

СЛУЖБА
ИСТОРИЈИ

4
2001

ВОЗИАНОВА Ж.И., ГОЛУБОВСКАЯ О.А., ВОВК Л.М.

*Национальный медицинский университет им. акад. А.А. Богомольца
кафедра инфекционных болезней,
зав. кафедрой член - корр. АМН, профессор Возианова Ж.И.*

УДК: 616:931.-036.22

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДИФТЕРИИ В УСЛОВИЯХ НЕЗАВЕРШЕННОЙ ЭПИДЕМИИ

ключевые слова:

эпидемия, дифтерия, диагностика

Разразившаяся в конце 80-х годов прошлого столетия эпидемия дифтерии показала низкую подготовленность практической медицины к борьбе с этой, казалось бы, достаточно изученной инфекцией. Это связано, прежде всего, с рядом особенностей современной эпидемии дифтерии, а именно: преимущественным поражением взрослых, психологической неподготовленностью врачей к встрече с этой «детской» инфекцией у взрослых, несвоевременной постановкой диагноза, следствием чего являлась поздняя госпитализация больных и, естественно, ухудшало прогноз заболевания. Кроме того, врачи нередко не решаются ставить диагноз дифтерии вакцинированным больным, уверовав в абсолютную надежность предшествующей вакцинации [2, 3].

Динамику заболеваемости дифтерией с конца 80-х годов прошлого столетия отображает следующий рисунок.

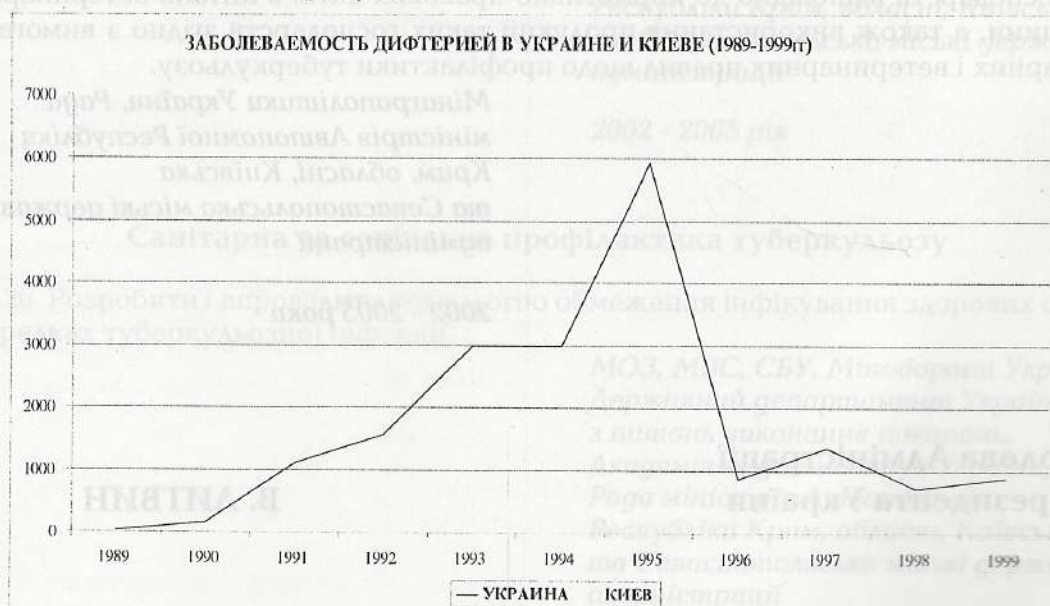


Рисунок 1

С 1991 года в клинику инфекционных болезней НМУ поступило 3391 больных дифтерией, из них 78 (2,3%) больных умерли. Пик заболеваемости как в Киеве, так и в Украине наблюдался в 1995 году, с 1996 года — резкий спад, однако дифтерия не позволяет пока забывать о себе.

