

ЧУМА

Актуальність

Хвороба є особливо небезпечною. Хоч епідемії відійшли в минуле, території природних осередків чуми не зменшуються і продовжують займати 8-9 % усієї суші.

Природні осередки чуми є на всіх материках, крім Австралії. Найзначніші з них знаходяться в Центральній і Південно-Східній Азії (Монголія, Китай, Індія, Пакистан, Індонезія, В'єтнам), в Африці (Кенія, Танзанія, Конго, Сенегал), у Південній Америці (Болівія, Бразилія, Перу, Еквадор), на Близькому Сході, у США. На території країн СНД є 13 ендозоотичних осередків чуми, які періодично активізуються. Загальна їхня площа складає понад 200 млн га.

Чума (*pestis*) – особливо небезпечна інфекційна хвороба, що спричинюється чумною паличкою. Проявляється гарячкою, тяжкою інтоксикацією, серозно-геморагічним запаленням лімфатичних вузлів, легень та інших, органів, сепсисом.



Етіологія:

Чумний мікроб (*Yersinia pestis*) – грамнегативна паличка овоїдної форми; легко забарвлюється аніліновими фарбами, інтенсивніше – на кінцях. Бактерія нерухома, має капсулу. Продукує дуже сильний токсин.

Стійкість бактерій у довкіллі

невелика:

- Чутливий до високої температури (термолабільний – нагрівання до 60°C вбиває його за 1 год., кип'ятіння – протягом 1 хв.);
- Чутливий до сонячного світла;
- Чутливий до висушування;
- Добре переносить низькі температури (при 0°C зберігається протягом 6 міс., -22°C - 4 міс.);
- Чутливий до дезінфекційних засобів (розчини сулеми, карболової кислоти, хлораміну, хлорного вапна у звичайних концентраціях).



Епідеміологія:



■ **Резервуаром** збудника в природі є гризуни (понад 200 видів і підвидів), найчастіше - ховрахи, бабаки, піщанки, хом'яки, щури, зайці.



■ **Переносниками** є блохи (близько 120 видів), які паразитують на цих тваринах. Із свійських тварин на чуму хворіють тільки верблюди.



Шляхи передачі:

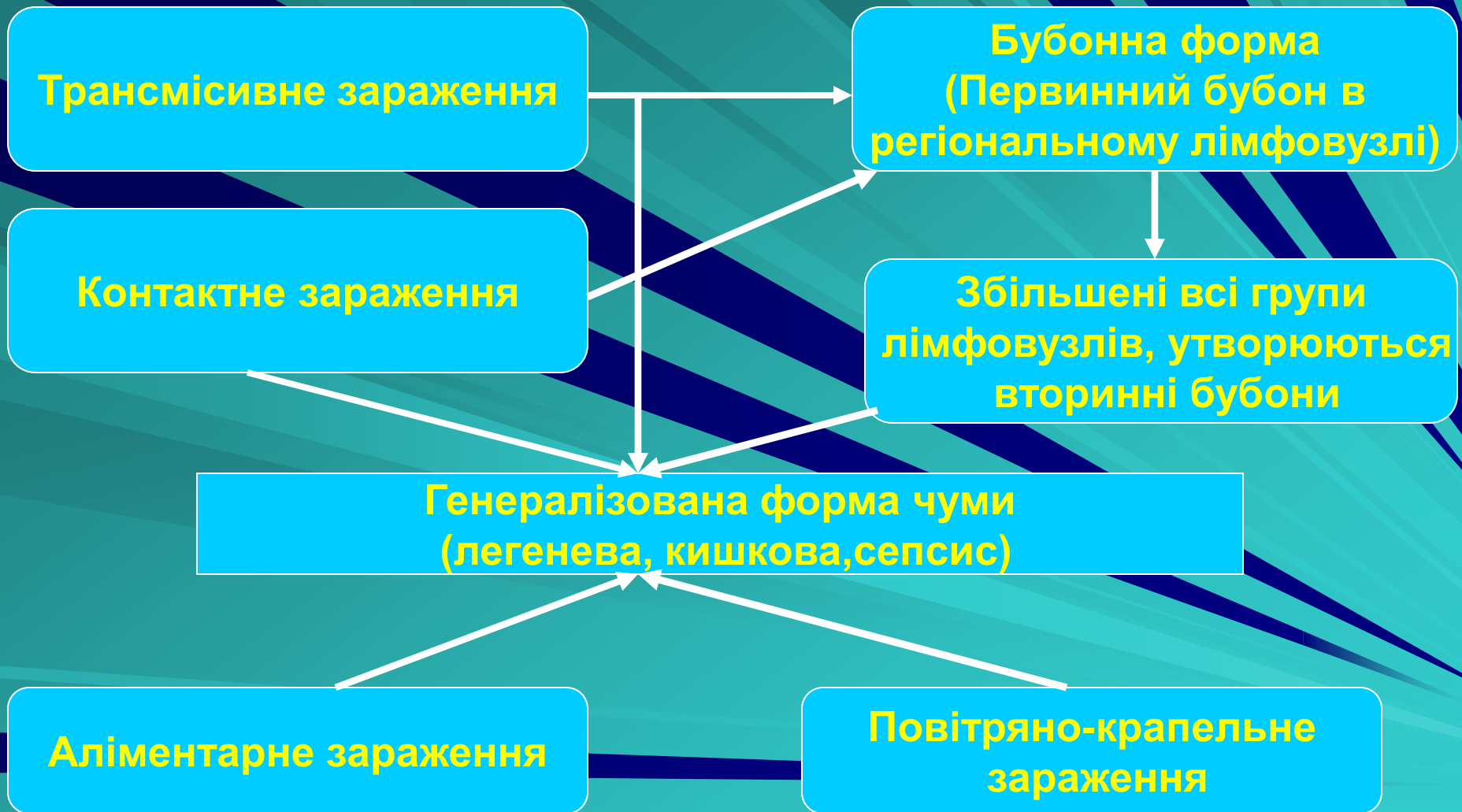
- ❖ Трансмісивний (при укусі блохи, яка паразитувала на хворій тварині);
- ❖ Контактний (при знятті шкірок з гризунів, забої і розробці туші хворого верблюда);
- ❖ Аліментарний (вживанні в їжу інфікованого м'яса, що не пройшло достатньої термічної обробки);
- ❖ Повітряно-крапельний (при контакті з людиною на легеневу форму чуми);



Патогенез:

Бактерії чуми в організм людини проникають через шкіру, кон'юнктиви, дихальні шляхи або травний канал. З лімфою збудник заноситься в регіонарні лімфовузли. Під впливом бактерій та їх токсинів розвивається серозно-геморагічне запалення лімфовузлів і навколишніх тканин з утворенням первинних бубонів, що нагноюються. По лімфатичних капілярах збудник потрапляє у віддалені лімфовузли, утворюючи віддалені бубони, які менших розмірів і не нагноюються. Прорив бактерій у кров зумовлює розвиток сепсису з виникненням вторинних вогнищ запалення, переважно в легенях, рідше - у кишках. Якщо зараження відбувається крапельним шляхом, то розвивається первинна легенева чума (чумна пневмонія). Інтенсивне розмноження бактерій та їх масове руйнування можуть призвести до розвитку септичного шоку.

Після перенесеної хвороби залишається стійкий імунітет. Повторні випадки чуми рідкісні



Клінічні прояви:

Інкубаційний період триває 3-6 діб, інколи декілька годин.

