

ДИАГНОСТИКА ДИФТЕРИИ В ПЕРИОД ЕЕ ЛИКВИДАЦИИ

Н. П. Кудрявцева и В. И. Качурец

Кафедра детских инфекций (зав. — проф. Н. П. Кудрявцева)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Массовый охват детского населения противодифтерийными прививками и противоэпидемические мероприятия позволили повсеместно снизить заболеваемость дифтерией. Однако на фоне общего снижения заболеваемости до сего времени регистрируются отдельные очаговые вспышки дифтерии (в условиях сельской местности) и еще не ликвидирована летальность.

Ввиду этого особое значение приобретает своевременная госпитализация больных с подозрением на дифтерию для обеспечения ранней диагностики и специфического лечения.

Опыт работы дифтерийного стационара показывает, что участковые врачи допускают большой процент ошибок как в сторону гиподиагностики дифтерии (атипичные формы заболевания у привитых детей), так и гипердиагностики (при наличии ангин с фибринозно-некротическими пленками недифтерийной этиологии).

Учитывая это, в Казани на базе 1-й инфекционной клинической больницы был организован консультативный прием инфекционистами больных, направленных участковыми врачами с подозрением на дифтерию. С 1958 по 1963 гг. на консультацию в клиническую больницу было направлено 4502 больных, из них диагноз «дифтерия» был отменен амбулаторно после клинического и бактериологического обследования у 2826 (62,7%). Остальные 1676 человек (37,3%) были помещены в дифтерийный диагностический стационар.

Анализ амбулаторных карт больных, которым диагноз «дифтерия» был отменен, показал, что в основном это были ангины стрептококковой и стафилококковой этиологии, конъюнктивиты и ларингиты вирусной этиологии и др. инфекции (скарлатина, корь, инфекционный мононуклеоз).

Учитывая особенности проявления дифтерии у привитых детей, а также наплыв больных в период подъема респираторных вирусных инфекций, даже опытные инфекционисты затруднялись поставить диагноз «дифтерия» в условиях амбулаторной консультации больных. Ввиду этого по примеру Ленинграда в Казани с 1960 г. был открыт диагностический стационар на 25 коек для провизорной госпитализации больных с подозрением на дифтерию. В диагностическом стационаре было 4 изолированных бокса. Изоляция больных осуществлялась отдельно в зависимости от результатов клинических наблюдений и бактериологического обследования. Систематический контроль за работой диагностического стационара осуществлялся сотрудниками кафедры детских инфекций КГМИ. Большую помощь в проведении дифференциальной диагностики оказали комплексные методы бактериологического обследования больных (зав. бак. лабораторией Б. А. Вахаева, Г. Г. Надьрова и Е. К. Наумова); вирусологическое обследование (зав. вирусол. лабор. — В. М. Ключникова) и гематологическое исследование в динамике заболевания (В. Я. Царева).

В диагностический стационар поступило в первые 4 дня заболевания 82% больных, а остальные — на 5—7 день.

Детей от 4 до 12 лет было 75%; до 3 лет — 16% и свыше 12 лет — 9%.

Если при типичных клинических формах дифтерии, не дожидаясь результатов бактериологического исследования, немедленно вводилась противодифтерийная сыворотка и больной помещался в инфекционный стационар, то при атипичных формах вопрос о введении противодифтерийной сыворотки решался с учетом результатов бактериологического обследования.

За 1960—1963 гг. было направлено участковыми врачами в 1-ю инфекционную больницу с подозрением на дифтерию зева 216 больных, дифтерию гортани — 37, дифтерию глаз — 12, дифтерию носа — 8, дифтерию слизистых рта — 2. Из этих 274 больных в условиях диагностического стационара диагноз дифтерии был подтвержден у 90 больных (33,4%), а у остальных были констатированы различные формы ангин, фаринго-конъюнктивальная лихорадка, ларингит и др. заболевания.

Комплексный метод обследования больных в условиях диагностического стационара дал возможность более дифференцированно подходить к установлению клинического диагноза «дифтерия». Так, например, если в 1955 г. было зарегистрировано 625 дифтерийных больных при бактериологическом подтверждении диагноза в 35%, то в 1960 г. — 108, в 1962 г. — 16 и в 1963 г. по Казани не было зарегистрировано заболеваний дифтерией.

Если до 1956 г. результаты бактериологического обследования дифтерийных больных базировались в основном на изучении морфологических особенностей возбудителя, а для посева пользовались средой Леффлера, то в период ликвидации дифтерии, в связи с внедрением в лабораторную практику кровяно-теллуровых сред, более широким изучением культуральных, биохимических и токсигенных свойств воз-

будителя, бактериологическое подтверждение дифтерии возросло до 90,9% (Г. Г. Надьрова).

