

EUROPEAN JOURNAL OF  
**MOLECULAR MEDICINE**



**European Journal of Molecular medicine**

**Volume 4, No.2, April 2024**

**Internet address:** <http://ejournals.id/index.php/EJMM/issue/archive>

**E-mail:** [info@ejournals.id](mailto:info@ejournals.id)

Published by ejournals PVT LTD

DOI prefix: 10.52325

Issued Bimonthly

Potsdamer Straße 170, 10784 Berlin, Germany

*Requirements for the authors.*

*The manuscript authors must provide reliable results of the work done, as well as an objective judgment on the significance of the study. The data underlying the work should be presented accurately, without errors. The work should contain enough details and bibliographic references for possible reproduction. False or knowingly erroneous statements are perceived as unethical behavior and unacceptable.*

*Authors should make sure that the original work is submitted and, if other authors' works or claims are used, provide appropriate bibliographic references or citations. Plagiarism can exist in many forms - from representing someone else's work as copyright to copying or paraphrasing significant parts of another's work without attribution, as well as claiming one's rights to the results of another's research. Plagiarism in all forms constitutes unethical acts and is unacceptable. Responsibility for plagiarism is entirely on the shoulders of the authors.*

*Significant errors in published works. If the author detects significant errors or inaccuracies in the publication, the author must inform the editor of the journal or the publisher about this and interact with them in order to remove the publication as soon as possible or correct errors. If the editor or publisher has received information from a third party that the publication contains significant errors, the author must withdraw the work or correct the errors as soon as possible.*

**OPEN ACCESS**

Copyright © 2024 by Thematics Journals of Applied Sciences

## CHIEF EDITOR

**Serikuly Zhandos PhD,**

Associate Professor, RWTH Aachen University, Aachen, Germany

## EDITORIAL BOARD

**Bob Anderson**

ImmusanT, *USA*

**Marco Bruno**

Erasmus Medical Center,  
*The Netherlands*

**Antoni Castells**

Hospital Clinic  
*Barcelona, Spain*

**Giacomo Caio**

University of Ferrara, *Italy*

**Michael Farthing**

St George's Hospital Medical  
School, *UK*

**Carmelo Scarpignato**

University of Parma,  
*Italy*

### Geriatric Medicine

**Ian Cameron**

The University of Sydney,  
*Australia*

**Sutthichai Jitapunkul**

Chulalongkorn University,  
*Thailand*

**Juulia Jylhävä**

Karolinska Institute, *Sweden*

**Kenneth Rockwood**

Dalhousie University,  
*Canada*

## РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕНОЙ КОЛИКИ

Аллазов С.А

Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

*Аннотация: Согласно МКБ - 10 (Международная классификация болезней-10) "Почечная колика" выделена как отдельная нозологическая единица. Ранее это состояние считалось как синдром, который требовал экстренной помощи. Обычно при таких ситуациях до сих пор стараются купировать почечную колику медикаментозными и другими способами (обезболивание, расслабляющие мероприятия, дренирование верхних мочевых путей и наконец перкутанная нефростомия). В процессе этих мероприятий патологический процесс в почке (нарушения гемодинамики, инфильтрат паренхимы почки, гидрокаликоз, пиелэктазия, педункулит) продолжается и усугубляется. В связи с этим целесообразно не паллиативное купирование почечной колики, а радикальное лечение (способствование отхождению камня, литотракция, литоэкстракция, литотрипсия, перкутанная литотрипсия). В литературе не описаны способы радикальной помощи на фоне почечной колики, чему и посвящается наша научная работа.*

*Ключевые слова: Почки, колика, купированные.*

Актуальность. Почечная колика - зачастую это своего рода обострение мочекаменной болезни. Возникает из-за резкого нарушения оттока мочи из почки вследствие миграции камней, кровяных и гнойных сгустков, ятрогенных ситуаций. Мелкий камень или другая причинные факторы легко проникают в мочеточник, стенки которого реагируют на инородный предмет стойким спазмом, это и приводит к резкому нарушению оттока мочи, (уродинамики) и гемодинамики паренхимы почки (почечная колика) (Скворцов В.В. и соавт., 2018; Turk C. et al., 2019).

Согласно исследованиям, только одной четверти от общего числа пациентов, поступающих с подозрением на почечную колику, диагностируется именно эта патология. (Антонов А.В, Любинокая А.А., 2015) Поэтому задача врача - не только быстро и правильно диагностировать состояние пациента, но и выявить причину почечной колики.(Бешембаев Х.М., Бешембаев Ж.А.,2010; Assimos D. Et al., 2016;)Потому что помимо снятия болевого синдрома и удаления камня пациенту может понадобиться радикальное лечение основного заболевания, которое вызвало почечную колику (Рочачиков В.В. и соавт., 2016; Коган М.И. и соавт., 2019; Мартов А.Т., Ергаков Д.В., 2020; Губков А.В. и соавт., 2021, Tereler A. et al., 2016; Bhat A. et al., 2019; Chen Y.C. et al., 2019)

Материал и методы исследования. Работа основана на клиническом материале 250 больных с почечной коликой урологического характера (нефролитиаз, сужение ЛМС, ятрогенные осложнения и др.). Клиническое обследование, оперативное лечение и послеоперационное наблюдение пациентов проводилось на базе курса (далее кафедры) урологии СамМИ (далее СамГМУ) (ректор-проф Ризаев Ж.А.) при Сам. фил. РНЦЭМП (директор-к.м.н Янгиев Б.А) и в частном лечебном учреждении "Гамма-мед" за период 2020-2023 гг.

По характеру и задачам исследования все 250 больные, поступившие в стационар и обратившиеся в частную фирму, были разделены на 2 группы:

1. Больные, которым применялась выжидательная тактика для купирования почечной колики для дальнейшего устранения обструкции верхних мочевых путей

(контрольная группа)-100

2. Больные, получившие экстренное или неотложную радикальную помощь при поступлении на фоне почечной колики; (основная группа)- 150

Результаты исследования. Касательно пола, у мужчин почечная колика встречается значительно чаще (62%), чем у женщин (38%), что, по-видимому, связано анатомо-физиологическими особенностями мочевых путей и трудовой деятельностью у мужчин и женщин.

Немаловажное значение имеет возрастной аспект почечной колики. По нашим данным, почечная колика чаще наблюдается в возрасте 21-50 лет (15-22%).

Ниже приводим разновидности урологических нозологических единицы, которые способствовали возникновению почечной колики (табл.1).

**Таблица 1.**

**Распределение больных по характеру урологической патологии, приведших к почечной колике.**

№	Нозологическая единица	Частота	
		Абс. количество	%
1	Мочекаменная болезни	198	79.2
2	Сужение ЛМС	18	7.2
3	Опухоли ВМП	12	4.8
4	Ятрогения:		
4 а	а) при гинекологических операциях	8	3.2
4 б	б) при хирургических операциях	2	0.8
4 в	в) при урологических операциях	12	4.8
	<b>Всего:</b>		100%

Согласно табл. 1, причинами почечной колики оказываются МКБ (198), сужение ЛМС (18), опухоли ВМП (12) и ятрогенные повреждения мочевых путей при урологических манипуляциях и операциях.

100 больных 1. контрольной группы по полу разделялись как мужчины-67, женщины-33 а также почечная колика чаще встречается в возрасте 31-40 лет (18 больных-18%) и 41-50 лет (16 больных-16%).

Поступившим в стационар или в частное учреждение больным проводилось стандартное обследование (табл 4).

Таблица 4.

Общие и специальные методы обследования больных с почечной коликой

№	Методы обследования	Охват больные	Результаты (абс.кол-во)
1	Осмотр-опрос	всем	беспокойство-68 (68%)
2	Физикальные методы:	всем	
	Пальпация	всем	боли-72 (72%)
	Перкуссия	всем	в обл. моч.пузыр-тупой звук
	Аускультация	78(78%)	в эпигастр. област.- без измен. 24(24%)
3	Общи анализ крови	всем	Повышение кол. лейкоциты-32(32%) Ускорение СОЭ-48(48%)
4	Общий анализ мочи	всем	Эритроцитурия-84(84%) Лейкоцитурия-62(62%)
5	Биохимия крови	всем	Повышение креатинин-24(24%)
6	УЗИ	всем	Изменение структуры-71(71%) Тени конкременты-52(52%)
7	Обзорная урография	80(80%)	Тени конкременты-63(63%)
8	Контрастная томография	64(64%)	Тени конкременты-70(70%) Изменение структуры-88(88%)
9	Эндоскопические методы исследования	44(44%)	Отсутствие выд.мочи из устья-34(34%) Выд. кровянист.мочи-24(24%)

Как видно на обобщенной(обзорной) таблицы 4 у болных I и II группы, поступивших с почечной коликой имеет место определенные сдвиги, составляющие клиническую картину, тяжесть состояния и экстренность заболевания.

Заболевания, приведшие к почечной колике, отражены в таблице 5.

