

Глава 8

ИНФЕКЦИИ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ

Ящур (aphthae epizooticae) - острая зоонозная инфекция вирусной этиологии, протекающая с интоксикацией, везикулезно-эрозивным поражением слизистых оболочек полости рта, носа, кожи между пальцами и у ногтевого ложа.

Исторические сведения. Первое описание ящура у животных сделал в 1546 г. итальянский врач Д. Фракасторо. У людей это заболевание известно с 1764 г. В 1897 г. Ф. Леффлер и П. Фрош установили, что возбудитель ящура, содержащийся в везикулах, проходит через бактериальные фильтры. В дальнейшем была окончательно доказана вирусная природа заболевания.

Этиология. Возбудитель ящура относится к роду Rhinovirus, семейству Picornaviridae и является одним из наиболее мелких РНК-содержащих вирусов. Размер его от 8 до 20 нм. Этот вирус отличается высокой вирулентностью и дерматотропностью. Представлен 7 серологическими типами, различающимися по антигенной структуре. Каждый серологический тип имеет несколько антигенных вариантов. В нашей стране наиболее распространены вирусы типов О и А. Вирусы устойчивы к высушиванию и замораживанию, быстро погибают при нагревании до 60 °С, действию ультрафиолетовых лучей и дезинфицирующих веществ. Культивируют вирусы на развивающихся тканевых культурах. Из лабораторных животных к возбудителю ящура наиболее восприимчивы морские свинки и новорожденные мыши.

Эпидемиология. Ящур - распространенная инфекция среди животных. В некоторых странах эпизоотии ящура повторяются через определенные промежутки времени. В нашей стране эпизоотии наблюдались в основном в местах массового скопления скота в 1941 -1948 гг., 1952 и 1965 гг.

Наиболее подвержены заболеванию молодые животные. У них ящур протекает тяжело и с высокой летальностью. Больные животные выделяют вирус во внешнюю среду со слюной, молоком, испражнениями, мочой и таким образом являются источниками инфекции.

Основной путь заражения людей алиментарный - через сырое молоко больных животных и необезвреженные молочные продукты, реже через мясо. Ящур может быть профессиональным заболеванием. Возможно инфицирование путем прямого контакта с больными животными (при доении, уходе, лечении, убойе и др.), воздушно-капельным путем (при дыхании, кашле животных), а также через предметы, загрязненные их выделениями. Описаны случаи внутрилабораторного заражения. От человека к человеку инфекция не передается. Взрослые люди мало восприимчивы к ящур, чаще болеют дети. Иммунитет типоспецифичен и связан с наличием вируснейтрализующих антител.

Патогенез и патологическая анатомия. Входными воротами инфекции являются слизистые оболочки рта (реже слизистые оболочки желудочно-кишечного и дыхательного тракта) и поврежденная кожа. В месте внедрения возбудителя образуется первичный аффект - небольшой пузырек, в котором происходит репликация и накопление вируса. В дальнейшем наступает вирусемия, обуславливающая интоксикацию. В процессе гематогенной диссеминации в силу дерматотропности вирус фиксируется в эпителии слизистых оболочек (полость рта, носа, уретра) и кожи (кисти и стопы), где появляются вторичные везикулы. С развитием вторичных везикул вирус исчезает из крови.

В биоптатах пораженных участков кожи и слизистых оболочек обнаруживают очаговые некрозы. Летальные исходы крайне редки. При патологоанатомическом исследовании выявляются обширные участки некроза слизистых оболочек ротовой полости, пищевода, кишечника, а также гнойно-некротический трахеобронхит и уретрит. Отмечаются значительные изменения в сердечной мышце, венозное полнокровие печени, почек и мозга.

Клиническая картина. Ящур у человека во многом сходен с аналогичным заболеванием у животных. Инкубационный период длится чаще всего 3-4 дня, но иногда бывает короче (2 дня) или продолжительнее (до 12 дней). Заболевание начинается остро с озноба, повышения температуры тела до 39-40 °С, головной и мышечных болей. К концу 1-х суток появляются симптомы поражения слизистых оболочек: жжение в полости рта, обильное слюнотечение, покраснение глаз, нередко возникают боли при мочеиспускании, дисфункция кишечника. При осмотре отмечается яркая гиперемия и значительная отечность слизистых оболочек щек, мягкого неба, языка, дужек и губ, затем возникает большое количество мелких пузырьков - афт, вначале наполненных прозрачным, а в дальнейшем мутным содержимым. Через 1-2 сут пузырьки лопаются, на их месте остаются язвочки (эрозии), нередко сливающиеся между собой с образованием обширных участков изъязвления. Увеличиваются и становятся болезненными регионарные лимфатические узлы. Больные становятся раздражительными, не могут разговаривать, глотать, истекают слюной (2-4 л в сутки). Поражения конъюнктивы, слизистых оболочек носа, уретры, влагалища обуславливают соответствующие клинические симптомы. Нередко высыпания появляются вокруг рта, на кистях, стопах, голенях. Диагностическое значение имеют высыпания в межпальцевых складках рук, ног и около ногтей.