Противодифтерийные прививки оказали заметное влияние на клинические проявления дифтерии. Чаще стали встречаться атипичные формы заболевания (катаральная, точечная и островчатая дифтерия). Меньше стало токсических форм дифтерии II и III ст. Исчезли комбинированные и гипертоксические формы дифтерийной инфекции. Вместе с тем преобладание легких, стертых и атипичных форм дифтерии среди группы привитых детей значительно затрудняет своевременную диагностику. В этих условиях организация диагностического стационара в Казани способствовала снижению заболеваемости и ликвидации летальности при дифтерии.

Особого внимания заслуживает дифференциальная диагностика локализованных форм дифтерии и ангины с фибринозно-некротическими пленками недифтерийной этиологии.

При локализованной форме дифтерии начальный период заболевания протекает без общих симптомов интоксикации. Умеренное повышение температуры (37—38°) может быть лишь в первый день, а в дальнейшем заболевание протекает при нормальной температуре. Изменения в зеве бывают небольшими: легкая гиперемия (застойного характера), увеличение миндалин, на поверхности их островчатые или точечные фибринозные наложения, плотно спаянные с подлежащей тканью. Теллуритовая проба положительная. Бактериологическое обследование на дифтерию в первые 3—5 дней заболевания, как правило, дает положительный результат. Однократное введение противодифтерийной сыворотки (10 000—20 000 АЕ) уже через 24 часа дает положительный эффект.

При ангине с фибринозно-некротическими пленками, как и фаринго-конъюнктивальной лихорадке аденовирусной этиологии, заболевание начинается остро, температура повышается до 39—40°, выражены симптомы общей интоксикации. Гиперемия кожи лица и конъюнктивы глаз (положительный глазной компонент). В зеве — гиперемия разлитого характера. Задняя стенка глотки гиперемирована, отечна, с увеличенными фолликулами. Из носоглотки спускается слизь. Миндалины увеличены, внутренняя поверхность их неровная и покрыта ограниченными фибринозно-гнойными или фибринозно-слизистыми наложениями. Они более рыхлые, чем при дифтерии, снимаются шпателем и легко стираются тампоном на предметном стекле. Теллуритовая проба, как правило, отрицательна. Применение противодифтерийной сыворотки не дает эффекта. При бактериоскопии обнаруживалась грамположительная кокковая флора. При вирусологическом обследовании в начальном периоде заболевания выделялся аденовирус III, IV, иногда VII типа (В. М. Ключникова).

За последние годы нам удалось выявить у 104 больных аденовирусные заболевания. Направлялись такие больные чаще всего с диагнозом «дифтерия глаз». В 72% это были дети до 3 лет. Больные поступали в диагностический стационар на 3—6 дни болезни. Заболевание начиналось остро, с повышения T° до 39°. Появлялись ринит, фарингит, конъюнктивит. К 4—5 дню заболевания гиперемия конъюнктивы усиливалась, появлялся отек век, гнойные выделения. На конъюнктиве век формировались плечатые, нежные, легко отслаивающиеся налеты. Вначале поражался один глаз, затем другой. Заболевание протекало благоприятно. Клиническое выздоровление наступало на 12—16 день.

При обследовании на дифтерию получен отрицательный результат. Вирусологическое же обследование показало, что из 55 больных у 33 выделен аденовирус III и IV типа. Серологическое обследование парных сывороток дало нарастание титра специфических антител (свыше 1:16).

За последние годы с подозрением на дифтерию гортани было направлено 163 человека, из них в диагностический стационар госпитализировано 47. Среди 116 остальных были установлены: острый подвязочный ларингит (у 73), гриппозный круп (у 21), ларинготрахеобронхит (у 14), коревой круп (у 4), заглоточный абсцесс (у 4), папилломатоз гортани (у 2).

Из 47 больных, принятых в диагностическое отделение стационара, дифтерия гортани подтвердилась лишь у 4. У остальных диагностирован ложный круп, чаще всего вирусной этиологии. В этой группе преобладали дети раннего возраста. Симптомы ларингита развивались на фоне острого катара верхних дыхательных путей. Явления стеноза и дисфонии, как правило, развивались внезапно. Голос был изменен, но при плаче или крике ребенка прорывались звонкие нотки. Афонии, несмотря на нарастание явлений стеноза, не наблюдались. Кашель грубый, лающий. Дыхание затрудненное, «храпящее», с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Явления стеноза имели непостоянный характер. Как правило, ухудшение в состоянии ребенка возникало после сна или при выраженном волнении. Применение симптоматических средств, антибиотиков и введение внутримышечно нейролептической смеси (промедол + димедрол + новокаин) быстро приводили к улучшению, больные успокаивались, дыхание становилось ровным, и дети спокойно засыпали на 6—8 часов. Выздоровление наступало на 4—6 день стационарного лечения.

