

---

*ЛЕКЦІЯ*

---

УДК 616.61-083.-98

**НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В НЕФРОЛОГІЇ:  
НИРКОВА КОЛЬКА, ГОСТРА ЗАТРИМКА  
СЕЧОВИПУСКАННЯ  
(алгоритм надання невідкладної допомоги)**

*В.О. Мойсеєнко*

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2  
(зав. – дійсний член Української та Нью-Йоркської АН, академік  
АН вищої освіти України, проф. Т.Д. Никула) Національного ме-  
дичного університету імені О.О. Богомольця, Київ

Ниркова колька — це приступ гострого болю в поперековій ділянці (частіше з одного боку), який починається раптово, може розповсюджуватися на верхню половину живота, ірадіює вниз – по ходу сечоводів, у ділянку сечового міхура, зовнішніх статевих органів, внутрішньої поверхні стегна.

*Етіологія.* Зустрічається переважно при сечокам'яній хворобі, але може мати місце також при запаленні сечових шляхів, кровотечі з органів сечовидільної системи, надмірній рухливості опущеної нирки, при травмах з ушкодженням сечових шляхів, коли настає їх обструкція (каменем; згустком крові або гною, механічне перекриття просвіту при перегині сечоводу чи стисненні ззовні). Приступ ниркової кольки розвивається після тряської їзди, тривалої ходьби, фізичного навантаження, різкої зміни положення тіла, вживання великої кількості рідини, рідше – спонтанно. Найчастіше виникає внаслідок міграції конкременту чи проходження по сечоводу конгломерату щільних кристалів, в результаті закупорки сечоводу казеозними масами при туберкульозі чи пухлинах сечової системи.

**Патогенез.** При синдромі ниркової кольки порушується нормальний відтік сечі, яка затримується вище місця обструкції, що призводить до розширення і перерозтягнення відповідних порожнистих органів сечової системи з подразненням їх больових рецепторів. У походженні больового синдрому можуть мати значення також спазми м'язів сечовивідних органів, запальні процеси, інфільтрація тканин, збільшення розмірів нирки і зумовлений цим розтяг ниркової капсули, теж багаті больовими рецепторами (самій нирковій тканині больова чутливість не притаманна).

**Клініка.** Біль у поперековій ділянці чи за ходом сечоводу має перемінну інтенсивність, часто досягає такої значної гостроти, що хворий не знаходить собі місця, постійно змінюючи положення, часом кричить, стогне.

При приступі кольки нерідко мають місце дизуричні явища — часте болісне сечовипускання, спостерігаються такі супровідні рефлекторні порушення як нудота, блювання, здуття живота, затримка випорожнення кишечника. Ниркову коліку може супроводжувати подразнення сонячного сплетіння і очеревини, що індукує скарги на головокружіння, поклики на дефекацію. Може підвищуватися температура. Визначаються позитивний симптом Пастернацького з ураженого боку, болісність у відповідних точках у місці проекції сечоводів, патологічні зміни в сечі (еритроцитурія, лейкоцитурія, протеїнурія тощо).

Приступ ниркової кольки припиняється раптово — після усунення причини обструкції сечових шляхів, особливо після проходження конкремента із сечоводу в сечовий міхур. При переважанні запальних процесів біль стихає поступово.

**Діагностика.** В аналізі сечі по закінченню приступу може бути підвищений вміст еритроцитів і лейкоцитів. Результати УЗД при сечокам'яній хворобі вказують розміри конкрементів та наявність тіней конкрементів, які дають чітку акустичну тінь, при нефроптозі – опущення нирок, гідронефрозі – збільшення розмірів нирок, розширення чашечково-мискового простору, новоутворен-

нях – пухлиноподібний утвір, запальних захворюваннях – деформацію чашково-лоханкової ділянки.

