

II ст., ДН-II ст. 2019-пCov-Гостра респіраторна хвороба, підтверджена ПЛР. В загальному аналізі крові відмічалася тенденція до тромбоцитозу - $407 \cdot 10^9$ /л, прокальцитонін - 1,4нг/мл (норма $<0,25$ нг/мл), Д-димер - 1800 нг/мл (норма до 500 нг/мл). Позитивний результат ПЛР мазків із зіву/носа на SARS-Cov2 отримано на 5-й день від початку захворювання, негативний на 16-й день від початку захворювання. Під час перебування в стаціонарі у хворого впродовж 4-х днів реєструвалося підвищення температури тіла на рівні фебрильних значень. Пацієнту проводилася оксигенотерапія (3 доби), антибактеріальна терапія (левофлукс+меропенем), 11 днів. Також застосовувалися еноксипарин натрію (фленокс), людський імуноглобулін (біовен-моно) та дексаметазон.

На 4 добу перебування у ІВАІТ стан дитини значно покращився, дитина переведена для подальшого лікування в інфекційне відділення. На 6 добу зникла висипка. А вже на 15 добу лікування у стаціонарі після негативних результатів мазка ПЛР дитину було виписано додому у задовільному стані.

Висновки. Особливістю даного клінічного випадку є наявність двобічної полісегментарної пневмонії, ймовірно вірусно-бактеріального генезу за відсутності супутньої патології, з ознаками гіпоксемії, що потребувало лікування в ІВАІТ та кисневої дотації; виразні ознаки запального процесу з порушенням згортання крові. Таким чином, можна стверджувати, що захворювання перебігло подібно як у дорослих, патогенетично - імунолегенева коагулопатія, але з більш сприятливим перебігом.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРИЧИНИ ГОСТРИХ ДІАРЕЙ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ, ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ДО ДІАГНОСТИЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Іванько О.Г., Бондаренко В.М.
Запорізький державний медичний університет

В роботі поставили мету на засадах дослідження маркерів стану кишкового здоров'я - фекального кальпротектину (ФКП), редуруючих субстанцій (вуглеводів) у стільці (РС), молочної кислоти та коротко ланцюгових жирних кислот (КЛЖК) уточнити причини діарей у дітей.

Матеріали та методи. Обстежено 56 дітей, віком від 6 до 24 місяців з ознаками гострої діареї. Контрольну групу з 31 особи склали здорові діти із стільцем 5-6 класів за Бристольською шкалою. Усім пацієнтам було проведено комплексне обстеження.

Результати. Ротавірусний гастроентерит з типовими клінічними проявами (МКБ10 A08.0) був діагностований у 10 госпіталізованих, проте тести на аденовірусну інфекцію у всіх випадках були негативними. Окремо виділялись 11 хворих на бактеріальні гастроентерити (МКБ10 A02, A04). *Campilobacter jejuni* був виділений у 5 хворих, *E.coli* O-18 - у 2-х пацієнтів, *E.coli* O-44 у 1, *Salmonella enteritidis* - у 2-х хворих та *Yersinia enterocolitica* ще у 1 дитини. Зазвичай при вірусних та бактеріальних гастроентеритах спостерігали значне підвищення ФКП - 880,16 мкг/г (Q25-75 610,51-1415,63 мкг/г) та 1485,94 мкг/г (1284,38-1800 мкг/г), тоді як у дітей контрольної групи ці показники склали 422,91 мкг/г (226,39-1321,88 мкг/г). Вміст РС при вірусних та бактеріальних діареях був також значно підвищений - 0,5% (Q25-75 0,4-0,5%) та 0,5% (0,25-2,0%) відповідно, при 0% (0-0,05%) у дітей контрольної групи. Враховуючи 2 хворих, у яких був встановлений діагноз кишкової лямбліозної інфекції, загальна кількість хворих на кишкові інфекції на цей момент склала 23 з 56 (41%). Інші 33 дитини мали негативні тести на кишкові інфекції включно з токсикологічними щодо *Clostridium difficile*. Кластерний аналіз із залученням ознак супутніх хвороб, наявності лихоманки, блювання, підвищення ШОЕ > 10 мм/год та зниження гемоглобіну (Hb) в загальному аналізі крові < 110 г/л, а також показників ФКП та РС дозволив провести класифікацію хворих на гостру діарею неінфекційного походження (МКБ10 K59). До так званої "парентеральної" діареї було віднесено 10 хворих, у яких діарея поєднувалась з ГРВІ, гострим отитом, бронхітом і позагоспітальною пневмонією, пієлонефритом. Для них були характерні звичайні показники ФКП та РС. У 23 дітей, у яких спостерігали досить різноманітні клінічні ознаки, які проаналізували завдяки кластерному аналізу. Так, 4 пацієнти мали низькі показники ФКП - 296,52 мкг/г, (Q25-75 116,87-440,7 мкг/г), але значне підвищення вмісту фекальних осмотично активних сполук РС - 0,5 (Q25-75 0,5-1,5%). Такий стан відповідає гострому епізоду мальабсорбції вуглеводів за типом Toddler`s діареї, 4 пацієнти мали нормальні показники ФКП та РС за відсутності гіпертермії, змін ШОЕ та Hb. Таким чином, хворі цієї групи демонстрували ізолювану гіпермотильність кишечника, можливо як стресорну реакцію. Ще 3 дітей склали окремий клінічний кластер, для якого були характерні підвищені показники запалення кишечника, можливо імунологічного генезу - ФКП - 736,6 мкг/г (Q25-75 505,39-1800 мкг/г), проте за відсутності ознак гіперосмолярності стільця РС - 0% (Q25-75 0-0,15%). Решта з 10 хворих на гостру діарею склали кластер дітей із значно підвищеними показниками маркерів запалення кишечника ФКП - 997,7 мкг/г, (Q25-75 655,795-1542,19 мкг/г) та гіперосмолярності РС-0,6% (Q25-75 0,5-2,25%). Ці хворі демонстрували нагадуючі показники хворих на безумовні інфекційні діареї підвищення температури тіла, блювання, прискорення ШОЕ та знижений Hb. Це створило підстави встановити діагноз кишкової інфекції невизначеної етіології внаслідок труднощів лабораторної верифікації збудника (МКБ10 A04.9). Дослідження показали, що значне зниження вмісту молочної кислоти майже до повного її зникнення із стільця у дітей молодшого віку є, можливо, універсальною ознакою будь-якої діареї за походженням.

Висновки. Серед госпіталізованих з гострою діареєю дітей 59% мали ознаки кишкових інфекцій. Решта хворих (41%) може бути віднесена до функціональної (неінфекційної) діареї, яка в свою чергу розподіляється на декілька клінічних кластерів. Оптимізацію діагностики значно полегшує застосування маркерів стану кишечника - ФКП та РС стільця з урахуванням клінічного стану хворої дитини.