

**Кмита М.В., Чащина С.Е.**

## **ИНФЕКЦИОННЫЕ ГЕМОКОЛИТЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kmita M.V., Chashchina S.E.**

## **INFECTIOUS HEMORRHAGIS COLITIS IN CHILDREN OF EARLY AGE**

Department of Infection diseases and Clinical immunology  
State University of Ural medical  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: borozdinamasha@rambler.ru

**Аннотация.** Наличие крови в кале (гемоколит) может быть симптомом множества серьезных заболеваний органов пищеварительного тракта. Одним из таких являются острые кишечные инфекции, протекающие с наличием прожилок или сгустков крови в стуле. В статье представлены данные ретроспективного анализа историй болезни детей раннего возраста, перенесших кишечную инфекцию с ведущим симптомом гемоколит за зимний и летний период 2019 года. Установлена этиология, основные клинические проявления, особенности лабораторных данных и лечения у детей раннего возраста.

**Annotation.** The presence of blood in the feces (hemorrhagis colitis) can be a symptom of many serious diseases of the digestive tract, which require immediate medical attention. One of the reasons can be acute intestinal infections that occur with streaks or blood clots in the stool. The article presents data from a retrospective analysis of case histories of infants who have had an intestinal infection with the cardinal symptom of hemorrhagis colitis in the winter and summer of 2019. There has been established the etiology, the main clinical manifestations, the characteristics of laboratory data and treatment in infants.

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

**Key words:** intestinal infections, hemorrhagis colitis, early age.

### **Введение**

Гемоколит – это патологическое состояние в структуре заболеваний кишечника, ведущим проявлением которого является выделение крови с каловыми массами – синдром «кровь в стуле».[1]

Актуальность изучения клинико-лабораторных особенностей ОКИ, протекающих с геморрагическими проявлениями в стуле, часто называемым синдромом геморрагического колита (или гемоколита), обусловлена тем, что они представляют группу относительно тяжелых

инфекций, доля которой в структуре диарейных заболеваний у детей в мире достигает 8%. [3,4]

Примесь крови в стуле рассматривается как одно из неотложных состояний, требующих незамедлительного оказания квалифицированной медицинской помощи, проведения комплексной лабораторной и инструментальной диагностики и, зачастую, госпитализации в стационар. [2,5]

**Цель исследования** – изучение клинико-лабораторных особенностей острой кишечной инфекции с явлениями гемоколита у детей раннего возраста.

#### **Материалы и методы исследования**

Данное исследование основано на ретроспективном анализе историй болезни детей в возрасте от 0 до 3 лет жизни, госпитализированных в инфекционный стационар ДГБ №15 с жалобами на кровь в стуле.

Критерии включения:

1. Дети, поступившие в инфекционный стационар в зимний и летний период 2019 года с диагнозом гемоколит.

2. Дети в возрасте от 0 до 3 лет жизни.

С учетом указанных условий выборочная совокупность составила 105 больных.

Далее все дети были разделены на четыре группы:

1. Дети в возрасте от 0 до 6 месяцев жизни (n=32).

2. Дети в возрасте от 6 до 12 месяцев жизни (n=24).

3. Дети в возрасте от 1 до 2 лет жизни (n=33).

4. Дети в возрасте от 2 до 3 лет жизни (n=16).

