



Почечная колика — это приступ резких болей, возникающий при острой непроходимости лоханки или мочеточника.

При почечной колике нарушается пассаж мочи по верхним мочевым путям (чашечно-лоханочная система и мочеточник), возникает внутренняя окклюзия или внешнее сдавление верхних мочевых путей, что приводит к резкому повышению давления в чашечно-лоханочной системе, отеку паренхимы и растяжению фиброзной капсулы почки.

Самой частой причиной почечной колики является мочекаменная болезнь, болевой синдром возникает при движении почечного камня по мочевым путям и обтурации просвета мочеточника конкрементом.

Другие причины почечной колики:

острый и хронический пиелонефрит (продукты воспаления — слизь, фибрин, эпителий, лейкоциты);

опухоль почки (гематурия в виде сгустков);

туберкулез почки (некротическая ткань сосочка);

травма почки (сгустки крови или внешнее сдавление верхних мочевых путей урогематомой);
гинекологические заболевания;

заболевания забрюшинного пространства (ретроперитонеальный фиброз и др.).

Факторы риска мочекаменной болезни:

семейный анамнез;

эпизод мочекаменной болезни в анамнезе (вероятность развития повторного эпизода в течение 20 лет составляет 60%);

воздействие повышенных физических нагрузок;

работа, связанная с длительной гипертермией;

заболевания, предрасполагающие к развитию конкрементов (поликистоз почек, тубулярный почечный ацидоз, саркоидоз, гиперпаратиреозидизм);

повышенная потеря жидкости (илеостома, мальабсорбция);

прием плохо растворимых лекарственных средств.

Боль внезапная, постоянная и схваткообразная, длительная (до 10–12 ч), локализуется в поясничной области или подреберье и иррадирует по ходу мочеточника в

подвздошную, паховую области, мошонку и ее органы, половой член, влагалище и половые губы.

Иррадиация боли снижается с перемещением камня, который останавливается чаще в местах физиологических сужений мочеточника:

в лоханочно-мочеточниковом сегменте (соустье) — иррадиация в мезогастральную область;

при перекресте с подвздошными сосудами — паховая область и наружная поверхность бедра;

в юкставезикальном (предпузырном) отделе — могут быть ложные позывы к дефекации и учащенное мочеиспускание;

в интрамуральном (внутри стенки мочевого пузыря) отделе — боль иррадирует в головку полового члена и может сопровождаться учащенным и болезненным в конце мочеиспусканием.

Редко при аномалиях развития почек почечная колика возникает с противоположной по отношению к окклюзированному мочеточнику стороны («зеркальная боль»).

Характерна дизурия (учащенное болезненное мочеиспускание).

Колика может сопровождаться:

тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения (возникает почти одновременно с болью в пояснице);

задержкой газов;

развитием пареза кишечника разной выраженности;
брадикардией;

умеренным повышением артериального давления;
гематурией;

олигурией и анурией.

Боль, особенно в первые 1,5–2,0 ч, заставляет пациента менять положение тела, что, как правило, не приносит облегчения. Больной мечется, иногда наклоняет туловище, удерживая ладонь на пояснице со стороны боли.

У детей младшего возраста боль при почечной колике обычно локализуется в области пупка, чаще сопровождается рвотой. Ребенок плачет, испуган. Острый приступ боли длится 15–20 мин, возможно повышение температуры тела до 37,2–37,3 °С.

Почечная колика с острой болью в пояснице может развиваться у беременных в III триместре. Клиническая картина чаще соответствует обструкции в верхних двух третях мочеточника.

Камни размером менее 5 мм в 98% случаев отходят самостоятельно. После прекращения приступа почечной колики сохраняются тупые боли в поясничной области, но самочувствие пациента улучшается.

Возможные осложнения:

острый обструктивный пиелонефрит;

бактериемический шок;

уросепсис;

снижение функции почки;

формирование стриктуры мочеточника.

Почечную колику дифференцируют со следующими состояниями:

«острым животом» (аппендицит, печеночная колика, холецистит, панкреатит, прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, кишечная непроходимость, расслоение аорты, тромбоз мезентериальных сосудов, аднексит, внематочная беременность, перекрут кисты яичника);

грыжей межпозвонкового диска;

межреберной невралгией (боль не схваткообразная, зависит от положения тела);

опоясывающим лишаем (Herpes zoster).

При диагностике задаются следующие обязательные вопросы.

Было ли начало болей внезапным?

Имеется ли иррадиация боли? Отмечается ли изменение иррадиации в течение времени?

Беспокоят ли пациента лихорадка, тошнота, рвота?

Сохранено ли мочеиспускание?

Были ли ранее приступы почечной колики?

Страдает ли пациент мочекаменной болезнью?

Была ли мочекаменная болезнь у ближайших родственников?

