

ПАРАНЕФРАЛЬНИЙ АБСЦЕС БЕЗ ОБСТРУКТИВНОЇ НЕФРОПАТІЇ: ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ, ПАТОГЕНЕЗУ, ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ

*Саричев Л.П., Пустовойт Г.Л., Саричев Я.В., Сухомлин С.А., Супруненко С.М.,
Савченко Р.Б.*

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Вступ. До останнього часу не піддавалась сумніву виправданість хірургічної тактики при паранефральному абсцесі. Однак, з удосконаленням методів візуалізації та впровадженням у клінічну практику малоінвазивних технологій відкриваються нові перспективи у лікуванні зазначених хворих.

Мета дослідження: вивчити особливості етіології, патогенезу, діагностики та лікування паранефрального абсцесу без обструктивної нефропатії.

Матеріали і методи. Суцільну вибірку склали 73 хворих, що знаходились на лікуванні в урологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського в 1999-2018 рр. Вік пацієнтів 21-85 років ($47,9 \pm 4,7$ років). Чоловіків - 39 (54,2%), жінок - 34 (45,8%).

Виходячи з рекомендацій ЄАУ, для стартової терапії застосовувались препарати, чутливість уропатогенів до яких за результатами системного моніторингу мікробного пейзажу урологічного стаціонару наближалась до 90%.

Черезшкірне пункційне дренивання гнійного вогнища виконувалось під загальним знеболюванням, УЗ наведенням, за принципом техніки Селдінгера.

Результати та обговорення. На відміну від загальноприйнятого уявлення, що гнійний процес частіше поширюється на навколониркове жирове тіло із ураженої нирки, у 52 хворих (71,2%) паранефральний абсцес розвився без обструктивної нефропатії, у 21 хворого (28,8%) - на фоні обструктивної нефропатії.

Майже половина хворих без обструктивної нефропатії за 3-4 тижні перенесли інфекційні запальні захворювання різної локалізації, переохолодження, травму. У 3 хворих паранефральний абсцес поєднувався з гострим мультифокальним бактеріальним нефритом та у 3 хворих – з абсцесом нирки. Характерно, що 26 хворих (50,0%) мали в анамнезі цукровий діабет.

Розвиток інфекційного запального процесу у заочеревинному просторі у хворих без обструктивної нефропатії в 98,1% випадків починався з гіпертермії, маскуючись під ГРВІ, пневмонію, тощо. Через 3-4 доби приєднувався больовий синдром, який посилювався при дихальних рухах.

До надходження у клініку переважна більшість хворих отримували антибактеріальну терапію, що наводить на думку, що контингент хворих, у яких інфекційний запальний

процес у паранефрії вдалося зупинити до утворення гнійного вогнища, може бути значно більшим.

В усіх хворих з обструктивною нефропатією причиною захворювання стала сечокам'яна хвороба. Із них лише 3 пацієнти (14,3%) мали в анамнезі цукровий діабет.

Розвиток вторинного гострого гнійного паранефриту завжди починався з больового синдрому. Через декілька днів відмічалось підвищення температури тіла (95,2%).

Септичні ускладнення спостерігали у 80,8% хворих без обструктивної нефропатії і 86,3% хворих з обструктивною нефропатією. При цьому, у пацієнтів із цукровим діабетом рівень септичних ускладнень був достовірно вищим ($p < 0,05$).

В усіх спостереженнях при УЗД гнійне розплавлення навколонирикового жирового тіла виглядало як гіпо- чи анехогенне утворення без чітких контурів. При КТ виявляли негомогенне утворення щільністю 15-35 од. Н. Болюсне контрастування дозволяло з більшою ймовірністю ідентифікувати патологічні зміни в нирках та заочеревинному просторі. Обмеженість дихальної екскурсії нирки (67,1%), аж до повної її відсутності (32,9%), була найбільш постійною ознакою паранефрального абсцесу.

Всім хворим без обструктивної нефропатії проведено перкутанне дренивання паранефрального абсцесу, в 3 випадках одночасно з дрениванням абсцесу нирки. Із гнійного вмісту аеробна мікрофлора виділена у 86,5% хворих (*S. aureus* – 25,0%; *E. coli* – 23,1%; *Kl. pneumoniae* – 21,2%; *St. pyogenes*, *Proteus spp.*, *Ps. aeruginosa* та ін. - 24,7%).

Всім хворим з обструктивною нефропатією проведено перкутанне дренивання паранефрального абсцесу одночасно з виконанням перкутаної нефростомії. Із гнійного вмісту виділена грам-негативна мікрофлора (*Ps. aeruginosa*, *E. coli*, *Enterococcus faecalis*).

Після отримання результатів бактеріологічного аналізу проводили корекцію антибактеріальної терапії.

Висновки:

1. У переважної більшості хворих паранефральний абсцес розвився без обструктивної нефропатії, що свідчить про гематогенний чи лімфогенний шляхи інфікування навколонирикового жирового тіла.

2. Захворювання на цукровий діабет створює умови для розвитку інфекційного запального процесу у паранефрії без обструктивної нефропатії.

3. УЗД та КТ з болюсним контрастуванням дозволяють з високою ймовірністю діагностувати паранефральний абсцес.

4. Перкутанне дренивання гнійного вогнища у паранефрії дозволяє уникнути травматичних хірургічних втручань, часто у вкрай важких септичних хворих.