

нии. Её цель — выявление теней рентгенопозитивных конкрементов в проекции мочевыводящих путей. Однако следует помнить, что могут встречаться рентгенонегативные конкременты.

Установить диагноз или же исключить у больного приступ почечной колики и поставить окончательный каузальный диагноз позволяет экскреторная урография. Это исследование проводят только при отсутствии почечной недостаточности и стабильной гемодинамике. Первый снимок после введения контрастного вещества выполняется на 15 минуте, повторный — через 40-45 минут. Такой подход оправдан в практике оказания неотложной помощи, когда имеется подозрение на замедление пассажа мочи. Экскреторная урография позволяет получить точное представление об уровне обструкции и её причине, локализации конкремента, вызванных им изменениях в почке, особенностях чашечно-лоханочной системы и наличии расширения мочеточника, наличия аномалий мочевыводящих путей.

При невозможности выполнить данное исследование для дифференциальной диагностики производится цистоскопия, включающая оценку выделения мочи из устьем мочеточников. У всех пациентов с почечной коликой в обязательном порядке следует исключить развитие обструктивного пиелонефрита, для которого характерно появление на фоне клинической картины почечной колики потрясающих ознобов и фебрильной лихорадки. Важным диагностическим признаком пиелонефрита является пиурия. Изменения в анализе крови при этом соответствуют острому воспалительному процессу. При обзорной рентгенографии определяется сглаженность контуров поясничной мышцы на стороне поражения.

В неотложной врачебной практике почечную колику приходится дифференцировать с острыми заболеваниями брюшной полости (прободная язва, острый холецистит, острый аппендицит, панкреатит, острая кишечная непроходимость), а также люмбагией. Приступ правосторонней почечной колики при обструкции конкрементом мочеточника на границе средней и нижней его трети, в месте перекреста с подвздошными сосудами, имеет сходство с клинической картиной острого аппендицита. Вследствие того, что в этой зоне мочеточник прилегает к париетальной брюшине, у пациента в отдельных случаях могут наблюдаться умеренные перитонеальные симптомы. Нередко возникает обратная ситуация, когда острый аппендицит принимают за приступ почечной колики. Подобная ошибка возможна при ретроцекальном или тазовом расположении червеобразного отростка, воспаление которого нередко сопровождается появлением болей в поясничной области и положительным симптом поколачивания в поясничной области. При локализации червеобразного отростка в непосредственной близости с мочевым пузырем могут отмечаться дизурические явления и изменения в анализе мочи. Правильный диагноз устанавливается на основании клинических проявлений, результатах пальцевого ректального исследования и данных инструментальных методов диагностики (УЗИ, рентгенографии и эндоскопии). Если все другие методы исследования не позволяют поставить точный диагноз, следует произвести диагностическую лапароскопию.