

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/kursovaya-rabota/342027>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Микробиология

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ 5

1.1. Этиология, патогенез 5

1.2. Классификация, клиническая картина 9

ГЛАВА 2. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЧУМЕ 14

2.1. Диагностика 14

2.2. Лечение 16

2.3. Профилактические мероприятия 23

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 31

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 34

ВВЕДЕНИЕ

Человечество постоянно борется с различными биологическими угрозами: к списку уже известных инфекционных заболеваний добавляются новые, а инфекции, с которыми научились бороться достаточно эффективно, о которых начинают забывать, вновь дают о себе знать. К таким «рецидивирующим» заболеваниям можно отнести и чуму – особо опасное природно-очаговое заболевание с преимущественно трансмиссивным механизмом заражения.

Чума – одна из древнейших болезней, упоминаемых в Библии и древних индуистских книгах. Известно несколько пандемий этого заболевания. Первая была в шестом веке н.э., так называемая «Юстиниановская чума», захватившая ряд областей Африки, Азии и Европы, унесшая половину населения Византийской империи. Вторая пандемия, начавшаяся в XIV веке, была принесена путешественниками в Константинополь и портовые города Италии, унесла четверть населения Европы. В 1352 году чума проникла на территорию России, и тогда только в Москве умерло более 120 000 человек. Третья пандемия, возникшая в 1894 г. на юге Китая, через Гонконг (в связи с чем она получила название «Гонконгская пандемия») за 10 лет распространилась на все континенты, унесла около 15 млн жизней [1].

Заболевание остается актуальным и сегодня. В последние десятилетия о нем также сообщалось в Азии и Южной Америке, но наибольшее число случаев приходится на Африку. В настоящее время тремя наиболее эндемичными странами являются Мадагаскар, ДРК и Перу. На Мадагаскаре случаи чумы возникают практически ежегодно в эпидемический сезон (сентябрь – апрель). Всего в мире за последние годы зафиксировано число заболевших: в 2013 г. – 772 случая; 2014 г. – 622; 2015 г. – 320; 2016 – 248; 2017 – 681; 2018 г. – 243, 2022 г. – 344 случая чумы, больше всего на Мадагаскаре, а также в США, Китае и Монголии. Последний случай заболевания чумой в РФ был зафиксирован в 2015 году.

Актуальность темы определяется значимостью данной патологии для человечества в целом – особо опасной карантинной инфекции, с высокой летальностью, полиорганным поражением.

Цель: Изучить современное лечение чумы, его особенности, профилактику.

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию и патогенез чумы;

2. Изучить классификацию и клиническую картину;

3. Проанализировать лечебно-диагностическую тактику при чуме.

Объект: Современные исследования чумы.

Предмет: Лечебно-профилактическая тактика при чуме.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ

1.1. Этиология, патогенез

Чума (pestis) – острое инфекционное заболевание, характеризующееся выраженной интоксикацией, лихорадкой, поражением лимфатической системы, легких и других органов. Чума относится к группе особо

опасных карантинных инфекций.

Этиология

Возбудитель чумы (*Yersinia pestis*) относится к семейству Enterobacteriaceae рода *Yersinia*, имеет форму полиморфной палочки длиной от 1 до 3 мкм и шириной от 0,3 до 0,7 мкм; с закругленными концами, а середина несколько вздута, что придает ему бочкообразную (яйцевидную) форму.

Палочка легко окрашивается обычными анилиновыми красителями, характерна биполярная грамтрицательная окраска, когда средняя часть окрашивается бледнее концов, не образует спор, заключена в слизистую капсулу и неподвижна. Возбудитель чумы – факультативный анаэроб, хорошо, но медленно растущий на обычных питательных средах при pH 6,9 – 7,2 и оптимальной температуре 38°C. Различают термостабильный соматический антиген и термолабильный капсулярный антиген.

