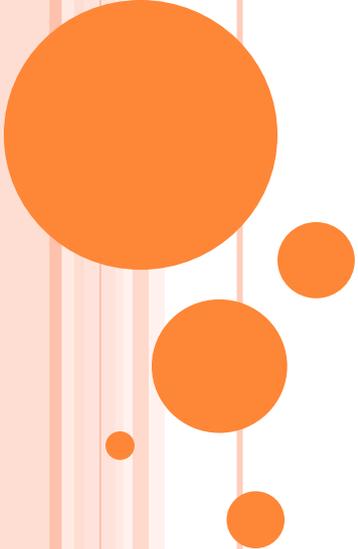


**Министерство здравоохранения Украины
Донецкий национальный медицинский университет им.М Горького**



**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И
ПРОФИЛАКТИКИ ДИФТЕРИИ У ДЕТЕЙ**

Мариуполь – 2015

ДИФТЕРИЯ

(от греч. *diphtheria* – кожа, пленка) – острое инфекционное заболевание, характеризующееся токсическим поражением сердечно-сосудистой и нервной систем, а также специфическим фибринозным (дифтеритическим) воспалением в месте входных ворот.



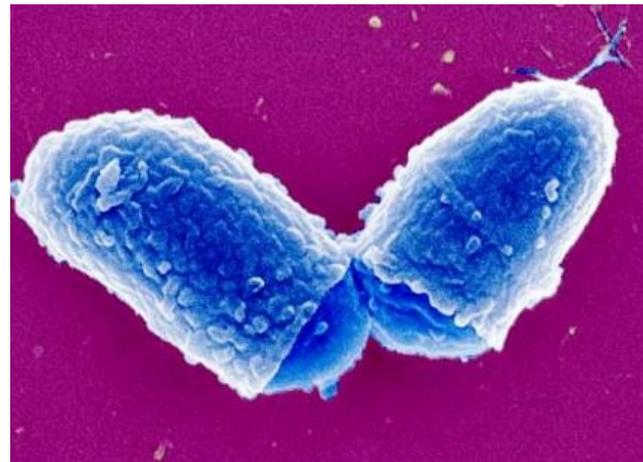
Пути передачи

- Воздушно-капельный (при кашле, чихании)
- Пищевой (через инфицированные продукты)
- Через раневую поверхность (поврежденные кожные покровы)
- Контактно-бытовой (через предметы обихода)



ВОЗБУДИТЕЛЬ

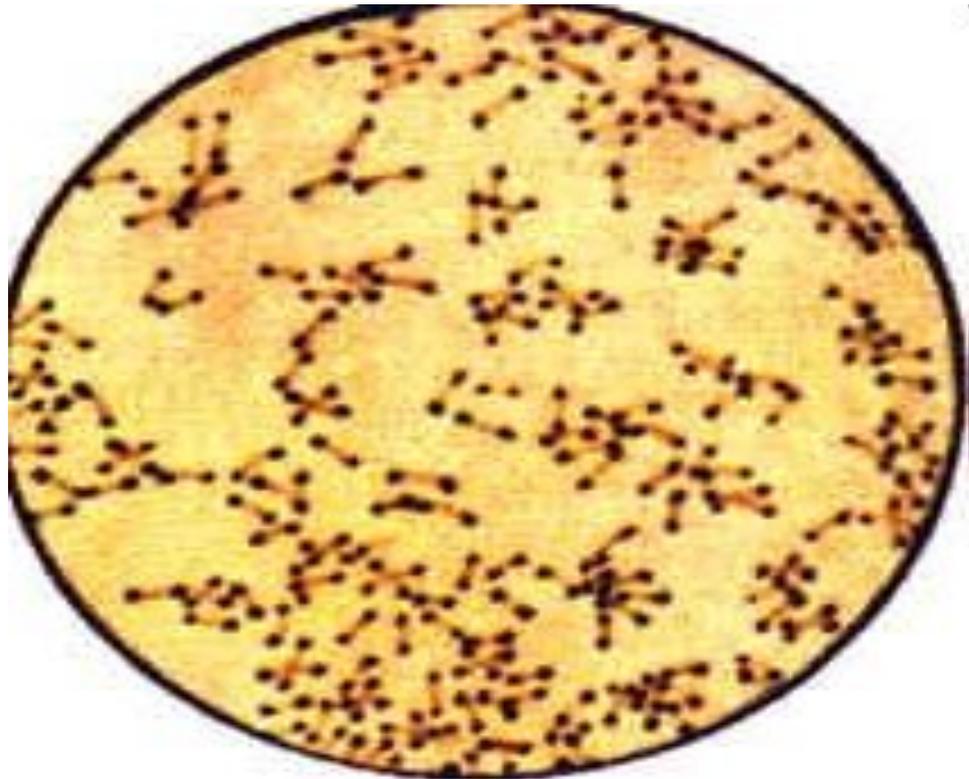
- ▣ **Семейство** – *Corynebacteriaceae*
- ▣ **Род** – *Corynebacterium*
- ▣ **Виды** – *C. diphtheriae*
- ▣ *C. pseudodiphthericum* (палочка Хофманна)
- ▣ *C. Xerosis*
- ▣ *C. ulcerans* (общее название дифтероиды-ложные дифтерийные палочки).
- ▣ Для дифтерийных палочек характерна значительная устойчивость во внешней среде. Хорошо сохраняется в высохших пленках – 3-4 месяца, на мягких игрушках – 3 месяца, в пыли – до 5 месяцев, в воде и молоке – 20 дней, на предметах обихода и одежде – до 15 дней. Под действием прямого солнечного света палочки выживают несколько часов. Чувствительны к повышенной температуре (при нагревании до 60⁰С погибают за 10 минут, при кипячении наступает мгновенная гибель), дезсредствам в рабочих концентрациях (5% раствор карболовой кислоты обеспечивает инактивацию через 1 минуту, H₂O₂ – 10 минут), пенициллину, тетрациклину, эритромицину.



На основании комплекса культуральных, биохимических и патогенетических свойств вид *C. diphtheriae* разделяется на 4 биовара:

- ▣ *mitis*,
- ▣ *belfanti*,
- ▣ *gravis*,
- ▣ *intermedius*.

