

ДИФТЕРИЯ РЕДКИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ

Ю.И. Ляшенко¹, Ю.П. Финогеев¹, Д.А. Павлович²

1 — Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург;

2 — Отдел здравоохранения администрации Пушкинского района Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург

Diphtheria rare localization in adults

Yu.I. Liashenko¹, Yu.P. Finogeev¹, D.A. Pavlovich²

1 — Military Medical Academy named by S.M. Kirov, Saint-Petersburg

2 — Department of Health Administration Pushkin District of Saint-Petersburg

Резюме. Последние 25 лет в стране установился спорадический характер заболеваемости населения дифтерией (менее 0,1 на 100 000 человек). В этой ситуации внимание медицинских специалистов госпитального и госпитального звеньев здравоохранения снижается, особенно к заболеванию с редкими локализациями патологического процесса. Упомянутые обстоятельства способствуют несвоевременной его диагностике и лечению больных, являющихся основной причиной осложненного течения инфекционного процесса, часто неблагоприятного его исхода, а также фактором эпидемического неблагополучия по данной инфекции.

Авторы приводят материалы, свидетельствующие, что редкие формы дифтерии в период спорадической заболеваемости практически такие же, как и при эпидемической, а также описывают клинические проявления и течение дифтерии носа, глаз, гортани, половых органов, полости рта и желудочно-кишечного тракта в современных условиях.

Ключевые слова: дифтерия, редкие локализации, диагностика.

Введение

Дифтерия — опасное для здоровья и жизни людей инфекционное заболевание. Его опасность состоит в способности экзотоксина возбудителей заболевания поражать ткани жизненно важных органов и обуславливать развитие ряда критических состояний и осложнений. Основой их профилактики являются своевременные диагностика и лечение заболевания.

Общеизвестно, что возбудитель дифтерии способен фиксироваться к клеткам различных участков слизистой и кожи. В связи с этим возможно развитие самых различных по локализации форм патологического процесса.

Наиболее частой формой заболевания является дифтерия зева. Её удельный вес в период спорадической заболеваемости у взрослых составляет 90%, а во время эпидемий — достигает 99%. Среди редко встречающихся форм болезни наиболее часты-

Abstract. Last 25 years in the country established sporadic diphtheria morbidity (less than 0.1 per 100 000 people). In this situation, the attention of medical specialists pre-hospital and hospital health care system is reduced, especially for diseases with a rare localization of pathological process. Mentioned circumstances contribute to delayed diagnosis and treatment of his patients, the major cause of complicated infection, often its unfavorable outcome and a factor of the epidemic of trouble for the infection.

The authors present material evidence that the rare forms of diphtheria in the period of sporadic disease in much the same as in the epidemic, and describe the clinical manifestations and course of diphtheria of the nose, eyes, throat, genitals, mouth and gastrointestinal tract in modern conditions.

Key words: diphtheria, rare localization, diagnosis.

ми являются дифтерия носа, раны, гортани и глаза. Крайне редко регистрируются дифтерия полости рта, уха, половых органов и другой локализации.

К приведенному следует добавить, что редкие по локализации формы дифтерии у взрослых часто отличаются своеобразием клинических проявлений. Это в наибольшей мере касается дифтерии гортани, которая на первоначальном этапе характеризуется скудностью симптоматики (синдром ларингита).

Однако специфическое воспаление способно распространяться на нижележащие отделы респираторного тракта и обуславливать развитие синдрома острой дыхательной недостаточности, при котором традиционно применяемые у детей мероприятия неотложной помощи у взрослых не эффективны.

Сравнительно редкое заболевание взрослых дифтерией гортани, глаза, носа, раны и др. снижа-

ет к ним настороженность врачей, а своеобразие их клинических проявлений препятствует своевременной диагностике патологического процесса и лечению больных.

Отмеченные обстоятельства послужили поводом для проведения исследования, результаты которых приводятся в настоящей статье.

Цель исследования:

– показать клинические особенности и возможности диагностики дифтерии редких локализаций;

– напомнить врачам общей практики, семейным врачам, клиническим ординаторам, аспирантам клинику дифтерии носа, глаза, гортани и др.;

– представить частоту этих форм дифтерии у взрослых во время эпидемии и в межэпидемический период;

– выделить факторы повышенного риска неблагоприятного течения заболевания.

