**Осторожно, лихорадка Эбола- опасно!!!**

 **Лихорадка Эбола** - острая зоонозная вирусная высококонтагиозная природно- очаговая болезнь, характеризуется тяжелым течением, протекающая с выраженным геморрагическим синдромом и высокой летальностью. Относится к особо опасным инфекциям.

Этиология

Вирус Эбола имеет среднюю степень устойчивости во внешней среде. Впервые заболевание зарегистрировано и описано в районе Эбола (Заир) в 1976 г. В это же время из крови у одного из умерших больных выделен возбудитель. Вспышки инфекции в Заире и Судане в 1976-1979 гг., и повторно в Заире в 1994-1995 гг., исчисляемые сотнями заболевших, сопровождались высокой летальностью (от 53% до 88%). В 1996 г. вспышка лихорадки Эбола зарегистрирована в Габоне. Данные ретроспективного серологического скрининга населения позволяют утверждать, что эпидемии заболевания отмечали в 1960-1965 гг. в Нигерии, Сенегале, Эфиопии. В настоящее время в мире зарегистрировано свыше 1200 случаев заболевания, из которых более 700 закончились летальным исходом в странах Африканского континента (Сьерра- Леоне, Либерия, Нигерия).

Эпидемиология и патогенез

Резервуаром вируса в природе считаются грызуны, обитающие возле жилья человека. Не исключена роль обезьян как источников инфекции. 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 нед. от начала болезни; в инкубационный период больной вирус не выделяет. Возможна передача инфекции черех недостаточно простерелизованный медицинский инструментарий.

Механизм передачи лихорадки Эбола разнообразный. Политропность вируса, многообразие путей его выделения из организма определяют возможность заражения при контакте с кровью больных, половым путём, 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. Не исключена возможность передачи возбудителя с реализацией аспирационного механизма с воздушно- капельным путём передачи вируса и носоглоточным отделяемым больного в качестве фактора передачи.Естественная восприимчивость людей к лихорадке Эбола высокая. Постинфекционный иммунитет стойкий. Повторные случаи заболеваний редки; их частота не превышает 5%.

Воротами инфекции являются слизистые оболочки респираторного тракта и микротравмы кожи. Вирус лихорадки Эбола репродуцируется в регионарных лимфатических узлах, селезёнке и, возможно, других органах. Характерно быстрое развитие интенсивной вирусемии с генерализацией инфекции, общей интоксикации и тромбогеморрагического синдрома.

Клиническая картина

Инкубационный период варьирует от нескольких дней до 2-3 недель. Начало заболевания острое, с повышения температуры тела до 38-39° С, головной боли, миалгий и артралгий, недомогания, тошноты. В течение первых дней у большинства больных возникают явления ангины; воспаление миндалин вызывает ощущение болезненного "шара в горле". В разгар заболевания присоединяются неукротимая рвота, боли в животе и диарея геморрагического характера с испражнениями в виде мелены. Быстро развивается геморрагический синдром с проявлениями кожных кровоизлияний, органных (носовых, желудочных, маточных) кровотечений, кровавой рвоты. Часто наблюдают признаки энцефалопатии в виде возбуждения и агрессивности больных; в случаях выздоровления они длительно сохраняются и в период реконоалесценции. На 4-6-й день от начала болезни приблизительно у половины больных появляется экзантема сливного характера. Летальный исход при лихорадке Эбола наступает, как правило, в начале 2-й недели болезни, на фоне кровотечений и инфекционно-токсического шока. В случаях выздоровления острая фаза заболевания продолжается 2-3 нед. Период реконвалесценции затягивается до 2-3 мес, сопровождается астенизацией, анорексией, снижением массы тела, выпадением волос, иногда развитием психических нарушений. Прогноз заболевания крайне неблагоприятен; в отдельных очагах летальность составляет от 50% до 90%.

Лечение

Проводят в специализированных инфекционных отделениях с режимом строгой изоляции. Применяют методы патогенетической и симптоматической терапии, направленные на поддержание водно- солевого баланса и предупреждение инфекционно- токсического шока. В эпидемических очагах может быть получен положительный эффект от применения плазмы реконвалесцентов. Лиц, находившихся в непосредственном контакте 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 иммуноглобулин, срок действия которого 7-10 дней.

Будьте осторожны! При первых признаках заболевания обращайтесь за медицинской помощью.

ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области"

Источник: [http://www.rpndon.ru](http://www.rpndon.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=169&Itemid=125)