Таблица 5.

Нозологические единицы, как причины почечной колики (I -контрольная группа).

№	Нозологические единицы	Количество	
		Абс.кол-во	%
1.	Мочекаменная болезнь	62	62
1.1	Камень чашечек	18	18
1.2	Камень лоханочно-мочеточникового сегмента	21	21
1.3	Камень мочеточника	23	23
1.4	Каменная дорожка после ДУВЛ	4	4
2.	Сужение лоханочно-мочеточникового сегмента	5	5
3.	Опухоли почек	4	4
4.	Острый (осложненный пиелонефрит)	13	13
4.1	Некротический папиллит	2	2
4.2	Гнойный пиелонефрит	8	8
5.	Аллергический отек слизистой верхних мочевых путей	3	3
6.	Ятрогенные повреждения во время операций	7	7
6.1	При катетеризации мочеточника	3	3
6.2	При уретеропиелоскопии	1	1
6.3	При контактной пиелолитотрипсии	1	1
6.4	При контактной уретеролитотрипсии	2	1
7	Ятрогенные повреждения мочевых путей при гинекологические, хирургические операциях	2	1
8	Всего	100	100

Среди обследованных и включенных в контрольную группу больных преобладали пациенты в процентах нефролитиазом (62) и острым пиелонефритом, хотя контингент больных обширный (сужение ЛМС, опухоли, аллергический отек слизистой чашечно-лоханочной системы и мочеточник) (3-5). Среди них особую позицию занимает ятрогенные причины почечной колики, возникающие при урологических манипуляциях(7), а при операциях на половых органах у женщин, а также при хирургических оперативных вмешательствах в брюшной полости и (2).

С целью купирования почечной колики у 100 больных данной контрольной группы проведены следующие общепринятые лечебные меры (табл.6)

**Таблица.6**

**Традиционные методы лечение почечной колики (I -контрольная группа).**

№	Мероприятия купирования почечной колики	Количество		Сроки оказания помощи после поступления (сутки)
		Абс.кол-во	%	
1.	Консервативные методы	23	23,0	2
1.1	Самостоятельное отхождение камня	5	5,0	4
1.2	Самостоятельное отхождение кровяного сгустка	1	1,0	2
1.3	Самостоятельное отхождение тканевого-гнойного сгустка	1	1,0	1
1.4	Медикаментозное купирование	16	16,0	6
2.	Установление стента	8	8,0	3
3.	Трансуретральная уретеролитоэкстракция	6	6,0	4
4.	Трансуретральная уретеролитотрипсия	7	7,0	3
5.	Перкутанная пиелолитотомия	4	4,0	6
6.	Перкутанная уретеролитотомия	3	3,0	4
7.	Перкутанная пиелолитотрипсия	28	28,0	3
8.	Перкутанная уретеролитотрипсия	2	2,0	4
9.	Лапароскопическая пиелолитотомия	1	1,0	3
10	Лапароскопическая уретеролитотомия	2	2,0	4
11.	Ретроперитонеальная пиелолитотомия	1	1,0	5
12.	Ретроперитонеальная уретеролитотомия	1	1,0	6
13.	Открытая пиелолитотомия	8	8,0	4
14.	Открытая уретеролитотомия	6	6,0	5
15.	Первичная помощь купирования почечной колики	100	100,0	3





В данной таблице нас, прежде всего согласно поставленной цели и задачи интересуют сроки оказания помощи после обращения или госпитализации пациентов с почечной коликой.

Так, эти сроки при различных способах купирования или оперативного вмешательства насчитывали после первых суток и составляет от 1 до 6 сутки, так как больные, которым оказана экстренная помощь в течение суток на фоне почечной колики включены в основную группу.

У большинства больных почечная колика купирована и оказана помощь на 3-4 сутки (44), у 34 больных на 5-6 сутки, и лишь у 2 больных в течение первых 2 суток.

Следует констатировать, что такие поздние сроки (3-6 дней) купирования боли и ликвидирование высокого внутрипочечного давления безусловно успевают привести не только к функциональным, но и структурным изменениям почек.

Следовательно целесообразно искать и разработать пути устранения почечной колики в экстренном порядке в первые сутки до наступления вышеотмеченных изменений в почках и верхних мочевых путях.

Как и в предыдущей группе в данной группе почечная колика чаще встречается у больных в возрасте 31-50: лет соответственно 54(36,0%) и 40(26,7%) пациентов.

Урологические заболевания, способствующие к возникновению почечной колики отражены в таблице 7.

