

введением жидкости со скоростью не более 10—15 капель в минуту в количестве, не превышающем суточный диурез, в противном случае отек мозга будет нарастать. Рекомендуется применение эфедрина, глюкокортикоидов. Следует помнить, что легче предупредить отек мозга при коме, чем вывести больного из этого состояния.

При любой диабетической коме показаны антибиотики широкого спектра действия парентерально для подавления возможной сопутствующей инфекции. При выведении больного из диабетической комы врач должен находиться около больного не менее 5—6 часов, так как многие ее осложнения диагностируются клинически и требуют немедленной коррекции.

Особенности лечения гиперосмолярной, некетоической, неацидотической комы. При этой коме нет необходимости вводить бикарбонат натрия, так как рН изменяется незначительно, ацетон в моче практически не определяется. Вливают большое количество жидкости (до 8—12 л), особенно в первые 4—6 часов выведения больного из комы. Использование гипотонических растворов (3% раствора глюкозы и 0,45% раствора хлористого натрия) является дискуссионным вопросом. Последующая тактика выведения из комы такая же, как при кетоацидотической коме.

Особенности лечения гиперлактацидемической комы. При гиперлактацидемической коме под контролем рН крови необходимо вливать большое количество бикарбоната натрия, гемодеза. При повышении рН более 7,1 введение бикарбоната натрия прекра-

щают, назначают кислород в любом виде. При большой концентрации молочной кислоты в крови показан гемодиализ. Последующая тактика лечения больных такая же, как при кетоацидотической коме.

Лечение гипогликемической комы. Необходимо срочное введение легкоусвояемых углеводов. При первых признаках гипогликемии следует немедленно накормить или напоить больного с обязательным включением углеводов (хлеб, каша, картофель, сахар, глюкоза и др.). При невозможности этого вводят внутривенно 40% раствор глюкозы от 20 до 80 мл одномоментно. Необходимо такое количество, чтобы больной пришел в сознание. Если этого не происходит, то в течение 10 минут диагноз уточняют: определяют уровень глюкозы в крови, совместно с невропатологом решают вопрос о возможности отека мозга, вводят 0,1% адреналин (0,5—1,0) подкожно при отсутствии повышенного АД. При подтверждении диагноза гипогликемии больному можно повторно ввести 40—60 мл 40% раствора глюкозы внутривенно. При отеке мозга вероятно проведение (осторожно!) спинномозговой пункции и дегидратационной терапии. Последующая тактика выведения больного из данного состояния описана выше. Если больной находится в состоянии алкогольного опьянения, то его вывести из гипогликемической комы гораздо труднее, так как алкоголь снижает уровень глюкозы в крови. В любом случае исход этого осложнения во многом зависит от незамедлительности действий врача.

Поступила 10.01.95.

УДК 616.931—08

ЛЕЧЕНИЕ ДИФТЕРИИ

Д. К. Баширова, А. И. Ширинская

*Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. Д. К. Баширова)
Казанского института усовершенствования врачей*

Дифтерия — это острая воздушно-капельная бактериальная инфекция, которую вызывает *Corynebacterium diphtheriae*. Она поражает как детей, так и взрослых и проявляется инфекционно-токсическим синдромом, а также фибринозным воспалением в месте внедрения возбудителя, чаще в ротоглотке.

В последние годы актуальность дифтерии определяется подъемом заболеваемости, обусловленной возросшей численностью неиммунных взрослых против дифтерии. По официальным данным, в России за восемь месяцев 1994 г. заболели 17228 человек, что значительно больше, чем за соответствующий период 1993 г. (5892

чел.). В Казани и в республике заболеваемость дифтерией в 1992 г. возросла в 2,4 раза по сравнению с таковой в 1991 г. В РТ за 1994 г. заболел 231 человек, в том числе в Казани — 184, преимущественно взрослых, тогда как в РТ в 1993 г. зарегистрировано всего 12 больных.

