



**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ
В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА
(РОСПОТРЕБНАДЗОР)**

Вадковский пер., д. 18, стр. 5 и 7, г. Москва, 127994

Тел.: 8 (499) 973-26-90; Факс: 8 (499) 973-26-43

E-mail: depart@gsen.ru <http://www.rosпотребнадзор.ru>

ОКПО 00083339 ОГРН 1047796261512

ИНН 7707515984 КПП 770701001

01.04.2014 № 01/36 14-14-32

На № _____ от _____

Руководителям управлений
Роспотребнадзора по субъектам
Российской Федерации и
железнодорожному транспорту

Руководителям органов
государственной власти субъектов
Российской Федерации в сфере
охраны здоровья

О рекомендациях по геморрагической
лихорадке Эбола

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека направляет для руководства и использования в работе рекомендации для медицинских работников по геморрагической лихорадке Эбола, подготовленные референс-центром по мониторингу за вирусными инфекциями, функционирующим на базе ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора, по материалам Всемирной организации здравоохранения. Приложение: на 5 л. в 1 экз.

Врио руководителя



А.Ю. Попова

Скударева
8 499 973 13 97

Рекомендации для медицинских работников по геморрагической лихорадке Эбола

О ситуации в мире по геморрагической лихорадке Эбола

Лихорадка Эбола является вирусной геморрагической лихорадкой и одной из самых опасных вирусных болезней, известных человечеству.

Очаги циркуляции вируса Эбола располагаются в зоне влажных тропических лесов Центральной и Западной Африки (Заир, Судан, Нигерия, Либерия, Габон, Сенегал, Кения, Камерун, Эфиопия, Центрально-Африканская республика). Вспышки лихорадки Эбола в эндемичных очагах отмечают в основном весной и летом.

23 марта 2014 года Министерство здравоохранения Гвинеи уведомило ВОЗ о быстро развивающейся вспышке геморрагической лихорадки Эбола в лесных районах юго-восточной Гвинеи – Гуюкеду, Масента, Нзерекор и Киссидугу. Первые случаи заболевания были зарегистрированы в начале февраля 2014 года, но лабораторное подтверждение, что вспышку заболевания вызвал вирус Эбола, было получено 21 марта 2014 года.

По состоянию на 28 марта 2014 года, зарегистрировано 103 случая, подозрительных на лихорадку Эбола, включая 66 летальных, в том числе - четыре среди медицинских работников.

Предварительные данные свидетельствуют о том, что штамм вируса Эбола в Гвинеи близок к штамму Заир Эбола, который имеет летальность около 90%.

ВОЗ и другие партнеры мобилизуют и организуют работу дополнительных экспертов для оказания поддержки Министерству здравоохранения Гвинеи. Активизируется также поставка материалов, необходимых для лечения больных и помощи в противоэпидемических мероприятиях.

Сообщается, что соседние страны – Либерия, Сенегал и Сьерра-Леоне – находятся в состоянии повышенной готовности на случай распространения заболевания. Министр здравоохранения Либерии сообщил, что 6 человек умерли в Либерии после приезда из южной Гвинеи для лечения. Однако неясно, была ли у них лихорадка Эбола. Медицинские учреждения Либерии доступны для гвинейцев, живущих на границе. Кроме этого объем приграничной торговли между двумя странами весьма велик.

Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC), оценивая риски на сегодняшний день, сообщил, что есть опасения по поводу риска распространения заболевания в соседнюю Сьерра-Леоне, и что в течение инкубационного периода, составляющего до 3 недель, работники здравоохранения Гвинеи, вероятно, выявят новые случаи заболевания. ECDC оценивает риск завоза вируса Эбола в страны Европы как маловероятный, но не невозможный, и призывает медицинских работников быть готовыми к

появлению путешественников, возвращающихся из тропических стран с такими симптомами как лихорадка, головная боль, и диарея.

Медицинские работники учреждений здравоохранения Российской Федерации также должны быть готовы к появлению больного геморрагической лихорадкой Эбола, заразившегося в Гвинее. При поступлении пациента с лихорадкой, головными и мышечными болями и диареей, имеющего в анамнезе запись о посещении Гвинеи, Сьерре Лионе, Сенегала или Либерии в течение предшествующих 21 сут. или имевшего контакт с лицами, посещавшими это государство, необходимо относиться к нему как к потенциально заразившемуся геморрагической лихорадкой Эбола.