Таблица 7.

Нозологические единицы как причины почечной колики. (II -основная группа)

№	Нозологические единицы	Количество	
		Абс.кол-во	%
<b>1.</b>	Мочекаменная болезнь	83	55,3
1.1	Камень чашечек	24	16,0
1.2	Камень лоханочно-мочеточникового сегмента	28	18,7
1.3	Камень мочеточника	31	20,7
1.4	Каменная дорожка после ДУВЛ	5	8,3
<b>2.</b>	Сужение лоханочно-мочеточникового сегмента	9	6,0
<b>3.</b>	Опухоли почек	6	4,0
<b>4.</b>	Острый (осложненный пиелонефрит)	21	14,0
4.1	Некротический папиллит	2	1,3
4.2	Гнойный пиелонефрит	4	2,7
<b>5.</b>	Аллергический отек слизистой верхних мочевых путей	4	2,7
<b>6.</b>	Ятрогенные повреждения мочевых путей при урологических манипуляциях и операциях	9	6,0
6.1	При катетеризации мочеточника	4	2,7
6.2	При уретеропиелоскопии	2	1,3
6.3	При контактной пиелолитотрипсии	2	1,3
6.4	При контактной уретеролитотрипсии	3	2,0
<b>7</b>	Ятрогенные повреждение мочевых путей при гинекологических и хирургических операциях	1	0,7
Всего	Урологические заболевания по МКБ-11.	150	100%

С целью радикального (окончательного) лечения с устранением основного заболевания, приводившего к почечной колике наряду с купированием боли одновременно проводили следующие мероприятия лечебного характера (табл.8)

**Радикальное лечение почечной колики урологического генеза Таблица.8. (II - контрольная группа)**

№	Методы радикального лечения почечной колики	Количество	
		Абс.кол-во	%
1.	Консервативные методы	49	32,7
1.1	Самостоятельное отхождение камня	17	11,3
1.2	Самостоятельное отхождение кровяного сгустка	3	2,0
1.3	Самостоятельное отхождение тканевого сгустка	2	1,3
1.4	Медикаментозное купирование с отхождением камня	27	18
2.	Установление стента с восстановлением проходимости мочеточника	11	7,3
3.	Трансуретральная уретеролитотрипсия	12	8,0
4.	Трансуретральная уретеролитотрипсия	18	12,0
5.	Перкутанная пиелолитотомия	9	6,0
6.	Перкутанная уретеролитотомия	4	2,7
7.	Перкутанная пиелолитотрипсия	30	20
8.	Перкутанная уретеролитотрипсия	5	3,3
9.	Лапароскопическая пиелолитотомия	2	1,3
10	Лапароскопическая уретеролитотомия	1	0,7
11.	Ретроперитонеальная пиелолитотомия	1	0,7
12.	Ретроперитонеальная уретеролитотомия	1	0,67
13.	Открытая пиелолитотомия	4	2,7
14.	Открытая уретеролитотомия	3	2,0
Всего	Радикальные методы лечения почечной колики	150	100,0

Следует отметить, что приведенные экстренные методы лечения проводились в течение суток после обращения или госпитализации. Разумеется, оказание экстренных методов диагностики и радикального лечения основного заболевания, что одновременно способствует купированию почечной колики до возникновения в почках функционально-структурных изменений. Немаловажное значение имеет сокращение сроков нахождения больных в стационаре, связи с укорочением до операционного периода до 0-1 суток. В отличие от предыдущей группы больных, получивших традиционное лечение, в данной группе большинство пациентов выписываются на 1-2 или 3-4 суток, всего лишь 9 больных на 5-6 суток.

Обсуждение. Экстренная диагностика и оказание радикальной урологической помощи у больных с почечной коликой способствует предупреждению возникновения функциональных и структурных сдвигов в почках и верхних мочевых путях, а также сокращению койко-дней за счет минимального укорочения предоперационного периода до 0-1 суток.

Оценка результатов диагностики и лечения почечной колики в двух направлениях, а именно традиционном (I группа) и радикальном (II группа) по однообразным критериям, а именно по полу, возрасту, проведенных методов исследования и подбора больных при традиционном и радикальном лечении соответственно выглядит положительным образом у пациентов II группы: сроки нахождения на койке 2-8 и 0-1 сутки; длительность предоперационной подготовки I и II группа: 1-4 и 0-1 сутки; Длительность оперативного вмешательства: 84 и 52 мин; осложнения (до-, во время и послеоперационные) в целом 23 и 8 случаях, которые устранялись в течение 11 и 5 суток, повторная почечная колика которая не наблюдается у больных II группы.

