

Л. В. Крамарь, К. О. Каплунов

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра детских инфекционных болезней

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮША У РЕБЕНКА С СОПУТСТВУЮЩИМИ ИНФЕКЦИЯМИ

УДК 616.921.8

В статье рассматривается клинический случай коклюшной инфекции с тяжелым течением, осложненной пневмонией, энцефало- и миокардиопатией с сопутствующими инфекциями ЖКТ и мочевыводящих путей. Случай закончился благополучно.

Ключевые слова: коклюш, тяжелое осложненное течение, детские инфекционные болезни.

L. V. Kramar, K. O. Kaplunov

THE CASE OF A SERIOUS COMPLICATED PERTUSSIS IN A CHILD WITH UNDERLYING INFECTIONS

The article discusses the clinical case of a pertussis with severe course complicated by a pneumonia, an encephalo- and a miocardopathy with concomitant infections of the gastrointestinal and the urinary tracts. The case ended successfully.

Key words: pertussis, severe complicated disease, children's infectious diseases.

Коклюш (Pertussis; шифр по МКБ-10 – А37) – острое антропонозное инфекционное заболевание, вызываемое бактериями *Bordetella pertussis*, передающееся аэрогенным механизмом, характеризующееся длительным приступообразным судорожным (спазматическим) кашлем, поражением дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем [1].

Коклюш до настоящего времени остается актуальной проблемой здравоохранения не только в РФ, но и во всем мире. По данным ВОЗ, ежегодно в мире коклюшем болеет около 60 млн человек, при этом умирает около 1 млн детей [2]. В настоящее время эпидемическая ситуация по коклюшу может расцениваться как эпидемия заболевания, при этом главную массу заболевших составляют непривитые люди [7].

Восприимчивость к данной инфекции высокая во всех возрастных группах, но особенно восприимчивы дети первого года жизни. Дети первых месяцев жизни особенно тяжело переносят заболевание, которое часто осложняется развитием специфических, в том числе угрожающих жизни осложнений – апноэ, энцефалопатией, нарушением ритма дыхания, судорогами, угнетением сознания, геморрагическим синдромом. Из неспецифических осложнений наиболее часто возникает пневмония. Возможны резидуальные явления и летальные исходы [4].

Данное наблюдение, как и ранее описанные нами случаи [3, 5, 6], в клинической практике встречается достаточно редко и поэтому мо-

жет представлять интерес для врачей инфекционного профиля.

Клинический случай. Ребенок В., возраст 6 недель, поступила в детский инфекционный стационар 16.05.2015 г. с направительным диагнозом «Обструктивный бронхит, ДН 1-й степени. Коклюш?».

Из анамнеза жизни выяснено, что девочка заболела неделю назад, когда на фоне нормальной температуры появился сухой кашель. Педиатром был выставлен диагноз ОРВИ, лечилась амбулаторно вифероном 150 тыс. ед. ректально, синекодом.

На фоне проводимой терапии лихорадки не было, при этом кашель постепенно усиливался и через 6 дней от начала заболевания принял приступообразный характер с репризами. Направлена на госпитализацию.

Из анамнеза жизни известно, что рождена от 2 беременности, 2 срочных родов. Родилась с весом 3550 г. Оценка по шкале Апгар 8–9 баллов. Период новорожденности протекал гладко. Находилась на грудном вскармливании. Наследственность неотягощена. Гемотрансфузии, оперативные вмешательства, туберкулез, венерические заболевания мать отрицает. Лекарственной непереносимости не выявлено.

Привита в роддоме БЦЖ и от вирусного гепатита В. До настоящего заболевания ничем не болела. Вес при поступлении 4150 г. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что в

семье все здоровы, контактов с больными ОРВИ и кашляющими больными не было.

При поступлении в стационар состояние было расценено как среднетяжелое. Жалобы на приступообразный кашель с репризами, заканчивающийся выделением вязкой, тягучей мокроты. Температура при поступлении 37,3 °С, число дыханий 40 в минуту, число сердечных сокращений 140 в минуту. При осмотре кожа чиста, бледная, обычной окраски. Большой родничок 3,0 x 3,0 см, на уровне костей черепа. В зеве – неяркая гиперемия дужек, мягкого нёба, налетов нет. В легких жесткое дыхание, единичные рассеянные сухие хрипы. По другим органам и системам – без особенностей.