Основные факты:

- Вирус Эбола вызывает вспышки тяжелой геморрагической лихорадки среди людей.
- Летальность при вспышках геморрагической лихорадки Эбола достигает 90%.
- Вспышки геморрагической лихорадки Эбола происходят, главным образом, в отдаленных селениях Центральной и Западной Африки, близ влажных тропических лесов.
- В случае неблагоприятной эпидемиологической ситуации вспышки геморрагической лихорадки Эбола могут быть зарегистрированы в далеких от Африки регионах.
- Природным резервуаром геморрагической лихорадки Эбола являются плодоядные летучие мыши, однако источником инфекции могут также являться больные обезьяны, антилопы, дикобразы, свиньи, человек.
- Вирус передается людям от диких животных и распространяется среди людей от человека к человеку.
- Заболевание высококонтагиозно и передается при попадании вируса на кожу и слизистые оболочки. Естественная восприимчивость людей – высокая.
- Лечение или вакцины ни для людей, ни для животных нет.

Передача инфекции:

- Вирус Эбола распространяется путем передачи от человека к человеку при прямых контактах с кровью, жидкостями организма и тканями инфицированных людей, а также при обращении с больными или мертвыми инфицированными дикими животными (обезьяны, антилопы, плодоядные летучие мыши).
- Воротами инфекции являются слизистые оболочки респираторного тракта и микротравмы кожи. На месте ворот инфекции видимых изменений не развивается.
- Работники здравоохранения могут быть инфицированы вирусом Эбола во время обращения с пациентами в результате тесных контактов при отсутствии соответствующих мер инфекционного контроля и надлежащих барьерных методов ухода. Так, например, работники здравоохранения, не надевающие перчаток и/или масок и/или

защитных очков, инфицируются посредством прямого контакта с кровью больных.

Признаки и симптомы:

- Геморрагическая лихорадка Эбола является тяжелой острой вирусной инфекцией, для которой характерна быстрая генерализация с развитием общей интоксикации.
- Инкубационный период (интервал между инфицированием и появлением симптомов) может варьироваться от 2 до 21 дня, в среднем – от 3 до 9 дней.
- Заболевание начинается остро с повышения температуры тела до 39,5-40 °С. Появляются головная боль в лобной и височных областях, недомогание, миалгия (особенно в поясничной области), тошнота и рвота. Примерно у половины больных развивается конъюнктивит. Через 1-3 суток присоединяются водянистый понос (часто профузный), сонливость, нарушения сознания.
- В течение первых дней у большинства больных возникают явления ангины, увеличиваются шейные лимфоузлы; воспаление миндалин вызывает у больных ощущение болезненного «шара в горле». На нёбе и нёбных миндалинах могут наблюдаться высыпания.
- На 5-7-е сутки болезни на лице и шее появляется пятнисто-папулезная сыпь, которая затем распространяется на туловище и конечности. Спустя 4-5 суток начинается отрубевидное шелушение пораженных участков кожи, особенно выраженное на ладонях и подошвах.
- Геморрагический синдром проявляется в виде кожных и субконъюнктивальных кровоизлияний, носовых кровотечений, кровавой рвоты, маточных кровотечений, диареи геморрагического характера возникают на 5-7-е сутки болезни.
- Часто наблюдают признаки энцефалопатии в виде возбуждения и агрессивности больных, которые в случаях выздоровления длительно сохраняются и в период реконвалесценции.
- На протяжении первой недели болезни температура тела держится около 40 °С, на второй неделе она постепенно снижается, а между 12-ми и 14-ми сутками вновь повышается.
- На второй неделе возникают гепатомегалия, спленомегалия, отек лица, покраснение мошонки или половых губ.
- Смерть наступает обычно на 2-й неделе болезни (8-16 сут) на фоне кровотечений и шока. В случаях выздоровления острая фаза заболевания продолжается 2-3 недели.
- Период реконвалесценции затягивается до 2-3 месяцев, сопровождается астенизацией, анорексией, снижением массы тела, выпадением волос, иногда развитием психических нарушений.
- Люди остаются инфекционными до тех пор, пока их кровь и выделения содержат вирусы.

