



Клинический случай

Случай успешного консервативного лечения абсцесса почки

И.Т. Муркамилов^{1,2}, К.А. Айтбаев³, В.В. Фомин⁴, Ф.А. Юсупов⁵, А.Ф. Юсупов⁵, Т.З. Кожоналиев⁶¹ Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан;² МОО ВО «Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина», Бишкек, Кыргызстан;³ Научно-исследовательский институт молекулярной биологии и медицины при Национальном центре кардиологии и терапии им. акад. Мирсаида Миррахимова при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, Бишкек, Кыргызстан;⁴ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), Москва, Россия;⁵ Ошский государственный университет, Ош, Кыргызстан;⁶ Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, Бишкек, Кыргызстан✉ murkamilov.i@mail.ru

Аннотация

Абсцесс почки представляет собой ограниченное гнойное воспаление с расплавлением ткани и образованием полости, заполненной гноем. В детской популяции абсцесс почки встречается редко, однако с увеличением возраста при наличии нарушений уродинамики, обменно-метаболических заболеваний частота абсцесса почки возрастает. В запоздалых случаях диагностики и лечения абсцесса почки почти всегда прибегают к хирургическому методу лечения. В статье рассматривается клинический случай успешного консервативного лечения абсцесса правой почки у молодой пациентки на фоне обострения пиелонефрита. Представлены клинико-лабораторные данные до и во время лечения абсцесса комбинированными антибиотиками.

Ключевые слова: абсцесс почки, прокальцитонин, С-реактивный белок, антибиотики.**Для цитирования:** Муркамилов И.Т., Айтбаев К.А., Фомин В.В., Юсупов Ф.А., Юсупов А.Ф., Кожоналиев Т.З. Случай успешного консервативного лечения абсцесса почки. *Клинический разбор в общей медицине*. 2025; 6 (11): 131–134. DOI: 10.47407/kr2025.6.11.00723

Clinical Case

A case of successful conservative treatment of a renal abscess

Ilkhom T. Murkamilov^{1,2}, Kubanych A. Aitbaev³, Viktor V. Fomin⁴, Furkat A. Yusupov⁵, Abdulkhokim F. Yusupov⁵, Turat Z. Kozhanaliev⁶¹ Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan;² Yeltsin Kyrgyz Russian University of Medical Sciences, Bishkek, Kyrgyzstan;³ Research Institute of Molecular Biology and Medicine, Bishkek, Kyrgyzstan;⁴ Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;⁵ Osh State University, Osh, Kyrgyzstan;⁶ Daniyarov Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training, Bishkek, Kyrgyzstan✉ murkamilov.i@mail.ru

Abstract

A kidney abscess is a localized purulent inflammation with tissue necrosis and the formation of a cavity filled with pus. In the pediatric population, kidney abscesses are rare. However, with increasing age, particularly in the presence of urodynamic disorders and metabolic diseases, the incidence of kidney abscesses increases. In delayed cases of diagnosis and treatment, surgical intervention is almost always required. This article discusses a clinical case of successful conservative treatment of a right kidney abscess in a young female patient against the background of an exacerbation of pyelonephritis. Clinical and laboratory data before and during the treatment of the abscess with combined antibiotics are presented.

Keywords: kidney abscess, procalcitonin, C-reactive protein, antibiotics.**For citation:** Murkamilov I.T., Aitbaev K.A., Fomin V.V., Yusupov F.A., Yusupov A.F., Kozhanaliev T.Z. A case of successful conservative treatment of a renal abscess. *Clinical review for general practice*. 2025; 6 (11): 131–134 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2025.6.11.00723

Введение

Абсцесс почки играет значительную роль в структуре уронефрологических заболеваний. При отсутствии своевременного лечения воспалительный очаг увеличивается, вовлекая соседние ткани, что повышает летальность до 25,5% [1]. В детской популяции абсцессы почек встречаются редко [2], но с возрастом частота этой патологии возрастает. Нарушение оттока мочи, нефролитиаз и обменно-метаболические заболевания увеличивают риск развития абсцесса почки и ухудшают почечную выживаемость [3, 4]. В структуре гнойно-воспалительных заболеваний абсцессы почек составляют в среднем 10–15%.