Окраска по Нейссеру



ФАКТОРЫ ПАТОГЕННОСТИ

- **Адгезины** – поверхностные структуры липидной и белковой природы (корд-фактор, микрокапсула)
- **Ферменты** – каталаза, нейраминидаза (усиливает действие токсических белков) , гиалуронидаза (отек), гемолизин, фибринолизин – разрушает фибринозную плёнку в распространение очага. дермонекротоксин
- **Дифтерийный гистотоксин** – основной фактор патогенности – блокирует синтез белка в клетках, наиболее снабженных кровью (миокард, периф. и ЦНС, почки и др.)
- **Агрессины** – подавление фагоцитоза



ПАТОГЕНЕЗ



**ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИФТЕРИИ У ДЕТЕЙ
(НАКАЗ МОЗ УКРАЇНИ № 354 ВІД 9.07.2004 Р.)
МКХ-10**

А36 Дифтерия

- А36.0 Глоточная дифтерия
 - Дифтерийная мембранозная ангина
 - Дифтерия зева
- А36.1 Носоглоточная дифтерия
- А36.2 Дифтерия гортани
 - Дифтерийный ларинготрахеит
- А36.3 Кожная дифтерия
 - Исключено: эритезма (L 08.1)
- А36.8 Другая дифтерия
- А36.9 Дифтерия, неуточненная
 - Дифтерийный:
 - конъюнктивит (НВ.І)
 - миокардит (I41.0)
 - полиневрит (G63.0)



КЛАССИФИКАЦИЯ ДИФТЕРИИ (ЖЕНЕВА, 1980 Р.):

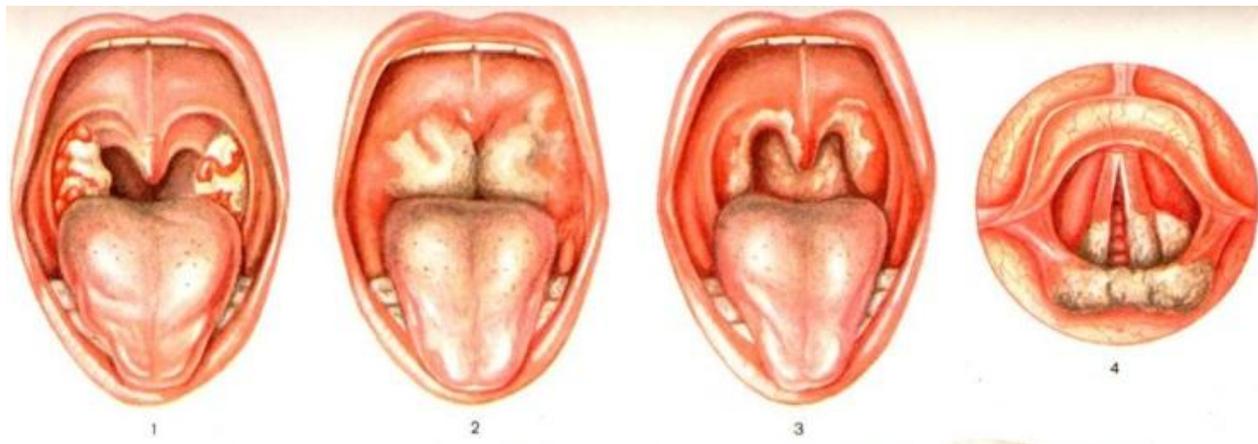
I. По локализации

- Дифтерия миндалин (ротоглотки, зева);
- Дифтерия переднего отдела носа
- Назофарингеальная дифтерия (дифтерийный назофарингит, дифтерийный фарингит)
- Ларингеальная дифтерия (дифтерия гортани, дифтерийный ларинготрахеит, дифтерийный круп);
- Дифтерия ушей;
- Дифтерия глаз;
- Дифтерия внешних половых органов;
- Дифтерия поврежденной кожи



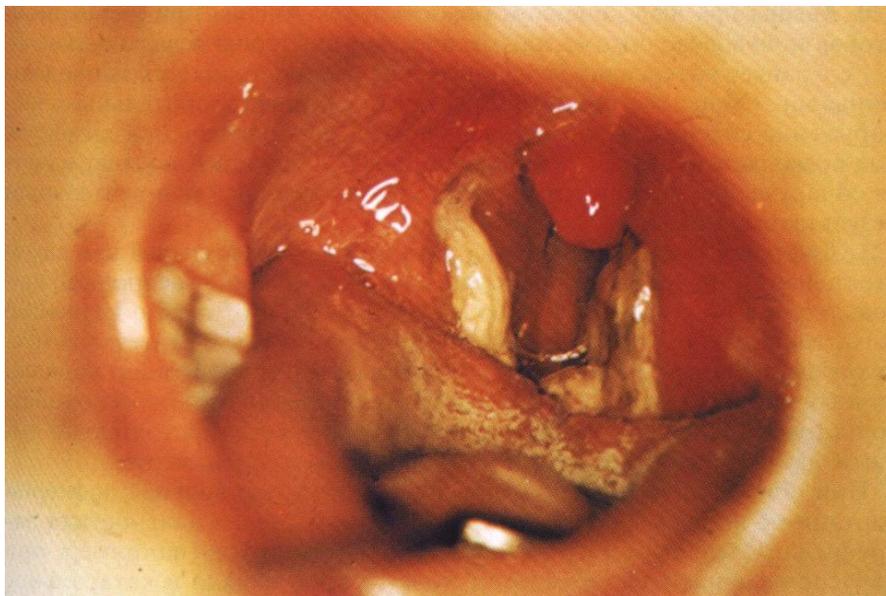
По распространённости процесса:

- ▣ **Локализованная** (в пределах одного анатомического образования);
- ▣ **Распространённая** (выходит за пределы одного анатомического образования);
- ▣ **Комбинированная** (совмещённое поражение двух анатомических образований).



По ХАРАКТЕРУ МЕСТНЫХ ПОРАЖЕНИЙ:

- ❑ **Катаральная** (гиперемия и отек),
- ❑ **Островковая** (отдельные налеты в виде островков, которые не соединены между собой),
- ❑ **Пленочная** (классические фибринозные налеты).



II. По тяжести

- Носительство коринебактерий
- Субклиническое течение
- Легкая форма

Локализованные: дифтерия ротоглотки (катаральная, островковая), дифтерия носа, глаз, половых органов, ушей, кожи;

- Среднетяжелая форма

Локализованные: дифтерия ротоглотки пленчатая, дифтерия носоглотки, локализованный круп;

Распространенные: дифтерия ротоглотки, носа, глаз, ушей, половых органов

- Тяжелая форма

Токсические и гипертоксические формы: дифтерия ротоглотки, носа, глаз, ушей, половых органов, кожи.

Распространенный и нисходящий круп.



По течению

Дифтерия с осложнениями и без:

- инфекционно - токсический шок;
- миокардит, дифтерийная кардиопатия;
- моно-, полиневриты;
- токсический нефроз, ХПН;
- ДВС – синдром;
- сердечно-сосудистая недостаточность;
- дыхательная недостаточность;
- полиорганная недостаточность ;
- неспецифические осложнения: паратонзиллярный абсцесс, отит, пневмония

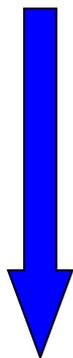


ПОРАЖЕНИЕ ССС ПРИ ДИФТЕРИИ

Токсический миокардит



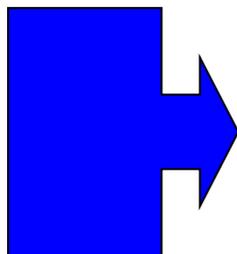
ранний паралич сердца



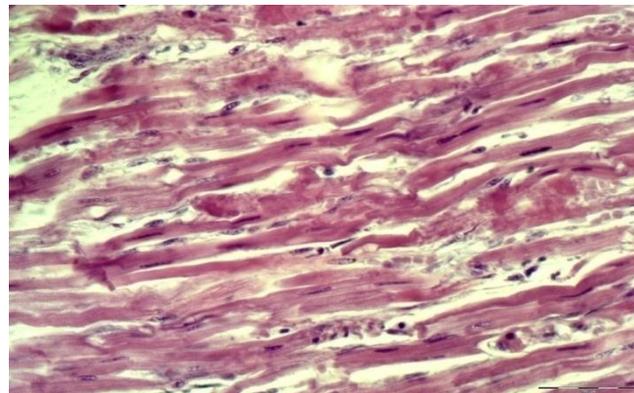
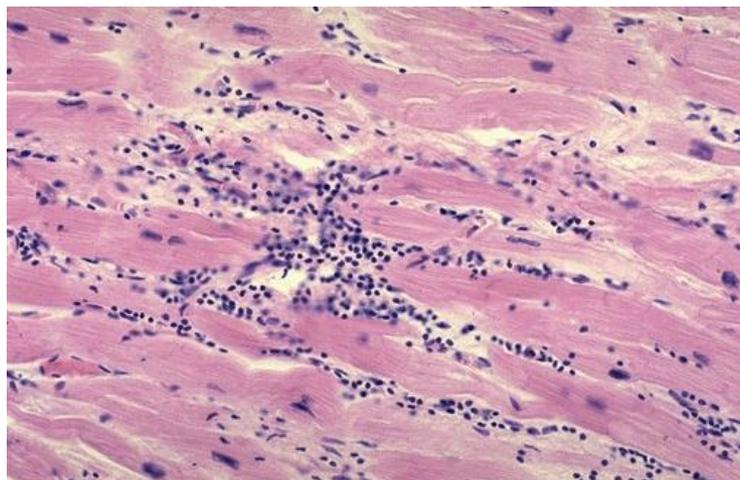
Кардиосклероз

