

ФГБОУ ВО КрасГМУ им.проф В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России
Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии и ПО

Реферат на тему:

«Дифтерия»

*замечаний нет
доц. Т.Ю. К*

Выполнила: ординатор 1 года
обучения Старикова Е.О.

Проверил: доц. Кузьмина Т.Ю.

Красноярск 2017г.

Дифтерия - заболевание бактериальной природы, характеризующееся фибринозным воспалением в месте внедрения возбудителя и выраженными симптомами интоксикации, вызванными действием экзотоксина токсигенных штаммов дифтерийной палочки.

Классификация дифтерии.

I. По локализации процесса.

1. Дифтерия ротоглотки.

2. Дифтерия гортани.

3. Дифтерия редких локализаций:

а) носа; б) глаз; в) кожи; г) половых органов; д) пупочной ранки, е) слухового прохода.

4. Комбинированные формы дифтерии:

дифтерия ротоглотки и носа, дифтерия гортани и глаз и т. д.

II. По распространенности налетов

1. Дифтерия ротоглотки.

а) локализованная (легкая форма):

☐ катаральная;

☐ островчатая;

☐ пленчатая;

б) распространенная (среднетяжелая форма);

в) токсическая (тяжелая форма):

☐ субтоксическая;

☐ токсическая I ст.;

☐ токсическая II ст.;

☐ токсическая III ст.;

г) злокачественные формы:

☐ геморрагическая;

☐ гипертоксическая;

□ гангренозная.

2. Дифтерия гортани:

а) локализованная;

б) распространенная:

А - гортань + трахея;

Б - гортань + трахея + бронхи.

В основу классификации дифтерии положена распространенность налетов и их связь с анатомическими образованиями, появление и степень выраженности отека клетчатки в области шеи и тяжесть течения заболевания. Дифтерия передается воздушно-капельным и контактно-бытовым путем. Источником инфекции в условиях массовой иммунизации являются бактерионосители дифтерийной палочки и больные дифтерией различных локализаций. В патогенезе решающее значение принадлежит экзотоксину дифтерийной палочки, который всасывается в кровь из места размножения возбудителя (миндалины, слизистые оболочки носа, гортани, половых органов, глаз и т. д.) и вызывает поражение сердечно-сосудистой, нервной систем, а также надпочечников и почек. В месте внедрения дифтерийных палочек развивается дифтеритическое или крупозное воспаление и в тяжелых случаях наблюдается отек окружающих тканей, что может приводить к механической асфиксии.

Диагностические критерии

Опорные признаки:

□ появление плотных, серовато-белого цвета пленок, плотно спаянных с подлежащей тканью в месте размножения дифтерийных палочек. Если налет в пределах миндалин, это локализованная дифтерия ротоглотки (островчатая - в виде островков и пленчатая, когда покрыта налетом вся миндалина), если выходит за пределы миндалин - распространенная;

□ наличие отека подкожной сетчатки в области шеи при токсических формах (при субтоксической форме в подчелюстной области, токсической I ст. - до середины шеи, II ст. - до ключицы, III ст. - ниже ключицы);

□ увеличение регионарных лимфатических узлов (при пальпации - малоболезненны);

- нарушение дыхания при поражении слизистой оболочки гортани с осиплостью голоса, вплоть до афонии, и грубым лающим кашлем;
- повышение температуры тела до 38-39°C, не соответствующее тяжести клинических проявлений дифтерии и чаще всего кратковременное (2-3 дня).

Факультативные признаки:

- симптомы интоксикации: бледность, вялость, повышенная утомляемость при небольшой физической нагрузке;
- гиперемия зева с цианотичным оттенком на фоне отека близлежащих тканей;
- тахикардия, не соответствующая температурной реакции организма;
- приглушение тонов сердца.

