



Случай из практики

Дальневосточный медицинский журнал. 2022. № 2
Far Eastern Medical Journal. 2022. № 2

Оригинальное исследование
УДК 616.61-089.87
<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2022-2-14>

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. ОЧАГОВАЯ ФОРМА КСАНТОГРАНУЛЕМОТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ОСЛОЖНЕННАЯ СПОНТАННЫМ РАЗРЫВОМ ПОЧКИ

Виктор Петрович Ярошенко¹, Александр Олегович Михайличенко^{2✉}

¹Институт повышения квалификации сотрудников здравоохранения, Хабаровск, Россия, vy2710@gmail.com

^{2✉}Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, Россия, mao4212@mail.ru

Аннотация. Представлено собственное наблюдение пациентки с ксантогранулематозным пиелонефритом, осложненным спонтанным разрывом почки. Ксантогранулематозный пиелонефрит – инфекционное заболевание почек, которое имитирует другие почечные заболевания. Редким осложнением этого заболевания является спонтанный разрыв почки. Трудности диагностики этой формы пиелонефрита связаны с маскировкой очагового ксантогранулематозного пиелонефрита под острый гнойный пиелонефрит (карбункул почки), злокачественные новообразования почки. Пациентке была выполнена нефрэктомия в связи с невозможностью органосохраняющей операции – удаление объемного образования, разрыв паренхимы почки с продолжающимся кровотечением. При гистологическом исследовании удаленной почки установлен окончательный диагноз – ксантогранулематозный пиелонефрит.

Ключевые слова: ксантогранулематозный пиелонефрит, спонтанный разрыв почки, нефрэктомия

Для цитирования: Ярошенко В.П. Клинический случай. Очаговая форма ксантогранулематозного пиелонефрита, осложненная спонтанным разрывом почки / В.П. Ярошенко, А.О. Михайличенко // Дальневосточный медицинский журнал. – 2022. – № 2. – С. 81-84. <http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2022-2-14>.

CLINICAL CASE. FOCAL FORM OF XANTHOGRANULOMATOUS PYELONEPHRITIS, COMPLICATED BY SPONTANEOUS RENAL RUPTURE

Viktor P. Yaroshenko¹, Alexander O. Mikhailichenko^{2✉}

¹Postgraduate Institute for Public Health Workers, Khabarovsk, Russia, vy2710@gmail.com

^{2✉}Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia, mao4212@mail.ru

Abstract. In the article, we present our own observation of the patient with xanthogranulomatous pyelonephritis complicated by a spontaneous rupture of the kidney. Xanthogranulomatous pyelonephritis is an uncommon infectious disease of the kidney known to mimic other renal diseases. A rare manifestation of this disease is spontaneous rupture of the kidney. Difficulties in diagnosing xanthogranulomatous pyelonephritis are explained by the fact that this form can mimic acute pyelonephritis as a bacterial infection that causes inflammation of the kidneys (renal carbuncle) and other malignant kidney diseases. The patient underwent nephrectomy due to the impossibility of organ preserving surgery – removal of the a big mass, rupture of the renal parenchyma with continued bleeding. Histopathology of the removed kidney showed xanthogranulomatous pyelonephritis. The final diagnosis is usually made only after histological examination of biopsy specimens of the removed kidney.



Keywords: xanthogranulomatous pyelonephritis, spontaneous rupture of the kidney, nephrectomy

For citation: Yaroshenko V.P. Clinical case. Focal form of xanthogranulomatous pyelonephritis, complicated by spontaneous renal rupture / V.P. Yaroshenko, A.O. Mikhailichenko // Far Eastern medical journal. – 2022. – № 2. – P. 81-84. <http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2022-2-14>.

Ксантогранулематозный пиелонефрит (КГП) – необычная и редкая форма хронического воспаления в почках. Для него характерно сочетание деструктивного и пролиферативного процессов с разрастанием в почке гранулематозной ткани с большим количеством липидсодержащих макрофагов, которые именуются ксантомными, или «пенистыми», клетками [4, 9]. Данная патология встречается в возрасте 50–60 лет, чаще у женщин. Существуют две формы КГП: очаговая (15 %) и диффузная (85 %) [1, 4].

