

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ГЕМОКОЛИТА

Таджиев Ботир Мирхошимович

Доктор медицинских наук, доцент Ташкентского педиатрического медицинского института

Худайбердиева Чарос Курдашевна

Докторант 1-го курса Ташкентского педиатрического медицинского института

Алимова Озода Бекмуродовна

Ассистент кафедры Физиологии Самаркандского государственного медицинского университета

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6980182>

***Аннотация.** Целью данной работы является клиничко-иммунологический анализ гемоколитов. Гемоколит может быть симптомом множества серьезных заболеваний органов пищеварительного тракта. В республике отмечается рост заболеваемости острой диареей у детей, необходимость изучения особенностей клиничко-иммунологических особенностей острой диареи в клиническом течении желудочно-кишечных расстройств, гемоколитического синдрома, вторичных осложнений и разработки рекомендаций по лечению и лечению. профилактика клинических состояний. Острые кишечные инфекции, протекающие с наличием прожилок или сгустков крови в стуле. В статье представлены данные клиничко-иммунологические особенности анализов детей разного возраста.*

***Ключевые слова:** кишечные инфекции, гемоколит, ранний возраст, шигеллез, сальмонеллез.*

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL FEATURES OF ACUTE DIARRHEA IN CHILDREN WITH HEMOCOLITIS SYNDROME

***Abstract.** The purpose of this work is the clinical and immunological analysis of hemocolitis. Hemocolitis can be a symptom of many serious diseases of the digestive tract. In the republic, there is an increase in the incidence of acute diarrhea in children, the need to study the characteristics of the clinical and immunological features of acute diarrhea in the clinical course of gastrointestinal disorders, hemocolytic syndrome, secondary complications and develop recommendations for treatment and treatment. prevention of clinical conditions. Acute intestinal infections that occur with the presence of streaks or blood clots in the stool. The article presents data on clinical and immunological features of analyzes of children of different ages.*

***Keywords:** intestinal infections, hemocolitis, early age, shigellosis, salmonolosis.*

ВВЕДЕНИЕ

В ходе работы анализировались следующие параметры: антенатальный, интранатальный и постнатальный анамнез; клинические проявления заболевания, их динамика и длительность; лабораторные показатели; диагнозы – направительные, предварительные и клинические; проводимое лечение.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При оценке данных во всех группах соотношение девочек и мальчиков было 1:1,5. Анализируя направительные и предварительные диагнозы больных (острый инфекционный гастроэнтерит, энтероколит, гемоколит), значимых отличий по группам

