

Казахстанско – Российский Медицинский Университет

Абсцесс почки

Подготовила: Кудербаева З.О.

Группа: 402 Б

Факультет: ОМ

Преподаватель: Нисанбаев А.Д.

Абсцесс почки – ограниченное гнойное воспаление, при котором разрушается – расплавляется паренхима, а на поврежденном участке образуется гнойная полость. Полость окружена грануляционным валом, который предупреждает попадание гноя в здоровые ткани.

Недуг считают формой острого гнойного пиелонефрита, по счастью, очень редкой. Также причиной может быть абсцедирование карбункула – гнойно-некротического поражения, или попадания инфекции из других очагов воспаления – при деструктивной пневмонии, например. В конце концов, бактерии могут быть занесены из воспаленных мочевыводящих путей.

Возбудителем абсцесса в любом случае являются гноеродные бактерии – смешанная микрофлора, в которой преобладают стафилококки, стрептококки и кишечная палочка.

Патогенез:

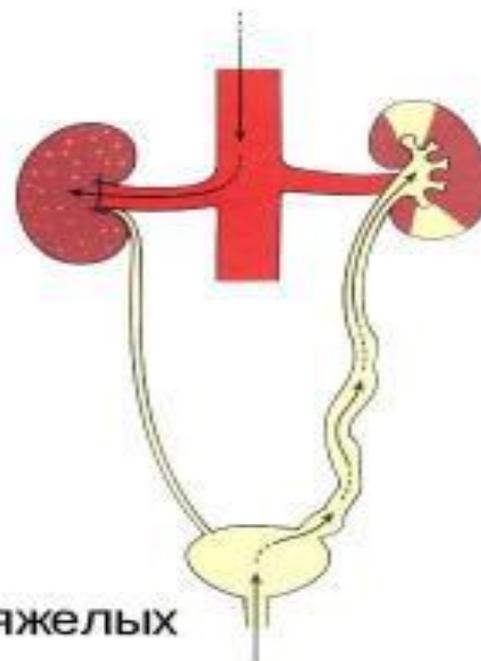
Пути проникновения инфекции

- Гематогенный

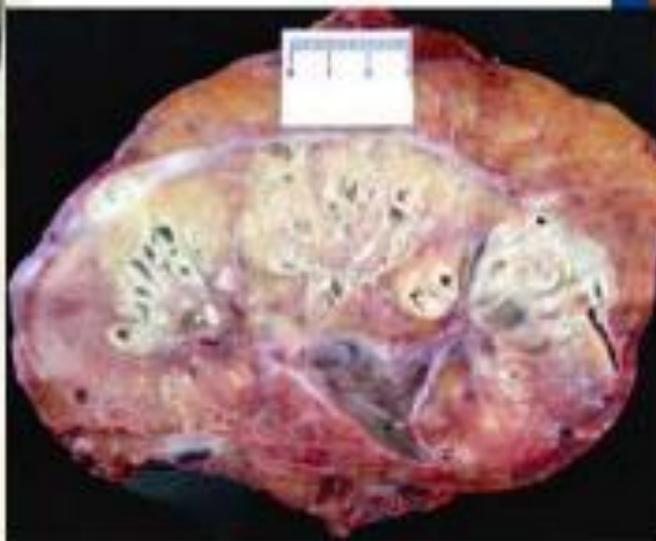
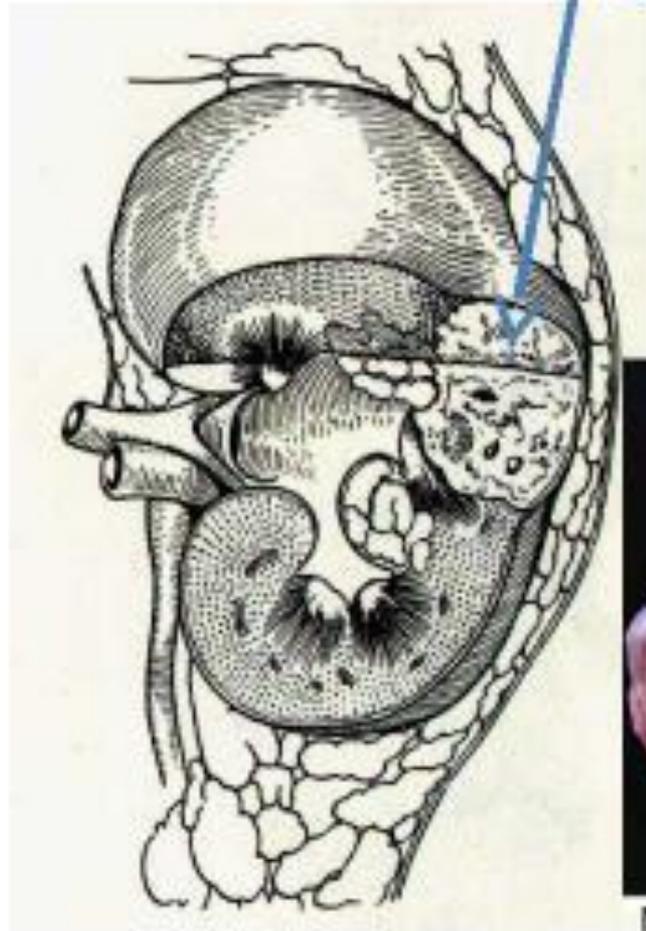
- Восходящий

