

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Чума — острое зоонозное заболевание, относящееся к группе особо опасных инфекций, характеризуется лихорадкой, выраженной интоксикацией, поражением лимфоузлов, лёгких и других органов. Возбудитель чумная палочка, устойчива во внешней среде, в почве сохраняет жизнеспособность в течение многих месяцев.

Резервуаром и источником инфекции являются грызуны, обитающие в природных очагах. Забайкальский природный очаг (основной носитель чумы — сибирский сурок, а также даурская пищуха и полёвка Брандта), Тувинский природный очаг (носители чумы — длиннохвостые суслики, монгольская пищуха), а также Горно-Алтайский, Волго-Уральский, Зауральский природные очаги чумы. Переносчиком чумных бактерий для людей являются блохи (крысиная блоха). Человек заражается не столько при укусе блохи, сколько после втирания в кожу её фекалий или масс, срыгиваемых при питании. Возможно инфицирование охотников при обработке шкур заражённых животных, а также при употреблении в пищу мяса. Особо опасным является заражение от человека, больного лёгочной формой чумы, когда передача инфекции происходит воздушно-капельным путем. Случаи заболевания людей первично-лёгочной формой чумы наблюдаются и при заражении от домашних кошек. Человеческие вши и клещи также могут передавать инфекцию от человека к человеку.

Инкубационный период составляет 3–6 дней, при лёгочной форме — 1–2 дня, у привитых удлиняется до 8–10 дней.

Кожная форма чумы начинается с появления на коже пятна, затем папулы, везикулы, пустулы и язвы. Пустула наполнена кровянистым содержимым, расположена на твёрдом основании красно-багрового цвета и очень болезненна. Пустула лопается, образуется язва, дно которой покрыто темным струпом. Язвы заживают медленно, образуя рубец.

Бубонная форма чумы характеризуется появлением лимфаденита (чумного бубона) и сильной болью, которая мешает движениям. Бубон это болезненный, увеличенный лимфоузел или конгломерат из нескольких лимфоузлов, спаянных с подкожной клетчаткой. Чаще находятся в паху, могут быть в области подмышечных, шейных лимфоузлов. Воспалется подкожная клетчатка, что придает бубону характерные черты — опухолевидное плотное образование с нечеткими контурами, болезненное. Кожа над ним горячая, становится багрово-красной, синюшной. Возникают вторичные пузырьки с геморрагическим содержимым. Увеличиваются и другие группы лимфоузлов, образуются вторичные бубоны. Нагноившиеся лимфоузлы вскрываются, затем происходит постепенное заживление свищей.

Первично-септическая форма чумы начинается внезапно, появляется озноб, сопровождающийся болями в мышцах и суставах, общая слабость, сильная головная боль, тошнота, рвота, температура достигает 39 °С и выше. Через несколько часов присоединяются возбуждение, заторможенность, сильная головная боль, головокружение, мышечные боли, повторная рвота, нарушается сознание, появляется бред. Изменяется внешний вид: лицо сначала одутловатое, затем —

осунувшееся с синюшностью, тёмными кругами под глазами и страдальческим выражением. Язык покрывается характерным белым налётом — «натёртый мелом», утолщен. Через 12–40 ч нарастают признаки сердечно-сосудистой недостаточности, уменьшается диурез, развивается шок. При отсутствии своевременной медицинской помощи больной погибает в течение двух суток.

Вторично-септическая форма чумы возникает при переходе бубонной формы в генерализованный процесс.

Первично-лёгочная форма чумы представляет собой молниеносную форму заболевания; для нее характерно острейшее начало, выраженная интоксикация, дыхательная недостаточность, болезненный кашель с мокротой, ослабление дыхания, мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Затем появляются признаки токсического поражения нервной системы: страдает психика, больные возбуждены или заторможены, нарушается координация движений, затрудняется речь. Развиваются поражение мозга, угнетение сознания, сопор и кома, острая почечная недостаточность, нарастает острая дыхательная недостаточность, дыхание поверхностное, усиливаются режущие боли в грудной клетке при вдохе. Смерть наступает от сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности в течение 3–4 дней.

Вторично-лёгочная форма чумы развивается у больных с кожно-бубонной или бубонной формой при попадании возбудителя чумы в кровь или лёгочную ткань. На 2–3-й день заболевания присоединяются кашель, лихорадка, одышка, кровянистая мокрота, содержащая чумные палочки, что делает больного высокозаразным для окружающих.

Диагностика чумы проводится с помощью бактериологических и серологических исследований. Материалом служит пунктат нагноившегося лимфоузла, мокрота, кровь больного, отделяемое свищей и язв, секционный материал, пробы воздуха и смывы с помещения, где находился пациент.

В случае подозрения на заболевание чумой устанавливают карантин. Больных и лиц, бывших с ними в контакте, изолируют. Строго проводят комплекс карантинных мероприятий. В очаге инфекции проводят обсервацию с одновременной вакцинацией всех проживающих в регионе и госпитализируют лихорадящих больных. Лечение должно проводиться немедленно, не дожидаясь лабораторного подтверждения диагноза. При назначении антибиотиков в первые 15 ч от начала заболевания лёгочной формой чумы больного можно спасти. Антибиотики вводят в/м или в/в, курс 7–10 дней. Выписка разрешена через 4 недели после выздоровления от бубонной формы чумы и через 6 недель после лёгочной и при получении трёхкратных отрицательных результатов контрольного бактериологического исследования