В формировании местного процесса и общих клинических проявлений основную роль играет токсин, продуцируемый токсигенной дифтерийной палочкой. Обязательная в таких случаях этиотропная терапия включает введение противодифтерийной антитоксической сыворотки (ПДС) и назначение антибиотика для подавления возбудителя. С лечебной целью применяют высокоочищенную гиперимунную лошадиную сыворотку «Диаферм». Во избежание анафилактического шока перед введением начальной лечебной дозы ПДС у больного определяют чувствительность к лошадиной сыворотке, разведенной в 100 раз. Способ выявления чувствительности изложен в инструкции, прилагаемой к каждой упаковке ПДС.

ПДС вводят больным дифтерией с учетом клинической формы, тяжести и дня болезни. Раннее (в 1—2-й день) использование ПДС является наиболее эффективным, хотя при тяжелых токсических формах оно не исключает возможности развития осложнений, а при гипертоксической форме — и летального исхода. При лечении на поздних сроках начальную дозу ПДС увеличивают на $\frac{1}{3}$ и даже, по данным отдельных авторов, в 1,5—2 раза. При токсических формах дифтерии необходимо в первые 2 суток вводить $\frac{3}{4}$ курсовой дозы; при комбинированной форме дифтерии начальную дозу ПДС рекомендуется назначать в сумме, соответствующей дозам обеих форм. Лечение сывороткой заканчивают при значительном уменьшении токсикоза, налетов и отека ротоглотки и шейной клетчатки.

При всех тяжелых формах дифтерии назначают пенициллин по 1 млн. ЕД 4—6 раз в сутки в течение 5—7 дней, при других формах — эритромицин или тетрациклин.

Локализованная дифтерия ротоглотки (островчатая). Первоначальная доза ПДС составляет 10—15 тыс. МЕ (курс — 10—20 тыс. МЕ). Эта доза может быть и окончательной.

Локализованная дифтерия ротоглотки (пленчатая). ПДС вводят в дозе 15—40 тыс. МЕ, а на следующий день назначают 10—15 тыс. МЕ (курс — 30—50 тыс. МЕ); первичный эффект можно наблюдать через 18—24 часа. При обеих формах рекомендуют 5—10% раствор глюкозы по одному стакану 3 раза в день внутрь, аскорбиновую и никотиновую кислоты, при пленчатой форме можно принимать рибоксин внутрь.

Распространенная дифтерия ротоглотки. Начальная доза составляет 30—50 тыс. МЕ, повторная — через сутки 15—20 тыс. МЕ, на 3-й день ПДС вводят по индивидуальным показаниям (курс — 50—70 тыс. МЕ). При выраженных формах интоксикации целесообразно проводить неспецифическую дезинтоксикационную терапию в виде инфузии с учетом потерь жидкости с мочой и перспирации. Из коллоидов рекомендуются гемодез или реополиглюкин, из кристаллоидов — 5—10% раствор глюкозы, причем коллоиды и кристаллоиды должны находиться в соотношении 1:2. Назначают ККБ, аскорбиновую кислоту, внутрь рибоксин, а также стрихнин нитрат (T-rae Strychnini, 5,0; T-rae Valerianae, 10,0). Взрослым дают настойку по 10 капель 3 раза в день, детям — в 1-й год жизни по 1 капле 3 раза в день в течение 10—12 дней.

Субтоксическая форма дифтерии ротоглотки. Начальная доза — 60 тыс. МЕ, на 2-й день — 30 тыс. МЕ, на 3-й — ПДС вводят по показаниям с учетом индивидуальных показаний (курс лечения — 80—100 тыс. МЕ). Обязательно проведение неспецифической дезинтоксикационной терапии. Объем жидкости, вводимой внутривенно, составляет 50—60% суточной потребности. Соотношение коллоидов и кристаллоидов — 1:1. Стартовый раствор — 5—10%-ная глюкоза. При присоединении миокардита объем вводимой жидкости должен быть уменьшен. Необходимо введение ККБ и аскорбиновой кислоты. Внутрь рекомендуются стрихнин в указанной выше прописи, а также рибоксин, кордиамин и антигистаминные препараты.

