МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я м. КИЄВА
ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ

ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

ЦМКЛ
120

Київ 1995

Питання діагностики та лікування: Збірник наукових статей / Ред. кол.: В.Г.Бідний (відп. ред.) та ін. — К., 1995. — 180 с.

У збірці вміщені статті професорсько-викладацького складу Українського Державного медичного університету, організаторів охорони здоров'я, лікарів стаціонару, поліклініки та параклінічних відділень Центральної міської клінічної лікарні.

У поданих матеріалах висвітлено профілактику, діагностику та лікування різних хвороб, організаційно-методичні питання, наведені нові діагностичні та лікувальні методи.

Редакційна колегія: В.Г.Бідний, головний лікар ЦМКЛ (відп. редактор), К.С.Паламарчук, заст. головного лікаря (відп. секретар), члени редакційної колегії: О.Ф.Возіанов, акад., Ж.І.Возіанова, К.М.Амосова, Ю.В.Мітін, В.Г.Коляденко, Г.Д.Жабосдов, С.М.Віннічук, С.П.Пасечніков, професори, О.Т.Волик, Л.М.Дубінська, М.О.Мільков, П.П.Лоншаков, заступники головного лікаря

ISBN 5-8238-0411-3

© Міністерство охорони здоровя України, 1995

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕТАЛЬНОСТІ ДИФТЕРІЇ У ДОРОСЛИХ

Ж.І.Возіанова, І.В.Шестакова,
О.С.Мороз, Л.А.Гарницька
ЦМКЛ, УДМУ

В 1991—1994 рр. в інфекційному відділенні лікарні перебували 1565 хворих на дифтерію віком 14—82 років, в тому числі 639 (40,8%) чоловіків та 926 (59,2%) жінок. Діагноз дифтерії підтверджений виділенням токсигенного штаму коринебактерій у 891 (56,9%) хворих, у решти хворих встановлений на підставі наявності характерних для дифтерії клінічних ознак хвороби у 257 (16,4%) з них при бактеріологічному обстеженні виділений нетоксигенний штам збудника. Померлі 28 хворих, серед них 10 (35,7%) чоловіків та 18 (64,3%) жінок (летальність — 1,8%). За віком померлі хворі розподілені так: 20—29 років — 1 (3,6%), 30—39 — 9 (32,1%), 40—49 — 14 (50 0%), 50—59 — 1 (3,6%), 60 років і старші — 3 (10,7%).

На 2—3-й день, тобто в ранні строки захворювання, госпіталізовано 17 (60,7%) хворих, що пояснювалось тяжкістю їх стану. Порівняно з цим переважна більшість хворих на дифтерію госпіталізувалась на 4—5-й день хвороби. В середньому померлі хворі госпіталізувались на (3,7±0,15) день хвороби. Пізні строки госпіталізації спричинені помилками діагностики дифтерії на догоспітальному етапі в більшості випадків, незважаючи на наявність типової для дифтерії клінічної картини захворювання, що свідчить про недостатню інформованість та кваліфікацію лікарів первинного звена.

У 4 (14,8%) хворих захворювання було обумовлено C.d.mitis, у 23 (82,2%) — C.d.gravis (всі штами — токсигенні), слід додати, що сучасний спалах зумовлений, головним чином, штамом gravis. В 1 (3,6%) випадку діагноз встановлений лише на підставі клінічних даних.

Не були щеплені проти дифтерії під час епідемії 27 (96,4%) хворих, 1 (3,6%) хвора отримала одноразове щеплення за 2 тижні до захворювання. У всіх померлих вихідний рівень антитоксичного імунітету коливався від 0 до 1:20.

Супровідна патологія виявлена у 26 (92.9%) хворих, найчастіше — хронічний алкоголізм — у 11 (42,3%), ішемічна хвороба серця та гіпертонічна хвороба — у 9 (34,6%), хронічний гепатит — у 8 (30,8%) хворих.

У всіх хворих перебіг дифтерії був тяжким, з наявністю поширених нальотів на слизовій оболонці ротоглотки — у 9 (32,1%),

комбінованим ураженням ротоглотки, носа і горла — у 4 (14,3%), ротоглотки і носа — у 3 (10,7%), ротоглотки і горла — у 11 (39,3%), горла, трахеї та бронхів — у 1 (3,6%) випадку. У 26 (92,9%) хворих був наявним набряк шиї, у 9 (32,1%) — крововиливи у шкіру та слизову ротоглотки. Звертає на себе увагу значна площа ураженої слизової оболонки, щільність нальотів та їх товщина. В 1 випадку наліти поширювалися навіть на слизову оболонку щік та губ. Рано, на 2—3-й добі з'являлись симптоми міокардиту. Прояви загальнотоксичного синдрому були значні. Місцеві запальні зміни та набряк шиї зменшувались повільно.

Основною причиною смерті був інфекційно-токсичний шок (ІТШ) — у 9 (32,2%) хворих, 8 (28,6%) хворих померли від міокардиту, 4 (14,3%) — від поліневриту, 3 (10,7%) — від асфіксії, 2 (7,1%) — від гострої ниркової недостатності (ГНН), 2 (7,1%) хворих — від супутньої пневмонії. На 1-у тижні хвороби смерть головним чином наставала від ІТШ та асфіксії, на 2—3-му — від міокардиту, пневмонії та ГНН, в більш пізні строки — від поліневриту.

При патологоанатомічному дослідженні хворих, які померли від міокардиту, в деяких випадках знаходили як мікроскопічно, так і макроскопічно значні зміни у міокарді у вигляді некрозу. У хворих із ГНН у нирках спостерігалися дистрофічні зміни в епітелії канальців та клубочків, інколи — некроз.

Всі хворі отримали адекватну терапію із застосуванням протидифтерійної сироватки (ПДС), антибактерійних препаратів, глюкокортикостероїдів, дезінтоксикаційних речовин. Аналіз свідчить, що навіть високі дози ПДС не змогли запобігти летальному кінцю. Це свідчить про недоцільність застосування надзвичайних доз ПДС (перевищуючих 300 000 МО).

З лікарень Київської області у відділення були переведені 8 хворих. Транспортировка їх у тяжкому стані, безсумнівно, погіршила стан і сприяла смерті, тому вважаємо за недоцільне переведення хворих із тяжким перебігом дифтерії до інших стаціонарів.

Отже, трагічному завершенню захворювання при дифтерії сприяють наявність супутньої патології, особливо хронічного алкоголізму, відсутність щеплень, пізня госпіталізація, транспортировка хворих у тяжкому стані на великі відстані. Потребують додаткового обгрунтування великі дози ПДС у зв'язку з тим, що не виключається можливість ураження ниркових кальців утвореними імунними комплексами.