

**1/2008**

# СУЧАСНІ ІНФЕКЦІЇ

**На допомогу практичному лікарю**

**МОЗ повідомляє**

**Оригінальні дослідження**

**Випадки з практики**

**Огляди, лекції**



УДК: 616-022:579.871.1]-036.17-085:614.2

## ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ВАЖКІ ФОРМИ ДИФТЕРІЇ

А.М. ПЕЧІНКА

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ*

КЛЮЧОВІ СЛОВА:

дифтерія, організація лікування

Дифтерія, епідемія якої начебто відгриміла в Україні, виявила низку недоліків у наданні медичної допомоги хворим на важкі форми цієї недуги. Реалізація завдань, поставлених ВООЗ у програмі "Здоров'я ХХІ" про зниження захворюваності до 2010 року до рівня менше 0,1 на 100 тис. населення [3], є проблематичною, з огляду на цілу низку недоліків у системі щеплень [3], низький рівень життя більшості населення в Україні. Тому ліквідація дифтерії є завданням більш далекого майбутнього. Відтак, медична служба повинна бути готова до появи на тлі відносного благополуччя важких форм дифтерії. Якщо питання діагностики дифтерії як такої у не зовсім типових ситуаціях вирішується шляхом створення провізорних диференціально-діагностичних відділень для хворих на важкі форми ангіни [2,4], то підозра на важку форму дифтерії вимагає зовсім іншого підходу.

Надання медичної допомоги хворим на дифтерію, особливо тяжкі форми, можна віднести до медицини невідкладних станів. Важкі форми цієї інфекційної хвороби, летальність від якої залишається стабільно високою, залишаються проблемою сучасної медицини, незважаючи на розвиток сучасних медичних технологій. Надзвичайно важливим чинником, що впливає на

кінцеві наслідки хвороби, є термін поступлення хворих на дифтерію та швидкість надання адекватної медичної допомоги. І якщо терміни поступання хворих на дифтерію багато в чому залежать безпосередньо від них самих, то швидкість та адекватність надання відповідної медичної допомоги залежить від організації роботи лікувальних закладів.

Тривала відсутність епідемічної захворюваності на дифтерію, збереження інфекційного процесу на мінімальному рівні призвело до повної втрати системності в надаванні медичної допомоги хворим на дифтерію. Розвиток системи охорони здоров'я в цілому не супроводжувався удосконаленням цього її сегмента. Тому епідемія дифтерії в Україні розгорталася на тлі не лише лікувально-методологічних недоліків надавання медичної допомоги хворим на дифтерію, а й організаційних негараздів. Аналіз летальних випадків від дифтерії показав, що в 85,6% випадків відзначалися організаційні недоліки у надаванні медичної допомоги хворим на тяжкі форми дифтерії, які, на нашу думку, більшою чи меншою мірою вплинули на кінцеві наслідки захворювання. І якщо недоліки в організації надавання медичної допомоги хворим на неважкі форми диф-

терії часто не впливають на кінцеві наслідки захворювання, то саме у разі важких форм найменші збої можуть призводити до фатального кінця.

Таким чином, система надавання медичної допомоги хворим на тяжкі форми дифтерії є комплексом організаційних, методичних, лікувально-діагностичних заходів, що пов'язані між собою, які спрямовані на надання повноцінної медичної допомоги, наслідком якої повинно бути зменшення летальності.

У таблиці показана частота основних організаційних недоліків, які вплинули на кінцеві наслідки дифтерії.

Комбінація кількох недоліків зустрічалася в 137 (63,4%) випадках смерті від дифтерії. Усе це негативно впливало на кінцеві наслідки тяжких випадків дифтерії.

Протидифтерійна антитоксична сироватка (ПДС) спочатку була єдиним ефективним засобом лікування дифтерії. Розвиток медицини протягом наступних 100 років значно розширив можливості лікування, однак ПДС як була, так і залишається провідним препаратом для лікування дифтерії. Відтак, відсутність ПДС вважається чи не найнесприятливішим фактором, який безпосередньо впливає на кінцеві наслідки захворювання [1]. Аналіз організації проведення специфічної терапії хворих на важкі форми дифтерії вказав на кілька основних недоліків. Першим важливим чинником у цій системі є наявність у лікувальних закладах запасу ПДС. З огляду на необхідність введення 100-120 тис.МО ПДС одноразово одному хворому, такий запас повинен становити не менше 250 тис.МО, бажано двох різних серій, з огляду на можливість позитивної реакції на ПДС однієї із серій. Відсутність навіть мінімального запасу ПДС у районних лікарнях областей України в одних випадках призводило до затримки проведення специфічного лікування в середньому на 12-14 го-

