

MEDICINE AND PHARMACY

Гемолітико-уремічний синдром як ускладнення гострих кишкових інфекцій у дітей (клінічний випадок)

**Буц Олександра Романівна¹, Корбут Оксана Вікторівна²,
Юхименко Галина Григорівна³, Дмитрієва Олена Анатоліївна⁴,
Щербакова Луїза Сергіївна⁵**

¹ кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячих інфекційних хвороб;
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця; Україна

² кандидат медичних наук, доцент, доцент закладу вищої освіти
кафедри дитячих інфекційних хвороб;
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця; Україна

³ кандидат медичних наук, асистент кафедри дитячих інфекційних хвороб;
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця; Україна

⁴ кандидат медичних наук, асистент кафедри дитячих інфекційних хвороб;
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця; Україна

⁵ студентка VI курсу;
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця; Україна

Актуальність. Гострі кишкові інфекції (ГКІ) наразі є одним із найпоширеніших захворювань дитячого віку. Інфекційні діареї у дітей можуть мати тяжкий та ускладнений перебіг. Одним із можливих тяжких ускладнень ГКІ є гемолітико-уремічний синдром (ГУС).

Мета дослідження. Нагадати педіатрам та дитячим інфекціоністам про можливість розвитку тяжких рідкісних ускладнень інфекційних діарей у дітей, а саме гемолітико-уремічного синдрому і необхідність його ранньої клінічної та лабораторної діагностики.

Матеріали та методи. Було детально проаналізовано клінічний випадок гемолітико-уремічного синдрому у хворого, який знаходився на лікуванні в інфекційному відділенні КНП КМДКЛ № 2 в березні 2021 року.

Результати та обговорення. Опис клінічного випадку. Дитина 3 років була госпіталізована 5.03.21 до інфекційного відділення КНП КМДКЛ № 2 зі скаргами на підвищення температури до 39,0°C, кашель, млявість, розріджені випорожнення з домішками крові, слизу до 10 разів на добу. Захворювання

MEDICINE AND PHARMACY

розпочалось 23.03 з підвищення температури тіла до 38–39,0°C, яка тимчасово знижувалась після прийому антипіретиків. 25.03 приєднався малопродуктивний кашель, 4.03 – розріджені випорожнення з домішками крові, слизу. З епіданамнезу відомо, що напередодні захворювання сім'я перебувала на відпочинку в Єгипті, дитина вживала в їжу немиті фрукти. За кілька днів до виникнення захворювання в дитини у батьків спостерігалась нетривала дисфункція кишківника.

На момент госпіталізації стан дитини середньої тяжкості за рахунок інтоксикаційного, інтестинального, респіраторного синдромів, ексикозу. Шкіра блідо-рожева, тургор тканин збережений. Слизова ротоглотки помірно гіперемована, спинка язика суха, обкладена білим нашаруванням. Тони серця звучні, ритмічні. В легенях дихання жорстке, проводиться над всією поверхнею легень, вислуховуються поодинокі розсіяні сухі хрипи з обох сторін. Живіт приймає участь в акті дихання, доступний глибокій пальпації у всіх відділах. Нижній край печінки не виступає з-під реберної дуги. Діурез збережений.

Діагноз при госпіталізації: Гострий гемоколіт. Ексикоз II ступеню. ГРІ. Гострий бронхіт.

Обстежений: в загальному аналізі крові підвищений лейкоцитоз ($10,8 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофілоз (паличкоядерні нейтрофіли – 6%, сегментоядерні – 72%), печінкові, ниркові проби в межах норми, з випорожнень виділений антиген ротавіруса. При бактеріологічному дослідженні випорожнень патогенної флори не виявлено.

Призначено лікування: оральна та парентеральна регідратація глюкозо-сольовими розчинами з розрахунку 100 мл/кг/добу перорально та 30 мл/кг/добу у вигляді інфузії глюкозо-сольовими розчинами, цефтріаксон 75 мг/кг/добу в/в, симптоматичні препарати.

Хоча температура тіла нормалізувалась, але стан дитини не покращувався – рідину пила неохоче, від їжі відмовлялась, утримувались рідкі випорожнення зі слизом та домішками крові до 15 разів на добу. Діурез збережений. 8.03 стан дитини погіршився – повторно підвищилась температура тіла до 37,7°C, відновилось блювання 1–2 рази на добу. До лікування був доданий метронідазол 7,5 мг/кг тричі на добу, етамзилат натрію по 0,7 мл двічі на добу, збільшений об'єм парентеральної регідратації до 100 мл/кг на добу. 9.03 перераховані симптоми утримувались, долучилась олігурія. Стан дитини продовжував погіршуватись. 10.03 сечовиділення 1 раз вранці, випорожнення двічі, оформлені. Наросла загальна слабкість, млявість. Свідомість збережена. Шкіра бліда, з жовтяничним відтінком, помірно волога, чиста. З'явилися периферичні набряки. Дихання

MEDICINE AND PHARMACY

самостійне, ефективне. При аускультативній дихання везикулярне, проводиться у всі відділи легень. Живіт м'який, помірно здутий, петлі товстого кишківника чутливі при пальпації. Гемодинаміка стабільна.

Лабораторні показники свідчили про гемоліз – гемоглобін знизився до 74 г/л, еритроцити – до $2,64 \times 10^{12}$ /л, тромбоцити – 59×10^9 /л, ураження нирок – сечовина – 24,9 ммоль/л, азот сечовини – 11,7 ммоль/л, креатинін – 294 мкмоль/л, підвищились печінкові проби – загальний білірубін – 43 мкмоль/л, прямий білірубін – 27,3 мкмоль/л, АЛАТ – 72 Од/л, АсАТ – 93 Од/л. УЗД нирок (10.03) – нирки збільшені в розмірах, збільшена ехогенність паренхіми, порушена дифференціація кортико-медулярного шару. Враховуючи дані анамнезу, клініко-лабораторного обстеження було встановлено діагноз: вірусно-бактеріальна інфекція – гастроентероколіт (гемоколіт). Гломерулонефрит? Гостра ниркова недостатність. ГУС? Ротавірусна інфекція.

Для подальшого лікування дитина була переведена у ВАІТ. Проведене лікування: інфузійна терапія глюкозо-сольовими розчинами з корекцією електролітного складу згідно лабораторних показників, діурезу та ЦВТ, гемотрансфузія еритроцитів № 2, антибактеріальна терапія – цефтріаксон 900 мг 1 р/добу (5.03-9.03), цефепім 650 мг 1 р/добу (9.03-19.03), метронідазол 100 мг 3 р/добу (8.03 – 13.03), фуросемід 5 мг 3-4 р/добу, ондансетрон 1,5 мг ситуативно.

Протягом перебування у ВАІТ темп діурезу не знижувався менше 1 мл/кг/год. Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) коливалась від 12 мл/хв/1,73 м² до 91 мл/хв/1,73 м². Артеріальний тиск утримувався в межах 100/60 мм рт. ст. На тлі лікування стан дитини покращувався, поступово відновився апетит, дитина стала активною, нормалізувались ниркові, печінкові проби, тромбоцити. Гемоглобін підвищився до 81 г/л. При проведенні УЗД нирок 15.03 патології не виявлено. В задовільному стані дитина виписана додому 19.03. Рекомендовано спостереження нефролога, контроль рівня гемоглобіну, ниркових проб.

Висновки. Гострі кишкові інфекції були і залишаються одним із факторів розвитку тяжких ускладнень у дітей. Саме таким станом є гемолітико-уремічний синдром. Рання клінічна та лабораторна діагностика даного синдрому у дітей впливає на перебіг ГУС та є запорукою надання своєчасної невідкладної допомоги таким хворим у повному обсязі.