

Министерство здравоохранения Луганской Народной
Республики
Кафедра
инфекционных болезней с эпидемиологией

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Студентов V курса I медицинского факультета
ГУ «Луганский государственный медицинский
университет»

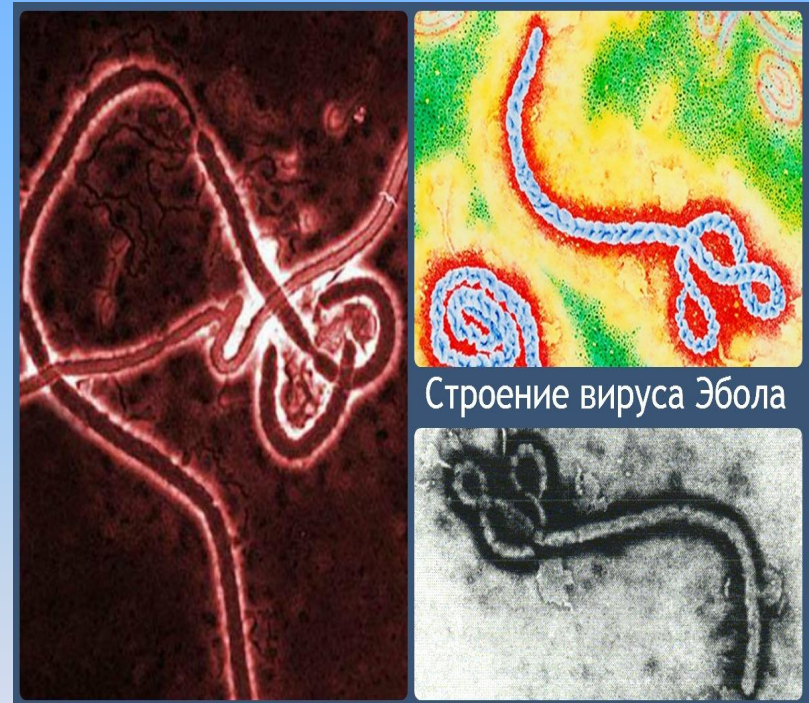


И.о. зав. кафедрой:
проф., д.мед.н. Соцкая Я.А.
доц., к.мед.н. Хомутянская Н.И

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ЭБОЛА- СОВРЕМЕННАЯ МИРОВАЯ ПРОБЛЕМА

Актуальность проблемы:

Геморрагическая лихорадка Эбола (англ. Ebola Haemorrhagic Fever, EHF или англ. Ebola virus disease, EVD, лат. Ebola febris haemorrhagica) — острая вирусная высококонтагиозная, зооантропонозная, особо-опасная, природно-очаговая, карантинная инфекционная болезнь, вызываемая вирусом Эбола, с многообразным механизмом передачи, характеризуется выраженным геморрагическим синдромом, тяжелым течением, высокой летальностью.



Строение вируса Эбола



Впервые вирус Эбола был идентифицирован **в 1976 году** в экваториальной провинции Судана и прилегающих районах Заира (сейчас Демократическая республика Конго). В Судане заболело 284 человека, из них умерло 151. В Заире — 318 (умерло 280). Вирус был выделен в районе реки Эболы в **Заире** (это дало название вирусу).

ХРОНОЛОГИЯ ВСПЫШЕК БОЛЕЗНИ

Год	Страны	Число заболевших	Число умерших	Летальность (%)
1976	Судан	284	151	53
1976	ДРК (Заир)	318	280	88
1976-2012	Африканские регионы	2200	1240	60
2013	0	0	0	0

