

**ИНСТИТУТ СЕСТРИНСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
СПБГМУ им.академика И.П.
Павлова**

**Презентация на
тему:
«ХОЛЕРА»**

**Выполнила студентка 45
группы
Исаева Чияла**

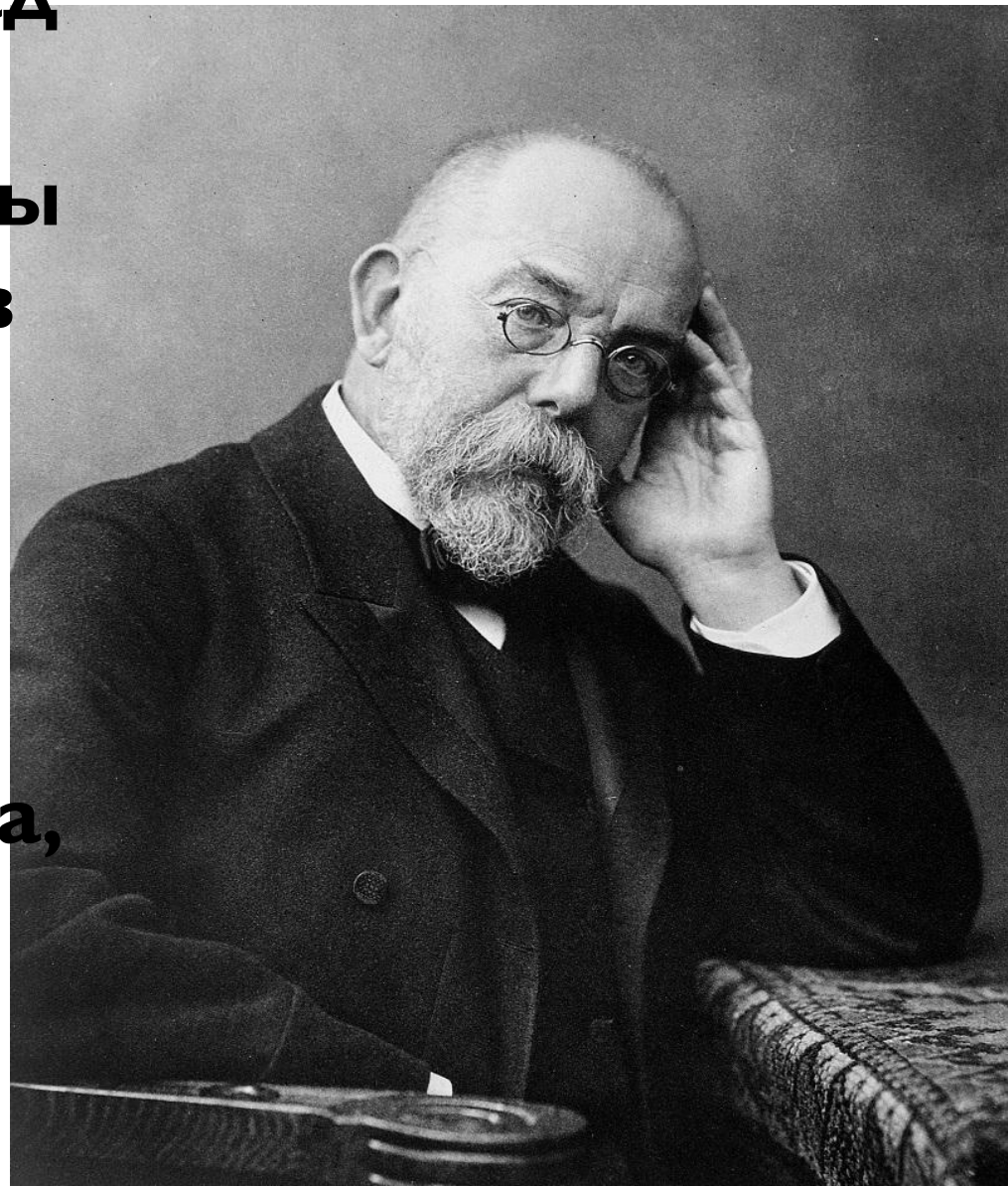
ХОЛЕРА- ОСТРОЕ АНТРОПОНОЗНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ФЕКАЛЬНО-ОРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ С ВОДЯНИСТОЙ ДИАРЕЕЙ И РВОТОЙ, БЫСТРЫМ РАЗВИТИЕМ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ И ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ(ДЕГИДРАТАЦИИ) ОРГАНИЗМА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ БЫСТРЫМ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ.