(уриногенный или внутривенный)

- Лимфогенный (крайне редко при тяжелых кишечных инфекциях или ретроперитонеальном абсцессе)



Абсцесс почки



Множественные мелкие абсцессы

Причины

Гнойная инфекция развивается на «подготовленном» участке органа. Как правило, некроз участка происходит вследствие ишемии, а затем, после попадания инфекции формируется гнойная полость. В этом случае воспалении переходит в абсцесс.

Причинами недуга могут выступать различные первичные заболевания:

Острый гнойный пиелонефрит – серозный или гнойный воспалительный процесс. По сути, вторая форма и является абсцессом. Отдельные гнойнички, возникающие при пиелонефрите, сливаются, образуя большую по объему полость.

Абсцедирование карбункула – то есть, присоединение инфекции к уже существующему гнойному процессу.

Урогенный пиелонефрит – бактерии попадают в почку через почечный сосочек. Мочекаменная болезнь и операции по удалению камней могут провоцировать абсцесс.

Метастатические абсцессы – в этом случае инфекция попадает в почки через кровь из легких или сердца.

Описаны случаи, когда причиной недуга было ножевое ранение органа

Патогенез

Болезнь может развиваться по-разному, причем в некоторых случаях удается обойтись без хирургического вмешательства:

Полость окружена грануляционным валом – такое образование относительно стабильно и легче поддается лечению хирургическим путем.

При накоплении чрезмерного количества гноя в корковой зоне оболочка полости прорывается и происходит заражение околопочечной жировой клетчатки. В этом случае абсцесс приводит к гнойному паранефриту.

Гной из полости может выйти в почечную лоханку – такой вариант приводит к излечению без оперативного вмешательства.

Гнойник может выйти в брюшную полость – в этом случае развивается перитонит.

Абсцесс может принять хроническую форму. Его симптомы идентичны симптомам опухоли в почке.

Абсцесс почки и перитонит как следствие вскрытия гнойника могут стать причиной сепсиса – генерализованного инфекционного заболевания крови. Распространение сепсиса обуславливается множеством причин – от нарушения иммунореактивности до неправильного выбора лекарственной терапии.

Патогенез:

Растройства уродинамики

Сосудисто-тканевые рецепторы

Растройства почечной гемодинамики

Снижение тонуса вен

Спазм артерий

Венная почечная индурация

Перегрузка
лимфооттока

Гипоксия почки

Отек интерстиция

**Увеличение
размеров почки**

Фиброзная капсула



Признаки и симптомы

Недуг диагностируется с большим трудом, так как его симптомы практически идентичны любому септическому заболеванию. На этом фоне признаки, указывающие на повреждение почек, незаметны. По статистике диагноз абсцесс почки устанавливается только у 28–36% пациентов.

Клиническая картина в немалой степени зависит от характера недуга и размещения гнойника в органе.

