

Клинический случай

УДК 616.61-002.3

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АБСЦЕССА ПОЧКИ И ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКИ

С.Н. Стяжкина, А.А. Абрамович, И.Р. Валеева, Р.Р. Тимирова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск

Резюме. Почечные и околопочечные абсцессы – редкие, но тяжелые заболевания, развивающиеся в результате инфекций почек или вокруг них. В данной статье рассматривается клинический случай абсцесса почки и околопочечной клетчатки, представлены современные данные по этиологии заболевания, виды абсцессов, описаны механизмы и факторы риска развития почечных и околопочечных абсцессов, а также основные диагностические мероприятия.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Ключевые слова: абсцесс почки, абсцесс околопочечной клетчатки, клинический случай.

Для цитирования: Стяжкина С.Н., Абрамович А.А., Валеева И.Р., Тимирова Р.Р. Клинический случай абсцесса почки и околопочечной клетчатки. *Вестник медицинского института «Реавиз». Реабилитация, Врач и Здоровье.* 2021;1(49):63-67. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2021.1.CASE.1>

CLINICAL CASE OF RENAL AND PARARENAL ABSCESS

S.N. Styazhkina, A.A. Abramovich, I.R. Valeeva, R.R. Timirova

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

Abstract. Renal and pararenal abscesses are rare but serious diseases that result from infection of kidneys or tissues around them. This article examines a clinical case of renal and paranephric abscess, presents modern data on the etiology of the disease, types of abscesses, and describes the mechanisms and risk factors for the development of renal and pararenal abscesses, as well as the main diagnostic measures.

Competing interests. The authors declare no competing interests.

Funding. This research received no external funding.

Key words: renal abscess, paranephric abscess, clinical case.

Cite as: Styazhkina S.N., Abramovich A.A., Valeeva I.R., Timirova R.R. Clinical case of renal and pararenal abscess. *Bulletin of the Medical Institute Reaviz. Rehabilitation, Doctor and Health.* 2021;1(49):63-67. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2021.1.CASE.1>



Введение

Абсцесс почки представляет собой ограниченное воспаление с расплавлением почечной ткани и образованием гнойной полости, окружённой грануляционным валом, который отграничивает гнойный очаг от окружающих здоровых тканей. Околопочечный абсцесс – это скопление гнойного материала вокруг почки. Заболевания встречаются в различных возрастных категориях [1].

Абсцесс почки по локализации подразделяется на кортикальный и кортикомедуллярный, по размеру абсцессы менее 3 см определяют как мелкие, 3–5 см – как средние, большие – более 5 см [2].

В настоящее время наиболее частой причиной абсцессов почки и околопочечной клетчатки являются восходящие инфекции мочевыводящих путей с сопутствующим пиелонефритом. Обычно возбудителями в этом случае являются грамотрицательные бактерии. Также абсцессы развиваются при гематогенном распространении инфекции из очага, который находится за пределами почки, возбудителем часто является *S. aureus*.

Абсцессы почек и околопочечной клетчатки могут быть осложнениями урологической инфекции чаще у людей, которые имеют значительные сопутствующие заболевания, например, диабет, аномалии развития мочевыводящих путей и др.

При почечном абсцессе патогенная флора, попадая в ткань почки, вызывает воспаление с развитием патологического очага, внутри которого образуется гнойное расплавление или некроз тканей. Для того, чтобы отграничить очаг воспаления от здоровых тканей, включаются защитные механизмы, и за счет отложения фибрина образуется капсула [3].

При отсутствии своевременного лечения очаг воспаления увеличивается, в процесс вовлекаются соседние ткани. Абсцесс может вскрыться через капсулу почки в окружающее ее пространство, тогда развивается околопочечный абсцесс.

К основным предрасполагающим факторам развития почечного и околопочечного абсцесса относят: беременность, сахарный диабет, мочекаменная болезнь, инфекция мочевыводящих путей, нарушение функции почек, нейрогенный мочевой пузырь и др.

Диагностика включает в себя осмотр уролога, лабораторные исследования, неинвазивные визуальные методы диагностики.

Уролог должен изучить жалобы пациента и собрать полный анамнез. Частыми начальными симптомами являются повышение температуры и боль в пояснице. При физикальном обследовании – болезненность при перкуссии реберно-позвоночного угла. Часто выявляется увеличенная пораженная почка, болезненность при пальпации, положительный симптом Пастернацкого.

