

Лихорадка Эбола - острое природно-очаговое вирусное заболевание, протекающее с поражением печени, почек, сосудистой и центральной нервной систем, проявляется лихорадкой, желтухой, геморрагическим синдромом и почечной недостаточностью.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В 1976 г. на юге Судана и в северных районах Заира наблюдались вспышки геморрагической лихорадки с очень высокой смертностью (60-87%). Из материала, полученного от больных и умерших, был выделен вирус, по строению и свойствам сходный с вирусом Марбурга, но имевший другой антигенный состав. Новый вирус получил название вируса Эбола, а вызываемая им инфекция - лихорадки Эбола.

В описанных вспышках заболевание носило черты антропонозной инфекции (передаваемой от человека). Источником возбудителя были больные люди. Роль животных как источников инфекции и возможность передачи возбудителя в настоящее время изучаются. Заражение человека происходит при непосредственном, тесном и длительном контакте с больными лихорадкой Эбола (медицинский уход, пребывание в одной больничной палате, проживание в одной комнате и т. п.). Наиболее вероятна передача возбудителя через руки, загрязненные кровью (или испражнениями, содержащими кровь) и мочой больного. По-видимому, заражение вирусом Эбола возможно через шприцы при инъекциях.

Восприимчивость к инфекции не зависит от пола и возраста, но дети заражаются реже взрослых. В описанных вспышках значительную часть больных составили медицинские работники, особенно медицинские сестры стационаров.

Инфекция имеет склонность к эпидемическому распространению. Однако эпидемии развиваются сравнительно медленно, с интервалами между отдельными случаями болезни в несколько дней.

ПАТОГЕНЕЗ И ПАТАНАТОМИЯ

Патанатомия и механизм развития заболевания изучены недостаточно, в общих чертах совпадают с таковыми при любой острой вирусной инфекции, в частности, имеют большое сходство с механизмом развития и патоморфологией церкопитековой лихорадки, вызываемой вирусом Марбурга, и лихорадки Ласса.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Инкубационный период при лихорадке Эбола составляет в среднем 7-14 дней. Заболевание начинается внезапно с сильной головной боли в лобной, а затем и в затылочной части головы. Одновременно появляются прогрессирующая слабость, боли в суставах, преимущественно крупных, шейные и поясничные мышечные боли. С первого дня болезни температура тела повышается до 39-40°C и держится на высоком уровне 5-7 дней. На 2-3-й день (у некоторых больных с первого дня) у

большинства больных развивается понос, к которому позже присоединяется рвота. Диарея сопровождается схваткообразными болями в животе, главным образом вокруг пупка.

На 3-5-й день болезни практически у всех больных развивается геморрагический синдром, который проявляется меленой, кровавой рвотой, кровотечениями из носа, рта, влагалища, мест инъекций; возможны субконъюнктивальные кровотечения. Гематурия развивается редко.

На 5-7-й день болезни может появиться макулопапулезная сыпь, напоминающая коревую. Она, как правило, распространенная, но лучше заметна на конечностях и в нижней части живота. Спустя 5-6 дней наблюдается шелушение. Очень характерны боли режущего характера в груди и сухой кашель. Потери жидкости с испражнениями и расстройства водного обмена часто приводят к обезвоживанию, которая проявляется сухостью слизистых оболочек, снижением упругости кожи. Больные быстро худеют, что связано также с полной потерей аппетита. Довольно часто развиваются расстройства психики: неадекватное поведение, возбуждение, агрессивность и др. Шок, обезвоживание и кровотечения приводят к гибели больного на 5-8-й дни болезни. Выздоровление длительное, с выраженным астеническим синдромом.

В целом клиническая картина лихорадки Эбола почти идентична проявлениям церкопитековой лихорадки (Марбурга) и лихорадки Ласса.

Прогноз при лихорадке Эбола всегда серьезный, смертность превышает 50%.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз устанавливается на основании клинической картины болезни, свидетельствующей о развитии у больного геморрагической лихорадки, и подтверждается изоляцией возбудителя из крови больного, а также серологически - постановкой НРИФ.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Терапия лихорадки Эбола направлена на прекращение дальнейшего развития заболевания. При установлении диагноза вводится иммунная плазма, полученная от выздоравливающих после лихорадки Эбола.

Включает выявление и изоляцию больного в стационаре с соблюдением строгих мер безопасности (бокс с пониженным давлением, использование респираторов, перчаток, очков при обследовании больного и исследовании патологического материала, дезинфекция испражнений). Строгое соблюдение режима стерилизации, использование одноразовых шприцев, игл, систем для переливания плазмы, крови, кровезаменителей в медицинских учреждениях.