

Профилактика холеры

Проблемы предупреждения завоза и распространения холеры приобретают особую значимость на фоне текущих событий на сопредельных с Россией территориях: значительного потока беженцев, роста биотеррористических угроз и сохраняющейся миграционной активности населения.

Холера – острая антропонозная фекально-оральная инфекция, вызываемая холерными вибрионами, протекающая с симптомами водянистой диареи, рвоты с возможным развитием дегидратационного шока. Из-за тяжелого течения и возможности быстрого эпидемического и пандемического распространения холера согласно Международным медико-санитарным правилам (2005) относится к особо опасным инфекциям.

В настоящее время заболевания холерой регистрируются в десятках стран третьего мира, откуда ежегодно происходят завозы этой инфекции в экономически более развитые страны, в том числе и в Россию. По данным ВОЗ, в среднем за год в мире холерой заболевают от 1 до 4 млн человек.

Этиология. Возбудители холеры – холерные вибрионы O1 серогруппы (биовара классического и биовара Эль Тор) и серогруппы O139.

Холерные вибрионы O1 и O139 серогрупп, содержащих гены *ctxAB* и *tcpA-F*, вызывают заболевания холерой и являются эпидемически значимыми (токсигенными). Эпидемически незначимые (нетоксигенные) холерные вибрионы не содержат гены *ctxAB* и могут вызывать спорадические (единичные) или групповые (при общем источнике инфекции) случаи заболевания, не склонные к эпидемическому распространению.

Холерные вибрионы, у которых отсутствуют гены *ctxAB*, но присутствуют гены *tcpA-F*, относят к нетоксигенным штаммам.

Эпидемиология. Источником инфекции является больной с манифестным или бессимптомным течением заболевания. Наиболее активные вибрионовыделители – больные с тяжелым течением заболевания,

выделяющие до 10 л испражнений в сутки, с содержанием в 1 мл до 10⁹ вибрионов. В то же время больные с бессимптомным и стертым течением холеры при отсутствии своевременной диагностики выделяют возбудитель во внешнюю среду длительное время.

Предполагается существование хронических (иногда – пожизненно) вибрионосителей.

Механизм передачи – фекально-оральный. Пути передачи – водный, алиментарный, контактно-бытовой. Водный путь имеет решающее значение для быстрого эпидемического и пандемического распространения холеры. При этом не только питье воды, но также использование ее для хозяйственных нужд (мытьё овощей, фруктов и т.п.) может приводить к заражению холерой. Фактором временного резервирования возбудителя могут быть рыбы, креветки, моллюски (гидробионты), способные накапливать и сохранять холерные вибрионы.

Наиболее восприимчивы к холере иммунокомпрометированные люди, лица с гипо- и ахлоргидрией. После перенесенной болезни длительно сохраняется иммунитет. Повторные заболевания редки. Как и для всех кишечных инфекций, для холеры свойственна летне-осенняя сезонность.

Клиническая симптоматика холеры. Инкубационный период колеблется от нескольких часов до 5 дней (в среднем – 2 суток). Различают типичную и атипичную формы холеры. При типичной холере выделяют легкое, среднетяжелое и тяжелое течение. Атипичная форма может протекать как стертая, «сухая» и молниеносная холера.

Типичная форма холеры развивается остро – появляется жидкий водянистый стул без тенезмов и болей в животе, но с наличием урчания и ощущением переполнения кишечника. Температура тела нормальная, иногда субфебрильная. При осмотре выявляется сухость языка и слизистых оболочек. Живот безболезненный, определяется урчание по ходу кишечника. Диарея продолжается 1–2 суток и при благоприятном течении наступает выздоровление. При прогрессировании болезни частота стула может

возрасти до 20 раз в сутки. Стул водянистого характера, в типичных случаях имеет вид рисового отвара. Встречается также совершенно прозрачный или несколько окрашенный желчью водянистый стул. При присоединении многократной «фонтанирующей» рвоты состояние больного значительно ухудшается. Объем каждой порции патологического стула и рвотных масс составляет в среднем 250–300 мл и мало меняется от дефекации к дефекации. Развивается дегидратация и деминерализация организма больного.

