Содержание

Введение

1. Почечная колика

2. Краткая характеристика основных болезней, при которых проявляется почечная колика

2.1 Почечнокаменная болезнь

2.2 Гидронефроз

2.3 Нефроптоз

Заключение

Список использованной литературы

## Введение

*Почечная колика* (от греч. kolike nósos - кишечная болезнь - в таком смысле термин употреблялся в древнегреческой медицине), симптом резких схваткообразных болей (*колика*) в поясничной или подвздошной области, обусловленных судорожными сокращениями гладкой мускулатуры почечной лоханки, её чашечек или мочеточника при внезапно возникшем препятствии к оттоку мочи.

Боль при почечной колике - одна из самых сильных, а, может быть, и самая сильная из всех существующих. Люди, испытавшие эту боль, говорят, что готовы были буквально "лезть на стену". Боли могут вызвать обморочное и коллаптоидное состояние.

Почечная колика представляет угрозу для жизни, поэтому необходимо немедленно вызвать "скорую помощь". Проблема состоит не столько в том, чтобы снять невыносимую боль, сколько в восстановлении нормального оттока мочи, для чего может потребоваться и хирургическое вмешательство. Кроме того, за почечную колику можно принять, скажем, инфаркт миокарда, острую кишечную непроходимость или прободение язвы. Эти заболевания также представляют угрозу для жизни, если не будет проведено соответствующее лечение.

Цель работы - дать определение почечной колике, описать клинику и методы ее лечения, кратко охарактеризовать основные болезни, для которых характерна почечная колика.

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка использованной литературы. Общий объем работы \_\_\_\_ страниц.

## 1. Почечная колика

*Почечная колика* - внезапно возникающий приступ болей в поясничной области. Боль распространяется вниз по животу (по ходу мочеточника), в паховую область с той же стороны, в область наружных половых органов и даже в бедро. Как правило, боль сопровождается тошнотой, рвотой, а также расстройством мочеиспускания (учащением и болезненностью).

Для почечной колики типично острое, внезапное появление боли среди полного благополучия. Нередко это бывает во время движения, ходьбы, езды на транспорте по неровной дороге. Иногда боль проходит так же внезапно, как и началась. Чаще, однако, приступ утихает постепенно, острая боль переходит в тупую, которая постепенно исчезает или же вновь обостряется. Иногда почечные колики длятся с такими перерывами в течение нескольких суток, особенно если своевременно не оказывается неотложная помощь. Почечная колика может сопровождаться вздутием живота и затруднённым отхождением газов и кала, что вызывается рефлекторным парезом кишечника.

Симптомокомплекс возникает при остром нарушении оттока мочи из почки, что ведет к ее переполнению, повышению внутрилоханочного давления, венозному стазу, ишемии почки с отеком ее интерстициальной ткани и растяжением почечной капсулы, которая в отличие от стенки лоханки и чашечек малорастяжима и снабжена многочисленными нервными рецепторами болевой чувствительности, в связи с чем растяжение её избыточно полнокровным почечным веществом вызывает сильнейшие боли.

Наиболее часто почечные колики бывают при *почечнокаменной болезни, гидронефрозе, нефроптозе* при которых нарушается уродинамика в верхних мочевых путях. Причиной острого нарушения почечного кровотока чаще всего является внезапно возникающее препятствие к оттоку мочи из чашечек, лоханки или мочеточника: закупорка мочевого тракта камнем, скоплением слизи или гноя, кровяным сгустком или же сдавление мочеточника опухолью, воспалительным инфильтратом в соседних тканях. Переполнение чашечно-лоханочной системы почки мочой ведёт чисто механически и нервно-рефлекторным путём к расстройствам почечного кровообращения, что и вызывает почечную колику.

Чаще всего почечная колика обусловлена закупоркой лоханки или мочеточника камнем и представляет собой симптом почечнокаменной болезни. Однако нельзя, как это иногда делают, ставить знак равенства между почечной коликой и почечнокаменной болезнью. Почечная колика может быть (хотя и реже) симптомом другого заболевания.

При кровоточащей *опухоли почки* она может быть вызвана закупоркой мочеточника кровяным сгустком. В этом случае сначала появляется кровь в моче, а затем возникает боль в почечной области. При почечнокаменной болезни отмечается обратная последовательность: боль предшествует кровотечению.

При *туберкулёзе почек* почечная колика нередко возникает вследствие закупорки мочеточника сгустком гноя или некротическими творожистыми массами. Почечная колика, возникшая на фоне постоянных тупых болей в поясничной области, может быть симптомом *гидронефроза, пионефроза*. Если больной связывает возникновение почечной колики с тяжёлой физической нагрузкой, причиной боли может оказаться *опущение почки*. В этом случае боль быстро проходит после того, как больной принимает горизонтальное положение.