Токсическая дифтерия ротоглотки I степени. Первая доза ПДС — 60—80 тыс. МЕ, на 2-й день дозу сыворотки нужно повторить и в 3-й —

50—60 тыс. МЕ (курс — 120—180 тыс. МЕ). Проводят неспецифическую дезинтоксикационную терапию. Объем жидкости и ее соотношение такое же, как при субтоксической дифтерии ротоглотки. Преднизолон дают внутрь детям в дозе от 1 до 2 мг/кг массы тела, взрослым — 0,5 мг/кг массы тела в течение 5—7 дней или внутривенно в дозе от 60 до 90 мг в сутки. В остальном те же рекомендации, что и при субтоксической форме дифтерии.

Токсическая дифтерия ротоглотки II степени. Начальная доза ПДС — 80—100 тыс. МЕ, через 12 часов эту дозу сыворотки можно повторить. На 2-й день лечения вводят 40—80 тыс. МЕ, а при недостаточном эффекте на 3-й день — еще 50 тыс. МЕ (курс лечения — до 250 тыс. МЕ). Обязательна неспецифическая дезинтоксикационная терапия с введением внутривенно 50% суточной потребности жидкости. При присоединении миокардита объем жидкости должен быть резко снижен и составлять 100—200 мл или меньше; соотношение коллоидов и кристаллоидов — 1:2. Инфузию следует проводить на фоне дегидратации лазиксом. С дезагрегационной целью целесообразно использовать курантил. Обязательно применение преднизолона внутрь и внутривенно в дозах, указанных для лечения токсической дифтерии I степени в течение 5—7 дней, а также внутрь или внутривенно рибоксин, кокарбоксилазу, стрихнин с валерианой в указанной выше прописи, антигистаминные препараты, витамины.

Токсическая дифтерия ротоглотки III степени гипертоксической формы. Больной должен получать курсовую дозу ПДС в первые 2—3 суток. Первая доза ПДС составляет 100—150 тыс. МЕ, из которых половину вводят внутривенно под прикрытием преднизолона (120—150 мг внутривенно), через 8—12 часов необходима такая же повторная доза. На 2-й день лечения назначают 100—150 тыс. МЕ сыворотки однократно. В последующем дозу можно уменьшить в зависимости от ее терапевтического эффекта. Курсовая доза составляет до 450 тыс. МЕ, а при гипертоксической форме — до 500 тыс. МЕ и более (первоначальная доза — 150—250 тыс. МЕ). Перед вторым введением сыворотки рекомендуется провести плазмаферез,

который можно повторить, а также необходимы сеансы ГБО. Неспецифическая дезинтоксикационная терапия обязательна в небольшом объеме, так как при развитии миокардита возможна перегрузка сердца. Назначают преднизолон в дозе от 90 до 150 мг в сутки, при падении АД и развитии надпочечниковой недостаточности — внутривенно в дозе от 5 до 10 мг/кг массы тела в течение 5—7 дней. С дезагрегационной целью применяют курантил в общепринятых дозах, в остальном рекомендуется та же терапия, что и при других токсических формах дифтерии.

Дифтерия гортани. Основной задачей при лечении этой формы дифтерии является борьба с дыхательной недостаточностью и профилактика пневмонии. ПДС вводят больным в зависимости от стадии стеноза как при локализованном, так и распространенном крупе А и В: при I стадии — 15—20 тыс. МЕ, при II — 20—30 тыс. МЕ, при III — 30—40 тыс. МЕ. Через 24 часа дозу повторяют, в последующие дни назначают половину дозы.

При локализованном крупе сыворотку вводят в течение 24—36 часов, при стенозах гортани — в течение 2—3 дней до исчезновения стенотического дыхания (курс — от 40—60 до 80 тыс. МЕ). Патогенетическая терапия включает: а) борьбу с рефлексорным спазмом мышцы гортани — охранительный режим, удлинение физиологического сна, пребывание на свежем воздухе, кислород, отвлекающие процедуры (паровая ингаляция, ножные ванны при температуре 38°C); б) борьбу с отеком слизистой гортани — 1—2 мг преднизолона на 1 кг массы тела, а при стенозе гортани III степени — до 5 мг на 1 кг массы тела; в) профилактику асфиксии; при наступлении преасфиктической фазы с нарастающими признаками непроходимости дыхательных путей — оперативное вмешательство, при локализованном крупе — назофарингеальную интубацию пластиковыми трубочками, при распространенном крупе — трахеостомию с последующим удалением фибриновых пленок; г) профилактику пневмонии назначением антибиотиков широкого спектра действия.

