

## ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНА АНТРОПОЗООНОЗ НА ХВОРОБА – ЧУМА ТА ПИТАННЯ ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ

*Костенко А.А.,  
здобувач вищої освіти СВО «Магістр»  
факультету ветеринарної медицини,  
голова наукового товариства здобувачів вищої освіти ПДАА*

*Науковий керівник - Опара Н.М.,  
кандидат сільськогосподарських наук, доцент*

Особливо небезпечні хвороби (ОНХ) – умовна група інфекційних хвороб, що мають винятково епідемічну небезпеку. Перелік і заходи профілактики розповсюдження ОНХ були закріплені у міжнародних медично-санітарних правилах (ММСП) прийнятих 22-ю сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я ВООЗ 26 липня 1969 року. У 2005 році на 58-ій сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я ВООЗ прийняла нові ММСП, в яких були введені досить багато чисельні і серйозні зміни.

Особливо небезпечні інфекції у зв'язку своєї специфіки становлять основу біологічної зброї масового ураження, тому їх вивчення має військове значення. У ветеринарній практиці ряд інфекційних захворювань тварин, що призводять до виникнення епізоотії, до карантинних і особливо небезпечних хвороб тварин віднесені, в залежності до країни, до сорока двох нозологічних одиниць.

Чума (pestis) – гостре природно-вогнищеве трансмісивне захворювання, що характеризується лихоманкою, важкою інтоксикацією, сепсисом. Є особливо небезпечною карантинною (конвенційною) інфекцією, на яку розповсюджуються «Міжнародні медично-санітарні правила». Назва хвороби походить від арабського слова «джумба» (боб). За всю історію людства відомо три пандемії чуми.

Перша («юстиніанова чума») датується VI сторіччям, охоплювала країни Близького Сходу, Європи, викликала загибель близько 100 мільйонів людей.

Друга пандемія («чорна смерть») була занесена з Азії у Європу у 1348 році. Вона унесла життя  $\frac{1}{4}$  населення Європи (близько 50 мільйонів життів). У Венеції, що втратила  $\frac{3}{4}$  своїх мешканців вперше в історії були введені карантинні заходи (guarentena, om garanta giorni - сорок діб).

Третя пандемія почалася в 1894 році в Кантоні і Гонконзі. За наступні десятиріччя чумою було охоплено 87 портових міст на усіх континентах. Під час цієї пандемії загинуло більше 87 мільйонів осіб. Під час третьої пандемії хвороби були зроблені великі відкриття, що заклали наукові основи боротьби з чумою.

Французький вчений А. Іерсен у 1894 році виділив мікроб чуми від хворих, а у 1897 році від крис. У 1912 році Д.Х. Заболотний встановив природну вогнище вість чуми. У 1926 році В.А. Хавкіним була розроблена ефективна вакцина.

Проведення науково обґрунтованих заходів у ХХ сторіччі дозволило ліквідувати епідемії чуми у світі, але спорадичні випадки захворювання щорічно реєструються у природних вогнищах.

Розрізняють природні, первинні («дика чума»), та синантропні (антропургічні) вогнища чуми («міська», «портова», «корабельна», «крисина»).

Природні вогнища та їх становлення не пов'язані з людиною і її господарською діяльністю. Циркуляція збудників у природних вогнищах трансмісивних хвороб відбувається між дикими тваринами і кровососними членистоногими (блохами, кліщами).

Людина, потрапляючи у природне вогнище, може зазнати захворювання через укуси кровососними членистоногими переносників захворювання, при безпосередньому контакті з кров'ю інфікованих промислових тварин.

Виявлено близько 300 видів і підвидів гризунів, носіїв чумного мікроба (суслики, сурки, пісчанки, хом'яки, польовки, криси, морські свинки). У гризунів, що знаходяться у стані сплячки у холодну пору року чума протікає у хронічній формі. Синантропні вогнища чуми є вторинними. В них джерелами і зберігачами збудника є домові види пацюків (три підвиди) і мишей. Ці вогнища виявлені в місцевостях між 35° північної широти та 35° південної широти.

Під час епізоотій у населених пунктах можуть заражатися деякі види домашніх тварин: коти, верблюди. Специфічними переносниками є більш ніж 120 видів та підвидів бліх.