Почечную колику не всегда легко отличить от острых болезненных процессов в других органах (*аппендицит, холецистит, панкреатит, аднексит, внематочная беременность, перекрут кисты яичника* и некоторые другие). Особенно затрудняют распознавание вздутие живота, плохое отхождение газов, боли по всему животу, что нередко наблюдается при почечной колике вследствие сопутствующего рефлекторного пареза кишечника. На основании этих симптомов при почечной колике иногда ошибочно ставят диагнозы *острого живота, кишечной непроходимости.*

Не всегда легко отличить почечную колику от *острого пояснично-крестцового радикулита.* Он также проявляет себя сильными резкими болями в поясничной области. Однако при радикулите боли не имеют распирающего, схваткообразного характера, свойственного почечной колике, нет тошноты и рвоты, расстройств мочеиспускания, боль распространяется вниз по задней поверхности крестца и бедра, а не по животу, как при почечной колике.

Реже опоясывающие боли в поясничной области, стимулирующие почечную колику, наблюдаются при *опоясывающем лишае.* Однако при этом заболевании боли обычно имеют постоянный, а не приступообразный характер, не бывает расстройств мочеиспускания и изменений в моче. Диагноз становится ясным, когда появляются характерные для опоясывающего лишая высыпания по ходу нервных стволов.

Почечная колика является *синдромом*, который, не раскрывая причины заболевания, лишь свидетельствует о вовлечении в патологический процесс почки или мочеточника.

Причины почечной колики

|  |  |
| --- | --- |
| Группа причин | Нозологии |
| Острые механичес-кие препятствия оттоку мочи из лоханки или мочеточника | Обтурация камнями, кровяными и другими сгустками |
| Коленчатые перегибы мочеточника, приводящие к его стенозу, периуретриту |
| Опухоли лоханки, мочеточника, а также забрюшинного пространства и органов малого таза, сдавливающие мочевые пути извне |
| Воспалительные, аллергиические заболевания почек и мочевых путей | Острый сегментарный отек слизистой мочевых путей при пиелонефрите или уретрите; |
| Гиперемия и отек слизистой нижней трети мочеточника при флебостазе в малом тазу |
| Острые сосудистые заболевания почек и мочевых путей | Эмболия и инфаркт почки |
| Тромбоз вен почки |
| Расстройства уродинамики верхних мочевых путей | 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.) |

Боли при почечной колике могут сопровождаться резями при мочеиспускании, учащением мочеиспускания, изменением цвета мочи и др., носят чрезвычайно резкий характер, сила их не меняется от перемены положения тела больного. Почечные колики нередко принимает затяжной характер и с короткими ремиссиями может длиться несколько дней подряд. Приступ начинается внезапно, чаще всего бывает вызван физическим напряжением (ходьба, бег, езда на мотоцикле, поднятие тяжести и т.д.), но может наступить и среди полного покоя: при почечнокаменной болезни и гидронефрозе приступ может возникнуть как днем, так и ночью (больные спят на любом боку), часто после обильного питья или мочегонных препаратов; при нефроптозе боль чаще возникает днем (больные предпочитают спать на больном боку).

*Диагноз* *почечной колики* ставят на основании характерной локализации и иррадиации боли, усиливающейся при пальпации и поколачивании в области почки, на основании изменений мочи, данных хромоцистоскопии и внутривенной урографии.

При почечной колике боль локализуется в костовертебральном углу и иррадиируют в подреберье, по ходу мочеточника в половые органы, по внутренней поверхности бедра, усиливается при вдохе, а также при пальпации области желчного пузыря. Реже боли начинаются по ходу мочеточника, а затем распространяются на область поясницы с соответствующей стороны и иррадиируют в яичко или большие половые губы. Наблюдается локальная боль при надавливании в зоне Х-XII грудных позвонков на 2-3 поперечных пальца вправо от остистых островков. Возможна атипическая иррадиация болей (в плечо, лопатку, в область пупка). Часто наблюдаются парадоксальные боли в области здоровой почки, вследствие реноренального рефлюкса. Интенсивность боли быстро нарастает, больной мечется в постели в поисках положения, которое облегчило бы их страдания, не находя места от боли, громко стонет, держась руками за больной бок.

