

2. Ханно, Ф.М. Руководство по клинической урологии (3-е издание) / Ф.М. Ханно, С.Б. Малкович, А.Д. Вейн. – Москва, 2006. – 543 с.
3. Клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с урологическими и нефрологическими заболеваниями/ Приказ МЗ РБ №920 от 22.09.2011) /В.И. Вошула [и др.]. – Минск, 2011. – 202 с.

*Омельчук О.С., Стецкая Н.А., Парфенчик И.В., Пашинцева М.Е.*

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА-D(+) У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»,  
Гродно, Республика Беларусь

**Актуальность.** Острые кишечные инфекции (ОКИ) продолжают занимать ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, уступая по массовости и экономическому ущербу только острым респираторным вирусным инфекциям и гриппу [1]. Среди пациентов с острыми кишечными инфекциями детей, госпитализированных в реанимационные отделения, острая почечная недостаточность (ОПН) выявляется примерно у 11% пациентов, включая одно из ее проявлений – гемолитико-уремический синдром (ГУС) [2]. Типичной формой, встречающейся в основном у детей, является ГУС, ассоциированный с диареей – ГУС-D(+).

**Цель исследования** – представить клинико-эпидемиологические особенности ГУС-D(+) у детей Гродненской области.

**Материалы и методы.** Ретроспективно были изучены истории болезни 18 детей с диагнозом ГУС, находившихся на стационарном лечении в отделении реанимации (ОРИТ) УЗ г. Гродно «Областная инфекционная клиническая больница» за период 1994–2011 годы.

Статистическая обработка данных проводилась на основе общепринятых критериев с использованием программы Statistica 5.5.

**Результаты.** За период 1994–2011 годы в ОРИТ УЗ «ГОИКБ» находилось на лечении 18 детей с диагнозом ГУС, примерно по 1 случаю в год. Возраст пациентов распределился следующим образом: дети до года составили 33,32%, от года до пяти – 50,1%, старше пяти лет – 16,6%. Средний возраст составил  $3,47 \pm 1,2$  года. По полу: мужской – 33,3%, женский – 66,7%. Среди детей 5 были жителями г. Гродно, 5 – жители районных центров, 8 пациентов – жители сельской местности.

В продромальном периоде ГУС у детей наблюдалась клиника ОКИ. Заболевание начиналось с высокой лихорадки у 10 (55,5%) детей, у остальных отмечена субфебрильная температура тела, многократная рвота у 94,4% детей, частый жидкий стул с примесью слизи и крови у 100%.

Клиника ГУС развивалась в среднем на  $4,17 \pm 0,61$  день от момента заболевания ОКИ. Более чем у половины детей (11 или 61,1%) ГУС развивался в стационаре на фоне лечения острой кишечной инфекции. Манифестация ГУС клинически характеризовалась: вновь появившейся рвотой и лихорадкой на фоне некоторого клинического улучшения – у 100% детей, у двоих детей (11,1%) наблюдался судорожный синдром.

В таблице 1 представлены лабораторные показатели общего анализа крови (ОАК) детей в продромальном периоде ГУС, на момент манифестации ГУС и на момент развернутой клинической картины.

Таблица 1 – Лабораторные показатели ОАК у детей с ГУС  
(средние величины, min и max)

| Показатели<br>M±m<br>(min;max) | Продромальный<br>период ГУС         | Манифестация ГУС                  | Разгар ГУС                        |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Эритроциты, $\times 10^{12}$   | $3,62 \pm 0,84$<br>(3,1;5,01)       | $2,86 \pm 0,51$<br>(1,8;3,8)      | $2,05 \pm 0,6$<br>(1,43;3,8)      |
| Гемоглобин, г/л                | $126,92 \pm 19,68$<br>(98,0;161,0)  | $87,12 \pm 17,87$<br>(57,3;118,0) | $87,05 \pm 17,47$<br>(48,0;109,0) |
| Тромбоциты, $\times 10^9$      | $205,71 \pm 67,81$<br>(122,0;398,0) | $101,5 \pm 65,2$<br>(33,0;278,0)  | $69,72 \pm 39,59$<br>(25,2;160,0) |

Как видно из таблицы 1, в продромальном периоде показатели эритроцитов, гемоглобина и тромбоцитов у детей были в пределах нормы. Лишь в единичных случаях наблюдалась анемия легкой степени и незначительная тромбоцитопения. При развитии ГУС у детей отмечено снижение уровня эритроцитов, гемоглобина и тромбоцитов. Минимальные цифры тромбоцитов составили  $25,2 \times 10^9$ , гемоглобина – 48,0 г/л, эритроцитов –  $1,43 \times 10^{12}$ .

