

## ОСОБЕННОСТИ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ

*Акиншева А. С., Манкевич Р. Н.\**

УЗ «Белорусский государственный медицинский университет»;  
\*УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница»,  
г. Минск, Беларусь

**Введение.** Коклюш представляет собой серьезную угрозу жизни детей во всем мире и продолжает оставаться важнейшей проблемой здравоохранения [2]. Актуальность проблемы заключается в отмечающемся в последние годы росте заболеваемости коклюшем среди непривитых детей раннего возраста и детей, находящихся в позднем поствакцинальном периоде [2, 4, 5]. Заболеваемость в Республике Беларусь среди детей в возрасте от 0 до 18 лет составила в 2013 г. 1,99 на 100 тыс. детского населения, а в 2014 г. – 3,99 на 100 тыс. детского населения. Подъему заболеваемости способствует снижение эпидемической настороженности врачей в отношении данной инфекции, а также увеличение количества стертых и легких форм коклюша, сложность дифференциальной диагностики с заболеваниями, имеющими коклюшеподобный кашель [1,3].

Коклюш – острая антропонозная управляемая инфекция, вызываемая бактериями *Bordetella pertussis*, сопровождаемая катаральными явлениями в верхних дыхательных путях и приступообразным спазматическим кашлем [2].

**Объекты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 60 «Медицинских карт стационарного пациента» детей, находившихся на лечении в УЗ ГДИКБ г. Минска в 2013-2014 гг. с диагнозом коклюш. Их них девочек было 33 (55%), мальчиков – 27 (45 %). Возраст пациентов составил от 1 мес. До 17 лет (средний возраст  $5,73 \pm 0,59$  лет), из них в возрасте до 1 года было 14 (23%), а старше 1 года – 46 детей (77%). Верификация диагноза проводилась на основании данных бактериологического (посев из носоглотки на *B.pertussis*), серологического (иммуноферментный анализ), генно-молекулярного (полимеразная цепная реакция) методов исследования. Из исследования исключались пациенты с положительными лабораторными пробами на хламидийную и микоплазменную инфекцию. Обработку данных, полученных в результате исследований, проводили традиционными методами

математической статистики с использованием стандартного обеспечения для IBM PC (пакет прикладных программ «Биостатистика» и «Excel 2010» (Microsoft, USA)). Рассчитывали средние величины ( $M$ ,  $P$ ) и их ошибки ( $m$ ,  $p$ ). Достоверность различий между группами оценивали с помощью критерия  $t$  Стьюдента (сведения считали достоверными, начиная с  $p < 0,05$ ).

**Результаты и их обсуждение.** При анализе было выявлено, что более половины госпитализированных детей (57%) поступили в стационар по направлению детской поликлиники или детской больницы, 28% пациентов доставлены бригадой скорой медицинской помощи и только 15% пациентов обратились за помощью самостоятельно. При этом при оценке направительных диагнозов диагноз «Коклюш (?)» был выставлен лишь 23% пациентов, в приемном отделении ГДИКБ – 35% пациентов, у большинства же в направлении были указаны другие нозологии – острая респираторная инфекция, пневмония, острый бронхит и т.д. Все это свидетельствует о низкой настороженности врачей поликлинического звена и скорой медицинской помощи в отношении коклюша. Средняя длительность пребывания в стационаре составила  $10,88 \pm 0,64$  суток.

Пик госпитализаций пациентов с коклюшем наблюдался в зимний период, и составил 44%, осенью госпитализировано 20%, весной – 19%, летом – 17% пациентов.

Эпидемиологический анамнез, указывающий на контакт с пациентами, имеющими коклюшеподобный кашель, был отмечен только у 40% пациентов (24 чел).

Пациенты поступали в стационар преимущественно на  $21,6 \pm 2,5$  сутки от начала заболевания в состоянии средней степени тяжести. Клиническая картина начального периода болезни разворачивалась постепенно, с сухого навязчивого кашля, который в течение  $10,3 \pm 1,14$  дней приобретал характер спастического. У 36 пациентов (60%) заболевание протекало без подъема температуры, у 24 детей (40%) сопровождалось субфебрилитетом. В периоде разгара у всех пациентов отмечался приступообразный, малопродуктивный кашель. Репризы имели место у трети обследованных (33,3%), рвота по окончании приступа наблюдалась у большинства пациентов (56,7%), отхождение густой стекловидной мокроты отмечалось у 21 ребенка (35%). У

большинства (64%) пациентов были выявлены катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей в виде затрудненного носового дыхания или серозных выделений из носа. При объективном обследовании умеренная гиперемия задней стенки глотки имела место также у большинства (70%) обследованных. При аускультации легких у всех пациентов (100%) выслушивалось жесткое дыхание и при этом у половины (50%) из них – необильные сухие хрипы. При перкуссии коробочный оттенок легочного звука был отмечен лишь у 20% пациентов.

Всем детям в приемном отделении при поступлении был выполнен общий анализ крови (ОАК). Контрольный ОАК выполнен 77% пациентов.

При поступлении ( $21,6 \pm 2,5$  сутки) в гемограмме у пациентов имеет место достоверное повышение уровня лейкоцитов ( $12,35 \pm 0,94$  против  $9,75 \pm 0,56$  при выписке,  $p < 0,05$ ), у детей до 5 лет – сегментоядерных нейтрофилов ( $32,66 \pm 2,56$  против  $24,77 \pm 2,01$  при выписке,  $p < 0,05$ ).