Если абсцесс не оказывает влияние на мочеточник, то наблюдается лишь признаки интоксикации и общего воспаления:

- ❖ температура быстро поднимается до 38–40 С;
- ❖ сильный сотрясающий озноб;
- ❖ приливы потливости – как правило, каждый из них указывает на появление гнойничка;
- ❖ снижение АД;
- ❖ слабость, отсутствие аппетита, тахикардия – обычные симптомы интоксикации;
- ❖ отток мочи не затруднен, боли не вызывает;
- ❖ возможны болезненные ощущения в пояснице.

Симптомы развиваются очень быстро при остром и подостром течении. При рецидивирующей форме появление гнойничков сопровождается лишь небольшим повышением температуры и ознобом. Однако в этом случае признаки повреждения почки более заметны, особенно у детей.

Появляются симптомы, характерные именно для сепсиса:

- ❖ сильное снижение давления, учащение сердцебиение;
- ❖ рвота, постоянная сильная жажда;
- ❖ адинамия – упадок сил, сопровождающийся прекращением какой-либо мышечной активности;
- ❖ шумное, частое – «загнанное» дыхание;
- ❖ кроме того, присоединяется олигоурия, что лишь усиливает общую интоксикацию.

Достаточно редко, но встречается и двусторонний абсцесс почки.

В этом случае появляются ярко выраженные признаки почечной и печеночной недостаточности:

- ❖ бледность, пастозность кожи, отеки;
- ❖ гематурия – в моче присутствует кровь;
- ❖ олигоурия,
- ❖ заметная желтушность кожных покровов и склеры.

Диагностика

Наиболее информативными в этом случае являются инструментальные методы исследования. Однако и они не являются универсальными, на что указывает высокая доля ошибочных диагнозов – почти 40%.

Обязательно назначаются общие анализы крови и мочи:

- ❖ в крови наблюдается увеличение числа лейкоцитов – стандартная реакция при воспалительных процессах. Возможно повышение СОЭ;
- ❖ в моче находят следы альбумина, небольшое количество эритроцитов – на стадии появления гематурии;
- ❖ может наблюдаться как отсутствие лейкоцитов в моче, так и увеличения их числа – более 30000/мкл;
- ❖ если абсцесс сообщается с чашечками, то в окрашенном осадке обнаруживают огромное количество микроорганизмов.

Инструментальные методы в этом случае более информативны, хотя и не дают стопроцентно точного ответа:

- ❖ Первым, как правило, применяется УЗИ в виду высокой безопасности. При абсцессе обнаруживают неровность контуров, гиперэхогенные очаги – образования с подкожным содержимым. Если такие изменения выявлены, то дополнительно назначается КТ с контрастным веществом.
- ❖ [Компьютерная томография](#) (КТ) позволяет точно локализовать поражения. В почке заметны очаги сниженного накопления контрастного вещества – с коэффициентом ослабления до 30 НУ. Таким образом фиксируют и единичные, множественные гнойники.
- ❖ Обзорная урограмма – рентгенологическое исследование, охватывающее всю мочевую систему. При абсцессе на снимке обнаруживают искривление позвоночника, отсутствие тени поясничной мышцы, отмечается увеличение почки и выбухание со стороны поражения.
- ❖ Экскреторная [урография](#) позволяет зафиксировать сдавливание лоханок и чашечек. Таким образом определяется снижение функциональности почки вплоть до полного прекращения. При абсцессе почка фиксирована и не обладает дыхательной подвижностью. Экскреторную урограмму обязательно назначают, если предполагает операционное вмешательство.
- ❖ Ретроградная пиелограмма, помимо всего вышеперечисленного, указывает на признаки прорыва гноя в лоханку – появляются дополнительные тени.
- ❖ Изотопная сцинтиграмма – абсцесс здесь выглядит как бессосудистое объемное формирование

Диагностика:

УЗИ почек



Дилатация чашечно-лоханочной системы – обструктивный пиелонефрит.



Нет дилатации – необструктивный пиелонефрит.

