



# ***Почечная колика***

*Савицкий В. М.*

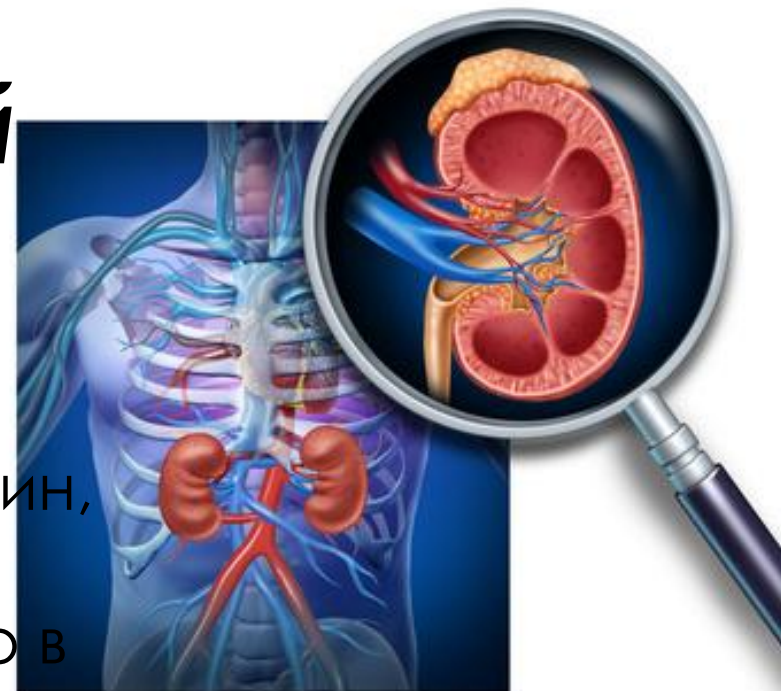
## **Почечная колика –**

симптомокомплекс, возникающий при остром (внезапном) нарушении оттока мочи из почки, что приводит к развитию чашечно-лоханочной гипертензии, рефлекторному спазму артериальных почечных сосудов, венозному стазу и отеку паренхимы, ее гипоксии и перерастяжению фиброзной капсулы.



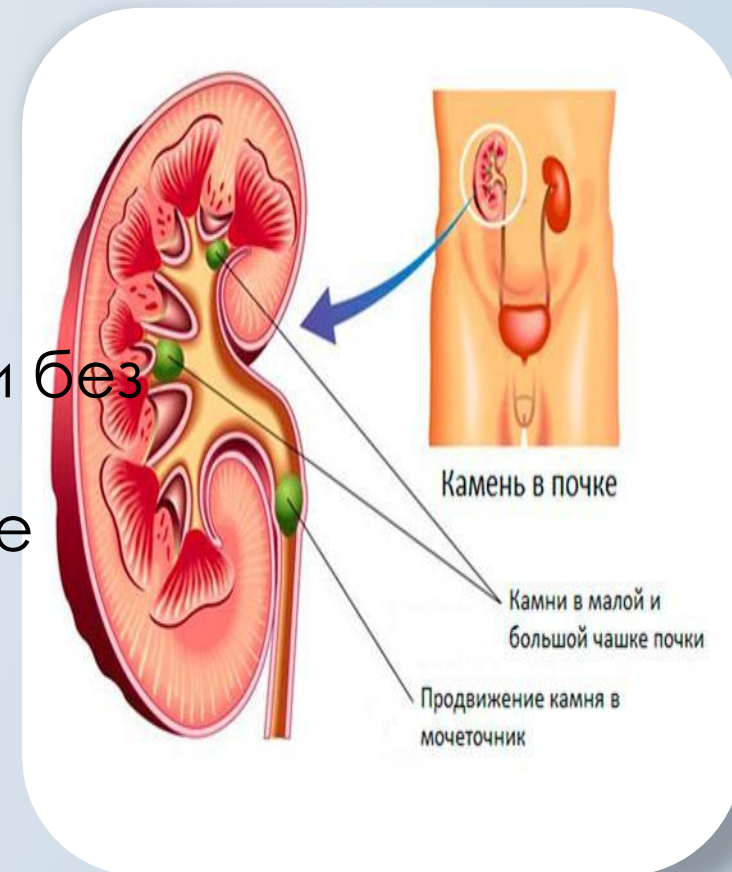
# Эпидемиология почечной колики:

- риск возникновения камней приблизительно составляет 10% для мужчин, соотношение мужчин к женщинам 3:1
- семейный анамнез увеличивает риск, но в большем числе случаев семейного анамнеза нет
- возраст чаще всего составляет 20-40 лет, если возраст находится за пределами этих показателей то увеличен риск метаболических нарушений
- риск камнеобразования больше в более высоких социально-экономических группах



## Предрасполагающие факторы для развития почечных камней:

- избыток кальция в моче
- избыток оксалатов в моче
- избыток выделения мочевой кислоты с или без клиники подагры
- дефицит солей лимонной кислоты в моче
- лекарственные препараты, особенно тиазидные диуретики
- люди с нарушением пассажа мочи, особенно в результате анатомических отклонений, стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента, подковообразная почка.





