



ХОЛЕРА

Холера — острая инфекция, вызываемая холерными вибрионами, протекающая с симптомами водянистой диареи, рвоты, с возможным развитием гиповолемического шока.

Относится к особо опасным инфекциям.

Этиология.

Возбудитель — *Vibrio cholerae* (холерный вибрион) — грамотрицательная изогнутая палочка, имеющая резко выраженную подвижность благодаря жгутику. Спор и капсул не образует. Хорошо растет на обычных питательных средах.

БИОТИПЫ холерных вибрионов:

- **Истинный** (или классический)
- **Эль-Тор**
- **O-139**

Содержат:

- соматический О-антиген (термостабильный)
- жгутиковый — Н (термолабильный).

По О-антигену холерные вибрионы (за исключением О-139) разделены на три серотипа: Огава, Инаба, Гикошима.

Возбудитель холеры неустойчив к высушиванию, кислой среде, дезинфицирующим средствам, кипячению и УФО, антибиотикам.

Во внешней среде холерные вибрионы длительное время сохраняют жизнеспособность.

Так, на пищевых продуктах микробы сохраняются до 5 дней, длительное время выживают в открытых водоемах, особенно когда вода прогревается выше 17 С.

Эпидемиология.

Источником инфекции является больной и вибриононоситель.

Механизм заражения холерой — фекально-оральный.

Пути передачи — **водный, алиментарный, контактно-бытовой.**
Водный путь имеет решающее значение

Как и для всех кишечных инфекций, для холеры свойственна **летне - осенняя сезонность.**

Восприимчивость к холере всеобщая. Перенесенная болезнь оставляет **длительный иммунитет.**

Клиника.

Инкубационный период колеблется от нескольких часов до 5 дней.

Различают **типичную** и **атипичную** формы холеры.
При **типичной** холере выделяют: легкие, средней тяжести и тяжелые формы.

Атипичные формы: стёртая, «сухая» и молниеносная.

Заболевание начинается остро, чаще в утренние часы. Появляется жидкий стул без тенезмов и болей в животе, но с наличием урчания и ощущением переполнения кишечника. Вначале испражнения жидкие каловые, затем становятся обильными и водянистыми и при обильной диарее в виде типичного рисового отвара. Испражнения не имеют зловонного запаха. Кратность дефекаций от 3-5 до 20 и более раз в сутки.

Через несколько часов присоединяется рвота, которая вначале содержит остатки пищи, примесь желчи, а затем напоминает рисовый товар. Развивается обезвоживание. У больных выраженная жажда, сухость слизистых, слабость, головокружение, возможно развитие судорог, уменьшается выделение мочи.

Температура тела нормальная, иногда возможен субфебрилитет. При выраженном обезвоживании – гипотермия.

Тяжесть течения холеры определяется степенью обезвоживания.

Степени обезвоживания (дегидратации)

II степень

***I степень
дегидратации***
Потеря жидкости
1-3% массы тела

дегидратации
Потеря
жидкости
4-6% массы
тела

***III степень
Дегидратации***
Потеря
жидкости
7-9% массы тела

***IV степень
дегидратации***
Потеря
жидкости
10% и более

I степень дегидратации.

Соответствует легкому течению холеры.

Стул 2-5 раз в сутки, рвота 1-2 раза или отсутствует.

Состояние больных удовлетворительное.

Гемодинамические показатели не изменяются.

Потеря жидкости составляет 2-2,5 литра.

Больные, как правило, за медицинской помощью не обращаются.

II степень дегидратации.

Соответствует среднетяжелому течению болезни.

Частота стула 15-20 раз в сутки, обильная рвота.

Больные жалуются на недомогание, резкую слабость, головокружение, сухость во рту, жажду.

Кожа сухая, бледная, тургор ее снижается, появляются цианоз губ, осиплость голоса, иногда кратковременные судороги отдельных групп мышц.

Отмечаются тахикардия, умеренная гипотензия, олигурия.

Потери жидкости составляет до 5 литров.

III степень дегидратации.

С первых часов болезни у больных появляются обильный жидкий стул до 20 раз и более, многократная рвота. Больных беспокоят мучительная жажда, судороги конечностей, сопровождающиеся болями.

Отмечаются бледность кожи, нарастающий цианоз, снижение тургора кожи, сухость слизистых оболочек, осиплость голоса вплоть до афонии, запавшие глаза, заостренные черты лица.

Пульс становится частым, слабым, снижается артериальное давление, глухость сердечных тонов

Температура тела снижается до субнормальной (35-36 °С), развивается олигурия или анурия.

Потеря жидкости составляет 7-8 литров.

IV степень дегидратации.

Обезвоживание развивается стремительно в течение 10-12 ч.

Дефекация непрерывная, обильная («фонтаном») рвота.

Потеря жидкости 8-9 литров.

Кожа бледная, холодная, покрыта холодным потом, тургор резко снижен, живот втянут, тотальный цианоз.

Черты лица заостряются, появляются «темные очки» вокруг глаз, страдальческое выражение лица.

Судороги становятся распространенными, продолжительными.

Артериальное давление падает ниже критического уровня

(80/40-20/0 мм рт. ст.), пульс перестает определяться. Анурия.

Возможно прекращение диареи и рвоты из-за пареза желудочно-кишечного тракта.

Диагностика.

Клинико-эпидемиологический диагноз должен быть подтвержден **бактериологическим исследованием**. Материалом для исследования служат **рвотные массы и испражнения**, которые засеиваются в колбу с 1 % пептонной водой и на щелочной агар.

В настоящее время используют ИФА для выявления антител или антигенов возбудителя.

Экспресс-диагностика позволяет установить предварительный диагноз в течение 2-х часов.

Лечение.

Все больные холерой или с подозрением на нее подлежат обязательной госпитализации.

Основной принцип лечения больных холерой — немедленная регидратация на дому, во время транспортировки, затем в стационаре. При легких и среднетяжелых формах следует проводить пероральную регидратацию.

Комитет экспертов ВОЗ рекомендует следующий состав для пероральной регидратации: натрия хлорид — 3,5 г, натрия гидрокарбонат — 2,5 г, калия хлорид — 1,5 г, глюкоза — 20 г, вода кипяченая — 1 л.

В России этот раствор чаще называют «оралит».

Применяют и другие растворы: «Регидрон», «Цитроглюкосолан», «Глюкосоль».

При тяжелых формах холеры и при наличии рвоты показана парентеральная регидратация — внутривенно вводят полиионные растворы: трисоль, дисоль, ацесоль, квартасоль, лактосоль.

Регидратация проводится в два этапа:

- Первичная регидратация – полное восполнение дефицита воды и солей в течение 2-2,5 часов
- Поддерживающая регидратация – компенсация продолжающихся потерь жидкости и солей

Этиотропное лечение включает назначение антибиотиков.

Профилактика.

Согласно международным правилам, за всеми лицами, прибывающими из неблагополучных по холере стран, устанавливается 5-дневное наблюдение с однократным бактериологическим обследованием.

В очаге холеры проводится комплексный план противоэпидемических мероприятий, включающий госпитализацию заболевших и вибрионосителей, изоляцию контактных и медицинское наблюдение за ними в течение 5 дней с 3-кратным бактериологическим обследованием. Проводят текущую и заключительную дезинфекцию.