

Крымская геморрагическая лихорадка (вызванная вирусом Конго)

Крымская геморрагическая лихорадка (вызванная вирусом Конго) (далее — КГЛ) — арбовирусная трансмиссивная природно-очаговая сезонная инфекционная болезнь, характеризующаяся острым началом, двухволновой лихорадкой, общей интоксикацией и разной степенью выраженности геморрагического синдрома (от петехий на коже и слизистых до полостных кровотечений).

Вирус Конго относится к семейству *Bunyaviridae* роду *Nairovirus*. В соответствии с принятой в Российской Федерации классификацией патогенных для человека микроорганизмов он относится ко II группе патогенности (опасности).

Природная очаговость КГЛ характерна для степных, полупустынных и лесостепных ландшафтов Юга России (Республика Калмыкия, Республика Дагестан, Республика Ингушетия, Карачаево-Черкесская и Кабардино-Балкарская республики, Краснодарский и Ставропольский края, Ростовская, Волгоградская и Астраханская области).

Вирус КГЛ выделен по крайней мере от 27 видов клещей, главным образом, иксодовых. Основное значение в качестве резервуара и переносчика вируса в европейской части России имеет клещ *Hyalomma marginatum*, который сохраняет вирус пожизненно.

Основными прокормителями имаго клещей в хозяйственных условиях (личные подворья и т.п.) является крупный и мелкий рогатый скот, дикие мелкие млекопитающие (заяц-русак, ушастый еж, лесная мышь, малый суслик, тушканчик и др.), а в преимагинальную фазу клещей — птицы семейства врановых (грач, ворона, сорока) и курных (куропатка, индейка), способствующие широкому распространению переносчиков на значительные расстояния.

Передача вируса от больного животного человеку происходит при укусе инфицированным клещом (инокуляционный путь, чаще реализуется среди чабанов, доярок, скотников, владельцев индивидуального поголовья и лиц, занятых в полеводческих работах), раздавливании инфицированного клеща (контаминационный путь), контакте с кровью животного, убое, уходе за животными и прочее (контактный путь).

Передача вируса от больного человека здоровому (внутрибольничные и внутрисемейные случаи КГЛ) осуществляется при контакте незащищенных кожных локровов и слизистых с биологическими жидкостями, содержащими вирус, в первую очередь с кровью (гемоконтактный путь). Кровь больных КГЛ заразна в течение всего лихорадочного периода (до 7-10, редко до 14 дней).

Аспириационный путь заражения КГЛ (воздушно-капельный и воздушно-пылевой) возможен в лабораторных условиях и при оказании помощи больным с легочными кровотечениями.

Заражение детей возможно вертикальным путем и во время грудного вскармливания. Не исключается гемотрансфузионный путь передачи КГЛ у реципиентов препаратов крови.

Основные критерии диагноза КГЛ:

1. Эпидемиологические:

- сезонность (апрель-август);
- место пребывания или проживания больного в эпидемиологически неблагополучном регионе;
- укусы клещом или возможный контакт с клещами;
- профессиональная принадлежность (чабаны, доярки, сельскохозяйственный работник, заготовщик мяса, владелец частного поголовья скота и др.).

2. Клинические:

- острое начало заболевания с высокой лихорадки ($>38,5^{\circ}\text{C}$);
- общезинфекционные проявления (интенсивные головные боли, тошнота, рвота, анорексия, миалгия);
- в первые дни от начала заболевания одутловатость и гиперемия лица и шейно-воротниковой зоны, инъекция сосудов склер, умеренная гиперемия зева, гепатомегалия с 3-5 дня от начала заболевания;
- зона укуса клеща (первичный аффект) - без патологических особенностей;
- апирексия на 4-6-й дни болезни с последующим развитием геморрагического синдрома (при естественном течении болезни).

3. Лабораторные:

- лейкопения, тромбоцитопения, нормальная или замедленная СОЭ.
- специфические антитела IgM, IgG, РНК вируса КГЛ.

Критерии вероятного диагноза КГЛ: острое начало заболевания, лихорадка $>38^{\circ}\text{C}$; весенне-летний период; укус клеща или возможный контакт при пребывании больного в зоне природного биотопа; контакт с больным КГЛ при уходе, оказании ему медицинской помощи; профессиональная деятельность больного (чабан, скотник, полевые работы и др.).

Критерии подозрительного на КГЛ заболевания: весенне-летний период; острое начало заболевания, лихорадка $>38^{\circ}\text{C}$; наличие как минимум 2-х из следующих геморрагических проявлений: петехии, геморрагии, геморрагическая пурпура, рвота кровью, носовое кровотечение, кровохарканье; отсутствие предрасполагающих факторов к развитию ГС; отсутствие других причин развития геморрагического синдрома; в гемограмме лейкопения, тромбоцитопения.

Окончательный диагноз КГЛ ставится на основании характерных клинико-эпидемиологических данных и обнаружении антител Ig M в титре 1:800 и более, Ig G в любом титре, обнаружении РНК вируса КГЛ.