Материалы и методы. Обследовали 1824 больных дифтерией, находившихся на стационарном лечении в Клинической инфекционной больнице им. С.П. Боткина в Санкт-Петербурге во время эпидемии 1993 – 1994 гг. У 19 человек диагностировано заболевание редких локализаций (8 человек – дифтерия носа, 6 – раны, 4 – гортани, 1 – глаза).

Кроме вышеприведенных, наблюдали 287 спорадических случаев дифтерии в военных лечебных учреждениях. Из них у 29 человек (10,01%) диагностирована дифтерия редких локализаций (9 человек – с поражением слизистой носа, 8 человек – гортани, 3 человека – полости рта, 1 человек – полости рта и языка, 3 человека – глаза, 2 человека – кожи, 1 человек – уха, 1 человек – желудка и 1 человек – наружных половых органов).

У всех обследованных по общепринятой схеме осуществляли клинические, клинко-лабораторные, в том числе микробиологические и специальные (электрокардиография, по показаниям – бронхоскопия, фиброэзофагогастроскопия и др.) исследования.

Результаты и обсуждение

В таблице представлены материалы, касающиеся частоты дифтерии редких локализаций у пациентов, лечившихся в городской инфекционной больнице.

Приведенные в таблице сведения свидетельствуют, что дифтерию редких локализаций диагностировали всего лишь у каждого сотого пациента (в 1,04%). Несколько чаще верифицировали дифтерию носа (0,44%), раны (0,33%), гортани (0,22%) и крайне редко (0,05%) – глаза.

Материалы таблицы свидетельствуют также, что дифтерию редких локализаций регистрировали в несколько раз чаще у людей с сопутствующими болезнями (с заболеваниями внутренних органов – у 1,6% и страдавших алкоголизмом – у 2,01%), чем не имевшихотягощающих факторов (у 0,62%). Эта закономерность прослеживается и при анализе случаев упомянутых локализаций патологического процесса в отдельности.

Клинические проявления

Дифтерия носа протекала в атипичной (катаральной и катарально-язвенной) и типичной (локализованной, распространенной и токсической) формах.

Катаральная и катарально-язвенная формы заболевания начинались постепенно, протекали с нормальной или субфебрильной температурой тела. Общее самочувствие больных не страдало. Отмечались жалобы на затрудненное носовое дыхание, чувство заложенности одного из носовых ходов. Вначале заболевание характеризовалось появлением из носовых ходов серозно-гнойных или сукровичных выделений. При риноскопии выявляли отечность, гиперемию, кровоточивость слизистой. На слизистой носовой перегородки наблюдали эрозии, афты или корочки. На границе перехода слизистой носа в кожу наружного отверстия носа определяли инфильтрацию, гиперемию, эрозии или корочки. Через несколько дней отмеченные признаки заболевания появлялись и со стороны слизистой второго носового хода.

Таблица

Дифтерия редких локализаций у больных с различным преморбидным статусом

Клинические формы дифтерии редких локализаций	Общее количество больных, n = 1824	В том числе							
		С неотягощенным фоном, n = 1137				С заболеваниями внутренних органов, n = 438		С хроническим алкоголизмом, n = 249	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Носа	8	0,44	2	0,18	4	0,91	2	0,80	
Глаза	1	0,05	1	0,09	–	–	–	–	
Раны	6	0,33	4	0,35	1	0,23	1	0,41	
Гортани	4	0,22	–	–	2	0,46	2	0,80	
ВСЕГО	19	1,04	7	0,62	7	1,60	5	2,01	

Типичная (пленчатая) дифтерия носа протекала в локализованной, распространенной и токсической формах заболевания.

Локализованная дифтерия носа имела постепенное или острое начало, с кратковременным подъемом температуры тела до субфебрильного уровня. Интоксикация (общая слабость, головная боль, миалгии) была незначительно выраженной и непродолжительной. Практически с момента заболевания появились умеренно выраженные заложенность и слизисто-гнойные выделения из одного носового хода, которые через 3–4 дня становились гнойно-кровянистыми. В течение недели присоединялись поражения и второго носового хода. При риноскопии на фоне гиперемии, разрыхленности слизистой на поверхности переднего отдела нижней носовой раковины наблюдали нежный, белесоватый, легко снимаемый налет, который на 2-й день заболевания приобретал белую окраску, выступал над поверхностью слизистой, имел плотную консистенцию. Выделения из носа вскоре приобрели гнойно-кровянистый характер. В этих случаях часто наблюдали признаки дифтерии кожи лица — мокнутие и корочки на коже крыльев носа, над верхней губой и на щеках.

Распространенная дифтерия носа проявлялась практически теми же симптомами, что и локализованная. Только в большей степени были выражены симптомы общей интоксикации. Фибринозный налет локализовался на переднем и среднем отделах нижних носовых раковин и распространялся на верхнечелюстные пазухи.

Токсическая дифтерия носа характеризовалась достаточно выраженной общей интоксикацией, повышенной температурой тела (в пределах 38–39° С). Фибринозный налет носил распространенный характер и сопровождался отеком тканей носа, распространявшимся на подкожную клетчатку щек, околоушной области, а иногда и на верхний отдел шеи. Пациентов беспокоили также повторные носовые кровотечения.

Дифтерия гортани

Считается, что дифтерия гортани в подавляющем большинстве случаев является вторичной — вследствие распространения дифтеритического воспаления со слизистой оболочки носа и ротоглотки. Известно, что она может быть локализованной (ограничена тканями гортани) и распространенной (распространяется на трахею, бронхи, а в ряде случаев — и на бронхиолы). Особенности анатомического строения трахеи, бронхов и бронхиол обуславливают плохую всасываемость дифтерийного токсина. В связи с этим синдром интоксикации при ней не выражен или незначительный и токсическая дифтерия гортани не встречается. Однако тяжесть состояния таких больных весьма

значительная в связи с возможностью развития синдрома острой дыхательной недостаточности, именуемого истинным крупом. Клиническими проявлениями истинного крупа является затруднение дыхания, в основном на вдохе при одновременном изменении голоса и наличии кашля.

В клинической картине **дифтерийного крупа** традиционно различают катаральную, стеногическую и асфиксическую стадии.

Катаральная стадия. Заболевание начиналось постепенно с субфебрильной температуры тела, незначительного нарушения самочувствия, кашля с мокротой, изменения голоса и последующей его потери. Кашель из громкого, резкого, постепенно превращается в грубый, лающий. Больные жаловались на чувство саднения и давления в гортани, гортань при пальпации болезненна. Температура тела соответствовала 37,5–38,0° С. Голос становился хриплым, могут развиваться афония и беззвучный кашель. Обычно к концу первых суток сильный голос и лающий кашель хорошо выражены. В редких случаях сохранялся звучный голос. Катаральная стадия заболевания продолжалась от 1 до 3 суток. При ларингоскопии находили только отек и гиперемию слизистой гортани.

Стеногическая стадия начиналась с присоединения шумного, стеногического дыхания, с затруднением на вдохе. При каждом вдохе слышен свистящий или пилящий звук, вдох — удлиненный. Шум при дыхании вначале слабый, затем усиливается при возбуждении, далее делается постоянным и слышен на расстоянии. Голос становится афоничным, кашель беззвучным. Стеногическое дыхание — затруднение на вдохе и на выдохе — третий признак крупа. В этот период появляется и другой признак стеноза гортани — втяжение уступчивых мест грудной клетки на вдохе (яремная ямка, над- и подключичные пространства, межреберные промежутки). Продолжительность этой стадии — от нескольких часов до 2–3 суток.

В конце стеногической стадии наступает предасфиксическая стадия, которая является показанием для немедленного оперативного вмешательства. В этот период появляются эпизоды резкого беспокойства, цианоз, испуг в глазах, рот часто открыт, отмечают слабого наполнения пульс и пароксизмальная тахикардия. Если в этот период больному не оказать помощь (произвести трахеотомию или интубацию), больной переходит в следующую стадию.

Асфиксическая стадия. Кислородное голодание утомляло больного. Он временами становился сонливым и адинамичным. Дыхание становилось бесшумным, учащенным, поверхностным. Кожа цианотична, конечности холодные, тахикардия, пульс нитевидный. Временами появлялись приступы острого удушья — больной метался от недостатка

воздуха, глаза выражали испуг, усиливалась синюшность кожи. Иногда во время такого приступа наступала смерть. В иных случаях больной погибал после агонии, при истощении центров дыхания и кровообращения. Остановке сердца предшествовала брадикардия, дыхание прекращалось. Минимальная длительность асфиктического периода — несколько минут, чаще — часы. Операция в этот период, как правило, безуспешна.

