Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования "Красноярский государственный медицинский

университет имени профессора В.Ф. Войно- Ясенецкого" Министерства

здравоохранения Российской Федерации

****

Кафедра урологии, андрологии, сексологии ИПО

РЕФЕРАТ

Паранефрит.

Выполнила:

Клинический ординатор

Аузина С.И.

Красноярск 2021

**Содержание**

1. Определение
2. Эпидемиология
3. Этиология и патогенез
4. Классификация
5. Клиника
6. Диагностика
7. Дифференциальная диагностика
8. Лечение
9. Осложнения
10. Профилактика

Список используемой литературы

1. **Определение**

Паранефрит – гнойно-деструктивное расплавление околопочечной клетчатки, которое развивается вследствие распространения воспалительного процесса с почечной паренхимы.

1. **Эпидемиология**

Инфекционное поражение паранефральной клетчатки представляет большой интерес для изучения из всех почечных болезней, из-за крайней трудности в диагностике в результате скудной клинической картины, неспецифических симптомов и отсутствия мочевого синдрома.

Паранефрит встречается относительно редко. Наиболее частым фактором риска развития паранефрита являются: МКБ с обструкцией мочевых путей и гнойные формы пиелонефрита. У лиц, страдающих паранефритом, мочевые камни обнаруживаются в 20-60 % случаев. К другим факторам риска относят врожденные и приобретенные аномалии мочевой системы, перенесенные операции и травмы мочевых путей, а также сахарный диабет.

1. **Этиология и патогенез**

Паранефрит вызывается стафилококком, кишечной палочкой, протеем, синегнойной палочкой, клебсиеллой и другими видами микроорганизмов.

Различают первичный и вторичный паранефрит. Первичный возникает в результате инфицирования паранефральной клетчатки гематогенным путем из отдаленных очагов гнойного воспаления в организме (панариций, фурункул, остеомиелит, пульпит, ангина и др.). Его развитию способствуют травма поясничной области, переохлаждение и другие экзогенные факторы. Вторичный паранефрит встречается в 80 % случаев. Он развивается как осложнение гнойно-воспалительного процесса в почке: в одних случаях при непосредственном распространении гноя из очага воспаления (карбункул почки, абсцесс, пионефроз) на паранефральную клетчатку, в других (при пиелонефрите) - по лимфатическим путям и гематогенно.

Распространению инфекции из почки гематогенным и лимфогенным путями в околопочечную клетчатку способствуют множественные венозные и лимфатические анастомозы с венозной и лимфатической системой капсулы почки и околопочечной клетчатки.

1. **Классификация**

По своему происхождению паранефрит может быть первичным, когда воспаление начинается непосредственно в клетчатке, или вторичным, когда гнойный процесс переходит с почки.

Чаще всего наблюдается задний паранефрит вследствие большего развития жировой клетчатки по задней поверхности почки. Поражение может быть односторонним или двусторонним. Воспалительный процесс развивается быстро, поскольку околопочечная клетчатка является благоприятной средой для развития инфекции. По характеру воспалительного процесса различают острый и хронический паранефрит.

Паранефрит может быть инфильтративным, гнойным и склерозирующим (А.В. Айвазян, А.М. Войно-Ясенецкий, 1985). Эти формы паранефрита представляют собой развитие воспалительного процесса в паранефральной клетчатке по следующей схеме: инфильтративно-отечные изменения —> нагноение —> рубцовый склероз.

1. **Клиника**

Острый паранефрит проходит вначале стадию экссудативного воспаления, которое может подвергнуться обратному развитию или перейти в гнойную форму. Если гнойный процесс в паранефральной клетчатке имеет тенденцию к распространению, обычно расплавляются межфасциальные перегородки и гной устремляется в места поясничной области, имеющие наименьшее сопротивление. При дальнейшем развитии процесса он выходит за пределы паранефральной клетчатки, образуя флегмону забрюшинного пространства. Последняя может прорваться в кишку, брюшную или плевральную полости, в мочевой пузырь или под кожу паховой области, распространяясь по поясничной мышце, а через запирательное отверстие - на внутреннюю поверхность бедра. В последние годы в связи с широким применением антибиотиков паранефрит, особенно его распространенные гнойные формы, встречается гораздо реже.

Хронический паранефрит чаще всего возникает как осложнение хронического калькулезного пиелонефрита либо как исход острого паранефрита. Он нередко является следствием оперативных вмешательств на почке (в результате попадания мочи в паранефральную клетчатку), травматических повреждений почки с развитием урогематомы. Хронический паранефрит протекает по типу продуктивного воспаления с замещением паранефральной клетчатки соединительной тканью («панцирный» паранефрит) или фиброзно-липоматозной тканью. Почка оказывается замурованной в инфильтрате деревянистой плотности и значительной толщины, что сильно затрудняет оперативное вмешательство.

