



MGMSU

Московский государственный
медико-стоматологический
университет имени
А.И. Евдокимова

СТУДЕНТКА 6 КУРСА, ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА,
ДНЕВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ НЯМ-ОСОР СУМЪЯА

1. Геморрагическая лихорадка Эбола

(Ebola Haemorrhagic Fever, EHF, лат. *Ebola febris haemorrhagica*)- острое вирусное особо опасное инфекционное заболевание, характеризующееся тяжёлым течением, выраженным геморрагическим синдромом и высоким уровнем летальности.

ЗДОРОВЬЕ@mail.ru

ЛИХОРАДКА ЭБОЛА

Естественный разносчик — летучие мыши-крыланы.



Вирус поражает:



свиней



обезьян



людей

Прямой контакт или контакт с биологическими жидкостями.

Инкубационный период: 2–11 дней.



Ebolavirus



95% контактировавших с больным заражаются

90% зараженных умирают



Вакцина: **нет**



Лечение: **нет**



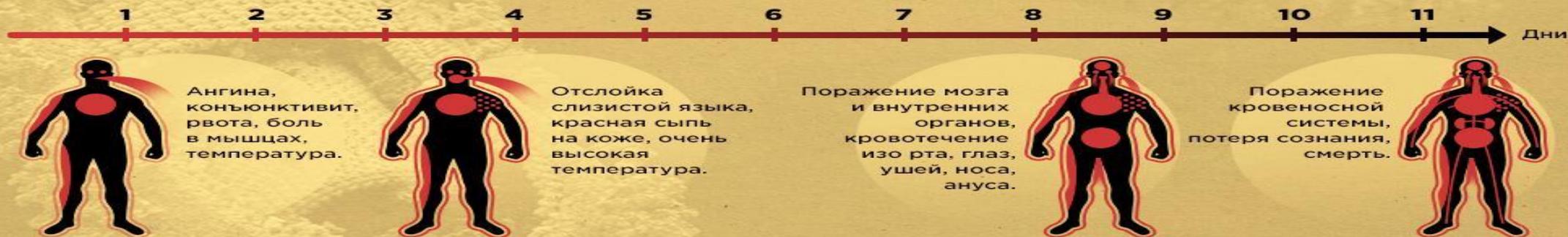
Заир

Выделен в 1976 году в районе реки Эбола (Заир)



Эбола

Конго



ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель — Ebolavirus рода Marburgvirus, семейства Filoviridae

-Вирион имеет различную форму — нитевидную, ветвящуюся, паукообразную, длина его достигает 12 000 нм.

-Содержит РНК, Ebolavirus обладает средним уровнем устойчивости

к повреждающим факторам внешней среды (рН среды, влажность, инсоляция и т. д.).

Существует пять подтипов вируса Эбола:

- 1.Бундибугио(BDBV);
- 2.Заир (EBOV);
- 3.Рестон(RESTV);
- 4.Судан (SUDV);
- 5.Таи Форест(TAFV).



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

РЕЗЕРВУАР ВИРУСА — ГРЫЗУНЫ, ОБИТАЮЩИЕ ВОЗЛЕ ЖИЛЬЯ ЧЕЛОВЕКА. ОПИСАНЫ СЛУЧАИ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ВСКРЫТИИ ТРУПОВ ДИКИХ ШИМПАНЗЕ И ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ В ПИЩУ МОЗГА ОБЕЗЬЯН.

ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ВОЗБУДИТЕЛЯ: БОЛЬНЫЕ ЛЮДИ, КОТОРЫЕ ВЫДЕЛЯЮТ ВИРУС В ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ С МОЧОЙ , СПЕРМОЙ, КРОВИ, СЛЮНОЙ НОСОГЛОТОЧНОЙ СЛИЗЬЮ. БОЛЬНОЙ ЧЕЛОВЕК ПРЕДСТАВЛЯЕТ БОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ.

МЕХАНИЗМЫ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ:

- АСПИРАЦИОННЫЙ,
- КОНТАКТНЫЙ,
- АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ.

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ:

- КОНТАКТНЫЙ,
- ИНЪЕКЦИОННЫЙ.

ВСПЫШКИ ВОЗНИКАЮТ В ОСНОВНОМ ВЕСНОЙ И ЛЕТОМ.

Эпидемиология

Пути передачи

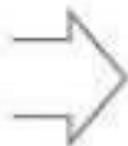
Индекс контагиозности достигает 95%!

Как передается вирус



Летучая мышь (крылан)
Естественный носитель
вируса

- Вирус передается человеку при прямом контакте с инфицированными летучими мышами
- Животные заражаются при контакте со слюной или фекалиями летучих мышей



Свинья, обезьяна,
антилопа, дикобраз и др.

От животного к человеку

- При тесном контакте с кровью, выделениями инфицированных животных
- При употреблении мяса зараженных животных



Человек

От человека к человеку

- При прямом контакте с физиологическими жидкостями зараженного (кровь, выделения)
- Через слизистые оболочки и нарушения кожного покрова
- При косвенном контакте, через предметы, загрязненные зараженным человеком



