, 7-й, 14-й, 30-й, 90-й дни (безусловные показания).

- При ослюнении слизистых оболочек, укусах головы, шеи, кистей, пальцев, гениталий, множественных или обширных повреждениях любой локализации:

а) если животное здорово в момент укуса (условные показания) и через 10 дней - вводят антирабический гетерологичный иммуноглобулин (40 МЕ/кг массы тела) или гомологичный (20 МЕ/кг) и антирабическую вакцину (1 мл) на 1-й, 3-й, 7-й день;

б) если животное больно бешенством, убежало (безусловные показания) - вводится по Безредко антирабический иммуноглобулин (40 МЕ/кг массы) или гомологичный (20 МЕ/кг) и вакцина (по 1 мл на 1-й, 3-й, 7-й, 14-й, 30-й, 90-й дни).

Осложнения при антирабических прививках

Непосредственно при прививках

- Шок анафилактический.
- Обморок.

- Местная реакция - зуд, гиперемия, отек, регионарный лимфаденит.
- Слабость, головная боль.

Отдаленные

- Поражения центральной нервной системы - менингоэнцефалит, миелит, психические нарушения и/или периферической - полирадикулоневриты, мононевриты, как результат демиелинизирующих нарушений аллергической природы.
- Сывороточная болезнь - результат введения гетерогенного антирабического иммуноглобулина.

Лечение поствакцинальных осложнений,

протекающих с поражением нервной системы

- Прервать курс прививок. Дополнительно ввести антирабический иммуноглобулин по показаниям (заведомо бешеное животное или подозрительное на бешенство).
- Госпитализация (неврологические стационары).
- Строгий постельный режим.
- Преднизолон 100-120 мг/сут в 4 приема 2- 4 недели (постепенное снижение дозы).
- Нормальный человеческий иммуноглобулин по 6 мл в/мышечно 1 раз в день ежедневно, 3-4 дня, затем через день 2- 4 раза.
- Антигистаминные препараты.
- Витамины - С, группы В.
- Прозерин, галантамин, дибазол, стрихнин.
- Церебролизин, циннаризин, кавинтон.
- Симптоматическая терапия.
- При необходимости - реанимационные мероприятия.
- ЛФК, массаж – в восстановительном периоде.

Диспансеризация

- Наблюдение невропатолога.
- Восстановительная терапия (купирование демиелинизирующего процесса в ЦНС). Витаминотерапия (группа В, токоферол). Церебролизин, глюконат кальция, глютаминовая кислота.
- Периферические парезы и параличи (1 раз в 6 мес.). Прозерин, галантамин в сочетании с ЛФК и электростимуляцией мышц.
- Центральные спастические парезы – мелликтин, тропацин, кондельфин.
- Остаточные явления миелита – бальнеотерапия (грязи, рапные и сероводородные ванны).

РОЖА

Этиология

β - гемолитический стрептококк группы А. При осложненной роже- ассоциация стрептококка и других микробов, чаще – стафилококка.

Эпидемиология

- Источники - больные стрептококковыми заболеваниями (ангина, скарлатина), носители β - гемолитического стрептококка.
- Механизм заражения - контактный (наличие входных ворот, микротравм), воздушно-капельный с последующим заносом возбудителя на кожу руками.
- Контагиозность – низкая.
- Восприимчивость - чаще женщины и лица пожилого возраста.
- Предрасполагающие факторы - грибковые и трофические поражения кожи, нарушения лимфообращения, хроническая венозная недостаточность.
- Сезонность - летне-осенняя.

Классификация

По характеру местных проявлений

- Эритематозная.
- Эритематозно – буллезная.
- Эритематозно – геморрагическая.
- Буллезно – геморрагическая.

Тяжесть течения

- Легкая.
- Среднетяжелая.
- Тяжелая.

Кратность течения

- Первичная.
- Повторная.
- Рецидивирующая.

Рецидивирующая рожа - через несколько месяцев до 1-2 лет после предыдущего заболевания со стабильной локализацией. Повторная рожа - спустя 2 года и более после предыдущего заболевания, обычно с новой локализацией процесса.

Распространенность местных проявлений

- Локализованная рожа.
- Распространенная рожа; мигрирующая; метастатическая рожа (с появлением отдаленных друг от друга очагов воспаления).

Клиника

- Инкубационный период - от нескольких часов до 3-5 дней.
- Синдром общей интоксикации - головная боль, озноб, лихорадка, миалгии, иногда тошнота и рвота, адинамия.
- Местные проявления рожи возникают одновременно с общеинфекционным синдромом или спустя 12-48 часов, в сочетании с регионарным лимфаденитом, лимфангоитом.

