

сопроводительных документов, подтверждающих качество и безопасность продукции.

На территориях районов области, вошедших во вторую угрожаемую зону, проводятся мероприятия согласно «Инструкции о мероприятиях по предупреждению и ликвидации АЧС»:

В государственной ветеринарной службе создан запас дезинфекционных средств в количестве около 4 тонн, что позволит провести дезинфекцию на территории 700 тыс. кв. м. В свиноводческих предприятиях имеется запас дезинфекционных средств на обработку 510 тыс. кв. м.

По информации директора ОГУ «Ульяновская областная ветеринарная лаборатория» Р. Юсупова, с начала 2011 года на африканскую чуму свиней методом ИФА исследовано 734 пробы сыворотки крови, 254 пробы патматериала от домашних свиней и 32 пробы патматериала от диких кабанов, методом ПЦР исследована 101 проба от домашних свиней и 40 проб патматериала от диких кабанов. По результатам исследований, вируса африканской чумы не выявлено [2].

Библиографический список

1. Эпизоотология и инфекционные болезни / А.А. Конопаткин, Б.Т. Артемов, И.А. Бакулов и др.; Под ред. А.А. Конопаткина.- 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Колос, 1993. – 688 с.,[4] л. ил.: ил. – (Учебники и учеб. пособия для студентов высш. учеб. заведений).
2. <http://pelevinani.livejournal.com>

ON PREVENTION OF AFRICAN SWINE FEVER AT ULYANOVSK REGION

Bogdanov I.I., Tarasova O.V., Zhuravskaya N.P.

This article contains information about how to prevent African swine fever in the territory of the Ulyanovsk region.

УДК 679

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА МАРБУРГ

Толмачева Л.А., 4 курс, факультет ветеринарной медицины
Научный руководитель: к.б.н., ст. преподаватель Журавская Н.П.
ФГБОУ ВПО «Ульяновская ГСХА»

Геморрагическая лихорадка Марбург – острое вирусное заболевание. Оно характеризуется тяжелым течением и высокой смертностью – до 25-30%, геморрагическим синдромом, поражением печени, желудочно-кишечного тракта и центральной нервной системы.

Хотя природные очаги распространения вируса находятся в Африке, впервые болезнь наблюдались в 1967 году в Европе: в городах Марбурге и Франкфурте-на-Майне, также один человек наблюдался в Белграде. Источником инфекции в дальнейшем были признаны африканские зелёные

марышки, у которых инфекция может протекать бессимптомно. Был зарегистрирован 31 случай заболевания и 7 смертельных исходов. В дальнейшем подобные заболевания наблюдались в Судане, в Кении, ЮАР. Эпидемически марбургский вирус был обнаружен в 2007 году у экземпляров египетских летучих собак, подтвердив подозрение, что данный вид может быть источником для этого опасного вируса [1, 3].

Больной человек представляет опасность для окружающих. Выделение вируса происходит с носоглоточным содержимым, мочой, заразна также кровь больных. Инфицирование людей может происходить воздушно-капельным путём, при попадании вируса на конъюнктивы, а также на кожу, не исключается возможность полового пути передачи инфекции (вирус обнаруживался в семенной жидкости). Вирус в организме переболевшего человека может сохраняться до 3х месяцев [2].

Способы передачи вируса Марбург в природных условиях твердо не установлены. Предполагается участие в передаче обезьян, внутрибольничная инфекция существует, хотя стабильной циркуляции вируса в человеческой популяции нет.

Воротами инфекции служат повреждённая кожа, слизистые оболочки. Характерна диссеминация вируса. Размножение его может происходить в различных органах и тканях. Вирус длительно обнаруживается в крови, сперме (до 12 недель). Патогистологические изменения отмечаются в печени (ожирение печёночных клеток, некробиоз отдельных клеток, клеточная инфильтрация), почках (поражение эпителия почечных канальцев), селезёнке, миокарде, лёгких. Множественные мелкие кровоизлияния в различных органах.

Инкубационный период 2–16 суток. Продромальный период отсутствует. Болезнь начинается остро с быстрым повышением температуры тела до высокого уровня, часто с ознобом. С первых дней болезни отмечаются признаки общей интоксикации, через несколько дней присоединяются поражения желудочно-кишечного тракта, геморрагический синдром; развивается обезвоживание, нарушение сознания [1, 4].

В начальный период больной жалуется на головную боль разлитого характера или более выраженную в лобной области, боли в груди колющего характера, усиливающиеся при дыхании, загрудинные боли, иногда сухой кашель. Появляется ощущение сухости и боль в горле. Отмечается гиперемия слизистой оболочки глотки, кончик и края языка красные; на твёрдом и мягком нёбе, языке появляются везикулы, при вскрытии которых образуются поверхностные эрозии, выраженного некроза не наблюдается. Тонус мышц, особенно спины, шеи, жевательных мышц, повышен, пальпация их болезненна. С 3–4-го дня болезни присоединяются боли в животе схваткообразного характера. Стул жидкий, водянистый, у половины больных отмечается примесь крови в стуле или наблюдаются признаки желудочно-кишечного кровотечения. У отдельных больных появляется рвота с примесью желчи и крови в рвотных массах. Понос наблюдается почти у всех больных (83%), длится около недели; рвота бывает реже (68 %), продолжается 4–5 дней.