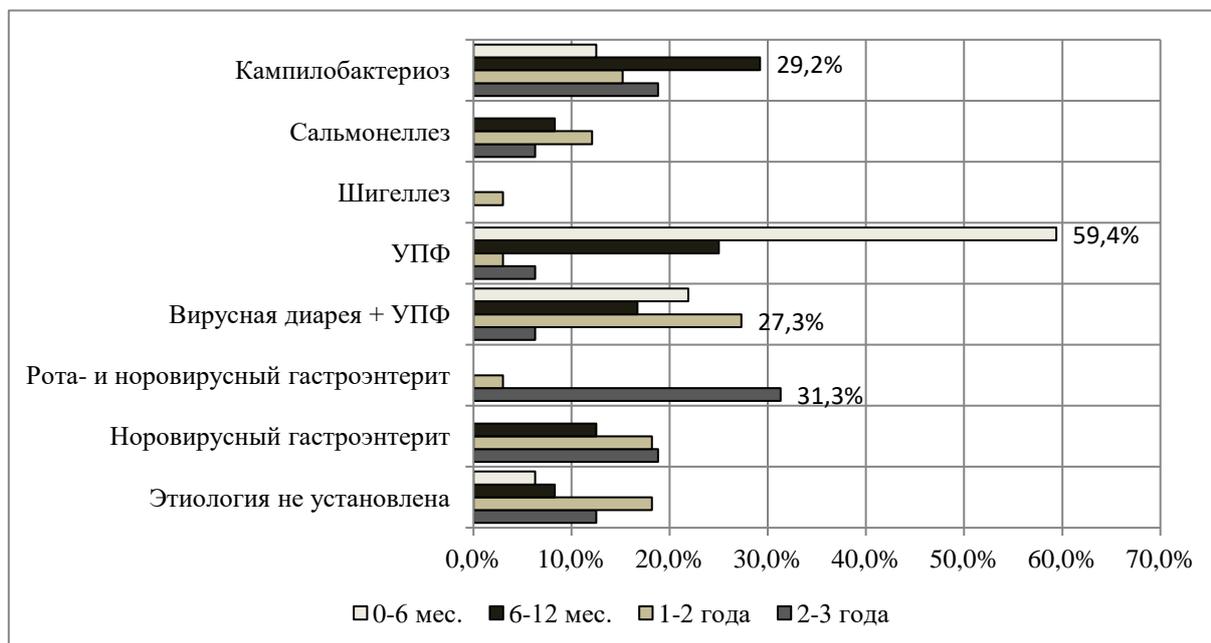
В ходе работы анализировались следующие параметры: антенатальный, интранатальный и постнатальный анамнез; клинические проявления заболевания, их динамика и длительность; лабораторные показатели; диагнозы – направительные, предварительные и клинические; проводимое лечение.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

При оценке данных во всех группах соотношение девочек и мальчиков было 1:1,5. Поступление детей до года можно считать поздним, так как в среднем обращение происходило на  $4,0 \pm 1,0$  сутки от начала заболевания. Дети старше года в стационар поступали на  $3,1 \pm 0,6$  сутки от первых клинических проявлений.

Анализируя направительные и предварительные диагнозы (острый инфекционный гастроэнтерит, энтероколит, гемоколит), значимых отличий по группам выявить не удалось. Структура клинических диагнозов для каждой группы детей представлена на рисунке (Рис. 1). 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 (29,2%) и гастроэнтероколит, вызванный УПФ (25%). Для третьей группы детей самым частым был диагноз вирусная диарея в сочетании с УПФ. Дети в возрасте 2-3 лет в основном выписывались с диагнозами вирусный гастроэнтерит и

кампилобактериоз (31,3% - рота- и норовирус в сочетании, 18,8% - норовирус и 18,8% - кампилобактер). Этиология вирусных диарей подтверждалась методом ИФА или ПЦР, бактериальные кишечные инфекции выявлены



бактериологическим методом.

Рис. 1. Структура клинических диагнозов

Сообщая о тяжести заболевания, следует отметить, что в исследуемых группах больных преобладали средне-тяжелые формы заболевания над тяжелыми (97,1% против 2,9%).

Значимую роль в развитии кишечных инфекций может играть искусственное вскармливание. Несмотря на то, что в данном исследовании подавляющее большинство младенцев находилось на грудном вскармливании (62,5% в первой группе и 50,0% во второй), нельзя забывать и о той части, которая была на искусственном вскармливании (15,6% у детей первой группы и 12,5% во второй). 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. Кроме того, 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: 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. Синдром интоксикации и вздутие живота

встречались у 48,5%. Характерной особенностью стало наличие катарального синдрома в начале заболевания в трети случаев.

Для четвертой группы детей (возраст 2-3 года) в начале заболевания также отмечались лихорадка выше  $38,8^{\circ}$  (75,0%), интоксикационный синдром (56,3%) и вздутие живота (56,3%). Но отличительной чертой можно считать наличие рвоты в дебюте заболевания в половине случаев.

