**Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения и социального развития РФ**

[**Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО**](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=dept&id=330)

**Реферат на тему:**

**«Скорая медицинская помощь при почечной**

**колике»**

**Выполнила:**

**ординатор 2 года специальности СМП**

**Дунай Кира Андреевна**

**Красноярск**

**2023 г.**

**Оглавление**

Введение………………………………...………………………………………..3

Диагностика…………..………...............................…………………..…………4

Лечение………………..…………………………….…….……………………..7

Заключение…………………………………………….….…….……….………9

Список литературы……………………………………………………………...10

**Введение**

*Определение*

Приступ резких болей, возникающий при острой обструкции верхних

мочевых путей, с наиболее частой локализацией в поясничной области.

*Классификация*

В зависимости от стороны поражения выделяют правостороннюю и

левостороннюю почечную колику.

**ДИАГНОСТИКА**

Опрос: жалобы

Основным симптомом почечной колики является боль,

характеризующаяся следующим образом:

- Внезапная, постоянная и схваткообразная, продолжительностью от

нескольких минут до 10–12 ч.

- Боль локализуется в поясничной области и/или в подреберье; у детей

младшего возраста – в области пупка. Иррадиация боли - зависит от

локализации зоны обструкции, которая чаще всего соответствует местам

физиологических сужений мочеточника. При этом обструкция лоханочно-

мочеточникового сегмента приводит к иррадиации боли в мезогастральную

область; обструкция в месте перекреста мочеточника с подвздошными

сосудами – иррадиации боли в паховую область и наружную поверхность

бедра; обструкция в нижней трети мочеточника (предпузырный и

интрамуральный отделы) - боль иррадиирует в головку полового члена и

может сопровождаться учащенным мочеиспусканием, болями в уретре,

ложными позывами к дефекации.

- Боль, особенно в первые 1,5–2 ч, заставляет пациента метаться,

менять положение тела, удерживать ладонь на пояснице со стороны боли что,

как правило, не приносит облегчения.

Почечную колику могут сопровождать другие симптомы:

- тошнота и рвота, не приносящие облегчения (возникают почти

одновременно с болью);

- гематурия;

- дизурия;

- умеренное повышение артериального давления;

- олиго- и анурия;

- парез кишечника разной степени выраженности;

- головокружение и обморок;

- брадикардия;

При сборе анамнеза следует учесть, что почечная колика чаще всего

являются признаком мочекаменной болезни, о наличии которой пациенты

знают по предыдущим эпизодам почечной колики, выделению конкрементов

с мочой, результатам проведенных ранее обследований. Другими факторами

риска развития почечной колики являются аномалии развития верхних

мочевых путей, стриктуры и перегибы мочеточников, а также

новообразования почек, мочеточников и забрюшинного пространства.

Почечная колика может быть вызвана обструкцией мочеточника сгустками

крови.

Осмотр и физикальное обследование:

Повышение температуры тела при почечной колике может

свидетельствовать о развитии обструктивного пиелонефрита и является

фактором, указывающим на необходимость транспортировки больного в

стационар для дальнейшего обследования в условиях стационара.

Диагностические мероприятия:

- Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания,

дыхания, кровообращения. Для почечной колики характерно двигательное

беспокойство, частая смена положения тела, возможно учащение пульса и

повышение АД. Повышение температуры тела при почечной колике может

свидетельствовать о развитии обструктивного пиелонефрита и является

фактором, указывающим на необходимость обследования больного в

условиях стационара.

- Осмотр и пальпация живота с целью исключения острой

хирургической патологии (наличие послеоперационных рубцов - следы

аппендэктомии, холецистэктомии, операций по поводу перфоративной язвы

желудка или двенадцатиперстной кишки, кишечной непроходимости и т. п.

облегчают дифференциальную диагностику); живот при почечной колике

участвует в акте дыхания, отсутствуют напряжение мышц передней

брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины.

Для почечной колики типичны следующие симптомы:

- Положительный симптом поколачивания по пояснице (болезненность

со стороны поражения), постукивание следует проводить крайне осторожно

во избежание травмы почки.

- Болезненность при пальпации в поясничной области и

костовертебральном углу на стороне поражения.

Дифференциальный диагноз

В первую очередь почечную колику необходимо дифференцировать с

«острым животом»: острым аппендицитом, печеночной коликой и острым

холециститом, острым панкреатитом, прободной язвой желудка илидвенадцатиперстной кишки, кишечной непроходимостью, а также с

расслаивающей аневризмой аорты, тромбозом мезентериальных сосудов,

острым аднекситом, внематочной беременностью, перекрутом кисты

яичника, грыжей межпозвоночного диска, межреберной невралгией,

опоясывающим лишаем. Нередко при почечной колике отмечаются резкая

болезненность передней брюшной стенки и ее ригидность. Эти симптомы

наряду с самостоятельными болями, локализующимися в подвздошной

области, заставляют подозревать местный перитонит.