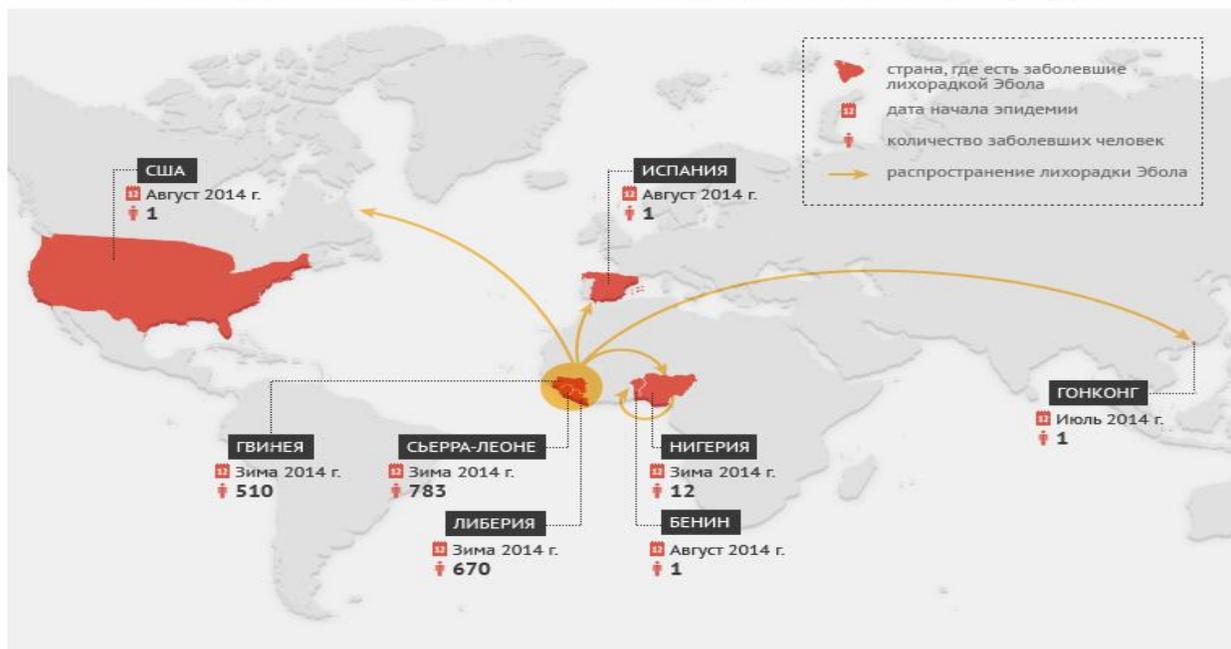
Человек

Вирус не передается воздушно-капельным путем

Ареал распространения вируса :

Центральная и Западная Африка
(Судан, Заир, Нигерия, Либерия, Габон, Сенегал, Камерун, Эфиопия, Центрально-Африканская Республика).

КАРТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЛИХОРАДКИ ЭБОЛА 2014 ГОДА



Эпидемия лихорадки Эбола в Западной Африке (2014)

■ — Смертельные случаи

По данным ВОЗ (на 9.08.2014), от лихорадки скончались 932 человека, инфицированы – более 1700.



Патогенез

Входные ворота для возбудителя — слизистые оболочки и кожа. Вирус проникает в лимфатические узлы и селезенку, где происходит его репликация с развитием интенсивной вирусемии в остром периоде заболевания с полиорганной диссеминацией. В результате прямого воздействия вируса и аутоиммунных реакций происходит уменьшение продукции тромбоцитов, поражение эндотелия сосудов и внутренних органов с очагами некрозов и кровоизлияний. Наибольшие изменения происходят в печени, селезенке, лимфоидных образованиях, почках, железах внутренней секреции, головном мозге.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Симптомы заражения вирусом Эбола

**1-2
день**

Температура

Жар

Головная боль

**2-3
день**

Диарея

Рвота

Боль в животе

**3-4
день**

Внутренние кровотечения

Повреждения кожи

**5-7
день**

Сыпь

Симптомы эболы



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД: 2–16 СУТ (В СРЕДНЕМ 7 СУТ).

НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ :

- ВНЕЗАПНОЕ
- БЫСТРЫЙ ПОДЪЁМ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 39–40 °С
- ИНТЕНСИВНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ,
- СЛАБОСТЬ,
- ВЫРАЖЕННАЯ СУХОСТЬ И ПЕРШЕНИЕ В ГОРЛЕ (ОЩУЩЕНИЕ «ВЕРЁВКИ» В ГОРЛЕ),
- БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ,
- СУХОЙ КАШЕЛЬ.

НА 2–3-И СУТКИ ПОЯВЛЯЮТСЯ :

- БОЛИ В ЖИВОТЕ,
- РВОТА,
- ДИАРЕЯ С КРОВЬЮ (МЕЛЕНА), ПРИВОДЯЩИЕ К ОБЕЗВОЖИВАНИЮ.

С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ АМИМИЧНОСТЬ ЛИЦА И ЗАПАВШИЕ ГЛАЗА.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

НА 3–4-Е СУТКИ ПОЯВЛЯЮТСЯ:

- КИШЕЧНЫЕ, ЖЕЛУДОЧНЫЕ, МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ,
- КРОВОТОЧИВОСТЬ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК,
- ГЕМОМРАГИИ В МЕСТАХ ИНЪЕКЦИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЖИ,
- КРОВОИЗЛИЯНИЯ В КОНЪЮНКТИВЫ. ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЕТ.

-НА 5–7-Е СУТКИ: У ЧАСТИ БОЛЬНЫХ (50%) ПОЯВЛЯЕТСЯ КОРЕПОДОБНАЯ СЫПЬ, ПОСЛЕ КОТОРОЙ ПРОИСХОДИТ ШЕЛУШЕНИЕ КОЖИ.

ВЫЯВЛЯЮТ ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ, СОНЛИВОСТЬ, СПУТАННОСТЬ СОЗНАНИЯ, В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ — ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ.

НА 8–9-Е СУТКИ НАСТУПАЕТ СМЕРТЬ ОТ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ И ШОКА.

ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ ИСХОДЕ ЛИХОРАДОЧНЫЙ ПЕРИОД ДЛИТСЯ 10–12 СУТ;

ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ МЕДЛЕННОЕ В ТЕЧЕНИЕ 2–3 МЕС.

В ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ НАБЛЮДАЮТ ВЫРАЖЕННУЮ АСТЕНИЗАЦИЮ, АНОРЕКСИЮ, КАХЕКСИЮ, ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС, ТРОФИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА.

Сыпь при Лихорадке Эбола



с 1 по 7 день.



Осложнения:

ИТШ, геморрагический и гиповолемический шок.

Летальность составляет 50–90%.

Причины смерти: ИТШ, гиповолемический шок, ДВС-синдром.

ДИАГНОСТИКА :

1. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

2. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА:

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

-ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ:

ВЫДЕЛЕНИЕ ВИРУСА ИЗ КРОВИ БОЛЬНЫХ, НОСОГЛОТОЧНОЙ СЛИЗИ И МОЧИ ПРОВОДЯТ ПУТЁМ ЗАРАЖЕНИЯ КЛЕТОЧНЫХ КУЛЬТУР; ПРИ ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ БИОПТАТОВ КОЖИ ИЛИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ.

-СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ:

ПЦР, ИФА, РНИФ, РН, РСК И ДР.

ВСЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОВОДЯТ В СПЕЦИАЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРИЯХ С IV УРОВНЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ.

- Неспецифическая лабораторная диагностика:

-общий анализ крови

(характерны: анемия; лейкопения, сменяющаяся лейкоцитозом с нейтрофильным сдвигом; наличие атипичных лимфоцитов; тромбоцитопения; пониженная СОЭ);

-биохимический анализ крови

(выявляют повышение активности трансфераз, амилазы, азотемия);

-коагулограмма (характерна гипокоагуляция)

-кислотно-основное состояния крови (выявляют признаки метаболического ацидоза);

-общий анализ мочи (выражена протеинурия).

3. Инструментальные методы:

-Рентгенография органов грудной клетки,

- ЭКГ,

- УЗИ.

Дифференциальная диагностика

проводят у больных с лихорадкой Марбург, Ласса, жёлтой лихорадкой, а также у пациентов с септициемией, малярией, тифом и другими заболеваниями.

1. ЖЁЛТАЯ ЛИХОРАДКА:

СХОДСТВА С ЛИХОРАДКОЙ ЭБОЛА: ТАКЖЕ ХАРАКТЕРНЫ ОСТРОЕ НАЧАЛО, ВЫРАЖЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ С РАЗВИТИЕМ ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА.

РАЗЛИЧИЯ: ПРЕБЫВАНИЕ В ЭНДЕМИЧНОЙ МЕСТНОСТИ НЕ БОЛЬШЕ ЧЕМ ЗА 6 СУТ ДО РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ;

НАЛИЧИЕ ДВУХВОЛНОВОЙ ЛИХОРАДКИ,

БЕССОННИЦЫ;

ОТЁЧНОСТЬ ВЕК,

ОДУТЛОВАТОСТЬ ЛИЦА («АМАРИЛЬНАЯ МАСКА»);

В КРОВИ — НЕЙТРОПЕНИЯ, ЛИМФОПЕНИЯ.

2. ТЯЖЁЛАЯ ФОРМА ГРИППА

СХОДСТВА : В ПЕРВЫЕ 1–3 СУТ ЛИХОРАДКИ ЭБОЛА ДО РАЗВИТИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

ОСТРОЕ НАЧАЛО,

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ,

ВЫСОКАЯ ЛИХОРАДКА,

ИНЪЕКЦИЯ СОСУДОВ СКЛЕР И

ЛЕЙКОПЕНИЯ В КРОВИ.

Дифференциальная диагностика

РАЗЛИЧИЯ: ПРИ ЛИХОРАДКЕ ЭБОЛА БОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС, ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ ДИАРЕЯ И РВОТА, РЕДКО РАЗВИВАЮТСЯ ИЛИ ВООБЩЕ ОТСУТСТВУЮТ КАТАРАЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ.

3. ЛЕПТОСПИРОЗ

СХОДСТВА: ОСТРОЕ НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ВЫРАЖЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ,
ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

РАЗЛИЧИЯ:

НЕ ХАРАКТЕРНЫ КАШЕЛЬ, БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ И ЖИВОТЕ, РВОТА, ДИАРЕЯ, ЛЕЙКОПЕНИЯ.

«НЕИНФЕКЦИОННЫЕ» ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ — 4. ГЕМОФИЛИЯ, ОТЛИЧАЮЩАЯСЯ РЕЗКОЙ КРОВОТОЧИВОСТЬЮ, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ НАРУЖНЫМИ И ВНУТРЕННИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫХ ТРАВМАХ, КРОВОИЗЛИЯНИЯХ В СУСТАВЫ, ОТСУТСТВИИ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ.

ЛЕЧЕНИЕ:

-ЭКСТРЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И СТРОГАЯ ИЗОЛЯЦИЯ В ОТДЕЛЬНОМ БОКСЕ.

-СТРОГЫЙ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ

-КРУГЛОСУТОЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

-ДИЕТА- СТОЛУ № 4 ПО ПЕВЗНЕРУ.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

-ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕ РАЗРАБОТАНО.

-ЛИЦЕНЗИРОВАННОЙ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ВИРУСА ЭБОЛА ДО СИХ ПОР НЕ СУЩЕСТВУЕТ.

-Антикоагулянты, инъекции I M, ASA, NSAIDS противопоказаны

-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛАЗМЫ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ.

-БОРЬБУ С ИНТОКСИКАЦИЕЙ, ОБЕЗВОЖИВАНИЕМ, КРОВОТЕЧЕНИЕМ, ШОКОМ ПРОВОДЯТ ОБЩЕПРИНЯТЫМИ МЕТОДАМИ.

В СЛУЧАЕ ДЕГИДРАТАЦИИ — ВНУТРИВЕННЫЕ ВЛИВАНИЯ И ОРАЛЬНУЮ РЕГИДРАЦИЮ РАСТВОРАМИ, СОДЕРЖАЩИМИ ЭЛЕКТРОЛИТЫ.

Прогноз

при лихорадке Эбола серьёзный. При заболеваниях, вызванных ЕВО-S и ЕВО-SI, летальность достигает 50%, ЕВО-Z — 90%.

При благоприятном исходе выздоровление длительное.

Меры профилактики

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА НЕ РАЗРАБОТАНА.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА:

-ИЗОЛЯЦИЯ БОЛЬНЫХ В СПЕЦИАЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ ИЛИ ПАЛАТАХ-ИЗОЛЯТОРАХ, ЖЕЛАТЕЛЬНО В СПЕЦИАЛЬНЫХ ПЛАСТИКОВЫХ ИЛИ СТЕКЛЯННО-МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ИЗОЛЯЦИОННЫХ КАБИНАХ С АВТОНОМНЫМ ЖИЗНЕОБЕСПЕЧЕНИЕМ.

-ДЛЯ ПЕРЕВОЗКИ БОЛЬНЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ СПЕЦИАЛЬНЫЕ ТРАНСПОРТНЫЕ ИЗОЛЯТОРЫ.

-МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ ДОЛЖЕН РАБОТАТЬ В ИНДИВИДУАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ ЗАЩИТЫ (РЕСПИРАТОРЫ ИЛИ МАРЛЕВЫЕ МАСКИ, ПЕРЧАТКИ, ОЧКИ, ЗАЩИТНЫЙ КОСТЮМ).

-НЕОБХОДИМО СТРОГОЕ СОБЛЮДЕНИЕ СТЕРИЛИЗАЦИИ ШПРИЦЕВ, ИГЛ, ИНСТРУМЕНТАРИЯ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.

-ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЛИХОРАДКИ ЭБОЛА ПРИМЕНЯЮТ **СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ИММУНОГЛОБУЛИН**, ПОЛУЧЕННЫЙ ИЗ СЫВОРОТКИ ИММУНИЗИРОВАННЫХ ЛОШАДЕЙ.

-В ОЧАГАХ ВСЕХ БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРУЮТ, УСТАНОВЛИВАЮТ МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И КОНТРОЛЬ ЗА КОНТАКТИРОВАВШИМИ.

транспортировка больного



Противочумный КОСТЮМ Кварц-1М



2. Геморрагическая лихорадка Марбург

(Синонимы: лихорадка геморрагическая церкопитековая, болезнь зелёных мартышек, болезнь Марбург-вирусная, геморрагическая лихорадка Мариди)

- ЭТО ОСТРОЕ ЗООНОЗНОЕ ВЫСОКОЛЕТАЛЬНОЕ ВИРУСНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ИНТОКСИКАЦИЕЙ, ВЫРАЖЕННЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ УНИВЕРСАЛЬНОГО КАПИЛЛЯРОТОКСИКОЗА.

ЭТИОЛОГИЯ

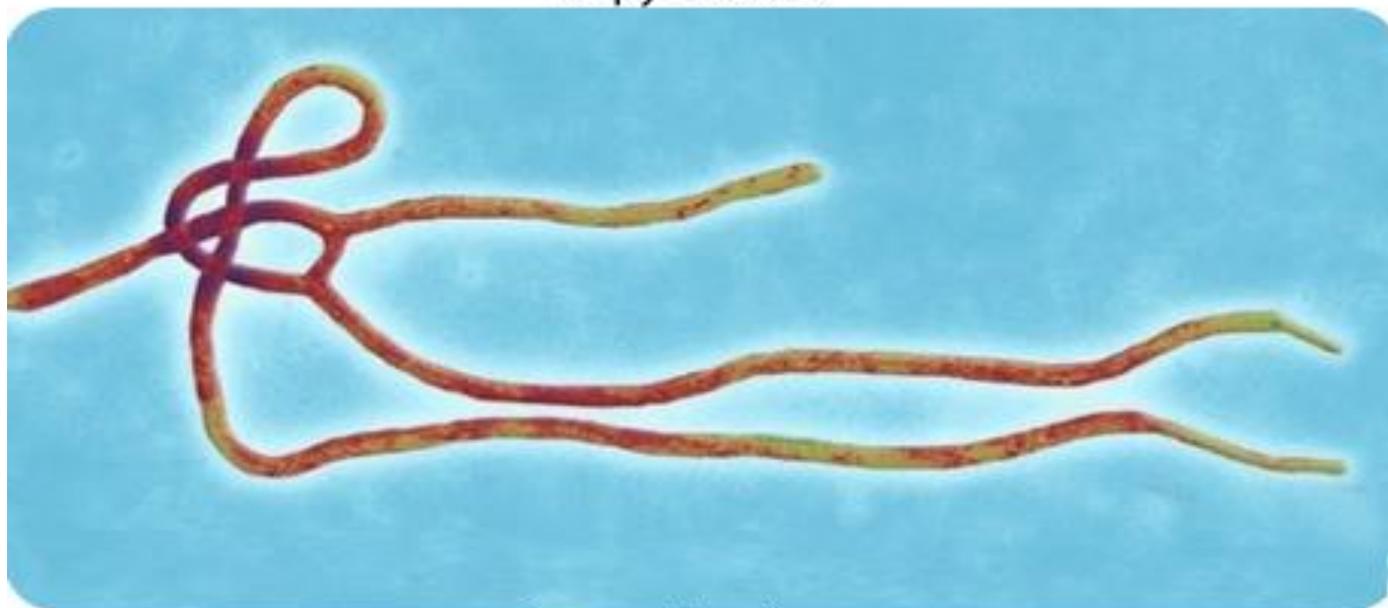
Возбудитель — Marburgvirus рода Marburgvirus семейства Filoviridae.

-Вирусные частицы полиморфные (нитевидной, спиралевидной или округлой формы)

--Репликация происходит в цитоплазме поражённых клеток.

- Вирус обладает средней устойчивостью к факторам внешней среды

Вирус Эбола



Вирус Марбург



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

РЕЗЕРВУАР ВИРУСА МАРБУРГ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДОСТОВЕРНО НЕ УСТАНОВЛЕН.

ИСТОЧНИК ВОЗБУДИТЕЛЯ — ОБЕЗЬЯНЫ, В ЧАСТНОСТИ АФРИКАНСКИЕ МАРТЫШКИ *CERCOPITHECUS AETHIOPS*.

МЕХАНИЗМЫ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ:

- АЭРОЗОЛЬНЫЙ,
- КОНТАКТНЫЙ,
- АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ.

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ:

- ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫЙ,
- КОНТАКТНЫЙ,
- ИНЪЕКЦИОННЫЙ.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ВИРУС СОДЕРЖИТСЯ В КРОВИ, НОСОГЛОТОЧНОЙ СЛИЗИ, МОЧЕ И СПЕРМЕ (ДО 3 МЕС). ЗАРАЖЕНИЕ ЛЮДЕЙ ПРОИСХОДИТ ПРИ ПРЯМОМ КОНТАКТЕ С КРОВЬЮ И ОРГАНАМИ ОБЕЗЬЯН, ТАКЖЕ ЧЕРЕЗ ПОВРЕЖДЁННУЮ КОЖУ (ПРИ УКОЛАХ, ПОРЕЗАХ), ПРИ ПОПАДАНИИ ВИРУСА НА КОНЬЮНКТИВЫ.