Определение подвижности почек при дыхании

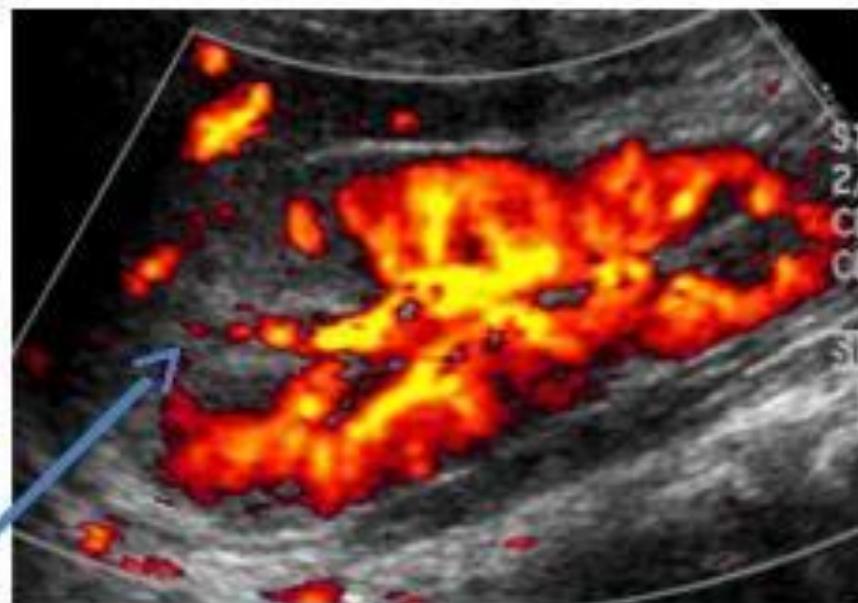
На стороне поражения подвижность почки ограничена

Диагностика:

Ультрасонограмма



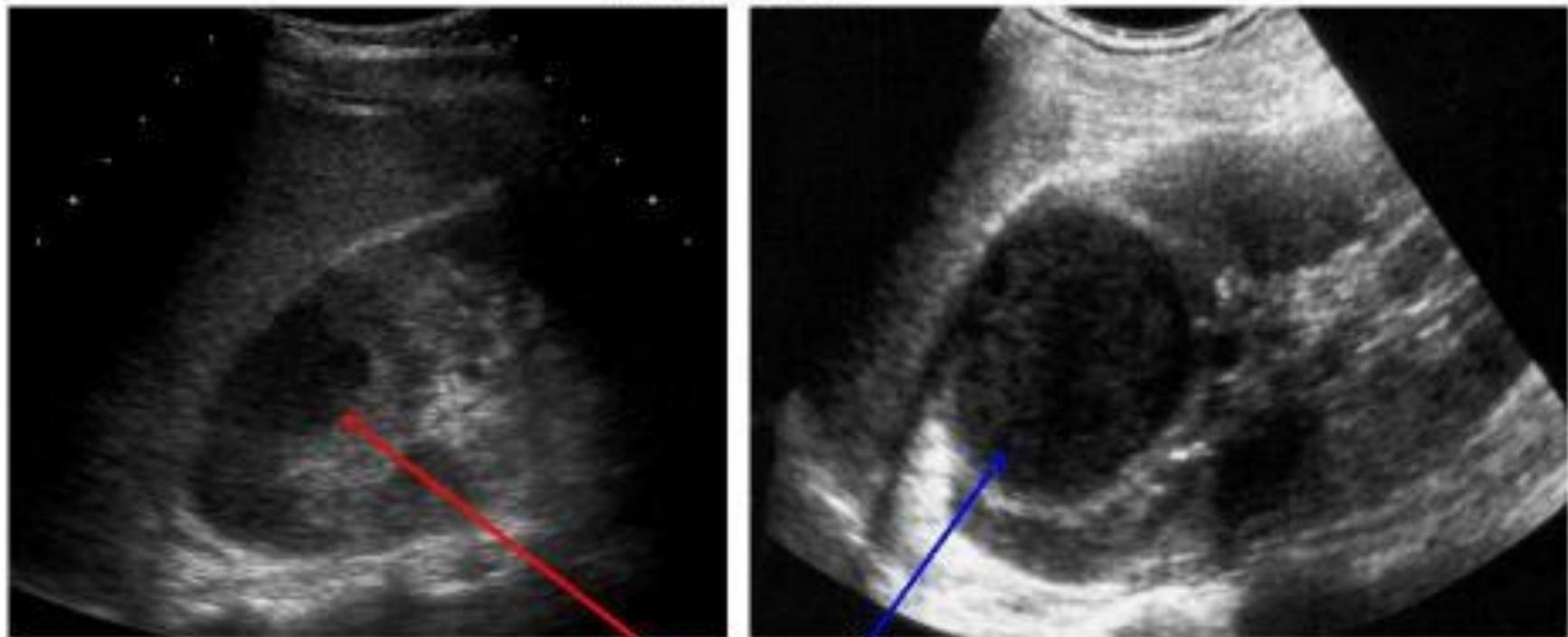
Допплерограмма



Гиповаскулярные зоны при серозном пиелонефрите.

Диагностика:

УЗИ почек



Очаги гнойной деструкции паренхимы

Диагностика:

Экскреторная урография

для определения причины и места окклюзии



Камень левого мочеточника

Снимок на вдохе и выдохе
для оценки подвижности почек

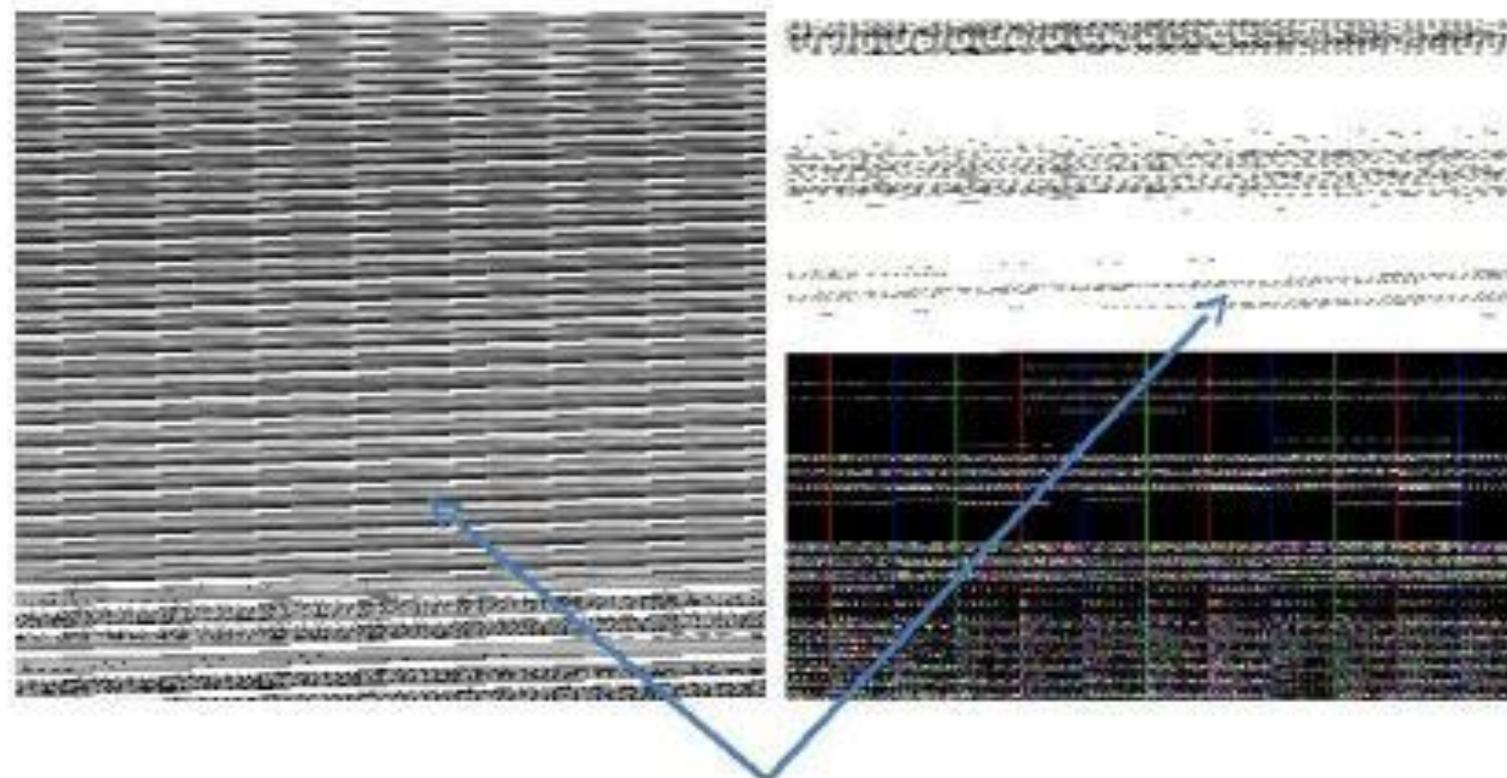


Чашечно-лоханочная система
справа имеет один контур, в
отличие от левой, что
свидетельствует о неподвижности
органа при дыхании.

Диагностика:

Мультиспиральная компьютерная томография

Даёт чёткое представление о состоянии мочевых путей, наличии или отсутствии их окклюзии. Позволяет выявлять камни любого химического состава, размера и локализации.

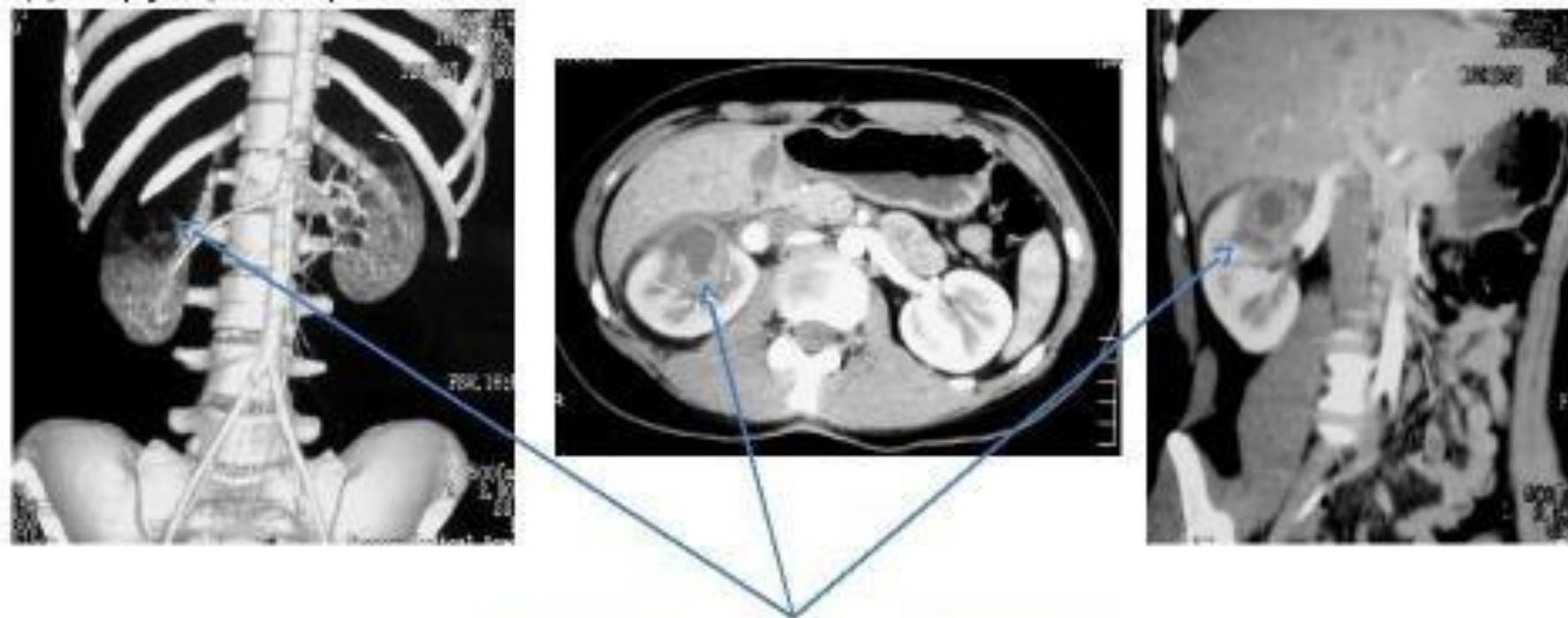


Камни левого мочеточника

Диагностика:

Мультиспиральная компьютерная томография

Даёт чёткое представление об особенностях ангиоархитектоники почек, очагах нарушенного кровообращения и участках гнойной деструкции паренхимы.



