**Код по МКБ-10**

А98.4. Болезнь, вызванная вирусом Эбола.

**Что вызывает геморрагическая лихорадка Эбола?**

**Геморрагическая лихорадка Эбола** вызывается Ebolavirus рода Marburgvirus семейства Filoviridae - один из самых крупных вирусов. Вирион имеет различную форму - нитевидную, ветвящуюся. паукообразную, длина его достигает 12 000 нм. Геном представлен односпиральной негативной РНК, окружённой липопротеиновой мембраной. В состав вируса входит 7 белков. [Вирусы Эбола и Марбур](http://ilive.com.ua/health/filovirusy-virus-ebola-i-marburg_22287i2368.html)г сходны по своей морфологии, но отличаются по антигенной структуре. По антигенным свойствам гликопротеинов (Gp) выделяют четыре серотипа вируса Эбола, три из них вызывают различные по тяжести заболевания у людей в Африке (Ebola-Zaire - EBO-Z, Ebola-Sudan - EBO-S и Ebola-Ivory Coast - EBO-CI). Манифестные случаи заболевания Ebola-Reston virus (EBO-R), высокопатогенного для обезьян, у человека не выявлены.

Вирус отличается высокой изменчивостью. Пассируют в культуре клеток морских свинок и Vero со слабо выраженным цитопатическим эффектом.

*Ebolavirus* обладает средним уровнем устойчивости к повреждающим факторам внешней среды (рН среды, влажность, инсоляция и т.д.).

**Эпидемиология геморрагической лихорадки Эбола**

Резервуар вируса геморрагической лихорадки Эбола - грызуны, обитающие возле жилья человека. Описаны случаи заражения при вскрытии трупов диких шимпанзе и при употреблении в пищу мозга обезьян. Больной человек представляет большую опасность для окружающих. Механизмы передачи возбудителя: аспирационный, контактный, артифициальный. Пути передачи: воздушно-капельный, контактный, инъекционный. Вирус обнаруживают в крови, слюне, носоглоточной слизи, моче, сперме. Заражение людей происходит при уходе за больными; в бытовых условиях через руки и предметы обихода, загрязнённые кровью и мочой больного: через медицинские инструменты и, возможно, половым путём. Риск внутрисемейного заражения составляет 3-17%, при нозокомиальной форме - более 50%. Описана передача вируса от человека к человеку в 5 генерациях, причём в первых генерациях летальность достигает 100%.

Восприимчивость людей к вирусу Эбола высокая: не зависит от возраста и пола. Постинфекционный иммунитет относительно устойчивый. Повторные случаи заболевания редки (выявлено не более 5% реконвалесцентов). В эндемичных районах у 7-10% населения выявляют антитела к вирусу Эбола, что свидетельствует о возможности развития субклинических или стёртых форм [заболевания](http://ilive.com.ua/health/diseases).

Ареал распространения вируса - Центральная и Западная Африка (Судан, Заир, Нигерия, Либерия, Габон, Сенегал, Камерун, Эфиопия, Центрально-Африканская Республика). Вспышки геморрагической лихорадки Эбола возникают в основном весной и летом.

**Патогенез геморрагической лихорадки Эбола**

Входные ворота для возбудителя - слизистые оболочки и кожа. Вирус геморрагической лихорадки Эбола 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, селезёнке, лимфоидных образованиях, почках, железах внутренней секреции, головном мозге.

**Симптомы геморрагической лихорадки Эбола**

Инкубационный период геморрагической лихорадки Эбола длится 2-16 сут (в среднем 7 сут).

Начало геморрагической лихорадки Эбола внезапное с быстрым подъёмом температуры тела до 39-40 °С, интенсивной головной болью, слабостью. **Симптомы геморрагической лихорадки Эбола** следующие: 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. На 3-4-е сутки появляются тяжелые [симптомы](http://ilive.com.ua/health/symptoms) геморрагической лихорадки Эбола: кишечные, желудочные, маточные кровотечения, кровоточивость слизистых оболочек, геморрагии в местах инъекций и повреждений кожи, кровоизлияния в конъюнктивы. Геморрагический 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. Смерть наступает на 8-9-е сутки 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.

**Осложнения геморрагической лихорадки Эбола**

**Геморрагическая лихорадка Эбола** осложняется инфекционно-токсическиим шоком, геморрагическим и гиповолемическим шоком.

**Летальность и причины смерти**

Летальность составляет 50-90%. Причины смерти: инфекционно-токсический шок, гиповолемический шок, ДВС-синдром.

**Диагностика геморрагической лихорадки Эбола**

**Диагностика геморрагической лихорадки Эбола** сложная, так как специфические симптомы заболевания отсутствуют. Лихорадку Эбола следует предполагать в случаях острого развития лихорадочного заболевания с полиорганными поражениями, диареей, неврологическими и выраженными геморрагическими проявлениями у пациента, находившегося в эндемичной местности или контактировавшего с подобными больными.

**Специфическая и неспецифическая лабораторная диагностика геморрагической лихорадки Эбола**

Специфическая лабораторная [диагностика](http://ilive.com.ua/health/procedures) геморрагической лихорадки Эбола осуществляется вирусологическими и серологическими методами. Выделение вируса из крови больных, носоглоточной слизи и мочи проводят путём заражения клеточных культур; при электронно-микроскопическом исследовании биоптатов кожи или внутренних органов. Применяют ПЦР, ИФА, РНИФ, РН, РСК и др. Все исследования проводят в специальных лабораториях с IV уровнем биологической безопасности.

