ХОЛЕРА

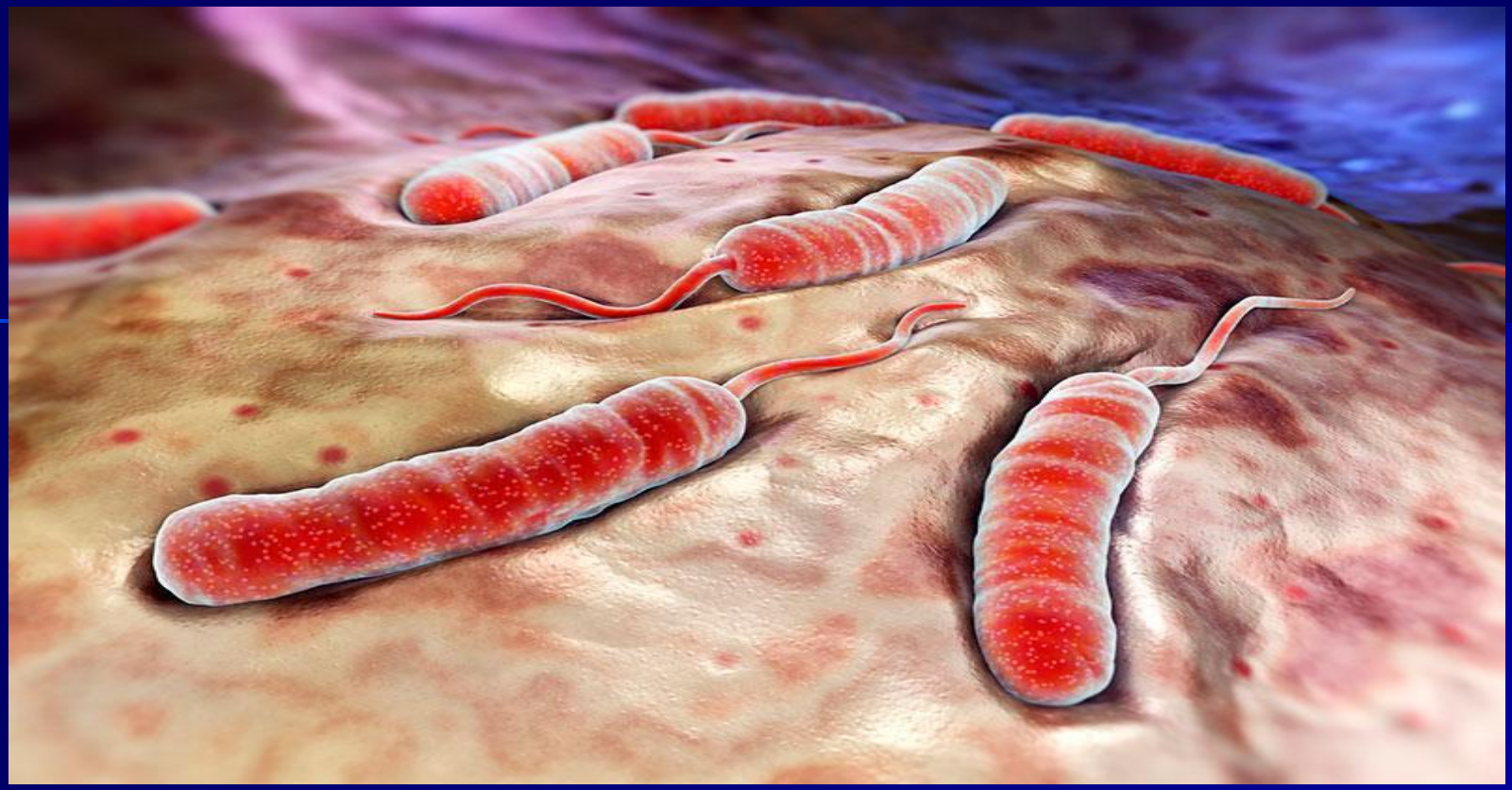
Выполнила: Гумарова Виталина
43 группа

Холе́ра — острая кишечная, сапронозная инфекция, вызываемая бактериями вида *Vibrio cholerae*. Характеризуется фекально-оральным механизмом заражения.

