

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОКЛЮША В СОЧЕТАНИИ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (ОРВИ), У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Халупко Е.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра детских инфекционных болезней, Республиканская клиническая инфекционная больница, Бишкек

Резюме: проведен сравнительный анализ клинико-эпидемиологических особенностей течения коклюша у 61 ребенка раннего возраста и у 64 детей, больных коклюшем в сочетании с ОРВИ.

Ключевые слова: коклюш, острые респираторные вирусные инфекции, кашель, репризы, синдром бронхиальной обструкции, осложнения.

KLINIKO-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF A WHOOPING COUGH IN A COMBINATION TO ACUTE RESPIRATORY VIRUS INFECTIONS (ARVI), AT CHILDREN OF EARLY AGE

Halupko E.A.

Kyrgyz State Medical Academy, Department of Children's Infectious Diseases. Republican clinical infectious hospital, Bishkek

Abstract: the comparative analysis of kliniko-epidemiological peculiarities of a current of a whooping cough at 61 children of early age and at 64 children sick of a whooping cough in a combination with ARVI is carried out.

Keywords: a whooping cough, acute respiratory virus infections, cough, reprises, a syndrome of bronchial obstruction, complication.

КӨК ЖӨТӨЛ ООРУСУ МЕНЕН ООРУГАН ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДЫН КУРЧ МҮНӨЗДӨ КАРМАГАН РЕСПИРАТОРДУК ВИРУС ЧАКЫРГАН ООРУЛАРЫНЫН КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Халупко Е.А.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы, Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Кортунду: көк жөтөл оорусу менен ооруган 61 ымыркай балдардын жана курч мүнөздө кармаган респиратордук вирус чакырган 64 баланын клиникалык жана эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрү аныкталган.

Ачык сөздөр: көк жөтөл, жөтөл, курч мүнөздө кармаган респиратордук вирус чакырган оорулары, реприз, обструкция синдрому, оорунун өтүшкөндүгү.

Введение. В структуре детской инфекционной патологии коклюш занимает одно из ведущих мест и характеризуется высокой заболеваемостью, особенно в крупных городах [1, 5], длительным течением заболевания, развитием осложнений, возможными летальными исходами

у детей раннего возраста. Это заболевание продолжает оставаться важнейшей проблемой здравоохранения даже в странах с высоким охватом прививками против коклюша [2].

В современных условиях коклюш до 60% случаев протекает в сочетании с острыми респираторными

торными вирусными инфекциями. Наслоение ОРВИ, в том числе гриппа, РС-инфекции, аденовирусной инфекции и других нередко является причиной ухудшения состояния, развития осложнений у детей больных коклюшем [1, 3].

Коклюшно-вирусная микст - инфекция регистрируется преимущественно у непривитых против коклюша детей (90,9%). Через 6-9 лет у детей, после перенесенной коклюшно-вирусной инфекции выявляются в 2 -5 раз чаще резидуальные неврологические изменения, чем у реконвалесцентов коклюша, который проявлялся как моноинфекция [3, 4].

Цель работы. Изучить клинико-эпидемиологические особенности коклюша в сочетании с ОРВИ у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. За период 2006-2011гг. в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) было госпитализировано 125 больных в возрасте от 0 до 3-х лет, с диагнозом коклюш. Наблюдаемые больные дети разделены на две группы: дети, у которых коклюш проявлялся как моноинфекция (I группа – 61 больной) и микст – инфекция – сочетание коклюша с ОРВИ (II группа - 64 больных).

Применялись общеклинические и инструментальные методы исследования. Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы SPSS 11.

Результаты и их обсуждение. Возрастная структура детей, больных коклюшем в сравниваемых группах была представлена преимущественно детьми до 1 года (Рис. 1).

Детальный анализ возрастной структуры обследованных больных показал следующее распределение: от 0 до 3 мес. 34(56,0%) - 28(43,9%); от 4 до 6 мес. 10(16,0%) - 13 (20,0%); 7-12 мес. 7(12,0%) – 11(17,3%), старше 12 месяцев 10(16,0%) – 12(18,8%). Эти данные свидетельствуют о преобладании детей первого полугодия жизни

Жителями города Бишкек были 37 (60,0%) – 33 (51,6%) детей, села 22 (36,0%)– 25 (39,1%) и временно проживающие в городе составили 2(4,0%) – 6(9,4%) больных.

Анализ прививочного статуса показал, что в основном преобладали непривитые против коклюша дети первых трех месяцев жизни (59,0% - 60,9%), и дети, у которых не сформирован пер-

вичный прививочный комплекс (вакцинированные одно или двукратно) - 31,1 – 26,6%. Только 9,9% – 12,5% больных получили полный вакцинальный комплекс (3 прививки на первом году жизни).

Контакт в семье, с длительно кашляющими детьми и взрослыми, выявлен у 26,5%-43,8% больных детей в сравниваемых группах.

