



# КАЗУИСТИКА В КВАДРАТЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ



Авторы: Толстикова Екатерина Андреевна, Столярова Мария Владимировна

Научные руководители: д.м.н., профессор Легонькова Т.И., к.м.н., доцент Штыкова О.Н., к.м.н., доцент Васильев Н.С.

## Актуальность

Мочекаменная болезнь (МКБ) в настоящее время находится на втором месте среди заболеваний почек и мочевых путей у взрослых. Частота встречаемости МКБ у детей составляет 5-10%. Мочекаменная болезнь встречается основном у детей в возрасте от 3 до 12 лет, у мальчиков в 2-3 раза.

Настораживает, что в последние годы появились случаи МКБ у детей раннего возраста, что возможно может быть связано с ухудшением экологической обстановки, миграцией населения, повышением минерализации воды, дефицита витаминов в продуктах питания, а также с увеличением влияния других факторов, способствующих нарушению обмена веществ в детском организме.

## Цель исследования:

Изучить особенности течения и клинические проявления МКБ у детей раннего возраста, выявить факторы, способствующие развитию МКБ.

## Материалы и методы исследования:

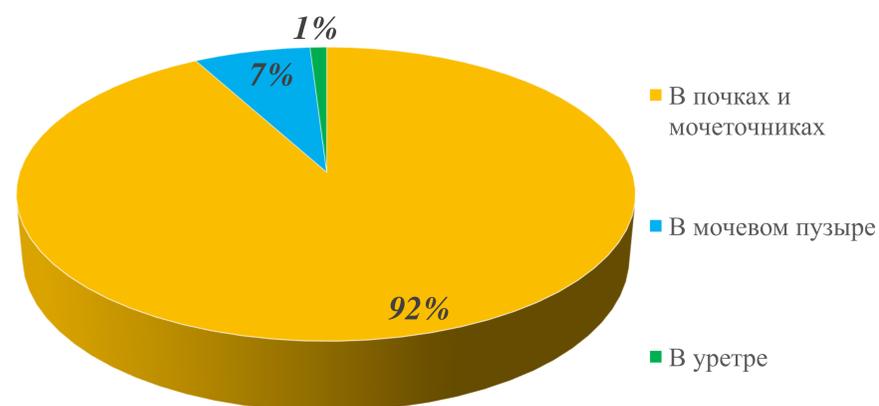
Ретроспективный анализ историй болезни пациента Н., 6 месяцев, находившегося на стационарном лечении в ОГБУЗ ДКБ и ДХО СОКБ г. Смоленска.

**Клинический диагноз:** Мочекаменная болезнь. Конкременты обеих почек (N20.0)

**Осложнения:** Блок почек. Хронический вторичный пиелонефрит, стадия обострения

**Сопутствующие заболевания:** Рахит II период разгара, подострое течение. ЖДА легкой степени тяжести. Недеференцированная соединительнотканная дисплазия.

Локализация камней при МКБ



## Результаты исследования

**Анамнез заболевания:** Ребенок заболел остро. Заболевание началось с повышения t тела до 39-40,0 С, появления беспокойства, отсутствия стула. На 4 сутки заболевания госпитализирован в Гагаринскую ЦРБ. При обследовании в ОАК выявлен нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, гипохромная анемия легкой степени тяжести, в ОАМ - протеинурия, лейкоцитурия, макрогематурия., оксалурия. Переведен в ОГБУЗ ДКБ г.Смоленска.

**Анамнез жизни:** Ребенок родился от 5 беременности, 3 преждевременных родов в 30 недель, масса при рождении 1450 г. Беременность протекала на фоне ОАГА (2 м/а), ОСА (хронический пиелонефрит), хронической никотиновой интоксикации, на 15 неделе беременности мать перенесла токсоплазмоз, в 17 недель наблюдалось краевое предлежание плаценты, анемия I степени. Ребенок находился на искусственном вскармливании с рождения.

**Жалобы на момент поступления:** на подъемы t тела у ребенка до 39-40,0 С.

**Общее состояние ребенка на момент поступления:** средней степени тяжести за счет мочевого синдрома, симптомов интоксикации. При осмотре кожные покровы бледные, живот умеренно вздут, выявлена пастозность мошонки, мягких тканей надлобковой области, симптом поколачивания с обеих сторон вызывает беспокойство ребенка, его плач.

Выявлена дисплазия тазобедренных суставов, стигмы дизэмбриогенеза: готическое небо, гипертелоризм.

**Проведено лабораторное и инструментальное обследование:**

**ОАК:** нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево (L 19,6 10<sup>9</sup>/л, п/я 5%, с/я 45%), ускорение СОЭ (22 мм/ч), анемия легкой степени тяжести (Hb 102 г/л, снижены MCV, MCH).