У половины больных на 4–5-й день болезни появляется сыпь, у некоторых больных на фоне сыпи могут отмечаться везикулезные элементы. Сыпь распространяется на верхние конечности, шею, лицо. Иногда беспокоит кожный зуд. При развитии геморрагического синдрома появляются кровоизлияния в кожу (у 62 % больных), в конъюнктиву, слизистую оболочку полости рта. В это время появляются носовые, маточные, желудочно-кишечные кровотечения. В конце 1-й, иногда на 2-й неделе признаки токсикоза достигают максимальной выраженности. Появляются симптомы дегидратации, инфекционно-токсического шока. Иногда наблюдаются судороги, потеря сознания. В этот период больные нередко умирают.

При исследовании крови отмечается лейкопения, тромбоцитопения, пойкилоцитоз, базофильная зернистость эритроцитов. Цереброспинальная жидкость даже у больных с признаками раздражения мозговых оболочек остаётся без изменений. Период выздоровления затягивается на 3–4 недели. В это время отмечается облысение, периодические боли в животе, ухудшение аппетита и длительные психические расстройства. К поздним осложнениям относят поперечный миелит [1, 5].

При распознавании болезни важное значение имеют эпидемиологические предпосылки, характерная клиническая картина. Имеют некоторое значение отсутствие эффекта от применения антибиотиков, химиотерапевтических и противомаларийных препаратов, отрицательные результаты обычных бактериологических и паразитарных исследований.

Специфические методы лабораторных исследований позволяют выявить вирус или антитела к нему. Работа с вирусосодержащим материалом проводится с соблюдением мер профилактики только в специально оборудованных лабораториях. При взятии материала для лабораторных исследований соблюдают правила упаковки и пересылки, рекомендуемых для особо опасных инфекций. Антитела в сыворотке крови определяют с помощью иммунофлюоресцентного метода.

В настоящее время нет лекарства, которое действует непосредственно на вирус Марбург. Но ученые разработали иммуноглобулин для иммунопрофилактики лиц высокого риска (пребывающие в африканских странах, работающие с тканями африканских маргышек, контактирующие с больными лихорадкой Марбург).

Прогноз всегда серьезный, летальность 30-90% [4, 5].

Профилактика. Больные лихорадкой Марбург подлежат обязательной госпитализации и строгой изоляции в отдельном боксе. При лечении больного и проведении лабораторных исследований соблюдают все меры предосторожности, рекомендуемые для работы с особо опасными инфекциями. Осуществляется контроль за лицами, прибывающими из эндемичных местностей. Специфическая профилактика не разработана [1, 6].

Библиографический список

1. Кленк, Ханс-Дитер. Марбург и Эбола вирусы. Актуальные вопросы в области микробиологии и иммунологии. – Берлин, Германия: Springer-Verlag, 1999

2. Мартини, Г. А., Зигерт. Марбург вирусное заболевание. – Берлин, Германия: Springer-Verlag, 1971
3. Филдс Б., Найп Д. Вирусология – М.: Мир, 1989
4. www.infectology.ru
5. www.mumps.starszenaseks.malopolska.pl/p-Ebola_virus_disease
6. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_marburg/ru/index.html

HEMORRHAGIC FEVER MARBURG

Tolmachyova L.A., Zhuravskaya N.P.

The article is devoted to the study of haemorrhagic fever, Marburg, elucidation of its causes, consideration of possible ways to prevent and treat this disease.

УДК 579.61

ЗАБОЛЕВАНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Пострелова О., 5 курс, факультет ветеринарной медицины
Научные руководители: Пульчеровская Л.П., Золотухин С.Н.
ФГБОУ ВПО «Ульяновская ГСХА»

Туберкулез – одна из древнейших болезней человечества. Подтверждением этого являются археологические находки: туберкулезное поражение позвонков было найдено у египетских мумий. Греки называли это заболевание *phtisis*, что переводится как «истощение», «чахотка». От этого слова происходит и современное название науки, изучающей туберкулез – фтизиатрия; а специалисты, изучающие туберкулез, называются фтизиатрами.

В XVII-XVIII веках, в период урбанизации и резкого развития промышленности, заболеваемость туберкулезом приобрела в Европе характер эпидемии. В 1650 году 20% смертей среди жителей Англии и Уэльса было обусловлено туберкулезом [1].

Однако о причине заболевания точно не было известно вплоть до 1882года, когда Роберт Кох обнаружил возбудителя этого заболевания – бактерию *Mycobacteriumtuberculosis*, которую до сих пор называют палочкой Коха.

Во второй половине XX века заболеваемость туберкулезом в развитых странах стала снижаться, несмотря на отсутствие эффективных методов лечения, что было обусловлено улучшением социально-экономических условий жизни, а также изоляцией больных. Однако в 80-м годах XX века в развиты странах был вновь зарегистрирован подъем заболеваемости туберкулезом. Эксперты ВОЗ объясняют это распространением ВИЧ-инфекции, наплывом иммигрантов из неблагополучных по туберкулезу стран, а также социальными факторами – нищетой, бродяжничеством, наркоманией. В ряде мест (в том числе в России) ситуация усугубилась значительным снижением контроля органов здравоохранения за туберкулезом. В России подъем заболеваемости туберкулезом начался в 1991 году и достиг максимального значения – 83 человека на 100 тыс. населения – 2000 году, с тех пор уровень заболеваемости