+

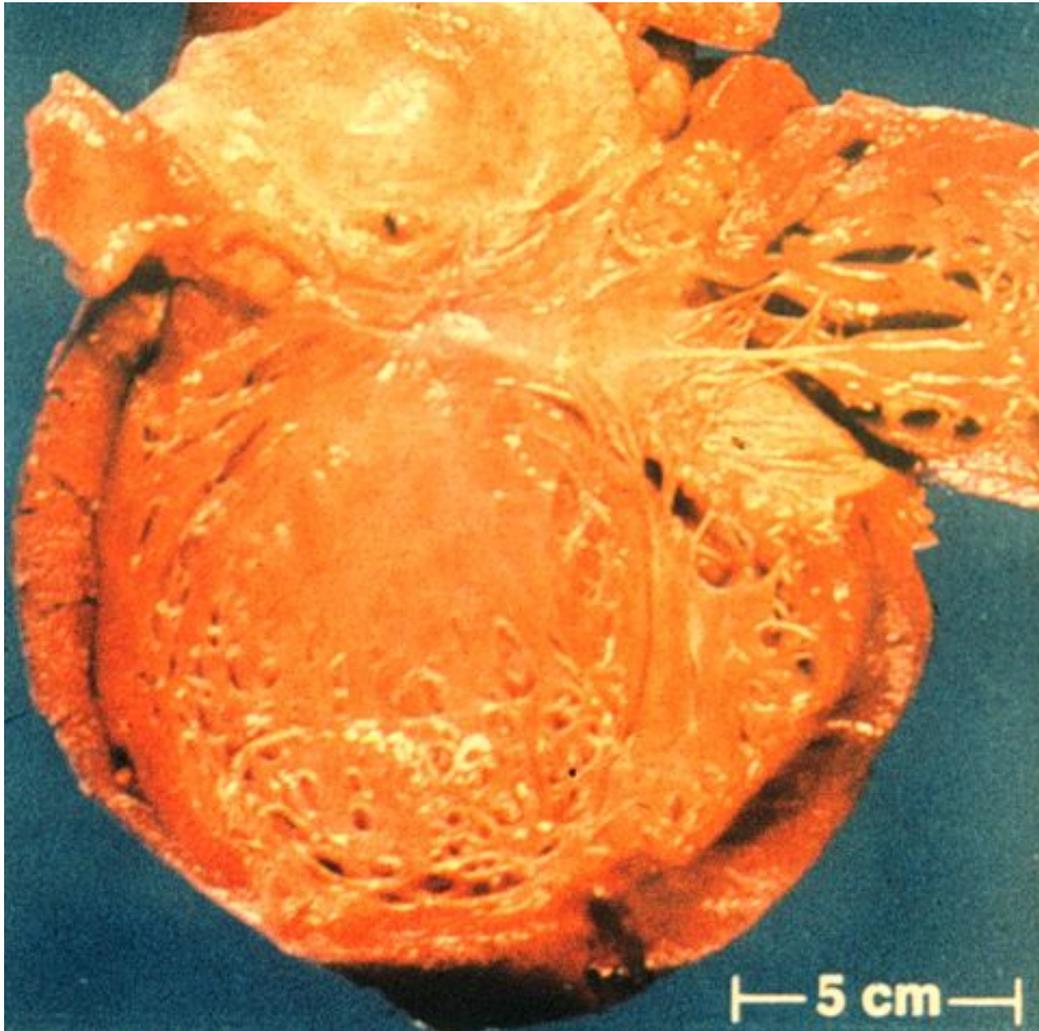
Паренхиматозный неврит



поздний паралич сердца



МИОГЕННАЯ ДИЛЯТАЦИЯ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ

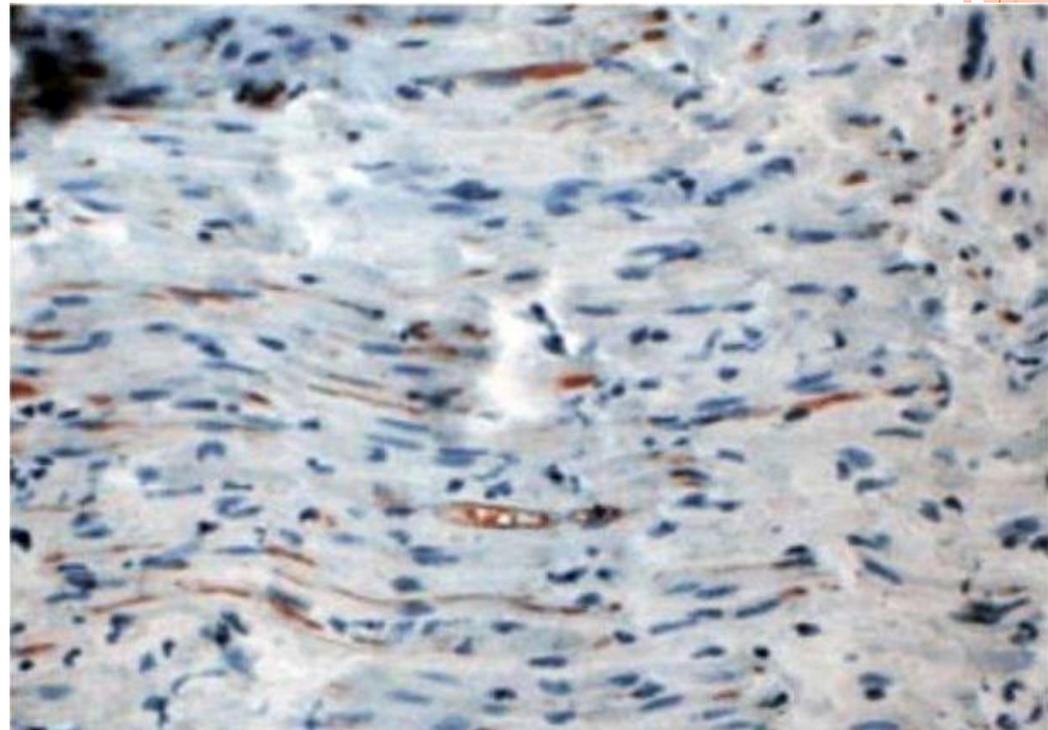
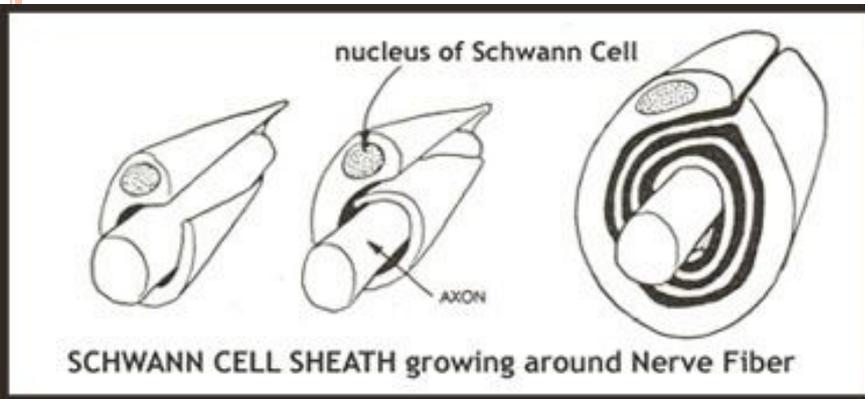


ТОКСИЧЕСКАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ

Шейный отдел симпатического ствола:

- n. Glossopharingei
- n. Vagus
- n. Phrenicus

(Аспирационная пневмония вследствие бульбарного паралича)



БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВО

- 1. Бактериосительство реконвалесцентов**
- 2. Бактериосительство транзиторное (одноразовое выделение коринебактерий)**
- 3. Кратковременное – до 2-х недель**
- 4. Затяжное – больше 1 месяца**
- 5. Хроническое – больше 6 месяцев.**



ДИФТЕРИЯ МИНДАЛИН

▣ Локализована форма:

- катаральная;
- островковая;
- пленочная;

▣ Распространенная;

▣ Токсическая форма:

- I степени;
- II степени;
- III степени;
- гипертоксическая.



КАТАРАЛЬНА ФОРМА:



ОСТРОВКОВАЯ ФОРМА

Дифтерия ротоглотки локализованная. Дифференциальная диагностика



Островчатая форма –
слабая гиперемия слизистой зева,
незначительное увеличение миндалин,
островчатые фибриновые
плотносидящие налеты



Пленчатая форма –
умеренная гиперемия слизистой зева,
слабый отек миндалин, фибриновые
налеты серовато-белые с гладкой
блестящей поверхностью, покрывают
почти всю свободную поверхность миндалин

