

Будьте бдительны, СИБИРСКАЯ ЯЗВА!!! Это может быть ОПАСНО!!!



Рис. 2.78. Мазок из чистой культуры *B. anthracis* (ГНФФ)

Сибирская язва (Anthrax) представляет собой острую зоонозную антропургическую особо опасную бактериальную инфекционную болезнь с контактным механизмом передачи, которая у человека чаще всего протекает в кожной форме. Возбудитель сибирской язвы - *Bacillus anthracis* грамположительная неподвижная палочка существует в двух формах - бациллярной (вегетативной) и споровой. Споровая форма устойчива к внешним воздействиям и может сохранять в почве жизнеспособность и способность вызывать заболевание в течение нескольких десятилетий. Встречается в Ростовской и Волгоградской областях, Ставропольском и Краснодарском краях, Калмыкии.



Основными источниками возбудителя сибирской язвы для человека являются сельскохозяйственные животные (крупный и мелкий рогатый скот, лошади, верблюды, свиньи), больные сибирской язвой. Резерву-



аром возбудителя сибирской язвы служит почва и другие объекты окружающей среды, содержащие возбудителя в споровых и вегетативных формах.



Механизм передачи возбудителя зависит от условий заражения и реализуется преимущественно контактным путем, при котором споры попадают через кожу, микротравмы; пищевым (алиментарным) путем - при употреблении зараженных продуктов - возникает кишечная форма; аспирационным (воздушно-пылевым) путем - при вдыхании инфицированной пыли, костной

муки - возникают легочные формы. Трансмиссивная передача возбудителя сибирской язвы возможна при укусах инфицированными кровососущими членистоногими (комарами, мокрицами и т.д.).

Инфицирование имеет преимущественно профессиональный характер. Заражение может наступать при уходе за больными животными, убое скота, обработке мяса, а

также при контакте с продуктами животноводства (шкуры, кожи, меховые изделия, шерсть, щетина), обсемененными спорами сибирезязвенного микроба. Контингентами высокого риска заражения являются сельскохозяйственные рабочие, работники животноводческих ферм и ветеринары, рабочие мясобоен и мясокомбинатов, кожевенных заводов, шерстомойных фабрик и цехов по изготовлению мясо-



костной муки и костного клея и другие.

Инкубационный период заболевания может быть от нескольких часов до 8 дней, чаще он составляет 2 - 4 дня.

Клинические формы заболевания сибирской язвой разнообразны и зависят от механизма и путей передачи возбудителя:



- кожная, легочная,
- кишечная форма сибирской язвы,
- сибирезязвенная септицемия

Кожная форма характеризуется местными изменениями в области ворот инфекции. В начале в месте поражения возникает красное пятно, которое приподнимается над уровнем кожи, образуя папулу, затем на месте папулы развивается везикула, через некоторое время везикула превращается в



пустулу, которая покрывается темной коркой. Процесс протекает быстро, с момента появления пятна до образования пустулы проходит несколько часов. Местно больные отмечают зуд и жжение. Лихорадка до 40°C, общая слабость, разбитость, головная боль, адинамия, тахикардия появляются к концу первых суток или на 2-й день болезни. Лихорадка держится в течение 5-7 дней, температура тела снижается критически. Большее влияние на тяжесть течения болезни оказывает возраст больного. До введения в практику антибиотиков среди больных старше 50 лет летальность была в 5 раз выше (54%), чем у лиц более молодого возраста (8-11%).

Легочная форма сибирской язвы начинается остро, протекает тяжело и даже при современных методах лечения может закончиться летально. На фоне полного здоровья возникает потрясающий озноб, температура тела быстро достигает высоких цифр (40°C и выше), отмечается конъюнктивит (слезотечение, светобоязнь, гиперемия конъюнктив), катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей (чихание, насморк, хриплый голос, кашель). Состояние больных с первых часов болезни становится тяжелым, появляются сильные колющие боли в груди, одышка, цианоз, тахикардия (до 120-140 уд/мин), АД понижается. В мокроте наблюдается примесь крови. Смерть наступает через 2-3 дня.

Кишечная форма сибирской язвы характеризуется общей интоксикацией, повышением температуры тела, болями в эпигастрии, поносом и рвотой. В рвотных массах и в испражнениях может быть примесь крови. Состояние больного прогрессивно ухудшается и при явлениях инфекционно-токсического шока больные умирают.

При любой из описанных форм может развиваться сибирезвенный сепсис с бактериемией, возникновением вторичных очагов (менингит, поражение печени, почек, селезенки и другие). темного струпа, окруженного вторичными пустулами, отеком и гиперемией, анестезия язвы). Следует учитывать, что у привитых все изменения кожи могут быть выражены слабо и напоминать стафилококковые заболевания (фурункул и другие).



Лабораторным подтверждением диагноза служит выделение культуры сибирезвенной палочки и ее идентификация.

Лечение. При первых признаках заболевания, рекомендуем Вам обращаться за медицинской помощью по месту жительства в лечебно-профилактические организации.

Прогноз. До введения в практику антибиотиков смертность при кожной форме

достигала 20%, при современном раннем начале лечения антибиотиками она не превышает 1%. При легочной, кишечной и септической формах прогноз неблагоприятный.

Профилактика и мероприятия в очаге. Выявление и ликвидация очагов инфекции по линии ветеринарной службы. Лицам, подвергающимся опасности заражения сибирской язвой (работникам предприятий по переработке кожевенного сырья и шерсти, мясокомбинатов, ветеринарным работникам, работникам лабораторий, работающим с возбудителем сибирской язвы), проводят профилактические прививки сибирезвенной живой сухой вакциной



(СТИ). Больных госпитализируют в отдельную палату, проводят текущую дезинфекцию. Выписывают после полного выздоровления и эпителизации язв. За лицами, контактировавшими с больными животными, устанавливается медицинское наблюдение в течение 2 нед., с проведением антибактериальной профилактики.