БОЛЬНОЙ ЧЕЛОВЕК КОНТАГИОЗЕН ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ.

ОПИСАН СЛУЧАЙ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ.

ВОСПРИИМЧИВОСТЬ ЛЮДЕЙ К ВИРУСУ МАРБУРГ ВЫСОКАЯ.

ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ ИММУНИТЕТ ДЛИТЕЛЬНЫЙ. СВЕДЕНИЯ О ПОВТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОТСУТСТВУЮТ.

АРЕАЛ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИРУСА — ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ЗАПАДНАЯ ТЕРРИТОРИИ ЭКВАТОРИАЛЬНОЙ АФРИКИ, А ТАКЖЕ ЮГ КОНТИНЕНТА

(ЦЕНТРАЛЬНО-АФРИКАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА, ГАБОН, СУДАН, ЗАИР, ЛИБЕРИЯ, КЕНИЯ, РОДЕЗИЯ, ГВИНЕЯ, ЮЖНО-АФРИКАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА).

СЕЗОННОСТЬ И ПЕРИОДИЧНОСТЬ ВСПЫШЕК НЕ ВЫЯВЛЕНЫ.

патогенез

ВХОДНЫЕ ВОРОТА — ПОВРЕЖДЁННАЯ КОЖА, СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И ГЛАЗ. ПЕРВИЧНАЯ РЕПЛИКАЦИЯ ВИРУСА ПРОИСХОДИТ В КЛЕТКАХ МОНОЦИТАРНОМАКРОФАГАЛЬНОЙ ЛИНИИ. ЗАТЕМ РАЗВИВАЕТСЯ ВИРУСЕМИЯ, СОПРОВОЖДАЕМАЯ ПОДАВЛЕНИЕМ ФУНКЦИЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ, ЧТО ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ СИНДРОМА ДИССЕМНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЁРТЫВАНИЯ И ПОЛИОРГАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ. В ЛЁГКИХ, МИОКАРДЕ, ПОЧКАХ, ПЕЧЕНИ, СЕЛЕЗЁНКЕ, НАДПОЧЕЧНИКАХ И ДРУГИХ ОРГАНАХ ОБНАРУЖИВАЮТ ОЧАГИ НЕКРОЗОВ И КРОВОИЗЛИЯНИЙ.

клиничеСкая картина

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД: 3–16 СУТ.

НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- ОСТРОЕ
- ВЫСОКАЯ ЛИХОРАДКА В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕД,
- ВЫРАЖЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ,
- ГОЛОВНАЯ БОЛЬ,
- МИАЛГИИ,
- БОЛИ В ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ОБЛАСТИ.

ОСМОТР:

- КОНЪЮНКТИВИТ,
- ЭНАНТЕМА,
- ВЕЗИКУЛЁЗНО-ЭРОЗИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ,
- БРАДИКАРДИЮ.
- ТОНУС МЫШЦ ПОВЫШЕН,ПАЛЬПАЦИЯ ИХ БОЛЕЗНЕННА.

НА 3–4-Х СУТОК ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- РВОТА
- ВОДЯНИСТАЯ ДИАРЕЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К БЫСТРОМУ ОБЕЗВОЖИВАНИЮ ОРГАНИЗМА.

Клиническая картина

НА 5–6-Е СУТКИ

-ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ МАКУЛОПАПУЛЁЗНОЙ СЫПИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ШЕЛУШЕНИЕМ КОЖИ.

НА 6–7-Х СУТОК

-ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ВИДЕ КОЖНЫХ ГЕМОРРАГИЙ, НОСОВЫХ, ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ И ДРУГИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ,

-ПРИЗНАКИ ГЕПАТИТА,

-МИОКАРДИТ,

-ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК.

-ПОРАЖЕНИЯ ЦНС: АДИНАМИЯ, ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ И МЕНИНГИЗМ.

В КОНЦЕ ПЕРВОЙ НЕДЕЛИ

-ИТШ,

-ДЕГИДРАТАЦИИ.

УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ НАСТУПАЕТ НА 8–10-Е СУТКИ И НА 15–17-Е СУТКИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ИНОГДА ЗАКАНЧИВАЮЩЕЕСЯ ЛЕТАЛЬНО).

В ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ, ПРОДОЛЖАЮЩЕЙСЯ 3–4 НЕД, ВОЗМОЖНО

-ДЛИТЕЛЬНАЯ ДИАРЕЯ,

-ВЫРАЖЕННАЯ АСТЕНИЗАЦИИ, ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ОБЫСЕНИЯ

ОСЛОЖНЕНИЯ:

- Гепатит
- миокардит,
- орхит с атрофией яичка,
- шок,
- поперечный миелит,
- увеит;
- реже — пневмония и психозы.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ И ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В СРЕДНЕМ 25%, НО МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ 50%.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ:

- ОТЁК ЛЁГКИХ И МОЗГА,
- ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК,
- ОПН,
- РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ДИССЕМНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СвёрТЫВАНИЯ.

Диагностика

-эпидемиологические клинические данные (пребывание в местностях с природными очагами лихорадки Марбург, работа с тканями африканских мартышек, контакт с больными) и результаты серологических, вирусологических, электронно-микроскопических исследований.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

ОСУЩЕСТВЛЯЮТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХ ЖЕ ВИРУСОЛОГИЧЕСКИХ И СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ (ВЫДЕЛЕНИЕ КУЛЬТУРЫ ВИРУСА, ПЦР, РНИФ, ИФА, РН, РСК И ДР.), ЧТО И ПРИ ЛИХОРАДКЕ ЭБОЛА.

