

Эпидемиологический анализ с использованием статистических методов обработки по установлению факторов риска показал, что возраст не является причиной или условием заболеваемости ($t = 1,68$), а фактор риска «пол» оказывает незначительное действие на заболеваемость туберкулезом (0,2). Проявляется сильная выраженность между проведением профилактических медицинских осмотров населения флюорографическим методом и заболеваемостью туберкулезом (1,5). Особенно выраженное влияние оказывает контакт с бактериовыделителем микобактерии туберкулеза (различие в группах признаков составляет $\chi^2 = 10,1$, что $< 3,84$). Выявлена резко выраженная корреляционная зависимость между заболеваемостью туберкулезом и отсутствием профилактической химиотерапии (коэффициент корреляция 0,6), проживанием в сельской местности (коэффициент корреляция 0,5) и неблагоприятными жилищно-бытовыми условиями (коэффициент корреляция 0,4), корреляционная связь между заболеваемостью туберкулезом и частотой ОРВИ и курением — низкая (коэффициент корреляция 0,1).

Выводы

В структуре инфекционной заболеваемости Курской области важную роль играют социально значимые заболевания, среди которых первое место занимает ВИЧ-инфекция, а второе — туберкулез, которые ложатся тяжелым экономическим бременем на финансирование практического здравоохранения. Наиболее выраженными факторами риска развития эпидемического процесса и формирования эпидемической ситуации в регионе являются частота и регулярность проведения профилактических медицинских осмотров населения флюорографическим методом и выявления контактов с бактериовыделителями возбудителей туберкулеза. Следовательно, приоритетное значение в проведении противоэпидемических мероприятий должно иметь своевременное выявление источников инфекции — больных людей, из групп риска среди населения региона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь и принимаемые меры по уменьшению распространения туберкулезной инфекции / Г. Л. Гуревич [и др.] // Туберкулез современного периода: матер. междунар. науч.-практ. конф. — Минск, 2012. — С. 19–26.
2. Коломиец, В. М. Педагогическая школа кафедры фтизиопульмонологии Курского государственного медицинского университета: формирование и перспективы / В. М. Коломиец, Ю. И. Лебедев, С. С. Гольев // Туберкулез и болезни легких. — 2015. — № 9. — С. 54–58.
3. Нечаева, О. Б. Мониторинг туберкулеза в Российской Федерации / О. Б. Нечаева, Е. И. Скачкова, Д. А. Кучерявая // Туберкулез и болезни легких. — 2013. — № 12. — С. 40–49.
4. Отраслевые и экономические показатели противотуберкулезной работы в 2009–2014 гг. Методика расчета показателей и статистические материалы по результатам пятилетнего наблюдения / под ред. С. А. Стерликовья. — М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2015. — 68 с.
5. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 года г. № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания».
6. Global tuberculosis report 2013. Geneva: World Health Organization, 2013. — 289 p. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf. — Дата доступа: 10.01.2014.

УДК 616.921.8

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОКЛЮШЕМ И КОКЛЮШЕПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ

Шешко Л. И., Францева К. А.

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

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

Введение

Коклюш — острое инфекционное заболевание, вызываемое коклюшной палочкой с воздушно-капельным путем передачи инфекции, характеризующееся возникновением приступообразного кашля и развитием осложнений со стороны бронхов легких и центральной нервной системы (ЦНС) [4].

Еще в 1928 г. А. Стевенон так писал о коклюше: «Существует болезнь, особенно часто встречающаяся в детском возрасте, характеризующаяся приступами настолько жестокого кашля, что создается впечатление, будто ребенок задыхается; после кашля происходит отделение вязкой слизи. Эта болезнь приводит в отчаяние матерей, т. к. она причиняет много страданий ребенку из-за длительности ее течения». [5]. Первое описание коклюша было сделано в 1578 г. Гийомом де Байю, который наблюдал в Париже эпидемию этого заболевания, протекавшего с большой летальностью. Для коклюша характерно наличие лейкоцитоза и лимфоцитоза.

До настоящего времени коклюш и его возбудитель остаются серьезной проблемой не только для Беларуси, но и для всего мира. По данным ВОЗ, в мире ежегодно заболевает коклюшем около 60 млн человек, умирает около 1 млн детей, преимущественно в возрасте до года [1]. Заболеваемость связана с низким уровнем привитости в отдельных странах.

Низкий уровень привитости связан с увеличением числа медицинских отводов из-за неблагоприятного преморбидного фона (поражение ЦНС, врожденная патология, аллергические заболевания), а также отказа родителей от прививок [1]. Другими причинами роста заболеваемости коклюшем являются несвоевременное проведение противоэпидемических мероприятий вследствие поздней диагностики заболевания, а также тактические и терапевтические ошибки врачей. Этому способствуют не только трудности диагностики легких и стертых форм коклюша, особенно при наличии сопутствующей вирусной инфекции, но и снижение настороженности педиатров в отношении коклюша.

В периоде спазматического кашля клиническая диагностика коклюша может быть затруднена наличием коклюшеподобного синдрома при ряде инфекционных, в том числе вызываемых RS-вирусами, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, а также соматических заболеваний и состояний (легочная форма муковисцидоза, лейкозы, лимфогранулоцитоз, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов и др.) [2].

Для коклюшеподобного синдрома характерны клинические проявления, типичные для коклюша, но при этом не обнаруживают *Bordetella pertussis*, зато многократно были выделены определенные серотипы аденовирусов, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и другие [4]. У ребенка появляется сухой приступообразный кашель, который может сопровождаться даже остановками дыхания. Приступы длятся разное количество времени, заканчиваются свистящим вдохом — репризом.