Так, за 8 месяцев текущего года только в клинику инфекционных болезней НМУ поступили 46 больных дифтерией. Примечательно, что больные поступали в поздние сроки болезни, несмотря на то, что большинство из них обращались за медицинской помощью в первые дни болезни. Сроки первичного обращения больных дифтерией и сроки их госпитализации представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сроки первичного обращения больных дифтерией за медицинской помощью и сроки их госпитализации в стационар

День болезни	Количество больных (n=46)			
	первичное обращение		госпитализация	
	Абс.	%	Абс.	%
1	7	15,2	2	4,3
2	18	39,1	4	8,7
3	13	28,3	13	28,3
4	4	8,7	12	26,1
5	3	6,5	6	13,0
свыше 5-ти	1	0,2	9	19,6

Как видно из таблицы, сохраняется тенденция к поздней госпитализации больных, хотя неблагоприятная ситуация, умеренная боль в горле в сочетании с такими общетоксическими проявлениями, как общая слабость, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение должны были насторожить врача в отношении дифтерии с первых дней болезни. К сожалению, судить о характере местных изменений в ротоглотке в острый период болезни у большинства больных не представлялось возможным, прежде всего, в связи с поздним поступлением — 27 (58,1%) из них поступали на 4-й день болезни и позже. Кроме того, многие из поступивших больных — 39 (84,6%) человек получали амбулаторно антибактериальную терапию. Тем не менее, даже в этих условиях у 31 больного при поступлении выявлены характерные изменения в ротоглотке: распространенные фибриновые налеты — у 9 (29,0%), локализованные островчатые налеты — у 20 (64,5%) и у 2-х (6,5%) больных с удаленными миндалинами налеты были обнаружены при осмотре ЛОР - врачом в области надгортанника.

Нерешительность врачей в постановке диагноза «дифтерия», требующего проведения незамедлительных лечебных и соответствующих противоэпидемических мероприятий, отражают и диагнозы, по поводу которых больные лечились на догоспитальном этапе и с которыми они направлялись в стационар (в основном это были ЛОР-отделения): лакунарная ангина — 20 (43,5%) больных, фолликулярная ангина — 7 (15,2%), ОРЗ — 6 (13,0%), паратонзиллярный абсцесс — 3 (6,6%), острый назофарингит — 4 (8,8%), острый гайморит — 2 (4,3%). Только 2 (4,3%) больных направлялись на стационарное лечение в первые дни болезни с направительным диагнозом «дифтерия», который был подтвержден при поступлении клинически и в последующем выделением токсигенного штамма возбудителя. 2 (4,3%) больных даже после получения положительного бактериологического исследования на ВЛ первично направлялись в ЛОР-отделение (!) с диагнозом «ангина, носительство нетоксигенного штамма коринебактерии дифтерии», что абсолютно недопустимо и свидетельствует о сохраняющейся тенденции искусственно снизить уровень заболеваемости дифтерией, поверхностном отношении к этой проблеме практических врачей.

У 29 (63,1%) больных диагноз подтвержден обнаружением токсигенного штамма *S. diphtheria*, у 15 (32,6%) — нетоксигенного и у 2 (4,3%) не удалось получить бактериологического подтверждения болезни и диагноз поставлен на основании типичной клинической картины. Особенно с большим трудом преодолевается традиционное, сложившееся за многие годы пренебрежительное отношение к нетоксигенным штаммам возбудителя. Здесь проявляется «возможность» для принятия половинчатых решений:

если нетоксигенные штаммы не опасны, то зачем направлять больных в стационар? Об опасности нетоксигенных штаммов дифтерии и необходимости отношения к ним такого же, как и к токсигенным, со всеми вытекающими отсюда лечебными и профилактическими мероприятиями предлагает не забывать ВОЗ, что мы учитывали, предлагая методические рекомендации по тактике ведения больных дифтерией [4].