Абсцесс правой почки

Лучший метод диагностики при пиелонефрите

Лечение

Абсцесс почки относят к заболеваниям, требующим немедленного оперативного вмешательства. Как показывает статистика, при лечении фармакологическими методами или при помощи фитотерапии в 75% случаев приводит к гибели пациента. Исключениями являются случаи, когда гной из полости опорожняется в лоханку и выводится через мочевую систему.

Хирургическое вмешательство

Уровень вмешательства зависит от тяжести заболевания. Современные технологии в ряде случаев позволяют обойтись без полостной операции.

Чрескожная пункция с дренированием. К пораженным участкам почки подводят дренаж и выводят гной наружу. Гной передается на анализ, чтоб установить состав микрофлоры и ее чувствительность к антибиотикам. По этим данным подбирают препараты и промывают полости. Сам дренаж постоянно промывают физраствором.

Такое решение вполне подходит для множественных гнойников с содержимым в виде негустой жидкости.

Хирургическое вмешательство – показано в большинстве случаев, тем более при множественных гнойниках или более поздней стадии недуга.

Порядок операции следующий:

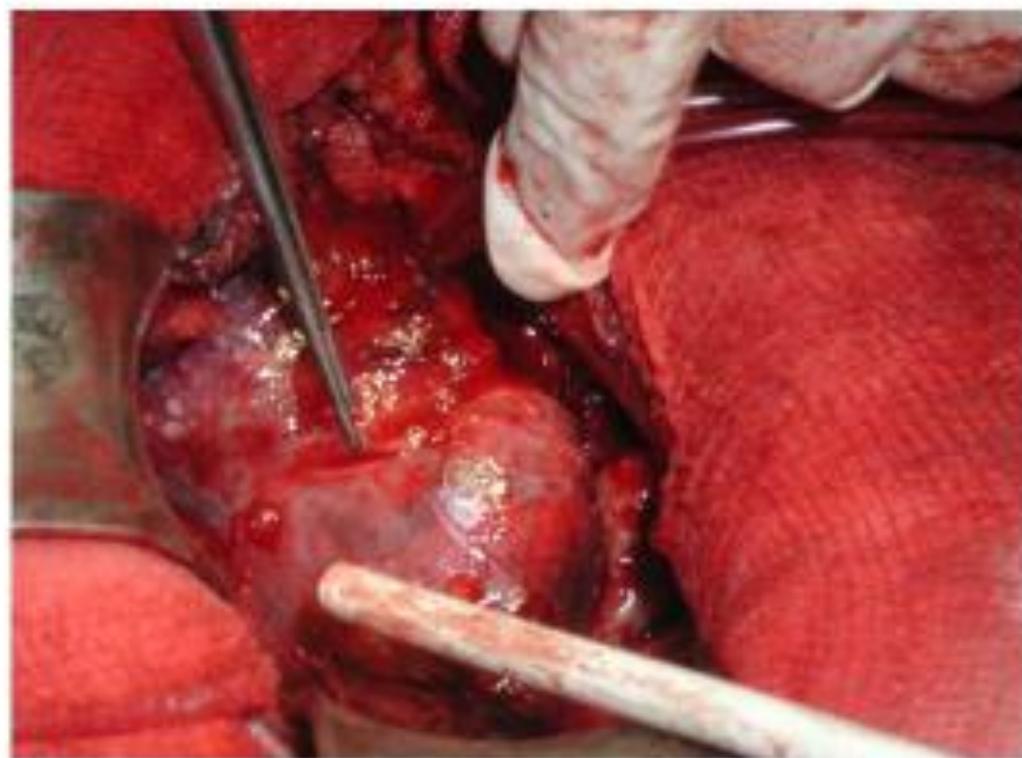
- ❖ вскрывают фиброзную капсулу, в которой размещается почка. Капсула не растягивается, поэтому при воспалении, увеличившаяся из-за отека почка сдавливается в капсуле, что приводит к появлению болезненных симптомов. Капсулу разрезают и удаляют;
- ❖ вскрывается абсцесс – как правило, он располагается под капсулой почки и хорошо заметен. Если гнойник размещается глубже, то с его стороны видно выбухание. Полость вскрывают, очищают от гноя и обеззараживают антисептическими препаратами. Дезинфекции подлежат и около лежащие ткани;
- ❖ устанавливается дренаж в полость и забрюшинное пространство. Дренаж выводит гной из почки и препятствует появлению нового, пока инфекция не будет полностью подавлена;
- ❖ гной из полости передается на исследования с тем, чтобы установить его состав и чувствительность к лекарствам. Таким образом определяют препараты, необходимые для дальнейшего лечения;
- ❖ если абсцесс возник на фоне мочекаменной болезни и состояние пациента позволяет, то при вскрытии гнойника параллельно удаляются и камни из мочевого пузыря и мочеточника. Если состояние больного тяжелое, то удаление камней откладывают на 1,5–2 месяца, пока состояние почки не стабилизируется;
- ❖ для нормального оттока мочи устанавливают нефропиелостому. После завершения лечения мочевой свищ залечивают.

