

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Юрчук А.А., Чечетова С.В., Карамурзаева Г.А.,
Чыныева Д.К., Журавлева О.Ю.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Республиканская клиническая инфекционная больница
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе проведен анализ историй болезней 61 ребенка с коклюшем, находившихся на стационарном лечении в РКИБ в 2015 году. При сравнении среднетяжелых и тяжелых формах коклюша у детей раннего возраста выявлено преобладание детей до года при тяжелой форме болезни, проживающих в сельской местности и имеющих гипоксически-ишемическую энцефалопатию (ГИЭ). Выявлена недооценка тяжести коклюша, хотя лечение у многих соответствовало тяжелой форме болезни.

Ключевые слова: коклюш, диагностика, тяжесть болезни, лечение.

АЗЫРКЫ УБАКТАГЫ КӨК ЖӨТӨЛДҮН АКТУАЛДУУЛУГУ

Юрчук А.А., Чечетова С.В., Карамурзаева Г.А.,
Чыныева Д.К., Журавлева О.Ю.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул илимий изилдөөдө 2015 - жылы Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар бейтапканасында көк жөтөлдөн даарыланган 61 баланын бейтап баяны изилденди. Көк жөтөлдүн орто жана оор формалары салыштырылганда, бир жашка чейинки балдарда оорунун оор абалы көбүрөөк кездешери, балдардын басымдуу бөлүгү айыл-жергесинде жашаары жана балдардын мээсинин гипоксикалык ишемикалык жабыркаганы аныкталды. Көк жөтөлдүн оордугу жакшы бааланбагандыгына карабай дарылоо оор түрүндөгүдөй болгон.

Негизги сөздөр: көк жөтөл, дартты аныктоо, оорунун оордугу, даарылоо.

TOPICAL ISSUES OF PERTUSSIS IN CHILDREN AT THE PRESENT STAGE

Yurchuk A.A., Chechetova S.V., Karamurzaeva G.A.,
Chinieva D.K., Zhuravleva O.Y.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Republican clinical infectious hospital
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. When compared moderate and severe forms of pertussis in infants revealed the prevalence of infants with severe forms, living in rural areas and with hypoxic ischemic encephalopathy. Revealed an underestimation of the severity of disease, although treatments, corresponded to a severe form of disease.

Key words: pertussis, diagnostics, severity of disease, treatment.

Введение.

Коклюш — острое инфекционное заболевание, сопровождающееся воспалительными явлениями в верхних дыхательных путях и приступообразным спазматическим кашлем. Коклюш широко распространен в мире. Ежегодно болеет около 60 млн. человек, из которых около 600 000 умирает. По оценкам ВОЗ 90,0% из зарегистрированных случаев коклюша наблюдается в развивающихся странах [1,2]. Несмотря на то, что систематически проводится активная иммунизация, уровень заболеваемости коклюша остается высоким.

Болеют и дети, и взрослые. Наиболее часто заражаются непривитые дети в возрасте до 5 лет, причем особенно опасен коклюш для детей первого года жизни [3]. Ребенок до первого полугодия жизни не защищен от коклюша т.к. материнский иммунитет не передается, а первичный вакцинальный комплекс (3 прививки) формируется только с 5-6 месяцев. Низкий охват детей до года прививками против коклюша не позволяет реализовать вакцинацию как эффективное профилактическое средство [4,5].

Это заболевание продолжает оставаться важнейшей проблемой здравоохранения даже в странах с высоким охватом прививок против коклюша. При обследовании лиц с упорным продолжительным кашлем у 20,0—26,0% серологически выявляется коклюшная

инфекция, бактериологические исследования последние 10-20 лет не дают положительных результатов. Проводимая традиционная терапия больных коклюшем, которая заключалась в назначении этиотропных, патогенетических и симптоматических средств не всегда эффективна для больных с тяжелыми формами коклюша, что диктует поиск новых подходов к данной проблеме.

Цель данного исследования представить клинико-эпидемиологические особенности коклюша у детей раннего возраста на современном этапе.

Материалы и методы.

В работе проведен анализ историй болезни 61 ребенка с коклюшем, находившихся под наблюдением в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) г. Бишкек в 2015 году.

Применялись общеклинические методы исследования, анализ акушерского анамнеза матери и болезни ребенка, эпидемиологический анамнез. Проводилось изучение результатов показателей общего анализа крови, бактериологического исследования мазка из зева больного ребенка, а также других биохимических методов исследования крови. Статистическая обработка данных была проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и обсуждение.

Нами проведен анализ 61 истории болезни детей,

больных коклюшем и находившихся на стационарном лечении в РКИБ в 2015 году. Изучая возрастную структуру наблюдаемых нами больных, было выявлено, что большинство (86,9%) пациентов составили дети первого года жизни (рис.1), что обусловлено отсутствием материнского иммунитета, а также коротким периодом времени для формирования поствакцинального иммунитета при удлинении сроков вакцинации на первом году жизни из-за острых заболеваний.