Симптоматика и клиническое течение. Острый паранефрит в начальной стадии заболевания не имеет характерных симптомов и начинается с повышения температуры тела до 39-40 °С, озноба, недомогания. Лишь через трое-четверо суток и более появляются локальные признаки в виде болей в поясничной области различной интенсивности, болезненности при пальпации в костовертебральном углу с соответствующей стороны. Несколько позже обнаруживают искривление поясничного отдела позвоночника за счет защитного сокращения m. psoas, характерное положение больного с приведенным к животу бедром и резкую болезненность при его разгибании за счет вовлечения в процесс поясничной мышцы. Обращают внимание на пастозность кожи, местную гиперемию, более высокий лейкоцитоз крови, взятой из поясничной области на стороне заболевания. У многих больных появляются боли в подреберье на стороне поражения во время глубокого вдоха, отмечается усиление болей в области почки во время ходьбы и резкого выпрямления туловища. Отмечается пастозность кожи и выбухание в поясничной области. Клинические проявления острого гнойного паранефрита зависят и от локализации гнойника. Так, при верхнем паранефрите могут появиться признаки поддиафрагмального абсцесса, острого холецистита, пневмонии или плеврита. Отмечается усиление болей при вдохе на соответствующей стороне. Нижний паранефрит справа может сопровождаться симптомами острого аппендицита и его осложнений (аппендикулярный инфильтрат, ретроцекальный абсцесс). При переднем паранефрите на первый план выступают симптомы раздражения брюшины: вздутие живота, болезненность при пальпации в соответствующем подреберье.

1. **Диагностика**

Анализ крови обнаруживает нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Иногда при стертых формах паранефрита диагностическую ценность имеет подсчет лейкоцитов в крови, взятой из трех точек (из пальца, поясничной области справа и слева).

Моча при первичном паранефрите не изменена; при вторичном в ней обнаруживаются изменения, характерные для вызвавшего его почечного заболевания (как правило, пиурия).

Существенную помощь в распознавании острого паранефрита оказывают рентгенологические методы исследования. При рентгеноскопии грудной клетки при верхних паранефритах выявляется понижение подвижности соответствующего купола диафрагмы, а нередко и выпот в плевральной полости. На обзорной рентгенограмме мочевыводящих путей определяется сколиоз позвоночника в здоровую сторону. Контуры m. psoas с пораженной стороны сглажены или отсутствуют, тогда как со здоровой стороны они хорошо заметны. Экскреторная урография, произведенная на вдохе и выдохе, позволяет выявить отсутствие или резкое ограничение подвижности пораженной почки. При вторичном остром гнойном паранефрите можно обнаружить конкременты в почке или мочеточнике, нарушение функции почки, признаки нарушения оттока мочи

Ультразвуковое сканирование при остром гнойном паранефрите отчетливо визуализирует очаг гнойного расплавления жировой клетчатки, а при хроническом - ее неоднородную эхоструктуру.

Более точные сведения могут быть получены при использовании МРТ или мультиспиральной КТ.

Получение гноя при пункции паранефральной клетчатки служит убедительным подтверждением гнойного паранефрита, однако отрицательный результат исследования не исключает его.

Хронический паранефрит диагностируется с помощью тех же методов, что и острая форма, но обнаружить его значительно сложнее. Поэтому длительное время заболевание может оставаться нераспознанным.

Диагностика первичного острого паранефрита в инфильтративной фазе представляет большие трудности до момента формирования гнойника. Диагноз обычно основывается на следующих признаках. Клинические проявления заболевания: боли в поясничной области, высокая температура тела. При физикальном исследовании отмечаются болезненность в соответствующем подреберье и положительный симптом Пастернацкого; при лабораторном исследовании крови признаки острого воспаления; при рентгеновских исследованиях: рентгеноскопия грудной клетки - ограничение подвижности диафрагмы на пораженной стороне; при экскреторной урографии и УЗИ почек - ограничение подвижности почки с сохранением ее нормальных параметров и отсутствием патологии в чашечно-лоханочной системе. В анализе мочи в этих случаях может быть выявлен минимальный мочевой синдром.

1. **Дифференциальная диагностика**

Проводится с натечным гнойником при туберкулезе позвоночника, когда при обзорной рентгенографии обнаруживается деструкция одного или нескольких позвонков при отсутствии температурной реакции. Плотное, бугристое опухолевидное образование, пальпируемое в поясничной области при хроническом паранефрите, следует дифференцировать с дистопией, опухолью почки, гидронефрозом.

1. **Лечение**

Лечение острого первичного паранефрита в инфильтративной фазе (без признаков формирования гнойника) должно быть медикаментозным. Поскольку острый первичный паранефрит часто вызывается стафилококком, то лучшие результаты при лечении достигаются в случаях применения полусинтетических пенициллинов (ампициллин по 0,5 г 4 раза в сутки внутримышечно, аугментин по 1 - 1,2 г внутривенно 3-4 раза в сутки), цефалоспоринов II - III поколения (цефуроксим, цефаклор, цефиксим, цефтибутен по 0,5-1,0 г 2-4 раза в сутки внутримышечно).