Лабораторные и инструментальные методы обследования

Основные методы:

- общий анализ крови (умеренный лейкоцитоз с увеличением палочкоядерных клеток и повышением СОЭ до 20-30 мм/ч);
- общий анализ мочи (возможно повышение содержания белка, эритроцитов, цилиндров);
- посев на VL с поверхности миндалин, носа и других очагов локализации дифтерийных пленок (забор производить из-под пленки);
- ЭКГ при госпитализации и через каждые 2-3 дня;
- забор крови до введения противодифтерийной сыворотки, для определения титра антитоксина и антибактериального иммунитета;
- бактериоскопия пленок с окраской для выявления дифтерийных палочек.

Дополнительные методы:

- биохимический анализ крови (калий, натрий, мочевины, креатинина, общий белок и белковые фракции, КОС);
- определение токсигенности выделенных дифтерийных палочек;
- для экспресс-диагностики дифтерии перспективно использование риботипирования, многоточечного энзимэлектрофореза (МЭЭ), а также полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Этапы обследования

В кабинете семейного врача (дома): сбор эпиданамнеза; объективный осмотр (обратить особое внимание на зев, сердечно-сосудистую систему); посев на ВЛ с поверхности миндалин, носа и других очагов локализации дифтерийных пленок.

В поликлинике: общие анализы крови, мочи, ЭКГ, забор крови для определения титра антитоксина и антибактериального иммунитета, бактериоскопия пленок с окраскам для выявления палочек дифтерии, биохимический анализ крови (калий, натрий, мочевины, креатинин, общий белок и белковые фракции, КОС).

В клинике: ЭКГ в динамике (через 2-3 дня), определение токсичности выделенных дифтерийных палочек.

Течение, осложнения, прогноз

Варианты клинического течения. Определяются локализацией дифтерийного процесса. В целом клинические проявления во многом зависят от возраста ребенка, особенно важен возрастной фактор у грудных детей. У них дифтерийный процесс наиболее часто локализуется на слизистой оболочке носа, гортани, на коже, зеве. Токсическая дифтерия в первые 6 мес жизни не наблюдается, у детей от 6 мес до года она встречается значительно реже, чем у детей старшего возраста. При дифтерийном крупе у грудных детей симптом лающего кашля выражен слабо, а одышка напоминает одышку при пневмонии.

Своеобразно клиническое течение дифтерии у привитых детей. Часто дифтерия зева протекает у них как катаральная или лакунарная ангина. Осложнения у привитых возникают реже, чем у непривитых.

Течение дифтерии может искажаться или маскироваться предшествующими или одновременно протекающими инфекционными болезнями. В этих случаях болезнь зачастую принимает токсическую форму.

Критерии тяжести состояния: степень распространения налетов, их плотность и цвет (серовато-черный свидетельствует о тяжелом течении), наличие и выраженность отека шейной клетчатки, степень нарушения проходимости дыхательных путей, наличие геморрагического синдрома, клинические и электрокардиографические показатели деятельности сердечно-сосудистой системы.

Осложнения: миокардит (ранний - на 4-5-й день болезни при злокачественных формах дифтерии и поздний - на 2-3-й нед при остальных

формах дифтерии), дифтерийные полирадикулоневриты с появлением вялых парезов с атрофией мышц, нарушением чувствительности и корешковыми болями (парез мягкого неба, параличи глазодвигательного нерва, неврит диафрагмального нерва и паралич диафрагмы, параличи мышц, туловища и конечностей), токсический нефрит, а также развитие асфиксии при дифтерии гортани.

Длительность заболевания. В зависимости от своевременного введения противодифтерийной сыворотки и формы дифтерии состояние ребенка через 1-5 сут улучшается. К 3-4-му дню в большинстве случаев налеты исчезают. В зависимости от реактивности организма быстрота ликвидации местного процесса у различных детей не одинакова. Длительность самой болезни составляет 1-3 мес.

Прогноз: при введении противодифтерийной сыворотки в течение первых суток летальность не превышает 1 %, после 4-го дня болезни 15-20 %. Смерть больных в основном наступает от миокардита вследствие нарушения проводимости и развития зловещей триады: боли в эпигастральной области, рвота, стойкий ритм галопа.

