

БЪБРЕЧНАТА КОЛИКА - ЕДНО ОТ СПЕШНИТЕ СЪСТОЯНИЯ В ПЕДИАТРИЯТА

Ева Цонкова¹, Дора Василева², Магдалена Близнакова³

¹Отделение по педиатрия, УМБАЛ - Русе

²Първа детска клиника, УМБАЛ „Св. Марина“ - Варна

³Студент по медицина, IV-ти курс

RENAL COLIC - ONE OF THE URGENT CONDITIONS IN PEDIATRICS

Eva Tsonkova¹, Dora Vasileva², Magdalena Bliznakova³

¹Department of Pediatrics, MHAT - Ruse

²Children ICU, St. Marina University Hospital

³Student, Faculty of Medicine, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Бъбречната колика е остро състояние, причинено от конcrement в уретера, предизвикващо нарушение в уринния оток с последващо повишено налягане в кухинната система на бъбрек. Клиничната картина при деца се отличава от тази при възрастни. Водещ симптом е коремната болка, съчетана с хематурия. Диагнозата е комплекс от анамнестични данни, клинични, лабораторни и образни изследвания. Важно е изключването на „остър хирургичен корем“. Лечението изисква адекватна хидратация, нестероидни противовъзпалителни средства, спазмолитици, антиеметици, при необходимост – антибактериални средства. Целта е овладяване на болковия синдром, предпазване от усложнения и профилактика на рецидивите.

Ключови думи: бъбречна колика, хематурия, коремна болка

Бъбречнокаменната болест е заболяване, протичащо с образуване на камъни/ конcrementи/ в областта на бъбречните чашки, легенче, пикочен мехур. Заболяването е известно от древността, като информация за него се среща в трудовете на древните египтяни, перси, индуси. Днес бъбречнокаменната болест е една от най-честите причини за хоспитализация в урологичните отделения. Засяга около 2-3% от населението в Европа, като за някои ендемични области този процент може

ABSTRACT

Renal colic is an acute condition, caused by a ureteral stone that disturbs urine flow and increases the pressure in the kidneys. Clinical symptoms in children are much different from adults. The main complaint is an abdominal pain, combined with haematuria. The diagnosis is a complex of patient's medical history, clinical, laboratory and imaging tests. The most important issue is to exclude an acute surgical disease that needs an urgent operation. Medical treatment requires adequate hydration, nonsteroid anti-inflammatory drugs, spasmolytics, and if necessary – antibiotics. The most important aim is to overcome the pain, to prevent complications and relapses of kidney stone disease.

Keywords: renal colic, haematuria, abdominal pain

да е по-висок. Среща се във всички възрасти, като не е пощадена и детската популация. През последните години се наблюдава увеличение на засегнатите от заболяването деца. Етиологията на бъбречнокаменната болест е в резултат от взаимодействие между разнообразни анатомични, инфекциозни, метаболитни и екзогенни фактори, създаващи дисбаланс между литогенни и антилитогенни процеси в организма.

Клиничната презентация на болестта най-често е бъбречната колика. Нефролтиазната криза /колика/ възниква в резултат на запушване на уретера с последващ застои на урината в кухинната система. Повишеното налягане в нея причинява дразнение на нервните окончания в бъбречния хилус, фиброзната и мастната капсула поради преразтягане и води до развитие на хидрокаликоза и хидронефроза. Това е механизъмът, по който възниква усещането за болка, за която се счита, че е една от най-силните в човешкия организъм. Особеностите на бъбречната колика зависят от:

- възрастта на детето;
- локализацията на конкремента;
- наличието на усложнения;
- придружаващите заболявания.

Болковият синдром в детска възраст е с разнообразна характеристика. В кърмаческа и ранна детска възраст еквивалент на болката е неспокойствието. При по-големите деца водещ симптом е коремната болка, която се среща по-често – в 53 – 75% от случаите, докато болката по фланговете, характерна за възрастни – едва в 7%. Детето обичайно пшшка, стене, върти се в леглото, търсейки положение на тялото, което да облекчи страданието. Продължителността на бъбречната колика е различна – от няколко минути до часове и дни. Налице могат да бъдат и симптоми от страна на стомашно – чревния тракт – гадене, повръщане, метеоризъм, обстипация. Изброените симптоми се придружават задължително и от микро- или макроскопска хематурия.

Детето с бъбречна колика е диагностично предизвикателство за лекаря, особено в случаите на първа изява на заболяването. Коректната диагноза е резултат от клинични, параклинични и образни методи на изследване.

Поведение при дете с бъбречна криза:

- Клинични методи. Оценката на дете с коремна болка, която е най-честият симптом на заболяването у деца, изисква:
 - прецизна анамнеза – на заболяването и фамилна;
 - преглед;
- Параклинични изследвания- основно диагностично значение има
 - уринната находка. Препоръчва се изследване на следните показатели – уринен седимент, рН на урина, нитрити, урокултура.
 - пълна кръвна картина, С-реактивен протеин, креатинин, пикочна киселина, електролити.