Если доказано, что возбудителем острого паранефрита является грамотрицательная флора, то применяются фторхинолоны (ципрофлоксацин по 400 мг через 12 ч внутривенно) или аминогликозиды (амикацин по 5 мг/кг 3 раза в сутки 7-10 дней внутривенно, гентамицин по 80 мг внутримышечно 2 раза в сутки). Кроме того, назначается дезинтоксикационная терапия. При выявлении гнойника в паранефральной клетчатке традиционным лечением является его вскрытие и дренирование с последующей антибактериальной терапией. Перед операцией на кожу наносится проекция середины гнойника, определенного при УЗИ. Выполняется люмботомия, вскрывается и опорожняется гнойник. Пальцем надо разрушить все перемычки в гнойной полости.

Если остаются сомнения в отношении полного опорожнения гнойных карманов, то надо выполнить УЗИ на операционном столе. В случае обнаружения неопорожненного кармана, последний надо найти пальцевой ревизией основной гнойной полости и создать широкое сообщение с эти карманом. Если же не будут дренированы все гнойные карманы, то это приведет к рецидиву гнойного паранефрита и дальнейшему распространению гнойника по забрюшинному пространству, причем это распространение будет идти по типу ветвления, что резко затруднит лечение впоследствии. При ограниченном с четкими границами заднем или нижнем паранефрите возможно лечение методом пункции гнойника под ультразвуковым наведением с его дренированием. Дренажную трубку в полости гнойника нужно держать в течение 5-6 дней, что позволяет промывать полость антисетиком, затем трубка удаляется, и полость гнойника дренируется резиновой полоской на 3-4 дня.

Лечение больных с острым гнойным вторичным паранефритом только хирургическое -люмботомия, опорожнение паранефрального гнойника, вмешательство на почке. Поскольку часто гнойный паранефрит является осложнением пионефроза, то радикальным методом является нефрэктомия. Только в случаях тяжелого состояния больного операция при остром гнойном вторичном паранефрите может носить объем дренирования полости гнойника и пиело- или нефростомии. Нефрэктомия может быть выполнена вторым этапом. Если гнойный паранефрит является следствием вскрывшегося абсцесса почки, то проводится опорожнение паранефрального гнойника, обнаруживается дефект в капсуле почки и опорожняется гнойник в почке. При необходимости наклады-вается пиело- или нефростома. Полость гнойника дренируется трубкой или резино-марлевым тампоном, рана ушивается редкими швами. После операции проводятся антибактериальная терапия с учетом результатов посева содержимого гнойной полости на флору и чувствительность к антибиотикам и дезинтоксикационная терапия.

1. **Осложнения**

Самым грозным осложнением паранефрита является гематогенная генерализация процесса, при которой гной из местного очага распространяется по всему организму. При этом обостряется общая симптоматика и могут возникать очаги гнойного воспаления в других органах. Целой группой осложнений паранефрита необходимо считать вскрытие гнойника, которое может происходить в разные полости человеческого тела. При разрыве гнойника в просвет кишки у больных временно улучшается общее состояние. При этом, изменяется характер стула. Он может быть жидким с примесью гноя. Немного позже происходит дополнительное инфицирование раны каловыми массами, что приводит к возникновению второй волны заболевания. При разрыве гнойника и эвакуации содержимого в брюшную полость у больных отмечаются резкие боли в животе, сильное напряжение мышц брюшной стенки и положительные симптомы раздражения брюшины. Такое клиническое состояние именуется «острым животом» или перитонитом и требует немедленного оперативного вмешательства. При вскрытии абсцесса в плевральную полость отмечается резкая болезненность с одной стороны грудной клетки и одышка. Подобное заболевание называется пиотораксом, что означает наличие гноя в плевральной полости. Его можно эвакуировать путем прокола грудной стенки или через операционный разрез, что является более эффективным. Крайне редко возможно вскрытие гнойника наружу, что называется почечным свищом. Лечение такого осложнения заключается в длительном санировании образовавшейся раны с постоянными перевязками.

1. **Профилактика**

Основным направлением в профилактике паранефрита является предупреждение гнойных воспалений почек. Этого можно добиться путем поддержания нормального уровня иммунитета. Ежегодно необходимо отдыхать на морских курортах и периодически принимать курсы витаминотерапии. Также для контроля уровня иммунитету необходимо периодически исследоваться у иммунолога для выяснения своего иммунного статуса. Естественно, что рутинно проводить это экономически нецелесообразно, поэтому такие консультации рекомендуются только тем пациентам, которые имеют склонность к простудным заболеваниям или патологии почек .

**Список используемой литературы**

1.CHARLES PIERRE MATHE, M.D.San Francisco. PERINEPHRITIS SUPPURATIVE AND NONSUPPURATIVE\Vol. XXXVIII, No. 3\149-155

2. http://www.medicalj.ru/diseases/urology/1096-paranefrit

3. http://radiographia.info/tags/kt-obp

4. http://www.medison.ru/si/art55.htm

5. Нечипоренко, Н. А. Неотложные состояния в урологии: учеб. пособие / Н. А. Нечипоренко, А. Н. Нечипоренко. - Минск: Выш. шк., 2012.-400 с.

6. http://med36.com/ill/2409