

УДК 616.921.8-071/-074-053.2

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОКЛЮША  
У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА**

*Дюндиков А. А., Ткаченко С. А.*

**Научный руководитель: д.м.н., доцент Е. Л. Красавцев**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Коклюш — острая инфекционная болезнь, вызываемая коклюшной палочкой. Передается воздушно-капельным путем, характеризуется преимущественным поражением нервной системы, дыхательных путей и своеобразными приступами кашля. Коклюш широко распространен в мире. Ежегодно заболевает около 60 млн человек, из которых около 600 тыс. умирает [1].

Восприимчивость к коклюшу почти абсолютная и притом с рождения. Она утрачивается после перенесения коклюша вследствие приобретения стойкого пожизненного иммунитета (повторные заболевания крайне редки). Иммунитет вырабатывается и после вакцинации, но он менее стоек, для его поддержания производят ревакцинацию. Кроме того, поствакцинальный иммунитет в ряде случаев не предохраняет детей от заболевания, но коклюш у привитых детей протекает обычно в легкой или стертой форме [3].

Чаще всего коклюшем болеют дошкольники; данная инфекция особенно опасна для детей до 1 года [2].

В периферической крови при коклюше у детей определяются лимфоцитоз и лейкоцитоз (число лейкоцитов может достигать  $15-10^9/л-40-10^9/л$  и более). При тяжелых формах они приобретают особенно выраженный характер [4].

***Цель***

Изучение основных лабораторных особенностей коклюша у детей в зависимости от пола и возраста.

***Материал и методы исследования***

Исследование было проведено на базе УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» (ГОИКБ). Исследование проводилось как текущее, выборочное. Первичные данные были получены путем выкопировки из медицинской документации (стационарная карта выбывшего больного). Была проанализирована информация о 60 пациентах, проходивших лечение с 2011 по 2014 гг. Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от пола. Были выделены возрастные интервалы для основной патологии. Помимо возрастной и половой структуры был проведен учет изменений показателей лабораторной диагностики. Полученные данные обработаны статистическим методом исследования.

***Результаты исследования***

Обе исследуемые группы сопоставимы по возрастной структуре, характеру основной патологии. Количество пациентов в обеих группах по 30 человек. Возрастная характеристика основных групп представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Возрастная структура пациентов коклюшем различного пола

Возрастной интервал	Количество пациентов (чел.)		Соотношение пациентов по возрасту (%)
	мальчики (М), n	девочки (Д), n	
До 1 года	13	17	50
1-3 года	2	4	10
3-5 лет	6	5	18,3
Старше 5 лет	9	4	21,7
Всего	30	30	100

В основном болеют дети до 1 года, как мальчики так и девочки, что составило 50 % от других возрастных групп. Причем девочки (17) болеют чаще чем мальчики (13) в этом возрасте, статистически значимо  $\chi_{i,2} = 3,247991772$   $p < 0,002$ .

Также был построен график зависимости заболеваний от возраста и пола (рисунок 1).

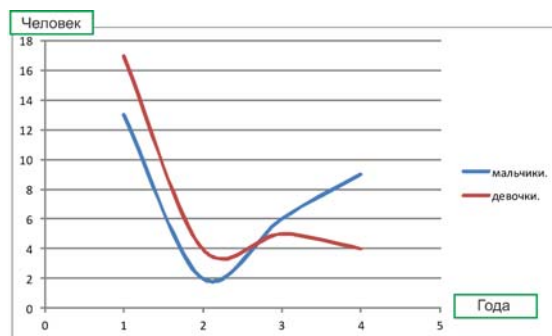


Рисунок 1 — Количество заболевших коклюшем различного возраста

Пик заболеваемости как у мальчиков, так и девочек приходится на 1 год жизни, к 2–3 годам заболеваемость снижается, а затем у мальчиков вновь повышается. В исследуемых группах также были проанализированы некоторые гематологические данные пациентов. Результаты отражены в таблицах 2,3.

Таблица 2 — Некоторые гематологические данные у детей при заболевании коклюшем

Возраст	Лейкоцитоз, $> 9 \times 10^9/\text{л}$	Относительный лимфоцитоз, $> 60\%$	СОЭ, $> 5$ мм ч.
До года	23	26	22
Старше 5 лет	3	4	6

Лейкоцитоз у детей характерен в возрастной категории до 1 года, для детей старше 5 лет наблюдается уменьшение выраженности реакции, статистически значимо  $\chi_{i,2} = 2,961365835$ ,  $p < 0,001$ .

