**БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ ЭБОЛА (ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ЭБОЛА)**

*По данным эпидемиологов, с 1940 года по настоящее время в мире выявлено более 300 новых инфекционных заболеваний, 60% которых вызываются зоонозными патогенами. Одно из них — геморрагическая лихорадка Эбола.*

Болезнь, вызванная вирусом Эбола, - зоонозная природно-очаговая контагиозная вирусная инфекционная болезнь. Это острое заболевание, протекающее с выраженным геморрагическим синдромом (кровотечениями), обычно в тяжелой форме, часто заканчивающееся летально. Впервые вспышки болезни, вызванной вирусом Эбола, наблюдались в Судане (заболело 284 чел., летальность 53%) и Демократической Республике Конго (Заире) в 1976 г. (заболело 318 чел., летальность 88%). Вирус был выделен в районе реки Эбола, отсюда и произошло его название.

Возбудитель заболевания – РНК-содержащий вирус из семейства *Filoviridae*.  Для человека патогенны четыре подтипа вируса: Бундибуджио вирус, Судан вирус, Тай форест вирус, Эбола вирус (бывший Заир Эбола). Они способны сохраняться в биологических жидкостях вне организма человека в течение нескольких дней.

Возбудители лихорадки Эбола гибнут при кипячении, при воздействии дезинфицирующих средств на основе спирта и гипохлорита натрия.

Заболеваемость регистрируется в странах Западной и Центральной Африки (Кот-д'Ивуар, Заир, Габон, Уганда, экваториальные районы Судана).

Естественным резервуаром вируса в природе считают летучих мышей семейства *Pteropodidae*. Они, вероятно, являются бессимптомными носителями инфекции, однако способны контаминировать объекты окружающей среды, от которых, в свою очередь, заражаются другие животные.

Источником инфекции могут быть летучие мыши, некоторые виды обезьян (шимпанзе, гориллы, бабуины), антилопы. Человек заражается при непосредственном контакте с биологическими жидкостями другого человека или животного. Вирус могут содержать любые биологические жидкости: слюна, слизь, рвотные массы, кал, пот, слезы, грудное молоко, моча, сперма.

Входными воротами для вируса являются слизистые оболочки, поврежденная кожа. Геморрагическая лихорадка Эбола очень заразна. Максимальный риск заболеть имеет медицинский персонал, работающий на вспышках лихорадки Эбола, а также члены семей, имеющие контакт с больным. Инкубационный период составляет от 2 до 21 суток (чаще от 4 до 16 суток).

Заболевание начинается остро. Появляются резкая слабость, снижение аппетита, боли в мышцах и суставах, головная боль, боль в горле. Температура повышается до 39°C. Характерны одышка, боль в груди. На 2-3 день болезни появляются боли в животе, рвота и понос. На 5-7 день болезни сначала на груди, затем на спине и конечностях появляется сыпь, развиваются геморрагический синдром (кровотечения из носа, десен, ушей, мест шприцевых уколов, кровавая рвота, кровавый понос) и тяжелая ангина. Часто отмечаются симптомы, свидетельствующие о вовлечении в процесс центральной нервной системы (тремор, судороги, парестезии, менингеальные симптомы, резкая заторможенность, или, наоборот возбуждение, раздражительность и агрессивность, в тяжелых случаях развиваются отек мозга, энцефалит).

Смерть наступает на 8 - 9-й день болезни от кровопотери и шока.

Л етальность в неблагополучных по лихорадке Эбола странах составляет от 25 до 90%, при внутрибольничных вспышках достигает 100%. По-видимому, высокий уровень внутрибольничной летальности на территориях распространения геморрагической лихорадки Эбола связан с недостаточным уровнем медицинской помощи в госпиталях вследствие острейшей нехватки медикаментов и оборудования. Адекватная патогенетическая терапия, по мнению экспертов, позволит снизить летальность до 5-10%.

Лечение геморрагической лихорадки Эбола должно проводиться в условиях инфекционной больницы в режиме строгой изоляции. Специфического противовирусного лечения данной болезни не существует. Терапия направлена главным образом на борьбу с интоксикацией, обезвоживанием и нарушениями свертываемости крови.

В благоприятных случаях выздоровление начинается на 7-14 день болезни. У переболевших длительно сохраняются боли в мышцах и суставах, слабость, снижение зрения и слуха, другие симптомы. В связи с этим период нетрудоспособности после перенесенного заболевания может достигать 3 месяцев. Учитывая высокую контагиозность геморрагической лихорадки Эбола, уход за больными должен осуществляться в специальной защитной одежде и с использованием средств индивидуальной защиты, которые должны полностью защищать персонал от прямого контакта с больным, контактов с кровью и биологическими жидкостями пациентов и зараженными поверхностями или материалами. Эти же меры безопасности необходимо применять при работе с трупами людей, погибших от инфекции. Все медицинское оборудование, одежда пациента и персонала, медицинские отходы должны подвергаться дезинфекции после контакта с больным. Помимо перечисленных мер, для профилактики заражения лихорадкой Эбола следует соблюдать правила личной гигиены, уделяя особое внимание регулярному мытью рук с мылом. Для специфической профилактики лихорадки Эбола российскими учеными были разработаны вакцины, которые были официально одобрены Министерством здравоохранения России. Эти вакцины используются для профилактики данной инфекции в неблагополучных по лихорадке Эбола регионах Африки.

В заключение следует отметить, что, учитывая достаточно высокий уровень санитарной культуры в нашей стране, локализацию эндемичных очагов в странах Африки, преимущественное заражение людей в результате прямого контакта с кровью и выделениями больных, эпидемии или вспышки этого заболевания в Российской Федерации практически исключены. Несмотря на это, Роспотребнадзор ведет постоянный мониторинг ситуации по лихорадке Эбола в мире для предупреждения завоза и распространения этой инфекции в нашей стране.