При отсутствии осложнений болезнь длится 5-7 дней. Эпителизация эрозий наступает к 5-му дню от начала заболевания. У отдельных больных наблюдается затяжное течение болезни до нескольких месяцев с повторными везикулезными высыпаниями. В таких случаях температура обычно нормальная и общее состояние удовлетворительное. У детей ящур протекает тяжело, как правило, с явлениями гастроэнтерита. В крови отмечаются лейкопения и эозинофилия.

На продолжительность и тяжесть заболевания влияют различные осложнения, вызванные вторичной бактериальной флорой, легко проникающей через изъязвления на слизистых оболочках и коже, что может привести к пневмонии, миокардиту и сепсису.

Прогноз благоприятный, но при тяжелом течении болезни у детей с развившимся гастроэнтеритом - серьезный.

Диагностика. Клиническая диагностика ящура при типичном течении не вызывает затруднений. При менее очерченных клинических симптомах большую помощь в постановке правильного диагноза оказывают эпидемиологический диагноз и эпизоотологические данные.

Выделение вируса осуществляется из крови, слюны, афтозных элементов и фекалий. Серологические исследования при ящуре проводят с помощью РСК и РНГА в парных сыворотках с промежутком 6-8 дней. Более четкие результаты дает реакция длительного связывания комплемента (РДСК). Лучшим диагностическим тестом является биологическая проба: содержимое афт, взятых от больного, втирают в "подушечки" лапок морских свинок. При наличии вируса ящюра на месте его внедрения у подопытного животного появляются характерные афтозные элементы.

Ящур дифференцируют в первую очередь от афтозного стоматита, герпетической инфекции, ветряной оспы, пемфигуса, токсических и микозных стоматитов, энтеровирусных заболеваний.

Лечение. Обязательна госпитализация больных ящуром сроком не менее 14 дней. Больной нуждается в тщательном уходе, симптоматическом и местном лечении. Показаны щадящая диета (назначение полужидкой, легкоусвояемой пищи, небольшими порциями 5-6 раз в сутки), обильное питье. Перед приемом пищи больному дают 0,1 г анестезина. Иногда прибегают к кормлению через зонд. Особо важное значение приобретает соблюдение гигиены полости рта.

С первых дней заболевания необходимо проводить местную противовирусную терапию. С этой целью могут быть использованы 0,25-0,5 % оксолиновая, 0,25-0,5 % флореналевая, 0,25-0,5 % теброфеновая, 4 % гелиомициновая, 0,25 % риодоксолевая, 50 % интерфероновая и другие мази.

Применяют растворы лейкоцитарного интерферона и 0,1 - 1 % раствор РНКазы. Указанные препараты наносят на пораженные участки слизистых оболочек и кожи 3-5 раз в день.

С целью усиления процессов эпителизации могут быть использованы ультрафиолетовое облучение и свет гелиево-неонового лазера, а также аэрозольные препараты "Ливиан", "Левовинизоль", пантенол, "Винизоль" и др.

В тяжелых случаях проводят дезинтоксикационную терапию, применяют сердечно-сосудистые средства, витамины, болеутоляющие, антигистаминные препараты. При наложении вторичной инфекции назначают антибиотики и сульфаниламиды.

Профилактика. Профилактика ящюра включает меры личной предосторожности обслуживающего персонала в очаге инфекции и санитарно-ветеринарные мероприятия.

В эндемичных местах обязательны пастеризация и кипячение молока, а также приготовление масла из пастеризованных или кипяченых сливок. Необходимо тщательное соблюдение мер предосторожности при уходе за больными животными (мытьё рук, ношение спецодежды - клеенчатого фартука, резиновых перчаток, сапог и др.).

В лабораториях, где проводятся работы с заразным материалом, следует строго соблюдать режим в соответствии с инструкциями. В угрожаемых зонах необходима систематическая санитарно-просветительная работа среди населения.

Источник: Шувалова Е. П. Инфекционные болезни: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. -560 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов).