

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Артемчик Т.А., Гулевич А.С., Чернюк Д.А.

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Резюме. В данной статье представлен клинический случай мальчика 2-х месяцев с желчнокаменной болезнью. Описана клиническая картина заболевания, представлены данные лабораторных и инструментальных методов исследования, определен метод лечения и исход заболевания.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, дети первого года жизни, симптомы.

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) очень редкое заболевание в детском возрасте. У новорожденных и младенцев регистрировались единичные случаи [1, 3]. В последние годы отмечается «омоложение» ЖКБ у взрослых и значительный рост заболеваемости у детей раннего возраста около – 1 % [2]. Причинами образования камней желчного пузыря у детей грудного возраста являются: недоношенность, наследственность, длительное парентеральное питание, искусственная вентиляция легких, использование в лечении цефалоспоринов III–IV поколения и диуретиков (фурасемид), гемолитические нарушения, врожденные аномалии желчевыводящих путей. У детей ЖКБ протекает часто бессимптомно, но могут беспокоить диспепсические симптомы, коликообразные боли и желтуха [4].

Цель: представить клинический случай ЖКБ у ребенка грудного возраста.

Материалы и методы. Проведен анализ истории болезни ребенка грудного возраста, госпитализированного по поводу желтухи. Диагностика заболевания и контроль за лечением осуществлялись на основе клинико-лабораторных данных, картины ультразвукового исследования и данных МРТ.

Результаты и их обсуждение. Ребенок (мальчик) родился от первых срочных родов в сроке 40 недель, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела – 53 см. Беременность у матери протекала на фоне ОРИ во втором триместре. Роды – без осложнений. Ранний неонатальный период протекал без особенностей, ребенок находился на грудном вскармливании. За месяц прибавка массы тела составила 1200 г.

Известно, что у матери в 14 лет выполнена холецистэктомия по причине ЖКБ, дядя по линии отца имеет синдром Жильбера, отец здоров.

В возрасте 40 дней ребенок стал беспокойным, отказывался от груди, срыгивал, появился «жирный» кашицеобразный стул без патологических примесей 2–3 раза в день. Ребенок обследован амбулаторно и общие анализы крови и мочи были в пределах нормы. В копрограмме – признаки стеатореи, pH кала 5,0. На УЗИ органов брюшной полости (ОБП) выявлены гепатомегалия и признаки сладжа в желчном пузыре. Ребенку были назначены урсодезоксихолевая кислота и лактазар.

Через месяц у ребенка появилась желтушность кожных покровов. С целью дальнейшего обследования и уточнения диагноза мальчик в 2,5 месяца был направлен в стационар.

При поступлении масса тела ребенка 6100 г (должная масса тела – 5800 г). Состояние средней степени тяжести, аппетит хороший, на грудном вскармливании,

необильно срыгивает. Массу тела – набирает. Кожные покровы бледно-розовые с легким оливковым оттенком, субиктеричность склер. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Границы зева не гиперемированы. Язык влажный, не обложен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 35 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, ребенок спокоен. Выслушивается активная перистальтика кишечника. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги, плотная. Селезенка не пальпируется. Стул желтой кашицей, «жирный», без патологических примесей, 3 раза в день.

При обследовании в стационаре: гипербилирубинемия (63,2 мкмоль/л) преимущественно за счет прямой фракции (34,5 мкмоль/л – 55 % от общего билирубина), непрямого билирубин 28,7 мкмоль/л, повышение активности АЛТ 52,4 Ед/л, АСТ 75,5 Ед/л, ГГТП 171,9 мкмоль/л. Результаты ОАК, ОАМ без воспалительных изменений. В копрограмме стеаторея (++++), pH 6,3.

Назначена терапия: урсодезоксихолевая кислота, креон и лактазар.

