

Дрыжинская Т. В., Сидорович П. П.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Ластовка И. Н.

Кафедра детских инфекционных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Заболеваемость гемолитико-уремическим синдромом (ГУС) у детей в Республике Беларусь составляет 4,1 случая на 10 000 детского населения в возрасте < 5 лет и 1,4 в возрасте <15 лет, и одна из самых высоких среди стран Европы. ГУС представляет собой серьезную терапевтическую проблему в педиатрии и детской нефрологии, являясь одной из ведущих причин острой почечной недостаточности (ОПН). Клиническая симптоматика продромального периода ГУС соответствует клинике различных инфекций, поэтому чрезвычайно важно для дифференциальной диагностики является выяснение этиологии заболевания, установление особенностей клиники и течения ГУС.

Цель: определить особенности этиологии, клинического течения, диагностики гемолитико-уремического синдрома у детей с острой инфекционной патологией.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 42 историй болезней детей, находившихся на лечении в УЗ «Городская детская инфекционная больница» г. Минска в период 2015-2018, течение острой инфекции которых осложнилось ГУС.

Результаты и их обсуждение. В половой структуре заболевания преобладали девочки 29 (69%) по сравнению с мальчиками – 13 (31%), $p < 0,05$. Средний возраст детей с ГУС составил – 3 года 3 месяца, в том числе, дети до 3 лет – 21 (50%), от 3 до 5 лет – 18 (42,9%), старше 5 лет – 3 (7,1%). Лишь у 1 (2,4%) пациента была типирована *E. coli* O-157:H-7, у 5 (11,9%) детей был обнаружен ротавирусный антиген, у 1 – выделен аденовирус.

В продромальном периоде развитию заболевания у 34 (81%) пациентов предшествовал синдром диареи, у 8 (19%) из них развился гемоколит. При поступлении преобладали следующие нозологические формы: острый гастроэнтерит – 21 (50%), острый энтероколит – 4 (9,5%), острый гастроэнтероколит – 5 (11,9%), ОРВИ – 3 (7,1%), ОРИ + абдоминальный синдром – 2 (4,8%). Течение инфекционного процесса чаще сопровождалось поражением печени у 38 (90,5%) пациентов в виде гепатомегалии, повышения уровня АСТ, АЛТ. Поражение сердечно-сосудистой системы проявлялось синдромом артериальной гипертензии у 2 (4,8%) детей. Клинические признаки в период разгара ГУС характеризовались классической триадой: неиммунная гемолитическая анемия – 31 (73,8%), с наличием в мазке крови шизоцитов у 26 (65%) пациентов, тромбоцитопения – у 34 (85%) пациентов, ОПН с олигоанурической стадией – у 2 (4,8%) детей, с анурической – 4 (9,5%) и неол oligoанурической стадией – у 36 (85,7%) пациентов. Азотемия выявлена у 27 пациентов с повышением уровней мочевины до $21,1 \pm 11,8$ ммоль/л, креатинина в сыворотке крови до $307 \pm 19,7$ ммоль/л. У 12 детей развился субкомпенсированный метаболический ацидоз $pH = 7,308 \pm 0,04$, $BE = -8,7 \pm 3,3$. Выписаны с улучшением – 6 (14,3%), переведены в другие ЛПУ – 36 (85,7%) пациентов.

Выводы. Таким образом, наблюдался рост заболеваемости ГУС у детей преимущественно до 3-х лет, $p < 0,05$, преимущественно у девочек, $p < 0,05$. Степень повреждения почек была различной: пациенты с олигурией/анурией составили – 14,6%. Экстраренальные повреждения чаще ассоциировались с вовлечением желудочно-кишечного тракта (острый гастроэнтерит 21%, в то же время гемоколит у пациентов с диареей развивался лишь в 19% случаев), реже сердечно-сосудистой системы. Учитывая, низкое этиологическое подтверждение ОКИ, только у 1 (2,4%) ребенка была типирована *E. coli* O-157:H-7, необходимо оптимизировать обследование пациентов с острой кишечной патологией, а именно проводить бактериологическое исследование кала с антибиотикограммой, с последующим типированием обнаруженной *E. coli*.