У УМЕРШИХ ВИРУС ОБНАРУЖИВАЮТ ПРИ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ ИЛИ С ПОМОЩЬЮ РНИФ.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

-ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

(АНЕМИЯ, АНИЗОЦИТОЗ, ПОЙКИЛОЦИТОЗ, БАЗОФИЛЬНУЮ ЗЕРНИСТОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ, ЛЕЙКОПЕНИЯ, СДВИГ НЕЙТРОФИЛЬНОЙ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО, АТИПИЧНЫЕ ЛИМФОЦИТЫ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЮ);

-БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

(ПОВЫШЕНА АКТИВНОСТЬ ТРАНСФЕРАЗ, АМИЛАЗЫ, АЗОТЕМИЯ);

-ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОАГУЛОГРАММЫ (ВЫРАЖЕНА ГИПОКОАГУЛЯЦИЯ)

-КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ

(ОБНАРУЖИВАЮТ ПРИЗНАКИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА);

-ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ (ХАРАКТЕРНА ПРОТЕИНУРИЯ).

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ: РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ЭКГ, УЗИ.

Дифференциальная диагностика

ЛИХОРАДКУ МАРБУРГ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОТ ТЕХ ЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЧТО И ПРИ ЛИХОРАДКЕ ЭБОЛА (ДРУГИХ ГЛ, ТИФОПАРАТИФОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, МАЛЯРИИ, СЕПТИЦЕМИИ, КОРИ, МЕНИНГОКОККОВОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ).

лечение

-ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ НЕМЕДЛЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И СТРОГАЯ ИЗОЛЯЦИИ В ОТДЕЛЬНОМ БОКСЕ.

-СТРОГИЙ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ И КРУГЛОСУТОЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

-ДИЕТА СТОЛ № 4 ПО ПЕВЗНЕРУ БЕЗ ОГРАНИЧЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА БЕЛКОВ И ПОВАРЕННОЙ СОЛИ (NACL).

-ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕ РАЗРАБОТАНО.

-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

БОРЬБА С ОБЕЗВОЖИВАНИЕМ, ИТШ, ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

ЕСТЬ ДАННЫЕ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЫВОРОТКИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ, ПЛАЗМАФЕРЕЗА И БОЛЬШИХ ДОЗ ИНТЕРФЕРОНА.

Прогноз серьезный.

Летальность — 25%, смерть наступает обычно на 8–17-е сутки течения заболевания.

Период реконвалесценции затяжной.

Меры профилактики

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ: НЕ РАЗРАБОТАНЫ.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРОФИЛАКТИКА

- ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ И ИЗОЛЯЦИИ ИХ В БОКСАХ,
- ПЕРЕВОЗКА БОЛЬНЫХ В ТРАНСПОРТНЫХ ИЗОЛЯТОРАХ,
- ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ЛИЧНОЙ ЗАЩИТЫ ОТ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ,
- ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ВОЗ ПО ЗАВОЗУ ОБЕЗЬЯН И РАБОТЕ С НИМИ.

ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ЛИХОРАДКИ МАРБУРГ ПРИМЕНЯЮТ **СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ИММУНОГЛОБУЛИН.**

3. Геморрагическая лихорадка Ласса

ОСТРОЕ ЗООНОЗНОЕ ПРИРОДНО-ОЧАГОВОЕ ВИРУСНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ РАЗВИТИЕМ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА, ПНЕВМОНИИ, МИОКАРДИТА, ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК И ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ЛЕТАЛЬНОСТИ. СИНОНИМ — ЛАССА ЛИХОРАДКА.

ЭТИОЛОГИЯ

ВОЗБУДИТЕЛЬ — LASSA VIRUS РОДА ARENAVIRUS СЕМЕЙСТВА ARENAVIRIDAE;

ИМЕЕТ АНТИГЕННОЕ РОДСТВО С ДРУГИМИ АРЕНАВИРУСАМИ (ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ЛИМФОЦИТАРНОГО ХОРИОМЕНИНГИТА И ГЛЮЖНОЙ АМЕРИКИ).

УСТОЙЧИВ К ВОЗДЕЙСТВИЮ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ.

ИНФЕКЦИОННОСТЬ ВИРУСА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И СЛИЗИСТЫХ СЕКРЕТАХ БЕЗ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ НЕ СНИЖАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ.

ВИРУС МОЖНО ИНАКТИВИРОВАТЬ ЖИРОВЫМИ РАСТВОРИТЕЛЯМИ (ЭФИР, ХЛОРОФОРМ И ДР.).

Эпидемиология

ИСТОЧНИК И РЕЗЕРВУАР ВОЗБУДИТЕЛЯ — КРЫСА *MASTOMYS NATALENSIS*, ОБИТАЮЩАЯ В БОЛЬШИНСТВЕ СТРАН АФРИКИ ВБЛИЗИ ЖИЛЬЯ ЧЕЛОВЕКА.

ВИРУС ТАКЖЕ ВЫДЕЛЕН И ОТ ДРУГИХ АФРИКАНСКИХ ГРЫЗУНОВ (*M. ERYTHROLEUCUS*, *M. HUBERTI*). ЖИВОТНЫЕ ВЫДЕЛЯЮТ ВИРУС В ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ С ЭКСКРЕТАМИ И СЛЮНОЙ.

МЕХАНИЗМЫ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ:

- АЭРОЗОЛЬНЫЙ,
- ФЕКАЛЬНО-ОРАЛЬНЫЙ,
- КОНТАКТНЫЙ.

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ:

- ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫЙ,
- ПИЩЕВОЙ,
- ВОДНЫЙ,
- КОНТАКТНЫЙ.

Эпидемиология

ФАКТОРЫ ПЕРЕДАЧИ:

ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ, ВОДА, А ТАКЖЕ ПРЕДМЕТЫ, ЗАГРЯЗНЁННЫЕ МОЧОЙ ГРЫЗУНОВ. ЗАРАЖЕНИЕ ЛЮДЕЙ В ПРИРОДНЫХ ОЧАГАХ МОЖЕТ ПРОИСХОДИТЬ ПРИ ВДЫХАНИИ АЭРОЗОЛЯ, СОДЕРЖАЩЕГО ЭКСКРЕТЫ ГРЫЗУНОВ;

УПОТРЕБЛЕНИИ ВОДЫ ИЗ ИНФИЦИРОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ;

НЕДОСТАТОЧНО ТЕРМИЧЕСКИ ОБРАБОТАННОГО МЯСА ЗАРАЖЁННЫХ ЖИВОТНЫХ.

БОЛЬНОЙ ЧЕЛОВЕК ПРЕДСТАВЛЯЕТ БОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ.