Из анамнеза жизни удалось установить, что большинство (90,0% – 84,4%) детей были доношенными. Неблагоприятное течение беременности выявлено только у 7(10,3%) матерей I группы детей (гестозы в I-II половине беременности, угроза прерывания, выкидыши, многоводие, анемия, нефропатия) и у 36 (56,3%) матерей детей II группы. Осложнения во время родов (преждевременные роды, стремительные роды, слабость родовой деятельности, роды путем операции кесарево сечения) выявлены у 4-х (6,0%) и 20 (31,3%) матерей, больных детей.

Отягощенный преморбидный фон был выявлен у 6,6% - 83,0% детей. При его детальном исследовании у (3,3% - 62,5%) больных отмечались признаки перинатальной патологии центральной нервной системы (ГПЦНС), у (1,6% - 3,1%) экссудативно-катаральный диатез и у (1,6% - 7,8%) больных - недоношенность. Однако, у больных II- й группы (сочетание коклюша с ОРВИ), часто

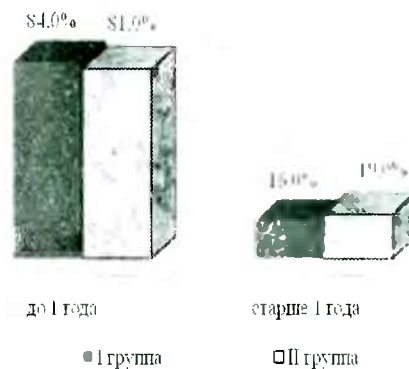


Рис. 1 Возрастная структура больных коклюшем, поступивших в РКИБ

выявлялись: анемия (50%), паратрофия (6,3%) и гипотрофия (1,6%).

На учете у невропатолога с внутричерепной гипертензией состояли (1,6% - 9,6%) больных, а во II- й группе, выявлено (3,2%) детей с органиче-

ским поражением ЦНС (киста головного мозга, спинномозговая грыжа).

Участковыми врачами были направлены 43 (63,2%) – 18 (28,1%) детей, из других детских стационаров поступили 10 (25,0%) и 35 (54,7%), без направления врачей поступили –3(4,4%) - 4 (6,3%) и скорой медицинской помощью доставлено 5 (7,4%) - 7 (10,9%) больных детей коклюшем

С направляющим диагнозом «коклюш», поступило 52 (85,0%)- 41(64,0%) больных, острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) 8 (12,0%) – 12 (18,7%) больных соответственно.

Структура предварительных диагнозов в сравниваемых группах была следующей. коклюш (90,2% - 71,9%), коклюш + ОРВИ (9,8% - 28,1%). До поступления в инфекционный стационар (54,4%-53,1%) детей получили антибактериальную терапию (АБТ) (ампициллин и его аналоги) в поликлиниках по месту жительства, в течение 5,5 + 2,4 дней. Из них 22,1% - 34,4% больных получили комбинированную АБТ

(ампициллин+цефалоспорины) в других стационарах в течение 6,62 +2,3 дней по поводу пневмонии и синдрома бронхиальной обструкции. Все дети (I – II групп) госпитализированы в поздние сроки болезни, на 6,6+ 1,3 день спастического кашля

Большинство (92,6%-87,5%) больных детей были госпитализированы в полубоксированное отделение РКИБ. Сразу в отделение реанимации и интенсивной терапии (РИТ) по тяжести поступило 3,0% -1,6% детей, на 1,8+0,3 день (4,4% - 10,9%) детей I-II группы были переведены в РИТ из отделения. Показаниями к переводу детей в РИТ были частые апноэ, дыхательная недостаточность (ДН) II-III степени на фоне пневмонии.

Увеличению количества больных II группы (коклюш+ОРВИ) способствовала суперинфекция у 18,8% детей. Диагноз «коклюш» был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных, так как бактериологическое исследование было безрезультатным.

Таблица 1.

Частота клинических симптомов у детей в сравниваемых группах

симптомы	I группа		2 группа		
	Коклюш-моноинфекция		Коклюш+ОРВИ		P
	абсолютное число (n)	% M + m	абсолютное число (n)	% M + m	
острое начало заболевания	7	11,5% ± 2,3%	4	6,3% ± 2,0%	P>0,05
постепенное начало заболевания	54	88,5% ± 4,3%	60	93,8% ± 3,1%	P>0,05
умеренная интоксикация	7	11,5% ± 2,3%	24	37,5% ± 9,8%	P<0,05
рвота после кашля	6	9,8% ± 2,0%	19	29,7% ± 6,3%	P<0,05
изменения в легких	8	13,1% ± 2,6%	49	76,6% ± 6,0%	P>0,05
Частота приступов кашля 10-15 раз в сутки	32	52,5% ± 8,8%	28	43,8% ± 9,3%	P>0,05
15-24	21	34,4% ± 10,3%	30	46,9 ± 9,1%	P>0,05
>24 раз в сутки	8	13,1% ± 2,6%	6	9,4% ± 2,0%	P>0,05
репризы	7	11,5% ± 2,3%	21	32,8% ± 10,2%	P<0,05
апноэ	13	21,3% ± 4,3%	24	37,5% ± 9,8%	P>0,05
одышка	7	11,5% ± 2,3%	34	53,1% ± 8,5%	P>0,05

Как показано в таблице 1 начало заболевания у большинства детей в сравниваемых группах, было постепенным. Катаральный период составлял в среднем 11+1,4; 12,2+4,8 дней. Известно, что для типичного коклюша не характерно наличие лихорадки и других симптомов интоксикации. Повышение температуры тела было связано не только с развитием пневмонии, а также с наслоением внутрибольничной инфекции (ОКИ) у 10,5% - 37,5% больных в течение 3+0,2; 2,6+0,7 дней. Симптомы интоксикации отмечались достоверно чаще во II группе ($P<0,05$). У всех больных II группы кроме приступов спазматического кашля выявлены и другие катаральные симптомы (насморк, конъюнктивит, гиперемия зева). При физикальном обследовании изменения в легких были выявлены у (13,1% - 76,6%) больных ($P>0,05$).