Медико-социальная значимость абсцесса почки заключается в необходимости длительного пребывания пациента в стационаре, что увеличивает риск серьезных осложнений. Патогенная флора, попадая в почечную ткань, вызывает воспаление, внутри которого образуется гнойное расплавление или некроз тканей [5]. Основными причинами абсцесса почки являются инфекции мочевыводящих путей, причем часто в этиологической структуре преобладают грамотрицательные бактерии. Гематогенное распространение инфекции в почках характерно для *Staphylococcus aureus*. Недавние исследования показали, что основными этиологическими факторами являются контаминация условно-патоген-

ными микроорганизмами, такими как *Escherichia coli*, *S. aureus*, *Klebsiella*, *Acinetobacter* и *Proteus* [6].

Показания для консервативной терапии абсцесса почки включают объем гнойно-деструктивных изменений не более 14 см³, отсутствие распространения гнойного процесса за пределы капсулы почки, сохранную уродинамику или восстановленный отток мочи из верхних мочевых путей, а также отсутствие признаков бактериального (септического) шока. В клинической практике большинство пациентов с абсцессом почки подвергаются хирургическому лечению, включающему нефростомию, декапсуляцию, рассечение и нефрэктомии [4].

Цель исследования – описание клинического случая абсцесса правой почки на фоне обострения пиелонефрита у молодой пациентки.

Пациентка А. 34 лет обратилась в клиническую базу кафедры факультетской терапии КГМА им. И.К. Ахунбаева (г. Бишкек) с жалобами на боли в правой поясничной области с иррадиацией в правую ногу, повышение температуры тела до 40,0–41,0°C, мышечную слабость, сердцебиение, потливость, головные боли.

Анамнез болезни. В течение 2 дней отмечает повышение температуры тела до 40,0°C и боли в правой поясничной области, в связи с чем принимает парацетамол в таблетках по 500 мг через каждые 6 ч без заметного клинического эффекта. На 2-й день присоединились тяжесть и боли в правой поясничной области с иррадиацией в нижнюю конечность. Антибактериальные препараты не принимала. Вышеуказанные жалобы связывает с переохлаждением на работе (сидячая работа в швейном цехе).

Анамнез жизни. Беременностей и родов 3, операций, травм не было. Повышений артериального давления не отмечала. Заболеваемость вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией, а также получение переливаний крови пациентка отрицает.

Совместный осмотр уролога и хирурга. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, на вопросы отвечает адекватно, положение полуактивное из-за боли в правой поясничной области. Телосложение нормостеническое, рост 155 см, масса тела 45 кг, индекс массы тела 18,7 кг/м². Кожа и видимые слизистые бледно-розовые, обычной влажности, тургор сохранен. Температура тела 40,8°C. Дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Тоны сердца сохранены, ритмичные. Частота сердечных сокращений 96 уд/мин, пульс 96 уд/мин, удовлетворительного наполнения, артериальное давление 100/70 мм рт. ст. Язык слегка сухой, умеренно обложен белым налетом. Живот симметричный, не увеличен, не вздут, участвует в акте дыхания равномерно. При поверхностной пальпации выявляются напряженность и болезненность в правой боковой поясничной области. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Грекова–Ортнера и Кера отрицательные. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Перистальтика выслушивается. Поясничная область визуально не изменена. Симптом XII ребра положительный справа, отрицательный слева. Физиологические отправления самостоятельные, газы отходят. Дизурических явлений не отмечает. При ректальном осмотре патологии выявлено не было. Гинекологический осмотр также не выявил патологии ор-

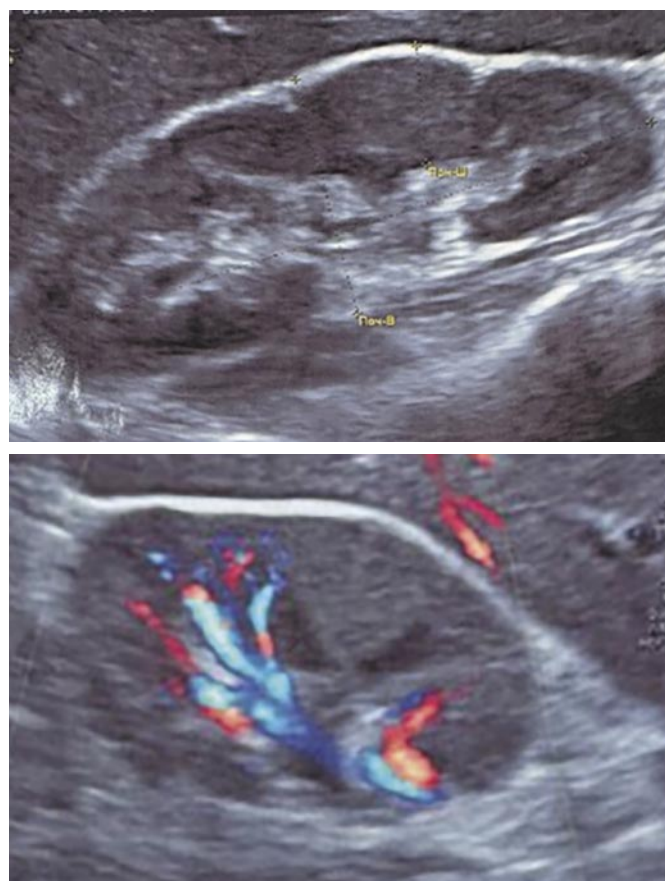
ганов малого таза. Результаты периферического и биохимического анализов крови указывают на признаки активного воспаления (С-реактивный белок, прокальцитонин). Глюкоза венозной крови натощак составила 5,01 ммоль/л.

Пациентке было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) почек (аппарат Voluson E8 GE). Правая почка: расположение и форма типичные, размеры 99×35 мм, кортико-медуллярная дифференциация сохранена, толщина паренхимы 17 мм, эхоструктура неоднородная, в средней трети определяется очаг повышенной эхогенности размером 20×20×22 мм, контуры ровные, четкие, аваскулярные при цветовом доплеровском картировании (рис. 1). Чашечно-лоханочная система (ЧЛС) умеренно дилатирована, слизистые отечные до 3 мм, имеют двойной контур, лоханка 10 мм, признаков конкрементов нет. Мочеточник в верхней трети не расширен. Левая почка: расположение и форма типичные, размеры 106×57 мм, кортико-медуллярная дифференциация сохранена, толщина паренхимы 20 мм, эхоструктура однородная. ЧЛС не дилатирована, признаков конкрементов не найдено. Мочеточник в верхней трети не расширен.

Учитывая клинические и лабораторные данные, а также результаты инструментальных методов исследования, выставлен клинический диагноз: «Абсцесс пра-

Рис. 1. УЗИ (B-режим): в паренхиме средней трети правой почки – объемное образование округлой формы диаметром 20×20×22 мм с четкими контурами, а также умеренное расширение ЧЛС; УЗИ (доплерография): обеднение кровотока в области абсцесса.

Fig. 1. B-mode ultrasound: a roundish mass sized 20x20x22 mm with clear margins in the parenchyma of the middle third of the right kidney, along with the moderately dilated renal pelvicalyceal system; Doppler ultrasound: blood flow depletion in the zone of abscess.