Медицинские организации в обязательном порядке извещают о каждом случае заболевания, подозрительном на КГЛ, орган исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъекта Российской Федерации и орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории, где выявлен случай заболевания. При подозрении или выявлении у больного КГЛ на амбулаторном этапе - врач (участковый терапевт, врач общей практики (семейный врач), врач-инфекционист), средние медицинские работники ФАП, оказывающих

первичную доврачебную медико-санитарную помощь (независимо от форм собственности ЛПУ) направляют больного на госпитализацию в стационар для оказания ему специализированной медицинской помощи. Обязательно соблюдение мер изоляции и строгого противоэпидемического режима для больных КГЛ и контактных с ними лиц.

Профилактика.

При отсутствии специфической профилактики КГЛ единственным способом уменьшения случаев заболеваний ККГЛ среди людей является повышение информированности о факторах риска и просвещение в отношении мер, которые они могут принимать для ограничения контактов с вирусом.

Неспецифическая профилактика КГЛ проводится в нескольких направлениях:

1. Для снижения риска передачи вируса от клеща человеку рекомендуется:

- носить светлую защитную одежду (длинные рукава, длинные брюки);
- применять разрешенные к применению акарициды для одежды;
- применять разрешенные к применению репелленты для кожи и одежды;
- регулярно осматривать одежду и кожу в целях обнаружения клещей; в случае их обнаружения удалять их безопасными методами;
- после удаления клеща необходимо в течение 14 дней наблюдать за своим состоянием здоровья и при малейшем его ухудшении обращаться к врачу;
- при обнаружении клеща на теле необходимо немедленно обратиться в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение;
- стремиться к недопущению поражения животных клещами или проводить борьбу против клещей в помещениях для содержания животных;
- избегать пребывания в районах, где имеется большое количество клещей, и в те сезоны, когда они наиболее активны;

2. Для снижения риска передачи вируса КГЛ от животных человеку рекомендуется:

- надевать перчатки и другую защитную одежду при обращении с животными или их тканями в эндемичных районах, особенно во время забоя, разделки туш и выбраковки на скотобойнях или в домашних условиях;
- содержать животных в карантине до их поступления на скотобойню или в обычном порядке обрабатывать животных пестицидами за две недели до забоя;
- владельцам сельскохозяйственных животных, лицам, посещающим пастбища, выполняющим полевые работы, находившихся на отдыхе в природном биотопе и не отмечавших укуса клеща, при ухудшении самочувствия (повышение температуры, головная и мышечная боль, слабость) необходимо немедленно обратиться к врачу.

3. Для снижения риска передачи инфекции от человека человеку рекомендуется:

- избегать тесного физического контакта с больными КГЛ;

- надевать перчатки и защитную одежду при уходе за больными людьми;
- регулярно мыть руки после ухода за больными людьми или их посещения.

4. Для профилактики заражения КГЛ в медицинских учреждениях:

- медицинские работники, осуществляющие уход за пациентами с предполагаемой или подтвержденной ККГЛ или работающие с образцами, взятыми у них, должны соблюдать стандартные меры инфекционного контроля (гигиена рук, использование индивидуальных средств защиты, практика безопасных инъекций и безопасные способы захоронения);
- медицинские работники, осуществляющие уход за пациентами непосредственно за пределами зоны вспышки КГЛ, должны соблюдать стандартные меры инфекционного контроля;
- рекомендации по инфекционному контролю в процессе оказания помощи пациентам с предполагаемой или подтвержденной КГЛ должны соответствовать рекомендациям ВОЗ, разработанными в отношении геморрагических лихорадок Эбола и Марбург.
- обеззараживанию подлежат все предметы, загрязнённые или подозрительные на загрязнение кровью и выделениями больного, а также имевшие контакт со слизистыми оболочками больного; проводится дезинфекция экскрементов и предметов туалета. Снятое с больного белье и одежду необходимо собрать в клеенчатый или пластиковый мешок и подвергают обработке в паровой камере при температуре $+110-120^{\circ}\text{C}$ и давлении 0,5—0,6 атмосфер в течении 45 минут. Постельные принадлежности и полотенца обрабатывают в камере по мере загрязнения и при выписке больного в 2% содовом растворе. Кровянистые выделения (фекалии, моча, слюна, рвотные массы) засыпают сухой хлорной известью и заливают двойным объемом 10% раствора хлорной извести, перемешивают и оставляют для контакта на 2 часа. Белье и предметы, загрязненные выделениями больных, обрабатывают 3% раствором хлорамина. Посуда обеззараживается кипячением в течении 30 минут. В палатах проводится ежедневная 3-4 кратная обработка пола, стен и дверей 3% раствором хлорамина. Остатки пищи больного заливают двойным количеством 10% раствора хлорной извести с экспозицией 1 час.
- с образцами биологического материала, взятыми у пациентов с предполагаемой КГЛ, должны обращаться специально подготовленные сотрудники, работающие в надлежащим образом оборудованных лабораториях.