Лабораторная диагностика: необходимо выполнить клинический анализ крови, общий анализ мочи, а также культуральное исследование. В анализе крови обнаруживается лейкоцитоз, снижение уровня гемоглобина, повышение СОЭ, мочевины, креатинина и С-реактивного белка. Наиболее частыми отклонениями в анализе мочи являются гематурия и лейкоцитурия. Посев мочи необходим для определения возбудителя инфекционного процесса и правильного назначения антибактериальной терапии с учетом чувствительности к препаратам [1].

Визуальные методы диагностики: наиболее информативными методами являются УЗИ, КТ и МРТ.

Точность УЗИ в диагностике абсцесса почки составляет 70–93 %. Данный метод позволяет определить размеры почек, выявить очаговые поражения, определить обструкцию собирательной системы. Абсцесс проявляется в виде выраженной гипоехогенной зоны.

Компьютерная томография (КТ) диагностирует почечный и околопочечный абсцесс с точностью 92–96,4 %. На КТ абсцесс выглядит как четко очерченная масса с толстой неправильной стенкой.

МРТ для диагностики абсцессов почки и околопочечной клетчатки проводится редко, назначают при сложностях в постановке диагноза и при подозрении на опухоли [4, 5].

Цель: проанализировать клинический случай абсцесса почки и околопочечной клетчатки.

Задачи: изучить анамнез, лабораторно-инструментальные данные и лечение пациентки с абсцессом почки и околопочечной клетчатки.

Материалы и методы

Анализ клинического случая по данному заболеванию на базе урологического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР».

Результаты и их обсуждение

Пациентка А., 28 января 2021 года госпитализирована в урологическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» с жалобами на ноющие боли в поясничной области, повышение температуры до 39 °С.

Анамнез болезни: считает себя больной с сентября 2020 года, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Лечилась амбулаторно, неоднократно с положительным эффектом. Состояние ухудшилось 24.01.21, за медицинской помощью не обращалась, ничем не лечилась. 27.01.21 госпитализирована в ЦРБ, обследована. 28.01.21 переведена в урологическое отделение РКБ 1.

Общий анамнез. Перенесенные заболевания: простудные, острый пиелонефрит, сахарный диабет 2 типа, аутоиммунный тиреоидит. Гепатит, туберкулез, ВИЧ, венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез: цефтриаксон – отек Квинке. Операции: кесарево сечение. Гемотрансфузий в анамнезе не было. Наследственность не отягощена.

Состояние при поступлении средней степени тяжести. При общем осмотре кожные покровы бледные. При объективном

исследовании дыхательной системы в легких везикулярное дыхание. При исследовании сердечнососудистой системы тоны сердца ритмичные, пульс 70 ударов в минуту, АД – 110/80 мм рт. ст. При исследовании пищеварительной системы язык суховат. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в проекции левой почки. Симптом сотрясения слева положительный, справа отрицательный. Мочеиспускание со слов в норме.

При лабораторных исследованиях выявлен лейкоцитоз ($12,66 \cdot 10^9/\text{л}$), незначительное снижение эритроцитов ($3,30 \cdot 10^{12}/\text{л}$) и гемоглобина (96 г/л) в общем анализе крови от 28.01.2021. В общем анализе мочи от 28.01.2021 лейкоцитурия (25/мкл), повышение количества аскорбиновой кислоты (25 мг/дл).

Инструментальные данные – УЗИ почек (28.01.2021): признаки объемного образования левой почки по типу карбункула. Правая почка без изменений.

Диагноз клинический: N15.1 – Абсцесс почки и околопочечной клетчатки.

Проведено хирургическое лечение (28.01.2021): люмботомия слева, вскрытие абсцесса левой почки. Гнойное отделяемое взято на бактериологический посев, по результатам которого была выявлена 4 степень обсемененности *Klebsiella mobilis*. Амоксиклав – устойчивы, цефалоспорины – чувствительны, аминогликозиды – чувствительны, пиперациллин-тазобактам – чувствительны, карбопенемы – чувствительны.

Послеоперационный период: на 3 сутки убран дренаж, на 9 сутки сняты швы.

Назначено консервативное лечение: инфузионная терапия, кеторол, эуфиллин, меропенем, метрогил, цiproфлоксацин.

