

Памятка населению по профилактике распространения лихорадки Эбола



В странах Западной Африки отмечается крайне неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по лихорадке Эбола. Согласно заявлению ВОЗ, опубликованному по результатам заседаний чрезвычайного комитета, эпидемическая ситуация по лихорадке Эбола в странах Западной Африки является чрезвычайным событием и представляет угрозу общественному здравоохранению других государств.

Лихорадка Эбола поражает людей и приматов, к которым относят мартышек, горилл и шимпанзе. Название инфекции было дано по наименованию реки Эбола, в бассейне которой впервые был обнаружен и выявлен вирус данного смертельно опасного заболевания. В деревнях, расположенных в тропических джунглях Африки, вдоль берега реки Эбола в 1976 году вспыхнула эпидемия доселе неизвестной инфекции.

Вирус Эбола передается популяции людей от животных, а затем распространяется от больного к здоровому человеку. Хозяином вируса предположительно считается семейство плоядных летучих мышей Pteropodidae. Лихорадка Эбола протекает очень тяжело.

КАК МОЖНО ЗАРАЗИТЬСЯ?



Есть несколько основных способов заражения. **Основной – через контакт с диким животным.** Так, бушмены, которые используют в пищу мясо грызунов, входят в группу наибольшего риска инфицирования вирусом Эбола. У родственников заболевшего и у медицинского персонала, ухаживающего за пациентом, риск заболевания также очень высокий, поскольку все жидкости организма (кровь, моча, слюна) чрезвычайно заразны.

ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Инкубационный (скрытый) период чаще составляет – 6 дней, хотя заболевание может развиваться в любой из дней (от 2 до 21 сут.) после попадания в организм вируса. Начало заболевания — стремительное и развивается с одного или нескольких нижеперечисленных симптомов :

- Лихорадку до 39-40
- Головную боль
- Боль в мышцах и суставах



- Слабость
- Диарею
- Тошноту
- Боль в животе
- Снижение аппетита

У некоторых пациентов могут быть:

- Сыпь
- Красные глаза
- Кашель
- Боль в горле
- Боль в груди
- Затруднения дыхания, одышка
- Затруднения глотания
- Внутренние и наружные кровотечения

ПРОФИЛАКТИКА

При нахождении в указанных странах рекомендуется использовать защитные маски и воздерживаться от посещения мест массового скопления людей и контакта с больными людьми с высокой температурой. При посещении указанных стран для профилактики заболевания рекомендуется регулярное проветривание помещений, влажная уборка, соблюдение правил личной гигиены, не покупать пищу в местах несанкционированной торговли. Лицам, вернувшимся из стран Западной африки, при появлении любых из перечисленных выше симптомов, необходимо носить медицинскую маску (или свернутую в 4-5 раз марлю) и немедленно обратиться за медицинской помощью в учреждение по месту жительства по телефону, сообщив при этом, что в течение последних 21 суток посещали Гвинею и/или соседние с ней страны или имели контакт с лицами, посещавшими эти страны. Ни в коем случае не заниматься самолечением! В целях предупреждения заражения геморрагической лихорадкой Эбола, и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, министерство здравоохранения РФ рекомендует гражданам воздержаться от поездок в страны Центральной и Западной Африки (особенно Гвинею, Либерию, Сьерра-Леоне и Нигерию) без острой необходимости.



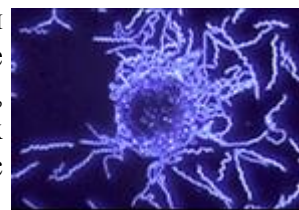
И помните, лихорадка Эбола — это смертельная болезнь, от которой в настоящее время не существует специфического лечения и вакцины.

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ (болезнь Лайма, Лайм-боррелиоз, иксодовый клещевой боррелиоз) (БЛ) - инфекционное заболевание, вызываемое спирохетами (боррелиями) и передающееся клещами. БЛ имеет склонность к хроническому течению с частыми обострениями. Поражаются преимущественно кожа, нервная система, суставы и сердце.

