

## **Вспышка геморрагической лихорадки ласса в нигерии: новая угроза человечеству!?**

**Куис Наталья Николаевна**

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат биологических наук, доцент Капитулец**

**Сергей Петрович, Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск**

Геморрагическая лихорадка Ласса (ГЛЛ) – острое инфекционное заболевание из группы вирусных геморрагических лихорадок с природной очаговостью, является эндемичным для стран Западной Африки и характеризуется тяжелым течением, с поражением органов дыхания, почек, ЦНС, миокардитом, геморрагическим синдромом. Ежегодно в мире отмечается до 500 тысяч случаев заболевания, из которых 5-10 тысяч заканчиваются летально. При тяжелой форме ГЛЛ смертность достигает 50-70%.

Источником и резервуаром возбудителя ГЛЛ в природных очагах является африканская многососковая крыса *Mastomys natalensis* (зараженность популяции в очагах 15-17%), крыса *Rattus rattus* (зараженность в очагах до 5%) и мышь *Mus minutoides* (зараженность до 4%). У этих грызунов экспериментально доказано длительное (более 3 месяцев) вирусоносительство и выделение вируса с мочой. До сих пор не исключается вероятность вовлечения в эпидпроцесс других видов грызунов, в организме которых вирус может сохраняться длительное время. Человек заражается преимущественно респираторным путём при вдыхании аэрозоля, содержащего экскреты инфицированных грызунов, и контактным – через предметы обихода, пищу или воду, загрязнённые мочой грызунов, содержащей вирус. Заражение человека от человека происходит воздушно-капельным, контактным и половым путями. Определению распространённости ГЛЛ препятствуют определенные сложности в диагностике лёгких и средней тяжести случаев заболевания.

В марте 2018 года эксперты ВОЗ объявили о 353 лабораторно подтвержденных случаях заражения ГЛЛ в Нигерии, из которых 78 закончились летально (летальность составила 22,2%). При этом, у 766 человек остается подозрение на инфицированность вирусом Ласса, а 3126 человек, которые вступали в контакт с зараженными, остаются под наблюдением. Особую озабоченность вызывают 10 летальных случаев среди медицинского персонала.

Текущая вспышка ГЛЛ обещает стать самой широкомасштабной в истории ГЛЛ, начиная с 1969 года, когда вирус был впервые выделен в Нигерии, что, очевидно, связано с появлением мутантных высоковирулентных штаммов вируса Ласса. При этом случаи заболевания сейчас выявляются в течение всего года, а не только в сезон дождей, как отмечалось прежде. Другой особенностью эпидемического процесса является то, что передача вируса от человека человеку аэрогенным путём ведёт к появлению как вторичных групповых вспышек, так и к возникновению нозокомиальных (госпитальных) вспышек с вовлечением медицинского персонала и лабораторных работников, сопровождающихся высокой летальностью. Довольно длительный инкубационный период заболевания (до 17-20 дней) определяет возможность заносов ГЛЛ из Африки на другие неиндемичные территории лицами, совершающими международные переезды. При этом, важным аспектом распространения ГЛЛ является неэффективность проведения мероприятий по дифференциальной диагностике заболевания, поскольку клиническая картина инфекции имеет схожесть с другими болезнями. Еще одна проблема заключается в том, что против вируса Ласса до сих пор нет эффективных вакцин.

В докладе проведен анализ вспышечной заболеваемости ГЛЛ в мире в период с 1969 г. и по настоящее время и оценены потенциальные риски возникновения широкомасштабной эпидемии ГЛЛ, обсуждены вопросы этиологии, эпидемиологии, лабораторной диагностики, патогенеза, клиники и лечения ГЛЛ.