Устойчивость микроба к внешним воздействиям слабая. Особенно вредны для него высокая температура, прямые солнечные лучи, пересыхание, конкуренция со стороны гнилостных микробов. Хорошо переносит низкие температуры. Нагревание убивает палочку при 60°C за 40-60 минут, при 70°C за 6-10 минут и при 100°C возбудитель погибает за секунды. Дезинфицирующие средства (3-5% раствор лизола, 5% раствор карболовой кислоты, 10% раствор известкового молока) вызывают гибель возбудителя через 2-5-10 мин.

Эпидемиология

Выделяют 2 типа очагов чумы: антропоургические («крысиные» или «городские»), самые молодые очаги, существование которых связано с деятельностью человека, и природные «дикие», очаги, в которых инфекция распространяется через грызунов с давних времен.

Чумой болеют крысы, суслики, тарбаганы (сурки), песчанки, мыши и некоторые другие грызуны. Среди грызунов наибольшее эпидемиологическое значение имеют крысы. Грызуны обычно заболевают острой формой чумы и погибают; в умеренном климате грызуны зимой впадают в спячку, и чума у них затягивается, переходит в дремлющую инфекцию. Сохранившийся таким образом возбудитель провоцирует появление эпизоотии в весеннее время. Блохи переносят инфекцию от грызунов к грызунам и от грызунов к человеку. Считается, что человек заражается от укуса блохи. Блоха способна передавать чумную инфекцию через 5-7 дней после употребления зараженной крови. Зараженные блохи снова пытаются сосать кровь, но образующийся «чумной блок» препятствует поступлению крови в желудок, в результате чего срыгиваемые массы, содержащие возбудителя, попадают в рану на месте укуса блохи.

Рисунок 1 – Эпидемиология чумы

В природных очагах чумы человек чаще заражается при непосредственном контакте с больными грызунами и их трупами. Заболеваемость чумой носит сезонный характер, что связано с периодом максимальной численности грызунов и их эктопаразитов - блох. В очагах с умеренным климатом такие заболевания наблюдаются летом-осенью, в очагах с жарким климатом - весной.

Больной чумой не представляет опасности для окружающих до вскрытия bubo, и даже после вскрытия гнойного bubo эта опасность невелика, так как выделяемый гной содержит очень мало чумных микробов или последние полностью отсутствуют. При переходе bubonной чумы в септическую или легочную форму больной, выделяя возбудителя с мокротой, мочой, калом, становится источником чумной инфекции. В этот период человек может заразиться от человека через зараженные предметы обихода или воздушно-капельным путем.

Также известен алиментарный путь заражения – при употреблении в пищу верблюжьего мяса. При возникновении легочных форм чумы первичным, а может быть, и единственным источником является больной человек. Заболевание легочной чумой, как правило, происходит при контакте с больными bubonной формой, у которых развилась вторичная чумная пневмония. Воспаление легких, вызванное возбудителем чумы, обычно сопровождается сильным кашлем с обильным выделением пенистой мокроты с примесью крови, содержащей огромное количество возбудителя. Эпидемии легочной чумы обычно возникают и развиваются в осенне-зимний период. Восприимчивость человека к чумной инфекции очень высока. Перенесенное заболевание оставляет довольно крепкий иммунитет, хотя возможны повторные случаи заболевания чумой.

Патогенез

Возбудитель чумы может попасть в организм человека разными путями: через кожу, слизистые оболочки, дыхательные пути, пищеварительный тракт. Расположение входных ворот влияет на клинические проявления чумы. Наиболее частым местом заражения является кожа, причем заражение может

происходить без видимого нарушения ее целостности. В этих случаях на коже появляется пятно, последовательно переходящее в папулу, везикулу, пустулу с кровянисто-гнойным содержимым. Пустула изъязвляется и образуется язва с приподнятыми красными краями в виде валика. Иногда первичное поражение кожи выглядит как плотный неподвижный карбункул. На месте карбункула образуется язва. Пустулы и карбункулы содержат большое количество микробов чумы. Значительно чаще чумная палочка, поражая кожу человека и не вызывая воспалительных изменений, проникает дальше и с током лимфы разносится до ближайшего регионарного лимфатического узла.