Развитие очаговой формы КГП происходит без явных предрасполагающих факторов и не зависит от наличия нарушенного пассажа мочи по верхним мочевыводящим путям. Эта форма КГП характеризуется появлением в почке ксантогранулематозной ткани в виде одного или нескольких опухолевидных узлов. Диффузная форма встречается у пациентов с существующей продолжительное время обструкцией верхних мочевыводящих путей, часто с исходом в пионефроз. В почке при этом отмечается диффузное ксантогранулематозное воспаление [2]. Несмотря на то, что КГП впервые был описан более ста лет назад, этиологические факторы и патофизиологические особенности развития данного состояния по сей день до конца неизвестны [2, 4, 5]. КГП может протекать под видом разнообразных урологических заболеваний: карбункул, абсцесс, туберкулёз, нагноившиеся кисты почек, пионефроз, саркоидоз, опухоль почки. Отсутствие патогномоничных симптомов и специфических диагностических тестов позволило Flinn в 1979 г. назвать ксантогранулематозный пиелонефрит «великим имитатором урологических заболеваний» [8, 10].

Редким осложнением ксантогранулематозного пиелонефрита является спонтанный разрыв почки [7]. Спонтанный разрыв почки (СРП), или нетравматический разрыв почки, является достаточно редким, но в то же время опасным, угрожающим жизни больного, состоянием в урологии [3, 11]. Описаны единичные случаи ксантогранулематозного пиелонефрита со спонтанным разрывом почки [3, 6, 9].

Клинический случай

Пациентка М. 39 лет обратилась 30.08.2021 г. в госпиталь МСЧ МВД России по Хабаровскому краю с жалобами на боль постоянного характера в правой поясничной области, правом подреберье, озноб, слабость, повышение температуры тела до 39,6 °С. Больной себя считает в течение суток, когда появилось ощущение тяжести в правом подреберье, перешедшее в боль, распространившуюся на правую поясничную область. Повысилась температура тела до 37,8 °С, с последующим подъемом до 39,6 °С. Самостоятельно обратилась в приемное отделение госпиталя. Из анамнеза жизни известно, что

пациентка страдает сахарным диабетом 2 типа, гипертонической болезнью, хроническим панкреатитом. Травмы отрицает.

Объективно: кожные покровы чистые, умеренно бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура тела – 39,0 °С. Пульс – 100 ударов в 1 мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, при пальпации болезненный в правом подреберье, незначительно напряжен. Поясничные мышцы не напряжены. Симптом «поколачивания» поясничной области резко положительный справа. Мочеиспускание свободное, безболезненное, до 5–7 раз в сутки. Моча светло-желтая, прозрачная. Стул сохранен, кал оформленный. Общий анализ крови: лейкоциты – $11,7 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $3,42 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 97 г/л, СОЭ – 67 мм/час. Биохимический анализ крови: креатинин – 121 мкмоль/л, мочевины – 4,25 ммоль/л, глюкоза – 5,7 ммоль/л. Общий анализ мочи: лейкоциты 1–2 в поле зрения, эритроциты 3–5 в поле зрения, бактерии +. УЗИ почек 01.09.2021 г. – почки в типичном месте, экскурсия при дыхании сохранена. Контуры правой почки не ровные, размер правой почки 13,9×8 см. Толщина паренхимы – 2,7–2,8 см, неоднородная, инфильтрирована. Ретенции не выявлено. Лоцируются 2 гипозоногенных, неоднородных образования, размерами 3,1×2,5 см и 3,3×2,5 см, без кровотока. Левая почка без особенностей (рис. 1).



Рис. 1. УЗИ правой почки. Визуализируются два гипозоногенных неоднородных образования размерами 31×25 мм и 33×25 мм, без кровотока

Обзорная и экскреторная урограмма от 01.09.2021 г. – локализация почек обычная. Почки правильной формы. Справа в проекции верхней группы чашечек определяется тень размером около 4 мм подозрительная на конкремент. Выделение контраста

своевременное, симметрично с обеих сторон. ЧЛС не расширены.

Выставлен предварительный диагноз: Острый пиелонефрит справа.

Сопутствующий диагноз: Сахарный диабет 2-го типа. Гипертоническая болезнь 2 ст. Артериальная гипертензия 2 ст., риск 4. Хронический панкреатит вне обострения.

Проводилась инфузионная, антибактериальная и симптоматическая терапия. Отмечалась положительная динамика в виде снижения температуры тела до субфебрильных цифр, прекратился озноб, уменьшалась интенсивность боли. Через сутки вновь отмечено повышение температура тела до 38,9 °С, усилился болевой синдром в поясничной области справа.

