

ОСОБЕННОСТИ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ВАКЦИНАЛЬНОГО СТАТУСА

Акиншева А.С., Манкевич Р.Н.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра детских инфекционных болезней, г. Минск*

Ключевые слова: коклюш, дети.

Резюме. В статье отражены наиболее характерные клинико-диагностические особенности коклюша у детей на современном этапе с учетом их вакцинального статуса.

Resume. The most characteristic clinical and diagnostic features of pertussis at children at the present stage in view of their vaccination status are reflected.

Актуальность. Коклюш - одна из ведущих детских инфекций, которая еще полстолетия назад была причиной детской смертности. На нынешнем этапе, с введением вакцинопрофилактики, врачи стали значительно реже сталкиваться с тяжелыми формами коклюшной инфекции. Однако, данное заболевание не перестает оставаться важнейшей проблемой здравоохранения [2]. В последние годы регистрируется множество случаев заболевания коклюшем среди привитых детей и детей, находящихся в позднем поствакцинальном периоде [2,4,5,6]. В Республике Беларусь за период 2013-2014 гг. заболеваемость коклюшем среди детей увеличилась почти в два раза. Подъему заболеваемости способствует снижение эпидемической настороженности врачей в отношении данной инфекции, а также увеличение количества стертых и легких форм коклюша и сложность дифференциальной диагностики с заболеваниями, имеющими коклюшеподобный кашель [1,3].

Цель: изучить особенности коклюшной инфекции у детей с учетом вакцинального статуса.

Задачи: 1. Выявить характерные особенности клинической картины коклюшной инфекции у детей на современной этапе; 2. Оценить особенности клинической картины с учетом вакцинального статуса.

Материал 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 %) человека, мальчиков – 27 (45 %) человек. 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 $p < 0,05$). 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 %) поступило в стационар по направлению детской поликлиники или детской больницы, 28 % пациентов доставлено 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 человека).

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, не смотря на прием 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 отличий. 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 «Вакцинопрофилактика, 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.
6. Семенов, Б.Ф. Подъем заболеваемости коклюшем на фоне массовой вакцинации. Гипотезы, объясняющие этот феномен / Б.Ф. Семенов, Н.С. Захарова, И.К. Мазурова // Журн. микробиол. – 2003. – №6. – С. 70–73.