дин, іноді й довше (поки ПДС не була доставлена з обласних центрів), що за тяжкого перебігу захворювання не могло не вплинути на кінцевий наслідок хвороби. В інших випадках, внаслідок відсутності ПДС в районних лікарнях, такі хворі транспортувалися до обласного центру, що, з одного боку, теж призводило до невиправданої затримки лікування, з іншого — тривале транспортування негативно відбивалося на стані хворого, адже невідкладну допомогу на етапах евакуації надавали лише 2,2% хворим. У частині областей України відстань від деяких районних центрів до обласного центру (обласна інфекційна лікарня) коливається від 150 до 220 км. Така ситуація складалася в багатьох областях України, це була суцільна практика.

Якщо в середньому такі пацієнти були прийняті в середньому на  $4,8 \pm 0,9$  день хвороби, то лише відсутність ПДС у лікувальному закладі призводило до затримки початку специфічного лікування до  $5,6 \pm 1,1$  дня. Прикладом такої ситуації може стати наступний випадок (історія хвороби №858). Хвора П., 54 років, прийнята до інфекційної лікарні 16 жовтня 1994 року о 10.05 год з діагнозом "дифтерія глотки?" на 5-ту добу хвороби зі скаргами на загальну слабкість, головний біль, утруднення ковтання. У ротоглотці виявлена яскрава гіперемія, на мигдаликах брудно-сірого кольору нальоти. Оглянута отоларингологом, який не вважав за потрібне оглянути гортань. Протидифтерійна сироватка не вво-

Таблиця

Організаційні недоліки, які вплинули на кінцеві наслідки дифтерії, та їх частота

Організаційні недоліки надавання медичної допомоги хворим на тяжкі форми дифтерії	Кількість	
	Абс.	%
Відсутність фахівця, здатного зробити трахеостомію	16	7,4
Несвоєчасний огляд отоларингологом	41	19,0
Введення протидифтерійної сироватки лише після дозволу „протидифтерійної комісії”	28	13,0
Відсутність запасу протидифтерійної сироватки	46	21,3
Неможливість отримати наявну ПДС	9	4,2
Відсутність огляду реаніматологом	19	8,8
Несвоєчасність огляду іншими фахівцями	26	12,0
Всього	185	85,6

дилася у зв'язку з її відсутністю. Лікар зв'язувався по телефону з головним лікарем регіональної інфекційної лікарні, з його заступником, від яких одержав лише певні рекомендації щодо ведення хворої за відсутності ПДС. До 18.30 стан хворої погіршився: з'явилася задишка, відчуття нестачі повітря. Отоларинголог відмовився від проведення трахеотомії, протидифтерійну сироватку не введено. До 21 год стан продовжував прогресивно погіршуватися: збільшувався набряк шиї, задишка, відчуття нестачі повітря, з'явилася афонія, вимушена поза через нестачу повітря. О 21.45 хірургом зроблена трахеотомія, після чого дихальна недостатність певною мірою стабілізувалася. Біля хворої організовано індивідуальний медсестринський пост. Лише наступного дня розпочато пошук протидифтерійної сироватки (запис в історії хвороби), хвору оглянув головний лікар інфекційної регіональної лікарні і об 11 год розпочато введення 60 тис. МО ПДС. У подальшому хвора спостерігалася лікарями, однак жодного разу не була оглянута реаніматологом. Проводилася патогенетична терапія, однак стан прогресивно погіршувався, і о 6.40 18 жовтня 1994 року настала смерть від гострої серцевої недостатності на тлі гострої ниркової недостатності в фазі анурії. Під час патологоанатомічного дослідження виявлено поширення фібринозних нальотів на трахеї і бронхи до рівня сегментарних.

У даному разі ми не аналізуємо якість іншого лікування (там була достатня кількість помилок), однак затримка із введенням ПДС становила понад добу, що, безсумнівно, позначилося на перебігу і на кінцевому наслідку хвороби.

Не менш важливим є відсутність дієвого алгоритму надавання медичної допомоги хворим на дифтерію в умовах дефіциту ПДС, який існував у країні на той час, що призвело до затягування виконання необхідних лікувальних заходів (трахеотомії), безвідповідальність керівників, які лише через добу спромоглися доставити ПДС для хворого.