Лабораторная диагностика коклюша включала ИФА, ПЦР и бактериологический метод. ИФА был проведен 54 пациентам (90%), среди них положительные IgM обнаружены у 25 пациентов (42%). ПЦР проведена 32 пациентам (53%), ДНК *Bordetella Pertussis* обнаружена в 66% случаев. Определение возбудителя бактериологическим методом проводилось 20 пациентам (33,3%) и в 100% исследований дало отрицательный результат.

На догоспитальном этапе большинство пациентов (57%) получали антибактериальную терапию. При этом кларитромицин был назначен 33% детей, амоксициллин – 31%, азитромицин – 18%, цефуроксим – 18% детей.

ПЦР и бактериологическое исследование выполнялись на  $21,6 \pm 2,5$  сутки от начала заболевания и на  $5,6 \pm 0,34$  сутки от окончания амбулаторной антибактериальной терапии. Таким образом, у 57% пациентов, несмотря на прием ими антибактериальных средств, удалось выявить ДНК *B. Pertussis*.

Среди всех обследованных на долю вакцинированных пришлось 42 ребенка (70%), из них 18 мальчиков (43%) и 24 девочки (57%), и только 18 пациентов (30%) не имели прививки против коклюша, из них 9 мальчиков (50%) и 9 девочек (50%).

Средний возраст вакцинированных детей составил  $7,2 \pm 0,7$  лет, не вакцинированных –  $23 \pm 7,41$  месяцев.

В клинической картине коклюша у вакцинированных и не вакцинированных детей был выявлен ряд различий. Приступы кашля у вакцинированных детей гораздо чаще заканчивались рвотой (61%) и сопровождались катаральными проявлениями (68%), репризы отмечались только у 29% пациентов, отхождение густой стекловидной мокроты по окончании приступа лишь у 32% пациентов. Для не вакцинированных детей были менее характерны катаральные проявления (32%), кашель сопровождался репризами у 42% пациентов, а приступ заканчивался в 47% случаев рвотой или в 42% случаев – отхождением густой стекловидной мокроты. Температура в обеих группах в большинстве (56% и 60%, соответственно) не повышалась.

#### **Выводы:**

1. В настоящее время снижена настороженность врачей амбулаторного звена в отношении коклюша.

2. На современном этапе для коклюша характерно: в начальном периоде – постепенное начало заболевания; сухой навязчивый кашель, приобретающий характер спастического; редко – субфебрилитет (40%).

В периоде разгара – состояние средней степени тяжести, приступообразный, малопродуктивный кашель; катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей (64%), рвота по окончании приступа (56,7%); редко – репризы (33,3%) и отхождение густой стекловидной мокроты (35%), умеренная гиперемия задней стенки глотки (70%); перкуторно – легочной звук (80%), аускультативно в легких: жесткое дыхание (100%) и сухие хрипы (50%).

В ОАК – лейкоцитоз, нормальная скорость оседания эритроцитов.

3. Чаще заболевание встречается среди вакцинированных детей в возрасте  $7,2 \pm 0,7$  лет и характеризуется сухим навязчивым приступообразным кашлем (100%), заканчивающимся рвотой (61%) и сопровождающимся катаральными проявлениями (68%).

4. Несмотря на проводимую антибактериальную терапию, В. Pertussis определяется из носоглотки методом ПЦР у большинства пациентов даже на  $21,6 \pm 2,5$  сутки от начала

заболевания, что, вероятно, свидетельствует о нечувствительности микроорганизма к используемым антибактериальным средствам.

### **Литература:**

1. Бабаченко, И. В. Клинико-лабораторные особенности коклюшной инфекции у детей в современных условиях: автореф. Дис. ...докт. Мед. наук. – СПб, 2007. – 36 с.
2. Вакцины для профилактики коклюша (Позиция ВОЗ) // Педиатрическая фармакология. 2008. № 1. С. 91–94.
3. Герасимова А. Г., Петрова М. С., Тихонова Н. Т. И др. Клинико-эпидемиологическая характеристика современного коклюша // Вакцинация. 2004. № 5 (35). С. 4–5.
4. Протасеня, И. И. Сравнительная характеристика коклюша у привитых и непривитых детей / И. И. Протасеня, В. П. Молочный // тезисы Всероссийской научно-практической конференции «Вакцино-профилактика, иммунотерапия, иммунокоррекция». – Москва, 2004.-С. 91
5. Селезнева Т. С. Мониторинг иммуноструктуры детского населения к коклюшу в современных условиях // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2009, № 2.

## **ВЛИЯНИЕ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА УРОВЕЬ ИНСУЛИНА В КРОВИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*Байгот С. И.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Беларусь

**Введение.** В последние годы наблюдается заметное изменение интереса исследований детского питания в направлении изучения влияния питания на ранних этапах развития на состояние здоровья в последующие годы жизни [2].

К настоящему времени высказаны интересные гипотезы о механизме связи массы тела при рождении и избыточного потребления белка в раннем детстве с последующим развитием ожирения и инсулин-резистентного диабета [2, 3, 4].

Изучение экспрессии гена клеток поджелудочной железы в экспериментальных условиях позволяет утверждать, что раннее постнатальное питание может определять построение и поддержание эпигенетических механизмов, ответственных за клеточно-специфическую активность гена на протяжении всей