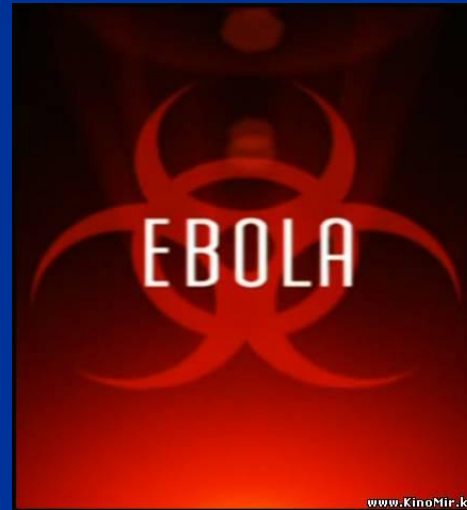


ЛИХОРАДКА ЭБОЛА



Врач-эпидемиолог БУ ХМАО-Югры
«Нижневартовский перинатальный
центр»

Савченко Людмила Андреевна

ЛИХОРАДКА ЭБОЛА

- особо опасная инфекция
- острое, предположительно зоонозное заболевание из группы вирусных геморрагических лихорадок, протекающее с выраженным геморрагическим синдромом, отличается высоким уровнем летальности.
- на **02 октября 2014г.** число жертв вспышки лихорадки Эбола достигло **7178** человек, **3338** летальных случаев



Общее количество пострадавших:

- ❖ Гвинея-1157 случаев, в т.ч.710 летальных;
- ❖ Либерия-3696 случаев, в т.ч. 1998 летальных;
- ❖ Сьерра Леоне-2304 сл, в т.ч. 622 летальных;
- ❖ Нигерия-20 случаев, в т.ч 8 летальных;
- ❖ Сенегал-1 случай

КРАТКИЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

- Заболевание вызывается вирусом Эбола, получившим свое название по названию реки в Демократической Республике Конго (ранее Заир) в Африке, где впервые был идентифицирован.
- Данный возбудитель является одним из двух представителей семейства РНК-содержащих филовирусов (Filoviridae).
- Три из четырех разновидностей вируса Эбола вызывают болезнь у людей, среди них Эбола-Заир, Эбола-Судан и Эбола-Кот-д-Ивуар. Четвертый вид, Эбола-Рестон, приводит к заболеванию только у нечеловекообразных обезьян.
- В лабораторных условиях культуры возбудителя поддерживают пассажем через печень или кровь обезьян. Вирус Эбола имеет среднюю степень устойчивости во внешней среде.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Инкубационный период - 21 сутки (чаще от 4 до 16 суток).
- Источник инфекции - шимпанзе, обезьяны циномолгус, больной человек
- Инфекция, провоцируемая вирусом Эбола, у человека является случайной, так как он не является носителем возбудителя. Исследователи полагают, что первый пациент заражается из-за контакта с больным животным.
- Больной человек очень опасен для окружающих, известны 5-8 последовательных передач вируса от больного и возникновение внутрибольничных вспышек болезни. Отмечено, что при первых передачах летальность была наивысшей (100%), затем она снижалась. Вирус выявляют в различных органах, тканях и выделениях: в крови (7-10 дней), слизи носоглотки, моче, сперме.
- Больной представляет высокую опасность в течение 3 недель от начала болезни; в инкубационный период больной вирус не выделяет.
- Неизвестно, почему некоторые люди способны выжить после заражения вирусом Эбола, а другие нет. Однако, установлено, что организм умерших пациентов не сумел развить сколько-нибудь значительный иммунный ответ на вирус к моменту смерти.

МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ

- Политропность вируса, многообразие путей его выделения из организма определяют следующие пути передачи вируса.
- контакт с кровью больных,
- половой;
- воздушно-капельный;
- контактно-бытовой (при пользовании общими предметами обихода и совместном питании).
- Установлено, что заражение при лихорадке Эбола в основном реализуется путём прямого контакта с инфицированным материалом. Заболевание очень контагиозно и передаётся при попадании вируса на кожу и слизистые оболочки. Наиболее опасна кровь. Наибольшему риску заражения подвергается медицинский персонал при уходе за больными, а также персонал, осуществляющий отлов, транспортировку обезьян и уход за ними в период карантина.
- Отсутствие заболеваний среди лиц, находившихся с больными в одном помещении, но не имевших с ними тесного контакта, позволило сделать вывод о том, что воздушно-капельная передача маловероятна.
- Естественная восприимчивость людей к лихорадке Эбола высокая. Постинфекционный иммунитет стойкий. Повторные случаи заболеваний редки; их частота не превышает 5%.

