**ХОЛЕРА**

**(CHOLERA)**

**Холера** – гостра кишкова інфекція з ураженням ферментних систем кишкового епітелію, яка проявляється проносом, блюванням та гемодинамічними розладами з розвитком дегідратації, демінералізації, ацидозу.

Збудниками холери є вібріони – біовари класичний і Ель-Тор, кожний з яких має 3 сировани – Огава, Інаба і Гікошима. Зустрічаються НАГ-вібріони (не аглютинуються типовими холерними сироватками), які відрізняються від холерних тим, що належать до інших О – груп.

**Епідеміологія**. Давнім ендемічним осередком азіатської холери є басейни річок Гангу і Брахмапутри на півострові Індостан. Ендемічний осередок холери Ель-Тор сформувався на Індонезійській землі на початку ХХ століття.

Холера – типовий антропоноз. Джерелом інфекції є хвора людина, реконвалесцент і здоровий носій. Хворі з маніфестною формою виділяють 10 л випорожнень і більше на добу. В 1мл. цих випорожнень міститься 107-109 вібріонів. З цього стає очевидною велика епідеміологічна небезпека хворих. Небезпечні для оточуючих хворі зі стертими і атиповими формами холери, які залишаються в колективі, а також вібріононосії, кількість яких під час спалаху класичної холери досягає 20%, а при холері Ель-Тор- 50%. Тривалість в реконвалісцентів вібріононосійства рідко перевищує 2-4 тижні, у здорових осіб – 9-14 днів.

Механізм зараження лише **фекально-оральний**. До факторів передачі збудника належить: забруднені вода, харчові продукти (переважно молоко), руки, мухи.

Розрізняють водні, аліментарні та контактно-побутові спалахи інфекції. Захворюваність має певні сезони коливання. Сприйнятливість висока. На початку епідемії частіше хворіють особи, котрі не дотримуються санітарних норм життя. Хворі на хронічний гастрит зі зниженою кислотністю. Сучасна пандемія холери, яка розпочалася на початку 60-х років має такі особливості: захворювання зумовлюють такі вібріони як Ель-Тор.; кількісно переважають атипові і стерті форми, після перенесеного захворювання часто зберігається тривала вібріононосійство; здорових вібріононосіїв у 10 кл разів більше, ніж хворих. Збудник характеризується значною стійкістю до дії несприятливих факторів зовнішнього середовища. Щороку хворіють від12 до 65 тис. людей.

З’являються спрага, сухість язика, або геодинамічних порушень немає.

У випадку прогресування хвороби виникає блювання, частота випорожнень досягає 10 разів на добу і більше вони набирають вигляду рисового відвару. Профузний пронос і блювання призводять до ІІ ступеня зневоднення організму хворого. Відзначають сухість шкіри, знижується тургор її, сухість язика, ціаноз губ, сиплий голос. Наростає м’язова слабкість, з’являються короткочасні клонічні судоми литкових м’язів, ступнів, кистей. Пульс частішає, А/т знижується, зменшується діурез. При відсутності лікування продовжується втрата рідини. З’являються клінічні ознаки дегідратації ІІ ступеня: шкіра суха, на слизових оболонках тріщини, риси обличчя загострюються, очі і щоки западають. Голос сиплий аж до афонії. Тургор шкіри значно знижений, на кистях рук вона зморшкувата, суха (“руки кралі”). Клонічні судоми змінюються на тонічні. Внаслідок зменшення об’єму циркулюючої крові з’являються геодинамічні розлади: гіпотонія, прискорення пульсу, задишка, ціаноз шкіри, слизових оболонок, нігтьових фаланг. Зростає алігурія. Виявляються згущення крові збільшення в ній вмісту калію і білка.