Был проведен сравнительный анализ клинико-эпидемиологических и лабораторных критериев в двух группах, это I группа детей со среднетяжелой формой коклюша (36 – 59,0%) и II группа с тяжелой формой заболевания (25 - 41,0%).

Коклюш в среднетяжелой форме болезни отмечался, в основном у детей до 1 года жизни (80,6%) и у 19,4% детей старшего возраста. При тяжелой форме коклюша возрастная структура больных была представлена в основном детьми первого года жизни (96,0%). Интересно отметить, что среди больных со среднетяжелой формой коклюша преобладали девочки (58,3%), в то время как при тяжелых (рис.2) формах болезни пациентами чаще были мальчики (52,0%).

В группе больных со среднетяжелой формой коклюша преобладали городские жители (61,1%), в то время, как тяжелые формы заболевания чаще встречались среди сельских жителей (68,0%). Возможно, это было связано с более высоким охватом вакцинопрофилактикой в условиях города, по сравнению с сельской местностью,

где тяжелые формы болезни развиваются у непривитых от коклюша

Дети, больные коклюшем со среднетяжелой и с тяжелой формой заболевания были не организованными. Контакт с коклюшным больным при сборе эпидемиологического анамнеза не был установлен скорее всего потому, что источниками болезни были взрослые в семье, у которых коклюш протекал в легкой форме под маской «бронхита». Поступали дети с коклюшем, в среднем на 3-й недели болезни ($13,7 \pm 4,5$; $15,9 \pm 5,3$), что связано с окончанием катарального периода и началом периода спазматического кашля. С направлением в стационар обратилось 72,2% больных со среднетяжелой формой и 64,0% пациентов с тяжелой формой коклюша. Среди направительных диагнозов в группах со среднетяжелой и тяжелой формами болезни были такие, как коклюш (73,1%; 87,5%), микст-инфекция - ОРВИ+коклюш (3,8%; 6,3%), ОРВИ (23,0%; 6,3%).

При поступлении диагноз коклюша выставлен у 100,0% больных со среднетяжелой формой и 92,0% больных с тяжелой формой заболевания. В связи с тем, что для коклюшной инфекции не характерна интоксикация критериями тяжести болезни были: частота и длительность приступов спазматического кашля, частота рвоты и репризов, наличие апноэ, развитие судорожного синдрома или признаки угнетения центральной нервной системы

Среди сопутствующей патологии, в группах со среднетяжелой и тяжелой формами болезни была выявлена анемия (13,9%; 16,0%), ВПС (5,6%; 8,0%), и у 16,0% детей

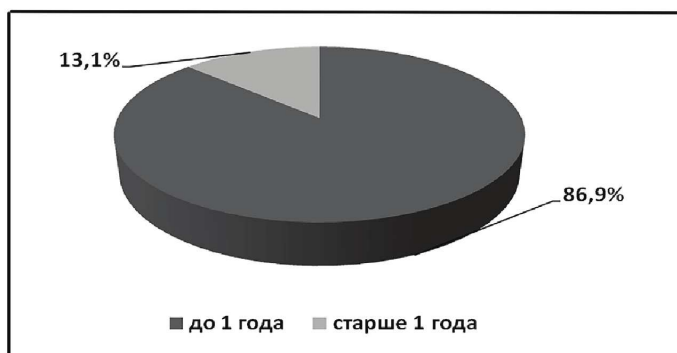


Рис.1. Возрастная структура детей, больных коклюшем

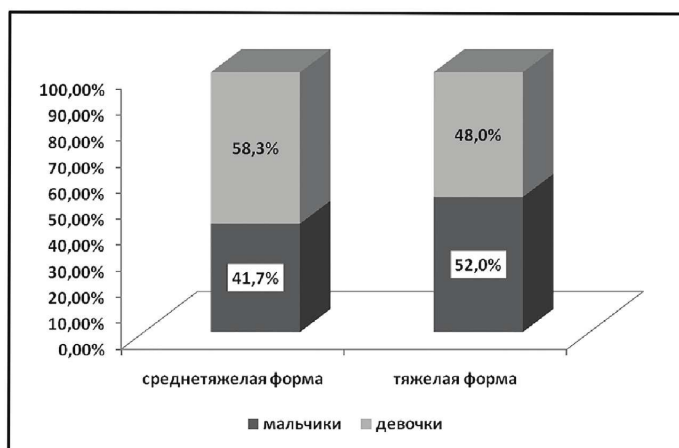


Рис.2. Распределение больных коклюшем по полу.

с тяжелой формой коклюша – гипоксически-ишемическая энцефалопатия(ГИЭ).