Были проведены контрольные лабораторные исследования. От 03.02.2021: в анализе крови – лейкоцитоз ($10,54 \cdot 10^9/\text{л}$), снижение гемоглобина (98 г/л); в анализе мочи – эритроцитурия, уробилиногенурия, незначительная кетонурия. Исследования от 11.02.2021: в анализе крови – лейкоцитоз ($10,68 \cdot 10^9/\text{л}$), незначительное снижение эритроцитов ($3,58 \cdot 10^{12}$ г/л) и гемоглобина

(102,00 г/л), тромбоцитоз ($479 \cdot 10^9$ г/л), повышение тромбоцита (0,59 %). В общем анализе крови от 16.02.2021 лейкоцитоз ($9,93 \cdot 10^9$ /л), остальные показатели в пределах нормы.

Результаты контрольных УЗИ:

29.01.21. УЗ признаки объемного образования слева по типу карбункула, острого паранефрита слева.

05.02.21. Паранефрий утолщен слева, жидкостные включения до 5–7 мм. Забрюшинно по ходу дренажа отграниченное скопление жидкости 7*2,0 см. Дыхательная подвижность ограничена.

08.02.21. Паранефрально у верхнего полюса прослойки жидкости до 1,5–2,0 мм, паранефрий утолщен, отечный. У верхнего полюса по ходу дренажной трубки жидкость уменьшилась до 3–4 см.

10.02.21. В верхнем полюсе левой почки инкапсулированная жидкостная структура до 1,0 см. Паранефрально у верхнего полюса скопление жидкости до 2,0*1,0 см с густым содержимым. Дыхательная подвижность ограничена. Кровоток в верхнем полюсе незначительно снижен.

12.02.21. Отграниченное скопление в верхнем полюсе слева уменьшилось до 1,5*0,7 см. В верхнем полюсе инкапсулированная жидкостная структура без динамики (до 1,0 см). Дополнительных очагов нет.

15.02.21. Паранефрально у верхнего полюса левой почки убедительных жидкостных скоплений нет. В верхнем полюсе левой почки инкапсулированная жидкостная структура уменьшается до 0,7 см.

Литература/References

- 1 Rossiyskie klinicheskie rekomendatsii. Urologiya / pod red. Yu.G. Alyaeva, P.V. Glybochko, D.Yu. Pushkarya. Moscow: GEOTARMedia, 2016. 496 s.
- 2 Borisov I.A. Pielonefrit. *Nefrologiya*. 1995;2:109-140.
- 3 Pereverzev A.S., Kogan M.I. Infektsii i vospalenie v urologii. Moscow: ABV-press, 2007. S. 8-14.
- 4 Sinyakova L.A. Gnoynny pielonefrit (sovremennaya diagnostika i lechenie): avtoref. dis. ... dokt. med. nauk.- Moscow, 2002. 34 s.
- 5 Arkhipov E.V., Sigitova O.N., Bogdanova A.R. Sovremennye rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu pielonefrita s pozitsii dokazatel'noy meditsiny. *Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny*. 2015;6:115-120.

Заключение: пациентка находилась на стационарном лечении в урологическом отделении 1 РКБ с 28.01.21 по 16.02.21 с клиническим диагнозом абсцесс почки и околопочечной клетчатки. За время нахождения в стационаре выполнена люмботомия слева и вскрытие абсцесса левой почки. Также пациентка получала консервативное лечение: инфузионная терапия, кеторол, эуфиллин, меропенем, метрогил, цiproфлоксацин. На контрольном УЗИ перед выпиской скопления жидкости в брюшной полости и забрюшинном пространстве нет. Пациентка в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное наблюдение у уролога. Рекомендации при выписке: диета с ограничением соли, фитотерапия – мочегонные травы, повторное УЗИ почек через 1 месяц, ограничение физических нагрузок на 2 месяца, ношение бандажа.

Обсуждение и выводы

Тактика лечения в рассмотренном клиническом случае в настоящее время является наиболее эффективной в ведение пациентов с абсцессом почки и околопочечной клетчатки. Для контроля состояния пациентов после хирургической операции необходимо наблюдение уролога и повторное УЗИ. Прогноз для данного заболевания благоприятный.

Авторская справка

**Стяжкина Светлана
Николаевна**

доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии,
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия
ORCID 0000-0001-5787-8269

**Абрамович Арман
Арамович**

аспирант кафедры факультетской хирургии с курсом урологии,
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия

**Валеева Илюза
Расиловна**

студент 4 курс лечебного факультета, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная
медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федера-
ции, Ижевск, Россия
e-mail: iluza-w@mail.ru
ORCID 0000-0002-9868-2462

**Тимирова Регина
Расиховна**

студент 4 курс лечебного факультета, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная
медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федера-
ции, Ижевск, Россия