

Карантинные (конвенционные) инфекции

Часть 2.
ХОЛЕРА

ХОЛЕРА

- Острое антропонозное заболевание, с фекально-оральным механизмом передачи инфекции, протекающее с развитием дегидратации и деминерализации в результате водянистой диареи и рвоты.



Источник – больной человек или вибрионоситель.

- Путь передачи – водный, реже пищевой.
- Инкубационный период – от нескольких часов до 6 суток (чаще 1-2 дня).
- Естественная восприимчивость высокая, перенесенное заболевание оставляет стойкий видоспецифический иммунитет
- Эндемичные районы: Крым, Одесская область, Астраханская область, Ставрополь, Калмыкия, Дагестан, Индия, Пакистан, Индонезия, Таиланд.

Типичная форма холеры

- Острое начало: появляется жидкий водянистый стул, без болей в животе и тенезмов, но с урчанием и чувством переполнения кишечника
- Объем испражнений в сутки может достигать 20-30 л
- Температура тела нормальная или субнормальная
- Сухость языка и слизистых
- Пальпация живота безболезненная, определяется урчание по ходу кишечника
- Кожные покровы становятся цианотичными, холодными на ощупь, черты лица заостряются, глаза и щеки западают

- Кожа кистей рук морщинистая ("руки прачки"), голос сиплый, вплоть до афонии. У больных с тяжелой формой холеры отмечается гипотермия
- Терминальная форма холеры (IV степень дегидратации) получила название "алгидная". Алгид (декомпенсированное обезвоживание) сопровождается нарушением деятельности основных систем организма: сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной.
- С 1 л испражнений организм теряет 5 г натрия хлорида, 4 г натрия гидрокарбоната, 1 г калия хлорида

- Стул водянистого характера, в типичных случаях имеет вид рисового отвара, может быть совершенно прозрачный
- Объем каждой порции патологического стула и рвотных масс составляет в среднем 250-300 мл и мало меняется от дефекации к дефекации
- Присоединение многократной «фонтанирующей» рвоты значительно ухудшает состояние больного
- Развивается дегидратация и деминерализация организма больного



Атипичные формы

- Возможно более быстрое развитие обезвоживания организма. В тех случаях, когда дегидратационный шок развивается в течение нескольких часов (одних суток), форму заболевания называют молниеносной.
- Сухая холера протекает без поноса и рвоты, но с признаками быстрого развития дегидратационного шока - резким падением артериального давления, развитием тахипноэ, одышки, афонии, анурии, судорог.
- Стёртая форма



- У детей холера нередко приобретает быстро прогрессирующее течение с развитием декомпенсированного обезвоживания, анурии и признаками энцефалопатии.
- При невозможности точного учета потерь жидкости с рвотными массами и фекалиями детям рекомендуется давать пить по 50-150 мл глюкозо-солевого раствора после каждой дефекации (со скоростью 1 чайная - 1 десертная ложка в 1 мин)
- Объем жидкости при внутривенной инфузии грудным детям в первые 2 ч составляет 40 мл/кг, за вторые 2ч - 20 мл/кг и за третьи 2ч - 10 мл/кг. Таким образом, продолжительность первого этапа регидратационной терапии у грудных детей составляет не менее 6 ч.

признаки	холера	дизентерия	сальмонеллез
характер стула	водянистый, часто обесцвеченный, обильный	скудный с примесью крови и слизи	стул зеленоватый с остатками непереваренной пищи, иногда обесцвеченный
дефекация	безболезненная	тенезмы	тенезмы
боли в животе	не характерны	характерны	характерны
дегидратация 3-4 ст	выражена	не отмечается	не отмечается
озноб	не характерен	характерен	характерен
T тела	нормальная или понижена	повышена	повышена
АД	резко понижено	умеренно понижено или норма	умеренно понижено или норма
начало болезни	начинается с поноса	начинается чаще со рвоты, затем понос	начинается с симптомов общей интоксикации, затем рвота и понос
урчание в животе	типично	не типично	не типично
спазм и бо	не отмечается	типично	типично

Обезвоживание степени:

обезвоживание	1 степень	2 степень	3 степень	4 степень
Потеря	3%	4-6%	7-9%	10%
Рвота	До 5 раз	До 10 раз	20	Без счета
диарея	До 10 раз	До 20 раз	Без счета	Без счета
Жажда\слизистые	Есть\сухие	Сухие, бледные	Выражена	Афония
Тургор	Неизменен	Снижен у пожилых	Резко снижен	Резко снижен
Диурез	Норма	<700 мл\сут	700-200 мл\сут	Анурия <200
Ps, АД	Норма	100\ 100\80	120\ 80\40	Нитевидный\ не определяется
дополнительно		Судороги н. конечностей	Акроцианоз, судороги	Генерал. судороги

Особенности терапии на ДГЭ

- При легком и средней тяжести течении следует проводить пероральную регидратацию.
- При наличии рвоты, а также больным с тяжелым течением болезни вводятся внутривенно полиионные растворы.

Терапия тяжелого течения холеры с развитием дегидратации III-IV степеней включает три этапа:

- 1-й - собственно регидратация;
- 2-й - коррекция потерь жидкости и электролитов;
- 3-й-реабилитационный этап, на котором купируется клеточная задолженность по электролитам (в первую очередь - калия).