УЗИ почек в динамике от 02.09.2021 г. – экскурсия правой почки уменьшена, контуры почки не ровные, волнистые. Размер правой почки – 14,7×7,7 см. Толщина паренхимы – 2,8–3,3 см, неоднородная. ЧЛС не расширена. Дополнительные образования: в паранефральной клетчатке справа отмечается скопление жидкости. В паренхиме правой почки лоцируется гипозоногенный очаг без четких границ, размерами 5,1×3,5 см без кровотока. Паренхима почки инфильтрирована, предположительно, за счет гнойного процесса. Левая почка без особенностей (рис. 2).



Рис. 2. УЗИ правой почки. В паренхиме определяется гипозоногенный очаг без четких границ, размерами 5,1×3,5 см без кровотока

С диагнозом острый гнойный пиелонефрит справа, карбункул правой почки пациентке выставлены показания для экстренного оперативного вмешательства в объеме люмботомии справа, ревизия правой почки. 02.09.2021 г. пациентка взята в операционную, при выполнении люмботомического доступа возникли непреодолимые технические сложности с подачей электроэнергии. Пациентка на реанимобиле доставлена в операционную ККБ № 1. Интраоперационно: выделена правая почка, последняя резко увеличена в размерах, напряжена. Под капсулой визуализируется обширная, напряженная гематома, распространяющаяся от верхнего полюса по передней поверхности, до нижнего полюса. При ревизии, капсула почки разорвалась, эвакуирована гематома объемом до 300 мл.

Отмечается кровотечение из паренхимы почки. При ревизии почки, в верхнем полюсе пальпируется опухолевидное образование. С учетом продолжающегося кровотечения, наличия опухолевидного образования, разрыва почки на месте гематомы коллегиально принято решение о выполнении нефрэктомии.

Макроскопически (рис. 3): почечная паренхима утолщена, отечная. В верхнем полюсе правой почки определяется опухолевидное образование до 4 см. На разрезе почки слизистая оболочка чашечек и лоханки тусклая, серо-желтого цвета.



Рис. 3. Удаленная правая почка (макропрепарат). Опухолевидное образование в верхнем полюсе почки. Измененная слизистая оболочка чашечек и лоханки правой почки

Гистология № 4 632: микроскопическая картина ксантогранулематозного пиелонефрита, распространяющегося на паранефральную клетчатку. Формирование воспалительной псевдоопухоли и подкапсульной гематомы правой почки.

Вышеописанный клинический случай отчетливо демонстрирует все сложности диагностики КГП, обусловленные отсутствием специфической клинико-инструментальной картины, достоверно указывающей на развитие КГП. Несомненно, СКТ и МРТ способствовали бы диагностике данного заболевания. Но только при гистологическом исследовании операционного материала можно достоверно установить окончательный диагноз ксантогранулематозного пиелонефрита. В редких случаях КГП может осложняться спонтанным разрывом почки, что значительно утяжеляет течение данного заболевания и приводит к экстренному оперативному вмешательству. Как и было отражено в нашем клиническом случае.



Список источников

1. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Локшин К.Л., Григорьев Н.А., Султанова Е.А. Острый и ксантогранулематозный пиелонефрит. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 2002. – 24 с.
2. Аляев Ю.Г., Григорьев Н.А. Ксантогранулематозный пиелонефрит: современный взгляд на проблему // Врач. – 2009. – № 4. – С. 8-12.
3. Аляев Ю.Г. Спонтанный разрыв почки / Ю.Г. Аляев, Г.Н. Акопян. – М.: Изд-во МГОУ, 2010. – 156 с.
4. Неймарк А.И., Павловская З.А. Наш опыт диагностики и лечения больных ксантогранулематозным пиелонефритом // Казанский медицинский журнал. – 2008. – Т. 89, № 4. – С. 472-475.
5. Сощенко А.Е. Случай наблюдения больной с ксантогранулематозным пиелонефритом на нефрологическом приеме в поликлинике ЧОКБ // Вестник Челябинской областной клинической больницы. – 2014. – Т. 24, № 1. – С. 66-69.
6. Altinoluk B., Sayar H., Özkaya M., Sahinkanat T., Malkoc O. Xanthogranulomatous pyelonephritis presented with spontaneous kidney rupture in a young woman // Eur J Gen Med. – 2012. – Vol. 9, № 2. – P. 138-141.
7. Ballentine W.K., Vilson F., Dyer R.B., Mirzazadeh M. Nephron-sparing management of Xanthogranulomatous pyelonephritis presenting as spontaneous renal hemorrhage: a case report and literature review // BMC Urol. – 2018. – Vol. 18, № 57. – P. 1-5.
8. Ostalska-Nowicka D., Mackowiak-Lewandowicz K., Konwerska A., Zachwieja J. Early Progression of Xanthogranulomatous Pyelonephritis in Children Might Be Dependent on Vimentin Expression // Am J Case Rep. – 2017. – Vol. 18, № 10 – P. 1066-1072.
9. Sharma A., Rehan F., Sanjay R.P., Ratkal C.S., Kamath A.J., Venkatesh G.K. An unusual presentation of chronic granulomatous pyelonephritis presenting as an acute spontaneous retroperitoneal hemorrhage // J Case Rep. – 2013. – Vol. 3, № 1. – P. 114-116.
10. Stoica I., O'Kelly F., McDermott M.B., Quinn F.M.J. Xanthogranulomatous pyelonephritis in a paediatric cohort (1963–2016): Outcomes from a large single-center series // J Pediatric Urol. – 2018. – Vol. 14, № 2. – P. 169.e1-169.e7.
11. Zhang J.Q., Fielding J.R., Zou K.H. Etiology of spontaneous perirenal hemorrhage: a meta-analysis // Journal of Urol. – 2002. – Vol. 167, № 4. – P. 1593-1596.