Возникли эпидемические ВСПЫШКИ

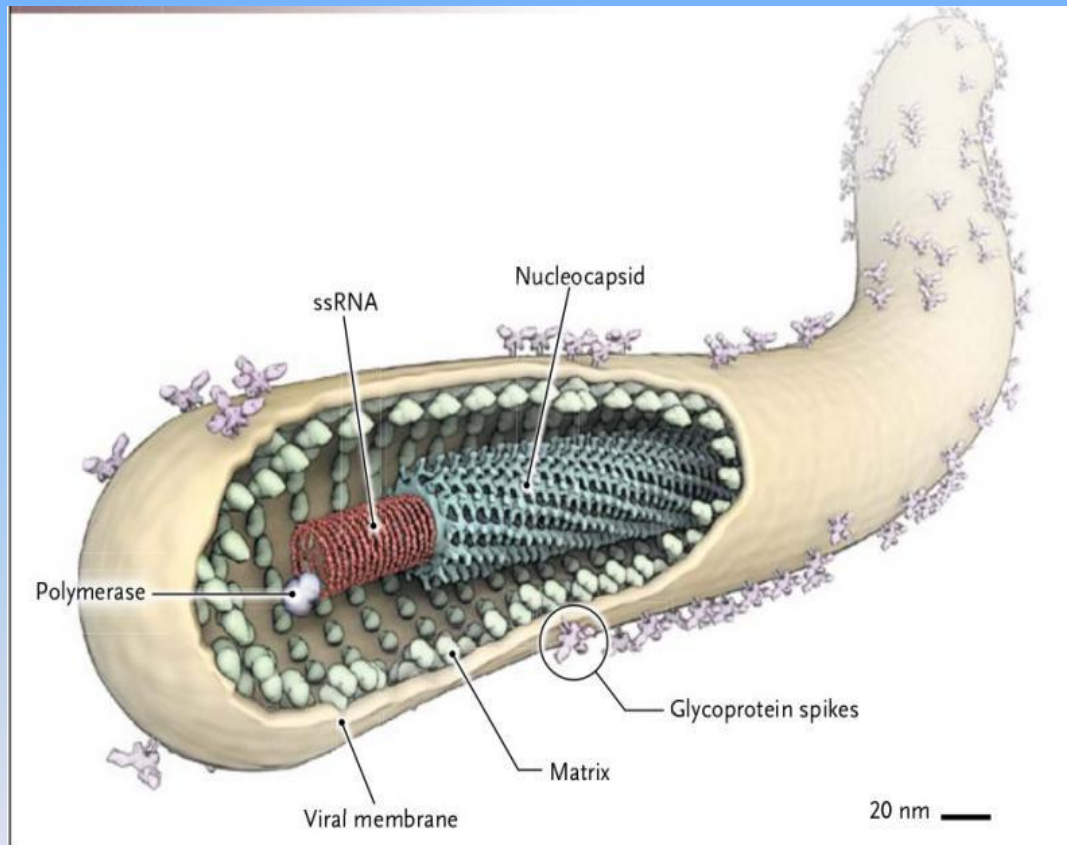
2014	Гвинея, Либерия, Сьерра-Леоне, Нигерия, Сенегал, ДРК.	Более 10 000	4558	45,6
------	---	--------------	------	------

ЕСТЬ ЛИ РИСК ПРОНИКНОВЕНИЯ ВИРУСА В ДРУГИЕ СТРАНЫ ?

Зафиксированы завозные случаи болезни или подозрения на заболевание среди лиц, прибывших из Западной Африки в другие страны: **Нигерию, США, Англию, Германию, Канаду.** **Возможность завоза вируса Эбола и в наши регионы -реальна.** 12 августа 2014 года зафиксирован первый в Европе случай смерти от лихорадки Эбола — священника Мигеля Пахареса, доставленного в Испанию из Либерии.



ОСОБЕННОСТИ ВИРУСА



По своим морфологическим свойствам вирус совпадает с вирусом Марбург (Marburgvirus), но отличается в антигенном отношении. Оба этих вируса относятся к семейству филовирусов (Filoviridae). Вирус Эбола делится на пять видов: суданский, заирский, кот-д'ивуарский, рестонский, а также бундибугио. Человека поражают 4 вида. Для рестонского вида характерно бессимптомное течение.

Длина вириона колеблется от 660 до 1200 нм, диаметр поперечного сечения 70-80 нм. По ультраструктуре и антигенному составу отличается от всех известных вирусов. Вирусные частицы содержат РНК, липопротеин, полимеразу. Содержит 7 протеинов, главная их цель - мгновенное поражение

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Резервуар и источники инфекции – множественные. Механизм передачи разнообразный. Природные очаги лихорадки – ареал территорий с определенным географическим ландшафтом, на которых постоянно циркулирует вирус (влажные тропические леса Африканского континента и острова западной части Тихого океана).



ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ВСПЫШЕК БОЛЕЗНИ



Медицинские работники, которые не носят соответствующую защитную одежду, также подвергаются опасности заболеть во время контакта с пациентами при отсутствии соответствующих мер инфекционного контроля и надлежащих барьерных методов ухода. В прошлом вспышки заболевания происходили из-за того, что в африканских больницах отсутствовали универсальные меры предосторожности и повторно использовались иглы.

ПАТОГЕНЕЗ

Входными воротами инфекции являются слизистые оболочки и микротравмы кожи. Репродукция вируса в региональных лимфоузлах, селезенке. Уже в первые часы после заражения блокируется система комплемента. Развивается интенсивная вирусемия с полиорганной диссеминацией возбудителя. Прямое цитопатическое действие вируса на эндотелий сосудов и в результате



Капилляротоксикоз с геморрагическим синдромом, периваскулярный отек, **ДВС – синдром (ведущий синдром!)**. Реакции иммунитета снижены, антитела у умерших появляются редко, у выздоравливающих появляются поздно.

В целом патогенез аналогичен другим геморрагическим лихорадкам, отличаясь от них лишь в скорости



ОТДЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ И ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ

Инкубационный период — от двух до 21 дня. Различная тяжесть болезни и частота летальных исходов при эпидемических вспышках в различных регионах связаны с биологическими и антигенными различиями выделенных штаммов вируса. Заболевание начинается с сильной слабости, сильной головной боли, болей в мышцах, диареи, болей в животе, ангины. Позднее появляется сухой кашель и колющие боли в грудной клетке, развиваются признаки обезвоживания, рвота, сыпь (примерно у 50 % заболевших), вместе со снижением функционирования печени и почек. В 40-50 % случаев начинаются кровотечения из желудочно-кишечного тракта, носа, влагалища и десен.

Если зараженный человек не выздоравливает в течение 7—16 дней после первых симптомов, то возрастает вероятность смертельного исхода.

При исследовании крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитопения, анемия. Смерть наступает обычно на второй неделе болезни на фоне кровотечений и шока.

Период реконвалесценции затягивается до 2-3 мес. Сопровождается астенизацией, снижением массы тела, иногда развитием психических нарушений.

ДИАГНОСТИКА

Распознавание основывается на эпидемиологических предпосылках (пребывание в эндемичной местности, контакты с больными и др.) и характерной клинической симптоматике.

Специализированные лабораторные тесты регистрируют определённые антигены и/или гены вируса. Антитела к вирусу могут быть определены, и вирус



Тестирование образцов крови связано с большим риском заражения и должно проводиться при максимальном уровне биологической защиты. Новые разработки в технике диагностики включают неинвазивные методы диагноза (с использованием образцов слюны и мочи).



ЛЕЧЕНИЕ И ВАКЦИНАЦИЯ

За больными лихорадкой Эбола требуется интенсивный уход: в случае обезвоживания — внутривенные вливания и оральная регидратация растворами, содержащими электролиты. Для современного лечения болезни требуется проводить дезинтоксикационную, симптоматическую терапии, дыхательную поддержку, гемостатическую терапию и использовать антисыворотки (иммуноглобулин).



Вакцины против лихорадки Эбола пока не существует. На 2012 год ни одна из крупных фармакологических компаний не вложила деньги в разработку вакцины против вируса Эбола, так как подобная вакцина потенциально имеет очень ограниченный рынок сбыта.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Выявление больных с симптомами болезней на всех этапах оказания медицинской помощи населению и, прежде всего, среди лиц, прибывших из стран, неблагополучных по болезням.

Госпитализация, клинико-эпидемиологическое и лабораторное обследование и лечение больного

Выявление, изоляция (при необходимости), обследование, медицинское наблюдение и экстренную профилактику лиц, контактировавших с больными;

Провизорную госпитализацию всех больных с сигнальными симптомами Болезней в эпидемическом очаге и медицинское наблюдение за лицами, контактировавшими с ними, в течение инкубационного периода болезни-21 день





Профилактические и противоэпидемические мероприятия по предупреждению внутрибольничного распространения болезней

Использование противочумного костюма 1 типа, вскрытие умерших от контагиозных вирусных геморрагических лихорадок и взятие материала от них не производят

Территории, где регистрировались случаи лихорадки считаются

«чистыми», если прошло 42 ДНЯ (2 максимальных инкубационных периода) с момента изоляции последнего



~~ЕВОЛА VIRUS~~

СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!