В связи с массовым применением антибиотиков на догоспитальном этапе методы традиционной бактериологической диагностики утрачивают свое значение, а серологические методы (РПГА) не всегда специфичны и чувствительны. В настоящее время благодаря интенсивным исследованиям разработаны экспресс-методы диагностики коклюша (иммунофлюоресцентный, латексной микроагглютинации). Иммунофлюоресцентный (РНИФ) метод позволяет обнаружить наличие корпускулярных антигенов *B. pertussis* в гортанно-глоточном смыве с задней стенки глотки. Врач получает возможность уже через 2–6 ч подтвердить диагноз коклюша и провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями со схожими симптомами (коклюшеподобный синдром). Метод латексной микроагглютинации (ЛМА) позволяет выявить антигены возбудителя коклюша в слизи задней стенки глотки уже через 30–40 мин. Сравнительная оценка общепринятого номенклатурного и методов экспресс-диагностики выявила несомненные преимущества последних, поскольку они позволяют в несколько раз увеличить процент лабораторно подтвержденных случаев коклюша. На данный момент самыми достоверными методами диагностики коклюша и коклюшеподобного синдрома являются ПЦР и ИФА. [3].

Таким образом, проблема лабораторной диагностики коклюша у детей еще далека от окончательного разрешения. Опыт предыдущих исследований позволяет утверждать, что для достоверной лабораторной диагностики коклюша должно использоваться несколько взаимодополняющих тестов. Наиболее эффективной считается комбинация методов индикации возбудителя (бактериологический и ПЦР мокроты).

Цель

Изучить клинические и лабораторные особенности больных коклюшем и коклюшеподобным синдромом.

Материал и методы исследования

Были проанализированы медицинские карты 62 детей, переболевших коклюшем (50 детей) и коклюшеподобным синдромом (12 детей). Анализу подвергались данные анамнеза, клинических и лабораторных исследований. В исследование методом случайной выборки было включено 62 медицинские карты пациентов с коклюшем и коклюшеподобным синдромом (33 мальчика, 29 девочек). Средний возраст детей составлял $2,7 \pm 0,4$ года.

Специфическая диагностика проводилась 31 ребенку с коклюшем: у 8 диагноз был подтвержден с помощью РПГА (повышен титр антител) и у 11 бактериологически. У 12 человек результаты лабораторных тестов были отрицательными. С коклюшеподобным синдромом было обследовано 12 человек. У 7 пациентов диагноз коклюша был исключен с помощью РПГА и у 5 бактериологически.

Обработку полученных результатов производили при помощи методов параметрической критерий Стьюдента).

Результаты исследования и их обсуждение

При сравнении клинических проявлений у пациентов с коклюшем и коклюшеподобным синдромом установлено, что количество дней пребывания в стационаре пациентов с коклюшеподобным синдромом меньше ($7,58 \pm 1,06$ дней), чем с коклюшем ($11,24 \pm 0,63$ дней, $P < 0,01$). При коклюше возраст заболевших детей меньше ($2,44 \pm 0,45$ года), чем при коклюшеподобном синдроме ($6,33 \pm 1,6$ года, $P < 0,01$), таблица 1.

Таблица 1 — Клинические проявления у пациентов с коклюшем и коклюшеподобным синдромом

Признак	Коклюш	Коклюшеподобный синдром	P
Возраст	$2,44 \pm 0,45$	$6,33 \pm 1,6$	$P < 0,01$
Дни, пребывания в стационаре	$11,24 \pm 0,63$	$7,58 \pm 1,06$	$P < 0,01$
Частота пароксизмальных приступов	$4,42 \pm 0,19$	$4,25 \pm 0,33$	$P = 0,66$
Рвота	$2,62 \pm 0,15$	$2,5 \pm 0,23$	$P = 0,67$

Сравнение лабораторных данных у пациентов с коклюшем и коклюшеподобным синдромом представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Лабораторные показатели у пациентов с коклюшем и коклюшеподобным синдромом

Признак	Коклюш	Коклюшеподобный синдром	P
Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	$13,96 \pm 0,9$	$11,66 \pm 1,71$	$P = 0,24$
Лимфоциты, %	$61,41 \pm 2,12$	$56,92 \pm 4,03$	$P = 0,34$

Заключение

У пациентов с коклюшем и коклюшеподобным синдромом количество дней пребывания в стационаре пациентов с коклюшеподобным синдромом меньше, чем у больных с коклюшем ($P < 0,01$). При коклюше возраст заболевших детей меньше, чем при коклюшеподобном синдроме ($P < 0,01$).

Среди клинических и лабораторных данных у пациентов с коклюшем и коклюшеподобным синдромом отличий не было выявлено, что свидетельствует о недостаточном использовании подтверждающих специфических лабораторных тестов (у 31 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бабаченко, И. В.* Коклюшная инфекция в условиях антигенного дрейфа *Bordetella pertussis* / И. В. Бабаченко, Н. Н. Курова, Г. Я. Ценева // Вопросы современной педиатрии. — 2006. — № 6. — С. 24–27.
2. Российский педиатрический журнал: научно-практический журнал / Е. И. Краснова [и др.] // Научно-практический журнал. — 2004. — № 5. — С. 57–59.
3. *Кириллов, В. И.* Клиническая практика и перспективы иммунокорректирующей терапии: обзорный материал / В. И. Кириллов // Практикующий врач. — 1998. — № 12. — С. 9–12.
4. *Намазова, Л. С.* Is pertussis a problem for the Russian pediatrics? Can we overcome it? / Л. С. Намазова, А. К. Геворкян, Е. А. Галеева // Педиатрическая фармакология. — 2006. — № 4. — С. 6–9.
5. Коклюш и цитомегаловирусная инфекция у детей / М. С. Петрова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2008. — № 5. — С. 57–61.