

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, сурок, 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 !**