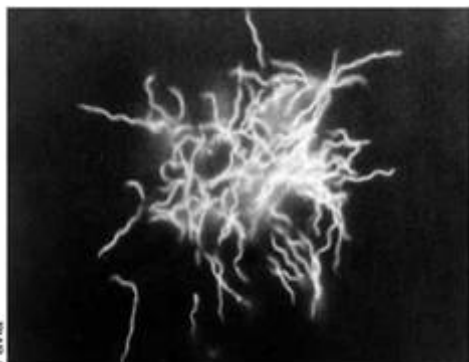
Болезнь Лайма впервые описана в 1975 г. как локальная вспышка артритов в г. Лайм, штат Коннектикут (США); развивается после укуса иксодовых клещей, инфицированных боррелиями. В последующие годы в результате исследований выяснилось, что географический спектр распространения этой инфекции значительно шире. Заболевание встречается не только в Северной Америке, но и во многих странах Европы и Азии.

Широко распространен клещевой Лайм-боррелиоз и на территории России. БЛ в нашей стране впервые была серологически верифицирована в 1985 г., в 1991 г. включена в официальный перечень нозологических форм, имеющих в России.

Семейство Spirochaetaceae, род *Borrelia*, включает значительное число возбудителей заболеваний человека и животных. В 1984 г. Р. Джонсоном был описан новый вид боррелий - *Borrelia burgdorferi*, получивший свое название в честь американского микробиолога W. Burgdorfer, впервые выделившего в 1981 г. боррелии из кишечника иксодовых клещей. Была доказана связь вспышки артритов в городке Лайм с выделенными боррелиями.



В настоящее время выделено более 10 геномных групп, относящихся к комплексу *Borrelia burgdorferi sensu lato*, которые неравномерно распределены по земному шару. В Евразии обнаружены группы *B. burgdorferi sensu stricto*, *B. garinii*, *B. afzelii*, *B. valaisiana*,



B. lusitaniae, *B. japonica*, *B. tanukii* и *B. turdae*, а в Америке - группы *Borrelia burgdorferi s. s.*, *B. andersonii*. Результаты исследований и клинических наблюдений последних лет позволяют предполагать, что от вида боррелий может зависеть характер органических поражений у пациента. Так, получены данные о существовании ассоциации между *B. garinii* и неврологическими проявлениями, *B. burgdorferi s. s.* и Лайм-артритом, *B. afzelii* и хроническим атро-

фическим дерматитом. Учитывая все эти факты, в настоящее время под термином "Болезнь Лайма" принято подразумевать целую группу этиологически самостоятельных иксодовых клещевых боррелиозов.

На этапе накопления знаний о боррелиозах, учитывая общность эпидемиологии, сходство патогенеза и клинических проявлений, вполне приемлемо объединение их под общим названием "иксодовые клещевые боррелиозы", или "болезнь Лайма", отдавая дань первому описанному клещевому иксодовому боррелиозу.

Природные очаги болезни Лайма приурочены главным образом к лесным ландшафтам умеренного климатического пояса. В евроазиатской части ее нозоареала



- два широко распространенных вида иксодовых клещей: таежный (*I. persulcatus*) и лесной (*I. ricinus*). На территории России таежный клещ имеет первостепенное эпидемиологическое и эпизоотологическое значение; как переносчик, более эффективен, чем *I. ricinus*. Личинки клещей чаще паразитируют на мелких грызу-

нах, нимфы и половозрелые особи на многих позвоночных, в основном лесных животных. Боррелии обитают в организме некоторых диких животных, таких, как грызуны, олени, птицы и т.д. При укусе клеща боррелии из крови дикого животного попадают в кишечник клеща, размножаются там, а затем выделяются с фекалиями. В слюнных железах клеща

боррелий мало, поэтому не всякий укус зараженного клеща может привести к заболеванию человека. Естественная зараженность клещей боррелиями в эндемичных очагах достигает 60%. Доказана возможность симбиоза нескольких видов боррелий в одном клеще. Одновременная зараженность иксодовых клещей возбудителями клещевого энцефалита и болезни Лайма определяет существование сопряженных природных очагов этих двух инфекций, что создает предпосылки для одновременного инфицирования людей и развития микст-инфекции.

