

сопровождается: микроангиопатической гемолитической анемией тромбоцитопенией; острой почечной недостаточностью (ОПН). В Узбекистане не ведется анализ заболеваемости диареей, ассоциированной с ГУС, у детей. Публикации скудны, осуществляются в основном реаниматологами. Диарея, ассоциированная с ГУС, этиологически редко расшифровывается. Как правило врачи не диагностируют признаков тяжелого бактериального токсикоза в начальном периоде заболевания. Происходит недооценка степени тяжести состояния больных, соответственно, запоздалая адекватная терапия и неблагоприятные исходы. В этом связи целью нашего исследования было оценить степени тяжести состояния и осложнений у больных с ГУС.

Материалом для исследования послужило 38 больных с ГУС госпитализированных в областную инфекционную больницу №1с диагнозом: ОКИ тяжелой формы, которым установлен ГУС. В результате проведенного анализа больных с ГУС нами установлено что у 9 (23%) больных были такие осложнения как: тяжёлая анемия, тромбоцитопения, острая почечная недостаточность, анорексия. Основные клинические признаки которых были острое

начало, симптомы гастроэнтерита или тяжело протекающий колит, часто гемоколит резкая бледность кожного покрова; кожный геморрагический синдром дизурия в виде олиго- либо анурии как основное проявление ОПН.

Дополнительные симптомы анорексия; раздражительность; гипертензия; спленомегалия; желтуха, темный цвет мочи признаки застоя в системе кровообращения (отек легких, кардио- гепатомегалия, расширение вен, тахикардия). При этом в основе повреждения почек при ГУС лежит гломерулярная тромботическая клеточного детрита в субэндотелиальном слое в результате воздействия одного или нескольких повреждающих факторов. При ОКИ, осложненных ГУС, наиболее часто страдают внутриклубочковые сосуды, поражение которых возникает на ранних стадиях заболевания. Всем этим больным лечение проводилось исключительно симптоматическое, поддерживающее, поскольку патогенетической терапии с доказанной эффективностью в настоящее время не существует.

Таким образом, практическим врачам необходимо помнить о возможности формирования осложнений у больных с клиникой ОКИ (гастроэнтероколито).

РАННЯЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ОКИ

Ш.Ш. Муминова, Ш.А. Рустамова, Н.А. Ярмухамедова

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Гемолитико-уремический синдром наиболее частая причина острой почечной недостаточности (ОПН) у детей раннего возраста (Д. В. Зверев и соавт. 2007 г), исток формирования хронической болезни почек в последующие годы с возможным переходом в терминальную почечную недостаточность (З.М. Еникеева и соавт., 2006). 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.

Цель исследования: на основе клинико-лабораторных показателей поставить раннюю диагностику ОКИ с гемолитико-уремическим синдромом у детей.

Материал и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ причин ГУС у 37 детей с диагнозом «Острая кишечная инфекция» в возрасте от 1 месяца до трёх лет по материалам ОИБ за 2012 – 2014 г.

Результаты исследования и их обсуждение: ГУС преобладал в общей популяции больных ОКИ и составил 27,7%. В работе использован стандарт диагностических исследований, принятых у больных ГУС, ОПН. При поступлении в реанимационное отделение всем детям проводилось клинико-лабораторное обследование, при этом особое внимание уделяли оценке общего состояния, функции почек, печени а также наличию дыхательных, сердечно-сосудистых и неврологических нарушений, степени поражения желудочно-кишечного тракта, состоянию водно-электролитного обмена. В план клинико-лабораторного обследования включались: анализ периферической крови, биохимическое исследование сыворотки крови с определением общего белка и белковых фракций, мочевины, креатинина, калия, натрия, билирубина, АЛАТ, АСАТ, протромбиновый индекс, тромбиновое время, определение содержания фибриногена и другие показатели. Мы выделили две группы

больных: с легкой формой ГУС - 12 детей и тяжелой формой ГУС - 25 детей. Нами отмечено, что тяжелая форма гемолитико - уремического синдрома в совокупности с основной триадой признаков характеризовалась различными осложнениями: развитием неврологической симптоматики, наличием собственно геморрагического синдрома, нарушением функции печени, сердца, легких, гастроинтестинальным синдромом. Среди причин острой почечной недостаточности у детей в возрасте до трех лет гемолитико - уремический синдром был определяющим, составил 84,5%. Среди больных острой почечной недостаточностью - наиболее уязвимы дети до года. Продолжительность продромы составила в среднем 2,5 дня и характеризовалась диарейным синдромом (26 детей), ОРВИ (11 детей). Кишечная инфекция характеризовалась появлением частого жидкого стула до 6 - 8 раз в сутки нередко с примесью крови, рвотой, подъемом температуры тела. Этиологическая роль патогенных микроорганизмов подтверждена бактериологически у определенной группы больных. При анализе клинических данных нами установлено, что полный симптомокомплекс ГУС развивался в течение 1-3 дней. К основным проявлениям

