

кало тяжело, с осложнениями (пневмония, экссудативный уреимический плеврит, отёк лёгких). Отмечена четкая цикличность. Дифференциальная диагностика проводилась с лептоспирозом, который исключен по результатам РАЛ. Для подтверждения диагноза направлена кровь (парные сыворотки) на исследование в Крымский противочумный институт.

Больной получал следующее лечение: режим строгий постельный, диета N 7, антибактериальная, дезинтоксикационная, гормонотерапия, диуретики, гепарин, энтеросорбенты, симптоматические препараты.

Из стационара был выписан 21.01.97 г. в удовлетворительном состоянии. В настоящее время находится под наблюдением врача инфекциониста и нефролога.

ГЛПС у больного установлена клинически на основании типичных признаков заболевания (острое начало, ликорадка, одутловатость, гиперемия лица, геморрагический синдром, нарушение зрения, явления ОПН с массивной протеинурией, гипоизостенурией).

Таким образом диагностика спорадических случаев ГЛПС хотя и представляет определённые трудности, особенно в условиях районных больниц, однако она возможна при учете эпидемиологических данных и характерных клинических признаков.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ "СОВРЕМЕННОЙ" ДИФТЕРИИ

Красовицкий З.И., Сницарь А.О., Минаков Б.В.

Кафедра инфекционных болезней с курсами эпидемиологии и детских инфекционных болезней

К особенностям "современной" дифтерии необходимо отнести три основных фактора:

- 1) чёткая тенденция к "повзрослению" дифтерии;
- 2) преобладание локализованных форм;
- 3) поражение социально неблагополучных слоёв населения (алкоголики, БОМЖи и т.п.).

Поражение дифтерийной инфекцией возрастного контингента преимущественно от 30 до 50 лет связано, прежде всего, с имевшим место в 70 - 80 гг периодом временного благополучия, когда уменьшался коллективный иммунитет. Имел место и срыв календаря прививок. Если в детском возрасте он более - менее соблюдался, то среди людей, достигших к настоящему времени 30 - 50-летнего возраста, активная иммунизация практически не проводилась. Накопленный "горючий материал" дал наблюдаемый сейчас в стране эпидемический подъём заболеваемости.

Преобладание локализованных форм (62 % по нашим данным) уменьшает значимость традиционных дифференциально-диагностических критериев (распространённость, характер налётов, параллелизм между общим состоянием и локальным статусом и т.п.). Необходимо отметить, что в случаях среднетяжёлого "невыраженного" течения дифтерии диагноз весьма затруднителен, и нередко ставится по факту бактериологического исследования.

Микот - формы дифтерии с банальной гноеродной флорой изменяют характер налёта (гнойный, снимающийся, без кровоточивости подлежащих тканей) нередко дают односторонний процесс с выраженной гиперемией, болезненностью и формированием паратонзиллита или паратонзиллярного абсцесса.

Сопутствующий алкоголизм отягощает течение дифтерийной инфекции. На раннем этапе это усиление общей интоксикации, развитие алкогольного делирия, который резко затрудняет курацию больных и способствует развитию ранних осложнений. На поздних стадиях осложнения, как правило, закономерны, причём, наряду с дифтерийными миокардитами часто причиной смерти являются полиневриты с нарушением функции дыхания (на 60-70 сутки болезни).

Диагностический процесс у этих больных затруднён в связи с алкогольным поражением слизистой рта, которая становится весьма уязвимой при дифте-

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.