выявить не удалось. Основными диагнозами в первой группе детей стали гастроэнтероколит, вызванный УПФ, и вирусная диарея в сочетании с УПФ: 59,4% и 21,9% соответственно. В возрастной группе от 6 до 12 месяцев преобладали диагнозы кампилобактериоз и гастроэнтероколит, вызванный УПФ. Для третьей группы детей самым частым был диагноз вирусная диарея в сочетании с УПФ. Этиология вирусных диарей подтверждалась методом ИФА или ПЦР, бактериальные кишечные инфекции выявлены бактериологическим методом. Структура клинических диагнозов. Сообщая о тяжести заболевания, следует отметить, что в исследуемых группах больных преобладали среднетяжелые формы заболевания над тяжелыми (97,1% против 2,9%). Значимую роль в развитии кишечных инфекций может играть искусственное вскармливание. На смешанном - 21,9% детей в первой и 37,5% во второй группе. Во всех группах отмечалось острое начало заболевания. Помимо наличия крови в стуле, к особенностям начала заболевания у детей первой группы можно отнести то, что при выраженном синдроме интоксикации (у 56,3% детей) не отмечалось высокой лихорадки. Самым частым симптомом было вздутие живота (37,5%). Дети в возрасте от 6 до 12 месяцев в первые дни болезни демонстрировали в клинической картине следующие симптомы: частое повышение температуры тела ($38,0 \pm 1,1$), вздутие живота и интоксикационный синдром (45,8% и 33,3% соответственно). В возрастной группе 1-2 года дебют заболевания происходил с лихорадки выше $38,0^\circ$ в 69,7% случаев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для определения особенностей проведения исследования анализа крови. Воспалительные изменения проявлялись повышением уровня С-реактивного белка 71% больных со средним значением $23,91 \pm 24,17$ мг/л (при N до 8,2 мг/л), лейкоцитов — 69% детей в общем анализе крови со средним значением $11,58 \pm 3,52 \times 10^3$ /мкл, тромбоцитов у 26% больных (среднее значение $323,97 \pm 85,06 \times 10^3$ /мкл). У 78% больных было повышение относительного количества палочкоядерных нейтрофилов, среднее значение которых составило $10,95 \pm 0,4\%$, при среднем относительном количестве нейтрофилов $59,02 \pm 0,6\%$. Получилось, что воспаление при остром гемоколите характеризуется повышением уровня СРБ, лейкоцитов, относительного количества палочкоядерных нейтрофилов, но не общего количества нейтрофилов, что может быть связано с возрастными изменениями в гемограмме детей. В 41,3% случаев выявляли интеркуррентные заболевания: ОРВИ — 34% детей, реже пневмонию — у 7,3% пациентов. Длительность пребывания в стационаре больных с острым гемоколитами в среднем составила $6,9 \pm 0,3$ дня. Среди 47 больных с расшифрованной этиологией ОКИ с гемоколитом у 17 (36%) выявлен шигеллез, у 14 из них *Shigella flexneri*, у 3 — *Shigella sonnei*. У 14 больных были выражены тенезмы, при этом половине этих пациентов потребовалась консультация хирурга. У 8 больных при УЗИ выявлен мезаденит. Стул был скудным, с большим количеством мутной слизи, с прожилками крови. Важно, что в нашем наблюдении инфекционный гемоколит развивался у детей в возрасте старше 7-ми лет только при верифицированном шигеллезе. Также практически все наблюдаемые случаи тяжелых форм были представлены шигеллезом. Сальмонеллез диагностирован также у 17 (36%) детей (рис. 1), преимущественно в возрасте от 1 года до 3 лет жизни (13 больных), только у 1 ребенка в возрасте 10 мес., и у 3 — в возрасте от 3 до 5 лет. У 14 детей выделена *Salmonella enteritidis*, у 3 — *Salmonella typhimurium*. У всех больных

отмечалась интоксикация длительностью более пяти дней, фебрильная лихорадка, боли в животе, у 12 детей — рвота, у 5 — мезаденит. В большинстве случаев частота стула была более 5 раз в сутки, по характеру стул был обильный, жидкий, зеленый, зловонный, со слизью и прожилками крови. У 1 ребенка в возрасте 3 года сальмонеллез протекал в тяжелой форме, осложнившись узловатой эритемой и токсико-аллергической сыпью на коже. Детей с кампилобактериозом было 5 (11%), в основном, в возрасте до 3-х лет. Кампилобактериоз проявлялся у всех детей с острым гемоколитом, кроме 1 ребенка в возрасте 4 месяцев, у которого был гастроэнтероколит. У 4 больных из 5 с кампилобактериозом при УЗИ был выявлен мезаденит. *Cl. difficile*-инфекция установлена у 4 больных с гемоколитами на основании выявления токсинов А и В *Cl. difficile* в кале методом ИФА: у двух детей в возрасте до 1 года жизни, у 2-х — в возрасте до 2-х лет, у всех этих детей топикой был энтероколит. Клебсиеллез (выделена инфекция *Klebsiella pneumoniae*) был диагностирован у 3 (6%) детей первого года жизни и протекал по типу энтероколита в среднетяжелой форме. У 1 ребенка в возрасте 5 месяцев была высеяна *Yersinia enterocolitica* в кале. Иерсиниоз у больного протекал в тяжелой форме, с нейротоксикозом, фебрильной лихорадкой длительностью более 10 дней, экзантемой, энтероколитом, гемоколитом. Все пациенты получали терапию в соответствии стандартам оказания медицинской помощи больным кишечными инфекциями в стационаре.

Результаты проведенного клинико-лабораторного анализа у детей показали, что в структуре госпитализированных с гемоколитом больных часто доминируют этиология инфекционные причины. Только у 4 пациентов в возрасте 12 лет и старше была выявлена иная причина (воспалительное заболевание кишечника у 3 детей, трещина ануса — у 1 ребенка). В возрастном срезе инфекционных гемоколитов преобладали дети раннего возраста до 3 лет (77%), что согласуется с данными других исследований. Среди детей в возрасте старше 7 лет практически во всех случаях был диагностирован инфекция шигеллез. В 34% случаев была установлена этиологическая структура ГК, превалировали сальмонеллез (36%) и шигеллез (36%). В нашем исследовании доля кампилобактериоза и *Cl. difficile*-инфекции в этиологической структуре ОКИ с ГК составила 11% и 9% соответственно, в 6% случаев выявлен клебсиеллез (у детей первого года жизни), у 1 ребенка в возрасте 5 месяцев — иерсиниоз. В большинстве случаев (66%) нам не удалось расшифровать этиологию бактериальной ОКИ с гемоколитом.