### Этиология почечной колики.

Группа причин	Нозологии
Острые механические препятствия оттоку мочи из лоханки или мочеточника	Обтурация камнями, кровяными и другими сгустками
	Коленчатые перегибы мочеточника, приводящие к его стенозу, периуретриту
Воспалительные, аллергические заболевания почек и мочевых путей	Опухоли лоханки, мочеточника, а также забрюшинного пространства и органов малого таза, сдавливающие мочевые пути извне
	Острый сегментарный отек слизистой мочевых путей при пиелонефрите или уретрите;
Острые сосудистые заболевания почек и мочевых путей	Гиперемия и отек слизистой нижней трети мочеточника при флебостазе в малом тазу
	Эмболия и инфаркт почки
Расстройства уродинамики верхних мочевых путей	Тромбоз вен почки
	Зависящие от перенапряжения нервных рецепторов как в самих мочевых путях, половых органах, так и за их пределами
	Нейродинамические нарушения мочевых путей при их аномалиях (дискинезия, ахалазия и т. п.)

90 - 95% случаев причиной почечной колики являются камни мочеточника

# Патогенез

- Расстройства уродинамики
- Расстройства гемодинамики
- Альтерация почечной паренхимы



Фосфатные



Оксалатные



Уратные



Ксантиновые  
Ксаншиповые



Цистиновые  
Цисшиповые

ВИДЫ КАМНЕЙ В ПОЧКАХ

Основным симптомом почечной колики является боль!



Боль при почечной колике может быть разделена на три фазы:

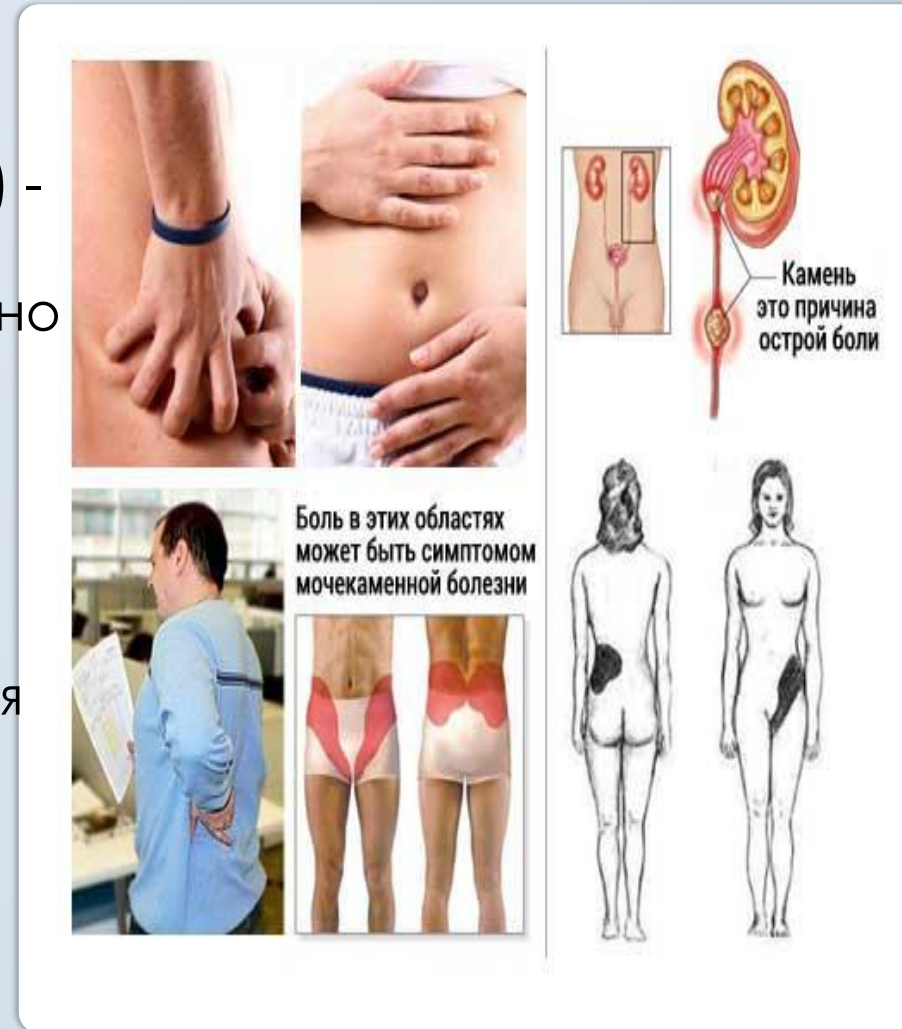
- Острая фаза. Начинается обычно ночью или рано утром, пробуждая пациента ото сна.
- Постоянная фаза - период длительной максимальной боли. Обычно длится между 1 и 4 часами, может продолжаться 12 часов.
- Фаза угасания. Обычно продолжается 1-3 часа.