Іншим важливим організаційним недоліком була відсутність у районних лікарнях ПДС у необхідній кількості хоча б на одне введення для тяжкого хворого. Така

ситуація спостерігалася в 21,2% випадків. Введення 10-20 тис. МО протидифтерійної сироватки у випадку тяжкого перебігу було неефективним, тим більше, що у переважній більшості випадків у подальшому виникала потреба транспортування цих хворих до лікарень вищого (обласних, міських) підпорядкування. У цьому випадку також була відсутня будь-яка система надавання медичної допомоги хворим з важким перебігом дифтерії. Концентрування лікувальних засобів (насамперед ПДС) у стаціонарах вищого підпорядкування, з одного боку, гарантувало надання певного рівня медичної допомоги, з іншого, в частині випадків значно збільшувало час до надання необхідної специфічної допомоги. Воно було виправданим у регіонах, де найбільша відстань до лікувального центру становила не більше 50 км, однак в інших регіонах вона становила 100 і більше кілометрів, що значно віддаляло у часі надання спеціалізованої медичної допомоги. Проміжна госпіталізація лише відділяла у часі надання повноцінної допомоги, та й тривалість транспортування понад 1-1,5 години негативно позначилася на стані хворого. Так, із 27 (12,5%) хворих на тяжкі форми дифтерії, які транспортувалися на відстань понад 50 км, смерть у 85,1% випадків наставала протягом 1-ї доби перебування у стаціонарі.

Дефіцит ПДС призводив до ситуації, коли її запас зберігався в одного з керівників лікарні, який не завжди перебував на робочому місці. У таких випадках затримка із введенням становила від 3 до 8 годин, а в окремих випадках — до 14 годин.

В умовах значного дефіциту ПДС з метою раціонального її використання створювалися так звані протидифтерійні комісії, які склалися з провідних клініцистів лікарні та епідеміолога. Залучення останнього до такої комісії взагалі є сумнівним, адже він не є клініцистом, з іншого боку, він не може бути до кінця об'єктивним, адже це є типовою ситуацією зіткнення інтересів — коли особі, яка є відповідальною за профілактику даної патології, пропонується підтвердити діагноз цього захворювання, ще й у важкій формі, за повної відсутності юридичної відповідальності за життя пацієнта. Комісії були створені в окремих

районних лікарнях з метою унеможливити введення ПДС у сумнівних випадках діагнозу дифтерії в умовах її тотального дефіциту. Якщо у випадках неважкого перебігу дифтерії деяка затримка не мала особливого впливу на перебіг і кінцеві наслідки хвороби, то при тяжкому перебігові наслідки значно сумніші.

Однак і збирання такої комісії, особливо в позаробочий час, призводило до затримок проведення специфічного лікування. Об'єднання 3-5 лікарів, нефакхівців з даної проблеми, які мало чим могли допомогти інфекціоністу в діагностичному процесі, створювало ілюзію незаперечної необхідності використання з лікувальною метою ПДС, хоча показанням для її введення є лише обґрунтована підозра на наявність дифтерії. Це також вимагало певного часу (від 1 до 6 годин), що позначилося на термінах введення ПДС.

У 7 (3,2%) випадках відзначалася комбінація кількох організаційних недоліків, які призвели до затримки лікування в середньому на 16,7 години.

Не було суттєво кращою тактика доставки ПДС до місця госпіталізації хворого, адже важливим є не лише проведення специфічного лікування, а й повноцінне патогенетичне лікування в умовах інтенсивного нагляду (відділення інтенсивної терапії, палати інтенсивної терапії з організацією постійного кваліфікованого спеціалізованого лікарського спостереження — інфекціоніст, реаніматолог, інші необхідні фахівці). Малопотужні районні лікарні, великі дільничні лікарні не здатні надавати допомогу таким хворим на необхідному рівні.

Така ситуація складалася й у Київській області, де відсутнє інфекційне відділення в обласній лікарні, і хворих на тяжкі форми дифтерії частково доставляли для лікування до Київського міського дифтерійного шпиталю, часто із короткотривалою госпіталізацією до районного інфекційного відділення, що значно затягувало надання спеціалізованої медичної допомоги, транспортування в усіх випадках здійснювалося з мінімальною або взагалі без будь-якої медикаментозної підтримки. Тривалість транспортування могла тривати від 2-3 до 5-6 годин, при цьому складнощі виникали і під час перевезення хво-

рих містом до місця госпіталізації з огляду на значне транспортне перевантаження на основних магістралях міста.

