

Понятия дифтерии.

Дифтерия – это острое инфекционное заболевание, вызываемое токсигенными штаммами коринебактерий дифтерии, которые называют бациллы Лефлера (VL). Возбудитель обладает значительной устойчивостью во внешней среде и незначительной летучестью.



ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель – токсигенная дифтерийная палочка продуцирующая экзотоксин. По характеру роста и некоторым биохимическим свойствам различают 3 типа дифтерийной палочки. (?) Не токсигенные типы каринобактерий заболевания дифтерией не вызывают.

Эпидемиология

Источником и резервуаром инфекции является только человек – больной или здоровый носитель токсигенной дифтерийной палочкой.

Передача инфекции – воздушно-капельный, контактным, пищевым (молочные продукты)

Входными воротами является слизистые оболочки ротоглотки, носа, верхних дыхательных путей, реже – половых органов, кожных покровов, глаз.



Патогенез

На месте входных ворот дифтерийная палочка размножается и выделяет экзотоксин. Она оказывает местное и общетоксическое действие. Следствиями местного воздействия токсина является коагуляционный некроз эпителия, паралитическое расширение сосудов с повышенным проницаемостью их стенок и пропотеванием экссудата, который под влиянием тромбокиназы превращается в фибрин, образуя фибринозную пленку.

Клиническая картина (СИМПТОМЫ)

Инкубационный период – 2-10 дней.

Различают дифтерию ротоглотки, носа, дыхательных путей, глаза, уха, половых органов, кожи. Возможны комбинированные формы дифтерии.

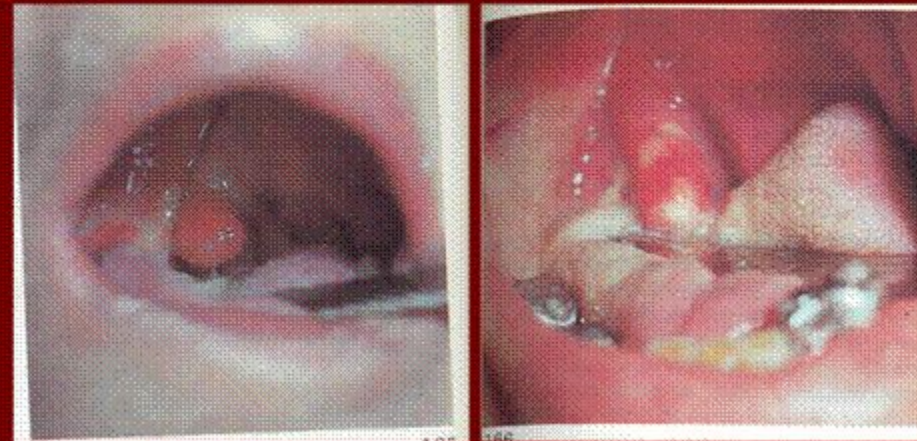
Дифтерия глаз, кожи, наружных половых органов, пупка наблюдается в современных условиях редко.

Дифтерия ротоглотки

Встречается у 60-65% не привитых детей.

Различают следующие формы дифтерии: локализованная (легкая), распространённая (средней тяжести), тяжелые — субтоксическая, токсическая, гипертоксическая.

Токсическая дифтерия



Локализованная форма дифтерии

Локализованная форма дифтерии ротоглотки характеризуется появлением фиброзных налетов не только на миндалинах, но и на небных дужках, язычке, стенках глотки. В этой форме более сильнее выражены симптомы интоксикации и реакция регионарных лимфоузлов.

Субтоксическая форма

При этой форме нарастают явления интоксикации, отек достигает поднижнечелюстных лимфоузлов.



Токсическая форма

Характеризуется отеком подкожной основы. Имеются отек миндалин, язычка, края мягкого неба и обширные налеты, которые сплошь покрывают миндалины и язычок, нередко распространяется на мягкое небо. Эта форма характеризуется выраженным отеком подкожной клетчатки. В зависимости от выраженности и распространённости отека различают 3 степени.

1 степень – отек шейной клетчатки достигает середины шеи.

2 степень – отек распространяется до ключиц.

3 степень – отек ниже ключиц распространяется по поверхности груди.



Гипертоксическая форма

Характеризуется внезапным бурным началом, повышением температуры до 40 С и выше, многократная рвота, расстройства сознания, судороги.

