**План**

Введение

1. Почечная колика
2. Паранефрит
3. Тромбоз почечных артерий
4. Первичная околопочечная гематома

Литература

**Введение**

Острая боль в поясничной области и подреберье при урологических заболеваниях почек бывает односторонней, но при двусторонних урологических заболеваниях боль ощущается с обеих сторон. Отличительная черта боли в пояснице при этих заболеваниях – иррадиация в область живота, по ходу мочеточника и в половые органы.

**1. Почечная колика**

Развивается при внезапном возникновение препятствия на пути оттока мочи из почечной лоханки, что ведет к ее переполнению, повышению внутрилоханочного давления, венозному стазу, ишемии почки с отеком ее интерстициальной ткани и растяжением почечной капсулы. Чаще всего почечная колика развивается вследствие миграции конкремента, при некоторых заболеваниях почки и мочеточника в результате закупорки мочеточника сгустком крови или казеозными массами при туберкулезе и опухолях мочевой системы, а также из-за нарушения проходимости мочеточника при перегибе, воспалительных процессах.

Приступ начинается внезапно. Чаще всего он бывает вызван физическим напряжением, но может наступить и среди полного покоя, ночью во время сна, часто после обильного питья. Боль, режущая с периодами затишья и обострения. Больные ведут себя неспокойно, мечутся в постели в поисках положения, которое облегчило бы их страдания. Приступ почечной колики нередко принимает затяжной характер и с короткими ремиссиями может длиться несколько дней подряд. Как правило, боль начинается в поясничной области и распространяется в подреберье и в живот и, что особенно характерно, по ходу мочеточника в сторону мочевого пузыря, мошонки у мужчин, половых губ у женщин, на бедра. Во многих случаях интенсивность боли оказывается большей в животе или на уровне половых органов, чем в области почек. Боль обычно сопровождается учащенными позывами к мочеиспусканию и режущей болью в уретре. По окончании приступа в моче может быть повышено содержание эритроцитов и лейкоцитов. Почечной колике может сопутствовать раздражение солнечного сплетения и брюшины; почти постоянно больные жалуются на тошноту, рвоту, нередко головокружение, позывы к дефекации. Длительная почечная колика может сопровождаться повышением артериального давления, а при пиелонефрите – повышением температуры. Некоторые из ее признаков могут быть стертыми и даже отсутствовать. Иногда не бывает типичной иррадиации болей. В других случаях, при временной блокаде почки, изменения в моче отсутствуют. Ряд заболеваний органов, находящихся по соседству с почкой, может протекать со сходной клинической картиной.

Дифференциальная диагностика почечной колики или мочеточников от других заболеваний брюшной полости в большинстве случаев не представляет особых затруднений. При почечной колике, помимо характерных симптомов (беспокойное поведение, иррадиация боли в наружные половые органы, наличие дизурии) и типичного анамнеза, у больного отмечается боль в реберно-позвоночном углу, положительный симптом Пастернацкого, боль в подреберье при бимануальной пальпации и изменения мочи (гематурия, пиурия).

При почечной колике боль локализуется в правом подреберье и в подложечной области и затем распространяется по всему животу. Боль иррадиирует под правую лопатку, в правое плечо, усиливается при вдохе, а также при пальпации области желчного пузыря. Наблюдается локальная боль при надавливании в зоне Х-XII грудных позвонков на 2–3 поперечных пальца вправо от остистых островков. Часто отмечается боль при поколачивании по правой реберной дуге и при надавливании между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы на шее, а также ригидность брюшной стенки в правом подреберье. Иногда бывает субиктеричность склер.

При дифференциальной диагностике почечной колики от острого аппендицита следует обратить особое внимание на данные анамнеза. Боль при аппендиците обычно начинается в подложечной области, затем появляется в области пупка и, наконец, сосредотачивается в правой подвздошной области. Боль сопровождается рвотой и вздутием живота. При пальпации напряжение брюшной стенки и болезненность наиболее выражены в правой подвздошной области. Помимо этого, при остром аппендиците имеют место симптомы раздражения брюшины, а также выявляются симптомы Ровзиига, Ситковского и др. При аппендиците наблюдается значительный лейкоцитоз в периферической крови, при почечной или мочеточниковой колике он обычно отсутствует или слабо выражен. Количество лейкоцитов может быть увеличено на высоте почечной колики и при стихании ее снижается до нормального уровня, тогда как при остром аппендиците лейкоцитоз нарастает с усилением воспалительного процесса в отростке.

В условиях стационара дифференцированию почечной колики от острого аппендицита и других острых заболеваний органов брюшной полости нередко помогает новокаиновая блокада семенного канатика или круглой маточной связки по Лорину-Эпштейну. В особо сложных случаях проводят хромоцистоскопию.