References

1. Alyaev Yu.G., Grigoryan V.A., Lokshin K.L., Grigoryev N.A., Sultanova E.A. Acute and xanthogranulomatous pyelonephritis. – M.: GEOTAR-Medicine, 2002. – 24 p.
2. Alyaev Yu.G., Grigoryev N.A. Xanthogranulomatous pyelonephritis: a modern view of the problem // The Physician. – 2009. – № 4. – P. 8-12.
3. Alyaev Yu.G. Spontaneous rupture of the kidney / Yu.G. Alyaev, G.N. Akopyan. – M.: PH of the MSRU, 2010. – 156 p.
4. Neimark A.I., Pavlovskaya Z.A. Our experience in the diagnosis and treatment of patients with xanthogranulomatous pyelonephritis // Kazan medical Journal. – 2008. – Vol. 89, № 4. – P. 472-475.
5. Soshchenko A.E. A case of observation of a patient with xanthogranulomatous pyelonephritis at a nephrological appointment in the polyclinic of the ChRCH // Bulletin of the Chelyabinsk Regional Clinical Hospital. – 2014. – Vol. 24, № 1. – P. 66-69.
6. Altinoluk B., Sayar H., Özkaya M., Sahinkanat T., Malkoc O. Xanthogranulomatous pyelonephritis presented with spontaneous kidney rupture in a young woman // Eur J Gen Med. – 2012. – Vol. 9, № 2. – P. 138-141.
7. Ballentine W.K., Vilson F., Dyer R.B., Mirzazadeh M. Nephron-sparing management of Xanthogranulomatous pyelonephritis presenting as spontaneous renal hemorrhage: a case report and literature review // BMC Urol. – 2018. – Vol. 18, № 57. – P. 1-5.
8. Ostalska-Nowicka D., Mackowiak-Lewandowicz K., Konwerska A., Zachwieja J. Early Progression of Xanthogranulomatous Pyelonephritis in Children Might Be Dependent on Vimentin Expression // Am J Case Rep. – 2017. – Vol. 18, № 10. – P. 1066-1072.
9. Sharma A., Rehan F., Sanjay R.P., Ratkal C.S., Kamath A.J., Venkatesh G.K. An unusual presentation of chronic granulomatous pyelonephritis presenting as an acute spontaneous retroperitoneal hemorrhage // J Case Rep. – 2013. – Vol. 3, № 1. – P. 114-116.
10. Stoica I., O'Kelly F., McDermott M.B., Quinn F.M.J. Xanthogranulomatous pyelonephritis in a paediatric cohort (1963–2016): Outcomes from a large single-center series // J Pediatric Urol. – 2018. – Vol. 14, № 2. – P. 169.e1-169.e7.
11. Zhang J.Q., Fielding J.R., Zou K.H. Etiology of spontaneous perirenal hemorrhage: a meta-analysis // Journal of Urol. – 2002. – Vol. 167, № 4. – P. 1593-1596.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.

The authors declare no conflicts of interests.

Статья принята к публикации 21.03.2022.

The article was accepted for publication 21.03.2022.