При исследовании мочи, как правило, обнаруживают эритроциты и небольшое количество белка, иногда - конкременты, сопи, сгустки крови. Нередко при камнях мочеточника почечная колика сопровождается болями в животе, парезом кишечника подобно картине острого живота. В таких случаях дифференциальная диагностика с аппендицитом, холециститом, кишечной непроходимостью и панкреатитом бывает нелегкой, тем более что приступ часто сопровождается тошнотой и рвотой, а наличие эритроцитов в моче не исключает наличия аппендицита. Если камень небольшого размера локализуется в нижнем отделе мочеточника или почечная колика связана с отхождением песка, то возникают частые, болезненные позывы на мочеиспускание. Приступ может сопровождаться ознобом, повышением температуры, тахикардией, лейкоцитозом, повышением СОЭ.

При хромоцистоскопии во время приступа индигокармин с больной стороны не выделяется или выделение его значительно запаздывает. Иногда в области устья мочеточника видны буллезный отек, кровоизлияния или ущемленный камень. Вне приступов при гидронефрозе выделение индигокармина всегда замедленно, а при нефроптозе, как правило, нормальное.

Внутривенная урография *-* наиболее ценный метод диагностики почечной колики. Она позволяет при нефролитиазе обнаружить камень и изменения мочевых путей, при гидронефрозе - расширение лоханки и чашечек, а при нефроптозе - патологическую смещаемость почки и изгиб мочеточника. Внутривенная урография выявляет также другие, более редкие причины почечной колики. В условиях стационара диагноз подтверждается с помощью обзорной рентгенографии органов брюшной полости (выявляются тени рентгенпозитивных конкорементов), экскреторной внутривенной урографии (при обструкции мочевых путей камнем отсутствует выделение рентгенконтрастного вещества), ультразвуковом исследовании почек.

*Лечение.* Доврачебная помощь обычно начинаться с простейшего мероприятия - применения тепла и обезболивающих средств, которые дополняются приемом спазмолитических и обезболивающих средств из домашней аптечки: ависан - 0,5-1г, цистенал - 10-20 капель, папаверин - 0,04 г, баралгин - 1 таблетка.

Однако предварительно нужно с абсолютной полнотой удостовериться, что у больного *именно* *почечная колика*, а не острое воспалительное заболевание одного из органов брюшной полости.

При острых воспалительных процессах в органах брюшной полости тепло и наркотики категорически противопоказаны. Тепло вызывает более бурное развитие болезни, а обезболивающие средства, притупляя боль, "смазывают" клиническую картину заболевания, затрудняют его распознавание и тем самым могут привести к опозданию к оперативным вмешательствам, которые в большинстве случаев острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости являются, по существу, единственным и радикальным лечебным методом.

В противоположность этому при почечной колике, как бы тяжело и мучительно для больного она не протекала, срочная операция, как правило, не требуется, так как при ней в связи с забрюшинным расположением почки исключается то грозное осложнение, которым чреваты воспалительные внутрибрюшинные процессы, - перитонит. Исключение составляет лишь почечная колика при единственной или единственно функционирующей почке, когда боль сопровождается анурией - отсутствием мочи в мочевом пузыре, и колика с острым пиелонефритом. Такие больные нуждаются в срочном инструментальном или оперативном вмешательстве (катетеризация мочеточника или удаление камня и дренирование почки оперативным путём), для чего необходимо срочно доставить больного к врачу (урологу или хирургу).

При твёрдо установленной почечной колике, не сопровождающейся высокой температурой или анурией, можно без опасения применять тепловые процедуры: горячую грелку на поясничную область и область подреберья, горячую ванну. Вода должна быть настолько горячей, насколько больной может вытерпеть. Ванна обычно оказывает хорошее болеутоляющее действие, так как способствует расслаблению всех гладкомышечных органов, в том числе почечной лоханки и мочеточника, спазматически сокращённых вокруг находящегося в их просвете камня. Однако не все больные хорошо переносят горячую ванну, особенно пожилые и престарелые, а также страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кроме того, горячая ванна, как и грелка, иногда оказывает обратное действие - усиливает боли. Во всех этих случаях применение тепловых процедур не рекомендуется.

Благоприятные результаты достигаются использованием препаратов, содержащих терпены и эфирные масла (цистенал, уролесан, роватинекс, ниерон, олиметин). Показано назначение различных спазмолитических средств для купирования почечной колики (папаверин, но-шпа, платифиллин).