У наблюдавшихся нами больных дифтерией гортани в течение сравнительно продолжительного времени (1–2 недели) проявлялась только признаками острого ларингита. На фоне непродолжительной субфебрильной температуры тела появлялись сухой приступообразный кашель, изменения голоса, который часто исчезал (развивалась афония). У отдельных больных с локализацией патологического процесса в трахее и бронхах голос не менялся вообще. Спустя 1–2 недели с момента заболевания появлялись признаки асфиксии смешанного типа (затруднялись вдох и выдох). Дыхание становилось шумным («шум пильщика»).

Явления острой дыхательной недостаточности постепенно (в течение последних 1,5–2–3 суток) нарастали. На этом фоне, при отсутствии адекватной клинической формы и состоянию больных терапии они становятся беспокойными, а вскоре — адинамичными, заторможенными. Кожа становится серого цвета. Присоединялись признаки острой дыхательной недостаточности. Вскоре (в течение 1–1,5 суток) в этих случаях наступал летальный исход. Приведенные особенности течения заболевания характерны для взрослых людей и обусловлены анатомо-физиологическими особенностями гортани, трахеи и бронхов, и прежде всего достаточно большим их диаметром. В этих условиях местный патологический процесс в гортани, проявляющийся выраженным отеком слизистой, образованием на ее поверхности фибриновых наложений и рефлекторным спазмом мышц гортани, не способен вызвать явления острой дыхательной недостаточности. Она, как правило, развивалась с момента распространения специфического воспаления на трахею, бронхи и бронхиолы. В связи с таким механизмом истинного крупа у взрослых обычно применяемое у детей неотложное хирургическое вмешательство (трахеостомия) является неэффективным.

Дифтерия глаз

Заболевание протекало в виде типичной (с образованием пленчатых налетов) и атипичной (катаральной) формах. Типичная, в свою очередь, была локализованной (местный патологический процесс ограничивается слизистой век), распространенной (сопровождался одновременным поражением конъюнктивы глазного яблока) и ток-

сической (с отеком околоорбитальной клетчатки).

Заболевание начиналось с субфебрильной температуры тела и поражения только одного глаза, проявляющегося дискомфортом со стороны пораженного органа (склеивание век по утрам), отеком и скудно-гнойным отделяемым из конъюнктивального мешка. Осмотр конъюнктивы при катаральной форме заболевания выявлял ее умеренно выраженную гиперемию.

Типичная форма заболевания отличалась тем, что на гиперемированной конъюнктиве обнаруживали нежный легко снимаемый, беловатой окраски налет, который со 2–3-го дня становился плотным и трудно снимаемым. Спустя 3–7 дней в патологический процесс вовлекался и второй глаз.

1. Локализованная дифтерия:

Катаральная дифтерия глаза отличалась постепенным незаметным началом заболевания с появления кратковременной субфебрильной температуры тела, небольшой отечности век (они открывались легко), неяркой, с цианотичным оттенком гиперемией конъюнктивы, скудным серозно-гнойным отделяемым из конъюнктивального мешка, при отсутствии каких-либо налетов. Эти изменения исчезали самостоятельно или сопровождались появлением на конъюнктиве пленки (пленчатая форма болезни).

Пленчатая дифтерия часто имела более острое начало. Температура тела была субфебрильной — 37,5–38,0° С. Веки отекали, из конъюнктивального мешка — обильное гноевое отделяемое. На гиперемированной конъюнктиве виднелись серовато-желтые налеты, удалить которые без повреждения слизистой и кровотечения не представлялось возможным. После введения противодифтерийной сыворотки пленки исчезали в течение 3–5 дней, зрение не страдало. У отдельных больных длительное время сохранялся катаральный конъюнктивит.