Ночь провела спокойно. До 6 часов утра состояние оставалось средней степени тяжести. За время наблюдения отмечалось 3 приступа спазматического кашля. Во время приступа отмечался умеренный цианоз, рвоты не было. Приступ заканчивался отхождением вязкой мокроты.

В 6 часов утра во время приступа кашля у ребенка стал интенсивно нарастать тотальный цианоз, который не купировался подачей кислорода, произошла остановка дыхания (апноэ) и сердечной деятельности с потерей сознания. Ребенок был срочно взят в реанимационный зал, где были начаты реанимационные мероприятия.

При переводе в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) состояние расценено как крайне тяжелое: сознание отсутствует, тотальный цианоз, брадиаритмия (около 40 ударов в минуту), пульсация на периферических сосудах отсутствует.

Ребенку срочно начата вентиляция легких мешком Амбу с подачей увлажненного кислорода, введены атропин 0,1 мл, адреналин 0,1 мл, преднизолон 15 мг внутривенно, произведена интубация трахеи, начат непрямой массаж сердца.

Через 3 минуты у ребенка восстановилась сердечная деятельность (до 160 ударов в минуту), но дыхание было неадекватным, аритмичным. Переведена на ИВЛ аппаратом VELA.

На фоне проводимой терапии был восстановлен адекватный уровень сознания, а также параметры сердечной деятельности и показатели оксигенации крови (SpO₂ 97–98 %), но дыхание оставалось аритмичным. Продолжались приступы спазматического кашля с выраженным цианозом.

В общем анализе крови от 17.05.15 г. отмечался гиперлейкоцитоз – 52,8×10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 1 %, сегментоядерные – 13 %, эозинофилы – нет, лимфоциты – 77 %, моноциты – 9 %, СОЭ – 5 мм/час.

Учитывая жалобы, анамнестические данные, объективное обследование, изменения в крови (лейкоцитоз с лимфоцитозом) был выставлен предварительный диагноз: Коклюш, период спазматического кашля, тяжелое течение с апноэ.

На следующий день (17 мая) выполнена рентгенография грудной клетки, диагностирована внебольничная двусторонняя верхнедолевая пневмония. В смывах с задней стенки глотки методом ПЦР обнаружена ДНК коклюшной палочки (*Bordetella pertussis*). Выставлен клинический диагноз: Коклюш, вызванный *Bordetella pertussis*, период спазматического кашля с приступами апноэ, коклюшная энцефалопатия, тяжелое течение. Осложнение основного заболевания: Внебольничная верхнедолевая пневмония билатерально.

В ОРИТ получала следующую терапию:

- ИВЛ с фракционной подачей 30%-й кислородной смеси;
- антибактериальная терапия (цефотаксим 100 мг/кг/сутки);
- инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами в объеме 60 мл/кг/сут.;
- реолитики (пентоксифиллин);
- ГКС – преднизолон 3 мг/кг/сут.;
- муколитики (амброгексал);
- симптоматическая терапия для купирования кашля – седуксен из расчета 1 мг/кг;
- сопроводительная терапия.

Кормление зондовое дробное – по 50 мл сцеженного грудного молока через 2,5 часа.

На фоне проводимого лечения ребенок продолжал демонстрировать приступы апноэ (до 6–8 за сутки) с остановкой дыхания, но без остановки сердечной деятельности с развитием тотального цианоза.

На пятые сутки пребывания в ОРИТ состояние с некоторой позитивной динамикой, приступы спазматического кашля сохранялись (до 12 в сутки), но перестали сопровождаться апноэ. Ребенок был переведен на самостоятельное дыхание с респираторной поддержкой увлажненным кислородом.