При оценке длительности клинической симптоматики удалось установить, что во всех возрастных группах в среднем все симптомы проходили на 2-3 сутки пребывания в стационаре, то есть на 6-7 сутки болезни.

Анализируя лабораторные данные, удалось установить, что в каждой возрастной группе наблюдался умеренный лейкоцитоз ( $9,3 \pm 0,9 \times 10^9/\text{л}$  для первой группы,  $12,0 \pm 1,2 \times 10^9/\text{л}$  для второй группы,  $10,2 \pm 1,1 \times 10^9/\text{л}$  для третьей группы,  $10,1 \pm 2,5 \times 10^9/\text{л}$  для четвертой группы). Кроме того, в первой и второй группах наблюдался относительный лимфоцитоз в начале заболевания ( $62,9 \pm 4,2\%$  и  $54,2 \pm 7,8\%$  соответственно). Для детей старше года был характерен относительный нейтрофилез:  $47,3 \pm 5,0\%$  для третьей группы и  $52,7 \pm 9,4\%$  для четвертой группы. Другие показатели общего анализа крови – в пределах возрастных норм.

При анализе результатов биохимического анализа крови обращали на себя внимание следующие параметры. Уровень натрия во всех группах, кроме третьей (у детей 1-2 лет), был снижен и составлял  $134,6 \pm 0,8$  ммоль/л в первой группе,  $135,0 \pm 0,9$  ммоль/л во второй группе и  $134,5 \pm 0,9$  ммоль/л в четвертой группе. Также особенности наблюдались и в уровне С-реактивного белка. Если для детей старше 6 месяцев была характерна явная воспалительная реакция организма (уровень СРБ  $22,8 \pm 16,4$  мг/л у детей 6-12 месяцев,  $30,2 \pm 16,1$  мг/л у детей 1-2 лет,  $39,9 \pm 28,7$  мг/л у детей 2-3 лет), то у детей младше 6 месяцев уровень СРБ был в пределах нормальных значений и составлял  $2,7 \pm 1,4$  мг/л.

Оценивая результаты копрологического исследования, можно отметить следующие особенности. Признаки воспаления в стуле присутствовали во всех группах примерно в равном размере. Для детей первого года жизни являлся ведущим синдромом нарушения всасывания, а гемоколит лабораторно подтверждался лишь у каждого четвертого. У детей старше года преобладал синдром нарушения переваривания и нарушения микробиоценоза. Лабораторно подтвержденный гемоколит наблюдался у каждого третьего в группе от 1 до 2 лет, и у каждого второго в группе от 2 до 3 лет.

Для лечения во всех группах использовали стандартные лекарственные препараты: Смекта, Аминокапроновая кислота, Викасол и антибактериальные препараты (Цефтриаксон – 46,7% случаев, Азитромицин – 17,1% случаев, Амикацин – 13,3% случаев). Антибактериальная терапия назначалась в связи с наличием гемоколита, лихорадки, повышенного уровня СРБ и воспалительной картины копроцитограммы. Длительность применения каждого препарата в среднем составила 5-6 суток. В 43,8% случаев детям проводилась инфузионная терапия с целью дезинтоксикации и регидратации.

Кроме того, было проведено сравнение эффективности антибактериальных препаратов, которое показало следующие результаты. При лечении Цефтриаксоном энтероколитный стул сохранялся  $3,5 \pm 0,5$  суток, в то же время при использовании Азитромицина и Амикацина аналогичный показатель сокращался и составлял  $2,8 \pm 0,8$  суток и  $2,6 \pm 0,8$  суток соответственно. Длительность гемоколита существенно не зависела от выбора антибактериального препарата (для Цефтриаксона  $1,5 \pm 0,2$  суток, для Азитромицина  $1,2 \pm 0,2$  суток, для Амикацина  $1,2 \pm 0,3$  суток).