Неспецифическая лабораторная **диагностика геморрагической лихорадки Эбола** включает проведение общего анализа крови (характерны: анемия; лейкопения, сменяющаяся лейкоцитозом с нейтрофильным сдвигом; наличие атипичных лимфоцитов; тромбоцитопения; пониженная СОЭ): биохимического анализа крови (выявляют повышение активности трансфераз, амилазы, азотемия); определение коагулограммы (характерна гипокоагуляция) и кислотно-основного состояния крови (выявляют признаки метаболического ацидоза); проведение общего анализа мочи (выражена протеинурия).

**Инструментальная диагностика геморрагической лихорадки Эбола**

Рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, УЗИ.

**Дифференциальная диагностика геморрагической лихорадки Эбола**

Дифференциальная диагностика лихорадки Эбола крайне затруднена, поскольку в эпидемических очагах сходные клинические проявления выявляют у больных лихорадкой Марбург, Ласса, жёлтой лихорадкой, а также у пациентов с септицемией, малярией, тифом и другими заболеваниями. В связи с этим диагностическое значение имеют данные вирусологических, электронно-микроскопических и серологических исследований; отрицательные результаты обычных бактериологических и паразитологических исследований, а также отсутствие эффекта от применения антибиотиков, противомалярийных и других химиотерапевтических препаратов.

Для клинической картины жёлтой лихорадки также характерны острое начало, выраженная интоксикация с развитием тромбогеморрагического синдрома. При дифференциальной диагностике лихорадки Эбола учитывают следующие данные: 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.

**Лихорадка Эбола** дифференцируется от ряда инфекционных болезней с геморрагическим синдромом. В первые 1-3 сут заболевания до развития геморрагических проявлений клиническая картина лихорадки сходна с тяжёлой формой гриппа с острым началом, головной болью, высокой лихорадкой, инъекцией сосудов склер и лейкопенией в крови. Однако при лихорадке Эбола более выражены симптомы поражения ЦНС, часто возникают диарея и рвота, редко развиваются или вообще отсутствуют катаральные явления.

Острое начало заболевания, выраженная интоксикация, геморрагический синдром характерны как для лихорадки Эбола, так и для лептоспироза. однако для него не характерны кашель, боль в грудной клетке и животе, рвота, диарея, лейкопения.

Не вызывает затруднений дифференциальная диагностика лихорадки Эбола с «неинфекционным» геморрагическим заболеванием - гемофилией, отличающейся резкой кровоточивостью, проявляющейся наружными и внутренними кровотечениями при незначительных травмах, кровоизлияниях в суставы, отсутствии тромбоцитопении.

**Показания к консультации других специалистов**

Показаны консультации гематолога, невролога, гастроэнтеролога и других врачей при проведении дифференциальной диагностики с заболеваниями, протекающими со сходной клинической картиной или усугубляющими течение геморрагической лихорадки.

**Показания к госпитализации**

**Лихорадка Эбола** - повод для экстренной госпитализации и строгой изоляции в отдельном боксе.

**Лечение геморрагической лихорадки Эбола**

Этиотропное лечение геморрагической лихорадки Эбола не разработано.

**Патогенетическое лечение геморрагической лихорадки Эбола**

В эпидемическом очаге рекомендовано использование плазмы реконвалесцентов. Основные **лечение геморрагической лихорадки Эбола** состоит в применении патогенетических исимптоматических лекарств. Борьбу с интоксикацией, обезвоживанием, кровотечением. шоком проводят общепринятыми методами.

**Режим и диета**

Больной нуждается в строгом постельном режиме и круглосуточном медицинском наблюдении.

Диета соответствует столу № 4 по Певзнеру.

**Примерные сроки нетрудоспособности**

С учётом тяжести заболевания реконвалесцентов считают нетрудоспособными в течение 3 мес после выписки из стационара.

**Диспансеризация**

**Геморрагическая лихорадка Эбола** не требует диспансерного наблюдения за переболевшими.

**Как предотвращается геморрагическая лихорадка Эбола?**

**Специфическая профилактика геморрагической лихорадки Эбола**

Специфическая профилактика геморрагической лихорадки Эбола не разработана.

**Неспецифическая профилактика геморрагической лихорадки Эбола**

Неспецифическая профилактика геморрагической лихорадки Эбола заключается в изоляции 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.

**Геморрагическая лихорадка Эбола** предотвращается с помощью специфического иммуноглобулинп, полученного из сыворотки иммунизированных лошадей (метод разработан в Вирусологическом центре Научно-исследовательского института микробиологии).

В очагах всех больных изолируют, устанавливают медицинское наблюдение и контроль за контактировавшими.

Важнейшее профилактическое мероприятие, препятствующее заносу геморрагической лихорадки из эндемичных районов - осуществление Международной системы эпидемиологического надзора.

**Какой прогноз имеет геморрагическая лихорадка Эбола?**

**Геморрагическая лихорадка Эбола** имеет серьёзный прогноз. При заболеваниях, вызванных EBO-S и EBO-CI, летальность достигает 50%, EBO-Z - 90%. При благоприятном исходе [выздоровление](http://ilive.com.ua/health) длительное.