На 7-е сутки девочка вновь стала фебрильно лихорадить (до 38,2 °С), появился жидкий стул цвета «болотной тины» до 6–8 раз в сутки. Из испражнений была высеяна *Klebsiella pneumoniae* в титре 10⁸ КОЕ/г. Выставлен сопутствующий диагноз: Острая кишечная инфекция клебсиеллезной этиологии (*Klebsiella pneumoniae* 10⁸ КОЕ/г). В терапию были добавлены амикацин 15 мг/кг/сутки, ферменты, пробиотики.

25 мая (на 9-е сутки пребывания в больнице) произведено удаление интубационной трубки, т. к. у ребенка стойко отсутствовали апноэ, количество приступов спазматического кашля

сократилось до 6–7 за сутки, приступы стали менее продолжительными, без выраженного цианоза. Стало постепенно улучшаться общее состояние ребенка. На выполненной 31 мая (15-е сутки пребывания в ОРИТ) рентгенограмме грудной клетки – разрешение инфильтрации легочной ткани билатерально. 2 июня (на 17-е сутки) девочка была переведена в респираторное отделение стационара для продолжения лечения.

Терапия в отделении продолжалась в течение 24 дней и была направлена на окончательное восстановление респираторных функций, купирование гастроинтестинальных расстройств, ликвидацию развившихся за время болезни дефицита веса, анемии, кардиопатии (по данным ЭКГ). Кроме того, у ребенка при обследовании были обнаружены изменения в моче в виде умеренной лейкоцитурии и гематурии.

После получения отрицательных анализов посева слизи с задней стенки глотки на *Bordetella pertussis* ребенок был переведен для дальнейшего лечения и дообследования в профильный соматический педиатрический стационар. В общей сложности в инфекционной больнице ребенок провел 41 день с заключительным диагнозом: Коклюш, вызванный *Bordetella pertussis*, период спазматического кашля с апноэ, тяжелое течение.

Осложнения основного диагноза: Коклюшная энцефалопатия. Внебольничная верхнедолевая пневмония билатерально. Миокардиопатия.

Сопутствующий диагноз: Острая кишечная инфекция, вызванная *Klebsiella pneumoniae*. Инфекция мочевыводящих путей. Анемия средней степени тяжести неуточненная.

Таким образом, приведенный случай демонстрирует вероятную тяжесть течения коклюша у детей раннего возраста, возможность развития жизнеугрожающего состояния

(апноэ), раннее появление осложнений, самым частым из которых является пневмония.

Дети первых месяцев жизни, переносящие коклюш (или в случае подозрения на данное заболевание), для профилактики фатальных последствий должны быть госпитализированы исключительно в специализированное отделение с возможностью немедленного проведения неотложных мероприятий в случае остановки дыхания (респираторная поддержка, ИВЛ).

ЛИТЕРАТУРА

1. Васюнина, А. В. Коклюш у детей / А. В. Васюнина, Е. И. Краснова, Л. М. Панасенко // Лечащий врач. – 2011. – № 10. – С. 18–23.
2. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным коклюшем [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://niidi.ru/specialist/regulations>, свободный (дата обращения 03.04.2017).
3. Крамарь, Л. В. Клинический случай сочетанного течения острого вирусного гепатита А и гастроинтестинальной формы острого сальмонеллеза / Л. В. Крамарь, К. О. Каплунов, В. М. Секретева // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 4 (48). – С. 50–52.
4. Николаева, И. В. Коклюш на современном этапе / Л. В. Крамарь, К. О. Каплунов, В. М. Секретева // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9 (2). – С. 25–29.
5. Случай завоза лихорадки денге в Волгоград / К. О. Каплунов [и др.] // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2016. – № 2 (50). – С. 59–61.
6. Случай фульминантного течения острого микст-гепатита А+В // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 4 (48). – С. 56–59.
7. Lobzin, Y. V. Retrospective Study of the Clinical Epidemiological Characteristics of Pertussis in Infants Prior to Their First Vaccination in the Russian Federation / Y. V. Lobzin, N. V. Bakhareva // Infect. Dis. Ther. – 2015. – № 4 (1). – P. 113–123.