



**Особенности
течение холера
у беременных
женщин**



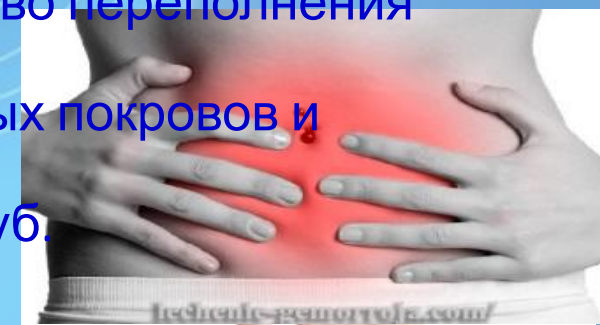
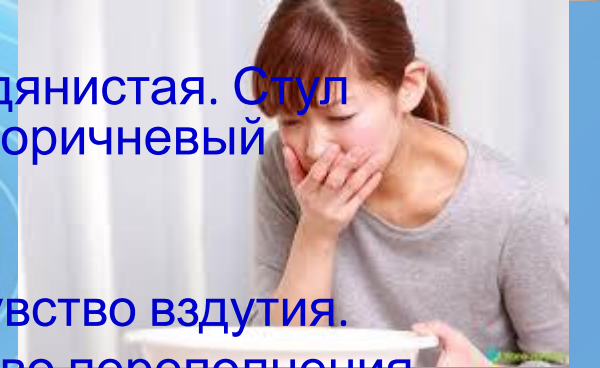
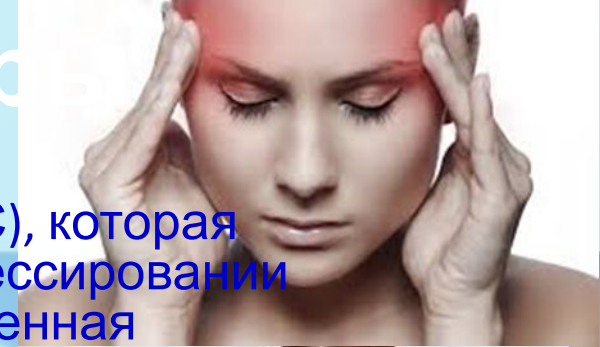
- В прежние пандемии отмечено особо тяжелое течение холеры у беременных. Н.К.Розенберг (1938) указывал, что в 51% случаев беременность при холере оканчивалась абортom, и летальность среди абортировавших достигала 50%, среди неабортировавших — 67%. Если холера поражала рожениц, то она заканчивалась гибелью матери и плода. В последние годы в результате внедрения современных методов лечения прогноз стал более благоприятным. В (1969г) считают, что холера в настоящее время не вызывает увеличения летальности среди матерей и клиническое течение холеры при этом не отягощается. Однако самопроизвольное прерывание беременности отмечается по-прежнему часто — в 50% наблюдений. (1972г) во время крупной эпидемии холеры в Нигерии описывают такие исходы у 18 беременных, из которых 1 умерла во время аборта во II триместре, у 3 других отмечено мертворождение. Особенно часто беременность прерывается самопроизвольно в III триместре. Обычно это наблюдается в 1-е сутки заболевания холерой.

- Причины прерывания беременности до настоящего времени точно не установлены. Решающую роль играет ишемия плаценты с последующей гипоксией. Холера с обезвоживанием III—IV степени у беременных в случае ее прерывания нередко осложняется задержкой плаценты. В Астраханском очаге мы наблюдали лишь единичных беременных, больных холерой. Заболевание не отличалось тяжелым течением и проявлялось дегидратацией I—II степени или состоянием носительства. Характерными симптомами было раннее появление тошноты и повторная рвота. Рвота встречалась у всех беременных и нередко продолжалась в течение 2—3 сут, иногда даже после нормализации стула. Рвота не была очень обильной, и у части больных, несомненно, являлась симптомом токсикоза беременности. Выкидышей в наших наблюдениях не отмечалось, однако преждевременные роды имели место у 2 беременных, при этом они окончились благополучно и для матерей, и для новорожденных.

