ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ В МИРЕ

**Лихорадка Чикунгунья**

Возбудитель заболевания – вирус чикунгунья (далее – ВЧ) относится к РНК-содержащим вирусам рода Alphavirus семейства Togaviridae. В результате филогенетических исследований выделены несколько геновариантов возбудителя: западно-африканский,
восточно-центрально-южно-африканский и индокитайский (линия Индийского океана).

Переносчики ВЧ – комары рода Aedes (Ae. aegypti, Ae. Albopticus
и др.).

**Эпидситуация в мире.** Основные природные очаги возбудителя находятся в субтропических регионах Африки, на островах Индийского океана и в Индокитае. Однако возрастающие объемы миграционных потоков приводят к заносу инфекции в новые регионы и, следовательно, к расширению ареала болезни. Это подтверждают многочисленные случаи заноса ВЧ на территорию Франции, Дании, Норвегии, Чехии, Италии лицами, посетившими эндемичные по ЛЧ регионы. В России описаны 9 завозных случаев ВЧ из Индонезии, Сингапура, Индии, острова Реюньон и Мальдивских островов. В связи с интенсификацией международных связей, пассажирских и транспортных потоков возможно возрастание числа таких случаев. При этом органы здравоохранения могут столкнуться не только со спорадическими случаями ЛЧ у туристов или мигрантов, но и с эпидемическими вспышками заболевания, как это случилось в Италии и Франции.

**Клиническая картина.** Инкубационный период болезни составляет от 3 до 7 дней, варьируя от 1 до 12 дней. В зависимости
от длительности симптомов выделяют острую (до 14 дней), подострую (до 3 мес) и хроническую (более 3 мес) формы заболевания. В 5–25% случаев болезнь протекает асимптомно.

При острой форме клиническая манифестация наблюдается
в 80–97% случаев с развитием классической триады – внезапно появляющейся высокой лихорадки, артралгий/артритов и кожной сыпи. Поражение суставов обычно носит симметричный и полиартикулярный (>75%) характер, развиваются скованность (91%) и синовит (70%). Чаще в процесс вовлекаются мелкие суставы кистей и стоп, а также лучезапястные, голеностопные и коленные суставы. В 50–75% случаев наблюдается макулопапулезная сыпь, часто протекающая с зудом
и преимущественной локализацией на туловище и конечностях,
в отдельных случаях возможно поражение кожи лица, ладоней
и/или подошв. Другие неспецифичные признаки включают генерализованные миалгии (79%), боль в спине (67%), головную боль (62%), выраженную слабость (37%). При наличии факторов риска (пожилой возраст, алкоголизм, фоновая респираторная
или кардиоваскулярная патология) возможно тяжелое течение заболевания с развитием так называемых атипичных для ЛЧ симптомов и синдромов.

В целом летальность при ЛЧ низкая (около 0,1%), но в тяжелых случаях она может достигать 11%.

При подострой форме болезни костно-суставная система поражается у 50% больных, инфицированных ВЧ. Клинические проявления включают стойкие артралгии/артриты, бурситы, теносиновиты, утреннюю скованность и астению.

Частота хронических форм суставной патологии
при инфицировании ВЧ колеблется от 14,4 до 87,2%. Факторы риска хронизации суставного синдрома: женский пол, возраст старше 40 лет, клинически манифестная патология при острой форме (полиартрит, теносиновит), фоновые заболевания суставов (остеоартрит) и сахарный диабет. На этой стадии, как правило, отмечаются стойкие (20–40%)
или рецидивирующие (60–80%) симметричные олиго- или поли-артралгии различной интенсивности с преимущественным вовлечением суставов кистей, голеностопных и коленных суставов. Наблюдаются синовит
(16–63%), утренняя скованность (71–89%), утомляемость (93%), астения (77–85%).

Возможно развитие теносиновита, плантарного фасциита
и туннельных синдромов. При обострении заболевания поражаются,
как правило, одни и те же суставы. Интервал между рецидивами может составлять от 1 нед до нескольких лет.

Стойкость и интенсивность симптоматики существенно влияют
на качество жизни пациентов, способствуя ограничению физической активности, снижению трудоспособности и развитию депрессии.

**Лечение.** Каких-либо специальных противовирусных препаратов для лечения Чикунгуньи нет. Лечение направлено, главным образом,
на облегчение симптомов, включая боль в суставах.

**Профилактика.** Наилучшим способом профилактики заражения является защита от укусов комаров. Пациенты с подозрением
на инфекцию должны избегать укусов комаров, чтобы предотвратить дальнейшую передачу инфекции комарам, которые, в свою очередь, могут заразить других людей.

Основным методом сокращения передачи является борьба
с комарами-переносчиками, путем еженедельного опорожнения
и очистки резервуаров с водой, удаления отходов и др.

Необходимо применять инсектициды, которые можно распылять
в воздухе для уничтожения летающих комаров, наносить на внутренние и внешние поверхности емкостей, на которые садятся комары,
и использовать для обработки воды в емкостях для уничтожения незрелых личинок.

В целях защиты во время вспышек чикунгуньи рекомендуется носить одежду, которая максимально закрывает кожу от укусов комаров в дневное время. Для предотвращения проникновения комаров в дома
на оконных и дверных проемах следует устанавливать защитные сетки. Открытые участки кожи или одежду необходимо опрыскивать репеллентами в строгом соответствии с указаниями, содержащимися
в аннотациях.

Поскольку максимальная пищевая активность комаров, передающих чикунгунью, наблюдается в дневные часы, то эффективную защиту лиц, спящих в дневное время, особенно детей раннего возраста, больных и пожилых людей можно обеспечивать при помощи обработанных инсектицидом противомоскитных сеток.

Лица, совершающие поездки в районы активной передачи инфекционного заболевания, должны соблюдать элементарные меры предосторожности, в том числе пользоваться репеллентами, носить одежду с длинными рукавами и брюки и следить за тем, чтобы помещения были оборудованы оконными сетками для предотвращения проникновения комаров.