Историческая справка:

- В начале 19 века холера превратилась из эндемичного заболевания Юго-Восточной Азии в эпидемическую, пандемическую патологию.
- С 1817 года по 1926 год на земном шаре переболело холерой 4.5 млн. человек, из них 2 млн. скончались от холеры.
- В России за это время значительные вспышки холеры случались 8 раз. От холеры умер П.И.Чайковский.
- Первым описал возбудителя заболевания итальянец Пачини и независимо от него врач Недзвецкий.

**Наиболее
значительный вклад
в изучение
возбудителя холеры
внес Роберт Кох в
1883 году. Он
выделил
возбудителя в
чистой культуре,
описал его свойства,
рекомендовал
среды для
выращивания**



В 1906 году немецкий ученый Фридрих Готлиб на карантинной станции Эль-Тор (Синайский полуостров) выделил второго возбудителя холеры - вибриона Эль-Тор.

Этиология.

Возбудителями являются вибрионы, объединенные в вид *Vibrio cholerae*. Известны три разновидности возбудителей холеры:

1. **VIBRIO CHOLERAЕ CLASSICA.**

2. **VIBRIO CHOLERAЕ EL-TOR**

3. **VIBRIO CHOLERAЕ O139**



Холерный вибрион относится к грамотрицательным бактериям, имеет вид слегка изогнутой палочки с полярно расположенным жгутиком, подвижен, спор и капсул не образует.

Факторы патогенности:

- Термолабильный энтеротоксин
- Термостабильный липопротеиновый комплекс.



Устойчивость во внешней среде:
в открытых водоемах может
сохраняться до 1 месяца, на
свежих овощах и фруктах - от
нескольких дней до двух недель
в организме ракообразных,
моллюсков и им подобных
может накапливаться и
сохраняться в течение
нескольких месяцев
Неустойчив к высыханию, прямым
солнечным лучам, кислой среде,
быстро погибает при
дезинфекции и кипячении.



Эпидемиология холеры

- Источник инфекции - больной человек и носитель.
- Механизм заражения - **фекально-оральный**.
- Он реализуется через водный, пищевой и контактно-бытовой пути передачи.
- Ведущим путем заражения является **водный**.



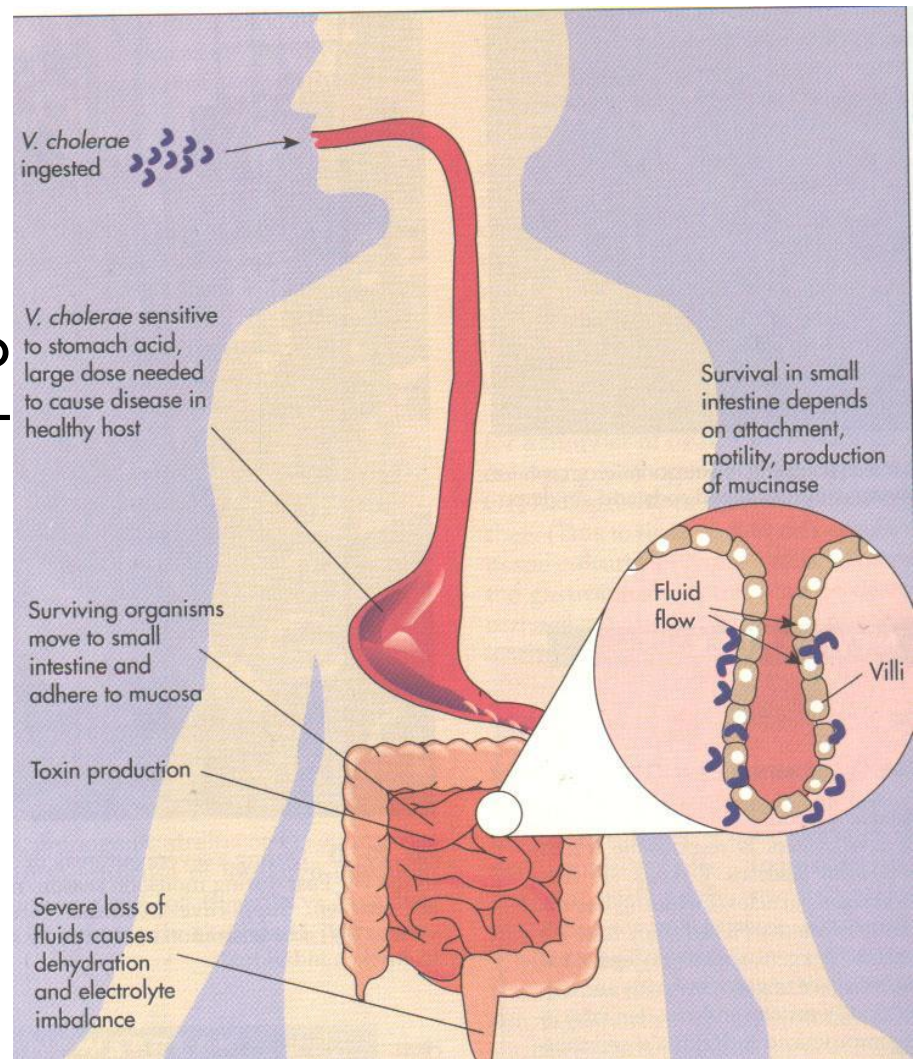
Эпидемиология холеры

- Максимум заболевания приходится на летне-осенний период.
- Восприимчивость к холере всеобщая.
- Перенесенное заболевание оставляет после себя стойкий иммунитет.