Симптомы холеры

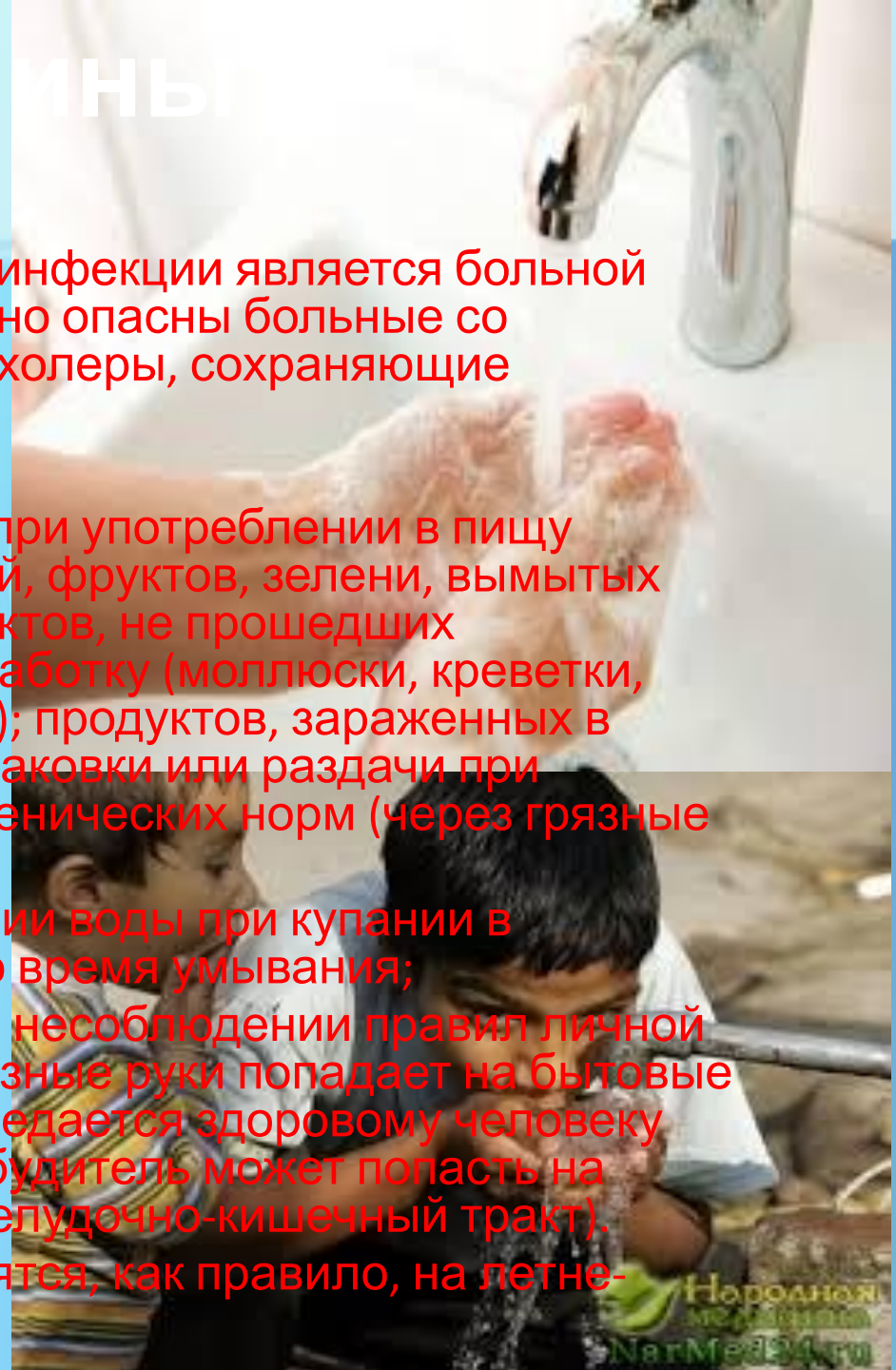
- Головная боль.
- Повышенная температура тела (до 37,1-38° С), которая сопровождается легким ознобом. При прогрессировании заболевания у больного наблюдается пониженная температура тела (до 34-35,5 ° С).
- Диарея (жидкий стул, понос) — обильная, водянистая. Стул может иметь зеленоватый, желтоватый или коричневый оттенок.
- Рвота.
- Незначительные боли и урчание в животе, чувство вздутия.
- Дискомфорт в околопупочной области, чувство переполнения и переливания жидкости в кишечнике.
- Обезвоживание проявляется сухостью кожных покровов и слизистых оболочек.
- Бледность кожных покровов и синюшность губ.
- Чувство жажды.
- Мышечная слабость.
- Судороги мышц (чаще жевательных и икроножных).
- Пониженное артериальное (кровеное) давление.
- Тахикардия (учащенное сердцебиение).
- Охриплость голоса.

