

Трифонюк И.В., Балюк А.В.

ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У РЕБЕНКА НА ФОНЕ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Научный руководитель: канд. мед. наук., доц. Сергиенко В.К.

Кафедра анестезиологии-реаниматологии

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Актуальность. Сочетание микроангиопатической гемолитической анемии, тромбоцитопении и почечной недостаточности, известное как гемолитико-уремический синдром (ГУС), является одной из основных причин острой почечной недостаточности у детей.

Цель: изучить клинический случай пациента с гемолитико-уремическим синдромом (ГУС), скрытым под маской острой хирургической патологии органов брюшной полости.

Материалы и методы. В качестве источника информации проанализированы данные «Медицинской карты стационарного пациента» ребенка с диагнозом ГУС, находящимся на лечении в отделении анестезиологии и реанимации (ОАИР) УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» (УЗ «ГОДКБ»).

Результаты и их обсуждение. Из анамнеза заболевания выяснено, что Ребенок П., 7 лет, болеет с 02.08, когда появился жидкий стул до 3 раз в сутки, повышение температуры тела до 38,5 °С. Лечился амбулаторно, получал жаропонижающие, стопдиар, энтерожермину, смекту. 06.08 состояние ребенка ухудшилось – стал вялым, отмечалась многократная рвота, частый жидкий стул, госпитализирован в областную инфекционную клиническую больницу. На следующий день появились схваткообразные боли в левых отделах живота и над лоном. Дополнительно к анамнезу заболевания, стало известно, что 02.08 ребенок упал с велосипеда и ударился животом об руль. После консультации детским хирургом (07.08.) ребенок переведен в УЗ «ГОДКБ» с диагнозом: Острый аппендицит? Закрытая травма живота? Острый гастроэнтерит.

При осмотре общее состояние ребенка расценено как тяжелое, госпитализирован в ОАИР. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости определяется свободное накопление жидкости в правом боковом канале, в левом латеральном канале, между петлями кишечника, в малом тазу объемом около 100 мл. После предоперационной подготовки, выполняется диагностическая лапароскопия. В ходе операции в малом тазу, между петлями тонкого кишечника, в правом и левом боковых каналах, над селезенкой выявлена гемолитизированная кровь, общим объемом около 400 мл, эвакуирована. Выставлен диагноз после операции: Закрытая травма органов брюшной полости. Разрыв селезенки. Состоявшееся внутрибрюшное кровотечение. Ушиб поперечно-ободочной кишки.

В послеоперационном периоде отмечается повышение уровня прокальцитонина до 2,8 нг/мл, снижение лейкоцитов с $47,02 \times 10^9/\text{л}$ до $33,2 \times 10^9/\text{л}$, увеличение уровня С-реактивного белка с 50 мг/л до 87,0 мг/л, повышение уровня креатинина (231,0 мкмоль/л), мочевины (20,7 ммоль/л), лактатдегидрогеназы (4853 Ед/л), снижение альбумина (23,0 г/л), гемоглобина до 84,0 г/л, тромбоцитов до $20 \times 10^9/\text{л}$. Отмечался выраженный дефицит оснований АВЕ (-13,5), SBE (-13,8), потеря HCO_3^- (13,8) и смещение pH 7,29 в сторону метаболического ацидоза. Нарушения диуреза не отмечалось (3,0 мл/кг/ч).

09.08.2023 ребенок переведен в Республиканский центр детской нефрологии и заместительной почечной терапии г. Минска, с заключительным диагнозом: ГУС типичный, тяжелой степени тяжести. Острое почечное повреждение. Закрытая травма органов брюшной полости. Разрыв селезенки. Состоявшееся внутрибрюшное кровотечение. Ушиб поперечно-ободочной кишки. Сепсис. После проведенной консервативной терапии, в связи с положительной динамикой лечения пациент 15.09.2023 переведен УЗ «ГОДКБ» и на 16 сутки от начала заболевания выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Представленный клинический случай указывает на то, что важную роль в лечении широкого спектра заболеваний играет правильно собранный анамнез.