до гиповолемического шокаХолера сопровождается поражением тонкого кишечника, водянистой диареей, рвотой, быстрой потерей организмом жидкости и электролитов с развитием различной степени обезвоживания вплоть до гиповолемического шока и смерти. Распространяется, как правило, в форме эпидемийРаспространяется, как правило, в форме эпидемий. Эндемические очагиРаспространяется, как правило, в

История

- Первая пандемия, 1816—1824 гг.
- Вторая пандемия, 1829—1851 гг.
- Третья пандемия, 1852—1860 гг.
- Четвертая пандемия, 1863—1875 гг.
- Пятая пандемия, 1881—1896 гг.
- Шестая пандемия, 1899—1923 гг.
- Седьмая пандемия, 1961—1975 гг.



Этиология

- Возбудитель- вирион *Vibrio cholerae*
- Имеет вид- мелких, слегка изогнутых палочек
- Спор и капсул не образует
- Подвижен за счет длинного жгутика в конце клетки
- Аэроб хорошо растет на простых питательных средах
- Устойчив во внешней среде
- Чувствителен к высыханию, прямому солнечному свету, кипячение убивает его в течение 1 минуты
- Чувствителен к слабым концентрациям серной и хлористоводородной кислоте и дез.растворам

Эпидемиология

- Холера- это острая кишечная инфекция с фекально-оральным механизмом передачи. Наиболее распространенный путь- водный, пищевой, реже- контактно-бытовой.
- Резервуаром инфекции является водная среда.
- Эпидемии могут протекать в виде острых вспышек и в виде вялотекущих эпидемий с постоянно регистрируемой заболеваемостью, но не с высокой интенсивностью.
- Источник- больной или вибрионоситель. Животные к возбудителю холеры не чувствительны.

Патогенез

- Падение артериального давления
- Нарушение микроциркуляции
- Развитие гипоксии тканей
- Метаболический ацидоз
- Гипокалиемия
- Острая почечная недостаточность
- Сердечная недостаточность

В клинической картине различают:

- Инкубационный период
- Лёгкая степень
- Среднетяжёлая степень
- Тяжёлая степень

Характеристика периодов

- **Инкубационный период- длится от нескольких часов до 5 суток, чаще 24—48 часов. Тяжесть заболевания варьирует — от стёртых, субклинических форм до тяжёлых состояний с резким обезвоживанием и смертью в течение 24—48 часов.**
- **Легкая степень- при этой форме наблюдается жидкий стул и рвота, которые могут быть однократными. Обезвоживани еЛегкая степень- при этой форме наблюдается жидкий стул и рвота, которые могут быть однократными. Обезвоживани е не превышает 1—3 % массы тела (дегидратация 1-й степени).**
- Среднетяжелая степень- Начало заболевания острое, с частым стулом (до 15—20 раз в сутки), который постепенно теряет каловый характер и принимает вид рисового отвара. При поносе отсутствует боль в животе, тенезмы.
- Тяжелая степень- Характеризуется выраженной степенью обезвоживания с утратой 7—9 % жидкости и нарушением гемодинамики (де гидратация 3-й степени). У больных отмечается частый, обильный и водянистый стул, рвота, выраженные судороги мышц. Артериальное давление падает, пульс слабый, частый.

Степени обезвоживания

I степень — потеря жидкости не превышает 3 % первоначальной массы тела;
II степень — потеря 4—6 % первоначальной массы тела;
III степень — потеря 7—9 % первоначальной массы тела;
IV степень — более 9 % первоначальной массы тела.

При большой потере жидкости развивается алгид (лат. algidus холодный) — симптомокомплекс, обусловленный IV степенью обезвоживания организма с потерей хлоридов натрия и калия и гидрокарбонатов, сопровождающийся гипотермией; гемодинамическими расстройствами; анурией; тоническими судорогами мышц конечностей, живота, лица; резкой одышкой; снижением тургора кожи, появляется симптом «рука прачки»; уменьшением объёма стула до полного его прекращения.

Особенности холеры у детей

- Тяжелое течение
- Раннее развитие и выраженность дегидратации
- Чаще развивается нарушение ЦНС
- Чаще наблюдаются судороги
- Повышенная склонность к гипокалиемии
- Повышение температуры тела

Степени обезвоживания у детей

I степень — потеря не превышает 2 % первоначальной массы тела;
II степень — потеря 3—5 % первоначальной массы тела;
III степень — потеря 6—8 % первоначальной массы тела;
IV степень — потеря более 8 % первоначальной массы тела.