Признаки эритемы

- Четко отграниченная гиперемия с неровными контурами - "географическая карта".
- Кожа в области эритемы напряжена, инфильтрирована, болезненна, горячая на ощупь.
- Отек, распространяющийся за пределы эритемы. Эритематозно - буллезная форма - на фоне эритемы появляются буллезные элементы (булла - пузырь), содержащие светлую жидкость.

Эритематозно-геморрагическая форма - на фоне эритемы имеются кровоизлияния различной величины.

Буллезно-геморрагическая рожа - трансформируется из эритематозно-геморрагической или эритематозно-буллезной формы.

Осложнения

- Абсцессы, флегмоны, язвы и некрозы кожи, флебиты, тромбофлебиты, нагноения буллезных элементов. У лиц пожилого возраста и ослабленных - сепсис, пневмонии, острая сердечно-сосудистая недостаточность, токсико-инфекционный шок, тромбоэмболия легочной артерии.
- Последствия рецидивирующей рожи - стойкий лимфостаз и вторичная слоновость (фибрдема).

Лабораторная диагностика

- Бактериологические исследования недостаточно информативны из-за раннего применения антибиотиков.
- Определение антител к стрептолизину О, стрептогиалуронидазе, стрептокиназе.
- Определение антигена в ИФА.

Лечение

- Комплексное лечение больных рожей - антибактериальная, неспецифическая, стимулирующая и иммунокорректирующая терапия, нестероидные противовоспалительные препараты, витаминотерапия, физиопроцедуры.
- Показания для госпитализации - тяжелое течение, распространенный местный процесс, буллезно-геморрагическая и рецидивирующая формы болезни.

Патогенетическая терапия

- Нестероидные противовоспалительные препараты - хлотазол, ортофен, бутадиион. Курс 10 дней.
- Деагреганты – трентал, курантил.

- Витаминотерапия - аскорутин, комплекс витаминов А и группы В. Курс 3- 4 недели.
- Неспецифическая стимулирующая и иммунокорректирующая терапия – пентоксил, метилурацил, нуклеинат натрия. Курс лечения 2-4 недели.

Физиотерапевтическое лечение

- УФ, УВЧ-терапия, электрофорез с ингибиторами протеаз (гордокс, контрикал), гепарином.

- Для предупреждения и лечения лимфостаза - аппликации парафина, озокерита, родоновые ванны, электрофорез лидазы, хлорида кальция.

Профилактика

- Соблюдение личной гигиены.
- Предупреждение микротравм, опрелостей, переохлаждения.
- Санация очагов стрептококковой инфекции.
- Бициллинопрофилактика - при выраженной сезонности рецидивов бициллин-5 назначают за 1 месяц до начала сезона (1 500 000 ЕД в/мышечно) 1 раз в месяц в течение 3-4 месяцев ежегодно. При частых рецидивах - круглогодичная бициллинопрофилактика (бициллин-5 1 500 000 ЕД в/мышечно 1 раз в месяц на протяжении 2-3 лет).

СИБИРСКАЯ ЯЗВА

Этиология

Bacillus anthracis, грамположительная палочка, имеет капсулу, образует экзотоксин и споры.

Эпидемиология

- Источники - крупный и мелкий рогатый скот, свиньи, верблюды. Резервуар инфекции – почва.
- Пути передачи инфекции - контактный, воздушно-пылевой, пищевой, трансмиссивный (в основном в странах Африки).

Фазы патогенеза

1. Фаза заражения (микротравмы кожи, слизистые оболочки дыхательных путей и пищеварительного тракта).
2. Фаза первичного аффекта в месте входных ворот (серозно-геморрагическое воспаление).
3. Фаза регионарного лимфангоита и лимфаденита (лимфоцитарных барьерных реакций).
4. Фаза лимфо-гематогенной диссеминации (генерализация инфекции).
5. Септико-метастатическая фаза с вторичными поражениями – легких, кишечника, оболочек головного мозга (при генерализации инфекции).
6. Фаза иммуно-биологического выздоровления.

Классификация

- Кожная форма - карбункулезная, эдематозная, буллезная, эризипелоидная.
- Септическая (генерализованная) форма - с легочными проявлениями, с кишечными проявлениями.