Зневоднення ІV ступеня призводять до розвитку декомпесованого дегідратаційного шоку. Стан хворих дуже важкий. Пронос та блювання спостерігаються рідке, або припиняються. Хворі зневоднені, риси обличчя загострені, очі глибоко западаються, закочуються догори, повіки напіввідкриті. Навколо очей синюшність (“симптом окулярів”), на обличчі вираз страждання, благання допомоги (hacies cholerica). Шкіра синьо-синюшна. Кінчик носа, вушні раковини, фаланги, пальці, губи фіолетового кольору. Тіло вкрите холодним липким потом. Шкіра легко збирається у складки, які не розгладжуються. Пульс ниткоподібний. А/т падає. Тони серця глухі. Зростає задишка (до 50-60 дихальних рухів за 1’). Корчі захоплюють усі групи м’язів. Живіт запалий, м’який. Анурія. Температура тіла 35оС і П. Якщо не провести інтенсивного лікування, розвивається кома і настає смерть. У хворих збільшується кількість еритроцитів до (6-8). 1012/л, лейкоцити 1,038-1,050, індекса гематокриту до 60-70%. Характерні гіпокаліємія, некомпенсований метаболічний ацидоз, підвищення фібриналізу.

Реєструються атипові форми захворювання – суха, блитскавична та септична. Суха холера характеризується гострим токсикозом, переважанням симптомів ураження нервової системи (судомний симптом, симптоми Керніга, Брудзинського). Шкіра багрово-синього кольору. Пульс наткоподібний. Поки серця глухі, А/Т низький. Живіт м’який безболісний. Блювання і пронос відсутні. Блискавична форма нагадує суху, але супроводжується проносом і блюванням. При обох формах смерть настає протягом 1-ї доби. Сепсис розвивається на фоні типової холери внаслідок приєднання вторинної інфекції. Температура тіла до 38-40оС. Свідомість затьмарюється, нерідко виникають марення, галюцинації. На шкірі з’являється розеольозна висипка. Збільшені печінка і селезінка.

Діагностика. Необхідно з’ясувати, чи спілкування хворих протягом останніх 5 днів з особами, які прибули з країн, де реєструється холера, чи отримував звідти продукти. Важливо знати стан здоров’я членів сім’ї хворого, санітарно-гігаєнічних умови побуту і водопостачання. Для лабораторного дослідження при підозрі на холеру забирають випорожнення і блювотиння хворого. Обстежують об’єкти зовнішнього середовища. Результати бактеріологічного обстеження можна отримати через 12-36 год. Орієнтовними є прискорені способи діагностики: імобілізації та мікрофлатінації вібріонів. Протихолерно О-сироваткою (дослідження займає кілька хвилин) та імунофлюоресцентний (відповідь через 2 год.).

Диференціальний діагноз. Холеру слід диференціювати з хворобами, які супроводжуються проносом і блюванням.

1. Рото вірусний гастроентерит;
2. Стафілококовий ентероколіт;
3. Отруєння миш’яком, або солями інших важких металів”
4. Отруєння неїстівними грибами;
5. Харчова токсикоінфекція, сальмонельоз, етерихіоз.

Лікування. Хворі на холеру підлягають обов’язковій госпіталізації в холері відділення. Головним у лікуванні є призначення патогетичних препаратів з метою компенсації втрати рідини, електролітів і корекції метаболітичних зрушень. Використовують ізотонічні поліонні розчини трисоль, (ацесоль, їх вводять в/в струйно, потім швидкість введення зменшується. Хворим з дегідратацією І і ІІ ступеня при відсутності блювання рекомендується пероральне введення розчині, також глюкосол, ре гідрон.

Лікування проводять на шляху до лікарні. Оскільки у хворих з важким перебігом холери розвивається згущення крові, призначення кордіаміну, кофеїну адреналіну противопоказано. При холері з антибіотиків використовуючи тетрациклін 5 днів.

Особам, які перехворіли на холеру, або були вібріоносіями і виписані із стаціонару, підлягають диспансеризації згідно з “Інструкцією до організації і проведення протихолерних заходів” від 28.03.91 року. Нагляду підлягають всі особи з осередку холери, які перенесли будь-які гострі кишкові розлади невстановленої етіології, і носії НАГ –вібріонів.

На кожного складають карту (форма № 30а) і встановлюють спостереження на термін до 3 м. Протягом 1-го місяця спостереження щодекади проводять лікарське обстеження і бактеріологічне дослідження калу, одноразово досліджують жовч.

У наступні 2 міс. кал досліджують 1 р. у місяць. У тих, хто в епідеміологічному осередку переніс гостре кишкове захворювання на встановлення етіології, бак. дослідження здійснюють 1 р. на місяць протягом кварталу і 1 раз перед завершенням диспансеризації.

Перший забір калу проводять після прийняття хворими сульфату магнію (дорослі – 30 г, діти відповідно до віку). Після повного одужання хворих знімають з обліку. Це робить комісія у складі головного лікаря поліклініки, інфекціоніста і епідеміолога.

Клініка. Інкубаційний період триває від кількох годин до 2-5 днів. Клінічно виражені форми починаються гостро з проносу. Випорожнення часті, рясні, досить швидко втрачають колір і консистенцію калу, специфічний запах. Пронос не супроводжується болем у животі та тенезмами. У хворих можуть бути відчуття дискомфорту в ділянці епігастрію, бурчання, плескіт. Температура тіла до норми, або субфебрильна. У випадку прогресування хвороби випорожнення стають частішими (до 15 разів на добу), приєднується багаторазове блювання, нерідко фонтаном, без нудоти. Втрата великої кількості рідини з блювотою і випорожненнями зумовлює виникнення клінічних ознак зневоднення. Розрізняють 4 ступені зневоднення організму: І-втрата рідини складає 1-3% маси тіла, ІІ – 6% маси тіла, ІІІ-7-9% м/м, ІV – 10% маси тіла і більше.

Залежно від цього холера може мати легкий, середньої важкості важкий і дуже важкий перебіг. При легкому перебігу хвороби (І ступінь зневоднення) пронос продовжується лише 1-2 доби, блювання немає. Випорожнення кілька разів на добу, рясні, спочатку калові, потім водянисті жовті або зелені з пластівцями.

Профілактика та заходи в осередку

Холера належить до карантинних інфекцій. Локалізація і ліквідація осередку холери здійснюється під керівництвом надзвичайної протиепідемічної комісії (району, міста, обл.). До складу бригади входить й медичний працівник і 4-5 активістів або студентів. Всі хворі з дисфункцією кишок підлягають провізорний госпіталізації. Вібріононосіїв знаходять серед контактних осіб, яких у 1-шу добу досліджують трикратно бактеріологічно. Ізолюють осіб, котрі були в тісному контакті з хворим або носієм. За ними здійснюють медичне спостереження протягом 5 днів і в 1-й день 3 рази беруть кал для бактеріологічного дослідження. Хворих, вібріоносіїв і контактних осіб госпіталізую транспортом дезинфекційної станції, відділу або відділення санепідстанції, а також бригадами “швидкої допомоги”. Силами дезинфекційної служби здійснюють профілактичну і заключну дезинфекцію в межах епідемічного осередку.

Із дезинфікуючих речовин для знезараження відділень хворого або відбріононосія використовують гіпохлорид кальцію (1:10) з експозицією 1-2 год. або заливають виділення на 60 хв окропом (1:5). Посуд для виділення знешкоджують 5% розчином лізолу (30 хв) або 1% освітлений розчин хлорного вапна. Білизну хворого кип’ятять у 2% розчині мильного порошку, або замочують у 0,5 % розчині хлораміну. Столовий посуд кип’ятять 1 хв. в 2% р-ні гідрокарбонату натрія, або витримують у 0,5% р-ні хлораміну, або 0,5% освітленай розчин хлорного вапна. Матраци, подушки, ковдри, верхній одяг дерзинфікують у параповітряних або парафомалінових камерах при 60-90оС з експозицією 10-45 хв. Місця загального користування дезінфікують так само, як і при кишкових інфекціях 1% р-н хлораміну, 1% освітлений р-н хлорного вапна, 3-5% розчином різолу.

Важливого значення надають таким санітарно-гігієнічним заходам, як вживання доброякісної води та їжі, санітарна очистка територій, гігієнічний нагляд на підприємствах громадського харчування, торгівлі, у дитячих та лікувальних закладах, тощо.

Забір на бактеріологічне дослідження у хворих на холеру.

1. Бікс в якому містяться:

а) дві скляні банки з широким горлом з протертими кришками;

б) дві скляні трубки з грушами;

в) поліетиленові мішечки – 5;

г) салфетки – 5;

д) олівець;

е) лейкопластр;

є) інструкція по забору матеріалу;

ж) 300 грам – хлораміну;

з) 200 грам сухого хлорного вапна.

Крім цього у медичного працівника повинні бути:

1. мед. одяг.

а) халат;

б) шапочка;

в) маска;

г) рукавички;

д) окуляри;

е) фартухи;

є) шкіряне взуття.