

Болезнь, вызванная вирусом ЭБОЛА.

Заболевание, вызванное вирусом Эбола, ранее известное как геморрагическая лихорадка Эбола (ГЛЭ), напоминает по клиническому течению тяжелый сепсис, септический шок и сопровождается высокой летальностью (60-90%).

Впервые вирус Эбола был идентифицирован в 1976 году при одновременном возникновении 2 вспышек болезни в Судане и Конго. В настоящее время вспышки ГЛЭ наблюдаются в отдаленных районах Центральной и Западной Африки, вблизи влажных тропических лесов. С 1976 по 2012 год всего зарегистрировано 24 вспышки лихорадки Эбола; наиболее крупной является последняя, начавшаяся в апреле 2014 года в Гвинее. Сейчас в эпидемический процесс вовлечены 5 стран (Гвинея, Либерия, Сьерра_Леоне, Нигерия и Конго).

Природным источником вируса являются плотоядные летучие мыши семейства Pteropodidae. К возбудителю восприимчивы шимпанзе, гориллы, макаки, лесные антилопы, дикобразы. Вирус Эбола передается людям при тесном контакте с органами, выделениями, кровью или другими жидкостями организма инфицированных животных.

От человека к человеку заболевание распространяется лишь при тесном контакте (через нарушенный кожный покров или слизистые) с органами, выделениями, кровью или другими биологическими жидкостями инфицированных, а также при косвенном контакте со средами, загрязненными такими жидкостями.

Пациенты с ГЛЭ не заразны до появления первых признаков заболевания. В то же время переболевшие могут представлять эпидемиологическую опасность до тех пор, пока их кровь и выделения содержат вирус.

В основе патогенеза ГЛЭ – первичное поражение иммунокомпетентных клеток (макрофагов, дендрических клеток), некроз тканей, массивный выброс провосполительных цитокинов и вазоактивных факторов с развитием синдрома воспалительного ответа, ДВС-синдрома и полиорганной недостаточности.

Инкубационный период ГЛЭ варьирует от 2 до 21 дня. Характерно внезапное начало лихорадки (всегда выше 38,5 °С) с ознобом и выраженной слабостью, анорексией, болями в мышцах туловища и нижней части спины. Также отмечаются диарея, тошнота и рвота, боли в животе. В начале болезни характерным признаком является застойная гиперемия слизистой мягкого неба, кровоизлияния конъюнктив. Непостоянными признаками могут быть явления легкого катара верхних дыхательных путей (фарингит, непродуктивный кашель), а также темно-красная мелкоочечная сыпь вокруг волосяных фолликулов на туловище и верхних конечностях. Таким образом лихорадку Эбола можно заподозрить в первые дни заболевания при наличии у пациента с неблагоприятным эпиданамнезом лихорадки, гриппоподобного и/или диспептического синдрома неясного происхождения.

Вышеперечисленные симптомы сохраняются в течение нескольких суток, состояние заболевшего ухудшается, что проявляется нарушением сознания (вплоть до комы), артериальное давление падает, прогрессирует общая недостаточность всех органов и систем. Часто характерны наружные и внутренние кровоизлияния различной степени выраженности (вследствие нарушения свертываемости крови).

Многие пациенты погибают в первые 8-10 суток заболевания от прогрессирующей полиорганной недостаточности (почечная недостаточность, отек мозга, кровотечения, и ДВС-синдром, вторичные бактериальные инфекции). При длительности заболевания свыше 14 суток прогноз более благоприятный, выживаемость составляет 75%.

Период восстановления длительный, сопровождается стойкой астенизацией, потерей веса, рецидивирующими головными болями, артралгией, анемией и др. симптомами.

Лабораторно подтверждают диагноз «ГЛЭ» серодиагностика (иммуноферментный анализ) и молекулярно-генетические методы (ПЦР крови – наибольшая чувствительность с 3-го по 16 день заболевания).

При посещении стран Африки пациенты с лихорадкой могут иметь и другие инфекции, поэтому ГЛЭ следует дифференцировать прежде всего с малярией, брюшным тифом,

менингококковой инфекцией, острыми вирусными гепатитами, другими гемморагическими лихорадками.

Специфической терапии на сегодняшний день нет.

Пациентов с подозрением на ГЛЭ необходимо госпитализировать в инфекционные отделения реанимации и интенсивной терапии, отделения боксированного типа (в зависимости от тяжести заболевания). Терапия патогенетическая, направленная на купирование развившихся осложнений (гипоксии, гиповолемии, электролитных нарушений, инфекционно-токсического шока, полиорганной недостаточности, геморрагий).

Специфической профилактики (вакцинации) на сегодняшний день нет.

Рекомендуется избегать необоснованных выездов в эпидемиологически неблагополучные страны Западной Африки. Пребывающим в эндемичных зонах следует избегать тесных контактов с больными, имеющими лихорадку, диспептический и гриппоподобный синдром, и с животными (приматы, летучие мыши).

При появлении симптомов заболевания после поездок в страны Африки в течение 3-х недель после возвращения из поездки необходимо как можно раньше обратиться за медпомощью, сообщив о месте пребывания за рубежом, наличии контакта с больными в пути, по месту жительства, работы, отдыха.

При регистрации случая ГЛЭ обязательно соблюдение мер предосторожности (гигиена рук и органов дыхания, использование средств индивидуальной защиты, безопасность при выполнении медицинских манипуляций с пациентом), принимать меры инфекционного контроля для предотвращения воздействия крови пациента и/или прямого незащищенного контакта с возможно загрязненной окружающей средой. При тесном контакте (ближе 1 метра) с больным ГЛЭ медработникам следует носить защиту для лица (лицевой щиток, медицинская маска и очки), халат с длинными рукавами и перчатки.

Несмотря на высокую степень заразности лихорадки Эбола, большинство случаев передачи от человека к человеку связаны с отсутствием первичной настороженности и нарушением принципов инфекционного контроля при работе с заболевшим.

Медицинским работникам следует обращать внимание на путешественников, студентов-иностранцев и других лиц, периодически выезжающих за границу, с высокой лихорадкой, гриппоподобным (миалгии, артралгии, конъюнктивит, гиперимия слизистой зева, сухой кашель), диспептический синдром (тошнота, рвота, диарея), а также с любыми проявлениями гемморагического синдрома, если те выезжали в эндемичные регионы в течение 3 недель до первых признаков заболевания.