Важливим чинником, що впливає на кінцеві результати лікування хворих на тяжкі форми дифтерії, є поліорганність ураження, причому в патологічний процес залучаються більшою чи меншою мірою практично всі основні органи та системи. Проте, з позиції важкості ураження та можливості розвитку летального наслідку найголовнішими є серце, нервова, система, легені, верхні дихальні шляхи. Відтак, у лікуванні та визначенні тактики лікування повинні брати участь не лише інфекціоністи, а й кардіологи, невропатологи, отоларингологи, терапевти (пульмонологи), реаніматологи. На інфекціоністів повинна покладатися роль не лише відповідального за наслідки лікування хворого на важкі форми дифтерії, а й координаційного центру, який не тільки узгоджує дію усіх елементів системи спостереження і ведення, а й є остаточною інстанцією, яка вирішує необхідність призначення (застосування) того чи іншого методу лікування. Саме він повинен визначати необхідність застосування різних методів лікування хоча б тому, що на нього покладена юридична відповідальність за хворого.

Важливим чинником летальності від дифтерії була також відсутність організації у наданні медичної допомоги у випадку необхідності проведення трахеотомії. Більш докладно про це буде сказано в іншому повідомленні, однак відсутність лікаря, здатного зробити трахеотомію, у 7,4 % випадків спричинила загибель хворого на дифтерію від крупу. Для ілюстрації цієї наважливої проблеми наводимо ще один приклад.

Хвора Х., 43 років, прийнята до відділення отоларингології на 4-й день хвороби зі скаргами на виражену загальну слабкість, нестачу повітря, біль у горлі, підвищення температури тіла. Оглянута черговим лікарем-отоларингологом, який описує типові клінічні прояви дифтерії ротоглотки, однак встановлює діагноз "паратонзиллярний абсцес", пунктує його, гною не отримує, призначає навіть для такого діагнозу неадекватне антибактерійне лікування (гентаміцин). На ранок стан хворої погіршився: з'явилося відчуття нестачі повітря, нальоти в ротоглотці не зменшилися, на-

бряк на шії поширився до її середини. Викликаний на огляд інфекціоніст встановив діагноз "дифтерія". Хвора о 10 год переведена до інфекційного відділення. При огляді в інфекційному відділенні акцентується увага на явищах дихальної недостатності; відчуття нестачі повітря, деяке збудження, задишка з частотою до 30 дихань на хвилину, гавкаючий кашель, виражену охриплість голосу. Хворій призначається адекватне медикаментозне лікування, викликається на консультацію отоларинголог, однак останній після чергування покинув лікарню, не знайшли його і вдома. Про необхідність проведення трахеотомії і ситуацію з отоларингологом повідомлено заступнику головного лікаря з лікувальної роботи, викликано на консультацію реаніматолога. Об 11.30 хвора оглянута реаніматологом: зафіксовано тяжкий стан хворої, виражені прояви дихальної недостатності (ціаноз, задишка, тахікардія до 124 уд/хв, деяке зниження артеріального тиску до 105/70 мм рт ст.), відзначено необхідність проведення трахеотомії, до реанімації хвору не переводять. Тим часом заступник головного лікаря викликає для проведення операції трахеотомії хірурга-травматолога, який прибув о 12.30. Останній відмовився робити трахеотомію в умовах маніпуляційного кабінету інфекційного відділення, вимагав її проведення в умовах операційної відділення отоларингології, на що отримав дозвіл лише о 13.15. На цей час стан хворої був вкрай тяжкий: задишка до 40 уд/хв, виражений ціаноз шкіри, гемодинаміка нестабільна — пульс 116 уд/хв, ритмічний АТ 80/50 мм рт ст. Під час проведення операції трахеотомії о 13.30 настала зупинка серцевої діяльності і дихання. Реанімаційні заходи були безуспішними.

Наведений приклад наглядно показує, як відсутність організації в наданні невідкладної допомоги хворим на дифтерійний круп призвела до загибелі хворої.

