

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АБСЦЕССА ПОЧКИ, ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКИ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Стяжкина С.Н.<sup>1</sup>, Куклин Д.Н.<sup>2</sup>, Орлова А.В.<sup>3</sup>, Семякова К.С.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Стяжкина Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии Ижевской государственной медицинской академии

<sup>2</sup>Куклин Дмитрий Николаевич – врач-уролог БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР»

<sup>3</sup>Орлова Анна Владимировна – студентка лечебного факультета Ижевской государственной медицинской академии

<sup>4</sup>Семякова Кристина Степановна – студентка лечебного факультета Ижевской государственной медицинской академии

Ижевск, Российская Федерация

**Аннотация:** абсцесс почки – это ограниченное гнойное воспаление с расплавлением тканей почки, в результате чего образуются полости, заполненные гноем, или при слиянии групп абсцессов небольших размеров при апостематозном пиелонефрите. Абсцесс почки является одной из самых опасных урологических патологий, которая может привести к тяжелым последствиям или даже к летальному исходу, если своевременно не диагностировать и не провести лечение.

**Ключевые слова:** абсцесс почки, апостематозный пиелонефрит, ультразвуковая диагностика, СКТ.

## CLINICAL CASE OF KIDNEY ABSCESS, PAROTID TISSUE AND MODERN METHODS OF TREATMENT

Styazhkina S. N.<sup>1</sup>, Kuklin D. N.<sup>2</sup>, Orlova A.V.<sup>3</sup>, Semyakova K. S.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Styazhkina Svetlana Nikolaevna - doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery of the Izhevsk State Medical Academy

<sup>2</sup>KuklinDmitry Nikolaevich - urologist BUZ UR "1 RKB MZ UR"

<sup>3</sup>Orlova Anna Vladimirovna - student of the medical faculty of the Izhevsk State Medical Academy



*<sup>4</sup>Semyakova Kristina Stepanovna - student of the medical Faculty of the Izhevsk State  
Medical Academy  
Izhevsk, Russian Federation*

**Abstract:** *a kidney abscess is a limited purulent inflammation with melting of the kidney tissues, resulting in cavities filled with pus, or when small groups of abscesses merge in apostematous pyelonephritis. Kidney abscess is one of the most dangerous urological pathologies, which can lead to serious consequences or even death if not promptly diagnosed and treated.*

**Keywords:** *kidney abscess, apostematous pyelonephritis, ultrasound diagnosis, SCT.*

**УДК 616.61-002.3**

Цель: Оценить особенность клинического проявления и степень выраженности клинических симптомов абсцесса почки и изучить современные методы лечения.

Гнойно-воспалительное поражение почек и забрюшинного пространства, характеризуется развитием в очаге воспаления гнойно-деструктивного процесса с яркой картиной клинических проявлений и лабораторными показателями. А именно возникают боли в области пораженной почки, вследствие расстройства лимфообращения и кровообращения. Боли могут усиливаться при пальпации почки. Резко выражено напряжение поясничных мышц и передней брюшной стенки. Нередко больные могут принимать вынужденное положение тела, с приведенной к животу ногой, при разгибаниях которой возникает резкая боль в поясничной области на стороне абсцесса [2].

Актуальную клиническую проблему представляют все формы пиелонефрита (абсцесс, карбункул почки и апостематозный пиелонефрит), пионефроз, гнойные паранефриты, нагноившиеся почечные кисты и гематомы, паранефральные абсцессы, которая связана с трудностью своевременной диагностики и выбора оптимальной тактики лечения. В 28-80% может развиваться уросепсис, который может закончиться летальным исходом. Также при запущенных патологических процессах возможна потеря функции пораженного органа [1, 2]. Сложность своевременного выявления абсцесса почки заключается



в том, что абсцесс почки имитирует клиническую картину острого пиелонефрита. Одной из форм острого пиелонефрита является апостематозный нефрит, который встречается у 36% больных с острым пиелонефритом. Для данного пиелонефрита характерно наличие множественных мелких абсцессов, которые в большей степени располагаются в корковом веществе. Вокруг очага нагноения развивается вал грануляционной ткани, который отделяет его от здоровых. Нередко процесс распространяется на паранефральную клетчатку [3].

Карбункул и абсцесс почки являются видами гнойного поражения и представляют собой единый патологический процесс, для которого характерна лишь разная последовательность и интенсивность развития. Если апостематозный нефрит проявляется множественными мелкими абсцессами, локализующимися подкапсульно, карбункулу и абсцессу свойственно наличие локализованного гнойного очага. Локализованные гнойные очаги в почке бывают одиночными и множественными, в 25% случаев сочетаются с апостематозным нефритом. Обычно гнойный процесс поражает одну почку, редко – обе [2].