Лечение:

Отсутствие эффекта от проводимой терапии в течение 1 – 1,5 суток или ухудшение состояния больного является показанием к открытому оперативному вмешательству

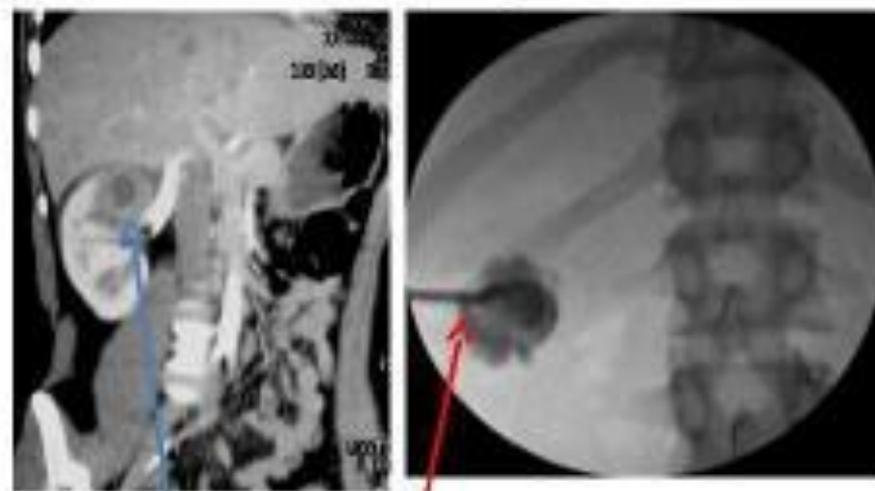


Декапсуляция почки
Вскрытие гнояников
Нефростомия



Лечение:

В случае выявления одиночного абсцесса почки может быть выполнена его пункция под ультразвуковым наведением и дренирование



Абсцесс правой почки. Произведена его пункция и дренирование.



То же наблюдение через 2 недели после удаления дренажа. Практически полная нормализация структуры почки в месте расположения абсцесса.

^ СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Митьков В.В. «Практическое руководство по ультразвуковой диагностике». Общая ультразвуковая диагностика. Москва. 2006 г.

2. Капустин С.В., Оуен Р., Пиманов С.И. «Ультразвуковое исследование в урологии и нефрологии». Москва. 2006 г.

3. Биссет Р., Хан А. «Дифференциальный диагноз при абдоминальном ультразвуковом исследовании». Москва. 2007 г.

4. Блок Б. «УЗИ внутренних органов». Перевод с немецкого под редакцией проф. Зубарева А.В. Москва. 2007 г.