

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Восеева Дилафруз Хусеновна,

Ассистент кафедры инфекционных заболеваний

Рустамова Шахло Абдухакимовна,

Ассистент кафедры инфекционных заболеваний

Муминова Шахло Шокировна,

*Ассистент кафедры инфекционных заболеваний Центра повышения
квалификации медицинских работников города Ташкента*

Самаркандский Государственный Медицинский университет

Узбекистан, Самарканд. voseyeva.dilafruz@gmail.com; +99890 227-70-07

Аннотация. Гемолитико-уремический синдром наиболее частая причина острой почечной недостаточности (ОПН) у детей раннего возраста, истёк формирования хронической болезни почек в последующие годы с возможным переходом в терминальную почечную недостаточность. Установлено, что многие органы и системы включаются в патологический процесс при развитии ГУС, ОПН в том числе система гемостаза, кардиореспираторная, гастроинтестинальная, нервная система и другие. В этой статье рассматривается клинический случай гемолитико-уремического синдрома на фоне ОКИ у ребенка. В приведенном нами случае врачи могут использовать в своей практике.

Ключевые слова: гемолитико-уремический синдром, ОКИ, острая почечная недостаточность

ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИК СИНДРОМ ЭРТА ТАШХИСОТИ

Восеева Дилафруз Хусеновна,

Юкумли касалликлар кафедраси ассистенти

Рустамова Шахло Абдухакимовна,

Юкумли касалликлар кафедраси ассистенти

Самарканд давлат тиббиёт университети

Муминова Шахло Шокировна,

Тошкент шаҳри Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини

ривожлантириш маркази Юкумли касалликлар кафедраси ассистенти

Аннотация. Гемолитик-уремик синдром (ГУС) ёш болаларда ўткир буйрак етишмовчилигининг (ЎБЕ) энг кенг тарқалган сабабларидан бир бўлиб, йиллар давомида сурункали буйрак касаллигининг шаклланиши ва терминал даврда

буйрак етишмовчилигига ўтиш билан тугалаланди. ГУС ва ЎБЕ ривожланишида кўплаб органлар ва тизимлар, шу жумладан гемостаз тизими, кардиореспиратор, ошқозон-ичак, асаб тизими ва бошқалар патологик жараёнда иштирок этиши аниқланилди. Ушбу мақолада болаларда ўткир ичак инфекциялари (ЎИИ) фонида гемолитико уремик синдромнинг клиник кечиши муҳокама қилинади. Биз келтирган амалиётдан бир ҳолатни шифокорлар ўз амалиётларида қўллашлари мумкин.

Калит сўзлар: гемолитико уремик синдром, ЎИИ, ўткир буйрак етишмовчилиги

EARLY DIAGNOSIS HEMOLITICAL-UREMIC SYNDROME

Voseeva Dilafruz Huseynovna,

Assistant of the Department of Infectious Diseases

Rustamova Shakhlo Abdukhakimovna,

Assistant of the Department of Infectious Diseases

Samarkand State Medical University

Muminova Shahlo Shokirovna

Assistant of the Department of Infectious Diseases of the Center for Advanced Training of Medical Workers of Tashkent city

Annotation. Hemolytic-uremic syndrome is the most common cause of acute renal failure (ARF) in young children, the formation of chronic kidney disease has expired in subsequent years with a possible transition to terminal renal failure. It has been established that many organs and systems are involved in the pathological process during the development of HUS, ARF, including the hemostasis system, cardiorespiratory, gastrointestinal, nervous system and others. This article discusses a clinical case of hemolytic uremic syndrome against the background of AID in a child. In the case we have cited, doctors can use it in their practice.

Key words: hemolytic uremic syndrome, AID, acute renal failure

Актуальность. В 1955 г. С. Gasser с соавт. описали заболевание, представляющее собой сочетание острой почечной недостаточности (ОПН) с гемолитической анемией и тромбоцитопенией, и назвали его гемолитико-уремическим синдромом (ГУС). ГУС - полиэтиологичный синдром, вторичный по отношению к другим заболеваниям. По причинам возникновения он может быть разделен на инфекционные и неинфекционные формы [1,2,3]. Типичной формой, встречающейся в основном у детей, является инфекционный ГУС, ассоциированный с диареей, а большинство случаев в педиатрической практике связано с острыми кишечными инфекциями, вызываемыми E.coli,

продуцирующими шига-токсина [7]. Гемолитико-уремический синдром является одной из ведущих причин развития острой почечной недостаточности у детей [8,9,12]. Клинически он характеризуется сочетанием диареи с триадой признаков: гемолитической анемией, тромбоцитопенией и ОПН. Указанные признаки являются составляющими тромботической микроангиопатии - распространенной окклюзии сосудов мелкого калибра тромбами, возникшими вследствие повреждения эндотелия. В результате поражения эндотелиальных клеток происходит механическое повреждение эритроцитов, активация агрегации тромбоцитов с образованием тромбов в микроциркуляторном русле, особенно в почках. Смертность от ГУС составляет 1 -5 %, лечение представляет значительные трудности [4,5,6]. К факторам риска поражения почек в острой стадии относятся: длительность олигоанурии более 10 суток, количество полинуклеаров выше $20 \cdot 10^9/\text{л}$, поражение ЦНС, тяжелые кишечные осложнения [10,11]. В качестве примера ГУС, ассоциированного с диарей, приводим выписку из истории болезни ребенка, проходившего лечение в Самаркандской областной инфекционной клинической инфекционной больнице.