Клінічні форми чуми:

Локалізовані

- Бубонна;
- Шкірна;
- Шкірно-бубонна;

Генералізовані

- Легенева;
- Кишкова;
- Сепсис;



Найчастіше виникає бубонна форма (80 %)

При будь-якій клінічній формі чуми початок раптовий:

- ⇔ Озноб змінюється жаром, Сильний біль голови;;
- ⇔ Запаморочення, млявість;
- ⇔ М'язові болі, Блювання;
- ⇔ Хворі неспокійні, надмірно рухливі;
- ⇔ Хо́да стає хиткою;
- ⇔ Ін'єкція судин склер;
- ⇔ Язик сухий, набряклий, вкритий білим нальотом (ніби натертий крейдою);
- ⇔ Розеольозна або петехіальна висипка;
- ⇔ Порушується свідомість, виникають марення, галюцинації;
- ⇔ Страдницький, повний жаху вираз обличчя;
- ⇔ Гарячка постійного типу;
- ⇔ Тахікардія, серце розширене, тони глухі, задишка і ціаноз



Шкірна форма:

- Місці проникнення збудника утворюється макула;
- Макула перетворюється у везикулу;
- Везикула – у пустулу (оточена багровим валом з набряклої шкіри);
- Згодом пустула тріскає і утворюється виразка, яка вкривається темнокоричневим струпом. Вона різко болюча і повільно загоюється з утворенням рубця.

Шкірна форма зустрічається рідко, частіше вона переходить у шкірно-бубонну.



Шкірно-бубонна:

- Значний біль у лімфовузлі;
- Виникає бубон (частіше в паховій та пахвинній області);
- Через біль хворий приймає вимушене положення тіла;
- Шкіра над бубоном червоніє, стає блискучою;
- Періаденіт (втягуються вся топографо-анатомічна група лімфовузлів та навколишні тканини);
- Бубон нагноюється - з'являється нориця (яка повільно загоюється з утворенням рубця);

Бубонна форма чуми може ускладнитися сепсисом, що перебігає дуже тяжко з розвитком гнійних вогнищ. У хворих спостерігаються підшкірні крововиливи, ниркові, кишкові, шлункові кровотечі, порушення серцево-судинної діяльності та пригнічення центральної нервової системи. Без своєчасного лікування смерть настає на 2-3-й день хвороби.



Бубонна форма чуми

Легенева форма чуми:

Захворювання починається раптово:

- Кількаразовий озноб;
- Багаторазове блювання;
- Біль за грудиною;
- Серцебиття, сильна задишка;
- Марення;
- Кашель;
- Харкотиння спочатку рідке, пінисте, прозоре, згодом стає кривавим;

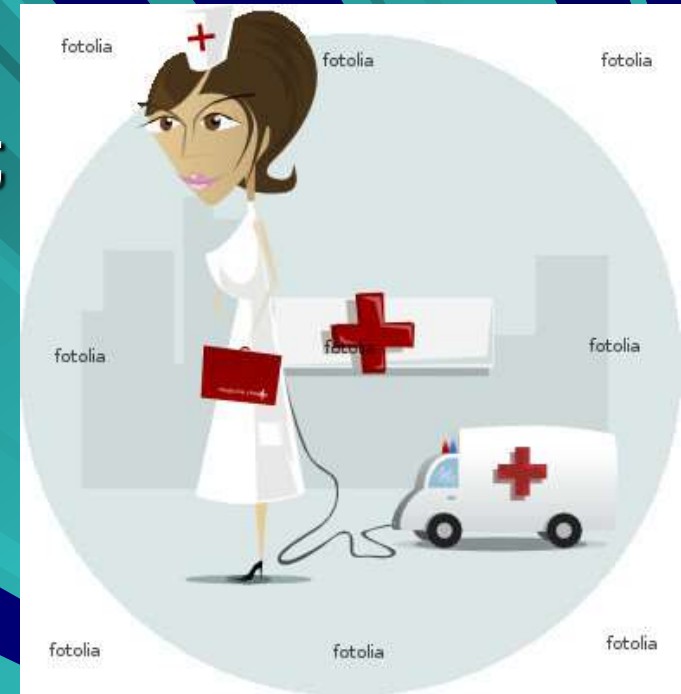


Хворий гине на 3-5й день хвороби при наростаючій легеневій недостатності, іноді впадає в кому.