Заражение происходит трансмиссивным путем при укусе клеща (инокуляция), с его слюной. Не исключается возможность инфицирования и при попадании фекалий клеща на кожу, с последующим их втиранием при расчесах (контаминация). В случае разрыва клеща, при неправильном удалении, возбудитель может попасть в рану. Возможна трансплацентарная передача боррелий при беременности от матери плоду, что может объяснять довольно высокий процент больных дошкольного и младшего школьного возраста. **Восприимчивость человека к боррелиям очень высокая, а возможно и абсолютная.** От больного здоровому человеку инфекция не передается. Заражение происходит во время посещения леса, в ряде городов - в лесопарках внутри городской черты. По уровню заболеваемости эта инфекция занимает в нашей стране одно из первых мест среди всех природно-очаговых зоонозов.

Симптомы и течение. Согласно общепринятому взгляду на течение боррелиозной инфекции выделяют три стадии развития болезни:

1. Стадия локальной инфекции с развитием патологического процесса в месте внедрения возбудителей;
2. Стадия диссеминации (распространения) боррелий от места их первичного внедрения;
3. Стадия органных поражений, как результат длительного патологического воздействия возбудителей на органы и системы.



Разделение на стадии довольно условно и, во многом, основывается на клинических проявлениях, а также временных характеристиках от момента инфицирования. Следует заметить, что заболевание может переходить последовательно из одной стадии в другую, или, миновать какую-либо из них, а также впервые проявляться в любой стадии без наличия предшествующей.

В раннем периоде целесообразно выделять эритемную и безэритемную формы заболевания. Во-первых, это важно при диагностике болезни, во-вторых, клиническая картина имеет свои особенности в зависимости от наличия или отсутствия эритемы в месте укуса клеща. На стадии распространения возбудителя, отличающейся полиморфизмом клинических проявлений, все же можно выявить превалирующую группу симптомов, которые и определяют вариант клинического течения: лихорадочный, невритический, менингеальный, кардиальный, смешанный. Выделение варианта течения и степень выраженности клинического синдрома помогают определить тяжесть патологического процесса: легкую, средней тяжести, тяжелую и крайне тяжелую (редко) формы.

Инкубационный период колеблется от 1 до 20 дней (чаще 7-10), достоверность которого зависит от точности установления факта присасывания клеща. До 30% больных не помнят или отрицают в анамнезе укус этого переносчика. Заболевание начинается обычно подостро с появления болезненности, зуда, отека и покраснения на месте присасывания клеща.



Первая стадия - ползучая эритема, продолжается она около недели. На фоне высокой температуры (чаще до 38°C, иногда сопровождается ознобом), головной боли, тошноты, общей слабости, недомогания, тошноты, чувства стягивания и нарушения чувствительности в области укуса клеща, болей в суставах на месте укуса клеща появляется покраснение, отек

(эритема). Эритема постепенно увеличивается в размере, достигая иногда 50-60 см, и приобретает синюшный оттенок. Постепенно в центре образуется просветление и эритема приобретает форму кольца (но иногда так и остается пятном). Такая эритема может сохраняться в течение нескольких месяцев, а может исчезнуть через 2-3 дня, оставляя после себя пигментацию, а потом и рубец.

Вторая стадия - это стадия осложнений со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы (через 2-4 недели). Появляются признаки серозного менингита: головная боль, тошнота, рвота, светобоязнь и т.д. Может быть поражение различных нервов, например, лицевого с нарушением мимики лица и онемением пораженной половины лица. Затем у некоторых больных возникают нарушения со стороны сердца (неприятные ощущения, перебои сердечных сокращений и т.д.).

Третья стадия - это поражение суставов. Начинается через два месяца и позже от начала болезни, иногда даже через 2 года. Поражаются крупные суставы, обычно коленные, чаще с одной стороны. Воспаление суставов может продолжаться нескольких лет, то затухая, то обостряясь, при этом может нарушаться строение костей и хрящей.