Лабораторная диагностика

- Посев бактериологического материала (испражнения, рвотные массы, вода) на тиосульфатПосев бактериологического материала (испражнения, рвотные массы, вода) на тиосульфат-цитратПосев бактериологического материала (испражнения, рвотные массы, вода) на тиосульфат-цитрат-жёлчносолевой-сахарозный агарПосев бактериологического материала (испражнения, рвотные массы, вода) на тиосульфат-цитрат-жёлчносолевой-сахарозный агар (англ. *TCBS*), а также на 1 % щелочную пептонную воду; последующий пересев на вторую пептонную воду и высев на чашки со щелочным агаром.
- Выделение чистой культуры, идентификация.
- Исследование биохимических свойств выделенной культуры — способность разлагать те или иные углеводы, т. н. «ряд сахаров» — сахарозуИсследование

Холера: симптомы и пути распространения

Холера (лат. cholera) - острая кишечная инфекция, вызываемая бактериями вида Vibrio cholerae.

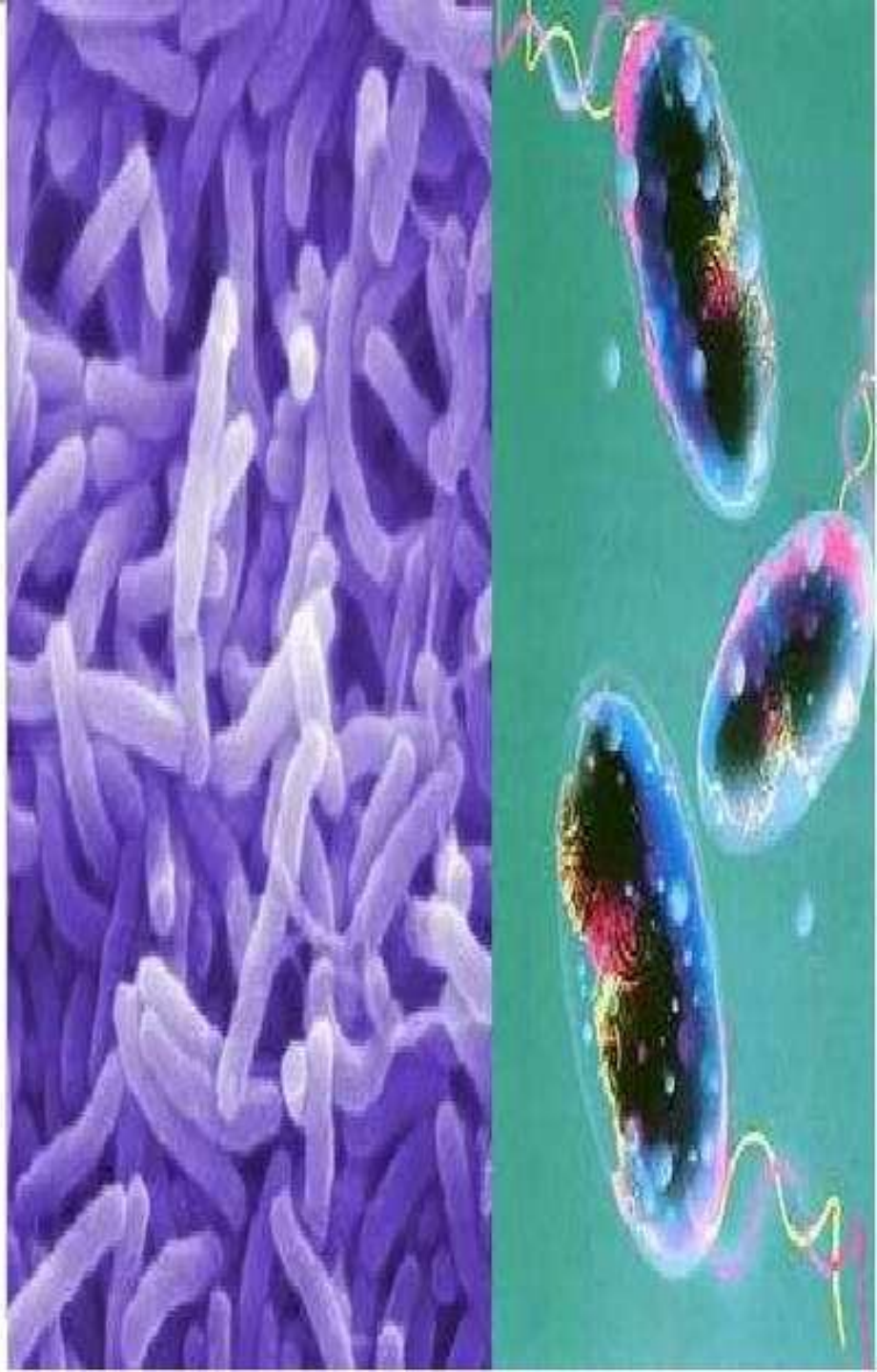
Инфекция передается:

Симптомы болезни:

- заострившиеся черты лица
- сиплый голос
- мучительная жажда
- постоянная рвота
- сухость кожи
- слабость
- внезапный и частый понос
- мышечные боли и судороги

Профилактика:

- обеззараживание воды
- мытье рук
- термическая обработка пищи
- изоляция и лечение больных
- вакцинация



Лечение

При подозрении на холеру больных срочно госпитализируют в специальное отделение.

Восстановление и поддержание циркулирующего объёма крови и электролитного состава тканей проводится в два этапа:

- Восполнение потерянной жидкости — регидратация (в объёме, соответствующем исходному дефициту массы тела).
- Коррекция продолжающихся потерь воды и электролитов.

Может проводиться орально или парентерально. Выбор пути введения зависит от тяжести заболевания, степени обезвоживания, наличия рвоты. Внутривенное струйное введение растворов абсолютно показано больным с обезвоживанием III и IV степени.

ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕРЫ

Этиотропное лечение

Проводится антибактериальными препаратами группы тетрациклина.

Однако они являются дополнительным средством, сокращают продолжительность клинических проявлений холеры и ускоряют очищение от вибрионов.

Тетрациклин
по 0,3-0,5 г ч/з 6 ч. (3-5 дн) или
Левомицетин
по 0,5 ч/з 6 ч (5 дней).
При не переносимости их -
Фуразолидон
по 0,1 х 6 р/сут (5 дн).

Патогенетическое лечение

Принципы патогенетической терапии больных холерой:

1. восстановление ОЦК;
2. восстановление электролитного баланса крови;

$$V_{ml} = 4 \times 103 (D - 1{,}025) \times P$$

$$V_{ml} = 1{,}44 (5 - X) \times P$$

Полиионные растворы

Квартасоль, дисоль, ацесоль, трисоль, лактасоль

Профилактика

- Предупреждение заноса инфекции из эндемических очагов
- Соблюдение санитарно-гигиенических мер: обеззараживание воды, мытьё рук, термическая обработка пищи, обеззараживание мест общего пользования и т. д.
- Раннее выявление, изоляция и лечение больных и вибрионосителей
- Специфическая профилактика холерной вакциной и холероген-анатоксином.
  Холерная вакцина имеет короткий (3—6 мес.) период действия.

Вакцины

- **Вакцина WC/rBS** — состоит из убитых целых клеток V. Cholerae O1 с очищенной рекомбинантной B-субъединицей холерного анатоксина (WC/rBS) — предоставляет 85—90-процентную защиту во всех возрастных группах в течение шести месяцев после приёма двух доз с недельным перерывом.
- **Модифицированная вакцина WC/rBS** — не содержит рекомбинантной B-субъединицы. Необходимо принимать две дозы этой вакцины с недельным перерывом. Вакцина лицензирована только во Вьетнаме.
- **Вакцина CVD 103-HgR** — состоит из ослабленных живых оральных генетически модифицированных штаммов V. Cholerae O1 (CVD 103-HgR). Однократная доза вакцины предоставляет защиту от V. Cholerae на высоком уровне (95 %). Через три месяца после приёма вакцины защита от V. Cholerae El Tor была на уровне 65 %.

Предрасполагающие факторы

- Анацидные гастриты
- Глистные инвазии
- Некоторые формы анемии
- Резекция желудка
- Предраковые состояния и др.

Иммунитет относительно стойкий, видоспецифический и антитоксический. Повторные случаи холеры редки.

Спасибо за внимание!!!