Людина заражається чумою наступними шляхами:

- трансмісивним - через укуси інфікованих бліх;
- контактним – при знаття шкірок інфікованих промислових гризунів і розробці м'яса заражених верблюдів;
- аліментарним – при вживанні в їжу харчів, що забруднені бактеріями;
- аерогенним – від хворих легеневою формою чуми.

Сприйнятливість людини до чуми досить висока. Індекс захворюваності дорівнює одиниці.

У розвитку епідемії чуми виділяють три етапи:

I етап – передача збудника за схемою гризун — блоха — гризун;

II етап - в епідемічний ланцюг включається людина;

III етап – аерогенний шлях зараження; хвороба розповсюджується як антропоноз.

В даний час активні ензоотичні вогнища зберігаються у Північно-Східній Азії, Африці, Америці. Відповідно класифікації Г.П. Руднева (1970) розрізняють наступні клінічні форми чуми:

1. Локальні форми чуми: шкірна; бубонна; шкірно-бубонна.

2. Внутрішньо-дисеміновані або генералізовані: первинно-септична; вторинно-септична.

3. Зовнішньо-дисеміновані: первинно-легенева; вторинно-легенева; кишкова.

Також описують стерті, легкі, субклінічні форми.

Розпізнавання чуми викликає труднощі при виявленні спорадичних випадків, які можуть бути попередниками епідемічного спалаху.

Визначальну роль у розпізнаванні чуми відіграють методи лабораторної діагностики (бактеріоскопічний, бактеріологічний, біологічний і серологічний), які проводяться у спеціальних лабораторіях, що працюють у відповідності з інструкціями про режим роботи протичумних установ.

Хворі на чуму підлягають суворій ізоляції і обов'язковій госпіталізації. По закінченню лікування через 2-6 діб обов'язково проводять трьохкратний бактеріологічний контроль. Випишують хворих із стаціонару після повного клінічного видужування і негативних результатах бактеріологічного контролю.

Існує єдина в світі потужна протичумна система, яка здійснює профілактичні і протиепідемічні заходи у природних вогнищах чуми. Щорічно кількість захворівши чумою становить близько 2,5 тисяч осіб, без тенденції до зниження.

За інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з 1989 по 2004 рік було зафіксовано біля сорока тисяч випадків у 24 країнах. Летальність склала 7 % від числа захворівших. У ряді країн Азії (Казахстан, Китай, В'єтнам, Монголія), Африки (Мадагаскар, Танзанія), Західній півкулі (Перу, США) випадки інфікування людей реєструвались майже щорічно.

У 2009 році на Західній Україні від легеневої чуми за неофіційною статистикою загинуло близько 130 чоловік.

Профілактика включає наступні заходи:

1. Попередження захворювання людей і виникнення спалахів у природних вогнищах.
2. Попередження інфікування осіб, що працюють із зараженим, або підозрілим на зараженість чумою матеріалом.
3. Попередження завозу чуми на територію країни із-за кордону.

Система заходів проти заносу і розповсюдження чуми включає заходи із санітарної охорони кордонів і території країни від особливо небезпечних карантинних хвороб, передбаченими правилами по попередженню конвенціальних інфекцій, спеціальними наказами МОЗ.

Заходи спрямовані на попередження завозу інфекції з-за кордону, передбачені спеціальними «Міжнародними санітарними правилами». Заходи по попередженню зараження людей чумою в ензоотичних районах осіб, працюючих з особливо небезпечними інфекціями, а також попередженню виносу інфекції за межі вогнищ в інші райони країни здійснюється протичумними і іншими закладами охорони здоров'я.

Робота у лікарнях для хворих чумою повинна проводитися у спеціальних захисних костюмах з дотриманням суворого порядку одівання і зняття захисного костюма.

### **Список використаних джерел**

1. Особливо небезпечні інфекції: Навчальний посібник / В.М.Козько, Е.О.Белкіна, Н.Ф.Меркулова – Харків: ХДМУ, 2008. – 92 с.
2. Інфекційні хвороби (підручник) (за ред. О. А. Голубовської). - Київ: ВСВ «Медицина» (2 видання, доповнене і перероблене). - 2018. - 688 С. + 12 с. кольор. вкл. (О. А. Голубовська, М. А. Андрейчин, А. В. Шкурба та ін.) ISBN 978-617-505-675-2 / С. 576-585.