

防と治療を大きく変えられると考えています。

さらに、ジンジバリス菌が持つ線毛の研究も進めています。線毛はたんぱく質がたくさん結合したもので、多くの細菌の表面に存在し、細菌の付着や病原性に関与します。ジンジバリス菌も、線毛によって歯周ポケットの中でほかの細菌と塊を作っています。私たちはジンジバリス菌の線毛が、既に解明されている線毛とは異なる作られ方をすることを明らかにしました。そして新型の線毛であることから「5型線毛」と名付けられました。

5型線毛に分類される線毛は主要な腸内細菌も持っていることが分かりました。

2012年には、海外の研究者たちと「歯周病細菌国際会議」を立ち上げました。第1回は長崎で開催し、私が主催者を務めました。今年5月には、オーストラリアで第3回会議を開きました。今後も国際的に注目される先端研究に挑みます。

次号(2017年7月号)では「長崎大学病院薬剤部」を取り上げます。

新興・再興感染症

マールブルグ病

1967年に西ドイツで見つかった突然発症するウイルス性出血熱

マールブルグ病は、「マールブルグウイルス」によって発症する感染症です。感染すると、3~10日後に突然、発熱や頭痛、筋肉痛、背中の痛み、皮膚の粘膜の発疹、のどの痛みが現れます。嘔吐を繰り返し、発病して1~2日目に水のような下痢を起こします。症状が進むと、からだのいろいろな部分から出血し、死亡することがあります。致死率は30%とされています。

マールブルグ病は1967年に、西ドイツ(当時)のマールブルグなどで初めて見つかри、同じ時期にフランクフルトや旧ユーゴスラビアのベオグラードでも発生しました。輸入したアフリカミドリザルの解剖を行って血液などに接触した研究者ら25人が突然、熱性疾患を発症し、7人が死亡しました。最初の発生地にちなんでマールブルグ病と呼ばれています。その後、アフリカのケニアやジンバブエでも発生しましたが、1998~99年にかけてコンゴ民主共和国では感染者が100人を超える大流行がありました。また、2005年にはアンゴラで300人を超える大流行

があり、80%以上の方が死亡しました。なお、わが国での発生はありません。

マールブルグ病は、患者の血液や唾液、排泄物に直接接触したときに、皮膚からウイルスがからだに入ることによって感染しますが、手袋などで感染を防ぐことができ、空気感染による拡大はないとされています。

マールブルグウイルスの自然界の宿主はコウモリではないかと疑われていますが、まだわかっていません。また、自然宿主から人にどのようにウイルスがうつるのかも謎のままです。

マールブルグ病には、ワクチンも治療薬もありません。発症した場合には、水分補給などの対症療法を行います。感染を防ぐには、発生地域への渡航を控えること、発生地域に行かざるを得ない場合にはコウモリなどの野生動物がいる所に近付かないことが大切です。

次号(2017年7月号)では「クリミア・コンゴ出血熱」を取り上げます。