Возбудителем дифтерии является микроб, выделенный Ф. Леффлером (1884) в чистой культуре. Дифтерийные микробы под действием прямого солнечного света гибнут в течение немногих часов, а под действием рассеянного света — в течение нескольких дней.

Низкие температуры не убивают дифтерийные микробы длительное время. Следует отметить значительную устойчивость их на поверхности сухих предметов (детские игрушки, карандаши, ручки, книги и др.), бывших в употреблении у больных дифтерией или дифтерийных бактерионосителей. Дифтерийные микробы очень чувствительны к дезинфицирующим средствам.

Единственные источником дифтерийной инфекции в природе является человек — больной дифтерией, реконвалесцент, здоровый бациллоноситель.

Носительство возбудителя обнаруживается в 1—10 % случаев. Длительность носительства индивидуально различна и в среднем составляет 1—3 нед.

Передача инфекции в основном происходит через воздух, но возможно заражение также через предметы, которыми пользовался больной, и пищевые продукты (молоко).

В нашей стране благодаря изменению социальных условий жизни населения и широкому применению средств специфической профилактики заболеваемость дифтерией резко снизилась, а в некоторых городах практически отсутствует.

Клиника. Дифтерия характеризуется местным воспалительным процессом с образованием фибринозного налета и явлениями общей интоксикации, причем типичен параллелизм между выраженностью местного процесса и общей интоксикации.

Дифтерия зева. Локализованная форма дифтерии характеризуется незначительными проявлениями интоксикации, умеренным повышением' температуры (чаще не выше 38,5 °С) и образованием налетов только на миндалинах.

У привитых детей возможно расплавление налетов и очищение зева через 3—4 дня без специфического лечения. Иногда такую дифтерию ошибочно трактуют как ангина с сопутствующим бактерионосительством, в особенности если дифтерийные бактерии обнаруживают после очищения зева от налетов.

У детей с хроническим тонзиллитом при дифтерии налеты могут выглядеть нетипичными по расположению из-за изрытости миндалин, дольше держится гиперемия зева и лихорадка, больше увеличиваются регионарные лимфатические узлы.

Эта форма дифтерии начинается остро, температура тела 39—40 °С, может быть повторная рвота, появляется возбуждение или адинамия, лимфатические узлы значительно увеличиваются, иногда очень болезненны, вокруг них появляется отек подкожной клетчатки. Отек зева — один из самых ранних и характерных признаков токсической дифтерии — в зависимости от тяжести заболевания может быть умеренным или очень резко выраженным. Гиперемия зева вначале может быть яркой, затем, она чаще приобретает застойный характер. Налет быстро распространяется аа пределы миндалин на мягкое, даже твердое небо и в тяжелых случаях на носоглотку. Изо рта ощущается приторно-сладкий запах.

Наиболее тяжелая форма — гипертоксическая — делится на молниеносную и геморрагическую, возникает почти исключительно у непривитых детей. При геморрагической форме налеты пропитываются кровью, появляются кровоизлияния под кожу, кровотечения из слизистых оболочек носа, десен, желудочно-кищечного тракта. Молниеносная форма характеризуется чрезвычайно бурными и резкими явлениями интоксикации, по сравнению с которыми местные изменения выглядят относительно умеренными.

Дифтерия носа. При дифтерии носа общая интоксикация, как правило, почти не выражена, температура тела нормальная или субфебрильная. В начале заболевания довольно часто процесс бывает односторонним. Отмечается сужение носового хода из-за отека слизистой оболочки, появляется небольшое количество сукровичных или серозно-гнойных выделений, раздражающих кожу входа в нос и верхней губы. На носовой перегородке располагаются эрозии, язвочки, покрытые кровянистыми корками (при катарально-язвенной форме дифтерии носа), или фибринозная пленка (при пленчатой форме).

Дифтерию носа нередко диагностируют поздно из-за легкого течения и неправильной методики осмотра. Очень важно обращать внимание на состояние .перегородки носа, где наиболее выражен патологический процесс при дифтерии. Нужно учитывать, что сукровичные выделения при дифтерии носа скудны и заметны при осмотре отделяемого на платке или ватном фитильке, которым очищается нос ребенка.