**Алгоритм надання невідкладної допомоги при нирковій кольці.**

- Теплі процедури (грілка на поперекову ділянку, гаряча ванна).
  - Спазмолітики і знеболюючі (но-шпа – 2 табл. (0,04 г), галідор – 2 табл. (0,1 г), баралгін – 1-2 табл., папаверин – 2 табл. (0,04 г), цистенал – 10-20 крапель, метамізол натрію – 5 мл в/в, дроптаверин – 1 -2 табл.
  - При різко вираженому больовому синдромі – спазмолітики та знеболюючі призначають ін'єкційно: но-шпу 2% – 2,0-4,0 мл в/в, папаверину гідрохлорид 2% – 1,0 мл п/ш, в/м або в/в, атропіну сульфат 0,1% – 1,0 мл п/ш, платифіліну гідротартрат 0,2% – 1,0-2,0 мл п/ш.
  - При різко вираженому больовому синдромі можливе поєднання вищезазначених спазмолітиків з анальгетиками: анальгін 50% – 2,0 мл в/м, баралгін – 5,0 мл в/в повільно, галідор 2,5% – 2,0 мл в/м або в/в.
  - При неефективності ін'єкційних спазмолітиків та анальгетиків – наркотичні анальгетики .
  - При неефективності вищезазначених заходів та враховуючи розміщення конкрементів проводять різні види блокад з новокаїном 0,5% – 40-60 мл (при наявності конкременту в нижньому відділі сечоводу – блокаду за Лоріним-Епштейном – в ділянку сім'яного канатика у чоловіків чи круглу маткову зв'язку у жінок; при наявності конкременту в середній чи верхній третині сечоводу – внутрішньотазову блокаду за Школьниковою).
- Увага!** Не рекомендують при нирковій кольці проводити паранефральну блокаду за Вишневським, оскільки можливий розрив напруженої нирки при випадковому пошкодженні її капсули.
- Хлоретилове зрошення паравертебральної ділянки в поперековому відділі хребта.

- Голкорексфлексотерапія за першим варіантом гальмівного методу на точки акупунктури: E36(2), R3(2), RP6(2), R6(2), CV4. Найбільш ефективним є поєднання рефлексотерапії з фармако-, фіто- та психотерапією.
- Інформаційно-хвильова терапія на зони акупунктури.
- Катетеризація сечовода для відновлення пасажу сечі.
- Питний режим: після зняття больового синдрому призначають вживання великої кількості рідини.
- Хворий повинен знаходитися під динамічним наглядом лікаря-уролога.

### **ГОСТРА ЗАТРИМКА СЕЧОВИПУСКАННЯ**

Гостра затримка сечовипускання – стан затримки сечопуску при переповненому сечовому міхурі.

**Етіологія.** Серед причин затримки сечопуску розрізняють механічні перепони, неврологічні та функціонально-рефлекторні порушення. Однією з найчастіших причин є аденома передміхурової залози. Також серед чинників затримки сечопуску виділяють рак передміхурової залози, простатит, камінь, рак сечового міхура, фімоз, розрив сечоводу. Можлива затримка сечі після операцій, трансплантацій тощо.

**Патогенез.** При синдромі гострої затримки сечопуску порушується нормальний відтік сечі внаслідок виникнення обструкції на шляху відтоку сечі, що призводить до накопичення сечі в сечовому міхурі, його перерозтягненні. Частіше бувають механічні обструкції (збільшення в розмірах передміхурової залози), але слід пам'ятати, що пухлини чи травматичні ураження спинного і (чи) головного мозку, а також істерія призводять до функціонально-рефлекторної затримки сечі. Гостре припинення виділення сечі спостерігається при отруєннях, токсико-алергічних уретритах.

**Клініка.** Біль над лобком, який різко посилюється при повторних покликах до сечопуску. Біль з'являється або іррадіює в промежину, поперекову ділянку. Характер болю нападаподібний: пе-

ріодично посилюється, зникає і з'являється знову. При пальпації в надлобковій ділянці пальпується щільне (напружене) утворення болісне при надавлюванні. При перкусії сечовий міхур збільшений в розмірах.

**Діагностика.** Важливе значення мають пропедевтичні навички: вміння збирати анамнез, акцентування уваги на вживанні спиртних напоїв, алергологічному анамнезі, встановленні хронології виникнення болю, затримки сечовипускання, пальпація та перкусія надлобкової ділянки, аналіз ультразвукових досліджень в динаміці (зміни розмірів передміхурової залози, наявність гетерогенних змін її паренхіми, нерівність контурів тощо).

**Алгоритм надання невідкладної допомоги при гострій затримці сечовипускання.**

- Спазмолітики і знеболюючі ін'єкційно: но-шпу 2% – 2,0-4,0 мл в/в, папаверину гідрохлорид 2% – 1,0 мл п/ш, в/м або в/в, платифіліну гідротартрат 0,2% – 1,0-2,0 мл п/ш.
- Катетеризація сечового міхура гумовим катетером.
- Після звільнення сечового міхура – промивання його розчином антисептика фурациліну 0,02%.
- Якщо після катетеризації сечового міхура самостійний сечопуск не відновився, розглядається питання про хірургічне усунення причин затримки сечі.
- Хворий повинен знаходитися під динамічним наглядом лікаря-уролога.

SUMMARY

**URGENT CONDITION OF NEPHROLOGY :  
KIDNEY COLIC, SHARP DELAY URINATION  
(algorithm granting of the urgent help)**

*Moiseyenko V.O.*

*(Kyiv)*

The algorithms of the urgent help at renal colic and sharp delay urination in lecture are submitted. The questions aetiology, clinic and diagnostics of these condition are covered.