2. Распространенная дифтерия глаза развивалась при прогрессировании локализованного процесса. Веки сильно отекали, их кожа принимала синюшный оттенок. Отделяемое из конъюнктивального мешка имело серозно-кровянистый характер, вначале скудное, потом довольно обильное. У отдельных больных воспалительный процесс со слизистой оболочки век распространялся на глазное яблоко и роговицу. На конъюнктиве налеты грязно-серого цвета, плотно спаянные с конъюнктивой, резко выраженный хемоз. Изменения конъюнктивы у одного больного носили характер катарально-язвенного, пленчатого кератоконъюнктивита. Под влиянием противодифтерийной сыворотки процесс купировался. Через 3–5 дней болезнь переходила в бленнорейную стадию с появ-

лением обильного гнойного отделяемого. Отек век уменьшался, налеты постепенно исчезали. Считается, что зрение страдает при наличии глубокого кератита и несвоевременности начала специфической терапии.

3. *Токсическая дифтерия глаза* у разных больных начиналась постепенно. При первом варианте начального периода она протекала поэтапно: в виде катаральной, затем — пленчатой, распространенной и токсической форм. Клинически она отличается от распространенной большей выраженностью отека век, наличием отека околоорбитальной клетчатки и бледностью кожи.

При остром начале заболевания температура тела повышалась до 38,0–39,0° С. Симптомы интоксикации были более выраженными, чем при пленчатой и распространенной формах, а также при токсической с постепенным началом заболевания. Отдельные больные отмечали кратковременный озноб, головную боль, снижение аппетита, вялость, бледность кожи лица.

Веки были резко отечны, плотные на ощупь. Кожа век — с геморрагическим пропитыванием, цианотична. Больные не могли самостоятельно открыть глаза. Из конъюнктивальных мешков выделялось сукровичное или сукровично-гнойное отделяемое, вокруг глазной щели на коже нижних и верхних век отмечали экскориацию, геморрагические корочки. На конъюнктиве века и глазного яблока были явления пленчатого конъюнктивита или керато-конъюнктивита.

Дифтерия кожи

1. *Атипичная форма* протекала в виде экземы, импетиго, гнойничковых сыпей.

2. *Типичная (локализованная, пленчатая)* форма заболевания характеризовалась повышением температуры тела до 37,0–38,0° С, умеренно выраженной общей слабостью. Через 1–2 дня в глубине складок пораженных участков кожи отмечалась грязно-серого цвета пленка. Одновременно появлялся регионарный малоблезненный лимфаденит. Заболевание принимало длительное течение и не поддавалось лечению обычными и терапевтическими средствами.

3. *Токсическая форма* протекала с выраженным отеком подкожной клетчатки вокруг пораженного участка кожи.

Дифтерия раны

1. *Атипичная форма* протекала без образования пленок.

2. *Типичная дифтерия раны — пленчатая форма.* Первыми признаками заболевания являлись повышение температуры тела до субфебрильных показателей, появление гиперемии и отека краев раны. Через 2–3 дня усиливался отек краев раны,

на её дне появлялись серовато-белой окраски трудно снимаемый налет, который вскоре становился грязно-серым. Заболевание отличалось длительным, не поддающимся лечению традиционными средствами течением.

Дифтерия уха

Характеризовалась воспалительным процессом в среднем ухе с последующей перфорацией барабанной перепонки и гноетечением. Отмечали выделение кровянистого отделяемого из уха. В полости среднего уха, на барабанной перепонке обнаруживали дифтеритические пленки, отечность ткани, изъязвления. У одного больного эти явления сочетались с поражением слухового прохода и ушной раковины.

Дифтерия наружных половых органов

Наблюдали у одной девочки и у одного мальчика. У девочки процесс локализовался на больших и малых половых губах, на вульве и влагалище, а у мальчика — на головке полового члена.

Заболевание протекало на фоне нормальной или субфебрильной температуры тела, недомогания. Местные изменения проявлялись болезненностью в месте локализации патологического процесса, усиливавшейся при мочеиспускании, гиперемией с синюшным оттенком и отеком половых губ у девочки и полового члена — у мальчика, а также наличием отдельных участков пленок. У девочки отмечали гнойные выделения из влагалища. Одновременно были увеличенными паховые лимфатические узлы.

Известно, что часто дифтерия наружных половых органов протекает атипично, без фибринозных пленок, но с наличием болей при мочеиспускании, гиперемии больших и малых половых губ, сухости слизистой с сукровично-гнойными или только с гнойными выделениями из влагалища. Эта форма дифтерии практически мало отличается от вульвитов недифтерийной этиологии. По этой причине во всех случаях затяжного течения вульвита требуется учитывать эпидемиологическую ситуацию и проводить исследования на дифтерию. Если вульвит сочетается с так называемой «ангиной», «насморком» или ребенок находится в окружении больных дифтерией, диагноз дифтерии почти не вызывает затруднений.

