



Актуальность

Гемолитико-уремический синдром является наиболее частым осложнением энтерогеморрагического эшерихиоза у детей раннего возраста со сниженной резистентностью организма. Поздняя диагностика, неадекватное лечение данного заболевания может способствовать развитию неблагоприятного прогноза в виде хронической почечной недостаточности, приводящей к инвалидизации и летального исхода.

Материалы и методы исследования

Ретроспективный анализ клинического случая ребенка Я. 1г.9 мес., с лабораторно подтвержденным случаем ЭГЭ (О 157), осложненного ГУС (по материалам архивной истории болезни).

Цель исследования

Изучить особенности течения эшерихиозной инфекции, оценить риски возникновения осложненного течения заболевания и клинико-лабораторные маркеры развившегося гемолитико-уремического синдрома, тактику терапии у ребенка 1г. 9 мес., находившегося на стационарном лечении в ОГБУЗ «КБ №1» г. Смоленска.

Заключение

Проанализировав данный клинический случай, следует отметить, что особенностями течения ЭГЭ, вызванного O157, у ребенка являются :

- 1. Отсутствие выраженных проявлений интоксикационного синдрома и лихорадки.
2. Манифестация кишечного синдрома в виде водянистой диареи.
3. Позднее появление (на 21 день) гемоколитического синдрома, что значительно отсрочило назначение адекватной этиотропной терапии, диктует необходимость всем больным с ОКИ проведение бактериологического исследования кала вне зависимости от типа диареи.
4. Затяжное и осложненное течение заболевания.
5. Развитие ГУС, проявившееся ОПН, тромбоцитопенией, гемолитической анемией в поздние сроки болезни (на 24 сутки от дебюта заболевания), явившееся маркером тяжелого течения заболевания.
Перенесенная 2 месяца назад НКВИ, вызванная COVID-19, способствовала снижению резистентности организма и могла потенцировать столь длительное, осложненное, с развитием токсического синдрома течение заболевания у данного ребенка.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования

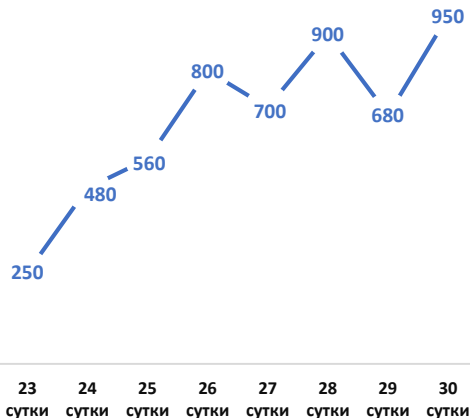
- Методом ПЦР кала выделена ДНК E.coli EHEC, O157
Найдены AT IgG к SARC-CoV - 2

Лабораторные маркеры ГУС (гемолитическая анемия, тромбоцитопения, ОАК гипопротейнемия)

Table with 4 columns: Сутки заболевания, RBC, HGB, PLT. Rows 21-33 showing decreasing values for RBC and HGB, and increasing values for PLT.

Table with 5 columns: Сутки заболевания, CREAT, UREA, TP, ALB. Rows 23-33 showing fluctuating values for CREAT and UREA, and increasing values for TP and ALB.

УЧЕТ ДИУРЕЗА (МЛ/СУТ)



Данные УЗИ

- 25 сутки заболевания: признаки ишемии паренхимы обеих почек.
28 сутки заболевания: УЗ-признаки ишемизации коркового слоя обеих почек. Увеличены размера почек.
29 сутки заболевания: без выраженной динамики.
32 сутки заболевания: экзогенность коркового слоя повышена. Кровоток в корковом слое визуализируется, снижен. Наблюдается положительная динамика.
35 сутки заболевания: экзогенность коркового слоя повышена. Кровоток визуализируется. Наблюдается положительная динамика.

Клинический случай

Ребенок Я. 1г. 9 мес. был госпитализирован в детское инфекционное отделение №5 ОГБУЗ «КБ №1» в состоянии средней степени тяжести за счет лихорадочно-интоксикационного и кишечного синдрома на 21 сутки заболевания. Из анамнеза, собранного со слов мамы, известно, что ребенок 2 месяца назад перенес НКВИ, вызванную Covid-19, лабораторно подтвержденную методом ПЦР. Настоящее заболевание началось постепенно с появления разжиженного стула без патологических примесей до 3-х раз в течение суток. При этом повышения температуры тела не наблюдалось, самочувствие ребенка оставалось удовлетворительным. Следует отметить, что в последующие дни заболевания сохранялся умеренно выраженный кишечный синдром с частотой дефекаций от 2 до 4 раз в сутки, что не настораживало маму, которая за медицинской помощью не обращалась. Лечение ребенка не получал. Поводом для обращения к участковому педиатру послужило повышение температуры тела до субфебрильных цифр (37,5С°) и учащение стула до 12 раз в день на 17 сутки заболевания. На амбулаторном этапе была назначена следующая терапия (с 17 дня заболевания): КИП, аципол, смекта в соответствующих возрасту дозировках. На фоне лечения отмечалась отрицательная динамика за счет усиления кишечного синдрома и появления признаков гемоколита. На 21 день от дебюта заболевания и на 5й день начатой терапии, ребенок был доставлен СМП в «КБ №1» и госпитализирован в 5 детское инфекционное отделение по профилю острых кишечных инфекций. Общее состояние на момент поступления (21й день болезни) расценено как средней степени тяжести за счет симптомов интоксикации, кишечного синдрома с признаками гемоколита. Лихорадил до фебрильных цифр (38,8С°).

На 24 сутки от дебюта заболевания и 5 сутки госпитализации ребенок был переведен в АРО. Состояние ребенка с резкой отрицательной динамикой за счет развития гемолитико - уремического синдрома: олигурии, отечного синдрома (пастозность век, кистей, голеней, стоп, что прогрессировало в динамике). Данная клиническая симптоматика коррелировала с результатами лабораторных исследований (нарастали признаки гемолитической анемии, тромбоцитопении, гипопротейнемии); развитие ОПН маркировало нарастающие значения уровня креатинина и мочевины, изменения данных УЗИ почек.

Проведенное лечение включало этиотропную терапию энтерофурилом (в течение 5 суток), цефотаксимом (в течение 3 суток), цефепимом (в течение 9 дней). Патогенетическое и симптоматическое лечение включало: энтеросорбенты, пробиотики, жаропонижающие. ИТ с дезинтоксикационной целью. С дегидратационной целью 25% MgSo4, лазикс. Для удаления факторов свертывания и тромбообразования СЗП. Для коррекции анемии ЭР. отмытые. С целью коррекции гипопротейнемии - 10% р-р альбумина. Коррекция электролитных нарушений - эналаприлом. Антиагрегантную, ангиопротективную терапию - курантилом. С гемостатической целью - этамзилат. Для восстановления периферического кровообращения - р-р пентоксифиллина. На фоне проведенного лечения были купированы симптомы интоксикации, кишечный, отечный, геморрагический синдромы, признаки ГУС; нормализовались лабораторные показатели, восстановилась функция почек.

На 33 сутки от дебюта заболевания и на 14 сутки госпитализации ребенок был переведен из АРО, в котором находился на протяжении 9 дней, в профильное инфекционное отделение, а на 35 сутки заболевания ребенок был переведен в нефрологическое отделение СОДКБ для дальнейшего лечения,

Дебют и продолжительность основных синдромов заболевания

