Почечная колика

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N13.2, N23 · Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

Почечная колика — состояние, характеризующееся острой приступообразной болью в поясничной области вследствие нарушения оттока мочи из верхних мочевых путей; в 80–90% случаев причиной является мочекаменная болезнь. Лечение направлено на устранение причины обструкции, включая обезболивание, консервативную терапию и дренирование или удаление камня.

Главное

- В 80–90% случаев почечная колика связана с мочекаменной болезнью; возможны также пиелонефрит, опухоль, туберкулёз, травма и внешнее сдавление мочевых путей.
- Наиболее надёжный критерий установления диагноза — визуализация конкремента с помощью компьютерной томографии. Основной метод — бесконтрастная мультиспиральная КТ почек и мочевых путей (УУР А, УДД 1).
- Лихорадка может быть симптомом инфекционного процесса; гипотония и нарушение сознания могут быть признаками сепсиса и бактериотоксического шока; олигурия и анурия могут свидетельствовать о билатеральной обструкции или нарушении функции единственной почки, блокированной конкрементом.
- Обезболивание начинают сразу; НПВП — первая линия (УУР А, УДД 1). При невозможности назначения НПВП применяют метамизол; при неэффективности или невозможности назначения НПВП — опиоиды и аналгетики со смешанным механизмом действия, включая трамадол.
- При камне менее 7 мм и контролируемой боли допустима консервативная тактика для самопроизвольного отхождения. Для камней до 7 мм применяют альфа-адреноблокаторы в рамках медикаментозной камнеизгоняющей терапии (УУР А, УДД 1).
- При остром пиелонефрите, сепсисе, олигурии или анурии необходимо неотложно дренировать верхние мочевые пути нефростомой или стентом; удаление камня проводят после устранения активной инфекции.

Диагностика

1. Уточнить внезапность, характер и локализацию боли, её иррадиацию, дизурию, тошноту, рвоту и гематурию. Собрать сведения о нефролитиазе в анамнезе и факторах риска: наследственности, хронической дегидратации, ожирении, метаболическом синдроме, подагре и аномалиях мочевых путей (УУР С, УДД 2 и УУР С, УДД 5).
2. У женщин детородного возраста уточнить дату последней менструации; при необходимости выполнить тест на беременность или направить к акушеру-гинекологу (УУР С, УДД 5).
3. Оценить частоту сердцебиения и дыхания, артериальное давление, температуру и суточный объём мочи; осмотреть и пропальпировать живот и наружные половые органы для уточнения диагноза и проведения дифференциальной диагностики (УУР С, УДД 5).
4. Выполнить общий анализ мочи, развёрнутый общий анализ крови, биохимический анализ крови с креатинином, калием и натрием. При признаках инфекционно-воспалительного процесса дополнительно выполнить культуральное исследование мочи для исключения инфекции верхних мочевых путей и выбора схемы лечения (УУР С, УДД 3–5; УУР В, УДД 2).
5. Выполнить бесконтрастную МСКТ почек и мочевых путей. При ИМТ менее 30 и наличии технической возможности использовать низкодозный протокол (УУР В, УДД 1).
6. Если КТ невозможно выполнить в кратчайшие сроки, использовать обзорную урографию вместе с УЗИ; внутривенную урографию применять только для дифференциальной диагностики или планирования операции. У беременных первым методом является УЗИ, а при неясном результате — МРТ почек (УУР В, УДД 2; УУР С, УДД 3).

Лечение

- Немедленно начать обезболивание НПВП: диклофенак внутримышечно, индометацин 100 мг в суппозитории однократно или ибупрофен (УУР А, УДД 1). Диклофенак может снижать скорость клубочковой фильтрации

при почечной недостаточности; диклофенак и ибупрофен противопоказаны при сердечно-сосудистой недостаточности, ИБС, заболеваниях периферических сосудов и цереброваскулярной патологии.