Іншим важливим чинником, який безпосередньо впливає на кінцевий наслідок захворювання, є поліорганисткість уражень при дифтерії, що спричинює необхідність огляду таких хворих низкою фахівців іншого профілю. Насамперед — це ураження серця, нервової системи, нирок. 169 (78,2%)

хворих переносили комбіновану форму дифтерії з ураженням гортані, тому не дивно, що серед причин смерті в ранній період хвороби на першому місці стоїть дихальна недостатність унаслідок крупу. Відтак, одночасно з черговим терапевтом, інфекціоністом хворого повинен обов'язково оглянути отоларинголог, тому що в 23,6% випадках виникає необхідність проведення трахеотомії протягом найближчої доби від поступання до стаціонару. При цьому він повинен не стільки встановлювати показання для трахеотомії, скільки бути її виконавцем. Саме відсутність такого фахівця, відсутність алгоритму надавання медичної допомоги таким хворим часто призводила до невинуватеної загибелі. Яскравою ілюстрацією цього є наступний приклад (історія хвороби №І-5599). Хвора Н., 47 років, працівниця автозаправочної станції, прийнята у відділення отоларингології о 8.50 год 25 липня 1996 року на другий день хвороби із скаргами на біль у горлі, біль при ковтанні, відкриванні рота, утруднене дихання, слабкість, підвищення температури тіла до 38,5°C. В анамнезі — гіпертонічна хвороба, хронічний тонзиліт, тричі щеплена проти дифтерії. При об'єктивному огляді виявлено набряк у ротоглотці, білі нальоти на мигдаликах. Встановлено діагноз "двобічний паратонзиллярний абсцес", призначено лікування. Наступного дня о 9 год лікар відзначає тяжкий стан хворої, поширення нальотів на м'яке та тверде піднебіння, неможливість оглянути гортань, робить висновок про наявність стенозу гортані II ступеня (за рівнем задишки), повідомляє про виділення коринібактерії дифтерії та о 9.20 год 26 липня 1996 року переводить хвору з діагнозом "дифтерія зіву" до інфекційного стаціонару, де вже негайно інфекціоніст відзначає вкрай важкий стан, встановлює діагноз комбінованої дифтерії ротоглотки, гортані, круп II ступеня і призначає негайну консультацію отоларинголога. Вводить протидифтерійну сироватку в потрібній дозі. О 10.30 год хвору оглядає міський інфекціоніст і у зв'язку з "вентиляційними порушеннями" вимагає консультації реаніматолога. Однак о 13 год цього ж дня лікар-інфекціоніст описує значне наростання проявів дихальної недостатності і знову викликає отоларинголога для

проведення трахеотомії, заступника головного лікаря та реаніматолога. Реаніматолог оглядає хвору о 13.15 год, фіксує важкі розлади дихання (клініка асфіктичної стадії крупу) та порушення гемодинаміки, заявляє про необхідність штучної вентиляції легенів через трахеостому, реєструється факт нетранспортабельності хворої. Про це повідомляють головному лікарю, знову викликають отоларинголога. О 13.30 год хвору таки оглядає отоларинголог, який також фіксує необхідність накладання трахеотомії, однак зробити цю операцію не може через травму руки, а також тісноти приміщення, у зв'язку з чим викликає завідувача травматології, а хвора на ношах доставляється в передопераційну відділення отоларингології. Анестезіолог знову оглядає хвору о 14.15 год, встановлює венозний катетер. У подальшому хвору оглядає травматолог (час не вказується), який пише, що "выражен отек и пастозность до грудины являются прямым противопоказанием к операции в условиях общей палаты отделения отоларингологии. Трахеостомия возможна в условиях операционной и операционной бригады с помощью полного операционного набора". Лише о 15 год за наполяганням травматолога та розпорядженням заступника головного лікаря хвору дозволено оперувати в операційній відділення отоларингології. Оперативне втручання розпочато о 15.20 год, під час якого виникла клінічна смерть, реанімаційні заходи виявилися безуспішними. При патологоанатомічному дослідженні трупа виявлено наявність фібринозних плівок у гортані, трахеї, великих бронхах, трахеостомічний отвір не повністю проникає в просвіт трахеї.

Ці випадки надзвичайно схожі між собою, хоча вони трапилися в різних регіонах, що свідчить про системність недоліків. Не говорячи про рівень кваліфікації отоларинголога, який на 6-му році епідемії не зміг вчасно встановити діагноз дифтерії та адекватно оцінити важкість стану хворого, зробити трахеотомію, поведінку анестезіолога, який навіть не намагався встановити інтубаційну труб-

ку, провідною причиною виникнення летального наслідку стала відсутність алгоритму ведення подібних хворих у лікарні, знову ж таки, як і в попередньому випадку, запізнілі дії керівництва лікарні.