ОСНОВНОЙ ФАКТОР ПЕРЕДАЧИ — КРОВЬ, ОДНАКО ВИРУС СОДЕРЖИТСЯ И В ЭКСКРЕТАХ БОЛЬНОГО. ЗАРАЖЕНИЕ ПРИ ЭТОМ ПРОИСХОДИТ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫМ, КОНТАКТНЫМ И ПОЛОВЫМ ПУТЯМИ.

ВОСПРИИМЧИВОСТЬ ВЫСОКАЯ. К ВОЗБУДИТЕЛЮ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ ВСЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ НЕЗАВИСИМО ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА.

ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ ИММУНИТЕТ НАПРЯЖЁННЫЙ И ДЛИТЕЛЬНЫЙ, ПОВТОРНЫЕ СЛУЧАИ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕ ОПИСАНЫ.

АРЕАЛ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИРУСА:

СТРАНЫ ЗАПАДНОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АФРИКИ, ЮЖНЕЕ САХАРЫ

(НИГЕРИЯ, СЬЕРРА-ЛЕОНЕ, ГВИНЕЯ, ЛИБЕРИЯ, МОЗАМБИК, СЕНЕГАЛ, МАЛИ И ДР.). СЕЗОННОСТЬ НЕ ВЫРАЖЕНА, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОСТОЯННАЯ.

патогенез

ВХОДНЫЕ ВОРОТА для возбудителя — СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ПИЩЕВАРЕНИЯ, ПОВРЕЖДЁННАЯ КОЖА. В МЕСТЕ ВНЕДРЕНИЯ ВИРУСА ПОСЛЕ ЕГО ПЕРВИЧНОЙ РЕПЛИКАЦИИ В ЛИМФОИДНЫХ ЭЛЕМЕНТАХ РАЗВИВАЕТСЯ ВИРУСЕМИЯ С ГЕМАТОГЕННОЙ ДИССЕМИНАЦИЕЙ ВОЗБУДИТЕЛЯ, ПОРАЖЕНИЕМ МНОГИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ.

ВИРУС ОБЛАДАЕТ ТРОПНОСТЬЮ К РАЗЛИЧНЫМ СИСТЕМАМ ОРГАНОВ ЧЕЛОВЕКА И ВЫЗЫВАЕТ НЕКРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ, МИОКАРДА, ПОЧЕК, ЭНДОТЕЛИЯ МЕЛКИХ СОСУДОВ, ЧТО И ОПРЕДЕЛЯЕТ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

В ТЯЖЁЛЫХ СЛУЧАЯХ ВСЛЕДСТВИЕ ЦИТОПАТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ВИРУСА И КЛЕТОЧНЫХ ИММУННЫХ РЕАКЦИЙ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИЙ ТРОМБОЦИТОВ ПРИВОДИТ К ПОВЫШЕННОЙ «ЛОМКОСТИ» И ПРОНИЦАЕМОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ.

ВОЗНИКАЮТ ГЛУБОКИЕ РАССТРОЙСТВА ГЕМОСТАЗА С РАЗВИТИЕМ СИНДРОМА ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЁРТЫВАНИЯ И КОАГУЛОПАТИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ.

Клиническая картина

-ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД длится 3–20 сут, чаще 7–14 сут.

-ВЫДЕЛЯЮТ: ЛЁГКОЕ, СРЕДНЕТЯЖЁЛОЕ И ТЯЖЁЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ

-ПОДОСТРОЕ ИЛИ ПОСТЕПЕННОЕ.

-ОБЩЕЕ НЕДОМОГАНИЕ,

-УМЕРЕННЫЕ МЫШЕЧНЫЕ И ГОЛОВНЫЕ БОЛИ,

-НЕВЫСОКАЯ ЛИХОРАДКА,

-КОНЬЮНКТИВИТ.

-У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ (80%) ВОЗНИКАЕТ ХАРАКТЕРНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЗЕВА В ВИДЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА, А ТАКЖЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ.

К КОНЦУ ПЕРВОЙ НЕДЕЛИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

-ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ДОСТИГАЕТ 39–40 °С;

-НАРАСТАЮТ СИМПТОМЫ ИНТОКСИКАЦИИ;

-ТОШНОТА, РВОТА,

-БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ И ЖИВОТЕ;

--ДИАРЕЯ, ПРИВОДЯЩАЯ К ДЕГИДРАТАЦИИ.

Клиническая картина

НА ВТОРОЙ НЕДЕЛИ

-ПЯТНИСТОПАПУЛЁЗНАЯ СЫПЬ;

-ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ (ПОДКОЖНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ, НОСОВЫЕ, ЛЁГОЧНЫЕ, МАТОЧНЫЕ И ДРУГИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ).

-БРАДИКАРДИЯ,

-АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ;

-ВОЗМОЖНО СНИЖЕНИЕ СЛУХА,

-ПОЯВЛЕНИЕ СУДОРОГ И ОЧАГОВЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ. ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВОЗНИКАЕТ ОТЁЧНОСТЬ ЛИЦА И ШЕИ, ВЫЯВЛЯЮТ СВОБОДНУЮ ЖИДКОСТЬ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЯХ, НАРАСТАЕТ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

В ТЯЖЁЛЫХ СЛУЧАЯХ СМЕРТЬ НАСТУПАЕТ НА 7-14-Е СУТКИ.

У ВЫЖИВШИХ БОЛЬНЫХ ЧЕРЕЗ 2-4 НЕД ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ЛИТИЧЕСКИ СНИЖАЕТСЯ. ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ МЕДЛЕННОЕ. В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ НЕДЕЛЬ СОХРАНЯЕТСЯ ОБЩАЯ СЛАБОСТЬ, В РЯДЕ СЛУЧАЕВ ПРОИСХОДИТ ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС И РАЗВИВАЕТСЯ ГЛУХОТА; ВОЗМОЖНЫ РЕЦИДИВЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

ОСЛОЖНЕНИЯ :

- Пневмония,
- миокардит,
- ОПН,
- шок,
- острый психоз.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ СОСТАВЛЯЕТ 30–50% И ВЫШЕ (ОСОБЕННО ВЫСОКА У БЕРЕМЕННЫХ В III ТРИМЕСТРЕ).