В течение 4-х дней наблюдалось снижение массы тела каждый день на 70–80 г. Затем на фоне терапии отмечалась положительная динамика: цвет кожных покровов бледно-розовый, склеры субиктеричные, стул желтой кашицей без патологических примесей. Ребенок находится на грудном вскармливании, аппетит хороший, не срыгивает, в весе прибавляет (6440 г в 3 месяца). В анализах (7-е сутки) наблюдается снижение уровня общего билирубина 32,6 мкмоль/л, прямого билирубина – 10,3 мкмоль/л (32 %), непрямого билирубина – 22,3 мкмоль/л, активности АСТ 66,8 Ед/л, АЛТ 63,9 Ед/л, повышение ЩФ 389,9 Ед/л.

Обследован на внутриутробные инфекции (ВПП 1,2 типа, ЦМВ, ВЭБ), гепатиты В и С – отрицательные результаты. УЗИ ОБП: синдром сгущения желчи, холецистолитиаз, диффузные изменения в печени и гепатоспленомегалия. Выполнена эластометрия печени, которая определила степень фиброза F 1–2 по шкале METAVIR. МРТ брюшной полости с холангиографией выявило в желчном пузыре наличие конкрементов размером до 3х1,5 мм.

По результатам обследования выставлен клинический диагноз: ЖКБ. Вторичный реактивный гепатит на фоне холестаза.

По данным БАК крови, через 20 дней от начала лечения все показатели нормализовались: общий билирубин 9,9 мкмоль/л, прямой билирубин 4,6 мкмоль/л, непрямого билирубин 5,3 мкмоль/л, АСТ 44,9 Ед/л, АЛТ 38,2 Ед/л, ЩФ 319,1 Ед/л, ГГТП 80,5 Ед/л.

Ребенок осмотрен детским хирургом и рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке в возрасте 6 месяцев. Основным методом лечения холелитиаза у детей любого возраста является лапароскопическая холецистэктомия.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует возможность развития ЖКБ у ребенка первого года жизни. Из предрасполагающих факторов развития заболевания у данного пациента выявлена отягощенная наследственность.

Клиническая картина ЖКБ у ребенка 3-х месяцев жизни включала в себя: беспокойство, отказ от груди, срыгивания, «жирный» кашицеобразный стул, желтуху с синдромом холестаза и цитолиза. Применение урсодезоксихолевой кислоты оказало положительный клинико-лабораторный эффект на состояние ребенка, однако растворения камней достигнуто не было, что потребовало назначения планового хирургического лечения ребенку в возрасте 6 месяцев.

Літэратура

1. Brill, P., Winchester, P., Rosen, M. Neonatal cholelithiasis / P. Brill [et al.] // *Pediatr Radiol.* – 1982; 12: 285–288.
2. Lopez, M., Chumpitazi, B., Mazziotti, M. Clinical Characteristics and Risk Factors for Symptomatic Pediatric Gallbladder Disease / M. Lopez [et al.] // *Pediatr.* – 2012; 129:84–95.
3. Mohan, G., Daniel, S., Joseph, R.S., Pillai, S.K. Cholelithiasis in a Young Infant / G. Mohan [et al.] // *Pediatr Oncall J.* – 2010; 7: 75–76.
4. Road, R., Pradesh, U. Gallstone Disease in Children / R Road, U. Pradesh // *INDIAN Pediatr.* – 2010; 47:945–954.

CLINICAL CASE OF GALLSTONE DISEASE IN A CHILD OF THE FIRST YEAR OF LIFE

Artemchik T.A., Gulevich A.S., Chernyuk D.A.

*Belarusian State Medical University,
Minsk, Republic of Belarus*

Cholecystolithiasis is a very rare disease in childhood. Isolated cases have been reported in newborns and infants. In children, the disease is asymptomatic, but dyspeptic symptoms, colicky pain and jaundice may cause concern. This article presents a clinical case of a 2-month-old boy with cholecystolithiasis. Of the predisposing factors that led to the onset of the disease, there was only a family history (the mother had cholecystolithiasis, the uncle had Gilbert's syndrome). The clinical picture of the disease is described, data from laboratory and instrumental research methods are presented, the treatment method and outcome of the disease are determined. A peculiarity of the clinical case is the formation of cholecystolithiasis in a 2-month-old child, which is rare.

Keywords: cholelithiasis, children of the first year of life, symptoms.

Поступила 13.10.2023