На почечную колику указывает беспокойное поведение больного во

время приступа и болезненность на стороне поражения при поколачивании

по пояснице, однако, решающими дифференциально-диагностическими

критериями являются данные, полученные при обследовании в условиях

отделения экстренной помощи стационара – примесь эритроцитов в моче,

(уретеро)пиелоэктазия и снижения функции почки.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение: купирование почечной колики

- Уложить больного в постель, провести успокаивающую беседу.

- При почечной колике следует немедленно выполнить обезболивание.

- При наличии НСПВС они являются препаратами выбора,

предпочтителен внутримышечный путь введения.

- Для купирования боли синдрома применяют ненаркотические

анальгетики и их комбинации со спазмолитиками.

- дротаверин в/в медленно, 40-80 мг (2% р-р – 2-4 мл)

- кеторолак в/в 30 мг (1 мл), дозу необходимо вводить не менее

чем за 15 с или в/м

- диклофенак натрия –внутримышечно, ректально, внутрь

или сублингвально. Доза при введении внутрь и для в/м введения 75мг, в ректальных свечах - 100 мг.

- метамизол натрия (баралгин М, ревалгин и др.). Взрослым и

подросткам старше 15 лет вводят в/в медленно 2 мл со скоростью 1 мл в течение 1 мин или в/м 2-5 мл. Перед введением инъекционного раствора его следует согреть в руке. В период лечения не рекомендуют принимать

 спиртные напитки. Возможно окрашивание мочи в красный цвет за счет выделения метаболитов (клинического значения не имеет).

 Расчет дозы для детей:

- 3-11 мес (5-8 кг) – только в/м 0,1-0,2 мл

- 1-2 года (9-15 кг) – в/в 0,1-0,2 мл или в/м 0,2-0,3 мл

- 3-4 года (16-23 кг) – в/в 0,2-0,3 или в/м 0,3-0,4 мл

- 5-7 лет (24-30 кг) – в/в 0,3-0,4 мл

- 8-12 лет (31-45 кг) – в/в 0,5-0,6 мл

- 12-15 лет – в/в 0,8-1 мл

- трамадол 50 мг в/м

- После введения препаратов необходим контроль за частотой сердечных сокращений, артериальным давлением, диурезом.

Медицинской эвакуации в стационар для последующего обследования

и лечения подлежат больные в случае:

- почечной колики, не купирующейся в течение 1 часа или

возобновившейся в течение 1 часа после купирования;

- наличия единственной почки;

- двусторонней почечной колике;

- беременности;

- невозможности проведения последующего амбулаторного

обследования, контроля и лечения;

- сомнениях в правильности постановки диагноза (особенно у лиц

старше 60 лет, которые могут иметь схожие симптомы при расслаивающей

аневризме аорты).

При наличии осложнений:

- повышение температуры тела;

- анурия;

- неудовлетворительное общее состояние;

- гематурия.

Медицинскую эвакуацию осуществляют в зависимости от состояния,

желательно после уменьшения болей (на носилках в положении лежа).

В остальных случаях допустимо оставить больного на амбулаторное

лечение.

**Заключение.**

Часто встречающиеся ошибки терапии:

- Введение наркотических анальгетиков на догоспитальном этапе.

- Стимуляция диуреза при развитии анурии на фоне почечной колики.

- Одновременное назначение нескольких анальгетиков.

Рекомендации для пациентов, не имеющих показаний к доставке в

стационар:

- обратиться в местную поликлинику (лечебное учреждение) для

обследования с целью установления причины почечной колики и лечения.

Нередко подобные больные нуждаются в дальнейшем стационарном

лечении.

- Домашний режим.

- Диета №10, при уратном уролитиазе - диета №6.

- Тепловые процедуры: грелка на область поясницы, горячая ванна

(температура 40–50 °С).

- Своевременно опорожнять мочевой пузырь, тщательно соблюдать

правила личной гигиены.

- Мочиться в сосуд и просматривать его на предмет отхождения

камней.

- Если возникает повторный приступ почечной колики, появляется

лихорадка, тошнота, рвота, олигоурия, а также, если состояние больного

прогрессивно ухудшается, следует незамедлительно обратиться за скорой

медицинской помощью, так как больному в подобной ситуации показано

стационарное обследование и лечение.

**Список литературы.**

1. Верткин, А. Л. Диагностика и лечение почечной колики на

догоспитальном этапе / А. Л. Верткин // Медицинский вестник. - 2010. - 15

окт. - С. 12.

2. Руководство по скорой медицинской помощи / под ред. С.Ф.

Багненко, А.Л. Вёрткина, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутии. — М. :

ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 816 с.

3. C. Türk (chair), T. Knoll (vice-chair), A. Petrik, K. Sarica, A. Skolarikos,

M. Straub, C. Seitz Guidelines on Urolithiasis. Uroweb 2013. Available at:

http://www.uroweb.org/gls/pdf/21\_Urolithiasis\_LRV4.pdf

4. Clinical Standards for Emergency Departments. The College of

Emergency Medicine. 2013. http://www.collemergencymed.ac.uk/Shop-

Floor/Clinical%20Standards/