Дифтерийный круп. В настоящее время дифтерийный круп встречается очень редко, почти исключительно у неиммунизированных детей или привитых с большими дефектами. Дифтерийный круп может протекать изолированно или в комбинации с дифтерией зева или носа. Общая интоксикация при дифтерийном крупе выражена нерезко. В зависимости от распространения процесса его делят на: 1) круп локализованный (дифтерия гортани); 2) круп распространенный А (дифтерия гортани и трахеи), круп распространенный Б (дифтерия гортани, трахеи и бронхов) .

Диагноз дифтерийного крупа ставят на основании следующих признаков: 1) стойкая потеря звучности голоса; 2) последовательное развитие симптомов крупа — вначале изменяется голос и появляется грубый кашель, затем присоединяется стенотическое дыхание, которое возникает тем раньше, чем меньше ребенок (в раннем возрасте на 2— 3-й день болезни, а у старших иногда даже в конце недели) ; 4) стенотическое дыхание, как правило, характеризуется неуклонным нарастанием, ему не свойственно ни монотонное, ни волнообразное течение; 5) самочувствие больного в начале болезни нарушается мало и температура невысокая.

Наиболее часто дифтерийный круп приходится дифференцировать с крупом при гриппе или при других острых респираторных вирусных инфекциях.

Окончательный диагноз в большинстве случаев устанавливают в результате клинического наблюдения с учетом эпидемиологических, бактериологических и других доступных вспомогательных методов диагностики.

Бактериологическое исследование рекомендуется производить до назначения антибиотиков тетрациклинового ряда и эритромицина, так как эти антибиотики оказывают быстрое бактериостатическое действие на дифтерийные микробы, что затрудняет исследование и искажает его результаты.

Профилактика. В борьбе с дифтерией решающая роль принадлежит специфической профилактике. Для активной иммунизации применяют адсорбированную коклюшно-дифтерийно-столбнячную вакцину (АКДС), дифтерийно-коклюшную вакцину (ДК) и очищенный адсорбированный анатоксин.

АКДС прививают детей в возрасте от 3 мес. до 6 лет, кроме детей, переболевших коклюшем. Первичный курс иммунизации АКДС - вакциной состоит из трех инъекций по 0,5 мл с интервалом в 30—40 дней. Допускается в отдельных случаях удлинение интервала до 2'/2 мес.

Дети, получившие прививку против какой-либо инфекции, могут быть привиты против другой инфекции не ранее чем через 2 мес. Прививки против полиомиелита живой вакциной можно проводить одновременно с прививками против других инфекций, если они совпадают по срокам с плановыми прививками.

Во время карантина по поводу какой-либо инфекции, кроме дифтерии и коклюша, в детских учреждениях, коммунальных квартирах, общежитиях прививки детям, не перенесшим данную инфекцию, не проводят.

У детей после введения вакцины могут наблюдаться общие и местные реакции. Общая реакция проявляется в недомогании, повышении температуры тела (37,5— 38,6°С и выше). Местные реакции выражаются в покраснении и небольшом уплотнении на месте введения, которые проходят через 2—5 дней.

В исключительно редких случаях прививки АКДС - вакциной сопровождаются необычными реакциями (шок, судороги, аллергические высыпания и др.). Ребенка, давшему подобную реакцию, ревакцинировать АКДС - вакциной нельзя.

Выявленных бактерионосителей, наиболее опасных в эпидемиологическом отношении (очаг дифтерии, посещающие детские учреждения, работающие на пищевых предприятиях, в хирургических и родильных отделениях и др.), изолируют и подвергают лечению. Их допускают вновь в коллектив только после двукратного исследования с отрицательным результатом, проведенного с 2— 3-дневным промежутком.

В профилактике дифтерии имеют значение и обще-санитарные мероприятия.

Больной или подозрительный на дифтерию подлежит госпитализации. До госпитализации ему немедленно вводят не менее 5000 АЕ противодифтерийной сыворотки.

Реконвалесцентов выписывают из больницы после исчезновения клинических явлений и двукратного с перерывом в 2— 3 дня бактериологического исследования с отрицательным результатом.

У детей, а также у взрослых, работающих в детских учреждениях и на пищевых предприятиях, соприкасавшихся с больным, берут мазки для лабораторного исследования и за ними устанавливается наблюдение в течение 7 дней.

До госпитализации больного проводят текущую, а после госпитализации — заключительную дезинфекцию.