| Лабораторные показатели пациентки А. 34 лет до и на фоне лечения <i>Laboratory indicators of patient A., 34 years, before and during treatment</i> | | | |
|--|--------------------|------------------------|-----------------------------|
| Показатели | До лечения | На фоне лечения | Референтные значения |
| Гемоглобин, г/л | 118 | 124 | 117–155 |
| Гематокрит, % | 35,3 | 38,3 | 35–45 |
| Эритроциты, $\times 10^{12}/л$ | 4,10 | 4,37 | 3,8–5,1 |
| Тромбоциты, $\times 10^9/л$ | 191 | 298 | 159–376 |
| Лейкоциты, $\times 10^9/л$ | 10,1 | 4,82 | 4–11 |
| Эозинофилы, % | 0,4 | 3,9 | 1–5 |
| Лимфоциты, % | 19,4 | 37,4 | 19–37 |
| Моноциты, % | 8,1 | 3,8 | 3–11 |
| СОЭ, мм/ч | 24 | 13 | 2–20 |
| С-реактивный белок, мг/л | 122,27 | 1,1 | до 5 |
| Прокальцитонин, нг/мл | 0,247 | 0,05 | до 0,05 |
| D-димер, мг FEU/л | 0,581 | 0,38 | 0–0,55 |
| Креатинин, мкмоль/л | 65,5 | 64,3 | 53–97 |
| Мочевина, ммоль/л | 5,4 | 3,6 | 2,5–6,4 |
| Остаточный азот, ммоль/л | 18,4 | 14,6 | 10,6–24,4 |
| СКФ, мл/мин (СКД-EPI) | 117 | 118 | >120 |
| Клинический анализ мочи | | | |
| Цвет | Соломенно-желтый | Соломенно-желтый | Соломенно-желтый |
| Относительная плотность, кг/л | 1024 | 1013 | 1008–1035 |
| Реакция pH | 5,5 | 5,5 | 5,5–6,0 |
| Белок, г/л | Отсутствует | Отсутствует | Отсутствует |
| Глюкоза, ммоль/л | Слабоположительный | Отсутствует | Отсутствует |
| Кетоновые тела, мг/дл | Отсутствуют | Отсутствуют | Отсутствуют |
| Билирубин, мг/дл | Отсутствует | Отсутствует | Отсутствует |
| Нитриты | Отсутствуют | Отсутствуют | Отсутствуют |
| Эпителий, клетки/мкл | 35,3 | 15,0 | <31 |
| Эпителий плоский, клетки/мкл | 11,6 | 12,7 | <31 |
| Эпителий переходный, клетки/мкл | 23,2 | 2,1 | <1 |
| Эпителий почечный, клетки/мкл | Отсутствует | Отсутствует | Отсутствует |
| Лейкоциты, клетки/мкл | 55,6 | 7,7 | <25 |
| Скопление лейкоцитов, клетки/мкл | 0,9 | 0,0 | <23 |
| Эритроциты, клетки/мкл | 8,2 | 5,9 | <11 |
| Неизмененные эритроциты, клетки/мкл | 7,1 | 5,5 | <11 |
| Измененные эритроциты, клетки/мкл | Отсутствуют | Отсутствуют | Отсутствуют |
| Примечание. СОЭ – скорость оседания эритроцитов; СКФ – скорость клубочковой фильтрации; СКД-EPI – Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration. | | | |

вой почки. Хронический пиелонефрит в фазе активного воспаления».

От оперативного лечения пациентка категорически отказалась. Рекомендованы постельный режим и обильный прием жидкости. Начата комбинированная антибактериальная терапия, включающая: цефтриаксон сульбактам 3 г/сут, метронидазол 1 г/сут, Канефрон по 25 капель 3 раза в сутки, Энзилит по 1 капсуле 3 раза в сутки, Фурамаг 50 мг по 1 капсуле 2 раза в сутки, платифиллин 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки. На фоне проводимой терапии у пациентки на 2-е сутки показатели термометрии пришли в норму, боль в поясничной области уменьшилась, появился аппетит, восстановился сон. По окончании терапии самочувствие пациентки полностью нормализовалось. Результаты обследований представлены в таблице.

Пациентке в динамике лечения проведено повторное УЗИ почек (аппарат Voluson E8 GE). Правая почка – расположение и форма типичные, размеры 94×36 мм, кортико-медуллярная дифференциация сохранена, толщина паренхимы 15 мм, эхоструктура однородная, ЧЛС

не дилатирована. Мочеточник в верхней трети не расширен. Левая почка – расположение и форма типичные, размеры 103×49 мм, кортико-медуллярная дифференциация сохранена, толщина паренхимы 15 мм, эхоструктура однородная. ЧЛС не дилатирована, признаки конкрементов отсутствуют. Мочеточник в верхней трети не расширен (рис. 2). Необходимо подчеркнуть, что продолжительность лечения пациентки составила 14 дней. В настоящее время пациентка продолжает работать под наблюдением участкового терапевта.

Обсуждение

Согласно данным литературы, абсцессы почек по размеру подразделяются на мелкие (менее 3 см), средние (3–5 см), крупные (более 5 см). По локализации гнойно-деструктивных изменений они делятся на кортикальные и кортико-медуллярные [5]. Информативность УЗИ с доплерографией в диагностике абсцессов почек высокая. В представленном клиническом случае абсцесс правой почки у пациентки протекал в классическом варианте: высокая лихорадка, повышенный уро-

Рис. 2. УЗИ (В-режим); УЗИ (доплерография) у пациентки на фоне лечения.

Fig. 2. B-mode ultrasound; Doppler ultrasound of the patient during treatment.