# Боль при почечной колике сопровождается следующими сопутствующими симптомами:

- тошнота и рвота (рефлекторного происхождения) - отмечается часто, у 70% больных;
- учащенное болезненное мочеиспускание (вызвано спазмом мочевыводящих путей обычно встречается при низко расположенных камнях);
- уменьшение количества мочи (олигурия) - указывает на полную закупорку одной стороны мочевого тракта;
- общие симптомы («моча бьет в голову») - головная боль, слабость, разбитость, сухость во рту; обычно появляются не сразу и свидетельствуют о начале пиелонефрита.

Часто при почечной колике встречается вздутие живота, болезненность при ощупывании живота со стороны поражения почки.





## Дифференциальный диагноз при почечной колике

Желчная колика. Обычно возникает при желчнокаменной болезни. Возникает болевой синдром, цвет мочи становится темным.

Аневризма аорты. Возможна у пациента, у которого симптомы почечной колики впервые возникли в возрасте 60 лет.

Аортальная аневризма может разорваться, приводя к тяжелым последствиям.

Пиелонефрит характеризуется очень высокой температурой тела. Возникают боли, есть признаки инфекции.

Острый панкреатит. Боль то усиливается, то отступает. Есть тенденция к локализации боли в эпигастральной области, верхнем секторе живота, ощущения дискомфорта. При этом состоянии может начаться паралитическая кишечная непроходимость. Может возникнуть рвота.

Острый аппендицит. Определяется болезненность в точке Мак-Бурнея. Она так же может отсутствовать. При перитонеальных симптомах любой этиологии больной лежит неподвижно, не делает лишних движений.

Перфоративная язва. Живот пациента плотный, он лежит неподвижно.

Эпидидимоорхит или перекрут яичка- болезненность яичка. Болезни позвоночника. Часто сопровождаются сильными болями в позвоночнике.



## Исследования при почечной колике:

- Анализ мочи.
- Культуральное исследование мочи.
- Определение уровня в крови почечных шлаков, электролитов, кальция, фосфора, уратов.
- УЗИ исследование.
  - Визуализирующие исследования мочевых путей традиционно начинаются с рентгенологического исследования. Применяется введение контраста исследование при котором визуализируются обе почки, мочеточники, мочевой пузырь. Примерно 75% камней состоят из кальция, что отражается на их рентгенологических характеристиках.
  - Компьютерная томография расценивается как золотой стандарт при исследовании мочевых путей при мочекаменной болезни. Компьютерная томография является исследованием первой линии в некоторых клиниках, позволяет избежать накопления радиоактивного излучения



## Лечение при почечной колике

Желательно начало лечения в течение 30 мин после начала симптомов. Облегчение боли должно быть приоритетным в данном случае. Традиционно диклофенак используется как одно из НПВС по соответствующим показаниям. Кеторолак — альтернатива парентеральному введению диклофенака. Если применение диклофенака не оказывает желаемого эффекта или он противопоказан могут применяться морфий, диаморфин, петидин. Противорвотное средство может потребоваться при наличии серьезной тошноты и рвоты, при обезвоживании или при приеме опиатов.

Пациентам должно быть выполнено рентгенологическое исследование в течение семи дней после начала симптомов. Обследование больного амбулаторно должно произойти в течение одной недели.