Боль при остром воспалении придатков матки иногда может иметь значительное сходство с мочеточниковой коликой вследствие одинаковой локализации и ее иррадиации в поясничную область, нарушений мочеиспускания, вызванных соседством воспалительного очага с мочевым пузырем (учащение позывов, ощущение режущей боли при мочеиспускании). Однако боль при остром воспалении придатков матки распространяется обычно на весь низ живота. При уточнении иррадиации боли удается выяснить, что она отдает не в сторону почек, а в крестцовую область. Начало боли не столь внезапное, как при почечной колике. Нет чередования затихания и усиления боли: она держится на одном уровне или постепенно нарастает. Воспаление придатков матки сопровождается выраженной температурной реакцией. Пальпация области почек безболезненна. Влагалищное исследование помогает уточнить диагноз.

При наличии тошноты и рвоты у больных почечной коликой и имеющейся иногда при прободной язве двенадцатиперстной кишки, кишечной непроходимости, остром панкреатите и тромбозе брыжеечных сосудов иррадиация боли в подреберье (и даже в поясничную область) также может потребоваться проведение дифференциального диагноза между почечной коликой и этими заболеваниями.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдается чаще у больных среднего возраста. Внезапно, чаще после еды, возникает резкая боль в подложечной области или в области пупка, как «удар кинжалом». Появляется бледность кожных покровов, холодный пот, частый малый пульс, напряжение брюшной стенки; исчезает печеночная тупость.

Больной лежит неподвижно и боится менять положение, быстро нарастают явления перитонита, чего не бывает при почечной колике.

Кишечная непроходимость сопровождается жестокой схваткообразной болью в животе. Наблюдаются вздутие живота, раздражение брюшины, задержка газов и отсутствие стула, изменения кишечной перистальтики.

Боль при остром панкреатите очень интенсивна, локализуется в подложечной области и области пупка. Боль постоянная, без светлых промежутков, усиливается в положении на боку и часто носит опоясывающий характер. Объективно выявляется напряжение брюшной стенки в эпигастральной области, иногда шоковое состояние.

При тромбозе брыжеечных сосудов (инфаркт кишечника) больной жалуется на сильную боль в животе, не стихающую после введения наркотических анальгетиков. Лицо становится бледным, черты заостряются. Перистальтика кишечника ослаблена или отсутствует, пульс слабый (коллапс).

Помимо этих заболеваний, следует помнить о возможности возникновения боли в поясничной области и аналогичной почечной колике при тромбозе почечных артерий и расслаивающей аневризме брюшной аорты.

Неотложная помощь. Доврачебная помощь обычно ограничивается тепловыми процедурами – грелкой, горячей ванной, которые дополняются приемом спазмолитических и обезболивающих средств из домашней аптечки (обычно имеющейся у больного с частыми приступами почечной колики): ависан – 0,5–1 г., цистенал – 10–20 капель, папаверин – 0,04 г., баралгин – 1 таблетка.

Медицинская помощь начинается также с использования тепловых процедур, на фоне которых вводят обезболивающие и спазмолитические препараты: 5 мл баралгина внутримышечно или внутривенно (очень медленно), 1 мл 0,1% раствора атропина с 1 мл 1 – 2% раствора пантопона или промедола подкожно, 1 мл 0,2% раствора платифиллина подкожно.

Госпитализация. 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 (см. Блокада по Ларину-Эпштейну). При камне, расположенном в средней или верхней трети мочеточника, аналогичный эффект может дать внутритазовая новокаиновая блокада по Школьникову-Селиванову-Цодексу. 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. Паранефрит**

При острых гнойных процессах в околопочечной клетчатке боль в пояснице носит острый характер, повышается температура, в начале заболевания определяется напряжение поясничных мышц, а затем выпячивание и зыбление в поясничной области. Характерна сгибательная контрактура в тазобедренном суставе на стороне поражения вследствие перехода воспалительного процесса на поясничную мышцу.

При дифференциальном диагнозе боли, связанной с паранефритом, не следует забывать, что схожая по локализации боль может быть вызвана заболеванием поясничного отдела позвоночника: туберкулезным поражением и неспецифическими деформирующими процессами, но при паранефрите не бывает иррадиации по ходу поясничных корешков и стволовых нервов. В случае гнойного паранефрита, протекающего с неясной симптоматикой, рентгеноскопия может выявить неподвижность диафрагмы или уменьшение ее экскурсий на больной стороне. На рентгенограмме поясничной области определяется стертость контуров поясничной мышцы.

Неотложная помощь. Обезболивающие средства (1 мл 2% раствора промедола, 1 мл 1% раствора морфина подкожно), спазмолитические средства (2 мл 2% раствора папаверина, 1 мл 0,1% раствора атропина подкожно), антиоактериальная терапия (бензилпенициллин по 300000 ЕД 6 раз в сутки, стрептомицин по 250000–500000 ЕД 2 раза в день внутримышечно).

Госпитализация в урологическое или хирургическое отделение. Транспортируют больного на носилках. В стационаре уточняют диагноз, определяют функциональное состояние почек и оперируют больного – вскрывают паранефральный гнойник, а при гнойном поражении почки производят нефрэктомию.