Заболевание имеет склонность к хроническому течению с чередованием периодов обострения и затухания, но иногда протекает в виде непрерывно протекающего процесса. Обычно при этом проявляются симптомы поражения суставов (артрит). На фоне хронического воспаления сустав постепенно изменяется и утрачивает свою функцию.

Все переболевшие БЛ подлежат диспансерному наблюдению на протяжении 2 лет. Диспансеризация осуществляется инфекционистом или врачом общего профиля.

Больные и лица с укусом клеща через 3-6-12 месяцев и через 2 года обследуются клинически и серологически. По показаниям проводят консультации кардиолога, ревматолога, невропатолога, производят ЭКГ-исследование, исследование крови на СРБ, сиаловую кислоту, ревматоидный фактор.

Особого внимания заслуживают беременные, укушенные клещом. В связи с отсутствием средств специфической профилактики и известным тератогенным действием боррелий на ранних сроках беременности, вопрос сохранения беременности целесообразно решать индивидуально.

Профилактика заключается в соблюдении мер индивидуальной защиты от нападения клещей. Большое значение для профилактики заражения имеет правильное удаление клеща.

Присосавшегося к коже клеща снимают очень осторожно, чтобы не оторвать хоботок и не раздавить. Клеща берут большим и указательным пальцами под хоботок, затем легкими движениями вправо - влево вытаскивают. Поврежденную кожу обрабатывают 3% перекисью водорода и настойкой йода. Клеща необходимо снимать только защищенными руками в медицинских перчатках.

Лихорадка Зика

Вирус, вызывающий лихорадку Зика, был обнаружен еще в 1948 году у африканских макак-резусов, живущих в лесу Зика в Уганде, (за что собственно и получил свое название). В 1968 году в Нигерии вирус был выделен и у человека.

Проявлениями лихорадки Зика является сыпь, возникающая на лице и туловище, впоследствии переходящая на другие части тела, конъюнктивит, головная боль, боли в мышцах и суставах, повышение температуры до $+38,5^{\circ}\text{C}$, озноб, светобоязнь. Заболевание длится около недели. Новые высыпания продолжаются в течение первых 3 дней, примерно 5 дней сохраняется лихорадка. Затем температура нормализуется, и остается только сыпь, которая тоже постепенно проходит.

Переносчиками вируса служат комары рода *Aedes*. Заражение комаров происходит при укусах уже инфицированного вирусом человека. Заражение может происходить и через инфицированную кровь при ее переливании. Было доказано, что вирус Зика может передаваться половым путем.



Имеются данные о способности вируса вызывать врожденные аномалии плода. Женщины, инфицированные вирусом Зика в первые 3-4 месяца беременности, могут передать вирус своему младенцу, отчего дети рождаются с различной патологией, в том числе и с уменьшением размеров черепа и недоразвитием головного мозга (микроцефалия).

Инкубационный период заражения вирусом Зика колеблется от 3 до 12 дней после укуса зараженным комаром. Примерно в 70% случаев инфекция может протекать бессимптомно. Специфического лечения данного заболевания и вакцины против вируса не существует.



*Всего к настоящему времени заболеваемость зарегистрирована в 9 странах мира - **Бразилия, Чили** (в частности, остров Пасхи), **Колумбия, Сальвадор, Гватемала, Мексика, Парагвай, Суринам и Венесуэла.***

Лицам, выезжающим в страны в которых зарегистрировано данное заболевание, необходимо пользоваться средствами защиты против москитов, комаров и других кровососущих насекомых. В случае нахождения в гостиницах в качестве средства проветривания используйте кондиционер, не открывайте окна, не оборудованные москитными сетками, носите одежду с длинными рукавами и брюки, старайтесь избегать заболоченных мест и мест большого скопления людей.

В случае недомогания после возвращения из регионов, эндемичных по лихорадке Зика, немедленно обращайтесь к врачу и сообщите о посещении таких стран.