Основные симптомы карбункулезной формы

- Инкубация - до 14 дней, чаще 2-3 дня.
- Метаморфоз: макула - папула - везикула с геморрагическим содержимым - язва, покрытая черным струпом на плотном инфильтрированном основании.
- Вторичные везикулы вокруг язвы, сливаясь, образуют симптом «паруса».
- Гиперемия вокруг язвы - «черный уголек на красном фоне».
- Резкий отек. Симптом Стефанского - «студневидное дрожание» отека при перкуссии.
- Местная анестезия.
- Регионарный лимфаденит.
- Излюбленная локализация - верхние конечности, лицо, шея, затылок.
- Синдром интоксикации с конца 1-х - начала 2-х суток болезни (5-7 дней).
- Отторжение струпа через 2-3 недели.

Основные симптомы легочной формы

- Инкубация - от нескольких часов до 1-2 дней.
- Острое начало.
- Резкая интоксикация.
- Конъюнктивит, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей.
- Сильные боли в груди, одышка, цианоз.
- Мокрота с примесью крови.
- Обильные физикальные данные со стороны легких - притупление или тупость, шум трения плевры, сухие и влажные хрипы.
- Геморрагический плеврит.
- Возможен медиастинит.
- Смерть через 2-3 дня при явлениях ИТШ.

Основные проявления кишечной формы

- Резкая интоксикация.
- Сильные боли в животе.
- Рвота с кровью.

- Понос с кровью.
- Живот вздут, болезнен при пальпации, симптомы раздражения брюшины.
- Смерть при явлениях ИТШ.

Осложнения

- Сепсис (при кожной форме).
- Вторичные очаги - геморрагический менингит (менингоэнцефалит), поражение печени, почек, селезенки.
- Отек - набухание головного мозга.
- Желудочно-кишечное кровотечение.
- Перитонит.

Лабораторная диагностика

Исследуется отделяемое карбункула, кровь, мокрота, испражнения, моча, спинномозговая жидкость. Взятие и пересылка материала с соблюдением правил работы с особо опасными инфекциями.

- Экспресс-методы - бактериоскопия, окраска по Ребигеру для обнаружения кап- сул, иммунофлюоресценция.
- Бактериологический метод (в специальных лабораториях).
- Внутрикожная проба с антраксином.

Лечение

- Госпитализация больного в отдельный бокс.
- Этиотропная терапия - бензилпенициллин при кожной форме внутримышечно, при септической внутривенно. Цефалоспорины. Аминогликозиды. Курс антибиотиков - 7-10 дней.
- Противосибиреязвенный иммуноглобулин гетерогенный от 20 до 80 мл, после предварительной десенсибилизации, при кожной форме - внутримышечно, при септической - внутривенно капельно (в физиологическом растворе или 5%-ной глюкозе) после внутривенного введения 120 мг преднизолона. Повторное введение при септической форме в течение 3-5 дней (курсовая доза до 400 мл).
- Дезинтоксикационная терапия.
- Противопоказано хирургическое вмешательство.
- При септических формах - кортикостероиды, инфузии полиионных растворов, реополиглюкина, нативной и свежемороженой плазмы, альбумина, допамин, трентал, сердечные гликозиды, гепарин под контролем коагулограммы, оксигенотерапия, гипербарическая оксигенация, плазмаферез, гемосорбция.

Профилактика

- Выявление и ликвидация очагов осуществляется ветеринарной службой.

- Лицам, подвергающимся опасности заражения (работники предприятий по переработке шерсти, кожевенного сырья, мясокомбинатов, ветеринары) проводят прививки сибирезвенной живой сухой вакциной «СТИ» накожно: первичная иммунизация двукратно с интервалом в 21 день, ревакцинация - однократно, ежегодно в течение 4 лет после каждого проявления активности.

- Больные госпитализируются. Проводится текущая и заключительная дезинфекция. Выписка после полного выздоровления.

- За лицами, контактировавшими с больными животными, медицинское наблюдение 2 недели.

- Трупы умерших от сибирской язвы, подтвержденной лабораторно, вскрытию не подлежат.

План занятия:

Ответы, списанные с интернета будут учитываться как ошибка! Для ответов на задания используется только материал лекций, учебника и материал теоретической части практического занятия.

1. Составьте таблицу дифференциальная диагностика бубонной формы чумы, бруцеллеза и туляремии.
2. Составьте таблицу дифференциальная диагностика бешенства и неинфекционные заболевания с паралитическим синдромом.
3. Комплекс неспецифических и специфических профилактических мероприятий при бруцеллезе, чуме и туляремии.
4. Комплекс профилактических и лечебно-профилактических мероприятий при бешенстве.
5. Комплекс профилактических мероприятий в очаге сибирской язвы.