

При перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки а также острым холецистите, боли, как правило, локализуются в верхней половине живота, преимущественно справа. Кроме того пальпаторно определяется френнкус-симптом, а также защитное напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

В тех случаях, когда почечная колика сопровождается рефлекторным парезом кишечника, ее клиническая картина имеет сходство с острой кишечной непроходимостью. Следует отметить, что при почечной колике явления динамической непроходимости кишечника появляются через некоторое время после возникновения острой болевой синдрома, который является достаточно типичным. При кишечной непроходимости первым признаком является острая, разлитая боль в животе без четкой локализации, сопровождающаяся тошнотой и рвотой. При рентгенологическом исследовании симптомом непроходимости кишечника являются горизонтальные уровни жидкости в кишечных петлях (чаши Клойбера).

Левостороннюю почечную колику необходимо дифференцировать с острым панкреатитом, поскольку и в том, и в другом случае может наблюдаться рвота, вздутие живота, боли в левом подреберье и эпигастрии. Однако, при остром панкреатите, в отличие от колики, боли носят опоясывающий характер, рвота повторяется многократно, отмечаются симптомы интоксикации, в моче обнаруживается диастаза, однако, другие изменения, характерные для приступа почечной колики, при этом, как правило, отсутствуют.

Достаточно часто, особенно у больных с ожирением, приходится дифференцировать почечную колику и люмбагию. Общим симптомом будет остро возникшая боль в поясничной области. Однако при корешковом синдроме она возникает вследствие резкого движения (при повороте туловища, вставании) и имеет характерную иррадиацию по задней поверхности нижней конечности. При обследовании выявляются положительные симптомы натяжения Лассега и Кернига, характерные для острого поясничного радикулита.

Впервые возникшая почечная колика является показанием к госпитализации по неотложной помощи в урологический стационар. Лечебные мероприятия должны быть в первую очередь направлены на купирование болевого синдрома. Препаратами первой линии являются нестероидные противовоспалительные средства. Препараты должны вводиться парентерально (внутримышечно), регулярно 3-4 раза в день вне зависимости от наличия и выраженности болевого синдрома. При неэффективности, возможно применение наркотических анальгетиков в сочетании с атропином.

Применение спазмолитиков должно быть ограничено, так как последние снижают перистальтическую деятельность мочеточника, что не способствует отхождению конкремента.

Медикаментозную терапию можно сочетать с тепловыми процедурами (ванна, грелка).

У всех пациентов, у которых планируется извлечения камней, обязательно должно быть проведено исследование на бактериурию. Если выявлена бактериурия, или при культуральном исследовании мочи отмечен рост бактерий, или