гемолитико-уремического синдрома, помимо ОПН относилась гемолитическая анемия, тромбоцитопения. У 60% детей с ГУС, ОПН мы выявили геморрагический синдром: гемоколит, рвоту "кофейной гущей", носовые кровотечения, петехиальную сыпь, длительную кровоточивость из мест инъекций. У больных с ГУС имело место повышение внутриклеточных печеночных ферментов, а также билирубина.

Выводы: В Самаркандской области преобладающим является типичный диарейный тип ГУС, составляющий 76% среди всех пациентов с этим заболеванием. Учитывая наличие в дебюте острой кишечной инфекции, для ранней диагностики ГУС следует обращать внимание у пациентов с острой патологией на снижение диуреза, наличие остро развивающейся анемии, тромбоцитопении. Скрининг - тестом для обнаружения острого повреждения почек при развившемся синдроме является повышение в 1,5-2 раза и более уровня креатинина в сыворотке крови. В острой стадии гемолитико - уремического синдрома изменения в системе гемостаза развиваются по типу ДВС - синдрома, которое сначала локализуется в почках, а затем может принять распространенный характер.

ИНФЕКЦИОН ВА НОИНФЕКЦИОН ЭТИОЛОГИЯЛИ СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Ш.Ш. Муродова, А.Б. Абидов, Ш.А. Набиева

Тошкент тиббиёт академияси

Охирги йилларда инсон организмга, айниқса жигарга алкоғолни таъсирини ўрганиш муаммоси долзарб бўлиб қолди. Алкоғолни суистеъмол қилиш – сурункали гепатитларнинг асосий сабабларидр биридир. Юқумли касалликлар, шу жумладан вирусли гепатитлар ҳам Ўзбекистон аҳолиси ва бошқа давлатлар учун ҳам жиддий хавф бўлиб қолди. Маълумки, улар факатгина бемор ҳаёти сифатини ёмонлаштириб қолмай, балки асорат сифатида жигар циррози ва гепатоцеллюляр карциномага сабаб бўлади.

Материал ва услублар. Тадқиқот ишида ЭМЮКИТИ клиникасида 2013-2014 йиллар мобайнида сурункали гепатитлар ташхиси билан даволанган 59 нафар беморларнинг клиник текширув натижалари тахлили келтирилган. Беморларнинг ўртача ёши $43,7 \pm 0,9$ ёшни ташкил қилиб, улардан 31 ($52,5 \pm 6,6\%$) нафарини аёллар ва 28 нафарини ($47,5 \pm 6,6\%$) эркаклар ташкил қилади.

Тадқиқот ишини бажариш давомида қуйидаги текширув усулларида фойдаланилган:

клинико-лаборатор; серологик (ИФА, ПЦР), олинган натижаларга параметрик сататистик усулда Biostat, Statistica 6.0. статистик программа ёрдамида ишлов бериш (Стъудент мезони t , χ^2 мезони). Кузатувдаги беморлар икки гуруҳда ўрганилди. Биринчи гуруҳни сурункали ноинфекцион гепатитлар (СНИГ) ташхиси қўйилган 25 ($42,4 \pm 6,5\%$) нафар беморлар ташкил қилган бўлса, иккинчи гуруҳга сурункали вирусли гепатит (СВГ) ташхиси қўйилган 34 ($57,6 \pm 6,5\%$) нафар беморлар кирди.

Олинган натижалар ва уларнинг тахлили. Кузатувдаги 59 нафар беморларни шифохонага келиш давридаги асосий шикоятлари қиёсланганида аниқландики, ноинфекцион гепатитларда касаллик сабаби инфекция бўлмасда $8,0 \pm 5,5\%$ ҳолатларда тана ҳароратини субфебрил даражада кўтарилиши ($P < 0,05$). Беморларнинг асосий шикоятлари СВГ гуруҳидаги беморлардан статистик ишонарли даражада фарқ қилиб, кўнгил айнишини бир маротаба ёки бир неча маротаба қайт қилиш ($P < 0,05$) билан бирга келиши, тери кичишиши