За больными дифтерийным крупом необходимо динамическое наблюдение, осуществляемое ЛОР-специалис-

ОФИЦИАЛЬНАЯ СХЕМА ВВЕДЕНИЯ ПДС

(МЗ РФ № 05-16/42-16 от 01.11.93 г.)

| Формы дифтерии | Первая доза | На курс лечения в тысячах международных антитоксических единиц (МЕ) |
|---------------------------------------|-------------|---|
| Локализованная островчатая ротоглотки | 10—15 | 10—20 |
| Локализованная пленчатая ротоглотки | 10—40 | 30—50 |
| Распространенная дифтерия ротоглотки | 30—50 | 50—70 |
| Субтоксическая дифтерия ротоглотки | 60 | 80—100 |
| Токсическая дифтерия | | |
| I степени | 60—80 | 120—180 |
| II степени | 80—100 | до 250 |
| III степени | 80—150 | до 450 |
| Гипертоксическая дифтерия ротоглотки | 150—250 | до 500 |
| Локализованная дифтерия носоглотки | 15—20 | 20—40 |
| Локализованный круп | 15—20 | 30—40 |
| Распространенный круп | 30—40 | 60—80 (до 120) |
| Локализованная дифтерия | | |
| носа | 10—15 | 20—30 |
| половых органов | 10—15 | 15—30 |
| кожи | 10 | 10—30 |

том. Особого внимания заслуживают больные с комбинированными формами дифтерии ротоглотки и дифтерии гортани. При этих формах, кроме указанного лечения, показан комплекс интенсивной терапии, назначаемой при токсической форме.

Лечение дифтерии носа. Первона-

чальная доза ПДС — 10—15 тыс. МЕ в первый день лечения. Чаще эта доза бывает достаточной, реже сыворотку вводят повторно в дозе 10 тыс. МЕ.

Лечение осложнений

1. Инфекционно-токсический шок: больных с таким шоком лечат в реанимационном отделении (см. схему).

2. Миокардит: а) строгий постельный режим с учетом его тяжести; объем двигательных нагрузок в периоде выздоровления больного следует увеличивать очень медленно. Больному разрешается сидеть при стабильной положительной обратной динамике миокардита с последующим полупостельным режимом под контролем ЭКГ; б) при тяжелом течении миокардита назначают 15—20 мг преднизолона в сутки, реже 25—30 мг в сутки, детям — 0,5 мг на 1 кг массы тела в течение 2—4 недель с последующей заменой препарата на нестероидные противовоспалительные средства. Для лечения остальных форм миокардита применяют индометацин, ибупрофен в общепринятых дозах в течение 3—4 недель; в) назначают 20—25% раствор глюкозы по 20 мл внутривенно в течение одного месяца ежедневно и еще 0,5 месяца — через день также внутривенно, аскорбиновую кислоту, ККБ, внутрь 5—10% раствор глюкозы по одному стакану

Схема лечения инфекционно-токсического шока

| Лекарственные препараты (основные) | Степени шока | | |
|--|---|---------------------------------|-----------------------------|
| | I | II | III |
| ПДС | Разовая доза — 200—250 тыс. МЕ (внутривенно $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ дозы) 8—12 млн. ЕД. в сутки | | |
| Антибиотики — пенициллин | 2—5 мг на 1 кг мас-сы тела | 20—40 мг на 1 кг массы тела | 20—40 мг на 1 кг массы тела |
| Преднизолон (в сутки) | $\frac{1}{5}$ суточной дозы | $\frac{1}{3}$ суточной дозы | $\frac{1}{3}$ суточной дозы |
| Стартовая доза | При отсутствии эффекта эту дозу повторяют | | |
| Инфузионная терапия | В первые 8 часов взрослым — 1000 мл, детям — 20—40 мл/кг массы тела | | |
| Стартовый раствор, реополи-глюкин | Объем жидкости рассчитывают с учетом диуреза и перспирации. При неадекватном диурезе — лазикс | | |
| Плазмаферез | нет | да повторно | да |
| Свежемороженая плазма | да | да | да |
| Дофамин | нет | да | да |
| Дезагреганты | нет | да | да |
| Антикоагулянты под контролем коагулограммы | нет | да | да |
| Ингибиторы протеаз | да | да | да |
| Кислород | да | да | да |
| | | гепарин — 10—20 тыс. ЕД в сутки | |