В последнее время предпочтение отдается комбинированным препаратам, содержащим анальгетик, спазмолитик и ганглиоблокатор (баралгин, максиган, спазган и др.). Если антиспастические и болеутоляющие препараты не приносят облегчения, назначают ганглиоблокаторы, парализующие вегетативные ганглии и уменьшающие спазм гладкой мускулатуры (1 мл 2,5% гексония). Благоприятный эффект наблюдается при сочетании спазмолитиков с антигистаминными препаратами, вольтареном или оксипрогестероном, что устраняет спазм гладкой мускулатуры, уменьшает отек слизистой и препятствует избыточному синтезу простагландинов.

При неэффективности мер неотложной помощи показана госпитализация в урологический или хирургический стационар. Специализированную помощь также оказывают поэтапно. При наличии камня в нижнем отделе мочеточника нередко удается купировать приступ почечной колики введением 40-60 мл 0,5% раствора новокаина в области семенного канатика у мужчин или круглой маточной связки у женщин (Блокада по Ларину-Эпштейну). При камне, расположенном в средней или верхней трети мочеточника, аналогичный эффект может дать внутритазовая новокаиновая блокада по Школьникову.

Параренальной блокадой по Вишневскому при почечной колике пользоваться не рекомендуется из-за возможного разрыва напряженной почки при случайном повреждении ее капсулы.

В случае присоединения пиелонефрита для восстановления пассажа мочи производят катетеризацию мочеточника. Если катетер не удается провести за зону препятствия (камень), выполняют операцию - удаление камня или дренирование верхних мочевых путей.

## 2. Краткая характеристика основных болезней, при которых проявляется почечная колика

## 2.1 Почечнокаменная болезнь

*Почечнокаменная болезнь* часто протекает скрыто и обнаруживается случайно при рентгенологическом исследовании по другому поводу или ее первые признаки появляются тогда, когда камень имеет уже большие размеры, а больной отмечает лишь тупые неопределенные боли в поясничной области. Чаще всего при небольшом камне заболевание проявляется приступами почечной колики, а в период между приступами тупыми болями, изменениями в моче, отхождением камней и песка. ***Почечная колика*** - это самый неприятный симптом мочекаменной болезни. Люди, страдающие этой болезнью, в 95% случаев хотя бы раз переносят приступ почечной колики. На рисунке показаны места, где наиболее часто движущийся по мочевым путям камень может закупоривать их, вызывая почечные колики.



*Диагностируют* почечнокаменную болезнь легко, если после почечной колики появляется гематурия (кровь в моче) и отходят мочевые камни. При отсутствии этих признаков диагноз ставят на основании совокупности указанных выше симптомов и данных обследования.

*Лечение* почечнокаменной болезни направлено на устранение приступов почечной колики, удаление камней, лечение инфекции и предупреждение камнеобразования в дальнейшем.

## 2.2 Гидронефроз

*Гидронефроз* - это заболевание почки, развившееся вследствие нарушения оттока мочи и характеризующееся расширением ее чашечек и лоханки, прогрессирующим истончением (гипотрофией) почечной ткани, сопровождающееся нарушением всех основных функций почки. Длительно существующий гидронефроз приводит к почечной недостаточности и ее гибели.

*Причины* нарушений оттока мочи могут быть врожденными и приобретенными. Первичный, или врожденный гидронефроз, развившийся вследствие врожденной патологии, при которой нарушается отток мочи из почки, в области лоханочно-мочеточникового сегмента: стеноз, ахалазия, высокое отхождение мочеточника, добавочный сосуд и др. В практике чаще встречается врожденная аномалия расположения почечной артерии (или ее ветви), при которой формируется перегиб мочеточника через нее - вазоренальный конфликт. Вторичный, или приобретенный - осложнение какого-либо заболевания: мочекаменная болезнь, опухоль почки, лоханки, мочеточника, повреждение мочевых путей.

Гидронефроз может длительно развиваться бессимптомно, и лишь присоединение таких осложнений, как инфекция, образование камня в лоханке или травматическое повреждение пораженной почки, обусловливают первые симптомы заболевания. В большинстве случаев гидронефроз проявляется болями в поясничной области. Боли носят характер *почечной колики* с типичной локализацией и иррадиацией по ходу мочеточника в паховую область. Приступы почечной колики более характерны для начальной стадии гидронефроза. В дальнейшем, когда стенка лоханки и чашечек частично замещается соединительной тканью, лоханка и чашечки теряют способность активно сокращаться, гидронефроз проявляется тупыми болями в поясничной области. Боли при гидронефрозе могут возникать и днем, и ночью независимо от того, на каком боку спит больной. Последний симптом важен для дифференциальной диагностики гидронефроза с нефроптозом, при котором больные предпочитают спать на больном боку.