вень маркеров бактериального воспаления. Следует отметить, что в нашем наблюдении у пациентки А. 34 лет терапия была отработана эмпирически и включала цефалоспорины III поколения в сочетании с противопаразитарными и противомикробными препаратами, а также нитрофуран. Примечательно, что на фоне прово-

димой терапии состояние пациентки значительно улучшилось, нормализовались концентрации С-реактивного белка и прокальцитонина. Снизилась также показатель скорости оседания эритроцитов и D-димера. Симптомы мочевого синдрома, представленные лейкоцитурией и глюкозурией, в динамике лечения полностью прошли (см. таблицу).

В ранее опубликованном исследовании отмечено, что при абсцессе почки создается высокая опасность для жизни пациента [1, 7]. В этой связи частота нефрэктомий по поводу гнойного пиелонефрита может достигать до 35% [4], а при осложнении абсцесса почки (уросепсис) летальность составляет 28,4–80% [8]. Ценность консервативной терапии абсцесса почки особенно возрастает при своевременной диагностике и быстром начале терапии. Ряд исследователей рассматривают использование консервативного подхода к лечению пациентов с абсцессом почки в качестве терапии первой линии [9].

Таким образом, в рамках настоящего сообщения представлен случай успешного консервативного лечения абсцесса правой почки у молодой пациентки. Важно помнить, что абсцесс почки может проявиться в виде системного воспалительного ответа или скрыто протекать в виде хронического заболевания. Прогноз после комплексного лечения благоприятный, о чем свидетельствует скорая нормализация состояния здоровья у нашей пациентки.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования – И.Т. Муркамилов, В.В. Фомин; написание текста, cura patienta – И.Т. Муркамилов, Т.З. Кожаналиев, Ф.А. Юсупов, А.Ф. Юсупов; редактирование – К.А. Айтбаев.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Муркамилов Илхом Торобекович – чл.-кор. РАЕ, д-р мед. наук, доц. каф. факультетской терапии КГМА им. И.К. Ахунбаева, проф. каф. терапии №2 МОУ ВО «КРСУ им. Б.Н. Ельцина». E-mail: murkamilov.i@mail.ru; ORCID: 0000-0001-8513-9279

Айтбаев Кубаныч Авеневич – д-р мед. наук, проф., зав. лаб. патологической физиологии НИИ молекулярной биологии и медицины. E-mail: kaitbaev@yahoo.com; ORCID: 0000-0003-4973-039X

Фомин Виктор Викторович – акад. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. каф. факультетской терапии №1, проректор по инновационной и клинической деятельности ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: fomin_vic@mail.ru; ORCID: 0000-0002-2682-4417

Юсупов Фуркат Абдулахатович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. неврологии, нейрохирургии и психиатрии медицинского факультета ОшГУ. E-mail: furcat_y@mail.ru; ORCID: 0000-0003-0632-6653

Юсупов Абдулхоким Фуркатович – ассистент каф. неврологии, нейрохирургии и психиатрии медицинского факультета ОшГУ. E-mail: furcat_y@mail.ru

Кожаналиев Турат Зарылбекович – врач-уролог, КГМИ-ПипК им. С.Б. Даниярова. E-mail: doctor.turat@mail.ru; ORCID: 0000-0001-7130-5539

Поступила в редакцию: 30.06.2025

Поступила после рецензирования: 23.07.2025

Принята к публикации: 14.08.2025

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Ilkhom T. Murkamilov – Corr. Memb. RANS, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Faculty Therapy, Akhunbaev Kazan State Medical Academy, Professor, Yeltsin Kyrgyz Russian University of Medical Sciences. E-mail: murkamilov.i@mail.ru; ORCID: 0000-0001-8513-9279

Kubanych A. Aitbaev – Dr. Sci. (Med.), Professor, Research Institute of Molecular Biology and Medicine. E-mail: kaitbaev@yahoo.com; ORCID: 0000-0003-4973-039X

Viktor V. Fomin – Acad. RAS, Dr. Sci. (Med.), Professor, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: fomin_vic@mail.ru; ORCID: 0000-0002-2682-4417

Furkat A. Yusupov – Dr. Sci. (Med.), Professor, Osh State University. E-mail: furcat_y@mail.ru; ORCID: 0000-0003-0632-6653

Abdulkhokim F. Yusupov – Assistant, Osh State University. E-mail: furcat_y@mail.ru

Turat Z. Kozhanaliev – Urologist, Daniyarov Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training. E-mail: doctor.turat@mail.ru; ORCID: 0000-0001-7130-5539

Received: 30.06.2025

Revised: 23.07.2025

Accepted: 14.08.2025