3 раза в день; г) рекомендуется 0,1% раствор стрихнина по 1 мл в день подкожно взрослым больным и 0,1 мл один раз в день детям в первый год жизни (детям до 6 месяцев его не назначают), стрихнин можно давать до 2 недель; кроме того, его предписывают внутрь в указанной выше прописи; д) назначают АТФ, рибоксин внутривенно, кордиамин подкожно или внутрь, антигистаминные препараты. После 21-го дня болезни можно давать ретаболил внутрь в течение 10 дней, а также глютаминовую и фолиевую кислоты, панангин, оротат калия, витамины группы В, витамин Е.

3. Полирадикулоневрит: а) лечение проводят под наблюдением невропатолога; б) необходим строгий постельный режим; в) с самого начала болезни показаны инъекции стрихнина нитрата, прозерина или галантамина гидробромида, витамины В₁, В₆, трентал внутривенно, внутрь дибазол, мочегонные средства. При нарушении актов глотания и дыхания слизь отсасывают, при необходимости больного переводят на ИВЛ. Обязательны профилактика и лечение пневмонии. До-лечивание ведут в отделениях нервных болезней.

Санация носителей дифтерийной палочки. После повторного высева ток-

сигенной дифтерийной палочки назначают антибиотики — эритромицин или тетрациклин (взрослым и детям старше 8 лет) в общепринятых дозах в течение 5—7 дней. Одновременно устраняют хронические очаги ЛОР-органов. Контрольный анализ на дифтерийную палочку проводят через 3 дня после отмены антибиотика. Выписывают пациентов после получения 2-кратного отрицательного посева с интервалом в 1—2 дня.

Сроки постельного режима: при локализованной форме — 5—7 дней от начала заболевания, распространенной — 10—14, субтоксической — 25, токсической I степени — 30, II — 30—35, III — 45. Соответственно указанным выше формам дифтерии больных выписывают через 14, 21, 30—35, 35—40, 45—50 и 50—60 дней. Реконвалесцентов дифтерии выписывают после получения 2-кратного отрицательного результата посева на дифтерийную палочку с интервалом в 1—2 дня и контрольной ЭКГ с открытым больничным листом. Рекомендуется диспансеризация всех переболевших дифтерией в зависимости от тяжести формы — от одного до 5—6 месяцев в кабинете инфекционных заболеваний.

Поступила 23.12.94.

УДК 618.3+618.5]—06—055.2—053.7—084

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН

Л. М. Тухватуллина, О. В. Чечулина

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—доц. Л. М. Тухватуллина)
Казанского института усовершенствования врачей*

В настоящее время, несмотря на общую тенденцию к снижению рождаемости в России среди женщин основных групп фертильного возраста, отмечается рост частоты родов у юных. Подростковая беременность, обусловленная ранним началом половой жизни, плохой осведомленностью о методах контрацепции и недостаточно широким их распространением, является весьма серьезной проблемой в области гинекологии [4].

За 30 последних лет доля матерей моложе 20 лет увеличилась с 28,4 до 47,8%. Ежегодно в России рожают около 1,5 тыс. подростков в возрасте 15 лет, 9 тыс. — 16 лет, 30 тыс. — 17

лет. Число детей, рожденных женщинами моложе 18 лет, в общем числе родившихся составляет в среднем 2,3%.

Особенности течения беременности и родов

Беременность у подростков протекает в сложных условиях, обусловленных возрастной функциональной незрелостью, неадекватностью адаптационных механизмов, что неблагоприятно сказывается на течении беременности и родовом акте. Имеет место неудовлетворительное формирование гестационной доминанты, что чревато невынашиванием и отклонением в раз-