**3. Тромбоз почечных артерий**

Заболевание обычно проявляется выраженным болевым синдромом – внезапно появляются резкие боли в поясничной области. Боли часто сопровождаются рвотой, задержкой стула, олигурией. Эти симптомы осложняют, особенно в остром периоде, дифференциальную диагностику с заболеваниями органов брюшной полости. Трудности усугубляются тем, что при тромбозе почечных артерий могут наблюдаться лейкоцитоз с нефтрофильным сдвигом, повышение СОЭ, а в некоторых случаях повышение температуры. Внезапное повышение артериальной) давления является одним из характерных симптомов тромбоза почечной артерии и может сопровождаться острой сердечной недостаточностью.

При дифференциальной диагностике следует учитывать, что острого повышения артериального давления, возникающего при тромбозе почечных артерий, не наблюдается при заболеваниях органов брюшной полости и что при тромбозе почечных артерий обычно отсутствуют признаки раздражения брюшины. Характерным для тромбоза почечных артерий является повышение диастолического давления, более значительное, чем систолического. Один из важных дифференциально-диагностических признаков тромбоза почечной артерии – появление выраженной протеинурии и кровянистой мочи (при внутрипочечных тромоозах на фоне олигурии). При дифференциальной диагностике с мочекаменной болезнью следует обратить внимание на отсутствие характерной для мочекаменной болезни иррадиации боли по ходу мочеточника, в мочевой пузырь, в половые органы. При дифференциации с гипертоническими кризами о наличии тромбоза почечной артерии свидетельствует отсутствие повышения артериального давления в анамнезе, отсутствие таких характерных для гипертонического криза симптомов, как резкое сердцебиение, выраженная головная боль и наличие в то же время сильной боли в животе.

Неотложная помощь заключается в противошоковых, обезболивающих мероприятиях. В стационаре экстренно уточняют диагноз с помощью экскреторной урографии, радионуклидной ренографии и почечной ангиографии. Последняя также дает возможность начать проведение органосохраняющих мероприятий (дозированное введение гепарина, стрептазы селективно внутриартериально). Стрептазу или стрептокиназу вводят в почечную артерию срачала по 250000 ФЕ (в 250 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы) в течение 2030 мин. При отсутствии пирогенной реакции капельное внутриартериальное введение продолжают еще 6–7 и (за это время вводят еще 750000 ФЕ стрептазы или стрептокиназы в 750 мл одного из упомянутых выше растворов). Гепарин вводят по 5000–10000 ЕД внутривенно 5–6 раз в сутки.

При артериальном тромбозе, сопровождающемся тяжелой интоксикацией или профузным кровотечением, показана ранняя нефрэктомия. Органосохраняющее оперативное вмешательство (тромбоэктомия или эмболэктомия) возможно при ранней диагностике.

**4. Первичная околопочечная гематома**

Редкое осложнение некоторых заболеваний почек (коралловидный нефролитиаз, гидронефроз, злокачественная опухоль почки), а также при геморрагическом диатезе, аортитах, узелковом периартериите или как результат разрыва аневризмы брюшной аорты. Иногда не удается установить причину возникновения околопочечной первичной гематомы. Это осложнение проявляется болью, признаками кишечной непроходимости и внутривенного кровотечения.

Боль при возникновении первичной околопочечной гематомы всегда бывает внезапной, резкой, острой, иногда вызывает обморок; начинается в поясничной области и иррадиирует обычно в подреберье, живот, иногда в лопатку или надключичное пространство. Может наблюдаться олигурия. При обследовании больных определяются напряжение поясничных мышц, пастозность поясничной области, почка всегда кажется увеличенной.

Дифференциальный диагноз между первичной околопочечной гематомой и кишечной непроходимостью ставят на основании отсутствия при околопочечной гематоме видимой перистальтики, асимметрии живота и уровней жидкости в кишечнике при рентгеноскопии брюшной полости. При остром аппендиците менее выражена внезапность и интенсивность боли и отсутствуют признаки внутреннего кровотечения. Боль при почечной колике отличается волнообразностью, при этом отсутствуют признаки внутреннего кровотечения. Дифференцировать первичную околопочечную гематому от разрыва трубы при внематочной беременности можно по отсутствию при околопочечной гематоме изменений при влагалищном исследовании и отсутствию крови в шприце при пункции заднего свода. Трудности представляет дифференциальный диагноз с геморрагическим панкреатитом при левосторонней локализации гематомы.

Неотложная помощь. Обеспечение больному строго постельного режима, назначение холода на поясничную область. Введение кровоостанавливающих средств (10 мл 10% раствора хлорида кальция внутривенно, 10 мл 10% раствора глюконата кальция внутримышечно, 1–1,5 мл 1% раствора викасола внутримышечно или 0,015 г. 3 раза в день внутрь). При возникновении сердечно-сосудистой недостаточности вводят 0,75 мл 0,05% раствора строфантина или 1 мл 0,06% раствора коргликона внутривенно. В 20 мл 40% раствора глюкозы, 2 мл 20% раствора камфоры, 2 мл кордиамина подкожно.

Госпитализация экстренная на носилках в урологическое или хирургическое отделение. Диагноз подтверждают пункцией паранефрального пространства и немедленно проводят операцию – люмботомию, ревизию почки, надпочечника или поиски другого источника кровотечения и его ликвидацию.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год