При благоприятном течении острого гнойного пиелонефрита происходят рассасывание инфильтратов и разрастание на их месте соединительной ткани, что ведет к формированию на поверхности почки рубцовых втяжений.

При лечении абсцесса почки чаще применяют метод вскрытия данного абсцесса, обработка гнойной полости асептическим раствором и дренирование полости и забрюшинного пространства. Но в настоящее время врачи переходят на более щадящие операции. Это, например, чрезкожная нефростомия с пункцией полости абсцесса и введением антибиотика в полость абсцесса. Данный метод менее травматичен и способствует наиболее быстрому выздоровлению пациента.

*Клинический пример:* Пациент Стерхова Г.Ф., 71 года, поступила (15.02.2021) в урологическое отделение РКБ №1, ранее была направлена на консультацию к онкологу. Консультирована онкологом, направлена в дежурную



урологию РКБ №1. Осмотрена в приемном покое, обследована и госпитализирована.

Считает себя больной на протяжении двух месяцев. Когда стала отмечать боли в поясничной области слева, температура тела до 38°C. Связывает с перенесенной короновирусной инфекцией. Обралась к урологу по месту жительства.

При поступлении состояние ближе к удовлетворительному. Сознание ясное. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочной. Тоны сердца ритмичные, ясные, АД 150/100 мм рт. ст., ЧСС 79 уд/мин., ЧДД 19 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненная. Перистальтика выслушивается, почки не пальпируются. Симптом сотрясения положительный слева. Мочеиспускание безболезненное. Отеков нет. Молочные железы безболезненные. Щитовидная железа безболезненная. Лимфатические узлы не увеличены.

Перенесла следующие заболевания: ОРЗ, ОРВИ, гипертоническая болезнь, хронический бронхит, миома матки, холецистит, пневмония, вызванная COVID-19.

В анализе крови изменения воспалительного характера, повышены показатели лейкоцитов до  $11,7 \cdot 10^9$ /л.

При микробиологическом исследовании мочи на анаэробные и факультативно-анаэробные условно патогенные микроорганизмы роста микробиоты не обнаружено.

15.02.2021 УЗИ почек перед операцией:

Правая и левая почки не увеличены, контуры ровные, дыхательная подвижность сохранена. Паранефрий б/о. Паренхима не утолщена. ЧЛС: не расширена. Дополнительные признаки: из паренхимы и сегмента по латеральному краю исходная жидкостная структура с организацией до 4\*3 см с утолщением до 0,6 см неровными стенками без кровотока при ЦДК. УЗ признаки



очагового образования паренхимы левой почки (осложненная киста – инфицирование?)

16.02.2021 УЗИ почек и надпочечников после операции:

При УЗИ почек и надпочечников были представлены признаки очагового образования, исходящего из паренхимы левой почки, синусных кист левой почки. Размеры правой и левой почки средние, положение обычное, контуры ровные, чашечно-лоханочная система не расширена, соотношение к паренхиме обычное, паренхима 1,3-1,4 см, КМД по возрасту.

Из паренхимы левой почки переднелатеральной поверхности нижнего сегмента исходит жидкостная структура с неоднородным содержимым 4,5\*3,5\*3,5 см с утолщенными до 6 мм стенками, на фоне синуса жидкостные структуры до 1,5 см. Паранефрий без особенностей, дыхательная подвижность сохранена. Область надпочечников без особенностей.

26.01.21 была проведена СКТ (спиральная компьютерная томография) с внутривенным введением контраста.

Правая почка: бобовидной формы, размерами 92\*44\*56 мм, расположена на уровне L1-L3. Контуры ее неровные, четкие. Паренхима плотностью 37НУ, толщиной 14\*19 мм, кортико-медуллярная дифференциация сохранена. Чашечно-лоханочная система почки не расширена, не деформирована, контрастирована своевременно, в полном объеме. Рентгенпозитивных конкрементов в ЧЛС не выявляется. Сосудистая ножка почки расположена на уровне L1, структуры ее хорошо дифференцируются. Почечная артерия диаметром 3 мм, кольцинированная бляшка со стенки аорты переходит на устье почечной артерии, сужая его на примерно 50%. Функция почки сохранена.

