

* * *

**ОСЛОЖНЁННОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО
ИНФЕКЦИОННОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА
У РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА
С ОТЯГОЩЁННЫМ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИМ
АНАМНЕЗОМ**

Алфимова А.С., Галатова О.А., Лебедев А.И.

**Научные руководители: доктор мед. наук, проф.
Г.И. Смирнова, доктор мед. наук, проф.
А.А. Корсунский**

Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва, Россия

Ключевые слова: *дети; инфекционный
гастроэнтерит; пищевая аллергия; эозинофилия;
диагностика; лечение*

Актуальность. Острый инфекционный гастроэнтерит является одним из распространённых инфекционных заболеваний у детей, характеризующимся воспалительным процессом в желудочно-кишечном тракте. Острый инфекционный гастроэнтерит у детей раннего возраста с атопией может осложняться гипоальбуминемией, отёчным синдромом и перикардальным выпотом. Трудности диагностики, обусловленные нетипичным дебютом и полиморфностью симптоматики, определяют значимость комплексной оценки состояния больного, требующей мультидисциплинарного подхода и своевременной дифференциальной диагностики.

Описание клинического случая. Девочка, 1 год 10 мес, с отягощённым аллергологическим анамнезом (с 1,5 мес проявления атопического дерматита после перевода на искусственное вскармливание, у брата — поливалентная аллергия) поступила в стационар с жалобами на рвоту, субфебрилитет, отёки, нарастающую вялость. Лабораторные исследования выявили: лейкоцитоз $21,63 \times 10^9/\text{л}$ (при норме 4,5–11,0), тромбоцитоз $705 \times 10^9/\text{л}$ (при норме 180–320), эозинофилию 10,5% (при норме 5%), гипонатриемию 117 ммоль/л (135–155 ммоль/л), гиперкалиемию 5,4 ммоль/л (3,2–5,3 ммоль/л), гипопропротеинемию 26,2 г/л (65–85 г/л), гипоальбуминемию 17,5 г/л (35–50 г/л), повышение уровней общего до IgE 179,95 ЕД/мл (0–45 ЕД/мл). При обследовании были исключены кишечные инфекции и вирусные патогены (норовирус, ротавирус, кампилобактериоз, сальмонеллёз, шигеллёз, гельминтозы, SARS-CoV-2, *Enterovirus*, цитомегаловирус, вирус Эпштейна–Барр) и иммунодефицитные состояния (KREC 1420 копий/ 10^5 клеток, TREC 949 копий/ 10^5 клеток). Обнаружены ДНК HHV-6, снижение уровней IgG до 3,1 г/л (4,5–18,0), повышение активности альфа-1-антитрипсина в кале до 2250 мг/л (< 250 мг/л). При УЗИ выявлены умеренная гепатоспленомегалия, увеличение поджелудочной железы и мезентериальных лимфатических узлов, перикардиальный выпот (6,7 мм) и функционирующее овальное окно (2 мм). При проведении фиброэзофагогастродуоденоскопии с биопсией были выявлены: дистальный эзофагит, гастрит, дуоденит, при биопсии — эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки — более 20 эозинофилов. На фоне комплексной терапии (цефтриаксон, альбумин, инфузионная терапия, внутривенные иммуноглобулины, спиронолактон, левокарнитин, панкреатин, цетиризин, гипоаллергенная диета) была отмечена положительная динамика: повышение содержания общего белка крови до 61,1 г/л, альбумина до 38,9 г/л, нормализация клеточных показателей крови. При выписке больной установлен окончательный диагноз: синдром мальабсорбции, поливалентная пищевая аллергия (кожно-интестинальная форма), вторичная экссудативная энтеропатия, эзофагит, гастродуоденит, недостаточность витамина D, функционирующее овальное окно, перикардиальный выпот, герпес-вирусная инфекция (*Herpes simplex virus 6*).

Заключение. Представленный клинический случай определяет значимость комплексного подхода при диагностике гастродуоденита, сопровождающегося отёками и гипоальбуминемией у детей с атопией. Наличие ДНК вируса герпеса 6-го типа и высокие потери белка через желудочно-кишечный тракт (высокая активность альфа-1-антитрипсина) указывают на многофакторный генез заболевания. Своевременная диагностика и комплексная терапия способствовали достижению стойкой ремиссии.

* * *