Цель исследования: на основе клинико-лабораторных показателей поставить раннюю диагностику с гемолитико-уремического синдрома с ОКИ.

Материал и методы исследования: ретроспективный анализ истории больного с диагнозом «Гемолитико-уремический синдром, ассоциированный с диареей. Острая почечная недостаточность» за 2018 г.

Результаты исследования и их обсуждение: Ребенок М., мальчик 2 лет 8 месяцев, поступил в 19.05.2018 г. Из анамнеза выявлено, что мальчик заболел остро 10.05.2018 г., когда на фоне полного здоровья и нормальной температуры появилась рвота до 6 раз, потом спустя 4 часа присоединился жидкий зелёный, слизистый стул 2-3 раза в сутки. На следующий день состояние не улучшилось, была рвота 3 раза, жидкий, зелёный и слизистый стул до 10 раз, в последних порциях появились прожилки крови. Позвали участкового врача. Вызванный участковый врач назначил в амбулаторных условиях лечение: эрсефурил, имодиум, панкреатин. После проводимой лечения состояние ребенка незначительно улучшилось, но диарея сохранялась, а на 5 день болезни (15.05.18 г.) появились боли в животе и дёгтеобразный стул. На это раз они позвали скорый помощи. Ребенок был осмотрен врачом скорой медицинской помощи, который доставил его в детское хирургическое отделения для исключения острой хирургической патологии. При осмотре хирургом острая хирургическая патология была исключена. Из анализа были выявлены снижение уровней гемоглобина и эритроцитов, тромбоцитопения ($57 \cdot 10^6/\text{л}$), высокие показатели мочевины (до $62,3 \text{ ммоль/л}$) и креатинина (до 569 ммоль/л), трехкратное повышение АЛТ, признаки гиперкоагуляции в коагулограмме. При уточнении

анамнеза было выяснено (со слов мамы), что ребенок последний раз мочился 18.05.2018 г. в 8 часов утра. В день поступления в стационар 19.05.18 г. период полной анурии составил 1 сутки, что и обусловило резкое повышение в крови азотистых соединений. Ребенка отправили в инфекционную больницу. В приемном отделении был поставлен первичный диагноз: «Острая кишечная инфекция. По типу гастроэнтероколита. Тяжелая форма». В отделение ОКИ сразу начали лечение. Несмотря на проводимое лечение спустя 8 часов ребенка перевели в реанимационное отделение с диагнозом «Острая кишечная инфекция. Гастроэнтероколит. Осложненный гемолитико-уремическим синдромом». При поступлении в реанимационное отделение состояние ребенка оценено как тяжелое за счет ОПН, прогрессирующей уремии на фоне полной анурии. В общем анализе крови: анемия (Hb 75 г/л, эритроциты $2,87 \cdot 10^{12}$ /л), тромбоцитопения ($62 \cdot 10^6$ /л). Количество лейкоцитов в крови составило $6,4 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 16 мм/ч. Свертываемость крови по Сухареву - 4 минуты.

В биохимическом анализе крови: креатинин - 599 мкмоль/л (норма 45 - 105 мкмоль/л), мочевины - 23,7 мкмоль/л (норма 1,8 - 6,4 мкмоль/л), АСТ - 2,40 мк/моль/л, АЛТ - 3,80 мк/моль/л. Выявлена гипоальбуминемия (32,3 г/л), гипокалиемия (2,52 ммоль/л) и гипонатриемия (127,5 ммоль/л). УЗИ брюшной полости - диффузные изменения паренхимы почек, диффузные изменения паренхимы печени. Выявленные изменения и показатели крови подтверждали наличие у ребенка ГУС, на фоне ОКИ и свидетельствовали о повреждении паренхимы почек с прогрессирующим развитием ОПН и уремии. Лечение ребенка в отделении реанимации проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями по оказанию медицинской помощи детям с гемолитико-уремическим синдромом, утвержденными МЗ РУз. Ребенок был осмотрен нефрологом, педиатром. Комплексная терапия включала антибиотики (цефтриаксон 50 мг/кг/сут. внутривенно в течение 10 дней, с 19.05.20 г.); инфузионную терапию в объеме 20 - 30 мл/кг/сут.; гемостатическую терапию из расчета 15 мл/кг/сут. В течение всего времени пребывания в стационаре мальчик получал реологические препараты (в/в пентоксифиллин - по 2,0 мл 2 раза в сутки в/в, эуфиллин 2,4%-й - по 4 мл/сут. в 2 приема). Для коррекции синдрома гиперкоагуляции использовали гепаринотерапию: гепарин вводили микроструйно непрерывно под контролем времени свертывания крови из расчета 10 Ед/кг/ч в течение 10 дней. В течение всего времени ребенок принимал бессолевую диету, симптоматическую терапию. На фоне проводимого лечения состояние ребенка постепенно улучшалось и 22.05.18 г. было получено 17 мл мочи, 28.05.18 г. ее суточное количество составило 450 мл, а с 03.06.18 г. начался полиурический период и диурез возросло до 2,0 л мочи в сутки. Одновременно с восстановлением диуреза отмечалось уменьшение экзогенности паренхимы