## Симптомы, при которых необходима госпитализация.

- люди, у которых обезболивание неэффективно или резкое усиление болей повторно
  - боль, сохраняющаяся более 24 часов
  - признаки системности болезни или инфекции, лихорадка, что может свидетельствовать о наличии инфекции в почке, это может послужить к необходимости urgentного хирургического вмешательства.
  - невозможность адекватного употребления жидкости из-за тошноты и рвоты
  - анурия
  - нефункционирующая почка
  - единственная почка
  - беременность

*При отказе от госпитализации пациент должен быть дообследован амбулаторно.*





# Консервативное лечение при почечной колике



- Пациенты должны пить много жидкости, при возможности - собирать мочу в контейнер или через ситечко или марлю, чтобы поймать отходящие конкременты.
- Обезболивание. Парацетамол безопасен и эффективен при умеренной боли. Может быть прописан кодеин, если требуется большее облегчение боли. Парацетамол и кодеин должны применяться отдельно, доза подбирается индивидуально. Тамсулозин может быть полезен для улучшения отхождения конкрементов. Спазмолитики могут быть дополнительно назначены.

## Срочное вмешательство требуется при:

- Нарушении оттока из верхних мочевых путей
- Тяжелый болевой синдром или рвота
- анурия
- нарушение оттока мочи из единственной или пересаженной почки

*Удаление камня хирургическим путем требуется только 1-5% людей, в случаях, если с помощью дистанционной литотрипсии, перкутанной нефролитолапаксии, уретероскопии невозможно удалить конкремент, это может быть, например при аномалиях развития, ожирении.*



Здоровая почка



Почка после пиелонефрита



соединительная ткань  
, шрам, -



## Осложнения при почечной колике

Полный блок потока мочи от почки, если он сохраняется в течение 48 часов, может вызвать необратимое повреждение почки. Сохраняющееся нарушение оттока мочи предрасполагает к развитию пиелонефрита. Большинство камней мочеточника, вызывающих симптомы, являются маленькими (менее 5 мм в диаметре) и отходят самостоятельно. Камни от 5 до 10 мм отходят спонтанно примерно у 50 % людей.





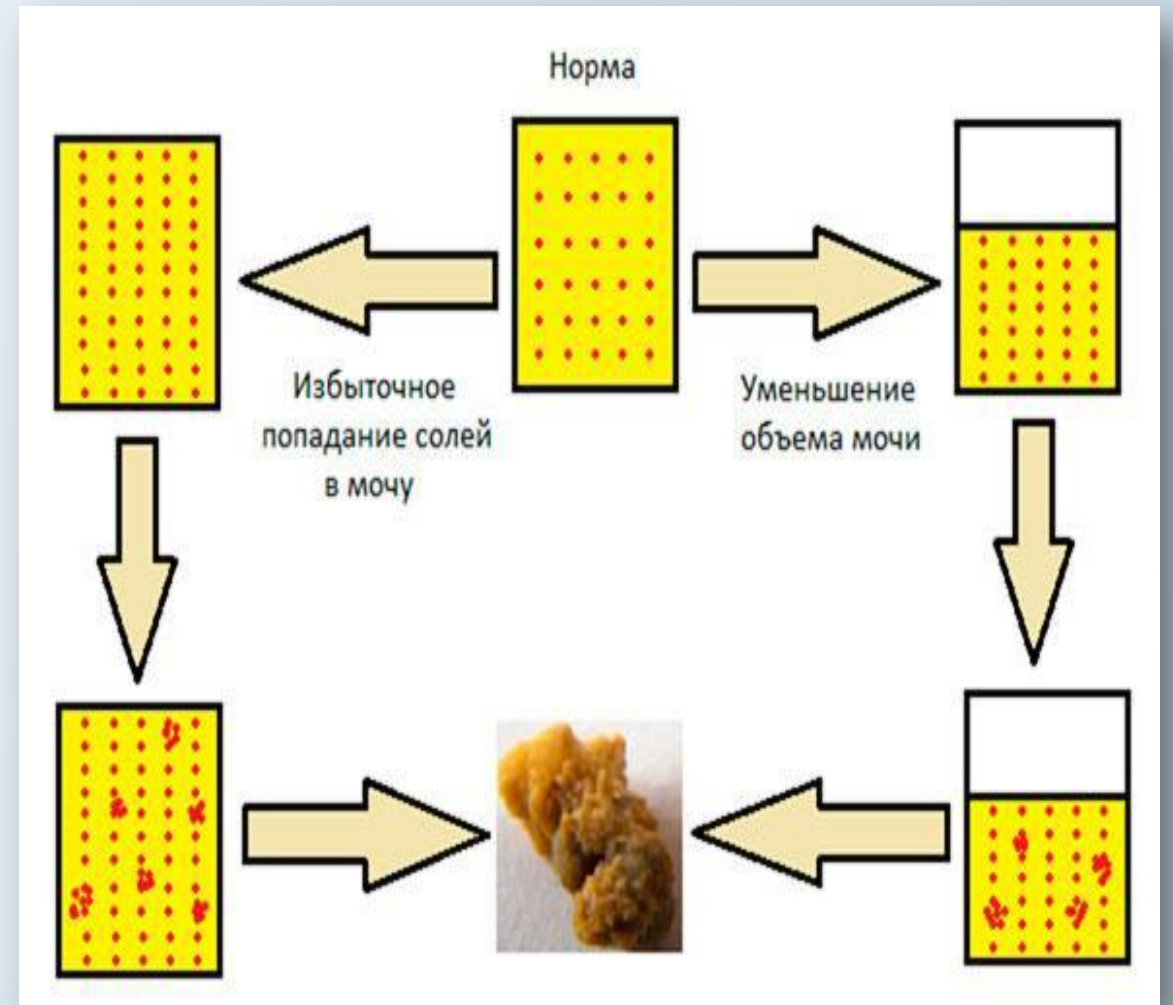
**Камень, который не вышел в течение 1-2 месяцев вряд ли отойдёт самостоятельно.**

