

рии.

Необходимо дифференцировать распространённые формы дифтерии с ожогом ротоглотки, стоматитом, кандидозом и т.п. Нередки нисходящие формы дифтерии гортани, вплоть до вовлечения в процесс бронхиол, что заставляет применять для диагностики и лечения такой небезразличный для больного метод, как бронхоскопию.

Снижение неспецифического иммунитета, наличие раневых поверхностей у этих больных (ожоги, травмы, отморожения), общий низкий уровень гигиены ведёт к появлению забытых форм дифтерии: ран, кожи, глаз, половых органов.

Выводы:

1. Должны госпитализироваться все больные ангинами.

2. Большое внимание необходимо уделять бак. исследованию, в т.ч. бакскопии.

3. Обязательным должно быть исследование противодифтерийного иммунитета в динамике, для дифференциации носительства.

4. Дифтерию должны знать врачи узких специальностей - хирурги, травматологи, комбустиологи, гинекологи, окулисты, стоматологи, не говоря о терапевтах и инфекционистах.

### ПОЧЕМУ ИММУНИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИМАЯ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ НЕ ДАЛА ОЖИДАЕМОГО ЭФФЕКТА

Красовицкий З.И., Альперн Е.Г., Шаловал В.В.

Кафедра инфекционных болезней с курсами  
эпидемиологии и детских инфекционных болезней

В последние годы увеличилась заболеваемость дифтерией, что связывают со снижением постпрививочного иммунитета.

Вакцинация проведённая для того, чтобы загнать дифтерию в "тупик", не дала ожидаемого эффекта.

Это можно объяснить тем, что для иммунизации использовались вакцины, содержащие никакое количество Lf в прививочной дозе (Lf - флоккуляционные единицы, в которых измеряется масса содержащегося в вакцине дифтерийного анатоксина).

Из числа заболевших дифтерией и поступивших в наш стационар (131 чел) за прошедший 1996 год 73 % были привиты. Многие из заболевших были привиты с нарушением утверждённой схемы. Не соблюдались интервалы между прививками, обычно удлинялись; одному и тому же пациенту прививки проводились разными вакцинами (пр-во США, Франция, Канада, Россия) с различным содержанием Lf в прививочной дозе. Однако и среди тех, которые были привиты в соответствии с утвержденными сроками, мы наблюдали тяжёлое течение болезни с осложнениями.

У 16 заболевших дифтерией и ранее привитых, титры РПГА были отрицательными или ниже 1:40.

В нашем стационаре из числа полноценнопривитых (55 человек) течение болезни было: лёгким - 33 чел-69%; ср.тяжести - 13 чел- 23,6%, тяжёлым - 4 чел- 7,3%.

У 4-х больных, женщины от 40 до 50 лет, которым проводилась 4-я ревакцинация против дифтерии, заболевание протекало крайне тяжело с тяжёлыми осложнениями. Одной из них ввиду резко положительной реакции на разведенную противодифтерийную сыворотку, последнюю вводили под прикрытием калипсола. Очевидно, что 4-ая ревакцинация против дифтерии оказала сенсбилизирующее действие на организм и явилась причиной тяжёлого течения заболевания.

Среди не привитых (35 чел) заболевание протекало: тяжёлая форма 7 чел - 20%; ср.тяжести 9 чел - 25,7%; лёгкое течение - 19 человек - 54,3 %.

Немалый процент из числа заболевших приходился на лиц из социально неблагоприятных слоёв населения: алкоголики, БОМЖи, наркоманы.

Одной из причин эпидемии дифтерии, надо пола-

гать, является именованное в 1986 году календаря прививок детей, в результате чего у некоторых детей интервал между прививками увеличился до 10 лет. С каждым годом нарастало количество незащищённых детей. Свою роль сыграла публикация в средствах массовой информации ряда статей, авторы которых выступили против иммунизации детского населения, писалось о вреде вакцинации. Выдавались медицинские справки о наличии чаще воображаемых противопоказаний к прививкам.

В среде невосприимчивых людей (привитых детей и взрослых, которые имели естественный иммунитет) циркуляция возбудителя дифтерии резко сократилась. Потеряв постоянный контакт с возбудителем, взрослые постепенно начали терять иммунитет, так как без "подкрепления" он не сохраняется больше 10 лет. Прослойка невосприимчивых среди взрослых, которых тогда не привили, начала постепенно уменьшаться.

Так, в нашем стационаре мы наблюдали, что тяжёлое течение заболевания с осложнениями чаще приходится на возраст от 40 до 50 лет.

Снижение иммунитета у взрослых и уменьшение вакцинации детей привели до общего неминуемого результата - сокращение количества невосприимчивых к дифтерии лиц на больших территориях. Заболеваемость стала нарастать и достигла эпидемического уровня.

### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДИФТЕРИИ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ

Красовицкий Э.И., Кулеш Л.П., Праведная П.С.,  
Демьяненко В.Н., Иванов В.В.

Кафедра инфекционных болезней с курсами  
эпидемиологии и детских инфекционных болезней

Нами проведён анализ течения дифтерии за период с января 1994 г по январь 1997 года у 310 больных,