Таким образом, оказание помощи или радикальное лечение почечной колики хотя всегда носить экстренный и неотложный характер, однако сроки их диагностики и лечения, особенно предоперационные, существенным образом отражаются на нахождении больных на койке, частоте и характера осложнений и состоянии операционных ран. При соблюдении установок радикального подхода: предоперационная подготовка в течение суток, устранение основного заболевания на фоне почечной колики способствуют не только купированию почечной колики, но и устранению основного заболевания, приведшего к почечной колике

Заключение. До настоящего времени оказание помощи при почечной колике осуществляется паллиативным, не в полном объеме (купирование боли, стентирование мочеточника или нефростомии перкутанной, открытой)

Целесообразным является осуществление диагностики и лечения в кратчайшие сроки (0-1 сутки), при котором не только предотвращается почечная колика, но и устраняется её причина (камень, сужение, опухоль, ятрогенные повреждения).

Радикальное лечение почечной колики хотя представляет некоторые трудности в диагностике и оказания помощи и требует оперативности и экстренности, но в то же время отличается положительными результатами.

#### **Список извольтзованной литературы.**

1. Антонов А.В., Люблинская А.А. Уретеропиелоскопия на фоне почечной колики. Матер. 2-й научн-практ. конф. урологов Северо-Западного федерального округа РФ. Санкт-Петербург. 2015; V:93-4

2. Аполихин О.И., Сивков А.В., Комарова В.А., Просянных М.Ю., Голованов С.А., Казаченко А.В., Никушина А.А., Шадркина В.А. Заболеваемость мочекаменной болезнью в Российской Федерации (2005-2016 годы). Экспериментальная и клиническая урология 2018(4):4-14.

3. Башембаев Х.М., Башембаев Ж.А. Дифференциальная диагностика почечной колики. Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. 2010; 3-4:72-74.
4. Гудков А.В., Бощенко В.С., Лозовский М.С., Шикунова Я.В. Комбинация ретроградной и антеградной контактной электроимпульсной литотрипсии при камнях почки и лоханочно-мочеточникового сегмента. Вестник урологии.2021;9(1):39-46.
5. Коган М.И., Белоусов И.И., Яссине А.М. Эффективность контактной уретеролитотрипсии в лечении крупных камней проксимального отдела мочеточника. Вестник урологии. 2019;7(1):12-25.
6. Мартов А.Г.,Ергаков Д.В. Современное лечение мочекаменной болезни: фокус на улучшении результатов.Экспериментальная и клиническая урология 2020;(3):65-70.
7. Рогачиков В.В., Нестеров С.Н., Ильченко Д.Н., Тевлин К.П., Кудряшов А.В. Перкутанная нефролитолапаксия: прошлое, настоящее, будущее... Экспериментальнаяи клиническаяурология. 2016; 2: 58-66.
8. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Калиниченко Е.И., Салтовская Т.Э., Чернышова А.А., Лукина М.А. Почечная колика. Медицинская сестра 2018; 20(6): 3-5.
9. Assimos D et al. Surgical Management of Stones: American Urological Association/Endourological Society Guideline, PART I. J. Urol. 2016;196(4):1153-60.
10. Bhat A., Singh V., Bhat M., Khandelwal N., Bhat A. Comparison of antegrade percutaneous versus retrograde ureteroscopic lithotripsy for upper ureteric calculus for stone clearance, morbidity, and complications. Indian J. Urol. 2019;35(1):48-53
11. Chen YC, Chen HW, Juan YS, Lo IS, Shih MP, Wu WJ, Jhan JH, Huang TY. Management of Large Proximal Ureteral Calculi: A Three-year Multicenter Experience of Simultaneous Supine Percutaneous Nephrolithotomy and Retrograde Ureterolithotripsy. Urol. J. 2019;16(5): 433-438.
12. Dhawan S, O'Olweny E. Phyllanthus niruri (stone breaker) herbal therapy for kidney stones; a systematic review and meta-analysis of clinical efficacy, and Google Trends analysis of public interest. CanJ.Urol. 2020;27(2).
13. Tepeler A., Ba??b?y?k ?., Tosun M., Arma?an A. The role of ultra-mini percutaneous nephrolithotomy in the treatment of kidney stones. Turk J Urol. 2016;42(4): 261-266.
14. T?rk C., Neisius A., Petrik A., Seitz C., Skolarikos A., Thomas K. EAU Guidelines on Urolithiasis 2019. EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands; 2019.