Камни более 1 см в диаметре требуют вмешательства. В двух третях случаев самостоятельное отхождение камней происходит в течение 4 недель с момента начала симптомов.



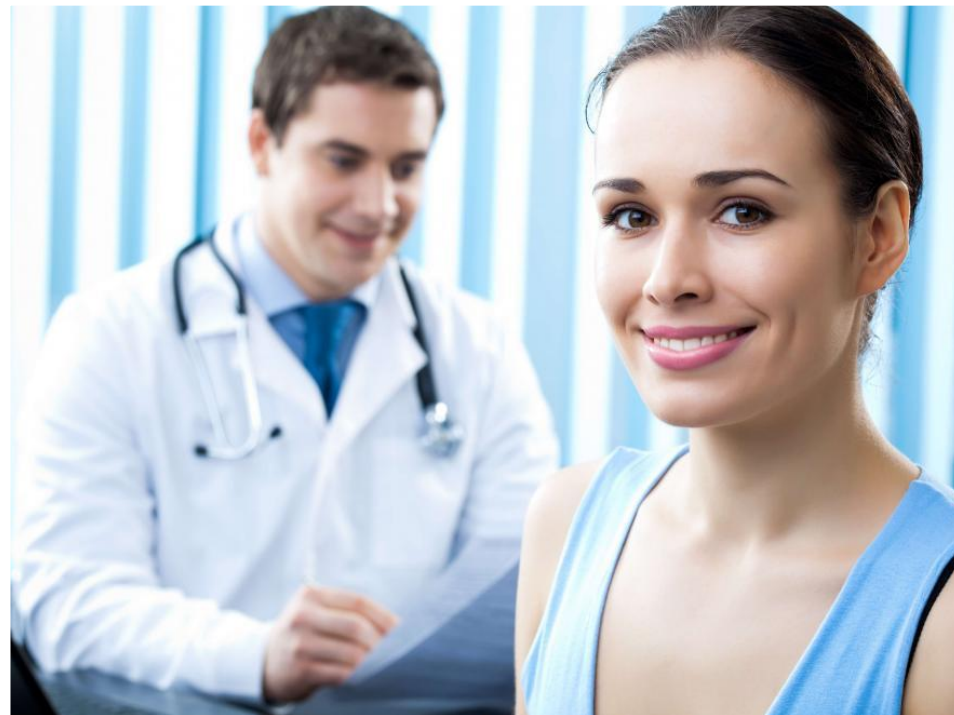
К формированию камней предполагают определенные особенности:



- ❑ начало камнеобразования до 25 лет
- ❑ единственная функционирующая почка
- ❑ болезни, предрасполагающие к образованию камней
- ❑ Аномалии мочевой системы



## Профилактика при почечной колике

При возможности, необходимо обратиться к факторам риска, для предупреждения рецидива необходимо употребление достаточного количества жидкости, чтобы поддерживать мочу в разведенном состоянии. Избегайте диеты с высоким содержанием соли и белка, но нет необходимости придерживаться строго определенной диеты, если таковая не рекомендована диетологом.





**ПРЕЗЕНТАЦИЯ ЗАКОНЧЕНА,**



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**