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ:

- ИТШ
- ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК,
- ОПН,
- ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

Диагностика

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НАИБОЛЬШЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ:

-ПОДОСТРОЕ НАЧАЛО;

-СОЧЕТАНИЕ ЛИХОРАДКИ, ЯЗВЕННОГО ФАРИНГИТА, ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

-И ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ (ПРЕБЫВАНИЕ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ)

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

-ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЙ И СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В СПЕЦИАЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРИЯХ С IV УРОВНЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ.

АБСОЛЮТНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ЗАБОЛЕВАНИЯ — ВЫДЕЛЕНИЕ ВИРУСА ИЗ КРОВИ, СМЫВА С ЗЕВА, СЛЮНЫ, МОЧИ И ЭКССУДАТОВ (ПЛЕВРАЛЬНЫХ, ПЕРИКАРДИАЛЬНЫХ, ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ) БОЛЬНОГО; А ТАКЖЕ ОТ УМЕРШИХ — ИЗ ПРОБ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ.

Диагностика

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ:

-ИФА

-РНИФ.

(ВОЗРАСТАНИЕ ТИТРОВ АНТИТЕЛ К ВИРУСУ ЛАССА В 4 РАЗА И БОЛЬШЕ).

ПОСТАНОВКА РЕАКЦИИ СВЯЗЫВАНИЯ КОМПЛЕМЕНТА ИМЕЕТ РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

-ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (ВЫЯВЛЯЮТ ЛЕЙКОПЕНИЮ СО СМЕНОЙ НА ЛЕЙКОЦИТОЗ, СДВИГ НЕЙТРОФИЛЬНОЙ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО, ТРОМБОЦИТОПЕНИЮ, ПОВЫШЕННУЮ СОЭ);

-БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ (ХАРАКТЕРНА ГИПОПРОТЕИНЕМИЯ; ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АМИНОТРАНСФЕРАЗ, АЗОТЕМИЯ);

-КОАГУЛОГРАММА (ХАРАКТЕРНА ГИПОКОАГУЛЯЦИЯ)

-КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ (ВЫРАЖЕНЫ ПРИЗНАКИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО АЦИДОЗА);

-ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ (ВЫЯВЛЯЮТ ПРОТЕИНУРИЮ, ГЕМАТУРИЮ, ЦИЛИНДРУРИЮ).

Дифференциальная диагностика

брюшной и сыпной тиф, сепсис, малярия), диареей (вирусные диареи), геморрагическим синдромом (другие ГЛ), лептоспирозом, герпангиной, стрептококковым фарингитом, дифтерией, пневмонией

лечение

-ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

-СТРОГАЯ ИЗОЛЯЦИЯ В ИНФЕКЦИОННЫХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ ГОСПИТАЛЕЙ.

-СТРОГИЙ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ И КРУГЛОСУТОЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.

-ДИЕТА ИЗ ПОЛУЖИДКОЙ ЛЕГКОУСВОЯЕМОЙ ПИЩИ БЕЗ ОГРАНИЧЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА БЕЛКОВ И ПОВАРЕННОЙ СОЛИ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ СТОЛУ № 4 ПО ПЕВЗНЕРУ.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ПРОТИВОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ- ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ РИБАВИРИНА В ТЕЧЕНИЕ 10 СУТ (НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТА — 2 Г, ЗАТЕМ ВВОДЯТ ПО 1 Г КАЖДЫЕ 6 Ч В ТЕЧЕНИЕ 4 СУТ И ПО 0,5 Г КАЖДЫЕ 8 Ч В ПОСЛЕДУЮЩИЕ 6 СУТ).

В РАННИЕ СРОКИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РЯДЕ ЭНДЕМИЧНЫХ РЕГИОНОВ ПРИМЕНЯЮТ ПЛАЗМУ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАПРАВЛЕНО НА БОРЬБУ С ШОКОМ, ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, СЕРДЕЧНОЙ И ДН, А ТАКЖЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ И ИНФУЗИОННОЙ РЕГИДРАТАЦИИ СОЛЕВЫМИ РАСТВОРАМИ. АНТИБИОТИКИ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ.

Меры профилактики

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА НЕ РАЗРАБОТАНА.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

-ЗАЩИТА ПОМЕЩЕНИЙ ОТ ПРОНИКНОВЕНИЯ ГРЫЗУНОВ

-ДЕРАТИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ПРИРОДНЫХ ОЧАГАХ.

-МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОБУЧЕН УХОДУ ЗА КОНТАГИОЗНЫМИ БОЛЬНЫМИ И ОБЯЗАН РАБОТАТЬ В ЗАЩИТНОЙ ОДЕЖДЕ, РЕСПИРАТОРАХ ИЛИ МАРЛЕВЫХ МАСКАХ, ПЕРЧАТКАХ, ОЧКАХ.

-СТРОГАЯ ИЗОЛЯЦИЯ БОЛЬНЫХ (ЖЕЛАТЕЛЬНО В СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПЛАСТИКОВЫЕ ИЛИ СТЕКЛЯННО-МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ КАБИНЫ С АВТОНОМНЫМ ЖИЗНЕОБЕСПЕЧЕНИЕМ) НА СРОК НЕ МЕНЕЕ 30 СУТ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ.

-НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЛИЦАМИ, КОНТАКТИРОВАВШИМИ С БОЛЬНЫМИ, ПРОДОЛЖАЮТ В ТЕЧЕНИЕ 17 СУТ.

-ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ.

-ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА-РИБАВИРИН (ВНУТРЬ ПО 0,2 Г 4 РАЗА В СУТКИ В ТЕЧЕНИЕ 10 СУТ). -
КАРАНТИННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОТНОШЕНИИ ЛИХОРАДЯЩИХ БОЛЬНЫХ, ПРИБЫВШИХ ИЗ СТРАН ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ЗАПАДНОЙ АФРИКИ.



Прогноз серьёзный. При тяжёлом течении заболевания летальность высокая (до 50% и выше). Снижается при проведении своевременного комплексного лечения.

При лёгком и среднетяжёлом течении прогноз благоприятный.
Период реконвалесценции затяжной.

Спасибо за внимание

