

Муниципальное бюджетное учреждение
здравоохранения детская городская клиническая
больница №3 г.Новосибирска
Отделение реанимации и интенсивной терапии.

Больной Т. Возраст 2г. 3 мес. Вес на момент поступления 16 кг.

Поступил 01.07.2010

Диагноз : Острая кишечная инфекция. Гемолитико-уремический синдром.
ОПН, анурия. Внутрисосудистый гемолиз.

Анамнез заболевания.

Считается больным в течении последних трех дней перед поступлением. Жидкий стул 2-3 раза в сутки, легкий субфебрилитет. Однократно рвота в первый день заболевания. Снижена активность и аппетит. На третий день заболевания родители заметили что у ребенка «черный» цвет мочи. Что собственно и было поводом обращения к врачу, так как общее состояние ребенка не вызывало у родителей опасения. Осмотрен врачом скорой помощи. Доставлен в стационар с диагнозом «Гепатит».

При поступлении состояние тяжелое. Первое впечатление не говорит о выраженной тяжести заболевания. Однако бледность и желтушность кожных покровов говорит о явном неблагополучии. Сознание ясное, хотя активность явно снижена. Лихорадит на субфебрильных цифрах. Кожа с желтушным оттенком. При внимательном рассмотрении умеренная одышка при физической нагрузке. Тахикардия до 140 в мин, умеренно сниженное наполнение пульса. АД 95/55. Первая порция мочи полученная при поступлении имеет насыщенно темный (черный) цвет. Умеренное вздутие живота, перестальтика выслушивается. Оксигенация до 96% при дыхании атмосферным воздухом. После установки катетера в центральную вену и центрифугирования пробы крови выявлен явный острый внутрисосудистый гемолиз, азотемия (мочевина 16 ммоль/л, креатинин 132 мкмоль/л). Показатели общего анализа крови - Эр - 2.1 – Нв-76 г/л, L - 16.0 Э-2, П-4, С-56, Л-28, М-10, СОЭ – 18, Тр – 62 тыс. Состояние расценено как течение олигоанурической стадии острой почечной недостаточности на фоне гемолитико-уремического синдрома. Несмотря на то, что внутрисосудистый гемолиз является составной и обязательной частью данного синдрома, такая

выраженность и стойкость его не является характерной для большинства больных. В течении двух часов ушедших на подготовку проведения плазмаобмена (доставка соответствующих количеств плазмы и эритроцитарной массы) изменились показатели крови в сторону явного продолжения гемолиза. Эр – 1.6 – Нв-58 г/л, Нт – 16%. С заместительной целью выполнено переливание компонентов крови до уровня гематокрита 30%.

Выполнен плазмаобмен на аппарате Prismaflex, Set TPE 1000.

Кровоток 60 мл/мин. Скорость замещения 30-400 мл/час, замещающий раствор: плазма – 1000 мл, **Призмасол 4** – 600 мл, гепарин 20 ед/кг/час. Катетер был установлен в V.fem. dextra, 8 Fr. После процедуры проявления



гемолиза значительно уменьшились, однако не прекратились. анурия. В последующие дни еще дважды выполнялись **процедуры плазмаобмена** с интервалом в 1 сутки, в течении которых проводилась гемодиафильтрация: **сет ST60**, кровоток 70 мл/мин, скорость замещения 400 мл/час. Поскольку сохранялась анурия установлен перитонеальный катетер, начато проведение перитонеального диализа. Последняя процедура плазмаобмена (третья по счету) проведена на фоне перитонеального диализа. Следует обратить внимание на цвет эфлюента. После трех сеансов плазмаобмена гемолиз прекратился.

Анурия продолжалась в течении 3 недель. Полиурический синдром 7-8 дней. Полное выздоровление.

P.S. За период с декабря 2009 по август 2010 через отделение реанимации прошло 4 больных с клиникой острой кишечной



инфекции, анемией, азотемией, олигурией, тромбоцитопенией на фоне выраженного гемолиза. Один ребенок поступил в критическом состоянии на 3 сутки от появления первых признаков гемолиза и погиб через 2 часа от поступления. Трое детей выздоровили. **Всем проведены процедуры плазмаобмена.** Анурия развилась только у одного ребенка (данное наблюдение).