

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения,
медицины катастроф, скорой помощи с курсом ПО.

Рецензия д.м.н., профессора, заведующего кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф, скорой помощи с курсом ПО, Штегмана Олега Анатольевича на реферат ординатора первого года обучения по специальности «Скорая медицинская помощь», Куулар Дарыймаа Викторовна по теме: «Почечная колика»

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке.

Ознакомившись с рефератов, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/Отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	нет
3. Соответствие текста реферата по теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Надлежащим уровнем подготовки

Дата: 12.12.18

Подпись рецензента:



Подпись ординатора:



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО"
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф,
скорой помощи с курсом ПО.

РЕФЕРАТ на тему:

« Почечная колика»

Выполнил
ординатор


Подпись, дата

Куулар Д.В

Проверил
преподаватель:

 13.12.18
Подпись, дата

Красноярск, 2018

План:

1. Определение
2. Этиология
3. Патогенез
4. Клиническая картина
5. Дифференциальная диагностика
6. Осмотр и физикальное обследование
7. Лечение
8. Показания к госпитализации
9. Рекомендации
10. Литература

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА — приступ резких болей, возникающий при острой обструкции верхних мочевыводящих путей.

ЭТИОЛОГИЯ

1. Самая частая причина почечной колики — мочекаменная болезнь, которая возникает при обтурации камнем просвета мочеточника.
2. Другие причины почечной колики:
 - Острый и хронический пиелонефрит (продукты воспаления: слизь, фибрин, эпителий, лейкоциты).
 - Опухоль почки (гематурия в виде сгустков).
 - Туберкулёз почки (некротическая ткань сосочка).
 - Травма почки (сгустки крови или внешнее сдавление верхних мочевых путей урогематомой).
 - Субкапсулярная гематома почки после дистанционной литотрипсии.
 - Эмболия почечной артерии.
 - Гинекологические заболевания.
 - Заболевания брюшинного пространства (ретроперитонеальный фиброз и др.).

ПАТОГЕНЕЗ

При почечной колике нарушается пассаж мочи по верхним мочевыводящим путям в результате их внутренней окклюзии или внешнего сдавления, что приводит к резкому повышению давления в чашечно-лоханочной системе, отёку паренхимы и растяжению фиброзной капсулы почки .

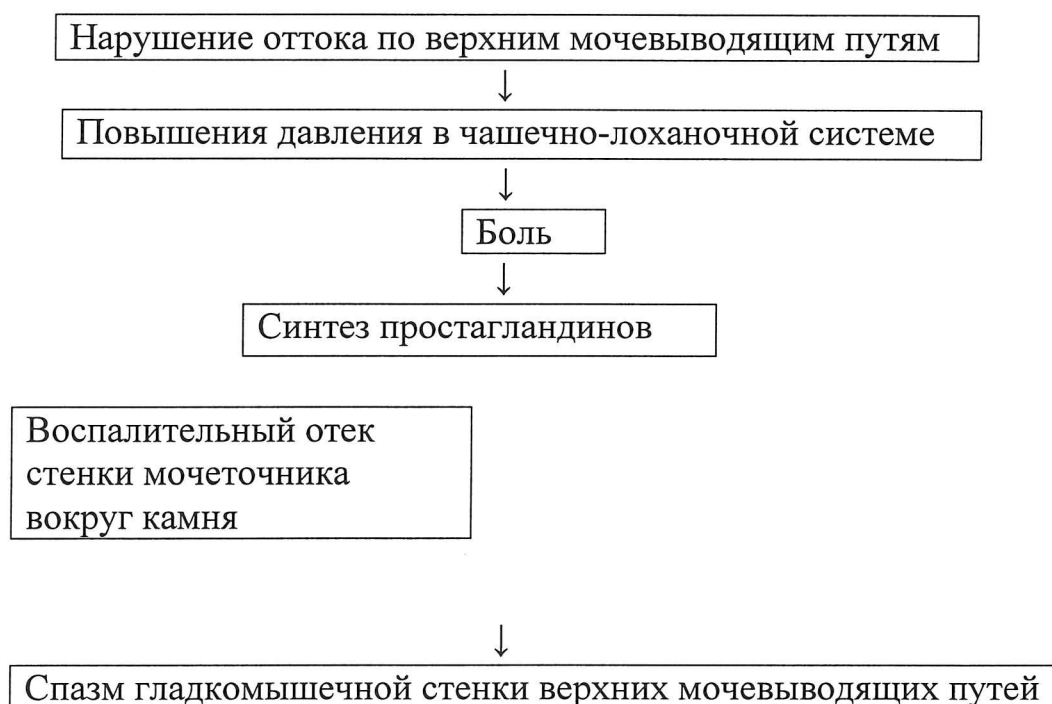
Факторы риска мочекаменной болезни:

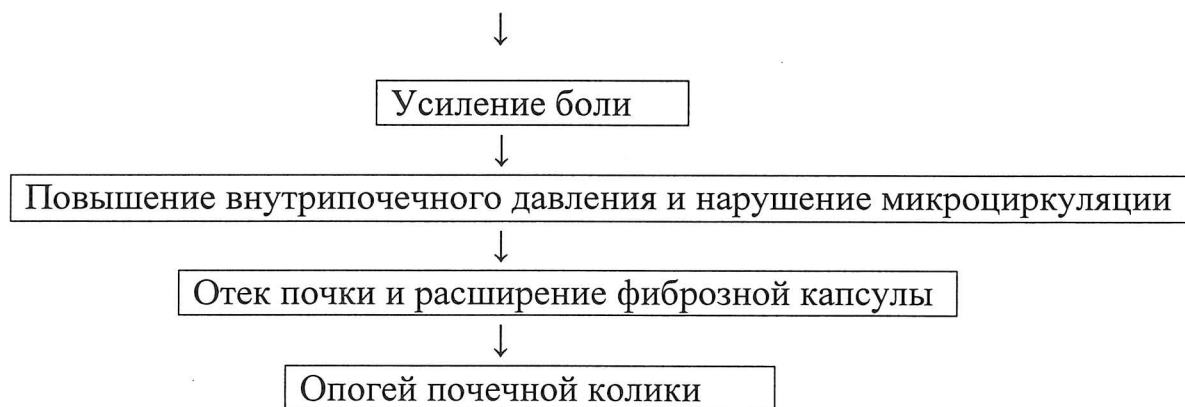
- семейный анамнез (наличие мочекаменной болезни у ближайших родственников);
- эпизод мочекаменной болезни в анамнезе (вероятность рецидива мочекаменной болезни в течение 20 лет составляет 60%);
- повышенные физические нагрузки;
- длительная гипертермия;
- заболевания, предрасполагающие к развитию конкрементов (инфекции мочевых путей, тубулярный почечный ацидоз, саркоидоз, гиперпаратиреозидизм);
- повышенная потеря жидкости (илеостома, мальабсорбция);
- приём плохорастворимых ЛС.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Основным симптомом почечной колики является боль.

1. Характер боли. Боль внезапная, постоянная и схваткообразная, продолжительность от нескольких минут до 10—12 ч, локализована в поясничной области и/или подреберье.
 - 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.
 - Дети. У детей младшего возраста локализация боли при почечной колике — область пупка. Боль часто сопровождается рвотой (острый приступ боли длится 15—20 мин). Ребёнок плачет, испуган. Возможно повышение температуры тела до 37,2-37,3 С.
 - Беременные. Почечная колика может развиваться в III триместре беременности. При этом клиническая картина чаще соответствует обструкции верхних двух третей мочеточника.
2. Иррадиация боли: по ходу мочеточника в подвздошную, паховую области, мошонку, половой член, влагалище и половые губы. Иррадиация зависит от локализации камня, который останавливается чаще в местах физиологических сужений мочеточника:





- лоханочно-мочеточниковый сегмент — иррадиация в мезогастральную область;
- перекрест мочеточника с подвздошными сосудами — паховая область и наружная поверхность бедра;
- юкставезикальный (предпузырный) отдел — могут быть ложные позывы к дефекации и учащённое мочеиспускание;
- интрамуральный отдел (внутри стенки мочевого пузыря) — боль иррадирует в головку полового члена и может сопровождаться учащённым мочеиспусканием, болями в уретре.

3. Дизурия (непостоянная).

4. Другие симптомы. Почечную колику часто сопровождают:

- тошнота и рвота, не приносящие облегчения (возникают почти одновременно с болью в пояснице);
- головокружение и обморок;
- парез кишечника разной степени выраженности;
- брадикардия;
- умеренное повышение АД;
- гематурия;
- олиго- и анурия.

