

ГОУ ВПО «КрасГМУ Росздрава»

**Кафедра Инфекционных болезней и эпидемиологии с
курсом ПО**

Ч У М А

**ВЫПОЛНИЛА
ШИРЯКОВА**

КРАСНОЯРСК, 2011

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Чума (pestis) — острая инфекционная болезнь; характеризуется выраженной интоксикацией, лихорадкой, поражением лимфатических узлов, кожи и легких.



ЭТИОЛОГИЯ

- Возбудитель инфекции — чумная палочка (*Yersinia pestis*), неподвижная, размером 0,5—1,5 мкм, грамотрицательная, с биполярным окрашиванием, нестойкая вне организма. Дезинфицирующие препараты, кипячение, антибиотики оказывают на нее губительное действие.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Чума относится к карантинным заболеваниям. Различают природные, синантропные и антропонозные очаги чумы.

- В природных очагах источниками и резервуарами возбудителя инфекции являются грызуны (около 200 видов).
- Антропонозные очаги чумы возникают там, где источником возбудителя инфекции становится человек — больной первичной или вторичной легочной чумой, а также существует опасность заражения чумой при соприкосновении с трупом умершего от чумы (в процессе обмывания трупов, погребальных ритуалов).



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Переносчики возбудителя инфекции — блохи различных видов. Заражение человека происходит трансмиссивным путем (при укусе зараженной блохой); контактным (при снятии шкурок с зараженных чумой промысловых грызунов, зайцев, убое и разделке мяса больного верблюда, при соприкосновении с предметами домашнего обихода, выделениями больного, содержащими возбудителей);
- пищевым (при употреблении в пищу продуктов, обсемененных возбудителями чумы, например недостаточно термически обработанного мяса больных чумой верблюдов, сурков). Особую опасность представляют больные легочной формой чумы, от которых возбудитель может передаваться воздушно-капельным путем. Восприимчивость людей к чуме высокая.





ПАТОГЕНЕЗ

- В большинстве случаев возбудитель инфекции не вызывает изменений в месте внедрения и лимфогенным путем достигает регионарных лимфатических узлов. В них он интенсивно размножается, вызывая геморрагически-некротическое воспаление как в самих узлах, так и в прилежащих тканях (бубон), что обуславливает характерные внешние признаки бубонной формы чумы. Чаще встречаются паховые и бедренные бубоны, реже подмышечные и шейные.
- Распространение гематогенным путем чумных микробов из первичного бубона, расположенного вблизи входных ворот, приводит к образованию вторичных бубонов в различных лимфатических узлах

ПАТОГЕНЕЗ

- Чумные палочки образуют токсин, который, попадая в кровь (токсинемия), разносится по всему организму и вызывает поражение сердечно-сосудистой, нервной и других систем организма.
- При воздушно-капельном пути заражения развивается первичная легочная чума с поражением слизистой оболочки дыхательных путей, альвеолярного эпителия, некротическим характером процесса, ранним возникновением bacteriemia и septicemia.

ИММУНИТЕТ

- После перенесенной болезни стойкий.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Инкубационный период колеблется от нескольких часов до 6 сут., у вакцинированных иногда затягивается до 8—10 сут. и более. Различают бубонную (кожно-бубонную), легочную и септическую формы чумы.
- Вне зависимости от клинической формы чумы обычно начинается внезапно: появляются сильный озноб, головная боль, мышечные боли и чувство разбитости, температура тела повышается до 39—40°. Больные беспокойны, суетливы. Лицо гиперемировано, выражен конъюнктивит, глаза лихорадочно блестят, язык обложен густым белым налетом («меловой»), отечен, нередко возникает его тремор, что делает речь невнятной
- Лимфангит не наблюдается. Кожа в первые дни не изменена, затем натягивается, приобретает багрово-синюшную окраску, в центре бубона появляются размягчение и флюктуация. На 8—12-й день болезни бубон вскрывается, выделяется густой желтовато-зеленый гной.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Легочная форма чумы протекает наиболее тяжело и опасна для окружающих. Она может развиваться первично или вторично как осложнение других форм. Интоксикация резко выражена, отмечаются сильная боль в груди, кашель с кровянистой мокротой, цианоз, одышка, тахикардия, тремор. Через 2—3 дня развиваются кома, легочно-сердечная недостаточность.
- Септическая форма чумы по тяжести течения близка к легочной форме, также может быть первичной и вторичной. Помимо тяжелой интоксикации характерны выраженные геморрагические явления в виде массивных кровоизлияний в кожу и слизистые оболочки, различного рода кровотечений (желудочно-кишечного, легочного, почечного, маточного).
- Иногда при чуме преобладает поражение желудочно-кишечного тракта, наблюдаются рвота, боли в животе, частый жидкий стул со слизью и кровью.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- Иногда развивается гнойный менингит, вызванный чумной палочкой. Отмечается присоединение вторичной гнойной инфекции — пневмонии, пиелонефрита, отита и др.