По данным акушерского анамнеза, беременность протекала, в основном, гладко (97,2%; 96,0), лишь у небольшой части (2,8%; 4,0%) матерей роды протекали путем кесарева сечения. В основном (97,2%; 84,0%), вес детей при рождении был в пределах нормы, низкий вес при рождении (до 2-х килограмм) был реже (2,8%; 12,0%).

Некоторые пациенты (8,3%; 28,0%), находившиеся под нашим наблюдением, получали антибактериальную терапию на догоспитальном этапе. Лечение больных детей на догоспитальном этапе проводилось (100,0%; 85,7%) препаратами ампициллинового ряда (ампициллин, амоксициллин, амоксиклав), лишь 14,3% детей с тяжелой формой коклюша получили препараты цефалоспоринового ряда (цефатоксим, цефтриаксон).

В катаральный период коклюша родителей больных детей отмечали повышение температуры тела до субфебрильных цифр (37,0-38,4⁰С), при этом длительность лихорадки не превышала 2-3-х дней (11,2%; 24,0%).

Среди катаральных явлений в клинической картине коклюша, в основном у всех был нарастающий кашель, насморк (63,9%; 88,0%), и умеренная гиперемия зева (33,4%; 74,0%). У 2,8% больных со среднетяжелой формой коклюша и 4,0% детей с тяжелой формой приступ кашля заканчивался рвотой, что свидетельствует о начале периода спазматического кашля.

Из осложнений коклюша, чаще развивалась пневмония (8,3%; 48,0%). Методом УЗИ головного мозга у 4,0% детей выявлены признаки внутри черепной гипертензии, как следствие ГИЭ. У всех наблюдаемых нами больных в периферической крови отмечался лейкоцитоз с лимфоцитозом (типичные изменения крови при коклюше), причем существенных различий при среднетяжелой и тяжелой формах коклюша выявлено не было (P>0,05).

При лечении, в основном, у всех детей с коклюшем (94,4%; 100,0%) использовали этиотропную антибактериальную терапию в течение 6,7±2,2 дней при среднетяжелой форме болезни и 8,6±2,8 дней при тяжелой. Антибактериальная терапия проводилась в виде монотерапии (91,4%; 80,0%), последовательного назначения антибиотиков (8,6%; 16,0%), и у 4,0% пациентов с тяжелой формой коклюша использовалась комбинированная этиотропная терапия. Стартовым препаратом, как правило, был ампициллин, который у 8,0% больных в дальнейшем был заменен на цефтриаксон. Также, в качестве монотерапии использовались препараты

цефалоспоринового ряда, и в 8,0% случаев переходили на цефалоспорины 4-го поколения.

Все дети со среднетяжелой, так и с тяжелой формами коклюша, получали синекод (61,1%; 64,0%) в качестве препарат, подавляющего кашлевой центр.

В большинстве случаев (72,2%; 80,0%) для лечения коклюша у детей до года в стационаре применялся аминазин в возрастных дозировках, хотя необходимо было использовать только при тяжелых формах болезни. Назначение ноотропа - кортексина (33,3%; 60,0%) чаще было выявлено на фоне тяжелого течения коклюша. Косвенно по объему применения аминазина и кортексина следует предполагать гиподиагностику ГИЭ и недооценку степени тяжести коклюша у детей до года. Эти данные подтверждают преобладание тяжелых форм коклюша у детей до года на фоне не диагностированных, частых имеющихся у этих детей ГИЭ.

Среднее пребывание в стационаре больных с коклюшем составило 7-10 дней. При тяжелой форме коклюша, также как и при среднетяжелой форме болезни момент выписки отмечалось улучшение состояния ребенка

Выводы:

1. В возрастной структуре детей, больных коклюшем и госпитализированных в стационар преобладали пациенты первого года жизни (86,9%).

2. В группе больных со среднетяжелой формой коклюша преобладали городские жители (61,1%), в то время, как тяжелые формы заболевания чаще встречались среди сельских жителей (68,0%). Чаще всего коклюш у детей до года протекает в тяжелой форме, была недооценка тяжести состояния и роль ГИЭ в формировании тяжелых форм коклюша.

3. Назначение аминазина и ноотропа – кортексина показано только при тяжелой форме болезни, особенно с отягощенным ГИЭ преморбидным фоном.

Литература:

1. *Коклюш у детей. Методические рекомендации, Бишкек 2012. – 28с.*
2. *Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей // учебник - Геотар Медицина, 2010. – 687 с.*
3. *Иванова В.В. Инфекционные болезни у детей // Москва, 2002. – 321 с.*
4. *Махмудов О.С. Справочник по инфекционным болезням детского возраста // Ташкент, 2006. – 196 с.*
5. *Соколова Н.Г. Педиатрия с детскими инфекциями // Феникс, 2006. – 326с.*