У 15 (32,6%) поступивших больных выявлены в ходе болезни поражения миокарда различной степени выраженности — от незначительных биохимических сдвигов в виде повышения АСТ, КФК, ЛДГ при скудности клинической и электрокардиографической симптоматики до типичного миокардита, требующего дополнительного специального лечения. Кстати, у 3 (25%) из 12 поступивших больных, у которых был выделен нетоксигенный штамм возбудителя, зарегистрированы поражения сердечной мышцы. Не следует забывать, что при дифтерии возможно развитие и поздних осложнений как со стороны сердца, так и со стороны нервной системы [1, 4].

Нейтрализация основного фактора патогенности возбудителя дифтерии — экзотоксина специфической противодифтерийной сывороткой (ПДС) является основным методом лечения заболевания и предупреждения развития специфических осложнений дифтерии [1, 4]. Однако ее введение эффективно лишь в первые дни от начала заболевания, когда циркулирующий в крови токсин еще не связался с тканями - мишенями (миокард, нервная система, почки). При позднем поступлении больных в стационар (свыше 48 часов от начала болезни) эффект от введения ПДС резко снижается, а антибактериальная терапия, массово назначаемая амбулаторно, не является альтернативой для введения сыворотки. Так, всем 31 больным, у которых наблюдались изменения в ротоглотке на момент поступления, была введена ПДС.

Таким образом, к сожалению, эпидемия продолжается, не позволяя врачам расслабляться. О том, что дифтерия есть, должен помнить каждый врач, увидев изменения в ротоглотке. Не следует забывать и о том, что местные изменения не всегда коррелируют с выраженностью общеинтоксикационного синдрома и характером местных изменений. Поэтому малейшее подозрение на дифтерию является основанием для госпитализации и соответствующего лечения.

Целесообразны скоординированные действия врачей-инфекционистов, ЛОР-врачей, кардиологов, невропатологов как на госпитальном, так и на постгоспитальном этапах для обеспечения динамического наблюдения за больными, перенесшими не только тяжелые формы дифтерии, но и «легкие, амбулаторные» для предотвращения дальнейшего распространения этого тяжелого заболевания и профилактики серьезных постдифтерийных осложнений с развитием инвалидизации больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возианова Ж.И. Дифтерия (клиническая лекция) // Киев, 1995.
2. Дуда О.К. — Клініко-функціональні зміни з боку серця у хворих на дифтерію з різними варіантами перебігу захворювання // Сучасні інфекції.—2000.— №4.— С. 17-21.
3. Рахманова А.Г., Пригожина В.К., Носикова Е.В. и др. Смертельные исходы дифтерии у взрослых, привитых против дифтерии // Клиническая медицина. — 1996. — №9. — С. 67-69.
4. Тактика ведения больных дифтерией, ангинами, носителей коринебактерий дифтерии в условиях эпидемического роста заболеваемости дифтерией. Возианова Ж.И., Ковалева Н.М., Печенка А.М., Дуда А.К., Шестакова И.В: Метод, рекомендации. — Киев, 1993.— С. 19-22.

УДК: 616:931.-036.22

Возіанова Ж.І., Голубовська О.А., Вовк Л.М.

Клінічна діагностика дифтерії в умовах незавершеної епідемії

У статті наведені особливості клінічної діагностики дифтерії в умовах епідемії, що триває. Не зважаючи на тривалість епідемії, більшість діагнозів дифтерії встановлюються тільки після отримання результатів бактеріологічного обстеження. Проблемою є узгоджені дії різних спеціалістів при диспансеризації реконвалесцентів після дифтерії.

UDK: 616:931.-036.22

Vozianova Zh.I., Holubovskaya O.A., Vovk L.M.

Clinical diagnostics diphtheria in conditions of uncompleted epidemic

In clause the features of clinical diagnostics diphtheria in conditions of proceeding epidemic are given. Despite of duration of epidemic, majority of the diagnoses diphtheria are established only after reception of results of bacteriological inspection. A problem is the coordinated actions of the various experts at dyspanserisation of convalescent after diphtheria.