

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ «ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ИМ. Г.П. РУДНЕВА

ЗАВ. КАФЕДРОЙ ПРОФ. АХМЕДОВ Д.Р.

# ЧУМА

Лектор к.м.н. Даниялбекова З.М.

# ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель чумы – *Yersinia pestis*, ранее входивший в род пастерелл; в настоящее время его относят к роду иерсиний.

По типу дыхания *Y.pestis* - условный аэроб, но может расти и в анаэробных условиях (факультативный анаэроб).

Возбудитель чумы содержит около 30 антигенов. Благодаря капсульному антигену он защищен от фагоцитоза полиморфно-ядерными лейкоцитами. V- и W- антигены предохраняют его от лизиса в цитоплазме мононуклеаров, что обеспечивает его внутриклеточное размножение.

Возбудитель чумы также содержит эндотоксин, вырабатывает факторы агрессии - пестицин, фибринолизин, коагулазу.

# Очаги чумы.

Различают два типа очагов чумы грызунов:

- 1) чума среди крыс в городах, портах и других населенных пунктах («крысиная», «городская», «портовая»), обусловленная заболеваемостью трех разновидностей крыс: серой крысы, или пасюка (*Rattus norvegicus*), живущей в канализационных трубах больших городов (бродячая, амбарная, полевая); черной крысы (*Rattus rattus*), живущей на судах и в домах (чердачная), и александрийской, или египетской, черной крысы (*Rattus rattus alexandrinus*);
- 2) «дикая» чума, хранителями которой являются около 300 разновидностей грызунов. Основные источники чумы - сурки, суслики, песчанки, полевки, пищухи.

# Пути передачи.

Из известных путей передачи возбудителя чумы действенными являются четыре:

- 1) трансмиссивный - с помощью многочисленных видов блох диких грызунов, а также крысиной и человеческой блох;
- 2) контактный - через поврежденную кожу и слизистые оболочки при снятии шкурок с тушек грызунов, разделке мяса верблюдов, при уходе за больными, через инфицированные предметы;
- 3) пищевой связан с употреблением мяса больного животного (верблюды, сурик, заяц);
- 4) воздушно-капельный, ведущий к развитию первичной легочной чумы (заражение от больного легочной формой чумы, в лабораторных условиях при разбрызгивании заразного материала).

# Патогенез

По данным Н.Н. Жукова-Вережникова, в патогенезе чумы различают 3 стадии:

1. Лимфогенный перенос возбудителя от мест проникновения до лимфатического барьера и размножение в регионарной группе лимфатических узлов с образованием чумного бубона.

2. Проникновение возбудителя в кровь (стадия бактериемии). Бактерицидные факторы крови оказывают на чумную палочку весьма слабое воздействие, это видно уже из того, что в крови возбудитель чумы может сохранять жизнеспособность в течение месяца.

3. Распространение из крови через ретикулоэндотелиальный барьер и диссеминация по органам (стадия септицемии). Защитная роль ретикулоэндотелиальной системы при этой инфекции проявляется слабо ввиду общего снижения фагоцитарной активности. Антитела имеют в борьбе с возбудителями чумы лишь вспомогательное значение, да и появляются они поздно.

## Клиническая картина.

Инкубационный период при чуме по международным карантинным правилам определен в 6 сут. Чаще всего он составляет 2-3 дня, но может сокращаться до 1 сут (при массивной дозе заражения) или увеличиваться до 8-9 дней (у привитых против чумы или получающих профилактически антибактериальные препараты). С учетом этого и определена 9-дневная обсервация лиц, соприкасавшихся с больным чумой, трупом или с зараженными предметами.

# Классификация клинических форм.

(Г.П.Руднев, 1970)

А. Преимущественно локальные формы: кожная, бубонная, кожно-бубонная.

Б. Генерализованные формы (внутреннедиссеминированные): первично-септическая, вторично-септическая.

В. Внешнедиссеминированные формы: первично-легочная, вторично-легочная, кишечная.

# Лабораторные методы исследования:

1. Бактериологический метод
2. Биологическая проба
3. Серологического исследования материалов в РПГА, реакции нейтрализации антител (РНАТ), нейтрализации антигена (РНАГ), торможения пассивной гемагглютинации (РТПГА).

# Лечение чумы.

Наиболее эффективными являются препараты стрептомицинового ряда: стрептомицин, дигидрострептомицин, пасомицин. В последние годы используют применяются тетрациклин, окситетрациклин и хлортетрациклин, а также бактрим и левомицетин.

При кожной форме назначают бактрим по 4 таблетки в сутки в течение 7 дней.

При бубонной форме чумы среднетяжелого течения применяются 2 антибиотика: левомицетин в дозе 80 мг/кг в сутки и стрептомицин по 50 мг/кг в сутки. Для более лучшего эффекта препараты рекомендуется вводить внутривенно.

Для лечения больных легочной и септической формами вместе со стрептомицином, дигидрострептомицином, пасомицином используют антибиотики тетрациклинового ряда и аминогликозиды (мономицин, гентамицин и др.).

В последние годы рекомендуют применять стрептомицин и левомицетин в указанных дозах с добавлением доксициклина в дозе 0,3 г в сутки или тетрациклин по 4-6 г в сутки (per os). Длительность курса лечения 5 дней, затем дозу доксициклина постепенно снижают. Стрептомицин и левомицетин применяют в прежних дозах до улучшения общего состояния.

Курс лечения больных всеми формами чумы колеблется от 7 до 10 дней.

**БЛАГОДАРЮ ЗА  
ВНИМАНИЕ !**