**ОАМ:** протеинурия (3,0 г/л), лейкоцитурия (L покрывают все п.зр.), макрогематурия (Эг покрывают все п.зр.), оксалурия +++, слизь ++. **БАК:** повышение СРБ (48 г/л), снижение уровня сыв. Fe (4,8 мкмоль/л). **Анализ мочи по Нечипоренко:** лейкоциты покрывают все поля зрения. **Тест на Са-филакцию** – положительный. **Посев мочи** – E.coli 10\*6 КОЕ/мл.

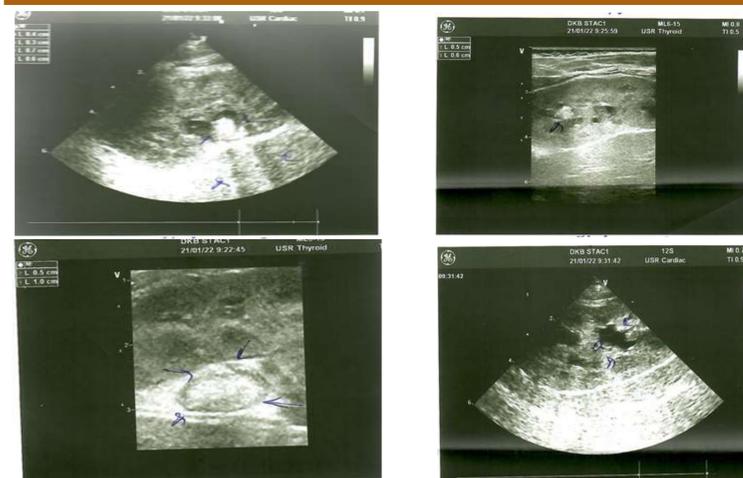
**УЗИ почек:** обе почки расположены в типичном месте, размеры правой почки увеличены, левой почки – средние, повышена эхогенность коркового слоя паренхимы обеих почек, расширена ЧЛС правой почки, расширена лоханка левой почки, в ЧЛС правой почки визуализируются конкременты в количестве 3, в левой почке – в количестве 1 (в ЧЛС).

**Проводимое лечение:** Лечение проводилось согласно стандартам оказания медицинской помощи по профилю заболевания. Антибактериальные препараты: цефотаксим по 450 мг 2 р./сут. в/м. Учитывая отсутствие положительной динамики на фоне лечения на 5 сутки добавлен амикацин 90 мг 1 р/сут в/м. Пробиотики – аципол по 5 кап. 1 р/д. Продолжал лихорадить до 37,7-38 С, сохранялся мочевой синдром. Учитывая сохраняющийся субфебрилитет, отрицательную динамику по данным ОАК (нарастание СОЭ до 27 мм/ч), сохранение лейкоцитурии и гематурии в ОАМ, **ребенок был переведен в ДХО СОКБ.**

На 16 сутки от момента заболевания у ребенка отмечалась задержка мочи. **МСКТ ОБП и брюшинного пространства:** МКБ. Блок почек с обеих сторон. Пиелокаликотазия с двух сторон. Диффузные изменения паренхимы почек. Выполнена цистоскопия, ретроградная катетеризация мочеточников, пиелоуретрального сегмента (ПУС), устранение блока почек под общим обезболиванием. После удаления катетеров из устья мочеточников отходили конкременты, слизь, фибрин, отмечено поступление мочи. Конкременты смещены от ПУС. В послеоперационном периоде получал лечение в условиях АРО (цефтриаксон 350 мг 1 р/д в/м, амикацин 90 мг. 1 р/д в/м, инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами). На 20 сутки от момента заболевания вновь нарастание клиники блока почек с двух сторон. Выполнена повторная цистоскопия, устранение блока почек.

На 22 сутки заболевания ребенок переведен для дальнейшего лечения в урологическое отделение РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Пирогова Минздрава России г. Москва.

## УЗИ почек, пациент Н., 6 мес.



## Заключение:

Таким образом, мочекаменная болезнь представляет собой междисциплинарную проблему и требует участия не только педиатров, урологов, нефрологов, хирургов, но и гастроэнтерологов, эндокринологов, генетиков и диетологов. После оперативного удаления мочевых камней, даже с применением высокотехнологичных методов, важным является последующее консервативное, в том числе и медикаментозное, лечение с учетом типа камнеобразования и наличия метаболических нарушений у ребенка.

Для профилактики и раннего выявления МКБ у детей необходимо учитывать факторы риска формирования конкрементов в почках, которыми на основании анализа истории болезни пациента, возможно, являются: осложненное течение беременности у матери, ОАГА (мед.аборты), ОСА (хронический пиелонефрит у матери), хроническая никотиновая интоксикация в/у у плода, недоношенность III степени.