Различают патогенез первичных и вторичных бубонов. Лимфогенного происхождения первичные бубоны всегда имеют территориальную связь с местом проникновения инфекции. Вторичные бубоны всегда возникают гематогенно, чаще всего в более поздние сроки, при этом могут поражаться самые разнообразные периферические и глубокие лимфатические узлы. Вторичные бубоны чаще бывают множественными. Первичные бубоны в зависимости от прогрессирования инфекции принято делить на бубоны первого, второго и т.д. порядка. Чаще всего первичные бубоны одиночные, реже их два и более. Из первичных бубонов микробы распространяются лимфогенным и гематогенным путями. Вторичные бубоны характеризуются меньшими размерами, отсутствием периаденита.

Кожная форма чумы, как правило, дополнительно связана с присоединением регионарного бубона (кожно-бубонная форма). При первично-септической форме чумы (1-10%) проникновение возбудителя вследствие ряда условий (массивная доза возбудителя, отсутствие защитных факторов организма, слабость лимфатического барьера и др.) происходит через кожу и слизистые оболочки, в лимфатические узлы и попадают в общий кровоток, что быстро вызывает генерализацию процесса.

Возникает бактериемия с внедрением возбудителя во внутренние органы и ткани. Характеризуются мелкими и крупными кровоизлияниями, гемолизом эритроцитов, импрегнацией гемоглобином эндокарда, сосудистых стенок. Дистрофические изменения отмечаются во внутренних органах. Селезенка увеличена, набухшая, с кровоизлияниями в капсулу. На вскрытии характерна картина геморрагической септицемии. Кишечная форма чумы является вторичным проявлением сепсиса и не может считаться самостоятельной первичной формой. При первично-легочной чуме пневмония сначала носит серозно-геморрагический характер, затем приобретает некротический характер. Плевра нередко вовлекается в патологический процесс с развитием фибринозного или фибринозно-геморрагического плеврита.

Патоморфологически выделяют 3 варианта клинических проявлений первичной легочной чумы:

1. лобулярная бронхопневмония;
2. сливная лобулярная (псевдолобарная) бронхопневмония;
3. лобарная пневмония.

1. Бережнова, И.А. Инфекционные болезни: Уч. Пос / И.А. Бережнова. - М.: Риор, 2015. - 152 с.
2. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. В. Венгерова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1104 с.
3. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В.И.Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1008 с.
4. Литусов Н.В. Возбудитель чумы. Иллюстрированное учебное пособие. – Екатеринбург: Изд-во УГМА, 2012. – 34 с.
5. Малхазова, С. М. Проблема новых и возвращающихся инфекций: задачи медико-географического изучения [Текст] / С. М. Малхазова, В. А. Миронова // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: География. Геоэкология. – 2017. – № 1. – С. 21–31.
6. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / Под ред. В.И. Покровского. 2-е изд., испр. и доп. 2012. – 496 с.
7. Патологическая анатомия особо опасных инфекций: Электронное обучающееконтролирующее учебное пособие. / Конкина Е.А., Демидов В.И., Шибачева Н.Н., Рачкова О.В. // Иваново : ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, 2015
8. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.7.3465-17 «Профилактика чумы». – 2017.
9. Чума: учебное пособие / А. Н. Матросов, А. А. Слудский, Н. А. Алешо, В. В. Сунцов, З. Л. Девдариани, Н. Г. Политова; ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора; ИПЭЭ РАН им. А. Н. Северцова; ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. – ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2021. – 161 с.
10. Шувалова, Е.П. Инфекционные болезни / Е.П. Шувалова. - СПб.: Спецлит, 2019. - 575 с.
11. Ющук, Н. Д. Лекции по инфекционным болезням. В 2 томах. Том 2 / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 592 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kursovaya-rabota/342027>