ДИАГНОСТИКА

- Диагноз устанавливают на основании клинической картины, данных эпидемиологического анамнеза и результатов лабораторных исследований. Наибольшее значение имеет выделение чумной палочки из материала от больного (отделяемое или пунктат бубона, кровь, мокрота, мазок из носоглотки и т.д.). Применяются также серологические методы диагностики.
- Наиболее часто дифференциальный диагноз бубонной формы чумы проводят с туляремией и гнойными лимфаденитами.
- Легочную форму чумы необходимо дифференцировать с легочной формой сибирской язвы, крупозной пневмонией.



ЛЕЧЕНИЕ

- Для лечения чумы наиболее эффективны антибиотики стрептомицинового ряда: стрептомицин, дигидрострептомицин, пасомицин. При этом, наиболее широко применяется стрептомицин. При бубонной форме чумы больному вводят внутримышечно стрептомицин 3—4 раза в сутки (суточная доза по 3 г), тетрациклиновые антибиотики (вибромицин, морфоциклин) в/в по 4 г/сут. При интоксикации в/в вводят солевые растворы, гемодез. При лёгочной и септической формах чумы дозу стрептомицина увеличивают до 4—5 г/сут, а тетрациклина — до 6 г. При формах, резистентных к стрептомицину, можно вводить левомицетина сукцинат до 6—8 г в/в. При улучшении состояния дозы антибиотиков уменьшают: стрептомицина — до 2 г/сут до нормализации температуры, но в течение не менее 3 дней, тетрациклинов — до 2 г/сут ежедневно внутрь, левомицетина — до 3 г/сут, суммарно 20—25 г. С большим успехом используется в лечении чумы и бисептол.

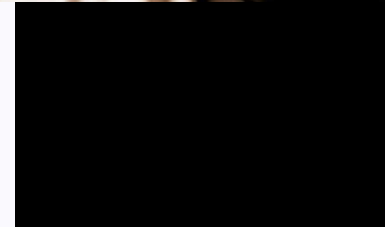
ЛЕЧЕНИЕ

- При лёгочной, септической форме, развитии геморрагии немедленно приступают к купированию синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания: проводят плазмаферез (прерывистый плазмаферез в пластиковых мешках может быть осуществлен на любой центрифуге со специальным или воздушным охлаждением при емкости её стаканов 0,5 л и более) в объёме удаляемой плазмы 1—1,5 л при замещении таким же количеством свежзамороженной плазмы.
- По окончании лечения через 2-6 дней обязательно проводят трехкратный бактериологический контроль материала из бубонов, мокроты, слизи дыхательных путей больного. Выписка пациентов из стационаров производится при полном клиническом выздоровлении и отрицательных результатах бактериологического контроля.



ПРОФИЛАКТИКА

- Мероприятия проводятся в двух основных направлениях: наблюдение за состоянием природных очагов чумы и предупреждение возможного заноса болезни из других стран.
- Подозрительных на заболевание чумой немедленно изолируют и госпитализируют. Лица, соприкасавшихся с больным, зараженными вещами, трупом, изолируют на 6 дней контактировавших с больными легочной формой чумы размещают индивидуально, проводят медицинское наблюдение с ежедневной термометрией.
- Этим лицам, а также обслуживающему медперсоналу проводят экстренную химиопрофилактику тетрациклином по 0,5 г внутрь 3 раза в сутки или хлортетрациклином внутрь по 0,5 г 3 раза в сутки в течение 5 дней
- Весь медперсонал, обслуживающий больных, работает в полном противочумном костюме



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