В конце исследования был проведен корреляционный анализ, который позволил выявить наличие некоторых связей. Так, чем дольше у пациента сохранялся гемоколитный стул, тем длительнее были сроки его госпитализации ( $r = 0,3$  – прямая, средняя связь), дольше сохранялись признаки интоксикации ( $r = 0,4$  – прямая, средняя связь) и рвота была более продолжительной ( $r = 0,6$  – прямая, средняя связь). Также были выявлены и обратные, слабые связи между длительностью гемоколитного стула и беспокойством ( $r = -0,2$ ), снижением аппетита ( $r = -0,2$ ), уровнем эритроцитов крови ( $r = -0,2$ ).

#### **Выводы:**

1. У пациентов исследуемой нами группы, особенно у младенцев, вирусные диареи преимущественно протекали в сочетании с условно-патогенными возбудителями. Чем и был обусловлен гемоколит у этих больных. Но в 17% случаев гемоколит был зарегистрирован при рота-и норовирусной диареи, преимущественно у детей старше 1 года. В этой группе больных остается невыясненным ключевой фактор патогенеза гемоколита, что требует дальнейшего изучения причин гемоколита у больных с вирусными диареями.

2. В 97% случаев заболевание протекает в среднетяжелой форме с проявлениями кишечного токсикоза и энтероколита.

3. В отличие от детей первого полугодия жизни, гемоколит инфекционной этиологии у детей раннего возраста сопровождается острофазной реакцией организма, о чем свидетельствует значительное повышение уровня С-реактивного белка.

4. В терапии гемоколита инфекционной этиологии эффективны цефтриаксон, азитромицин и амикацин.

#### **Список литературы**

1. Бехтерева М.К. Диагностика гемоколитов у детей / М.К. Бехтерева, К.К. Тихомирова, А.М. Комарова // Медицина: теория и практика. – 2018. – №S (3). – С. 19-23

2. Гончар Н.В. Бактериальные кишечные инфекции с синдромом гемоколита у детей: этиология, лабораторная диагностика (обзор) / Н.В. Гончар, К.Д. Ермоленко, О.И. Климова, Е.И. Ермоленко // Медицина экстремальных ситуаций. – 2019. – №21 (1). – С. 92-104

3. Иванов И.В. Синдром гемоколита при острых кишечных инфекциях у детей: клинико-лабораторные особенности / И.В. Иванов, О.С. Сидорова, Г.М.

Филиппова, О.Е. Ефименко // Бюллетень медицинской науки. – 2017. – №2 (6). – С. 34-37

4. Климова О.И. Клинико-лабораторные особенности острых кишечных инфекций с синдромом гемоколита у детей / О.И. Климова, Н.В. Гончар, Л.А. Алексеева, Ю.В. Лобзин // Журнал инфектологии. – 2019. – №3 (11). – С. 54-60

5. Комарова А.М. Синдром гемоколита: трудности дифференциальной диагностики в практике врача педиатра / Комарова А.М., Ермоленко К.Д., Раздьяконова И.В. // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2018. – №1 (13). – С. 244-253

УДК 616-006.327.03

**Кузнецов Т.Я., Логинова Д.С., Степанов Н.Н., Черненко М.А.,  
Сабадаш Е.В.**

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ФИБРОМАТОЗ ДЕСМОИДНОГО ТИПА**

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kuznetsov T.Y., Loginova D.S., Stepanov N.N., Chernenko M.A., Sabadash E.V.  
CASE REPORT: DESMOID-TYPE FIBROMATOSIS**

Department of Phthisiology and Pulmonology  
Ural State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation

Email: darr.loginova@gmail.com

**Аннотация.** В статье рассматривается клинический случай экстраабдоминальной десмоидной фибромы.

**Annotation.** The article describes the clinical case of extraabdominal desmoid fibroma.

**Ключевые слова:** десмоидная фиброма, агрессивный фиброматоз, клинический случай.

**Key words:** desmoid fibroma, aggressive fibromatosis, clinical case.

#### **Введение**

Фиброматоз десмоидного типа (синонимы: десмоидная фиброма, агрессивный фиброматоз) – это патологическое новообразование соединительной ткани, развивающееся из дифференцированных фибробластов и коллагеновых волокон. Особенностью данной опухоли является сочетание признаков доброкачественности и злокачественности. При отсутствии клеточного атипизма, метастазирования и отрицательного общего влияния на организм десмоидная фиброма склонна к рецидивированию, обладает быстрым,