Кишкова форма:

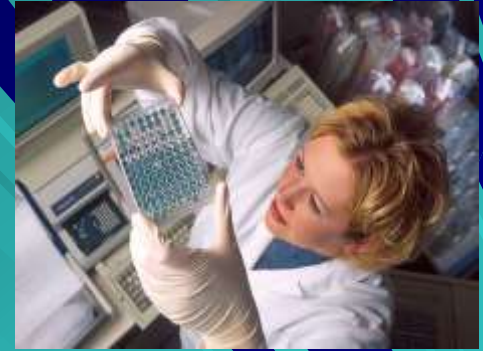
- Надзвичайно тяжка інтоксикація;
- Кривавий пронос;
- Ріжучий біль в епігастрії;
- Нудота;
- Багаторазове блювання;
- Гарячка;
- Дефекація супроводжується тенезмами;



Кишкова форма, як правило, самотійно не виникає, вона приєднується до інших форм.

Лабораторна діагностика:

Для підтвердження діагнозу застосовують такі методи:



- ❖ **бактеріологічний** (основний). Виділяють чисту культуру збудника, яку в подальшому ідентифікують;
- ❖ **бактеріоскопічний** (орієнтовний). Виявлення при мікроскопії в мазках з гною, харкотиння біполярно пофарбованих грам-негативних паличок дає підставу підозрювати чуму;
- ❖ **серологічний**. Для експрес-діагностики використовують метод імунофлуоресценції зі специфічним антитільним діагностику мом. РПГА та інші реакції використовують для ретроспективного діагнозу і обстеження природних осередків. Розроблений високочутливий імуноферментний метод;
- ❖ **біологічний**. Заражають досліджуваним матеріалом лабораторних тварин – мишей і гвінейських свинок



Догляд і лікування хворих:

Хворих на чуму обов'язково госпіталізують у спеціалізований стаціонар, куди їх перевозять на санітарному транспорті. При роботі з хворими на чуму необхідно користуватися спеціальним костюмом, який забезпечує максимальний захист усього тіла.



❑ Для лікування чуми використовують антибіотики (стрептоміцин, тетрациклін, окситетрациклін, доксициклін);

❑ Патогенетичне та симптоматичне лікування;





Реконвалесцентів виписують через 4- 6 тиж. після нормалізації температури тіла і отримання від'ємних результатів бактеріологічного дослідження мазків із носоглотки, харкотиння, пунктату бубона.

Реконвалесценти підлягають диспансерному спостереженню 3 міс. з обов'язковим бактеріологічним дослідженням мазків зі слизової оболонки ротоглотки і харкотиння.

Профілактичні заходи:

При виникненні чуми серед населення здійснюють протиепідемічні заходи, спрямовані на локалізацію і ліквідацію епідемічного осередку. Вони включають:

- ✓ виявлення хворих і госпіталізацію їх у спеціальні лікарні в палати-бокси зі суворим протиепідемічним режимом;
- ✓ виявлення та ізоляцію всіх осіб, які спілкувались із хворими (їх ізолюють на 6 діб і проводять екстрену профілактику антибіотиками - стрептоміцином по 0,5 г 2 рази на добу внутрішньом'язово або тетрацикліном по 0,5 г 3 рази на день всередину протягом 6 днів);
- ✓ проведення подвірних обходів для виявлення хворих із гарячкою та їх госпіталізація в провізорні відділення;
- ✓ встановлення територіального карантину;
- ✓ заключну дезінфекцію в осередку 5 % розчинами фенолу, хлорного вапна та з допомогою парових і пароформалінових камер, а також дезінсекцію і дератизацію на території населеного пункту та навколо нього. Персонал працює в протичумних костюмах;

У природних осередках чуми велике значення має санітарноосвітня робота.

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!