Литературные источники прошлого века свидетельствуют, что для токсической дифтерии половых органов характерны высокая лихорадка, общая слабость, головная боль, бледность кожных покровов, а также фибринозное воспаление половых органов, сопровождающееся отеком подкожной клетчатки, губ, лобка, паховых областей, а иногда и нижнего отдела живота и бедер. Возможен летальный исход.

Дифтерия полости рта и языка

Это форма болезни у нашего пациента сочеталась с дифтерией зева. На слизистой щек, языка иногда — на небе больного наблюдали больших размеров плотные бляшки в виде пленчатого налета беловато-серого цвета неопределенной формы с ровными и хорошо очерченными краями, возвышавшимися над поверхностью слизистой. Слизистая вокруг бляшек представляется несколько гиперемированной. Бляшки имели тенденцию к распространению и отличались стойкостью процесса.

Дифтерия желудочно-кишечного тракта

Это крайне редкая локализация (наблюдали 1 случай заболевания). Считается, что обычно эта форма болезни сочетается с другими локализациями и протекает очень тяжело.

Приводим краткую выписку из истории болезни, наблюдавшейся нами: «Больная Л., 38 лет, безработная. Заболела остро, 8.04.94., когда впервые появились боль в горле при глотании, повысилась температура тела до 37,7° С, на 2-й день — исчез аппетит, усилились боли в горле, на 3-й день — отмечалась повторная обильная рвота, появилась осиплость голоса, температура тела повысилась до 38,0° С. На 4-й день — выраженная общая слабость, отсутствие аппетита, многократная рвота. За медицинской помощью обратилась 12.04.94. (5-й день болезни). При поступлении в Клиническую инфекционную больницу им. С.П. Боткина 12.04.94. в 14.45 предъявляла жалобы на выраженную общую слабость, осиплость голоса, трудности при глотании. В анамнезе — хронический алкоголизм. От дифтерии не привита. Объективно: состояние тяжелое. Кожа — бледная, с землистым оттенком, отмечался акроцианоз. Слизистая зева была застойно гиперемированной. Определялись выраженный отек мягкого неба, язычка, передних небных дужек. Небные миндалины — II ст., покрыты белесоватым плотным фибринозным налетом, переходящим на передние небные дужки и мягкое небо, плотно спаянным с подлежащими тканями. После его снятия — кровоточащая поверхность. Пленка не растиралась между шпателями, тонула в воде. Конфигурация шеи была измененной за счет отека подкожной клетчатки, нисходящего до ключиц. Пульс — 120 уд. в мин., тоны сердца — значительно ослаблены. АД 115 и 70 мм рт. ст. ЧДД — 20 в мин. Перкуторно над легкими притупление легочного звука над правой подлопаточной областью, аускультативно — на фоне жесткого дыхания обильные звучные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Пальпировался нижний край печени (на 1 см из-под реберной дуги), ровный, плотноватый, чувствительный. Раз-

меры печени по Курлову — 12:9:7 см. Селезенка — не увеличена, поколачивание по поясничной области — безболезненное.

Диагноз при поступлении: дифтерия зева, токсическая 2 степени.

В течение первых 6 часов нахождения в стационаре отмечалось прогрессирование явлений острой дыхательной недостаточности — дыхание стало шумным, затрудненным, на каждом вдохе отмечался свистящий звук, затем возникли психомоторное возбуждение, акроцианоз. Диагностирована стенотическая стадия дифтерийного крупа, успешно выполнена интубация и больная переведена на искусственную вентиляцию легких.

В течение последующих 24 часов у больной нарастали явления сердечно-сосудистой недостаточности — сомноленция сменилась сопором, появились мраморность кожи, симптом белого пятна, отмечалось снижение артериального давления до 80 и 40 мм рт.ст., возникли кровоизлияния в местах инъекций. Через 31 час после поступления в стационар (на 6-й день болезни) наступила остановка сердечной деятельности и дыхания, реанимационные мероприятия оказались безуспешными, констатирована биологическая смерть больной.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований:

1. Общий анализ крови (от 12.04.94.) — гемоглобин 152 г/л, эр. $4,6 \times 10^9$ /л, ц.п. 0,99, лей. $15,0 \times 10^9$ /л, п. 21%, с. 64%, лимф. 6%, мон. 9%, СОЭ 34 мм/час.