- Если НПВП противопоказаны или неэффективны, использовать метамизол натрия (УУР В, УДД 2). При невозможности или неэффективности НПВП применять опиоиды и аналгетики со смешанным механизмом действия, включая трамадол, как препараты второй линии (УУР А, УДД 1).
- Не применять папаверин и другие спазмолитики для обезболивания; не стимулировать диурез внутривенным введением растворов электролитов или назначением диуретиков (УУР А, УДД 1).
- При камне менее 7 мм и контролируемой боли выбрать консервативную тактику. Для медикаментозной экспульсивной терапии при камне до 7 мм применяют: тамсулозин 0,4 мг/сут, алфузозин 10 мг/сут, теразозин 2 мг/сут или силодозин 8 мг/сут (УУР А, УДД 1).
- При камнеизгоняющей терапии контролировать визуализацию каждые 2 недели до отхождения, но не более 4 недель (УУР С, УДД 3). Если камень не отошёл в течение 6 недель, вероятность самостоятельного отхождения невелика; пациента следует направить в стационар для оперативного лечения.
- При остром пиелонефрите, сепсисе, олигурии или анурии выполнить неотложное дренирование верхних мочевых путей — установить стент или провести чрескожную пункционную нефростомию (УУР С, УДД 5).
- При неконтролируемой боли без клинических проявлений инфекционно-воспалительного процесса, если самостоятельное отхождение маловероятно и в медицинском учреждении имеется техническая возможность, выполнить неотложную трансуретральную уретеролитотрипсию или дистанционную литотрипсию (УУР В, УДД 2). Если удалить камень оперативным путём в кратчайшие сроки невозможно, установить стент в мочевыводящие пути (УУР С, УДД 4).
- После операции или дренирования выполнить контрольную обзорную урографию для оценки результата (УУР В, УДД 2).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать при неподтверждённом диагнозе, особенно у пациента старше 60 лет, при некупируемой или часто рецидивирующей боли, признаках мочевой инфекции, камне более 7 мм, единственной или трансплантированной почке, анурии или олигурии.
- Госпитализация также показана при беременности, двустороннем нефролитиазе, повторных обращениях по одной причине или невозможности быстро организовать обследование и наблюдение амбулаторно.
- Выписать можно после стойкого купирования боли, если размер камня позволяет проводить консервативную литокинетическую терапию, выполнено дренирование верхних мочевых путей и планируется этапное лечение либо устранены причины обструкции.
- После выписки назначить НПВП для купирования болей при рецидиве приступа и консультацию уролога в течение 7–14 дней. Если самостоятельное отхождение маловероятно, запланировать госпитализацию для операции в течение 4 недель.

Частые вопросы

Какой метод лучше всего подтверждает почечную колику?

Наиболее надёжный критерий установления диагноза — визуализация конкремента с помощью бесконтрастной МСКТ почек и мочевых путей: она показывает количество, расположение и характеристики камня. При ИМТ менее 30 следует использовать низкодозный протокол, если он доступен (УУР А, УДД 1; УУР В, УДД 1).

Что назначить первым для купирования боли?

НПВП — первая линия: в тексте указаны диклофенак внутримышечно, индометацин 100 мг однократно в суппозитории и ибупрофен. При противопоказаниях к НПВП применяют метамизол; при невозможности или неэффективности НПВП — опиоиды или трамадол.

Когда можно наблюдать пациента без операции?

Консервативная тактика допустима при размере конкремента менее 7 мм и контролируемой боли. Для камней до 7 мм можно назначить альфа-адреноблокатор и контролировать визуализацию каждые 2 недели, но не более 4 недель.

В каких случаях требуется срочное дренирование?

При осложнённой колике — остром пиелонефрите, сепсисе, олигурии или анурии — необходимо неотложное дренирование стентом или чрескожной нефростомией. Активную инфекцию устраняют до удаления камня.

Как обследовать беременную пациентку с подозрением на почечную колику?

Первой линией является УЗИ почек. Если диагноз остаётся неясным, выполняют МРТ почек; методы с ионизирующим излучением ограничивают.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/587-pochechnaya-kolika. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/587_2