Дифференциальный диагноз

Проводится:

- при дифтерии ротоглотки с бактериальными ангинами (фолликулярной, лакунарной, флегмонозной), ангиной Симановского-Венсана, грибковыми ангинами, герпетической инфекцией с поражением миндалин, некротическими ангинами при скарлатине, заболеваниях крови, инфекционным мононуклеозом, химическими и термическими ожогами слизистой оболочки полости рта;
- при дифтерии гортани и трахеи - со стенозирующими ларинготрахеитами при ОРВИ (грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция), инородными телами гортани, окологлоточными и заглоточными абсцессами, папилломами гортани, коревым крупом, грибковыми поражениями гортани при ВИЧ-инфекции, коклюшем;
- при дифтерии носа - с инородными телами в носу, синуситом, аденоидитами и врожденным сифилисом, ринитами вирусной этиологии, озеной, склеромой;
- при дифтерии глаз с аденовирусной инфекцией, герпетическими кератоконъюнктивитами.

Формулировка диагноза

Дифтерия ротоглотки (клинически, бактериологически), распространенная форма средней тяжести.

Дифтерия гортани (клинически, бактериологически), осложнение - асфиксия.

Дифтерия, комбинированная форма - зев, нос, гортань (клинически, бактериологически), тяжелое течение.

Дифтерия ротоглотки, токсическая форма II ст. (клинически, эпидемиологически), осложнение - парез мягкого неба.

Лечебная тактика

При подозрении на дифтерию любой локализации больные после забора материала из зева и носа направляются в инфекционные больницы или отделения для обследования и лечения. В подозрительных и сомнительных случаях показано введение противодифтерийной сыворотки до получения результатов бактериологического исследования. Сыворотка вводится по методу Безредки с предварительным определением чувствительности. Доза сыворотки определяется тяжестью течения дифтерии и колеблется от 10 000 до 200 000 МЕ на курс лечения. Для подавления жизнедеятельности дифтерийной палочки и уменьшения продукции экзотоксина используют антибиотики (пенициллин, эритромицин) в течение 14 дней. Показано также патогенетическое лечение, направленное на уменьшение симптомов интоксикации, предупреждение развития миокардита и полирадикулоневритов.

Критерии правильности лечения: исчезновение дифтерийных налетов, признаков интоксикации и предупреждение осложнений.

Больных дифтерией выписывают из стационара после полного клинического выздоровления и двух отрицательных результатов бактериологического исследования на дифтерию из зева и носа, проведенных с 2-дневным промежутком. Выписка при токсической дифтерии I ст. не ранее 28-го дня, II ст. - 40-го дня, III ст. - 50-го дня болезни.

Профилактика

В очаге проводят заключительную дезинфекцию 1 % раствором хлорамина и однократное обследование бывших в контакте лиц на дифтерию.

Выявленных бактерионосителей госпитализируют в стационар для санации. Дети, бывшие в тесном контакте с больным дифтерией, отстраняются от посещения детского коллектива на 7 дней до получения результатов бактериологического исследования. В течение этого времени их нужно ежедневно осматривать и измерять температуру тела.

К самым эффективным методам профилактики дифтерии относится проведение трехкратной вакцинации АКДС начиная с 3 мес с интервалом в 1,5 мес и последующими ревакцинациями детей (1,5 года, 6, 11, 16 лет) и взрослых (каждые 10 лет).

Первую ревакцинацию проводят однократно АКДС-вакциной. Если до начала вакцинации ребенок переболел коклюшем, то вакцинацию проводят АДС-анатоксином - две прививки с интервалом в 1,5 мес. Ревакцинацию в этом случае проводят через 9-12 мес после законченного курса вакцинации однократно.

Если ребенок, перенесший коклюш, ранее получил две или три прививки АКДС-вакцины, курс вакцинации против дифтерии и столбняка считают законченным.