Не всегда ложный вирусный круп заканчивался благополучно. Из 107 больных, находившихся на стационарном лечении, 3 умерло. При тяжелых формах осложненного вирусного крупа на фоне длительного волнообразного течения развивался цианоз, выраженные явления стеноза и наступало состояние, близкое к асфиксии. Спасти ре-

бенка можно было только экстренным оперативным вмешательством (наложение трахеостомы). Проведение интубации в таких случаях противопоказано, так как обильные гнойно-фибринозные выделения из дыхательных путей не проходят через интубационную трубку. Улучшение носит временный характер, и при усиленном, навязчивом кашле ребенок быстро выхаркивает интубационную трубку. Целесообразно комбинированное лечение, включающее, кроме уже указанных средств, повторные инъекции плазмы, У-глобулина, витаминотерапию.

Первые заболевания вирусным крупом во время эпидемии гриппа в 1957 г. вызвали большие диагностические затруднения. Наблюдения за развитием заболевания, отсутствие эффекта от противодифтерийной сыворотки, длительность и волнообразность течения, отрицательные результаты повторного бактериологического обследования на дифтерию и данные прямой ларингоскопии позволяли исключать ранее подозревавшуюся дифтерию гортани.

При осложненных формах вирусного ларингита были выделены стафилококк и у отдельных больных — стрептококк.

Значительные диагностические трудности в начальном периоде заболевания представляли больные с инфекционным мононуклеозом. За 1958—1963 гг. через диагностический стационар прошло 116 таких больных. Все они направлялись с диагнозом: «дифтерия» или «подозрение на дифтерию». Болезнь проявлялась повышением температуры в пределах 38—39°, нарушением общего состояния. Часто наблюдались одутловатость и бледность лица, явления назофарингита. У всех больных было выявлено системное увеличение периферических лимфатических узлов. Особенно обращало на себя внимание групповое увеличение шейных лимфатических узлов. В зеве — гиперемия, миндалины увеличены, на поверхности их в большинстве случаев отмечались ограниченные фибринозные наложения. В ряде случаев ангина имела фибринозно-некротический характер. У всех больных мы наблюдали увеличение печени и селезенки. Картина крови характеризовалась увеличением общего числа лейкоцитов до 20 000—40 000 с лимфоцитозом, достигающим 60—80%. Были атипичные мононуклеары с резко базофильной протоплазмой. Бактериологическое обследование на дифтерию давало отрицательный результат.

Таким образом, организация диагностических стационаров, как показывает наш опыт и опыт Ленинграда, Москвы, полностью себя оправдывает. Практические врачи получают при такой организации возможность направлять больных к специалистам при малейшем подозрении на дифтерию и без введения сыворотки. Дифтерийные больные стали выявляться на ранних сроках заболевания. Это привело сначала к значительному снижению, а затем и полной ликвидации летальности от дифтерии. Сокращено введение противодифтерийной сыворотки тем больным, у которых дифтерия лишь подозревалась. Диагностический стационар по дифтерии явился базой для подготовки врачей и студентов в диагностике дифтерии.

УДК 611.728.3

ДОЛЬЧАТЫЙ НАДКОЛЕННИК

Г. С. Самойлов

Кафедра ортопедии и травматологии (зав. — проф. Л. И. Шулушко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе Казанского института
ортопедии и травматологии

Термином *patella partita* обозначают надколенник, состоящий из нескольких отделенных (*partitus* — отделенный) друг от друга зоной просветления частей. В зависимости от количества частей, надколенник называется *patella bipartita*, *tripartita*, *quadripartita*, *multipartita*. Этот вариант строения на трупе обнаружил анатом Грубер и сообщил о нем в 1883 г., а в 1909 г. Иохимсталь впервые представил рентгенологическое описание дольчатого надколенника.

Большинство авторов (В. С. Майкова-Строганова и Д. Г. Рохлин, А. Я. Пытель, О. Я. Суслowa и др.) считают, что развитие надколенника происходит из многих точек окостенения. Эти точки возникают в различные сроки и чаще располагаются одна под другой по длинной оси надколенника. Окончательное формирование надколенника заканчивается в возрасте от 15 до 18 лет. А. Я. Пытель возникновение дольчатого надколенника объясняет наличием множественной закладки ядер окостенения, остеохондропатией и др. Однако основная причина, по мнению автора, принадлежит функциональному фактору, который выражается в повышенном давлении мышечка бедра на суставную поверхность наружной половины надколенника и в постоянной тяге четырехглавой мышцы за верхне-наружный фрагмент. В. С. Май-