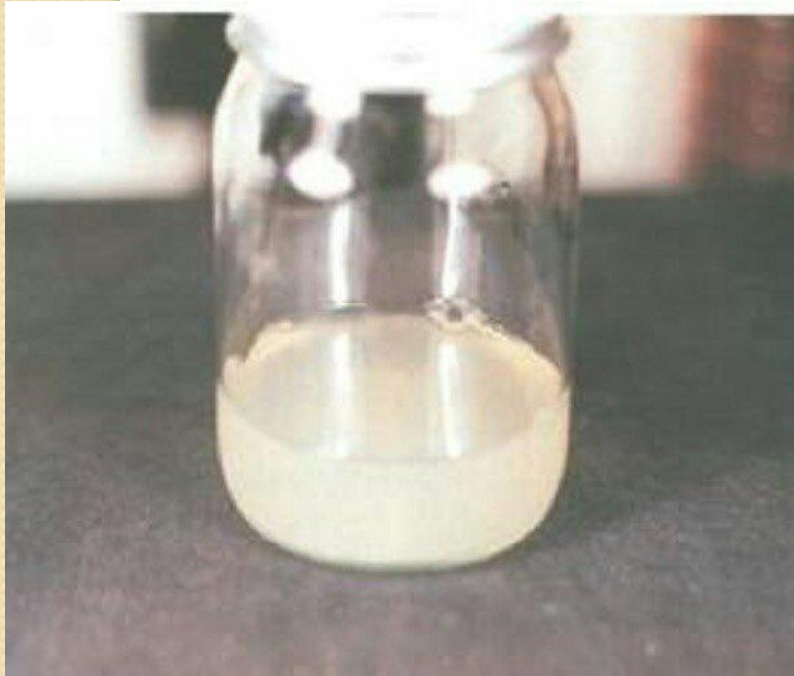
Патогнез холеры

При попадании возбудителей холеры в пищеварительный тракт большая их часть погибает в желудке под действием соляной кислоты, желудочного сока и ферментов. Из желудка вибрионы попадают в тонкую кишку, где они интенсивно размножаются (этому способствует слабощелочная среда). Размножение вибрионов может происходить и в желчных путях. Холерные вибрионы выделяют холерный токсин.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

- Инкубационный период от нескольких часов до 5 суток. В среднем 2-3сут.
- Начало заболевания острое
- Первое проявление-понос, преимущественно в ночные или утренние часы (от 3-5 до 20 раз и более)
- Обильная рвота, появляющаяся внезапно, часто извергающаяся фонтаном.
- Понос и рвота как правило НЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ БОЛЯМИ В ЖИВОТЕ
- Обезвоживание (появляется сухость слизистых, жажда, слабость, головокружение, звон в ушах, судороги, олигоанурия)



• При выраженной диарее стул теряет каловый характер, его сравнивают с «Рисовым отваром», так как он представляет, собой прозрачную или мутновато белую жидкость, в которой могут определяться светлые хлопья. Стул не имеет зловонного запаха.

Степени обезвоживания организма при холере

- I степень характеризуется потерей жидкости у взрослых от 1 до 3%, у детей около 2%.
- II степень — от 4 до 6%, у детей до 5%.
- III степень — общее количество потерянной жидкости не превышает 9%, для малышей верхняя граница — 8%.
- IV степень — критическая, когда человека теряет влагу в объёме 10% и более общей массы тела, у деток эта степень выставляется, если произошла потеря от 8%.



Осложнения холеры

- ослабленных больных людей иногда наблюдаются абсцессы и флегмоны (гнойное расплавление тканей).
- Одним из редких осложнений является сепсис или бактериальное заражение крови.
- Дегидратационный шок при холере развивается в случае обезвоживания IV степени. Это состояние характеризуется: диффузным цианозом кожи, когда отдельные участки тела человека приобретают синюшный оттенок (кончик носа, уши, веки); снижением температуры тела до 34°C ; голос больного становится беззвучным; глаза западают, веки темнеют, что в медицине носит название симптом «тёмных очков»; для больного характерна выраженная отдышка и тахикардия.
- Ухудшение работы головного мозга с развитием комы.



Судороги мышц рук



Вид больного при холерном алгиде.

Диагностика инфекции

- Если человек прибыл из страны с частыми вспышками заболевания — уточняются все возможные контакты, все подлежат наблюдению.
- Человека опрашивают есть ли у него жалобы
- когда не идёт речь об эпидемии, диагноз выставляется на основании лабораторных методов исследования (основной метод диагностики). Для этого берут материал из рвотных масс или испражнений и проводят посевы на питательные среды, после чего заражают лабораторных животных. В современных условиях удаётся выявить возбудителя холеры за 36 часов, а в специально оборудованных лабораториях в течение пяти часов. Важно исследовать материал в течение 3 часов с момента его взятия, а если это не удаётся сделать, то его помещают в щелочную среду.

Госпитализация

- Срочная в инфекционное отделение специальным транспортом, после чего транспорт подвергается дезинфекции.

Особенности сестринского

ухода:

1. Контроль соблюдения питьевого режима
2. ведение учёта выделяемой и вводимой жидкости (водный баланс) с ведением дневника каждые 2 часа.
3. Обеспечение введения жидкости перорально или через назогастральный зонд следующего состава: хлорида натрия — 3,5 г, гидрокарбоната натрия — 2,5 г, хлорида калия — 1,5 и глюкозы — 20 г на 1 л питьевой воды. В течение часа больной *должен выпивать 1—1,5 л жидкости.*
4. Согревание тела и конечностей грелками.
5. В периоде реконвалесценции приём пациентом продуктов, содержащих соли калия (курага, томаты, картофель). для нормализации деятельности сердца и укрепления стенок сосудов.
6. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.



Принципы лечения

- Проводят регидратацию или восстановление потери жидкости, для чего используют водно-солевые растворы — при лёгкой и средней степени тяжести холеры больным дают их пить; при тяжёлой степени вводят внутривенно.
- На следующем этапе проводят коррекцию водно-минерального состава крови, назначают те же растворы.
- С первых же дней назначают антибактериальные лекарственные средства, курс лечения составляет как минимум 5 дней.
- Во время улучшения состояния врачи не рекомендуют придерживаться определённых диет. Немного корректируются блюда и кратность приёма пищи.



Профилактика

- Неспецифическая профилактика холеры**
- Специфическая профилактика**

Неспецифическая профилактика холеры

- В месте выявления заболевания запрещено употреблять воду и купаться в открытых водоёмах, проводят обеззараживание местной воды.
- Больных полностью изолируют на время лечения.
- Всех, кто мог быть в контакте с больным человеком, обследуют на присутствие бактерий в организме.
- Рекомендуют регулярно мыть руки и проводить полную термическую обработку пищи.
- К мере предупреждения болезни холера в России относится наблюдение в течение 5 дней за всеми людьми, прибывшими из стран с периодическими подъёмами заболевания, особенно, в период развития эпидемии.
- Кроме этого, проводится санитарно-просветительская работа среди населения о заболевании и первых действиях в случае выявления инфекции.
- К неспецифической профилактике холеры можно отнести наблюдение за бактерионосителями. Их регулярно приглашают на осмотры в поликлинику для прохождения медосмотров. В случае бактериовыделения — проводят профилактический курс лечения.

Специфическая профилактика (Вакцинопрофилактика холеры)

□ Экстренно взрослым людям вводят однократно холероген или анатоксин в дозе 0,8 мл. Инъекция способствует выработке иммунитета в 95% случаев. По эпидемическим показаниям не раньше чем через 3 месяца может быть проведена ревакцинация, что обеспечивает 100% защиту от холеры.

□ Но в наше время есть более современные виды холерной вакцины — пероральные. Их на данный момент насчитывают 3 вида.

- «Вакцина WC/rBs», состоит из убитых цельных клеток бактерии. Принимается двукратно с перерывом в неделю. Вводят её в любом возрасте, переносится хорошо и обеспечивает защиту в 90% случаев.
- «Модифицированная вакцина WC/rBs», которая применяется во Вьетнаме.
- «Вакцина против холеры CVD 103-HgR» — ослабленная живая защита против инфекции. Вводится однократно.

□ Есть один минус такой иммунизации — она защищает всего на несколько месяцев, не более чем на полгода.



Выписка из стационара и диспансеризация

- Производится после их выздоровления, завершения курса антибиотикотерапии и получения результатов бактериологических исследований.
- Бактериологическое исследование перед выпиской из стационара начинается через 24-36 часов после окончания лечения антибиотиками в течение 3 дней подряд.
- После выписки из стационара реконвалесцентов, перенесших холеру и вибрионоительство, сразу допускают к работе, вне зависимости от профессии и ставят их на диспансерный учет в территориальном ЦГСЭН и в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники.