

2/2009

СУЧАСНІ ІНФЕКЦІЇ

На допомогу практичному лікарю

МОЗ повідомляє

Оригінальні дослідження

Випадки з практики

Огляди, лекції



УДК: 616.022:578.825

ОБГРУНТУВАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ВЕДЕННЯ ТА ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ДИФТЕРІЙНИЙ МІОКАРДИТ

О.К. ДУДА, А.М.ПЕЧІНКА

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

ключові слова:

дифтерія, міокардит, диспансерне спостереження

Дифтерія продовжує залишатися проблемою сьогодення, незважаючи на, здавалося б, згасання епідемії. Однак поодинокі випадки важкого перебігу дифтерії, в тому числі й з летальними наслідками, продовжують реєструвати в Україні як середдорослих, так і серед дітей. До цього часу захворюваність і смертність залишається вищою, ніж в доепідемічний період. Відтак, проблема ведення хворих на дифтерійні міокардити залишається актуальною.

На підставі досліджень впродовж трирічного спостереження за хворими на дифтерійні міокардит (ДМ) встановлено, що найбільша кількість ускладнення з боку серця спостерігається у перші три тижні від початку інфекційної хвороби. Ураження серця виявляється у 100% хворих на важкі форми дифтерії та померлих від дифтерії, а при комбінованих формах з ураженням гортані воно є другою за частотою причиною смерті.

Максимальний термін виявлення ДМ становив 6 тижнів від початку захворювання на дифтерію. Це обумовлює необхідність нагляду за реконвалесцентами дифтерії (Д) лікарями відповідного профілю (терапевтами і кардіологами) на амбулаторному етапі протягом вищезазначеного терміну для встановлення діагнозу ДМ.

Кількість ускладнень з боку серця у хворих на Д в інфекційному стаціонарі ЦМКЛ м.Києва у 1994-2002 рр. представлена на рисунку.

У переважної частини хворих на дифтерію (Д) спостерігається легкий (49%), а іноді і субклінічний варіант перебігу ускладнення з боку серця. Ці обставини вимагають від лікарів поряд з ретельним клінічним обстеженням широко використовувати додаткові лабораторні та інструментальні методи дослідження. Слід використовувати насамперед один з найдоступніших, простих й інформативних методів — електрокардіографічний моніторинг. У гострому періоді ЕКГ-дослідження рекомендується проводити 1 раз у 2-3 доби, при тяжкій формі Д — кожний день. При диспансерному нагляді — при кожному звертанні реконвалесцента з метою встановлення подальшої динаміки патологічного процесу з боку серцевого м'яза. Однак при важкому перебігові дифтерії відзначаються складні порушення ритму та/або провідності, що потребує не лише тривалого медикаментозного лікування, а й обмеження фізичної активності.

Виписку зі стаціонару реконвалесцентів проводять після повного клінічного одужання та отримання двох негативних контрольних результатів бактеріологічного

обстеження на наявність *Corynebacterium diphtheriae*. Виконувати контрольні бактеріологічні дослідження необхідно не раніше ніж за 3 доби після завершення курсу антибактеріальної терапії хворому.

Водночас задовільне самопочуття, відсутність скарг не може бути приводом не лише до ранньої виписки із стаціонару, а й до розширення рухового режиму, адже смерть при дифтерії може настати зненацька при цілком задовільному стані хворого, відсутності скарг. Особливо це стосується ситуацій, коли хворий переводиться до спеціалізованого стаціонару для продовження лікування. Для прикладу наводимо виписку з історії хвороби.

Хворий П., 47 років, поступив до інфекційного стаціонару 10.07.1994 року на 3-й день хвороби з діагнозом "паратонзиллярний абсцес" та скаргами на помірний біль у глотці, виражену загальну слабкість, зниження апетиту, підвищення температури тіла до 38°C, утруднення ковтання. Працює водієм автобуса, не щеплений проти дифтерії. При огляді виявлено набряк підшкірної клітковини у підщелепній ділянці, однаковий з обох сторін, у ротоглотці — помірна гіперемія, виражений набряк паратонзиллярних тканин, мигдалики практично змикаються, вкриті щільним фібринозним нальотом, що не знімався шпателем білого кольору. Пульс 100 уд/хв., ритмічний, АТ 120/80 мм рт ст. Тони серця приглушені, з боку легенів та органів черевної порожнини патології не виявлено, периферійних набряків не було. Оглянутий черговим лікарем, інфекціоністом, встановлено діагноз "дифтерія зіву, пливчаста форма, токсична, 1-го ступеня", у подальшому цей діагноз було підтверджено виділенням *Corynebacterium diphtheriae mitis tox+*. Призначене лікування: пеніцилін, протидифтерійна сироватка (70 тис. МО), преднізолон, говенна дезінтоксикаційна терапія кристалоїдними розчинами. Наступного дня введено ще 40 тис.МО протидифтерійної сироватки. На тлі такого лікування стан хворого швидко покращувався: за 2 доби нормалізувалася температура тіла, зменшилась загальна слабкість, зник набряк у підщелепній ділянці, значно зменшився набряк у ротоглотці, хворий почав нормально ковтати. Ще за 5 дів зникли нальоти в ротоглотці.

Незважаючи на нормалізацію загального стану, хворого на 9-й день перебування у стаціонарі почали турбувати напади задишки до 20-24 на хв. у стані спокою, які виникали двічі. При електрокардіографічному

обстеженні у динаміці виявлено розвиток порушення провідності — атріо-вентрикулярна блокада 1-2 ступенів, що було розцінено як розвиток міокардиту. Хворий оглянутий кардіологом, отримані негативні посіви з ротоглотки на дифтерійну паличку, після чого його було переведено до кардіологічного стаціонару на 11-й день перебування у лікарні.

У кардіологічному стаціонарі йому не обмежили руховий режим, він не був госпіталізований до блоку інтенсивної терапії. За 4 дні перебування у кардіологічному стаціонарі у нього розвинулася повна атріо-вентрикулярна блокада, двічі відзначалася короткочасна втрата свідомості, падіння артеріального тиску, які трактували як синдром Морганьї-Едем-Стокса, однак і при цьому його не було переведено на суворий ліжковий режим. На 15-ту добу перебування у стаціонарі хворого знайшли у палаті у стані клінічної смерті. Реанімаційні заходи були безуспішними. Проведене патологоанатомічне дослідження підтвердило діагноз міокардиту з ураженням провідної системи.

Не зупиняючись на особливостях медикаментозного лікування, слід не забувати, що ліжковий режим з обмеженням фізичної активності є обов'язковим методом лікування, а перебіг дифтерійного міокардиту є непередбачуваним у своєму прогресуванні — як за темпами, так і за напрямками розвитку, що вимагає постійного електрокардіографічного спостереження, а період обмеження фізичної активності може бути тривалішим, ніж при інфаркті міокарда. Період одужання вимагає тактики, що схожа на тактику при інфаркті міокарда за одним винятком: при дифтерійному міокардиті прогресування змін з боку серця далеко не завжди супроводжується болем у серці, погіршенням загального самопочуття. Відтак і смерть може виникати на тлі, здавалося б, повного благополуччя.

Орієнтовні терміни перебування хворих на дифтерію в інфекційному стаціонарі такі:

- при катаральній дифтерії ротоглотки — до 15 дів;
- при локальованій дифтерії ротоглотки — до 20 дів;
- при розповсюдженій дифтерії — до 30 дів;
- при середньотяжкій і тяжких формах дифтерії — до 30 — 50 дів;
- при дифтерії носа, очей, рани та іншої локалізації — до 20 — 35 дів.

Строки виписки реконвалесцентів з різноманітних ускладнень інфекційної хвороби слід здійснювати індивідуально. Хворим на

дифтерію з наявністю ускладнень у вигляді дифтерійних міокардиту (ДМ) і поліневрититу (ДП) доцільно проводити реабілітацію впродовж не менше 30-60 дб. Реконвалесцентів після тяжких форм ДМ і ДП, а також зі стійкими формами залишкових явищ захворювання слід направляти на лікарсько-трудова експертну комісію для вирішення питання про ступінь їх працездатності.

З урахуванням того, що для дифтерії можливі пізні ускладнення насамперед з боку серця, за хворими необхідно встановити диспансерний нагляд. Протягом 1 місяця після виписки зі стаціонару необхідний активний щотижневий нагляд за пацієнтом дільничним терапевтом. Його необхідно звільнити від фізичної роботи не менше ніж на 14 дб та занять спортом терміном не менше ніж на 3 місяці. При проведенні чергового медичного огляду слід звертати особливу увагу на наявність таких скарг реконвалесцента, як загальна слабкість, субфебрилітет, швидка втома при виконанні фізичного навантаження, біль або неприємні відчуття в ділянці серця, тахі- або брадикардія, аритмія, гіпо- або гіпертензія, аускультативні зміни серцевих тонів. При виявленні вище перерахованих клінічних проявів реконвалесцента слід призначити додаткове лабораторне та інструментальне дослідження: загальний аналіз крові; біохімічне дослідження, яке б включало такі показники, як АсАТ, КФК, ЛДГ; призначити ЕКГ- і Ехо-КГ-дослідження. Після цього слід запропонувати консультацію лікаря-кардіолога, який приймає остаточне рішення про подальше обстеження і лікування.

Інформативність загальноприйнятих критеріїв при діагностиці міокардитів не може задовольнити фахівців. Це зумовлено тим, що ціла низка діагностичних положень зустрічається дуже рідко при різноманітних варіантах міокардитів. Так, у хворих на ДМ такі показники, як ритм галопу, збільшення розмірів меж серця та синусова тахікардія мають відносно невелику інформативність, у той час як ослаблення 1-го тону є неспецифічним показником. Постає питання про модифікацію діагностичних критеріїв міокардиту, в т.ч. і дифтерійного. При розробленні додаткових діагностичних критеріїв враховували й те, що найчастіше спостерігається легкий варіант ДМ. Тому досить актуальним є використання сучасних інструментальних методів діагностики, в першу чергу Ехо-КГ і доплер-Ехо-КГ.

Нами удосконалені та модифіковані критерії діагностики ДМ, а також наведений ступінь їх інформативності у хворих різних

груп важкості (табл. 1). За основу прийняті загальновідомі критерії діагностики міокардиту NYHA, 1964, 73 pp., а саме:

- патологічні зміни на ЕКГ (порушення ритму та провідності, зміни сегмента ST і зубця Т у двох і більше відведеннях),
- підвищення рівня сироваткових ензимів — КФК, ЛДГ, АсАТ,
- поява клінічних ознак СН,
- збільшення розмірів серця, в т.ч. і за даними інструментального спостереження — Ехо-КГ, RÖ-ОГК, ЕКГ — методів, які найбільш часто використовуються в клінічній практиці.

З метою виключення у пацієнтів нейроциркуляторної дистонії показано застосування індералової і/або калісвої проби, а в разі стійкої синусової брадикардії — атропінової проби за загальноприйнятими методиками.

Проведені динамічні спостереження показали порушення скоротливої активності ЛШ, у тому числі і його діастолічної функції. Зниження кінцево-сistolічного індексу скоротливості КСТ/КСО спостерігали навіть при легкому перебігу ДМ. Таким чином, запропоновані додаткові критерії дають можливість забезпечити високу вірогідність виявлення ДМ.

Діагностика легкого ступеня ДМ базується, в першу чергу, на застосуванні додаткових інструментальних методів. Головне місце належить використанню ЕКГ-дослідження в динаміці у 12 стандартних відведеннях — найбільш доступному і простішому. Про це свідчить висока інформативність цього методу як одного з додаткових критеріїв у діагностиці ДМ. Крім того, зміни діастолічного наповнення ЛШ, насамперед за гіпертрофічним типом, зумовлює порушення функції розслаблення. Ці показники дають можливість надати оптимальну специфічність, чутливість і цінність у передбаченні ознаки.

Нами було встановлено, що при найбільш частому легкому перебігу ДМ без ознак СН й клінічно значимих ознак порушень провідності найбільшу точність діагностики становить комбінація одного основного і одного додаткового критеріїв (діагностична точність складає 97%), а при ДМ середнього ступеня тяжкості з проявами СН цей показник підвищується до 100%.

Проведені протягом більше десяти років клінічні, інструментальні і лабораторні спостереження дозволили модифікувати і вдосконалити класичні критерії оцінки ступеня тяжкості ДМ. Вони наведені в табл. 1.

Отримані на підставі поглибленого аналізу клінічної картини захворювання, результатів інструментальних і лабораторних методів дослідження перелік діагностичних критеріїв і інтегральної оцінки ефективності дають можливість підвищити точності в діагностиці ДМ. Рання діагностика надає можливість адекватно почати лікування ДМ і запобігти подальшому розвитку цього ускладнення.

Для оцінки спроможності пацієнта виконувати фізичні навантаження слід проводити велоергометричне дослідження. При ДМ легкого ступеня таке дослідження слід проводити через 2 міс. після виписки зі стаціонару; при ДМ середнього ст. — через 3 міс.; при ДМ тяжкого ступеня — через 6 міс., а потім — 1 раз на 6 міс.

При обстеженні пацієнта слід виявити наявність та ступінь аритмій, СН; здатність виконувати звичайний руховий режим і повноту режиму працездатності. При появі та/або поглибленні змін сегмента ST і зубця T і R, за даними ЕКГ, слід провести медикаментозні проби для виключення їх функціонального характеру та можливого зв'язку з супутньою серцевою патологією (індералова та/або калієва проби, у випадку стійкої синусової брадикардії — атропінова проба за загальноприйнятими методиками). При проведенні Ехо-КГ увагу слід приділити визначенню показників систолічної функції ЛШ — КСТ/КСО, ФВ, КДІ, КСІ, а також виявленню порушень діастолічної дисфункції ЛШ та її типу.

При ДМ досить часто зустрічаються порушення провідності. Характерним проявом є перехід від одного ступеня блокад до іншого, особливо АВ- і СА — порушень (атріовентрикулярної і синусоатріальної блокад) провідності. Враховуючи це, ЕКГ-моніторинг необхідно проводити при кожному амбулаторному огляді пацієнта.

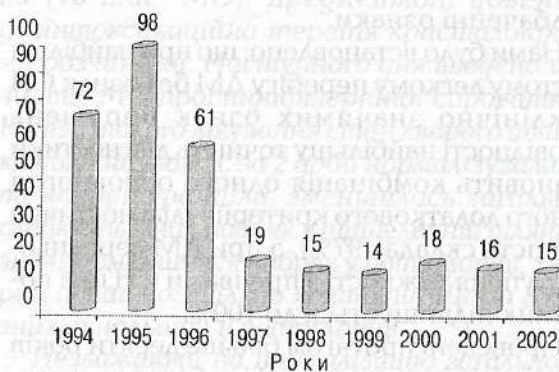


Рис. Кількість виявлених ускладнень з боку серця у хворих на дифтерію в інфекційному відділенні ЦМКЛ за період 1994-2002 рр.

Результати поглибленого доплер-Ехо-КГ-спостереження при ДМ показали наявність як систолічної, так і/або діастолічної дисфункції міокарда ЛШ. Її спостерігали в усіх випадках клінічних проявів СН і майже в 1/4 випадках без клінічних ознак СН. Це дозволяє рекомендувати використовувати дані критерії в практичній роботі при динамічному спостереженні за хворими на ДМ.

Найпоширенішими проявами систолічної дисфункції ЛШ у пацієнтів було зниження індексу скоротливості, а при діастолічній дисфункції — порушення активного розслаблення міокарда. Це значною мірою пов'язано з дефіцитом продукції і використанням АТФ.

З урахуванням патогенетичних механізмів дифтерійного міокардита до комплексної терапії хворим слід включати неглікозидні інотропні препарати метаболічного типу дії, насамперед, такі як триметазидин (предуктал), L-карнітин і суфан. Проведене спостереження показало, що застосування міддронату є недоцільним тому, що як і дифтерійний токсин він спричинює певне пригнічення карнітин-човникового транспортного механізму вільних жирних кислот через можливість поглиблення дисфункції ЛШ. Недоцільним є і призначення серцевих глікозидів у найближчі терміни після перенесеного ДМ.

Пацієнтам з СН призначають інгібітори ангіотензин-перетворювального ферменту (іАПФ) у загальнотерапевтичних дозах. Препарати ефективні не тільки при артеріальній гіпертензії, а й при застійній серцевій недостатності, а також покращують нирковий кровообіг і активують пригнічені кінінові системи організму. Найчастіше призначають каптоприл у дозі 12,5-25 мг тричі на добу. Цими препаратами проводять корекцію систолічної дисфункції ЛШ та ПШ, яка супроводжується дилатацією, а також порушення діастолічних властивостей міокарда при тяжкому перебігу ДМ.

За наявності у хворих на ДМ проявів СН і/або клінічно значимих атріовентрикулярної і синусоатріальної блокад доцільним є призначення коротким курсом глюкокортикостероїдів.

Планові диспансерні огляди слід проводити обов'язково на амбулаторному етапі. Ми пропонуємо наступну частоту диспансерного спостереження за пацієнтами залежно від терміну хвороби та ступеня тяжкості (дані наведені в табл. 2).

Таким чином, дотримання режиму обмеження фізичної активності у стаціонарі, регулярне обстеження пацієнтів на ДМ в умо-

Таблиця 1

Модифіковані критерії оцінки ступеня тяжкості дифтерійного міокардиту

ДМ легкого ступеня (ДМІ)	ДМ середнього ступеня (ДМІІ)	ДМ важкого ступеня (ДМІІІ)
Початок — з кінця 2-го, на початку 3-го тижня; рідко у більш ранній термін.	Початок — частіше з середини 2-го, хоча може з'являтися і з кінця 1-го тижня інфекційної хвороби.	Початок — з 4-5-го дня хвороби, розвивається переважно при важкій і гіпертоксичній Д та при пізно розпочатій специфічній терапії. Може починатися й при більш легких формах Д, у так званих "нелікованих" хворих
Скарги хворого — часто відсутні; слабкість, нездужання, неприємні відчуття в ділянці серця. Об'єктивно — загальний стан хворого при розвитку ДМІ не погіршується	Скарги хворого — слабкість, нездужання, неприємні відчуття в ділянці серця чи за грудиною, задишка, перебої в роботі серця, зниження апетиту. Об'єктивно — бліді шкіряні покриви, зниження АТ, виникає тенденція до колапсів.	Скарги хворого — болі в ділянці серця (давлячі, колючі чи стискаючі) й у животі; повторні блювоти, відмова від їжі, кашель у горизонтальному положенні. Об'єктивно — зростаюча блідість шкіряних покривів, акроціаноз/ціаноз, адинамія, іноді — з'являється неспокій, холодний піт, положення часто вимушене, ортопноє, шийні вени набрякає чи спалі, пастозність або набряк гомілок.
Межі відносної серцевої тупості — частіше розширені ліворуч на 1-1,5 см	Межі відносної серцевої тупості — розширені на 1,5-2,0 см, більше ліворуч	Межі відносної серцевої тупості — швидко розширюються межі серцевої тупості як праворуч, так і ліворуч.
Аускультативні дані — приглушеність серцевих тонів, систолічний шум на верхівці, розщеплення 2-го тону на легеневої артерії	Аускультативні дані — приглушеність серцевих тонів, тахікардія, систолічний шум на верхівці, роздвоєння 2-го тону, ритм галопу	Аускультативні дані — глухість серцевих тонів, з'являється ритм галопу, ембріокардія, іноді шум тертя перикарда
Пульс — лабільний, тенденція до тахікардії	Пульс — лабільний, перші дні — тенденція до тахікардії, а з кінця 3-го тижня і в більш пізній період — до брадикардії.	Пульс — нитковидний, тахі- чи брадикардія, часто аритмічний; з кінця 2-го тижня і в більш пізній період — брадикардія.
ЕКГ — синусова аритмія, поодинокі екстрасистоли, зниження вольтажу зубців, — з Р та Т, можливо R, зміщення інтервалу S-T до 1,5-2 мм, збільшення систолічного показника, подовження інтервалу Q-T, розширення комплексу QRS.	ЕКГ — синусова аритмія, поодинокі екстрасистоли, зниження вольтажу зубців — з Р і Т, зміщення інтервалу S-T до 1,5-2 мм, порушення провідності — АВ блокада I-го ступеня, блокада лівої ніжки пучка Гіса, подовження інтервалу Q-T, розширення комплексу QRS, поява типового для ДМ симптому "провисання" сегмента S T (sagging).	ЕКГ — різке зниження вольтажу зубців, синусова аритмія, екстрасистоли, зниження вольтажу зубців — з Р, Т і R, зміщення інтервалу S-T-2-3 мм, подовження інтервалу Q-T, розширення комплексу QRS, миготлива аритмія передсердь і навіть шлуночків. Порушення провідності — від АВ блокади I-го ступеня до повної блокади ніжки пучка Гіса — від 2-х (для всіх порушень провідності характерні дуже швидкі переходи від одного ступеня до іншого). Наявність феномена "R на T".
Ехо-КГ — значного зниження скоротливої функції міокарда не відбувається.	Ехо-КГ — стінка ЛШ потовщена через набряк, відзначається бівентрикулярний тип систолічної та діастолічної дисфункції серця; зони дискінезії при вогнищевому процесі	Ехо-КГ — збільшення порожнин серця за рахунок дилатації порожнин шлуночків, більш виражену — в ЛШ; зниження фракції викиду (ФВ), гіпокінезія МШП и стінок ЛШ
Ознак СН — немає	Ознаки СН — помірна гепатомегалія, часто відсутні ознаки застійної СН	Ознаки СН — при СН ІІА-ІІІ внаслідок сповільнення кровотоку в порожнинах серця можуть утворюватися тромби з розвитком тромбоемболії
Лабораторні показники — підвищення рівня КФК, АсАТ, АлАТ, ЛДГ — немає	Лабораторні показники — КФК, АсАТ, АлАТ, ЛДГ — підвищуються помірно — у 1,5-2 рази	Лабораторні показники — значно підвищується рівень КФК, АсАТ, АлАТ, ЛДГ — у 2-3 і більше разів
Тривалість — 3-6 міс. Не спостерігаються залишкові явища	Тривалість — 6-12 міс., іноді більш тривалий час. Може настати повне одужання без залишкових явищ.	Тривалість — частіше 12-24 міс., іноді відмічається тенденція до прогресування перебігу ДМІІІ
Смерть — не спостерігається	Смерть — складає до 5-10 % переважно у хворих з додатковими ускладненнями з боку інших органів і систем	Смерть — до 40-50 %, частіше в період з кінця 2-го на початку 3-го тижня хвороби

Таблиця 2

Показник чутливості діагностичних критеріїв Нью-Йоркської асоціації кардіологів, 1964, 1973 рр. для дифтерійного міокардиту залежно від ступеня тяжкості

КРИТЕРІЇ	ДМ легкого ступеня	ДМ середнього ступеня	ДМ важкого ступеня
Основні критерії			
1. Патологічні зміни на ЕКГ: порушення ритму і провідності і/або патологічні зміни сегмента ST та зубців T і/або R у двох і більше відведеннях	81,2	96,7	98,8
2. Підвищений рівень сироваткових ензимів: КФК і/або АсАТ, і/або ЛДГ		88,3	96,7
3. Гострий розвиток клінічних ознак серцевої недостатності	14,5	82,6	100
4. Збільшення розмірів серця за даними Ro - ОГК, Ехо-КГ, ЕКГ-динаміки	7,4	52,6	73,8
Додаткові критерії			
1. Тахікардія	10,8	21,7	43,6
2. Ритм галопу	6,7	23,8	38,4
3. Ослаблення першого тону над верхівкою серця	62,6	70,3	87,6

Таблиця 3

Частота диспансерного спостереження за пацієнтами з ДМ залежно від ступеня тяжкості ускладнення

Ступінь тяжкості ДМ	Перший рік спостереження	Другий рік спостереження	Третій рік спостереження
ДМ легкого ступеня	Через 3 - 6 - 12 місяців	1 раз у півроку	
ДМ середнього ступеня	Через 3 - 6 - 9 - 12 місяців	1 раз у півроку	1 раз на рік *
ДМ важкого ступеня	Щомісяця в перші півроку. Далі — 1 раз у квартал	1 раз у квартал	1 раз у півроку **

Примітка: * — ** — терміни спостереження можуть бути пролонговані за наявності у пацієнта СН I і ФК I NYHA і більше.

вах диспансерного спостереження з широким використанням сучасних інструментальних методів дослідження дозволить встановити динамічний контроль за функціональним станом серця. Об'єктивізація отриманих даних дає можливість своєчасно виявити порушення ритму і провідності, початкову стадію

СН. За відсутності цих проявів є можливість виключити неврогенний характер скарг у пацієнта та усунути можливі кардіофобії. Під контролем використання інструментальних методів обстеження є можливість персоніфікувати та оптимізувати фізичну активність пацієнта.

УДК: 616.022:578.825

UDC: 616.022:578.825

А.К. Дуга, А.М.Печенка

A.K. Duda., A.M. Pechinka

**ОБОСНОВАНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ
ОТНОСИТЕЛЬНО ВЕДЕНИЯ
И ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ДИФТЕРИЙНЫМИ
МИОКАРДИТАМИ**

**RATIONALE FOR THE RECOMMENDATIONS
ON THE CONDUCT
AND CLINICAL OBSERVATION
PATIENTS WITH DIPHTHERIA
MYOCARDITIS**

В статті приведені і обґрунтовані підходи к веденню и диспансерному наблюдению больных дифтерийными миокардитами. Показана необходимость соблюдения длительного ограничения физической активности, отмечены особенности медикаментозной поддержки в период ранней и поздней реконвалесценции.

The article shows and justified approaches to the maintenance and observation of patients with diphtheria myocarditis. Shown the need to adhere to a long restriction of physical activity, especially drug support during the early and late recovery.