**РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:**

**“Профілактика**

**та лікування холери”**

Хворі на хо­леру підлягають обо­в'язковій госпіталізації в холерні відділення. При транспортуванні тяж­кохворого з проносом доцільно використову­вати спеціальні ноші з клейонкою, які мають отвір і кишеню для суд­на та фіксатор зі шта­тивом системи для інфузій (мал. 35).

Лікування необхідно розпочинати ще на догоспітальному етапі. Головним у терапії є призначення патогенетичних препа­ратів з метою компенсації втрат рідини, електролітів і корекції метаболічних зрушень. Гостре зневоднення ліквідовують введен­ням сольових розчинів у два етапи. На першому етапі ліквідову­ють дефіцит рідини і солей, який уже є (первинна регідратація), на другому - поповнюють втрати, що продовжуються (компенсатор­на регідратація). Необхідно починати відновлювати втрати рідини і солей ще вдома і під час транспортування хворого в стаціонар.

Регідратацію проводять шляхом орального чи внутрішньо­венного введення сольових розчинів. Перший шлях є фізіологіч­ним, не супроводжується розвитком пірогенних реакцій, а також флебітів на місці введення голки чи за ходом вени. Клінічний ефект від застосування оральної регідратації глюкозо-сольовими розчинами практично однаковий порівняно з внутрішньовенною інфузією. Для оральної регідратації застосовують глюкозо-со-льові розчини: глюкосолан, ораліт, регідрон, ОРС-200 та ін.

Оральна регідратація показана при дегідратації І-ІІ ступеня, у поєднанні з інфузійною терапією - при зневодненні III-IV сту­пеня. Об'єм рідини, введеної через рот, при І ступені зневоднення повинен складати 30-50 мл/кг маси тіла хворого, при II ступені -40-80 мл/кг. Оральну регідратацію дорослим проводять зі швид­кістю 1 000-1 500 мл/год. Хворим призначають розчини по 100-200 мл кожні 10-15 хв., при блю­ванні їх можна вводити через назогастральний зонд.

При зневодненні III-IV сту­пеня і розвитку шоку лікування "необхідно проводити негайно. Хворого госпіталізують у пала­ту інтенсивної терапії, поміщають на спеціальне ("холерне") ліжко з отвором у матраці і поліетиле­новим рукавом, по якому в суд­но чи відро стікають рідкі випо­рожнення. Лікування розпочинають з внутрішньовенного струминного введення сольо­вих розчинів (квартасіль, трисіль, ацесіль, хлосіль, лактосіль), попе­редньо підігрітих до 38-40 °С, одночасно в периферичні вени двох-трьох кінцівок. Протягом перших 20-30 хв регідратацію проводять зі швидкістю 100-120 мл/хв, потім повільніше - 30-60 мл/хв.

Застереження! При великій швидкості введення в організм сольових розчинів є загроза виникнення гострої лівошлуночкової недостатності, набряку головного мозку.

Первинну регідратацію необхідно завершити протягом 1-1,5 год. Кількість рідини, яку вводять, повинна відповідати ступе­ню зневоднення. При III-IV ступенях вона складає коло 10 % маси тіла. Точніше кількість сольового розчину можна визначи­ти за допомогою спеціальних формул із врахуванням відносної щільності плазми і концентрації калію в ній.

Компенсаторну регідратацію проводять згідно з втратами рідини, що тривають. Тому необхідно налагодити підрахування втрат з блювотинням, випорожненнями і сечею. Для цього виді­лення треба збирати в посуд з об'ємними поділками. Кожні 2 год. ці втрати заносять у лист регідратації. У наступні 2 год вводять ту кількість рідини, яку втратив хворий протягом попередніх 2 год. Швидкість введення розчинів повинна бути меншою, ніж на пер­шому етапі регідратації, - орієнтовно 5-15 мл/хв.

При введенні великої кількості калійвмісних сольових роз­чинів може виникнути гіперкаліємія. Про її появу свідчать паре­стезія, біль у ділянці серця, брадикардія, високий зубець Т і роз­ширення шлуночкового комплексу на ЕКГ. У цих випадках пере­ходять на введення розчину дисіль (не містить іонів калію) з тією ж швидкістю і в тому ж об'ємі, що й попередній розчин. Після зникнення ознак гіперкаліємії знову вводять калійвмісні інфузійні середники.

Застереження! Оскільки у хворих з тяжким перебігом холери розвивається згущення крові, призначення кордіаміну, кофеїну, адреналіну, серцевих глікозидів протипоказане.

Можливі ускладнення, пов'язані з внутрішньовенним вве­денням великого об'єму сольових розчинів. Найчастіше виника­ють пірогенні реакції, флебіти і тромбофлебіти. Пірогенні реакції з'являються здебільшого через 4-5 год від початку регідратації. Причинами їх є наявність пірогенних речовин у трансфузійному розчині, системі чи вливання не підігрітих розчинів. Реакція по­чинається з ознобу, наростання ціанозу. Температура тіла стрімко підвищується до 38-39 °С і вище, що супроводжується почервонін­ням обличчя і потінням. Хворі дещо збуджені, пульс частий, арте­ріальний тиск підвищений, посилюється задишка, частішають чи відновлюються судоми.

Для зняття пірогенних реакцій внутрішньовенно вводять супрастин, піпольфен, димедрол, 60-90 мг преднізолону чи його аналогу і заміняють розчин.

З антибіотиків при холері використовують левоміцетин про­тягом 5 днів, можна застосовувати еритроміцин, фурагін, ципрофлоксацин.

У перші дні необхідна щадна дієта, після припинення блю­вання і проносу хворих переводять на дієту № 15. Необхідно забезпечити добрий догляд, зокрема зігрівання (грілки, тепла па­лата), бо хворі скаржаться на мерзлякуватість.

Перехворілих виписують після отримання від'ємних резуль­татів бактеріологічного дослідження, що проводиться через 24-36 год. після закінчення антибіотикотерапії. Випорожнення до­сліджують тричі (три дні поспіль), а в декретованих осіб - також порції В і С жовчі одноразово.

Диспансеризація. Особи, які перехворіли на холеру або були вібріононосіями і виписані зі стаціонару, підлягають диспансеризації згідно з інструкцією Міністерства охорони здоров'я. Нагляду підля­гають також усі особи з осередку холери, які перенесли будь-які гострі кишкові розлади невстановленої етіології, і носії НАГ-вібріонів. Облік ведеться санепідемстанцією і в КІЗах поліклінік. Після випи­сування зі стаціонару цих осіб відразу допускають до роботи або навчання, незалежно від професії. На кожного складають карту І встановлюють спостереження на термін до 3 міс.

Диспансеризацію проводять у КІЗі. При його відсутності спо­стереження здійснює дільничний лікар (терапевт, педіатр) під кон­тролем завідуючого терапевтичним (педіатричним) відділенням.

Осіб, які перенесли холеру або вібріононосійство, знімають з диспансерного обліку, якщо протягом всього періоду спостере­ження не знайдено холерних вібріонів у калі. Це робить комісія у складі головного лікаря поліклініки, інфекціоніста та епідеміолога.

Локалізація і ліквідація осередку холери здійснюються під керівництвом надзвичайної протиепідемічної комісії. У виявленні хворих при щоденних подвірних обходах беруть участь праців­ники амбулаторій, поліклінік, лікарень, санітарний актив, студенти-медики. Для цього створюють бригади. До складу бригади входить 1 медичний працівник і 4-5 активістів або студентів. Кожна бригада опитує від 500 (сільська місцевість) до 1 000 жителів (у місті). Усі хворі з проносом, блюванням підлягають госпіталізації в холерне або діагностичне (провізорне) відділен­ня. Вібріононосіїв шукають серед контактних осіб, яких обсте­жують триразово бактеріологічно. Крім того, одноразовому бак­теріологічному обстеженню підлягають особи, які ведуть невпорядкований спосіб життя, хворі психіатричних і наркологічних закладів, працівники водоканалу. 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.

Особи, які були в контакті з хворим на холеру або вібріононосієм, підлягають запобіжному лікуванню антибіотиками - тетрацикліном у добовій дозі 1 г. протягом 4 днів або доксицикліном по 0,1 г 1-2 рази на добу стільки ж днів, при нечутливості до них збудника - левоміцетином, еритроміцином чи ципрофлоксацином.

Хворих, вібріононосіїв і контактних осіб госпіталізують транс­портом дезінфекційної станції або відділу санепідемстанції, а та­кож бригадами "швидкої допомоги". Силами дезінфекційної служ­би здійснюють профілактичну і заключну дезінфекцію в межах епідемічного осередку.

Медичний персонал повинен дотримуватись протиепідеміч­ного режиму в холерному відділенні. Робота з хворими й підозрі­лими на холеру проводиться у костюмі, що складається з піжами, медичного халата, шапочки чи косинки, шкарпеток, легкого взут­тя. Перед проведенням туалету хворого медична сестра одягає гумові рукавички та маску. У кінці зміни вона знімає костюм у відведеній для цього кімнаті, ретельно миє руки теплою водою з милом і бере душ.

Із дезінфекційних речовин для знезараження виділень хво­рого або вібріононосія використовують гіпохлорит кальцію (1:10) з експозицією 1-2 год. або заливають виділення на 60 хв окропом (1:5). Посуд для виділень знезаражують 1 % проясненим розчи­ном хлорного вапна. Столовий посуд кип'ятять 15 хв. в 2 % розчині натрію гідрокарбонату або витримують у 0,5 % розчині хлораміну або 0,5 % проясненому розчині хлорного вапна. Білиз­ну хворого кип'ятять у 2 % розчині мильного порошку або замочують у 0,5 % розчині хлораміну. Матраци, подушки, ковд­ри, верхній одяг дезінфікують у пароповітряних або пароформалінових камерах при 60-90 °С з експозицією 20-45 хв. Місця загального користування дезінфікують так само, як і при кишко­вих інфекціях: 1 % розчином хлораміну, 1 % проясненим розчи­ном хлорного вапна.

Специфічна профілактика холери в Україні не проводиться, оскільки запропоновані вакцини мають низьку ефективність.

Важливого значення надають таким санітарно-гігієнічним заходам, як вживання доброякісної води та їжі, санітарне очищення території, гігієнічний нагляд на підприємствах громадського : харчування, торгівлі, у дитячих і лікувальних закладах тощо.