почек по данным УЗИ. Таким образом, период полной анурии у данного больного составил 3 суток. Заключительный клинический диагноз: Гемолитико-уремический синдром, ассоциированный с диареей. Острая почечная недостаточность. Стадия анурии (3 суток).

Причиной гемолитико-уремического синдрома у ребенка явилась острая кишечная инфекция, но, к сожалению, этиологию гастроэнтероколита расшифровать не удалось: 3 кратные бактериологические посева кала на кишечную группу и серологические исследования были отрицательными. Но результаты копрологии кала показало острую кишечную инфекцию. После восстановления диуреза и биохимических показателей крови 10.06.18 г. ребенок был переведен для дальнейшего лечения и реабилитации в детское отделение нефрологическое отделение. Общая длительность пребывания больного составила 22 день.

Заключение: приведенный клинический пример учитывает случай успешного лечения крайне опасного для жизни состояния - гемолитико-уремического синдрома, осложненного тяжелой почечной недостаточностью. Ведение таких пациентов требует совместных действий врачей различных специальностей. В приведенном нами случае в лечении ребенка принимали участие врачи-инфекционисты, реаниматологи, педиатры, детские хирурги, врачи-нефрологи.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Ш Муминова, Ш Рустамова, Н Ярмухамедова [Ранняя клинико-лабораторная диагностика гемолитико-уремического синдрома у детей с ОКИ](#)// Журнал проблемы биологии и медицины, 2014. № 3 (79). Страницы 128-129.
2. Вафокулова Н.Х. «Клинико эпидемиологические особенности норовирусной инфекции у детей грудного возраста» Биология ва тиббиет муаммолари илмий амалий журнал. №3 (128) 2021 С.19-23.
3. Одилова Г. М., Рустамова Ш. А., Муротова З. Т. Клинико-лабораторные особенности течения кишечных инфекций сальмонеллезной этиологии у детей //Педиатр. – 2017. – Т. 8. – №. 5.
4. Рустамова Ш. А., Кахрамонова А. К. Последствия у детей родившихся путем операции кесарево сечения (на примере Самаркандской области) //Uzbek journal of case reports. – 2023. – Т. 3. – №. 3. – С. 90-92.
5. Abdukhakimovna R. S., Khamzaevna V. N. Самарқанд вилоятида ҳомиладор аёлларда кесарча кесиш амалиёти сабаблари ва янги туғилган чақалокларда ичак микрофлорасига таъсири //journal of biomedicine and practice. – 2022. – Т. 7. – №. 4.

6. Рустамова Ш.А., Вафокулова Н.Х. «Сравнительный анализ проблемы острой кишечной инфекции у детей раннего возраста по годам в Самаркандской области». Тошкент тиббиет академияси ахборотномаси. № 5 2021, С. 148-152.
7. Рустамова Ш.А. «Республикамизда болаларда ўткир юқумли ичак касалликларининг иқлимий ўзгаришлар билан боғлиқлигини таҳлил қилиш (Самарқанд вилояти миқёсида)». Биология ва тиббиет муаммолари илмий амалий журнал. №3 (128) 2021 С.102-107.
8. Рустамова Ш.А., Кахрамонова А.К. Последствия у детей родившихся путем операции кесарево сечения (на примере Самаркандской области). Uzbek journal of case reports. 2023. Т.3, №3. Научная статья. УДК: 616.8:616.441. <https://doi.org>
9. ГМ Одилова, ША Рустамова. Иммунологические реакции при острой бактериальной дизентерии. Материалы конференции Молодежь и медицинская наука в XXI веке. 2019 гг. Страницы 177-178
10. RUSTAMOVA Shahlo Abdukhakimovna, VAFOKULOVA Nargiza Khamzaevna. САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА КЕСАРЧА КЕСИШ АМАЛИЁТИ САБАБЛАРИ ВА ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ИЧАК МИКРОФЛОРАСИГА ТАЪСИРИ. JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. Том 7. №4. 2022.