Лимфоцитоз у детей характерен в возрастной категории до 1 года, для детей старше 5 лет наблюдается уменьшение выраженности реакции, статистически значимо  $\chi_{i,2} = 3,30394018$ ,  $p < 0,001$ .

При сравнительном анализе критерия достоверности хи-квадрат для детей с ускоренным СОЭ статистически значимых отклонений не было выявлено,  $\chi_{i,2} = 1,369096272$ .

Таблица 3 — Отличительные особенности СОЭ у мальчиков и девочек при заболевании коклюшем в разных возрастных группах

Лабораторный показатель	Мальчики	Девочки
СОЭ до года $> 0-1$ мм ч.	13	17
СОЭ старше 5 лет (Мальчики $> 1-2$ мм ч.) (Девочки $> 10$ мм ч.)	7	1

При сравнительном анализе критерия достоверности хи-квадрат для мальчиков с ускоренным СОЭ статистически значимых отклонений не было выявлено,  $\chi_{i,2} = 1,028441689$ .

У девочек до года выявляется ускорение СОЭ, в отличие от девочек старше 5 лет, статистически значимо  $\chi_{i,2} = 3,062762594$ ,  $p < 0,005$ .

### Выводы

1. Заболевание коклюшем регистрируются как у мальчиков, так и у девочек примерно с одинаковой частотой.

2. Пик заболеваемости для обоих полов приходится на первый год жизни.

3. Лейкоцитоз и лимфоцитоз чаще регистрируется у детей до года, чем у детей старше 5 лет.

4. Увеличение СОЭ при коклюшной инфекции более выражено у мальчиков, чем у девочек.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ющук, Н. Д. Инфекционные болезни: национальное руководство / Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. — 2009. — 311 с.
2. Инфекционные болезни у детей: учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов / под ред. В. Н. Тимченко, Л. В. Быстряковой. — СПб.: СпецЛит, 2001. — 560 с.
3. Учайкин, В. Ф. Инфекционные болезни у детей / В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева. — ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 688 с.

УДК 615.468.6:616-089.843.33/.34]:616-006

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОДНОРЯДНОГО ШВА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ И МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

*Дятлов А. П., Астапенко М. И., Васильцова Т. А.*

Научный руководитель: к.м.н. доцент *И. В. Михайлов*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Появление атравматичного шовного материала повлекло внедрение в практику желудочно-кишечной хирургии однорядных швов анастомозов несколько десятилетий назад. Однорядный кишечный шов, при условии его прецизионного формирования, является достаточно безопасным [1, 2]. Экспериментальные исследования свидетельствуют о меньшей выраженности воспалительных изменений в области однорядного анастомоза, в сравнении с двухрядным [3]. В то же время в лечебных учреждениях Республики Беларусь наиболее часто применяются двухрядные швы анастомозов. В связи с этим актуальной является оценка безопасности однорядного кишечного шва.

### **Цель**

Провести сравнительную оценку непосредственных результатов применения однорядного и двухрядного шва при формировании желудочно-кишечных и межкишечных анастомозов у онкологических пациентов.

### **Материал и методы исследования**

Изучены данные операционных журналов абдоминального хирургического отделения ГОКОД за 2009–2014 гг., создана база данных MS Access. В исследование включено 206 пациентов, оперированных в плановом порядке по поводу рака желудка и опухолей панкреатодуоденальной зоны. Основную (I) группу составили 77 пациентов, перенесшие операции с формированием однорядных анастомозов. Во всех случаях однорядные анастомозы формировали непрерывным атравматичным серозно-мышечно-подслизистым швом, с использованием монофиламентного рассасывающегося шовного материала, 4/0. Контрольную группу составили 129 пациентов, оперированных с наложением двухрядных анастомозов. Внутренний ряд формировали непрерывным обвивным швом через все слои, с использованием монофиламентного рассасывающегося шовного материала, 4/0, а наружный — узловыми серозно-мышечными швами.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту и полу. Средний возраст пациентов I группы, перенесших дистальные субтотальные резекции желудка (ДСРЖ), и II группы, составил  $63,1 \pm 11,4$  и  $64,9 \pm 10,4$  года, соответственно ( $P > 0,05$ ). Минимальный возраст составил 30 и 31 год, максимальный — 81 и 91 год. Доля мужчин в группах — 64 и 63,5 %, соответственно. У пациентов, перенесших гастропанкреатодуоденальные