К диагностическим мероприятиям относятся:

оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения;
наблюдение за положением больного: двигательное беспокойство, непрерывная смена положения тела (нередко пациент старается согнуться, кладя руку на поясничную область, где ощущает нестерпимую боль);

исследование пульса, измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД);

осмотр и пальпация живота — живот участвует в акте дыхания, отсутствует напряжение мышц передней брюшной стенки, отрицательный симптом раздражения брюшины;

выявление симптомов почечной колики:

— поколачивание по пояснице — симптом Пастернацкого (считается положительным при выявлении болезненности на стороне поражения); постукивание следует проводить крайне осторожно — во избежание разрыва почки;

— пальпация поясничной области — отмечается болезненность на стороне поражения;

наличие ассоциированных симптомов: тошнота, рвота, задержка газов, стула, лихорадка и др.

Лечение на догоспитальном этапе

Когда диагноз почечной колики не вызывает сомнения, проводят сначала экстренные лечебные мероприятия, а затем срочно госпитализируют больного.

Необходимо уложить больного в постель, провести успокаивающую беседу. Для купирования болевого синдрома используются ненаркотические анальгетики в комбинации со спазмолитиком:

— препарат выбора — ревалгин (метамизол натрия + питофенон + фенпивериния бромид). Взрослым и подросткам старше 15 лет вводят внутривенно медленно 2 мл со скоростью 1 мл в течение 1 мин (при внутримышечном введении анальгетический эффект развивается через 16 мин).

Расчет дозы для детей:

3–11 мес (5–8 кг) — только внутримышечно 0,1–0,2 мл;

1–2 года (9–15 кг) — внутривенно 0,1–0,2 мл или внутримышечно 0,2–0,3 мл;

3–4 года (16–23 кг) — внутривенно 0,2–0,3 или внутримышечно 0,3–0,4 мл;

5–7 лет (24–30 кг) — внутривенно 0,3–0,4 мл;

8–12 лет (31–45 кг) — внутривенно 0,5–0,6 мл;

12–15 лет — внутривенно 0,8–1 мл.

Перед введением инъекционного раствора его следует согреть в руке. В период лечения препаратом не рекомендуется принимать этанол.

кеторолак (кеторол) внутривенно 30 мг (1 мл), дозу необходимо вводить не менее чем за 15 с (при внутримышечном введении анальгетический эффект развивается через 30 мин); или

спазмолитик дротаверин — вводится внутривенно медленно, 40–80 мг (раствор 2% — 2–4 мл). Допустимо в качестве спазмолитика использовать нитроглицерин под язык в таблетках (0,25 мг или 1/2 таблетки; 400 мкг или 1 доза спрея).

Контроль ЧСС, АД, диуреза.

Экстренной госпитализации в урологическое отделение подлежат больные в случае:

некупирующейся почечной колики;

наличия клинических признаков осложнений;

двусторонней почечной колики или при единственной почке.

Транспортировка осуществляется на носилках в положении лежа.

Если диагноз почечной колики вызывает сомнение, больных следует госпитализировать в приемное отделение многопрофильного стационара.

Допустимо проводить амбулаторное лечение больных молодого и среднего возраста при их отказе от госпитализации в случае:

удовлетворительного стабильного состояния;

отсутствия признаков осложнений;

умеренного болевого синдрома;

хорошего эффекта от введения анальгетиков;

возможности амбулаторного обследования, контроля и лечения.

Рекомендации пациентам, оставленным дома

Больным следует соблюдать следующие рекомендации:

домашний режим;

диета № 10, при уратном уролитиазе № 6;

тепловые процедуры: грелка на область поясницы, горячая ванна (температура 40–50°С);

своевременное опорожнение мочевого пузыря, тщательное соблюдение правил личной гигиены;

необходимо мочиться в сосуд и просматривать его на предмет отхождения камней;

если возникает повторный приступ почечной колики, появляется лихорадка, тошнота, рвота, олигурия, а также если состояние больного прогрессивно ухудшается, следует незамедлительно вызвать бригаду скорой медицинской помощи, так как больному в подобной ситуации показано стационарное обследование и лечение.

Всем больным, которым разрешено амбулаторное лечение, рекомендуется обратиться к урологу поликлиники для дообследования с целью установления причины развития почечной колики. Нередко подобные пациенты нуждаются в дальнейшем стационарном лечении.

Следует избегать следующих часто встречающихся ошибок:

введение наркотических анальгетиков;

стимуляция диуреза при развитии анурии на фоне почечной колики;

одновременное назначение нескольких анальгетиков.

Чтобы получить консультацию врача нашего медицинского центра, звоните по телефону (8634) 64 72 82

НЕ ЗАНИМАЕИТЕСЬ САМОЛЕЧЕНИЕМ, все свои действия согласовывайте только с лечащим врачом