Инкубационный период



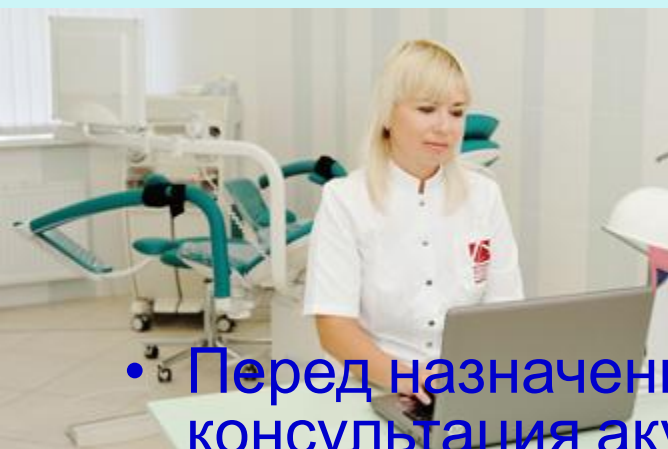
Причины

- Источником распространения инфекции является больной человек или носитель. Особенно опасны больные со стертыми и легкими формами холеры, сохраняющие социальную активность.
- Заражение происходит:
- алиментарным путем, то есть при употреблении в пищу зараженных продуктов: овощей, фруктов, зелени, вымытых зараженной водой; морепродуктов, не прошедших достаточную термическую обработку (моллюски, креветки, вяленая и слабосоленая рыба); продуктов, зараженных в процессе их приготовления, упаковки или раздачи при несоблюдении санитарно-гигиенических норм (через грязные руки);
- водным путем: при заглатывании воды при купании в загрязненных водоемах или во время умывания;
- контактно-бытовым путем: при несоблюдении правил личной гигиены возбудитель через грязные руки попадает на бытовые предметы и в дальнейшем передается здоровому человеку (также через грязные руки возбудитель может попасть на продукты питания, а затем в желудочно-кишечный тракт).
- Вспышки заболевания приходится, как правило, на летне-осенний период.



Диагностика

- Эпидемиологический анамнез: устанавливается факт нахождения больного в очаге вспышки заболевания, купания в естественных водоемах и т.д.
- Анализ жалоб и анамнеза заболевания: наличие рвоты, характер и частота поноса, боли в животе и другие факторы.
- Бактериологический метод: посев на питательные среды каловых, рвотных масс с последующим микроскопическим исследованием выросших колоний и выявлением холерного вибриона. Параллельно проводится определение чувствительности микроорганизма к различным группам антибиотиков (антибиотикограмма), что важно для назначения адекватного лечения.
- Серологические методы исследования крови на наличие антител (специфические белки иммунной системы, основной функцией которых является распознавание возбудителя (вируса или бактерии) и дальнейшая его ликвидация) к возбудителю.
- Необходима консультация акушера-гинеколога.
- Возможна также консультация инфекциониста, эпидемиолога.



Лечение холеры

- Перед назначением лечения необходима консультация акушера-гинеколога.
- Антибактериальные препараты с учетом выявленной чувствительности микроорганизма к различным антибиотикам.
- При сильном обезвоживании назначают внутривенное введение водно-солевых растворов, глюкозы.
- Пробиотики (препараты, содержащие микроорганизмы, родственные нормальной кишечной микрофлоре) с целью нормализации пищеварения.
- Переболевшие холерой в течение 1 года находятся под медицинским наблюдением.

Профилактика холеры

- Соблюдение санитарно-гигиенических мер (мытьё рук, употребление чистой воды, пищи, прошедшей термическую обработку и т.д.).
- Отказ от посещения регионов, где зарегистрированы вспышки холеры.
- Хранение продуктов в защищенных от насекомых местах. Известно, что мухи со свалок и из мусорных баков переносят на своих лапках возбудителей различных кишечных инфекций.
- Дезинфекция квартиры после госпитализации больного.
- Госпитализация лиц, тесно общавшихся с больным, для медицинского наблюдения.
- Обеззараживание сточных вод.
- Исследование воды на холерный вибрион в местах водозаборов, массового купания.
- Вакцинация в регионах вспышки заболевания (вакцина Dukoral или Shanchol).
- Регулярное посещение акушера-гинеколога (1 раз в месяц в 1-м триместре, 1 раз в 2-3 недели во 2-м триместре и 1 раз в 7-10 дней в 3-м триместре).
- Своевременная постановка беременной на учет в женской консультации (до 12 недели беременности).