


# **Ксантогранулематозный пиелонефрит. Клинический случай.**

**Н.А. Нечипоренко, Д.М. Василевич  
УЗ «Гродненская университетская клиника», УО «ГрГМУ»  
г. Гродно**



**Ксантогранулематозный пиелонефрит** – редко встречающаяся форма гнойного пиелонефрита, развивающаяся на фоне хронического калькулезного пиелонефрита.

**Предрасполагающие факторы развития:**

- нарушение оттока мочи из верхних мочевыводящих путей,
- нарушение крово- и лимфообращения в почке,
- многократные курсы антибактериальной терапии.

## Гистологическая картина КГП

Сочетание гнойно-деструктивного и пролиферативного процессов в паренхиме почки с разрастанием гранулематозной ткани, которая содержит большое количество липидсодержащих макрофагов, именуемых ксантомными или "пенистыми" клетками, полиморфноядерные лейкоциты, лимфоциты и плазматические клетки

## Эпидемиология КГП

Наиболее часто КГП встречается у женщин в возрасте 50-70 лет, в анамнезе которых есть указания на рецидивирующую инфекцию в мочевой системе на фоне длительной обструкции верхних мочевыводящих путей.

# Клинические формы ксантогранулематозного пиелонефрита

## 1. Очаговая форма КГП

- встречается в 15% наблюдений
- развивается без видимых предрасполагающих факторов и не зависимо от состояния пассажа мочи по верхним мочевыводящим путям
- ксантогранулематозная ткань формируется в почке в виде одного или нескольких опухолевидных узлов
- часто протекает под "маской" острого пиелонефрита, почечно-клеточного рака, карбункула почки, лейомисаркомы или туберкулеза
- УЗИ, КТ и МРТ позволяют выявить в паренхиме почки объемное образование тканевой плотности

## 2. Диффузная форма КГП

- встречается в 15% наблюдений
- развивается на фоне длительно существующих заболеваний почки с обструкцией мочевыводящих путей (мочекаменная болезнь), часто с исходом в пионефроз
- в почке отмечается диффузное ксантогранулематозное воспаление
- клинические проявления аналогичны симптомам хронического калькулезного пиелонефрита с эпизодами обострения (боли в поясничной области, лихорадка, недомогание, потеря аппетита и похудание)
- УЗИ, КТ и МРТ позволяют выявить признаки МКБ и пионефроза

## Диагностика КГП

- общий анализ крови- лейкоцитоз или анемия
  - посев мочи на фору- *E. coli* и *Proteus mirabilis*
  - УЗИ, РКТ, МРТ- характерной симптоматики КГП нет.
- При очаговой форме КГП выявляются признаки опухоли почки, при диффузной – признаки, характерные для пионефроза

Окончательно диагноз КГП устанавливается только после гистологического исследования операционного материала!

## Клиническое наблюдение.

Пациентка Л., 64 лет, поступила в клинику урологии ГрГМУ с жалобами на боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, примесь крови в моче.

Больной себя считает в течении недели, когда появились сильные боли в поясничной области слева и повысилась температура тела до 38°C. Поступила в ЦРБ где была диагностирована мочекаменная болезнь (рентгеннегативный камень левого мочеточника), почечная колика, острый пиелонефрит слева. Пациентке был установлен мочеточниковый стент слева. Со стентом пациентка переведена в урологическое отделение Гродненской университетской клиники.

Страдает сахарным диабетом II типа и артериальной гипертензией.



## Объективно:

кожа и видимые слизистые обычной окраски, лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца глухие, пульс 78 в 1 мин. АД 150/80 мм рт. ст., температура тела 37,5°C. Язык влажный чистый. Живот мягкий, безболезненный. Почки и мочевого пузырь не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащено, периодически примесь крови в моче.

## Лабораторно:

Общий анализ крови: лейкоциты –  $6,8 \times 10^9$ /л, эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}$  /л, гемоглобин – 118 г/л, СОЭ – 60 мм/час.

Биохимический анализ крови: Общий белок – 75 г/л, мочевины 5,8 ммоль/л, креатинин – 75 мкмоль/л, глюкоза – 11,5 моль/л, натрий – 143 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, хлориды – 105 ммоль/л.

Общий анализ мочи: плотность – 1005, белок – 0,03 г/л, эритроциты – 5-7 п/з, лейкоциты – 8-10 п/з.

## УЗИ почек:

правая почка – контуры ровные, размеры -104x54 мм, толщина паренхимы 9-10 мм, ЧЛС не расширена, парапелльвикальные кисты до 17 мм в диаметре.

Левая почка – контуры не ровные, размеры почки 114x52 мм, толщина паренхимы 13 мм. ЧЛС и верхняя треть левого мочеточника расширены, в нижней чашечке конкремент 8 мм в диаметре.

