Формы чумы: кожная, бубонная, первично-лёгочная, вторично-лёгочная, первично-септическая. Иногда говорят ещё о кишечной форме заболевания.
 Кожная (кожно-бубонная) форма. В отличие от всех других форм, в коже, т.е. во входных воротах, существует первичный аффект в виде чумной фликтены. В месте укуса блохи на коже рук, ног, лица или шеи образуется красное пятно, оно быстро превращается в папулу, затем появляются везикулы и, наконец, пустулы. Они наполнены гнойно-геморрагическим экссудатом, содержащим большое количество возбудителей . Обычно пустулы сливаются, образуя чумной карбункул, далее происходит его быстрое изъязвление и нагноение. Это — первичный аффект. Отсюда палочка по лимфатическим сосудам проникает в регионарные лимфатические узлы, где развивается серозное и серозно-геморрагическое воспаление и возникает первичный бубон I порядка. Образуется первичный инфекционный комплекс. Кожная форма чумы относительно редка. При благоприятном исходе заболевания происходит рубцевание язвы.

 Бубонная форма чумы бывает наиболее часто. Изменения в месте укуса блохи и внедрения инфекции отсутствуют. Поэтому первоначально выявляют поражение лимфатических узлов, регионарных по отношению к месту внедрения инфекта. В них развивается серозное воспаление, очень быстро переходящее в серозно-геморрагическое. Развивается некроз ткани, воспаление становится некротически-геморрагическим, присоединяется нагноение. Лимфатические узлы увеличены до 8–10 см, спаяны между собой и с кожей, они плотные, вокруг них — резчайший отёк. Кожа над бубонами синюшно-красная, блестящая. Это также первичные бубоны I порядка. На разрезе лимфатические узлы тёмно-красного цвета, с желтоватыми очагами некроза и гнойного расплавления. В них огромное количество быстро размножающихся чумных палочек. При лимфогенном распространении палочки вызывают лимфангит и лимфаденит в виде первичных бубонов II и III порядка. Очень скоро возбудитель попадает в кровь, что приводит к гематогенной генерализации инфекции, развитию тяжёлых васкулитов с периваскулярными кровоизлияниями, возникновению сепсиса в виде септицемии. Палочка чумы попадает во все органы, в них возникают эмболические очаги с теми же изменениями, что и в первичном бубоне. При бактериемии особенно страдает микроциркуляция, что усиливает повреждения внутренних органов. Выделение фибринолизина чумной бактерией вызывает множественные кровоизлияния во всех органах и тканях. Особенно страдает сердце, в нём возникают выраженная жировая дистрофия и реактивный серозный миокардит. Селезёнка большая, «септическая».

 Вторично-лёгочная чума в виде чумной бронхопневмонии возникает в результате попадания с кровью в лёгкие палочек чумы. В лёгочной ткани развиваются те же процессы, что и в других органах: очаги некрозов с геморрагиями, часто сливные, со множеством чумных бактерий. Гематогенно палочка попадает и в лимфатические узлы, где возникают вторичные бубоны как результат генерализации инфекции.

 Первично-лёгочная форма чумы развивается при заражении от уже больного чумой

человека, страдающего вторично-лёгочной формой заболевания. Передача инфекции происходит воздушно-капельным путём, обычно при уходе за больным чумой . Этой формой болезни, как правило, страдают члены семьи, живущие вместе. При первично-лёгочной чуме в лёгких развивается очагово-сливная, нередко долевая геморрагически-некротическая бронхопневмония с тяжелейшей интоксикацией — выражением септицемии. Характерны высокая температура, тяжёлая одышка, кашель с большим количеством кровянистой мокроты, содержащей бактерии. Длительность этой формы чумы — 2–3 сут, смертность достигает 100%. При аутопсии лёгкие плотные, на разрезе пёстрые, серо-красного цвета, с очагами некрозов и нагноений. На плевре — фибринозные наложения, в бронхах и трахее — серозно-геморрагическое воспаление, в паренхиматозных органах — жировая дистрофия, нередко реактивные воспалительные изменения стромы.

 Первично-септическая форма чумы протекает как септицемия. Смерть наступает через 1–1,5 сут, поэтому специфические изменения не успевают возникнуть. Диагноз устанавливают с помощью бактериологического и бактериоскопического исследований. Смертность составляет 100%.

Интересные медицинские статьи:

1) Аномалии зубов и шеи

2) Формы стоматитов

3) Расстройства пристеночного пищеварения