Эпидемический очаг объявляют при выделении токсигенных холерных вибрионов O1 или O139 серогрупп (*ctxAB+* *tcpA-F+*) из клинического материала / нетоксигенных холерных вибрионов (*ctxAB-* *tcpA-F+-*) (п. 1911 СанПиН 3.3686-21). Границы очага устанавливают на основании данных о территориальном распределении больных и вибрионосителей, мест обнаружения холерных вибрионов в объектах окружающей среды.

Общие принципы противоэпидемических мероприятий при выявлении больного (трупа) с подозрением на холеру.

- `` Временная изоляция контактных лиц.
- `` Лабораторное исследование проб биологического материала от контактных лиц (3-кратно через 3 ч).
- `` Проведение текущей и заключительной дезинфекции.
- `` Медицинское наблюдение за населением.
- `` Выявление и госпитализация больных.
- `` Патологоанатомическое вскрытие трупов, взятие материала для лабораторных исследований.
- `` Введение ограничительных мероприятий.
- `` Профилактические прививки по эпидемическим показаниям.
- `` Санитарный контроль за объектами окружающей среды.

Мероприятия в стационаре.

- `` Временный запрет на вход и выход из учреждения.
- `` Передача информации о больном главному врачу.

- `` Изоляция отдельных подразделений медицинской организации (закрытие всех дверей учреждения, прекращение сообщения между этажами).
- `` Запрет перемещения больных внутри отделения, где был выявлен больной.
- `` Временное прекращение приема, выписки, посещения больных, выноса вещей из палаты (до проведения заключительной дезинфекции).
- `` Прекращение слива жидкостей в канализацию без предварительного обеззараживания.
- `` Выявление контактных лиц среди пациентов, медицинского персонала и посетителей (покинувших учреждение).
- `` Транспортировка больного в холерный госпиталь.

Мероприятия при выделении от больных холерных вибрионов.

- `` Выявление больных с симптомами холеры и оказание им медицинской помощи (госпитализация больного в инфекционный стационар, предназначенный для госпитализации больных холерой).

выпущено постановление от 26.04.2022 № 14 «О дополнительных мерах по профилактике холеры в Российской Федерации» (далее – Постановление № 14).

Учитывая, что основной фактор распространения холеры – через воду, необходимо соблюдать основные меры профилактики холеры, заключающиеся в обеспечении гигиены, безопасного приготовления и хранения пищи, в частности, при нахождении на территориях, отмеченных в Постановлении № 14:

1. Не допускается употребление воды для питья и для бытовых целей (мытья овощей, фруктов, предметов обихода) из случайных источников.

2. Необходимо воздержаться от использования льда для охлаждения различных напитков.

3. Купаться можно только в водоемах, разрешенных для организованного отдыха, при этом нельзя полоскать горло и глотать воду, особенно натошак.

4. Не рекомендуется ловить самостоятельно крабов, мидий, рыбу и другие продукты моря, океана и других водных объектов (озеро, река и т.д.).

5. Не допускается употребление сырых и недостаточно термически обработанных продуктов моря, океана и других водных объектов (озеро, река и т.д.).

6. Не допускается употребление пищевых продуктов, фруктов и овощей, купленных у уличных и других случайных торговцев.

7. Необходимо тщательно следить за чистотой рук.

8. При появлении первых признаков любого кишечного расстройства необходимо незамедлительно обратиться за медицинской помощью.

Медицинским работникам, выявившим больного, подозрительного на заболевание холерой, необходимо принять меры по немедленной его изоляции, информированию территориального органа, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту выявления больного (независимо от места его постоянного

пребывания), обеспечению составления списка лиц, контактировавших с больным, для их дальнейшего обследования.

Все предметы, имевшие и имеющие контакт с больным и являющиеся потенциальными факторами передачи, подлежат дезинфекции.

Основным лечением при холере является регидратация организма (компенсация потерь жидкости и солей), которая заключается в питье заболевшим большого количества растворов солей (пероральная регидратация). На ранней стадии заболевания регидратация может спасти жизнь почти всем пациентам. Пациентам с тяжелым обезвоживанием организма может потребоваться внутривенное введение растворов солей. Эффективный антибиотик может сократить длительность болезни, но основой лечения всегда остается регидратация.