5. Осложнения:

- острый обструктивный пиелонефрит;
- бактериемический шок;
- уросепсис;
- снижение функций почки;
- формирование стриктуры 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.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

В первую очередь почечную колику необходимо дифференцировать с «острым животом».

- «Острый живот» (острый аппендицит, печёночная колика, острый холецистит, острый панкреатит, прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, кишечная непроходимость, расслоение аорты, тромбоз мезентериальных сосудов, острый аднексит, внематочная беременность, перекрут кисты яичника).
- Другие заболевания: грыжа межпозвонкового диска, межрёберная невралгия (боль не схваткообразная, зависит от положения тела), опоясывающий лишай (Herpes zoster).

ОСМОТР И ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Диагностические мероприятия

- Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения (пульс, ЧСС, АД, частота дыхания).
- Оценка положения больного (двигательное беспокойство, непрерывная смена положения тела).
- Осмотр и пальпация живота — живот участвует в акте дыхания, отсутствует напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины.
- Выявление симптомов почечной колики:
 - симптом поколачивания — положительный при выявлении болезненности на стороне поражения (постукивание следует проводить крайне осторожно во избежание разрыва почки);
 - пальпация поясничной области (болезненность на стороне поражения).
- Наличие ассоциированных симптомов: тошнота, рвота, задержка газов, стула, лихорадка и др.

ЛЕЧЕНИЕ

Когда диагноз почечной колики не вызывает сомнения, проводят вначале экстренные лечебные мероприятия, а затем срочную госпитализацию больного.

■ Уложить больного в постель, провести успокаивающую беседу.

■ Для купирования болевого синдрома применяют ненаркотические анальгетики в комбинации со спазмолитиком.

- Препарат выбора — 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. Перед введением инъекционного раствора его следует согреть в руке. В период лечения не рекомендуют принимать спиртные напитки. Возможно окрашивание мочи в красный цвет за счёт выделения метаболитов (клинического значения не имеет). Расчёт 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.
- **Кеторолак** (НПВС) в/в 30 мг (1 мл), дозу необходимо вводить не менее чем за 15 сек (в/м, анальгетический эффект развивается через 30 мин).
- **Дротаверин** (миотропный спазмолитик) вводят в/в медленно, 40-80 мг (2% р-р - 2-4 мл).
- **Нитроглицерин** (допустимо использование в качестве спазмолитика) под язык в таблетках (0,25 мг или 1/2 таблетки) или аэрозоле (400 мкг или 1 доза).

■ Контроль ЧСС, АД, диуреза.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Экстренной госпитализации в урологическое отделение подлежат больные в случае:
 - некупирующейся почечной колики;
 - наличия клинических признаков осложнений;
 - двусторонней почечной колики или при единственной почке.

Транспортировку осуществляют на носилках в положении лёжа.

- Если диагноз почечной колики вызывает сомнение, больных следует госпитализировать в приёмное отделение многопрофильного стационара.
- Допустимо оставить на 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 ДЛЯ ОСТАВЛЕННЫХ ДОМА БОЛЬНЫХ

- 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 вызвать СМП, так как больному в подобной ситуации показано стационарное обследование и лечение.

Всем больным, оставленным на амбулаторное лечение, рекомендуют обратиться к урологу поликлиники для дообследования с целью установления

причины почечной колики. Нередко подобные больные нуждаются в дальнейшем стационарном лечении.

ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ

- Введение наркотических анальгетиков.
- Стимуляция диуреза при развитии анурии на фоне почечной колики.
- Одновременное назначение нескольких анальгетиков.

Литература:

- Руководство по скорой медицинской помощи / под.ред. С.Ф.Багненко , А.Л.Верткина, А.Г.Мирошниченко, М.Ш.Хубутии. – М. : ГЭОТАР, Медиа, 2007. – 816 с.
- Окорочков А.Н Лечение болезней внутренних органов: Т2. – 2-е издание., переработанный и дополнен – М:Медицинская литература, 2003г
- Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь: Учебное пособие / Под ред. В.Д. Малышева. — М.: Медицина.— 2000.— 464 с.: ил.— Учеб. лит. Для слушателей системы последиplomного образования.