У переважній більшості хворих на тяжкі форми дифтерії відзначався розвиток дифтерійного міокардиту, дифтерійного нефрозо-нефриту. Тому надзвичайно важливим є організація інтенсивного спостереження за хворим з контролем діурезу, геодинаміки, дихальної функції.

Складною була ситуація щодо спостереження за хворими на тяжкі форми дифтерії реаніматологом, які в багатьох випадках здатні надати невідкладну медичну допомогу (трахеотомія, інкубація з переведенням на штучну вентиляцію легенів). У 8,8% випадків хворий взагалі не оглядався реаніматологом, лише в поодиноких випадках хворий поміщався відразу у відділення реанімації та інтенсивної терапії (за винятком випадків, коли хворий поміщався до відділення інфекційної реанімації). У кращому разі такий хворий розміщувався у палаті інтенсивної терапії з окремим постом медичної сестри, однак без інтенсивного лікарського спостереження.

Розміщення хворих у загальнореанімаційних відділеннях взагалі не практикувалося з огляду на їх заразність, хоча ізоляція таких хворих в окремій палаті з дотриманням звичайних протиепідемічних заходів дозволяє повністю уникнути можливого поширення збудника. Організація окремого поста медичної сестри для такого хворого в умовах інфекційного стаціонару певною мірою дозволяє вирішити питання спостереження, однак ефективним воно виявлялося лише за умови регулярного та екстреного моніторингу анестезіологом, черговим лікарем-терапевтом (інфекціоністом).

Таким чином, відсутність чіткого організаційного алгоритму госпіталізації та ведення хворих на важкі форми дифтерії у значної частини хворих, що померли від дифтерії, було одним із провідних чинників, що вплинули на кінцевий наслідок захворювання.

## ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні захворювання. — К.: Здоров'я, 2000.
2. Кузьмичева А.Т. Основные этапы в изменениях при дифтерии и причины изменений // Эволюция детских инфекционных заболеваний за 50 лет. — Ленинград, 1977. — Т. 50. — С. 36-47.
3. Мухарська Л.М., Аронова М.М., Гладка О.А. та співавт. Керовані інфекції в Україні: сучасний стан, епідеміологічні особливості // Охорона здоров'я України. — №2(5) — 2002. — С. 31-36.
4. Сизимова Г.А., Дроздов В.И., Далматов В.В. и соавт. // Дифтерия, Кемеровское книжное издательство. — 1971. — С. 93-98.

\*\*\*

УДК: 616-022:579.871.1]-036.17-085:614.2

UDC: 616-022:579.871.1]-036.17-085:614.2

А.М. Печенка

**ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ДИФТЕРИИ**

*В статье проведен анализ 216 случаев смерти от тяжелых форм дифтерии во время эпидемии дифтерии 1991-2000 годов с позиции организации медицинской помощи таким больным. Показано, что организационные недостатки, которые могли повлиять на исход болезни, отмечались в 85,6 % случаев. Наиболее важными были отсутствие специалиста, способного сделать трахеостомию, несвоевременный осмотр отоларингологом, введение противодифтерийной сыворотки только после разрешения "противодифтерийной комиссии", отсутствие запаса противодифтерийной антитоксической сыворотки (ПДС), что приводило к необходимости транспортировать больного к месту дальнейшей госпитализации или доставлять ПДС из областного центра, отсутствие возможности получить ПДС. Высказано мнение о необходимости создания организационного алгоритма оказания медицинской помощи больным тяжелыми формами дифтерии.*

А.М. Pechinka

**ORGANIZATIONAL - METHODOLOGICAL ASPECTS OF RENDERING OF MEDICAL AID BY THE PATIENT WITH HEAVY FORMS OF A DIPHTHERIA**

*In article the analysis of 216 cases of death from heavy forms of a diphtheria is carried out during epidemic of a diphtheria of 1991-2000 from a position of the organization of medical aid by such patient. It is shown, that organizational lacks which could affect an outcome of illness were marked in 85,6 % of cases. The most important were absence of the expert, capable to make tracheotomy, delayed survey by the otolaryngologist, introduction antidiphtheria serum (ADS) wheys only after the sanction "the commissions of antidiphtheria", absence of a stock ADS that resulted to necessity to transport the patient to a place of the further hospitalization or to deliver ADS from the regional center, absence of an opportunity to receive ADS. The opinion on necessity of creation of organizational algorithm of rendering of medical aid is stated to the patient with heavy forms of a diphtheria.*