Растворы для оральной регидратации

	NaCl	NaHCO ₃	KCl	глюкоза
Оралит	3.5 гр	2.5 гр	1.5 гр	20 г\л
Цитраглюксолан	3.5 гр	4 гр	2.5 гр	17 г\л
Регидрон	3.5 гр	2.9 гр	2.5 гр	10 г\л

Растворы для в\в

	NaCl	NaHCO ₃	KCL
Трисоль	5 гр	4 гр	1 гр
Квартасоль	4.75 гр	2.6 гр	1.5 гр
Хлосоль	4.75 гр	3.6 гр	1.5 гр
ацесоль	5 гр	2 гр	1 гр

- Растворы для внутривенного введения подогревают до 36-38°С
- Задачей первого этапа, рассматриваемого как реанимационный, является быстрая ликвидация гиповолемии, коррекция метаболического ацидоза и выведение больного из дегидратационного шока.
- Больному струйно со скоростью 100-120 мл/мин вводят в подключичную и периферические вены первые 2-4 л полиионного раствора
- Затем скорость инфузии снижают до 30-60 мл/мин. Общий объем инфузии на этом этапе у взрослых, не имеющих серьезной сердечной или легочной патологии, составляет 7-10% от их массы тела за 2 ч.

Критерии окончания 1-го этапа регидратации.

Клинические:

- Прекращение рвоты;
- Восстановление диуреза;
- Порозовение и потепление кожных покровов (особенно ладоней и стоп);
- Снижение тахикардии и улучшение свойств пульса;
- Нормализация АД с некоторым увеличением пульсового АД.

Постановка диагноза

- Клинический осмотр: бурное начало у лиц прибывших из эпидемически неблагополучных районов, явления гастроэнтерита, быстрое нарастание обезвоживания, характерный вид стула и рвотных масс, отсутствие болей в животе и лихорадки.
- Эпидемиологический анамнез: прибытие в срок до 7 дней из эпидемически неблагополучных районов; уход за больным диареей; употребление воды, слабосоленой рыбы домашнего изготовления, овощей и фруктов, привезенных из неблагополучных по холере районов; несоблюдение гигиенических правил.

Мероприятия в очаге (на дому)

- Одеть одноразовые защитные очки, перчатки, респиратор. Принять меры к недопущению попадания выделений больного на одежду.
- Передать все собранные клинико-эпидемиологические и паспортные данные больного ответственному старшему врачу оперативного отдела Станции, оформить вызов «на себя» консультативной инфекционной бригады с доставкой защитной одежды (халата) или заказать защитную одежду (халат) и дополнительные медикаменты на подстанции через диспетчера
- Перекрыть воду и исключить пользование канализацией
- Принять меры к изоляции всех находящихся в очаге от больного, исключить их контакты, и контакты с внешней средой.

- Оказать больному экстренную медицинскую помощь (в соответствии со стандартами)
- Организовать проведение текущей дезинфекции (обеззараживание выделений больного, сливных вод после мытья рук и пр.)
- Все использованные материалы: шприцы, иглы, жгуты, ампулы и пр., собираются в имеющийся в упаковке полиэтиленовый пакет, закрывают его и фиксируют лейкопластырем. Пакет оставляют в очаге.
- Составить списки контактных лиц, с указанием ФИО, возраста, места работы (учебы), контакта (где и когда), наличие прививок, пути следования. Указать время и дату составления списка. Поставить подпись.
- При доставке надеть дополнительный халат

Укладка для проведения экстренной личной профилактики:

- Антибиотик (Стрептомицина сульфат 0.25 или 1.0)
- Марганцевоокислый калий 0.05
- Спирт 70% 100.0
- Упаковка спиртовых салфеток 1уп (50шт)
- Дистиллированная вода ампулированная по 10.0 №10
- Пипетки глазные стерильные №3
- Шприцы: 1.0; 5.0; 10.0; 20.0 по 2 шт
- Флаконы для приготовления растворов по 100.0 (стерильные) 2 шт
- Раствор сульфацила натрия (альбуцид) 20% №3
- Мензурка стерильная 1 шт
- Салфетки стерильные (в ящике) 15 шт
- Ватно-марлевый респиратор 3шт
- Бумага для записи – 3 листа
- Грифельный карандаш

Экстренная личная профилактика

- При холере не проводится.

Сведения, которые необходимо собрать при выявлении ООИ

- Фамилия, Имя, Отчество больного (умершего)
- Возраст (год рождения)
- Гражданство
- Профессия (для детей – ясли, детсад, школа)
- Адрес постоянного места жительства (временного – с указанием ФИО проживающих вместе)
- Адрес места работы, учебы
- Откуда прибыл заболевший (Страна, город)
- Каким транспортом (номер, дата рейса)

- Краткий эпиданамнез, клиническая картина и тяжесть заболевания
- Дата, время и место выявления больного (трупа), где находится на данный момент. Указать адрес, телефон
- Дата заболевания
- Дата и время обращения за медицинской помощью
- Предварительный диагноз, кем выставлен
- Принимал ли больной лекарственные средства в связи с данным заболеванием
- Получал ли больной профилактические прививки от карантинных заболеваний
- Меры, принятые до локализации и ликвидации очага заболевания (количество выявленных лиц, контактирующих с больным (умершим), дезинфекционные и другие противоэпидемические

В случае отсутствия средств связи в очаге

Самостоятельно госпитализировать больного (подозрительного) на ООИ в стационар в зависимости от клинических проявлений заболевания:

- Инфекционная клиническая больница №1 – чума, желтая лихорадка и другие КГВЛ (сыпь, лихорадка, геморрагический синдром, наличие бубонов, пневмонии)
- ИКБ №2 – холера (лица прибывшие из стран неблагополучных по холере с явлениями гастроэнтерита)

Дополнительная информация

- Члены бригады, доставившие больного, поступают в распоряжение ответственного врача боксового отделения, в котором проводится госпитализация
- Для проведения текущей дезинфекции используют раствор клорсепта-87.
- 1 таблетка клорсепта-87 растворить в 5 литрах воды



Спасибо за внимание

Автор Гурова А.А. ©