Более длительные приступы кашля, сопровождающиеся цианозом и апноэ, были отмечены в обеих сравниваемых группах (19,1% - 37,5%), ($P>0,05$). Апноэ развивалось на 4+0,7 день спазматического кашля, частота которого составила 3,0+0,3 в сутки. Длительные приступы спазматического кашля у (10,3% - 29,7%) детей заканчивались рвотой достоверно ($P<0,05$) чаще во II группе, которая сохранялась в течение 3,2+1,2; 3,9+1,3 дней. Репризы были достоверно ($P<0,05$) чаще у детей II группы (12,0% - 32,8%).

Частота осложнений имела достоверные ($P<0,05$) отличия во II группе (16,3% - 54,7%) больных (пневмония с дыхательной недостаточностью (ДН) I-II, коклюшная энцефалопатия). Синдром бронхиальной обструкции развивался у 14,0% больных II группы и усиливал синдром дыхательной недостаточности.

Заболевание протекало в основном в средне-тяжелой форме у (60,3%) больных I-й группы, тогда как во II-й группе преимущественно в тяжелой форме (72,0%).

В картине периферического анализа крови у (36,0% -15,6%) больных было отмечено характерное для коклюша сочетание лейкоцитоза ($11 - 30 \times 10^9$) с лимфоцитозом (68,0%-79,0%) - (64,0%-80,0%). У 11% больных II группы выявлена лейкопения ($4,5-7 \times 10^9$) с лимфоцитозом (63,0%-89,0%), а у 7,0% - лейкопения ($4,2 - 7 \times 10^9$) с лимфопенией (37,0% - 44,0%), что вероятно связано с суперинфекцией ОРВИ.

Антибактериальная монотерапия назначалась (92,0% - 75,0%) больным, последовательная - (8,0% - 25,0%) детям. АБТ была представлена

следующими антибиотиками: ампициллин - у (45,6% - 10,9%) детей, цефатоксим - (26,5% - 39,1%), цефтриаксон у (7,4% - 25,0%). Гентамицин получали реже, только 2,9% больных I группы. Средняя продолжительность курса антибактериальной терапии составила 9,0+3,2; 10,1+3,1 дней. Комбинированную антибактериальную терапию получили дети с тяжелыми формами заболевания и с осложнениями. Все дети получили патогенетическую терапию. Инфузионная терапия проводилась с целью дезинтоксикации, детям с бактериальными осложнениями 17 (25,0%) - 38 (59,4%). При тяжелых формах коклюша применяли кортикостероиды.

Большинство (69,0% - 90,6%) детей выписано из стационара с улучшением, с выздоровлением - (26,5% - 7,8%) больных. Самовольно из отделения (3,0% - 1,6%) детей мамы забрали домой, и лишь 1 ребенок из I группы переведен в другой стационар. Длительность пребывания в стационаре составила 9,5+3,0; 10,7+3,7.

Таким образом, у детей раннего возраста при сочетании коклюша с ОРВИ заболевание чаще протекает с интоксикацией, в тяжелой форме, а дыхательная недостаточность может быть обусловлена также сопутствующим обструктивным синдромом. Лечение этих детей следует проводить с учетом сопутствующих неотложных состояний и осложнений.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1.Тимченко В.Н., Бабаченко И В., Ценева Г.Я. Эволюция коклюшной инфекции у детей. СПб.:ЭЛБИ-СПб, 2005: 192.
- 2.Бабаченко И В Клинико-лабораторные особенности коклюшной инфекции у детей в современных условиях: Автореф дис. доктор мед. наук -Санкт-Петербург, 2007. -С.3
- 3.Попова О.П., Петрова М.С., Чистякова Г.Г., Салова В.Н., Скачкова В.Г., Звонарева С.В.// Клиника коклюша и серологические варианты коклюшного микроба в современных условиях. Ж Эпидемиол. и инф. болезни.-2005.-№1.-С.44-45.
- 4.Daniel N. Wolfe, Girish S Kirimanjeswara, Elizabeth M. Goebel. Comparative role of immunoglobulin a in protective immunity against the bordetellae. // Infection and immunity. -2007. Sept. - Vol. 75. -№9 -P.4416-4422.
- 5.Ricardo Aguas, Guilherme Goncalves, M Gabriela M Gomes. Pertussis: increasing disease as a consequence of reducing transmission. - 2006. - ([http//infection.thelancet.com](http://infection.thelancet.com)).