Левая почка: бобовидной формы, размерами 94\*53\*55 мм, расположена на уровне Th12-L3, контуры ее не ровные, четкие. У латеральной поверхности нижнего полюса определяется округлой формы образование, размерами 39\*35\*43 мм, плотностью 15-21НУ во все фазы контрастирования, со стенками толщиной 4-8 мм, достаточно равномерно накапливающими контраст, прилежащая клетчатка выражена тяжиста. Кортикальный слой почки на этом



уровне сохранен, прослеживается локальное объемное воздействие на паренхиму.

Паренхима почки однородна, полностью 30 НУ, толщиной 14-19 мм. ЧЛС почки не расширена, контрастирована своевременно, в полном объеме. Рентгенопозитивных конкрементов ЧЛС не выявляется. Сосудистая ножка почки расположена на уровне L1, структура ее хорошо дифференцируется. Почечная артерия диаметром 5 мм, устье сужено бляшкой, переходящей со стенки аорты до 40%. Функция почки сохранена. Кортико-медуллярная дифференциация паренхимы не изменена.

Мочеточники расположены обычно, законтрастированы на всем протяжении фрагментарно, согласно сокращениям цистойдов. Калибр мочеточников обычный.

Мочевой пузырь наполнен частично, стенки его полностью не расправлены. Стенки пузыря равномерной толщины. Рентгенопозитивных конкрементов по ходу мочевыводящих путей не определяются.

Паранефральная клетчатка и клетчатка полости малого таза однородны. Увеличенных лимфоузлов в зоне исследования не определяется. Надпочечники расположены обычно, без видимой патологией.

Желчный пузырь с перегибом в теле, в полости смешанный конкремент 17. Увеличенных лимфоузлов не выявляется 8мм в диаметре.

Заключение: по КТ больше данных за экстраренальный инкапсулированный абсцесс нижнего полюса левой почки, полностью исключить нельзя. Стеноз устьев обеих почечных артерий (Рис.1).



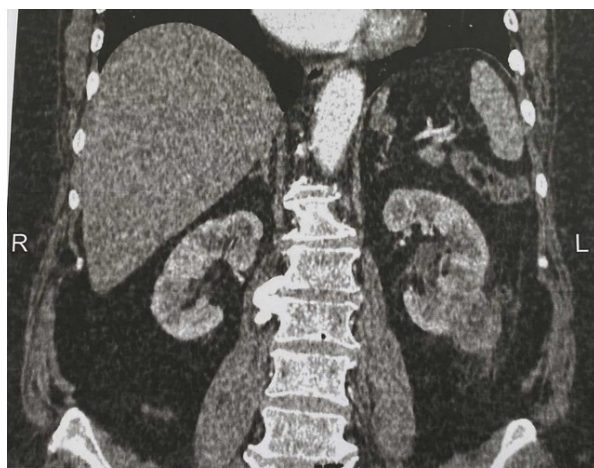


Рис.1 СКТ почек и мочевыводящих путей

Лечение: 1. Консервативное лечение: была проведена гипотензивная, анальгезирующая, антибактериальная терапия. 2. Хирургическое лечение: чрезкожная нефростомия. Пункция полости абсцесса с введением антибиотика. Под местной анестезией (р-р новокаина 0,25%) проведен разрез кожи до 0,5 см по задней подмышечной линии слева между 12 ребром и краем широчайшей мышцы спины, произведена пункция толстой иглой под УЗИ контролем в полость абсцесса, выполнена аспирация содержимого получено до 1 мл жидкостного содержимого. В полость абсцесса введен антибиотик имипинем. Контроль гемостаза. Асептическая повязка.

Пациентка в стационаре провела 20 койко-дней. После операции выписана в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано: посещение хирурга, прием антибиотиков.

**Заключение:** Несмотря на успехи фармакологий консервативное лечение при абсцессе почки не даёт желаемых результатов – 70% случаев заболевания приводит к летальному исходу. В настоящее время диагностика абсцесса почки не представляет особых трудностей, поскольку в практике начали использовать современные визуализирующие методики, позволяющие выявить заболевание на начальных стадиях. Лечение абсцесса почки может проводиться несколькими методами, но наиболее эффективным стал метод выполнения чрезкожной пункции с введением антибиотика в полость абсцесса под контролем УЗИ,



нежели открытое оперативное лечение, что способствует наиболее быстрому и эффективному выздоровлению.

*Список литературы*

1. Деревянко И.М., Деревянко Т.И. Паранефрит. Ставрополь, 2000. 61 с.
2. Аляев Ю.Г. Современные аспекты диагностики острого пиелонефрита. Врач. 2009; (6): 76-8.
3. Лопаткин Н.А. Урология: Национальное руководство. М. ГЭО-ТАР-Медиа; 2009