Инфекционные болезни. Детские инфекционные инфекции



ПЛЕНОЧНАЯ ФОРМА



**Дифтерія ротоглотки, локалізована
форма. Плівчасті нашарування на лівому
мигдалику**



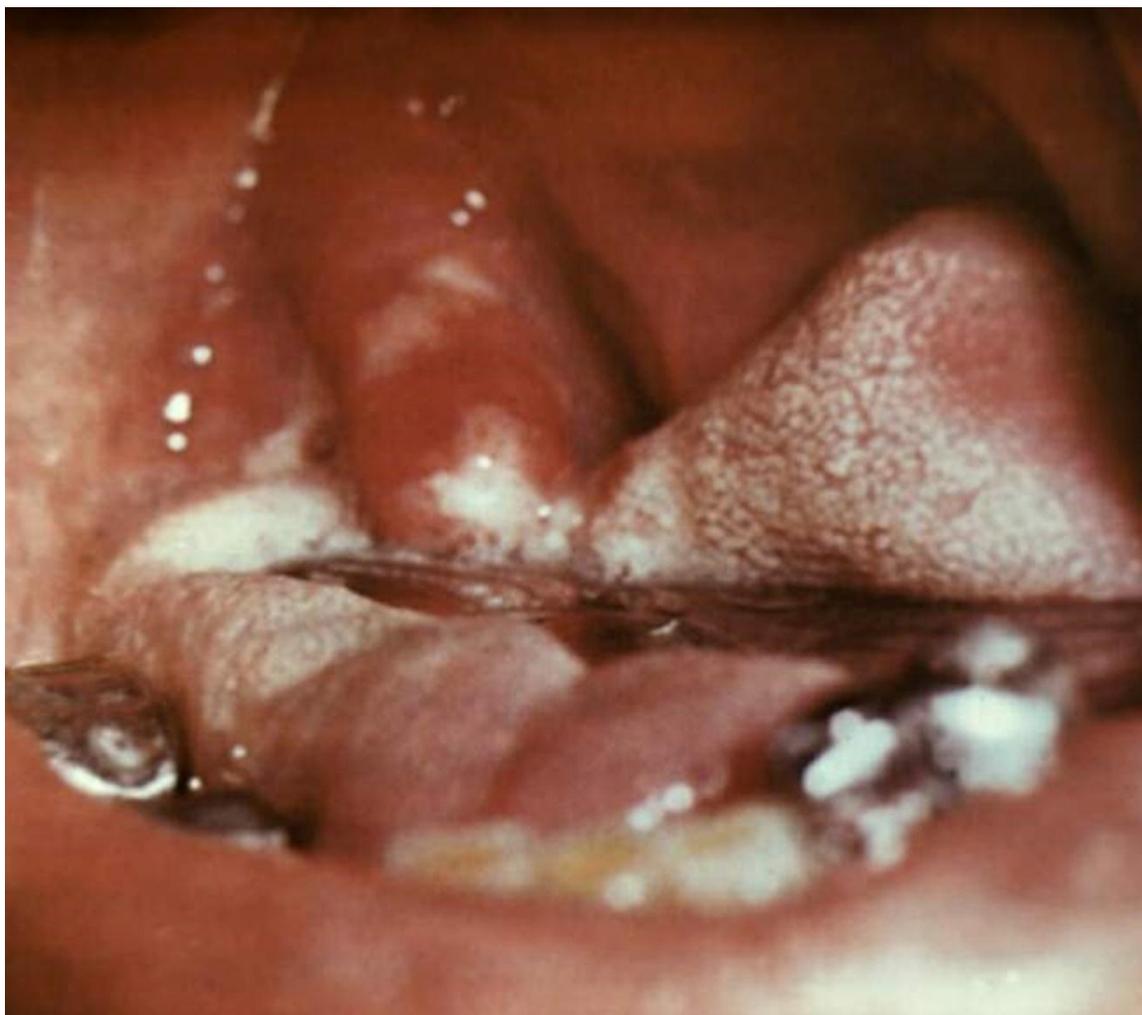
РАСПРОСТРАНЕННАЯ ФОРМА



Дифтерія ротоглотки, поширена форма.
Нашарування на мигдаликах, язичку і
дужках



ТОКСИЧЕСКАЯ ДИФТЕРИЯ РОТОГЛОТКИ



ДИФТЕРИЯ МИНДАЛИН ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- - Начало острое;
- - Температура тела нормальная или субфебрильная, длится 1-2 дня;
- - Увеличение миндалин равномерное шаровидные;
- - Гиперемия слизистой оболочки миндалин с цианотичным оттенком
- - Налет фибринозного или частично фибринозного характера (эластичная пленка, плотно соединена с поверхностью миндалин, а не растирается между шпателями, сохраняет форму в воде) снимается трудно или без трудностей, поверхность слизистой оболочки ротоглотки после снятия налета кровоточит или не кровоточит, размещенный на одном или обоих миндалинах в виде островков беловато-серого или белого цвета
- - Может быть налет, размещенный на миндалинах, гнойного характера;
- - Боль в горле незначителен;
- - Регионарный подчелюстной лимфаденит;
- - Головная боль, слабость, вялость;
- - Эпидемиологические данные - контакт с больным дифтерией взрослым или ребенком, нарушение календаря прививок против дифтерии.



ДИФТЕРИЯ МИНДАЛИН СРЕДНЕТЯЖЕЛАЯ

- - Острое начало;
- - Температура тела фебрильная, субфебрильная, длится 2-3 дня;
- - Боль в горле умеренная, нередко не соответствует характеру и распространенности процесса;
- - Увеличение небных миндалин равномерное шаровидные;
- - Гиперемия слизистой оболочки ротоглотки основном с цианотичным оттенком
- - Налет пленочный, фибринозного характера, плотный, блестящий, сероватого цвета, размещенный на одном или обоих миндалинах в виде островков или сплошной пленки, трудно снимается, обнажая кровоточащую поверхность, нередко выходит за пределы миндалин;
- - Отек миндалин, слизистых оболочек ротоглотки более выраженный по сравнению с местной гиперемией;
- - Регионарный подчелюстной или шейный лимфаденит;
- - Головная боль, слабость, вялость, снижение аппетита, тошнота, однократная рвота;
- - Бледность кожи;
- - Тахикардия
- - Эпидемиологические данные - контакт с больным дифтерией, нарушение календаря прививок против дифтерии.



ДИФТЕРИЯ МИНДАЛИН ТЯЖЕЛАЯ

- - Острое начало;
- - Температура тела гектическая, фебрильная в первые часы заболевания, в дальнейшем субфебрильная или нормальная на фоне ухудшения общего состояния;
- - Головная боль, слабость, вялость, ломота в мышцах и суставах, нарушение сна, понижен или отсутствует аппетит, повторная рвота;
- - Боль в животе
- - Боль в горле умеренная, ощущение кома в горле, затрудненное глотание;
- - Бледность кожи, периоральный цианоз;
- - Резко выраженный отек миндалин и мягких тканей ротоглотки диффузного характера;
- - Налет фибринозного характера, пленочный, плотный, серовато-белого или грязно-серого цвета, не снимается шпателем, поверхность слизистой под ним кровоточит, размещенный на миндалинах и за их пределами - на небных дужках, языке, мягком и твердом небе, боковой и задней поверхности горла;
- - Гиперемия слизистой оболочки ротоглотки с цианотичным оттенком
- - Регионарный подчелюстной и шейный лимфаденит;
- - Запах изо рта сладко-гнилостный, приторный;
- - Отек подкожно-жировой клетчатки шеи различного распространения (от подчелюстной области к груди, ограниченный или распространенный, односторонний или симметричный)
- - Геморрагии на слизистой оболочке твердого и мягкого неба;
- - Ранние осложнения.



ГИПЕРТОКСИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

- Инфекционно-токсический шок со сверхбыстрым темпом прогрессирования патологического процесса;
- Быстрое развитие ДВС-синдрома.
- Проявления ИТШ могут опережать развитие локальных воспалительных изменений в ротоглотке, когда не успевают образоваться фибринозные налеты - неблагоприятный прогноз.



ТОКСИЧЕСКАЯ ДИФТЕРИЯ ЗЕВА



В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕНИЯ

- I степень - до середины шеи;
- II степень - до ключицы;
- III степень - ниже ключицы.

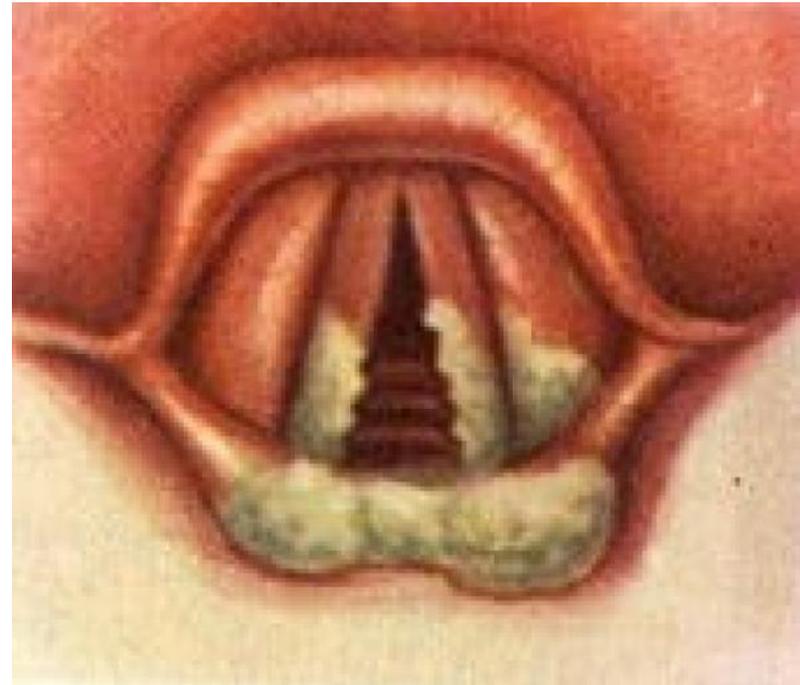


Для оценки тяжести болезни следует учитывать совокупность признаков общей интоксикации - поражение ССС, нервной системы, характер других локальных изменений.



ЛАРИНГЕАЛЬНАЯ ДИФТЕРИЯ

- дифтерия гортани (локализованный круп)
- дифтерия гортани и трахеи (распространенный круп)
- дифтерия гортани, трахеи, бронхов (нисходящий круп)



КЛИНИКА ЛАРИНГИАЛЬНОЙ ДИФТЕРИИ:

- начало постепенное;
- температура тела субфебрильная;
- осиплость голоса в первые часы (сутки) болезни, затем - афония;
- кашель сначала грубый, лающий, затем - беззвучный;
- быстрое нарастание симптомов дыхательной недостаточности
- инспираторная одышка
- стадийность - катаральная стадия - стенотическая - асфиктическая;
- в асфиктической стадии - сердечные тоны приглушены, пульс частый, аритмия; спутанность сознания, судороги.
- при ларингоскопии - отек, гиперемия слизистой оболочки, сероватые пленки в гортани и на истинных голосовых связках, при распространенном крупе пленки в трахее и бронхах;
- частое сочетание с дифтерией миндалин и назофарингеальной дифтерией.



ДИФТЕРИЯ НОСА

- Катарально-язвенная форма;
- Пленочная локализованная форма;
- Пленочная распространенная форма;
- Токсическая форма.



КАТАРАЛЬНО-ЯЗВЕННАЯ ФОРМА

- чаще всего.
- незначительные проявления интоксикации: t - N или субфебрильная;
- затрудненное носовое дыхание;
- выделения из носа - сначала серозные, далее - сукровичными или гнойно-кровянистые;
- экскориации и трещины на коже около носа;
- риноскопии - эрозии, геморрагические корки.



Пленочная локализованная форма:

- - Умеренные проявления интоксикации
- - Скудные серозно-гнойные выделения из носа;
- - Затрудненное носовое дыхание;
- - Риноскопия - пленчатые фибринозные налеты на фоне отечной и покрасневшей слизистой.

Пленочная распространенная форма:

- Налеты распространяются на слизистые околоносовых пазух;
- Усиливаются проявления общей интоксикации;
- Значительно затруднено носовое дыхание;
- Тягучие слизисто гнойно-кровянистые выделения из носа;

Токсическая форма:

- Отек подкожной клетчатки участка переносицы и щек;
- значительные проявления общей интоксикации.



ДИФТЕРИЯ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНАЯ: КАТАРАЛЬНАЯ И ПЛЕНОЧНАЯ ФОРМЫ

- затруднение носового дыхания;
- гнусавость голоса;
- боль в горле с иррадиацией в уши;
- выделения из носа сукровично-гнойные;
- отсутствует видимое воспаление в полости носа;
- при задней риноскопии отек и умеренная гиперемия слизистой оболочки глоточной миндалины и (или) на его поверхности фибринозных пленки;
- "копьевидный" налет, который сползает по задней стенке глотки
- регионарный (заднешейных) лимфаденит;
- проявления общей интоксикации умеренные или значительные (вялость, бледность, анорексия, повышение температуры).



