

Профилактика дифтерии

Эпидемиология. Инфекция передается воздушно-капельным путем; источники инфекции - больные и бактерионосители. В отдельных случаях болезнь передается через различные предметы, игрушки и даже при посредстве третьих лиц. Заболеваемость повышается в холодное и сырое время года. Болезнь может поражать людей любого возраста, но чаще болеют дети. Часть людей, перенесших дифтерию, становятся бактерионосителями.

Патогенез. Возбудитель вызывает в области входных ворот инфекции (например, - в зеве) фибринозное воспаление с образованием пленок. Экзотоксин возбудителя, циркулирующий в крови, поражает сердечно-сосудистую и нервную системы

Симптомы. Инкубационный период в среднем 3—5 дней. Различают дифтерию зева (наиболее распространенная форма), дифтерию гортани (круп), дифтерию носа и дифтерию глаз. При дифтерии зева в зависимости от локализации налетов (фибринозных пленок) различают локализованную и распространенную форму болезни.

Локализованная форма начинается остро — с повышения температуры до фебрильных цифр, недомогания и незначительной болезненности при глотании. Через 24—36 ч можно отметить гиперемия зева, беловато-серые налеты; эти фибринозные пленки довольно плотны, их нелегко снять ватным тампоном или шпателем; после снятия налета обнажается слегка кровоточащая поверхность. Соответственно стороне поражения миндалин увеличиваются в размерах подчелюстные, а иногда и переднешейные лимфатические узлы.

Наряду с типичным течением локализованной формы дифтерии с образованием фибринозных пленок болезнь может протекать лишь с катаральными проявлениями (гиперемия и отечность миндалин, умеренные боли при глотании, незначительное увеличение регионарных лимфатических узлов). Интоксикация при этом выражена незначительно, температура обычно субфебрильная. Другой атипичной формой дифтерии зева является островчатая. При этой форме дифтерии фибринозные пленки имеют вид единичных или множественных островков, интоксикация обычно незначительная, умеренно увеличены регионарные лимфатические узлы. Распространенная форма дифтерии зева протекает с выраженной общей интоксикацией, повышением температуры до 39 °С. Отмечаются отечность области зева и гиперемия миндалин, на которых, так же как на небных дужках, мягком небе, слизистой оболочке носоглотки, располагаются грязно- белого цвета плотные налеты, с трудом отделяемые тампоном.

Тяжелым течением отличается т о к с и ч е с к а я форма дифтерии зева. Осматривая больного, можно отметить сладковатый запах изо рта, значительный отек шейной клетчатки, тахикардию. При несвоевременном или недостаточном энергичном лечении у больных дифтерией зева с 12--15-го дня болезни, а иногда и несколько раньше развивается миокардит, проявляющийся тахикардией, в части случаев аритмией, ритмом галопа, расширением границ сердца, приглушением его тонов, систолическим шумом на верхушке. Позднее, с 22—28-го дня болезни, а отдельных случаях развивается полиневрит с парезом мышц глотки и гортани.

У детей грудного возраста может иногда наблюдаться дифтерия носа, протекающая в пленчатой форме (затрудненность носового дыхания, серозные, позднее — сукровичные и гнойные выделения из носа) или катаральной форме (разрыхленность слизистой оболочки, пленчатые налеты на слизистой носовых раковин и перегородка, иногда сукровичные корочки — эрозии).

Самостоятельно или в сочетании с дифтерией зева в отдельных случаях, главным образом у маленьких детей, может развиваться дифтерия гортани (истинный дифтерийный круп). При этом пленчатые фибринозные наложения распространяются на слизистую оболочку гортани, вызывая сухой, лающий кашель, осиплость голоса, последующее ослабление его до шепотной речи. Дальнейшее прогрессирование крупа может привести к стенозу гортани, острой асфиксии, кислородной недостаточности, угрожая жизни больного.

Д и а г н о з - Предварительный диагноз типичных форм дифтерии должен ставиться клинически, так как своевременно должен решаться вопрос о необходимости введения антитоксической противодифтерийной сыворотки.

Л е ч е н и е- Больных дифтерией госпитализируют при любой клинической форме.

Профилактика. При обнаружении хотя бы одного из названных симптомов дифтерии необходимо срочно обратиться в медпункт.

После госпитализации больного в очаге производят дезинфекцию; за лицами, находившимися в контакте с больными, ведут медицинское наблюдение, у них исследуют слизь из зева и носа. В детских учреждениях, отделениях или группах, где выявлен больной дифтерией, устанавливают карантин на 7 дней. Необходимо выявить бактерионосителей палочек Леффлера, проводя бактериологические исследования как среди взрослых, обслуживающих детские коллективы, так и среди детей не допуская их в детские учреждения. Определяющее значение в профилактике дифтерии имеет активная иммунизация детей с использованием вакцин.