Летальный исход наступает в результате развития ИТШ (инфекционно-токсический шок)

Дифтерия гортани

Возникает у детей раннего возраста в комбинации с дифтерией ротоглотки, но может быть первичным поражением. Для него характерно – «лающий» кашель, осиплость голоса, и инспираторная одышка. Выделяют 3 стадии: катаральная, стенотическая, асфиксическая.

Катаральная стадия

Катаральная стадия – температура тела до 38 С, появляется кашель, осиплость голоса небольшая, которая после нарастает. Стадия длится 1-3 суток.



Стенотическая стадия

Стенотическая стадия – голос становится афоничным, кашель беззвучный, появляется симптом затрудненного дыхания (участвует вспомогательная дыхательная мускулатура) длительность от нескольких часов до 2-3 суток. В конце этой стадии наступает предасфиксическая фаза (приступы беспокойства, цианоз, усиленное потоотделение, глубокое втяжение «уступчивых» мест грудной клетки, тахикардия.)



Асфиксическая стадия

В результате кислородного голодания ребенок становится сонливым и адинамичным, адинамия мышц, акроцианоз, похолодание конечностей, нитевидный пульс, глухость сердечны тонов. Длительность этой стадии несколько минут.

Осложнения

- ИТШ (инф-токс. шок) – адинамия, бледность (землистый оттенок), акроцианоз, заторможенность, одышка, тахикардия, снижение АД, олигурия.
- Миокардит – приглушенность тонов сердца, расширение его границ, систолический шум, экстрасистолия. Характерна триада симптомов: рвота, боли в животе, стойкий ритм галопа (триада Молчанова), падение АД, нарушение периферической гемодинамики.

➤ Токсическая почка – выявляется рано по анализу мочи: альбуминурия, гиалиновые и зернистые цилиндры, умеренное кол-во эритроцитов и лейкоцитов. Плотность мочи высокая. Явление нефрита исчезают самостоятельно на протяжении 2-3 недели.

➤ Полирадикулоневрит – наблюдается при токсической дифтерии 3 степени. Это осложнение результат токсического поражения периферических нервов и корешков. Характеризуется – вялый парез с атрофией мышц, ослабление сухожильных рефлексов, расстройство чувствительности и корешковым болям. Развитие пареза мышц глотки, гортани, шеи, спины, грудной клетки и диафрагмы с нарушением функции глотания и дыхания. Легкие парезы с 4-5 нед, тяжелые полирадикулоневриты с 3 нед, длительность их до 4-6 мес.

Диагностика

Диагноз дифтерии ставится на основании характерной клинической картины, данных о наличии контактов с больными или носителями дифтерийной палочки и лабораторных исследований: бактериологических, токсикологических и серологических. Специфические антитела в сыворотке крови можно выявить с помощью РПГА, ИФА.

Лечение

Основным методом терапии является введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (ПДС). Сывороточная терапия оказывается эффективной лишь в тех случаях, когда она вводится в первые часы болезни, то есть до того, как значительная часть токсина будет связана клетками тканей внутренних органов. К сожалению, между заражением и началом лечения проходит значительный срок, поэтому введение ПДС при токсических формах дифтерии даже в первые дни болезни не исключает возможности развития осложнений.

При тяжелых формах дифтерии целесообразно двух—трехкратное проведение плазмафереза.

Одновременно с введением ПДС назначаются антибактериальные препараты (курс пять — семь дней). Кроме того, с целью дезинтоксикации и коррекции гемодинамических нарушений назначают альбумин, плазму, реополиглюкин, глюкозо-калиевую смесь с инсулином, полийонные растворы, кортикостероиды. В случае нарастания дыхательной недостаточности требуется трахеостомия.



Профилактика

В основе профилактики дифтерии лежит активная иммунизация. Детей в возрасте 3 мес. вакцинируют адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакциной (АКДС) по 0,5 мл три раза внутримышечно с интервалом в 1,5 мес. В дальнейшем осуществляется ревакцинация: через 1,5 — 2 года, в 6 и 11 лет. Ее проводят адсорбированным дифтерийно-столбнячным анатоксином в дозе 0,5 мл п/к, однократно. Вакцинация взрослых проводится по эпидемиологическим показаниям АДС-М.