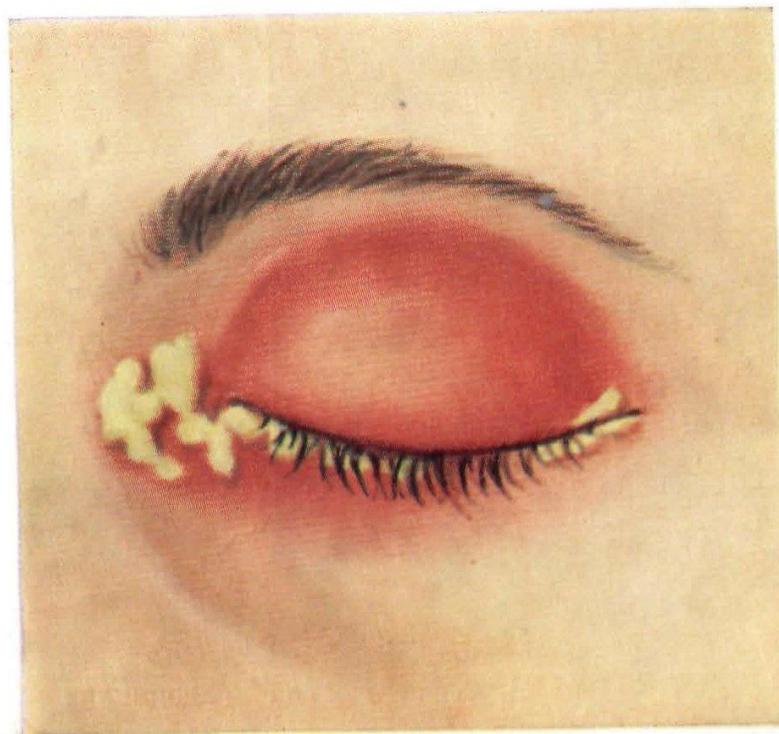
РЕДКИЕ ФОРМЫ ДИФТЕРИИ

- Дифтерия глаза: локализованная, распространенная, токсическая
- Дифтерия кожи: локализованная (пленочная), токсическая
- Дифтерия уха: локализованная, распространенная
- Дифтерия половых органов: локализованная, распространенная, токсическая
- Комбинированные формы дифтерии



ДИФТЕРИЯ ГЛАЗ

Рис. 15. Дифтерия глаза.



Всё о зрении



ДИФТЕРИЯ КОЖИ



ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- 1. Общий анализ крови - лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ.
- 2. Общий анализ мочи - протеинурия, цилиндрурия, возможна микрогематурия, повышенная удельный вес.
- 3. Коагулограмма - гиперкоагуляция или коагулопатия.
- 4. Почечные тесты - повышение уровня остаточного азота, мочевины, азота мочевины.



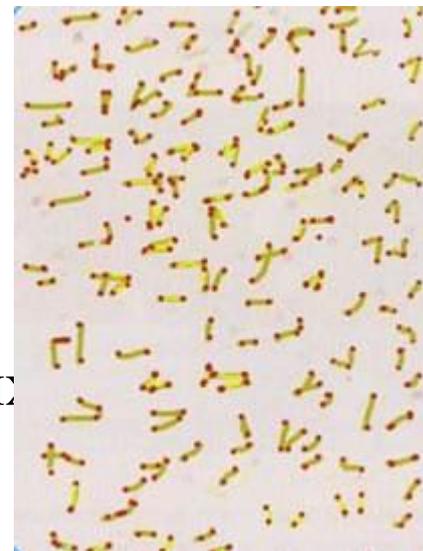
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

С х е м а 9. Микробиологическое исследование при дифтерии



БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- Берут тампоном материал по периферии пораженного участка.
- Тонкий мазок по Граму.
- Метод - ориентировочный, так как не позволяет отличить *C. diphtheriae* от других коринебактерий.
- Положительный результат микроскопического исследования мазков недостаточен для того, чтобы быть альтернативой бактериологическому исследованию. Отрицательный результат еще не является основанием для снятия диагноза.



БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- Является наиболее вероятным подтверждением диагноза дифтерии.
- Выделения культуры *C. diphtheriae* и изучение ее токсигенных свойств.
- При обследовании контактных лиц бактериологическое исследование проводится однократно, при подозрении на дифтерию - троекратно до начала лечения.
- Выделение нетоксигенные штамма *C. diphtheriae* у больного с клиническими проявлениями дифтерии или любыми другими изменениями в ротоглотке, если больной является с доказанного очага дифтерии, особенно на фоне лечения антибиотиками, следует расценивать как подтверждение диагноза «дифтерия»



СЕРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- РПГА крови с дифтерийным диагностикумом - рост титра антитоксических антител в сыворотке крови в динамике болезни.
- РНА с коммерческим дифтерийным антигеном - выявление дифтерийного токсина в сыворотке крови.
- РПГА крови с эритроцитарным диагностикумом до введения ПДС - определение уровня дифтерийного токсина в сыворотке крови.



ДИФФЕРЕНЦІАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ И АНГИН ДРУГОЙ ЭТИОЛОГИИ

Симптоми	t	Біль при ковтанні	Зміни в ротоглотці		Л/в	Інші симптоми
Нозологія			Гіперемія	Нальоти		
Дифтерія мигдаликів	Помірна	Помірний	Помірна синюшність	Плівчасті, білі, сіро-білі, не знімаються, схильні до поширення	Помірне збільшення і болючість	Бактеріологія
Ангіна	Значна	Сильний	Значна	Гнійні фолікули або лакунарні, крихкі, жовто-білі, легко знімаються	Збільшені, різко болючі	
Скарлатина	Значна	Сильний	Яскрава	Брудно-сірі некрози	Збільшені, значно болючі	Дрібноточков а екзантема
Ангіна Сімоновського-Венсана	Помірна незначна	Різної сили	Помірна, з однієї сторони	Виразка на одному з мигдаликів з брудним крихким некрозом	Помірне збільшення і болючість на стороні ураження	Бактеріологічно – палички і спірохети



Симптоми	t	Біль при ковтанні	Зміни в ротоглотці		Л/в	Інші симптоми
			Гіперемія	Нальоти		
Інфекційний мононуклеоз	Помірна або значна	Помірний або незначний	Помірна або незначна	Крихкі, білі, жовто-білі, легко знімаються	Значне збільшення різних груп	Гепатосплено мегалія, в крові - мононуклеари
Ангіни при лейкозах, агранулоцитозі, інших сист. х-бах крові	Значна	Помірний	Різного ступеня вираженості	Брудно-білі некрози, інколи – періфокальний набряк	Збільшення і болючість регіонарних та інших груп.	Гепатосплено мегалія, геморагічний синдром, зміни в крові, тяжкий загальний стан.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ:

- Вирусный ларинготрахеит;
- Аллергический ларинготрахеит;
- Обструктивный бронхит;
- Эпиглоттит;
- Инородное тело;
- Ларингоспазм;
- Заглоточный абсцесс;
- Стридор.