• Образни изследвания

- ултразвуковото изследване има водеща роля. Индикация за провеждането му е коремната болка. Могат да се идентифицират както конкременти, така и дилатация на пикочните пътища.
- обзорната графия на корема може да изобрази калций съдържащи конкременти.
- екскреторната урография дава информация за локализацията на конкремента, степента на обструкция, екскреторната функция на контралатералния бъбрек.
- КТ, ЯМР са изследвания, които идват в съображение на следващ етап от диагностиката.

Диференциалната диагноза на дете с бъбречна колика включва широк кръг заболявания, като на първо място е задължително изключването на „Остър хирургичен корем“, налагащ спешна оперативна интервенция.

В диференциалнодиагностичен план е необходимо изключване на:

- остър апендицит;
- остър панкреатит;
- холелитиаза;
- илеус;
- перфорирала язва;
- остър аднексит.

След поставяне на диагнозата, се започва лечение на коликата. То включва:

- Адекватна хидратация на пациента, съобразена с дневните нужди, загуби и наличие на обструкция.
- Обезболяващи медикаменти – НСПВС, спазмолитици, антиеметици при нужда. Ако болковият синдром не се овладее, може да се наложи и включване на наркотични аналгетици/ по изключение/.
- Понякога е уместно включване на калциеви антагонисти/нифедипин/с цел релаксация на гладката мускулатура на уретера и кортикостероиди, за да се намали отока и възпалителната реакция.
- Приложението на диуретици при деца е спорно и с повишено внимание.
- Антибактериални средства при съпътстваща инфекция.
- Урологични процедури.

Проведено е ретроспективно десетгодишно /2004-2013г./ проучване на преминалите деца през отделение Педиатрия на МБАЛ – Русе – АД с бъбречна колика, чиито брой е 241. Направен

на е оценка на клиничната презентация на състоянието. Всички пациенти са хоспитализирани „по спешност“. Многообразието в симптоматиката на нефролитиазната криза е систематизирано в 5 основни групи – коремна /хълбочна/ болка, микционна – дизурични смущения, гадене /повръщане/, макроскопска хематурия и фебрилитет. Избрани са най-често срещаните клинични симптоми, с които пациентът постъпва за лечение.

Коремна болка

Известно е, че класическата бъбречна колика с локализация в поязната област се среща предимно при по – големите деца, докато при по – малките преобладава неопределената коремна болка, най- често около пъпа. При ретроспективно проследените пациенти тя присъства в 226 от тях, т.е. в 93,8%. Често такива пациенти попадат в спешен хирургичен кабинет, където се поставя диагнозата след провеждане на изследвания.

Микционна – дизуричните смущения са вторият по честота симптом, с който се презентира нефролитиазата. При по-малките деца се съобщава за неспокойствие и плач по време на микция, а по- големите описват болка, парене и чувство за непълно изпразване на мехура. Този клиничен симптом присъства при 136 пациента от проследените 241, т.е. при 56,4%.

Гаденето и повръщането са състояния, които често присъстват при педиатричните пациенти, независимо от локализацията на патологичния процес. Като елемент от презентацията на детската нефролитиаза се срещат при 92 от нашите пациенти, което е 38,2%.

Хематурията се счита за един от задължителните признаци на бъбречната колика. В острия период при първата изява на заболяването тя присъства в 14 – 33% от пациентите според литературните данни. При проследените от нас пациенти макроскопската хематурия се среща при 90 деца, което е 37,3%.

Фебрилитетът като израз на инфекциозен процес е регистриран при 27 пациента, т.е. в

11,2% от групата, подложена на ретроспективен анализ.

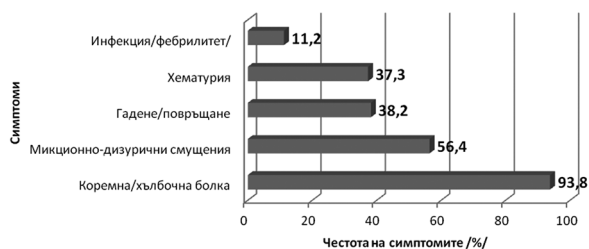
Проведените **параклинични** изследвания показват, че отклонения в хематологичните, биохимичните и електролитните показатели не са характерни за пациентите с нефролитиазна криза. Водеща е ролята на уринарната находка за поставяне на диагнозата.

Основно е значението на **образните изследвания** за верифициране на диагнозата и определяне големината и местоположението на конкремента. В педиатричната практика се предпочитат неинвазивните диагностични методи пред инвазивните.

Нефро- и уролитиазата трябва да се подозира при всяко дете с коремни болки и хематурия, съчетани или не с уроинфекция и фамилна обремененост. Изключването на „остър хирургичен корем“ е задължителен елемент от диференциално-диагностичния план на такъв пациент. Своевременната диагноза и правилно лечение са от значение за превенцията на хроничното бъбречно заболяване.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анадолийска А., М. Гайдарова, Детска нефрология 1 и 2 Част, 2008
2. Ангелова С., Бъбречно- каменна болест. Диагностика, съвременно лечение, профилактика, диети. София, 2006.
3. Близнакова Д., Място и възможности на ултразвуковото изследване при заболявания на отделителната система в детска възраст, Педиатрия, 2013,
4. Близнакова Д. „За детската нефрология – практически“, Университетско издателство на Медицински университет – Варна, 2015
5. Бойкинов Б. Д. Ангъзова, Хематурии в детската възраст, София, Медицина и физкултура, 1986.
6. Бояджиева Г., Нефрология в детската възраст, София, Медицина и физкултура, 1983.
7. Младенов Д., Уролитиаза, Medinfo, 2010, 7, 40-44.
8. Младенов Д. „Съвременно поведение при уролитиаза“, Medinfo 2013, бр.6.
9. Младенов Д.Д, Салтиров И.П. Етиология, патогенеза и клинична картина на уроли-



Фиг 1. Разпределение на пациенти според симптоми при бъбречна колика

- тиазата. Уролитиаза. София ЮПИ – ИТ. 2006, 11-111
10. Милушев Н., Диагностика и лечение на бъбречно- каменната болест, Medinfo, 2012, 6, 23-28.
 11. Минков М. Детска урология, София, изд. Лик, 2004.
 12. Мумджиев Н., Диференциална диагноза на детските болести, София, изд. Арко, 2004.
 13. Наумов Н., Б. Балеv, Образна диагностика на пикочоотделителната система/ ПОС/ при децата, Практическа педиатрия, 2007, 7, 7-15.
 14. Янева П., Рецидивиращи коремни болки, Практическа Педиатрия, 2010, 11, 17-19.
 15. Alpay H., Ozen A., Gokse I., et al., Clinical and metabolic features of urolithiasis in children, *Pediatr. Nephrology*, 2009.
 16. Ansari M., Pediatric urolithiasis: A challenging problem, *Indian J. Urol.*, 2010, 26, 4, 515.
 17. Bush N., L. Xu, B. Broun, et al., Hospitalisations for pediatric stone disease in United States, 2002-2007, *J. Urol.*, 183,3,1151-1156.
 18. Cameron M. et. al. Nephrolithiasis in children, *Pediatr. Nephrol.* 2005, 20, 11, 1587-1592.
 19. Copelovitch L, Urolithiasis in children, *Pediatr. Clin. North. Am.*, 2012, 59, 4, 881-886.
 20. Evaluation of pediatric nephrolithiasis, *Indian Journal Urol.* 2010 Oct – Dec
 21. Heidenreich A., et. al., Modern approach of diagnosis and management of acute flank pain, review of all imaging modality, *Eur. Urol.*, 2002, 41,4, 351-362.
 22. Hoppe B., M. Kemper, Diagnostic examination of the child with urolithiasis or nephrocalcinosis, *Pediatr. Nephrol.*, 2010, 25, 3, 403-413.
 23. Hulton S., Evaluation of urinary tract calculi in children, *Arch. Dis. Child.* 2001, 84, 320-323.
 24. Kalorin C., A. Zbinski et., al., Pediatric urinary stone disease does age matter., *J. Urol.* 2009, 181, 2267-2271.
 25. Kokorowski P., K. Hubert, K. Nelson, Evaluation of pediatric nephrolithiasis, *Indian J. of Urology*, 2010, 26, 4, 531-535.
 26. Partalis N., G. Sakellaris, Pediatric urolithiasis, *Essentials in Pediatr. Urology*, 2012, 79-88.
 27. Passerotti C., J. Chow, A. Cilva, et. al., Ultrasound versus computerized tomography for evaluating urolithiasis, *J. Urol.*, 2009, 182, 1829-1834.
 28. Persaud A., M. Stevenson, D. McMahon, Pediatric urolithiasis: Clinical predictors in the Emergency Department, *Pediatrics*, 2009, 124, 3, 888-894.
 29. Sas D., T. Husley, et., al., Increasing incidence of kidney stone in children evaluated in the emergency department, *J. of Pediatr.*, 2010, 157,1, 132-137.
 30. Tannaka S., J. Pope, Pediatric stone disease, *Curr. Urol., Rep.*, 2009, 10, 138, 43.
 31. Valentini R., et.al., Nephrolithiasis in children, *J. Article Rev.*, 2011,18, 5, 370-375.
 32. Van Dervoort K., J. Wiesen, R. Frank, Diagnosis of pediatric patients: a single center study of incidence, clinical presentation and outcome, *J. Urol.*, 2007, 177, 6, 2300-2305.

Адрес за кореспонденция:
д-р Ева Цонкова, д.м.
eva_tsonkova@mail.bg