- Осложнения включают: орхит, который может завершиться атрофией яичек; миокардит, проявляющийся неритмичным пульсом и изменениями на ЭКГ; панкреатит.

ВНИМАНИЕ! Тестирование образцов, взятых у пациентов, представляет чрезвычайно высокую биологическую опасность, и его можно проводить только в условиях максимальной биологической изоляции!

Дифференциальная диагностика

Представляет значительные сложности в связи с отсутствием специфических клинических признаков и скоротечностью развития заболевания. В нашу страну лихорадка Эбола может быть занесена из стран Центральной и Западной Африки.

Образцы (кровь) от больного, подозрительного на инфицирование вирусом Эбола, направляются со строгим соблюдением требований Санитарных правил СП 1.2.036-95 «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности» в Федеральное бюджетное учреждение науки «Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по адресу:

- р.п. Кольцово, Новосибирская область, 630559, ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор»
- тел.: +7 (383) 336 60 10;
- факс: +7 (383) 336 74 09;
- адрес электронной почты: vector@vector.nsc.ru.

В России зарегистрирован «Набор реагентов для амплификации кДНК вируса Эбола (Заир, Судан) с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме реального времени (для приборов Rotor-Gene 6000/3000)» («Вектор-ПЦР_{РВ}-Эбола-RG», ТУ 9398-017-05664012-2011, № РЗН 2013/1322 от 11.12.2013, пр-во ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор»).

Лечение и вакцины

В тяжелых случаях требуется интенсивная поддерживающая терапия. Пациенты часто страдают от обезвоживания и нуждаются во внутривенных вливаниях или пероральной регидратации с помощью растворов, содержащих электролиты. Основное лечение геморрагической лихорадки Эбола состоит в применении патогенетических и симптоматических лекарств. Борьбу с интоксикацией, обезвоживанием, кровотечением, шоком проводят общепринятыми методами.

Специфического лечения геморрагической лихорадки Эбола или вакцины против нее в настоящее время нет.

Рекомендации для профилактики заболевания, которые необходимо популяризировать среди населения

В целях предупреждения заражения геморрагической лихорадкой Эбола гражданам настоятельно рекомендуется воздержаться от поездки в страны Центральной и Западной Африки без острой необходимости.

При выезде в указанные страны в случае необходимости рекомендуется использовать защитные маски и воздержаться от посещения мест массового скопления людей и контактов с больными людьми с высокой температурой.

Для профилактики заболевания рекомендуются регулярные проветривания помещений, влажная уборка, соблюдение правил личной гигиены, не покупать пищу в местах несанкционированной торговли.

При появлении симптомов заболевания необходимо надеть маску и незамедлительно обратиться за медицинской помощью.

При появлении лихорадки или других симптомов заболевания при возвращении из поездки необходимо своевременно обратиться к врачу, предоставив информацию о посещенных странах и сроках пребывания.

Мероприятия в эпидемическом очаге

Больные геморрагической лихорадкой Эбола подлежат немедленной госпитализации в боксовые отделения с соблюдением строгого режима, рекомендуемого в случаях особо опасных инфекций.

Все предметы обихода больного должны быть строго индивидуальными, маркированными. Их хранят и дезинфицируют в боксе. Для лечения применяют инструменты разового пользования; после употребления их автоклавируют или сжигают.

Обслуживающий персонал должен работать в противочумном костюме 1 типа. Особую осторожность следует соблюдать при контакте с кровью и другими биологическими материалами от больных геморрагической лихорадкой Эбола и подозрительных на заболевание.

Лиц, находившихся в непосредственном контакте с больным лихорадкой Эбола (или лицом, у которого подозревают развитие заболевания), изолируют в палатах инфекционных отделений лечебных учреждений и наблюдают в течение 21 дня.

Выздоровевших выписывают при нормализации состояния и 3-кратных отрицательных вирусологических исследованиях.