Нозологія	Вік	Премор-бідний фон	Початок хвороби	Інтоксикація	Голос, кашель	Задихка	Катар. синдром	Інші ознаки
Дифтерія гортані	Част. 1-3 роки	Не впливає	Гострий або підгостр	Незначна	Дистонія, афонія	Інспір.	Незначний або відсутній	Епід. анамнез, бактеріологія
Вірусний ларінготрахеїт	Част. 1-3 роки	ЕКД, паратрофія, повторні ГРВІ	Гострий	Пов'язана з ГРВІ	Охриплість, гавкаючий кашель	Інспірат.	Виражений	
Алергічний ларінготрахеїт	Будь-який	ЕКД, інші алерг. прояви	Гострий	Немає	Охриплість, гавкаючий кашель	Інспірат.	Немає	Ефект від а/г, глюкокорт.
Обструктивний бронхіт	Част. до року	Паратрофія, алергічні реакції	Гострий	Пов'язана з ГРВІ	Голос незмінений, кашель малопродуктивний	Експірат.	Є	Сухі свистячі хрипи
Епіглотит	2-7 р.	Перенесені недавно ангіна або стоматит	Гострий	Різко виражена	Голос «стиснутий», глухий, кашель болючий	Інспірат.	Немає	Погіршення стану при зміні положення, слинотеча, біль при ковтанні, набряк надгортанника

Стороннє тіло	2-5 р.	При прийомі їжі чи гри з дрібними предметами	Раптовий	Немає	Голос незмінений, кашель сухий, нав'язливий	Або інспірат. або експірат.	Немає	Рентген, бронхоскопія
Ларингоспазм	6 міс. - 2 роки	Рахіт, вроджений стридор	Раптовий	Немає	Голос «півнячий», кашлю немає	Інспірат.	Немає	Синдром Труссо, «рука акушера», ознаки рахіту
Заглотковий абсцес	До 2-х р.		Поступовий	Значна	Голос гугнявий	Інспірат.	Немає	Гіперемія, пухлиноподібн. утвір на задній стінці глотки, затруднене і рідко болюче ковтання
Стридор	З народж. до 3-х р.		Частіше з народж.	Немає	Голос дзвінкий, кашлю немає	Інспірат.	Немає	Зміни характеру дихання залежно від зміни положення

ЛЕЧЕНИЕ

- Госпитализации подлежат все больные. В зависимости от тяжести - в боксированные или реанимационное отделение инфекционного стационара.



ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ

- Введение противодифтерийной сыворотки (ПДС)!!!
- Доза и кратность введения зависит от степени тяжести и клинической формы дифтерии.
- После установления диагноза дифтерии или вероятной подозрени на нее ПДС вводится в первые 2:00 после госпитализации.
- ПДС не вводится детям, у которых диагноз дифтерии установлен после 7-го дня заболевания и отсутствуют симптомы интоксикации и наслоения на миндалинах.
- ПДС вводится только после постановки внутренне кожной пробы.



ПРОТИВОДИФТЕРИЙНАЯ СЫВОРОТКА



Дозы ПДС в зависимости от тяжести дифтерии

Тяжкість стану	Перша доза сироватки (в тис. МО)
Легка форма дифтерії	20 000 - 40 000
Середньотяжка форма дифтерії	50 000 – 80 000
Тяжка форма дифтерії	90 000 – 120 000
Дуже тяжка форма дифтерії (ІТШ, ДВЗ – синдром)	120 000 - 150 000



ЛЕГКАЯ ФОРМА

- Вся доза ПДС вводится однократно.
- Повторное введение сыворотки в этой же дозе возможно при сохранении через сутки симптомов интоксикации и сохранении или распространении наслоений на миндалинах.
- При легкой форме в условиях стационара, когда постановка диагноза дифтерии вызывает трудности, возможно наблюдение за больным в течение 8-24 ч. до конечного установления диагноза без введения ПДС



- **При среднетяжелой форме** - через 24 ч при необходимости вводится повторная доза.
- **При тяжелой форме дифтерии** - первая доза должна составлять $2/3$ курсовой.
- В сутки госпитализации вводят $3/4$ курсовой дозы.
- Кратность введения ПДС составляет 12 ч, если вся доза сыворотки вводилась в / в интервал составляет 8 часов.
- При очень тяжелых формах заболевания показано внутривенное капельное введение сыворотки. Половину рассчитанной дозы вводят в / в, вторую половину в / м.
- **При наличии показаний к введению ПДС и положительной кожной пробе ПДС вводится в условиях реанимации под прикрытием глюкокортикоидов, антигистаминных препаратов или под наркозом, с проведением десенсибилизации разведенной сывороткой согласно инструкции об использовании ПДС.**



АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- При легких формах: эритромицин, рифампицин внутрь,
- При среднетяжелых и тяжелых - парентерально полусинтетические антибиотики пенициллинового и цефалоспоринового ряда.
- Продолжительность курса антибактериальной терапии составляет 10-14 дней.
- Препараты назначают в возрастных дозах.



ЛЕЧЕНИЕ ДИФТЕРИИ

- Местная санация ротоглотки - полоскания и орошения ротоглотки дезинфицирующими растворами.
- Дезинтоксикационная терапия глюкозо-солевыми и коллоидными растворами при среднетяжелой и тяжелой формах с учетом суточной потребности в жидкости и патологических расходов.
- глюкокортикостероиды -
 - среднетяжелой форме - 2-3 мг / кг преднизолоном
 - тяжелой форме - 10-20 мг / кг преднизолоном.



ПРОФИЛАКТИКА ДИФТЕРИИ

□ **Специфическая**

Включает плановую вакцинацию и ревакцинацию населения, согласно Украинского Национального календаря прививок.

□ **Неспецифическая**

- Своевременная изоляция больных и носителей токсигенных коринебактерий.
- Выписка больных - после двукратного отрицательного бактериологического исследования слизи из ротоглотки.
- В закрытых коллективах после изоляции больного в течение 7 суток проводят термометрию и осмотр контактных лиц, однократно осуществляют им бактериологическое исследование.



КАЛЕНДАР ЩЕПЛЕНЬ

НАКАЗ МОЗ УКРАЇНИ № 551 ВІД 11.08.2014 Р.

2 міс.	дифтерія, кашлюк, правець, поліомієліт, гемофільна інфекція
4 міс.	дифтерія, кашлюк, правець, Поліомієліт, гемофільна інфекція
6 міс.	дифтерія, кашлюк, правець, поліомієліт, гепатит В
18 міс.	дифтерія, кашлюк, правець, поліомієліт
6 років	дифтерія, правець - (АДП), поліомієліт, КПК
16 років	дифтерія, правець - (АДП-М)
26 років	дифтерія, правець (надалі кожні 10 років)



Спасибо за внимание!



ANNE GEDDES®

www.annegeddes.com