Мочевой пузырь - стенка 6 мм. В устье левого мочеточника конкремент 7,2 мм.

## Обзорная и экскреторная урография:

На обзорной урограмме контрастных теней в проекции почек и мочевыводящих путей нет. Экскреторная урография: через 15 мин, 1 и 2 часа после введения контрастного вещества определяются 2 функционирующие почки. Справа деформация чашечно-лоханочной системы, мочеточник прослеживается в верхней трети – не расширен. Слева выраженное расширение чашечно-лоханочной системы, лоханка деформирована за счет дефекта по латеральному контуру.

## **КТ брюшной полости и таза.**

Правая почка 108х63 мм. обычной формы, контуры четкие ровные, паренхима от 10 до 20 мм. В воротах почки аваскулярное образование 30х57 мм – парапельвикальная киста. ЧЛС правой почки не расширена. Конкрементов нет. Паранефральная клетчатка без особенностей. Левая почка 133х60 мм, обычной формы. Паренхима от 17 до 25 мм. В воротах почки кистоподобное образование размером 44х51 мм с плотными тканевыми включениями, накапливающими контрастный препарат при контрастном усилении. Лоханка 13 мм деформирована вышеописанным образованием. Верхняя и нижняя группы чашечек расширены до 27 и 20 мм соответственно. При нативном исследовании в чашечках левой почки определяются микролиты. Мочеточник в верхней трети 6 мм в диаметре, стенки утолщены. Паранефральная клетчатка слева тяжистая, уплотнена.

## Заключение КТ:


Парапельвикальная киста правой почки (Bosniak 2).  
Изменения в левой почке необходимо  
дифференцировать с воспалительным  
заболеванием либо с кистой Bosniak 3 (опухоль?).  
Гидронефроз слева.

## **МРТ почек.**

Почки равновеликие, паренхима сохранена по толщине. Визуализируются парапельвикальные кисты с обеих сторон. В средней части ворот левой почки визуализируется структура неправильной овальной формы с нечеткими контурами, с гипоинтенсивной стенкой, неоднородным содержимым, демонстрирующим ограничение диффузии, размером до 27x24x18 мм

### **Заключение по МРТ:**

МР-признаки ограниченного жидкостного образования в воротах левой почки с содержимым воспалительного характера.



**На основании проведенного обследования  
выставлен клинический диагноз:**

Парапельвикальные кисты обеих почек. Опухоль  
ворот левой почки? Мочекаменная болезнь (камни  
левой почки). Хронический калькулезный  
пиелонефрит.

Артериальная гипертензия II, риск 4.

Сахарный диабет II типа.



## Операция.

Люмботомия слева в 11 межреберье. Левая почка размерами 13х6 см. Стекловидный отек жировой клетчатки в области нижнего полюса почки.

Склерозирующий педункулит. В синусе почки определяется опухолевидное образование 3х4 см, интимно спаянное с сосудами почечной ножки.

Выделить образование не представляется возможным. Принято решение удалить почку. Почка удалена.

## Макропрепарат:

почка 11,5x5 см. Поверхность гладкая. В области лоханки почки узел 2,5x2 см серо-желтого цвета с гнойной полостью (1x1 см) в центре. Паренхима почки истончена до 1,2 см. Границы коркового и мозгового слоев четкие.


## Микроскопическое исследование:

Наряду с участками почки, сохранившими структуру, в области узла выявлена морфологическая картина очагового активного хронического пиелонефрита, с нефросклерозом, в прилегающей жировой клетчатке – хронический паранефрит. В участках гнойного воспаления, определялись некроз и множественные гранулематозные скопления ксантомных клеток, характерных для "ксантоматозного пиелонефрита".

## **Заключение.**

Наблюдение демонстрирует признаки, характерные для хронического, длительно протекавшего калькулезного обструктивного пиелонефрита с исходом в КГП. У пациента развилась очаговая форма КГП.

Анализ этих наблюдений позволяет констатировать следующее. КГП у развился на фоне сахарного диабета и мочекаменной болезни, осложненной бактериальным пиелонефритом. Дооперационная диагностика оказалась невозможной, поскольку клинические проявления и специфические диагностические признаки КГП отсутствуют.



КТ и МРТ позволили визуализировать в объемный процесс в почке, с учетом клинической картины, результаты КТ и МРТ расценены как опухоль, исходящая из паренхимы. И только гистологическое исследование операционного материала позволило установить окончательный диагноз ксантогранулематозного пиелонефрита. С учетом сказанного в сомнительных случаях в ходе операции следует выполнять **экспресс биопсию** ткани из патологического очага.



**Спасибо за внимание!**