УСЛОВИЯ ЗАРАЖЕНИЯ

- пребывание в странах Западной и Центральной Африки;
- уход за больным (или контакт) геморрагической лихорадкой или заболеванием с неясной этиологией, в т.ч. протекавшим с геморрагическим синдромом и прибывшим из районов Западной или Центральной Африки;
- участие в ритуале похорон умершего от геморрагической лихорадки;
- лабораторное заражение;
- контакт с шимпанзе, обезьянами циномогус или их органами.



ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Заболевание начинается остро с повышения температуры до 39° С, появления общей слабости, сильной головной боли.
- Затем появляются боли в области шейных и поясничных мышц и мышцах ног, развивается конъюнктивит.
- Больные нередко жалуются на сухой кашель, резкие боли в груди, сильную сухость в горле и глотке, которые мешают есть и пить и часто приводят к появлению трещин и язв на языке и губах.
- На 2-3 день болезни появляются боли в животе, рвота и понос. Через несколько дней стул становится дегтеобразным или содержит яркую кровь. Диарея часто вызывает дегидратацию различной степени.
- Обычно на 5 день болезни больные имеют характерный внешний вид: запавшие глаза, истощение, слабый тургор кожи. Полость рта сухая, покрыта мелкими язвами, похожими на афтозные.
- На 5-6 день болезни сначала на груди, затем на спине и конечностях появляется пятнисто-папулезная сыпь, которая через 2 суток исчезает. На 4-7 день болезни развиваются геморрагический синдром (кровотечения из носа, десен, ушей, мест шприцевых уколов, кровавая рвота, мелена) и тяжелая ангина.
- Часто отмечаются симптомы, свидетельствующие о вовлечении в процесс ЦНС (тремор, судороги, парестезии, менингеальные симптомы, резкая заторможенность или наоборот возбуждение, раздражительность и агрессивность, в тяжелых случаях развиваются отек мозга, энцефалит).
- Смерть наступает на 8-9 день болезни от кровопотери и шока.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА



ОСЛОЖНЕНИЯ

- кровотечения
- гиповолемический и инфекционно-токсический шоки
- Прогноз заболевания крайне неблагоприятен; в отдельных очагах летальность составляет от 50% до 90%.



ЛЕЧЕНИЕ

- ⦿ Проводят в специализированных инфекционных отделениях с режимом строгой изоляции в боксированных палатах.
- ⦿ Этиотропная терапия не разработана. В эпидемических очагах может быть получен положительный эффект от применения плазмы реконвалесцентов.
- ⦿ Нет эффективных противовирусных химиопрепаратов.
- ⦿ Основное значение имеет патогенетическая терапия. Проводится комплекс мероприятий, направленных на борьбу с обезвоживанием, инфекционно-токсическим шоком.

МЕРОПРИЯТИЯ В ЭПИДОЧАГЕ

- Реконвалесцентов выписывают не ранее 21-го дня от начала болезни при нормализации состояния и 3-кратных отрицательных вирусологических исследованиях.
- Все предметы обихода больного должны быть строго индивидуальными, маркированными. Их хранят и дезинфицируют в боксированном помещении, где находится больной.
- Для лечения применяют мединструментарий одноразового использования; после употребления их обеззараживают и утилизируют.
- В период текущей дезинфекции применяют дезинфицирующие средства в рабочей концентрации по вирусному режиму.
- Обслуживающий персонал должен работать в противочумном костюме 1 типа. Особую осторожность следует соблюдать при исследованиях крови и других биологических материалов от больных геморрагическими лихорадками и подозрительных на заболевание.
- Контактные с больным лихорадкой Эбола (или лицом, у которого подозревают развитие заболевания), изолируют в бокс и наблюдают в течение 21 дня. Во всех случаях подозрения на заражение вирусом Эбола вводят специфический иммуноглобулин из сыворотки гипериммунизированных лошадей. Срок действия иммуноглобулина - 7-10 дней.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

- Предупреждение заболеваемости вирусом Эбола в Африке достаточно трудоемко.
- Неизвестно происхождение и размещение естественных резервуаров возбудителя.
- Если случаи лихорадки Эбола до сих пор возникают, значит, экономические и социальные условия благоприятствуют распространению эпидемии в больницах и госпиталях.
- Меры по своевременному выявлению пациентов, зараженных вирусом и предотвращению контакта незащищенного человека с кровью и выделениями больного.
- Созданы предпосылки для разработки вакцины и неспецифических защитных препаратов в результате исследований биологических свойств вируса Эбола.