2. Общий анализ мочи (от 12.04.94.) — белок 0,33 г/л, лей. 1 — 20 в п/зр, эр. неизм. — 20 — 30 в п/зр, изм. — 10 — 15 в п/зр, цилиндры гиалин. — 1 в п/зр, зерн. — 1 — 2 в п/зр.

3. Биохимические исследования крови (от 12.04.94.): глюкоза — 8,0 ммоль/л, креатинин — 0,318 мкмоль/л, АЛТ — 0,77 ммоль/ч.л, АСТ — 0,98 ммоль/ч.л, билирубин общ. — 16,6 мкмоль/л.; от 13.04.94. — глюкоза 7,3 ммоль/ч.л, креатинин 0,407 мкмоль/л.

4. Коагулограмма (от 12.04.94.) — протромбиновый индекс — 74%, время рекальцификации — 85 с., индекс коагуляции — 1,2, общий фибриноген — 4,44 г/л, фибриноген Б — отр., фибринстабилизирующий фактор — 139 %, толерантность к гепарину — 16 мин, фибринолитическая активность — 3,4%, гематокрит — 48,8%, ретракция сгустка — 35,7%, этаноловый тест — отр.

5. Титр дифтерийного антитоксина в РНГА 1:40 (12.04.94.)

6. Бактериологическое исследование слизистой зева — выделена *Corynebacterium diphtheriae*, tox +.

7. ЭКГ от 12.04.94. — синусовая тахикардия, 120 в мин, вольтаж снижен, умеренные диффузные мышечные изменения; от 13.04.94. — парок-

сизмальная предсердная тахикардия с частотой сокращения предсердий 188 в мин. Выраженные диффузные мышечные изменения.

8. Рентгенография органов грудной клетки от 12.04.94. — усиление легочного рисунка в нижней доле правого легкого.

Заключительный клинический диагноз: комбинированная дифтерия (дифтерия зева, токсическая II ст. Дифтерия гортани). Осложнения: Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Острая дыхательная недостаточность. Миокардит. Отек гортани. Сопутствующие заболевания: хронический алкоголизм, предделириозное состояние. Хронический гепатит.

Патолого-анатомический диагноз: дифтерия глотки, миндалин, гортани, трахеи. Фибринозно-некротический тонзиллит. Гиперплазия подключичных паратрахеальных, трахеобронхиальных лимфатических узлов. Отек подкожной клетчатки шеи. Множественные очаговые кровоизлияния в ткани легких, плевры, эпикарда, клетчатки переднего средостения, слизистой тонкой и толстой кишок. Острое венозное полнокровие внутренних органов. Гидроперикард (30 мл). Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Фибринозно-некротический гастрит (из фибринозных налетов в желудке посмертно бактериологически выделена *Corynebacterium diphtheriae*, tox +). Желудочно-кишечное кровотечение с объемом кровопотери 1,0 л. Хронический алкоголизм (клинически).

При анализе данного клинического случая следует отметить, что своевременно не распознана дифтерия желудка и желудочно-кишечное кровотечение, что явилось непосредственной причиной наступления летального исхода без адекватной терапии (переливание крови и ее препаратов, лечение в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации).

Последние полтора-два десятка лет в стране отмечается спорадический уровень заболеваемости дифтерией. Обычно при такой эпидемической ситуации внимание к заболеванию, особенно дифтерии редких локализаций, значительно снижается.

Вместе с тем, клинические наблюдения авторов свидетельствуют, что в современных условиях, наряду с сохранением общей закономерности развития и течения инфекционного процесса у взрослых, регистрируются все формы заболевания, в том числе — редких локализаций, информация о которых весьма скудная, а врачебная настороженность практически отсутствует.

Указанные обстоятельства способствуют несвоевременной диагностике случаев болезни с упомянутыми ее формами, несвоевременной терапии больных, прогрессированию патологического процесса, способного заканчиваться неблагоприятными последствиями, в том числе — летальным исходом.