ОБСУЖДЕНИЕ

Известно, что гемоколит также может развиваться и при других инфекциях — некоторых эшерихиозах, паразитозах и др. Большинство наших наблюдений были больные раннего возраста до 3-х лет, можно предположить, что при ОКИ неустановленной этиологии острый гемоколит мог быть обусловлен энтерогеморрагическими эшерихиями или условно-патогенной флорой. Несмотря на то, что ОКИ с гемоколитами чаще протекают в среднетяжелых формах, такие больные госпитализируются в инфекционный стационар. Острые гемоколиты протекают с интоксикацией и фебрильной лихорадкой, а в некоторых наблюдаемых нами случаях и в тяжелых формах с развитием нейротоксикоза. Тяжелая форма установлена в 5,8% случаев, в подавляющем большинстве — при шигеллезе. Симптомы интоксикации и фебрильная лихорадка были выражены у всех пациентов с инфекционными гемоколитами, боли в животе — в 94%, стул с патологическими примесями с частотой более 5 раз в сутки — в

84%, рвота — в 28,5%, мезаденит при УЗИ — в 15% случаев. Эксикоз 1 или 2 степени выявлен в 64% случаев. Присоединение интеркуррентных заболеваний (ОРВИ, пневмоний) мы наблюдали у 41,3% детей. Для инфекционных острых гемоколитов характерно развитие местного и системного воспаления. В нашем исследовании в 71% случаев выявлено повышение СРБ — $23,91 \pm 24,17$ мг/л, в 69% — лейкоцитоз — $11,58 \pm 3,52 \times 10^3$ /мкл, в 78% — повышение относительного количества палочкоядерных нейтрофилов в общем анализе крови увеличено. В 26% — в крови обнаружен тромбоцитоз, что отражает уровень воспаления при инфекционном остром гемоколите.

ВЫВОДЫ

Учитывая достаточно высокий удельный вес нерасшифрованных гемоколитов, в практической деятельности необходимо расширять возможности лабораторной диагностики бактериальных кишечных инфекций с острым гемоколитом с применением современных методов (ПЦР и других). Также необходимо помнить, что гемоколит может быть дебютом развития воспалительных заболеваний кишечника, и при необходимости проводить дополнительные инструментальные исследования в области диагностики.

REFERENCES

1. Диагностика гемоколитов у детей. М.К. Бехтерева, К.К. Тихомирова, А.М. Комарова. 2018.
2. Бактериальные кишечные инфекции с синдромом гемоколита у детей: этиология, лабораторная диагностика (обзор). Н.В. Гончар, К.Д. Ермоленко, О.И. Климова, Е.И. Ермоленко 2019.
3. И.В. Иванов, О.С. Сидорова. Синдром гемоколита при острых кишечных инфекциях у детей: клинико-лабораторные особенности. 2017.
4. Климова О.И. Клинико-лабораторные особенности острых кишечных инфекций с синдромом гемоколита у детей. 2019.
5. Комарова А.М. Синдром гемоколита: трудности дифференциальной диагностики в практике врача педиатра. 2018.
6. Valijanovich M. O. et al. Biogeochemistry Properties of Calcisols and Capparis Spinosa L //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 3227-3235.
7. Turdalievich T. A., Gulyam Y. Morphological features of pedolytical soils in Central Ferghana //European science review. – 2016. – №. 5-6. – С. 14-15.
8. Turdaliev, A., Yuldashev, G., Askarov, K., & Abakumov, E. (2021). Chemical and biogeochemical features of desert soils of the central Fergana. Agriculture, 67(1), 16-28.
9. Турдалиев А. Т., Аскарлов К. А., Мирзаев Ф. А. У. Морфологические особенности орошаемых почв Центральной Ферганы //Почвы и окружающая среда. – 2019. – Т. 2. – №. 3. – С. 6.