Таблица 2 – Биохимические показатели крови у детей с ГУС  
(средние величины, min и max)

| Показатели<br>M±m (min; max) | Продромальный<br>период ГУС      | Манифестация<br>ГУС                | Разгар<br>ГУС                       |
|------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Мочевина, ммоль/л            | $4,53 \pm 1,11$<br>(3,4;6,3)     | $15,61 \pm 7,57$<br>(6,2;33,5)     | $19,93 \pm 9,94$<br>(8,3;42,3)      |
| Креатинин,<br>мкмоль/л       | $61,24 \pm 12,02$<br>(42,4;77,0) | $143,45 \pm 60,62$<br>(82,9;269,0) | $221,65 \pm 138,21$<br>(88,5;585,7) |
| Калий,<br>ммоль/л            | $3,77 \pm 0,59$<br>(2,8;4,41)    | $3,7 \pm 0,64$<br>(2,7;4,67)       | $4,1 \pm 1,06$<br>(3,05;6,05)       |

В таблице 2 представлены биохимические показатели в крови детей в продромальном периоде ГУС, на момент манифестации ГУС и на момент развернутой клинической картины.

Как видно из таблицы 2, до манифестации ГУС у детей показатели мочевины, креатинина и калия в плазме крови были в пределах нормы. В разгаре показатели мочевины и креатинина достигли максимально 42,3 ммоль/л и 585,7 мкмоль/л, соответственно, что соответствует тяжелой степени острой почечной недостаточности и требует проведения гемодиализа.

В таблице 3 представлены показатели анализов мочи (ОАМ) детей в продромальном периоде ГУС, на момент манифестации ГУС и на момент развернутой клинической картины.

Таблица 3 – Лабораторные показатели ОАМ у детей с ГУС  
(средние величины, min и max)

| Показатели<br>M±m (min;max)   | Продромальный<br>период ГУС | Манифестация<br>ГУС      | Разгар ГУС               |
|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Белок,<br>г/л                 | 0,119±0,23<br>(0;0,65)      | 2,15±2,08<br>(0,03;7,08) | 2,75±2,43<br>(0,165;9,5) |
| Эритроциты,<br>шт/поле зрения | 0                           | 23,06±2,54<br>(0;50)     | 26,28±22,46<br>(2;50)    |
| Цилиндры,<br>шт/поле зрения   | 0                           | 2,33±2,5<br>(0;10)       | 3,5±2,56<br>(1;10)       |

Из таблицы 4 видно, что до манифестации ГУС в анализах мочи у детей регистрировалась только незначительная протеинурия. Следует отметить, что у пяти детей анализ мочи не проводился, так как они поступили в стационар на стадии анурии.

Средний койко-день составил 5,44±6,59 дней. Большинство детей (15) для дальнейшего лечения были переведены в г. Минск для проведения гемодиализа – 83,3%, трое (16,7%) получали консервативное лечение в ОРИТ УЗ «ГОИКБ», один из них умер. Причиной смерти послужил развившийся у ребенка тяжелый сепсис с полиорганной недостаточностью.

Этиология ОКИ была подтверждена только у 5 детей, что составило 27,7%. Были выделены S.Sonnei (у двоих детей), S.Flexsneri, S. группы C1, Kl.pneumoniae.

**Заключение.** ГУС является редко встречающейся патологией детей младшего возраста. Среди пациентов 83,42% составили дети первых пяти лет жизни. Две трети составили лица женского пола. У 100% детей развитию ГУС предшествовал гемоколит.

#### Литературные ссылки

1. Милютин, Л.Н. Эволюция лекарственной резистентности *Salmonella enteritidis*, выделенных от детей / Л.Н. Милютин, О.В.Гурьева, С.Ш.Рожнова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2008. – № 2. – С. 44-47.
2. Воротынцева, Н.В. Гемолитико-уремический синдром у детей / Н.В.Воротынцева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. – № 6. – С.39-42.

*Павлович Д.С., Свирид Н.С., Матуш Л.И., Ясинская Л.И.*

### **К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРОЯВЛЕНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Инфекционный процесс у детей почти всегда сопровождается выраженной в той или иной степени реакцией со стороны нервной системы. Существует большое количество возбудителей инфекционных заболеваний, которые обладают тропностью к нервной системе, что выражается в специфических поражениях разных отделов последней. Распространенной патологией детского возраста при различных инфекционных заболеваниях со стороны нервной системы является судорожный синдром, что ставит задачу решения большого спектра проблем: установление причины возникновения судорог, возможной их связи с каким-либо инфекционным заболеванием, определение риска повторных эпизодов судорог, вероятность трансформации их в эпилепсию.

**Цель исследования** – установить особенности проявлений судорожного синдрома у детей при различных инфекционных заболеваниях.

**Материалы и методы:** Проведен анализ 64 историй болезни детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет, лечившихся в УЗ «ГДИКБ» г. Минска в 2011 году (29 девочек и 35 мальчиков). Критерием включения в исследование явилось наличие у ребенка с инфекционным заболеванием судорожного синдрома. Для постановки диагноза, кроме общеклинического обследования, использовались подробное изучение анамнеза жизни и заболевания, клинико-неврологическое обследование, ЭЭГ-исследование.