*Лечение хирургическое* - его важно провести в ранний период, когда устранение обструкции мочевых путей не только предотвращает дальнейшие анатомические изменения, но и приводит к улучшению функции почек. Консервативное лечение обычно неэффективно и применяется только при воспалительном процессе в почках, для облегчения болей, для снижения артериального давления, симптомов почечной недостаточности и используется как подготовка к операции.

## 2.3 Нефроптоз

*Нефроптоз* (опущение почек) - патологическое состояние, при котором почка имеет большую, чем в норме, подвижность. В норме почка может двигаться по вертикали на 1-2 см. При нефроптозе почка из поясничной области может смещаться в живот и таз, при этом она может как возвращаться на свое обычное место, так и не возвращаться туда.

*Основные причины* развития нефроптоза:

Резкое похудание и выраженное уменьшение жировой капсулы почки.

Травма поясничной области или области живота с повреждением удерживающих почку структур, либо образование гематомы в околопочечной клетчатке.

Нефроптоз у женщин после беременности и родов.

*Диагноз* нефроптоза обычно не представляет особых трудностей. **О**сновывается на опросе пациента, прощупывании подвижной почки. Производятся анализы крови и мочи. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) в положении пациента лежа и стоя выявляют подвижную почку. Основной метод диагностики нефроптоза рентгенологический. Наибольшее значение имеет экскреторная урография - исследование с помощью контрастных веществ. Оно позволяет точно увидеть положение опущенной почки. Для уточнения состояния функции почки проводят радиоизотопное исследование. Особенно ценным методом в диагностике нефроптоза считается артериография и венография почки. Она позволяет не только определить положение почки, но и уточнить состояние сосудов почки.

*Лечение*. На ранних стадиях заболевания, если еще не развились осложнения, нефроптоз можно вылечить консервативными методами. К таким методам относятся применение специального бандажа (он одевается на живот утром на глубоком выдохе, и снимается вечером), выполнение физических упражнений, призванных укрепить мышцы брюшного пресса. Если нефроптоз развился в результате похудания больного, то необходимо достаточное питание для того, чтобы набрать потерянный вес.

На поздних стадиях нефроптоза, когда почка уже находится в малом тазу и не возвращается в поясничную область самостоятельно, необходима операция, которая называется нефропексия. На этой операции уролог возвращает почку в ее обычное ложе в поясничной области и укрепляет ее там. В послеоперационном периоде необходимо соблюдение постельного режима в течение 2 недель, чтобы почка надежно закрепилась в своем ложе.

## Заключение

На основании вышеизложенного, сделаем обобщающий вывод.

Почечная колика - симптом резких схваткообразных болей (*колика*) в поясничной или подвздошной области, обусловленных судорожными сокращениями гладкой мускулатуры почечной лоханки, её чашечек или мочеточника при внезапно возникшем препятствии к оттоку мочи.

Чаще всего почечная колика наблюдается при закупорке мочевых путей камнем или скоплением мочевых солей. Наиболее часто почечные колики бывают при почечнокаменной болезни, гидронефрозе, нефроптозе, а также при ряде других заболеваний.

В момент колики больной не находит себе места, всё время меняет положения тела, мочеиспускание учащённое, болезненное, часто возникают тошнота, рвота; иногда клиническая картина напоминает острый живот.

Лечение: местное или общее (ванна) тепло, анальгетики, спазмолитические средства. Почечная колика, сопровождающаяся повышением температуры, - показание к госпитализации в урологическое отделение.

Прогноз при своевременном и адекватном лечении благоприятный.

## Список использованной литературы

1. Абрамян А.Я. Гидронефроз и гидроуретер. Многотомное руководство по хирургии / А.Я. Абрамян; Под ред. Б.В. Петровского. - Т.9. - М., 1959.
2. Вагнер З.С. Неотложная урология / З.С. Вагнер. - М: Московский рабочий, 1997. - 206 с.
3. Гузенко В.Н. Избранные лекции по урологии / В.Н. Гузенко. - Донецк: УкрНТЭК, 2003. - 476 с.
4. Гузенко В.Н. Алгоритм диагностики и лечения почечной колики и мочекаменной болезни / В.Н. Гузенко, А.А. Зуев, А.Е. Жук. - Донецк: ДГМУ, 2002.
5. Тиктинский О.Л. Мочекаменная болезнь О.Л. Тиктинский. - СПб.: Питер, 2000. - 244 с.
6. Электронное справочное руководство для врача скорой медицинской помощи. [Электронный ресурс]. - 2006. - Режим доступа: http://www.Med2000.ru