Это в первую очередь относится к дифтерии гортани у взрослых, которая сравнительно продолжительное время имеет скудную клиническую картину, сходную с банальным ларингитом. Присоединяющаяся на позднем этапе острая дыхательная недостаточность в основном связана с распространением специфического поражения на бронхи и бронхиолы. Традиционные лечебные мероприятия в этих случаях, как правило, являются безуспешными.

Немаловажное значение имеет и то обстоятельство, что недиагностированные или поздно диагностированные случаи дифтерии создают неблагоприятную эпидемическую ситуацию по данной инфекции.

Авторы надеются, что представленная ими в статье информация окажет определенную помощь врачам различных специальностей по вопросам клиники и диагностики дифтерии редких локализаций у взрослых людей, а также повышению их настороженности в отношении данного заболевания. Это, в свою очередь, будет способствовать качеству медицинской помощи данной категории больных и улучшению эпидемиологической ситуации в отношении этой инфекции.

Выводы

1. В структуре различных клинических форм дифтерии у взрослых заболевание редких локализаций встречается крайне редко — в 1,04% случаев (0,44% — дифтерия носа, 0,33% — раны, 0,22% — гортани и 0,05% — глаза).

2. Дифтерией редких локализаций чаще всего болеют люди с отягощенным преморбидным статусом (страдающие хроническими заболеваниями внутренних органов и алкоголизмом).

3. Кардинальным клиническим признаком типичной дифтерии редких локализаций является пленчатый фибринозный налет на слизистой пораженных тканей, сопровождающийся выраженным отечным компонентом воспалительного процесса.

4. Клинические проявления дифтерии гортани у взрослых принципиально отличаются от заболевания у детей. Локализованная форма болезни характеризуется только признаками ларингита, а распространенная — также и явлениями острой дыхательной недостаточности.

5. Острая дыхательная недостаточность при дифтерии гортани наступает спустя 1 — 1,5 недели с момента появления симптомов острого ларингита и является следствием распространения патологического процесса на трахею, бронхи и бронхиолы.

6. Дифтерия редких локализаций часто является результатом распространения инфекции из первичного очага заболевания, т.е. является одним из проявлений комбинированной формы болезни.

Литература

1. Турьянов, М.Х. Дифтерия / М.Х. Турьянов [и др.]. — М.: Медикас, 1996. — 254 с.
2. Рахманова, А.Г. Клиническая картина дифтерии у взрослых / А.Г. Рахманова, И.В. Мальцева, Ю.К. Чернышёв // Сов. медицина. — 1988. — № 7. — С. 103–105.
3. Шувалова, Е.П. Верификация диагноза и оценка степени интоксикации у больных с различными формами дифтерии / Е.П. Шувалова, К.С. Иванов, Ю.И. Ляшенко // Актуальные вопросы инфекционной патологии: сб. науч. тр. — Иваново, 1994. — С. 157–160.
4. Рахманова, А.Г. Дифтерия у привитых взрослых / А.Г. Рахманова, Е.В. Степанова, В.В. Стуков // Клин. медицина. — 1994. — Т. 72, вып. 6. — С. 52–54.
5. Павлович, Д.А. Клинические формы, осложнения и исходы дифтерии у взрослых: дис. ...канд. мед. наук / Д.А. Павлович. — СПб.: ВМедА, 1996. — 175 с.
6. Ляшенко, Ю.И. Клиническая и морфологическая характеристика поражений внутренних органов при дифтерии с летальным исходом / Ю.И. Ляшенко, С.Н. Кадырова, Д.А. Павлович // Воен.-мед. журн. — 1998. — Т. 2, № 4. — С. 53–56.
7. Павлович, Д.А. Летальный исход дифтерии с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы у взрослых / Д.А. Павлович, Ю.П. Финогеев // IX республиканский съезд эпидемиологов, гигиенистов, санитарных врачей и инфекционистов Узбекистана. — Ташкент, 2010. — С. 116–117.

Авторский коллектив:

Ляшенко Юрий Иванович — профессор кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, д.м.н.; тел.: 8(812)292-34-33;

Финогеев Юрий Петрович — ассистент кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, к.м.н.; тел.: 8(812)292-34-33;

Павлович Дмитрий Алексеевич — начальник отдела здравоохранения администрации Пушкинского района Санкт-Петербурга; тел. 8-921-598-77-37, e-mail: pda@tupush.gov.spb.ru.