

Осмоловская А.А., Сарока Е.Д.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮША В СОЧЕТАНИИ
С РЕСПИРАТОРНЫМИ АТИПИЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ
Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Ластовка И.Н.,
ассист. Гаврилова О. А.

Кафедра детских инфекционных болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Заболеваемость коклюшем в Беларуси в 2017 г. составила 5,4 на 100 тыс. человек, а в 2018 г. увеличилась до 6,8 на 100 тыс. населения. Особенностью современного течения коклюша является выявление данной патологии в более старших возрастных группах, а также увеличение доли привитых среди заболевших.

Цель: выявить особенности течения коклюша и микст-инфекций (коклюш в сочетании с респираторным хламидиозом/микоплазмозом) у детей.

Материалы и методы. В исследование вошли 58 человек, находившихся на лечении в Городской детской инфекционной клинической больнице г. Минска в период с февраля 2011 г. по июль 2016 г. мальчиков было – 23 (39,7%), девочек – 35 (60,3%). Группа №1: пациенты с микст-инфекцией – коклюш в сочетании с респираторным хламидиозом/микоплазмозом, n=21. Группа №2 – пациенты с коклюшем, n=37. Проанализированы данные анамнеза, клиники в двух группах детей.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов, вошедших в исследование, составил 7 лет 5 мес. (3 мес.–13л. 3 мес.). Возраст детей 1-й группы составил 7 л. 9 мес. (5 л. 5 мес. – 13л. 7 мес.), 2-й группы – 7 л. 3 мес. (1 год 6 мес. – 13 л. 1 мес.). Различий по полу в обеих группах выявлено не было. В среднем сроки пребывания в стационаре составили 21 (11-29) день и не различались в двух подгруппах. Прививочный статус пациентов 1-й группы был следующим: привиты согласно Национальному календарю профилактических прививок РБ – 15 детей (75,0%), 5 (25,0%) – не были привиты против коклюша; 2-я группа: привиты – 24 (70,6%), не привиты – 10 (29,4%). Повышение температуры до фебрильных цифр отмечалось у 7 (33,3%) детей 1-й группы и у 17 (45,5%) пациентов 2-й группы. Приступообразный кашель среди пациентов 1-й группы был выявлен у 16 (76,2%) заболевших, 2-я группа – 37 (100%) ($F=0,166$, $p=0,004$). Сухой кашель в 1-й группе был выявлен у 12 человек (57%), во 2-й группе – у 19 (51%); продуктивный кашель у 6 (28,5%) пациентов в 1-й группе и у 7 (18,9%) во 2-й группе. Ночной характер кашля наблюдался у 6 (28,5%) пациентов 1-й группы и у 9 (24,3%) пациентов во 2-й группе. Затруднение дыхания было выявлено у 3 (14,3%) пациентов 1-й группы и у 11 (9,4%) пациентов 2-й группы. После окончания приступа кашля наличие рвоты или выделение слизи отмечалось у 11 (52,3%) пациентов 1-й группы и у 25 (67,5%) пациентов 2-й группы. Покраснение, цианоз лица были выявлены у 3 (14,3%) пациентов 1-й группы и у 9 (24,3%) 2-й группы. Проявления ринита были отмечены у 5 (23,8%) пациентов 1-й группы и у 2 (5,4%) пациентов 2-й группы. Рентгенограмма органов грудной клетки была выполнена в группе №1 у 8 пациентов, в группе №2 у 15 пациентов. Из них данные в пользу бронхита выявлены у 4 (50%) пациентов группы №1 и у 5 (33,3%) – группы №2; пневмония в группе №1 у 1 (12,5%) пациента, во 2-й – у 1 (6,67%) пациента, также в группе №2 у 2-х (13,3%) отмечались рентгенологические признаки обструктивного бронхита.

Выводы. Выявлено, что клинические симптомы при коклюше с присоединением атипичной флоры мало отличаются от типичного коклюша, однако у пациентов с микст-инфекцией приступообразный характер кашля был выявлен достоверно реже по сравнению со случаями моноинфекции коклюша ($p=0,004$). Это свидетельствует о необходимости проведения дифференциальной диагностики для исключения микст-инфекции. Важно, что средний возраст пациентов с коклюшем составил 7 лет 3 месяца жизни и 67,2% заболевших коклюшем детей были привиты против этой инфекции, это свидетельствует о невозможности исключить инфекцию, вызванную *Bordetella pertussis*, у привитых детей.