

Диагностика и лечение ксантогранулематозного пиелонефрита

Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, Н.А. Григорьев, Т.Н. Ганзен, А.В. Чабан, Д.В. Кочетков

Кафедра урологии ММА им. И. М. Сеченова

Diagnostic and Treatment of Xanthogranulomatous Pyelonephritis

Yu.G. Alyaev, V.A. Grygorian, N.A. Grigoryev, T.N. Ganzen, A.V. Chaban, and D.V. Kochetkov

The article deals with the results of investigation and treatment of 35 patients with two forms of xanthogranulomatous pyelonephritis (XPN): secondary and primary ones. The primary XPN simulates renal tumor with preoperative diagnosis by puncture biopsy and subsequent surgery. The secondary XPN has the mask of pyonephrosis. In such cases nephrectomy is indicated. In primary XPN organosaving operation is possible. Two cases of effective conservative therapy with hemodynamic stimulators, non-steroid anti-inflammatory and other agents are reported.

* * *

Ксантогранулематозный пиелонефрит – это своеобразная, агрессивная форма интерстициального нефрита. 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.

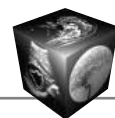
На сегодняшний день этиология и патогенез ксантогранулематозного пиелонефрита в полном объеме неизвестны, однако некоторые факторы, способствующие возникновению этого процесса, а также отдельные звенья его развития определены. Это обструкция верхних мочевых путей в сочетании с длительно существующим воспалительным процессом в почке [7–9, 24, 27], нарушение крово- и лимфообращения в органе [3, 5, 6, 11, 15, 20, 21, 23, 24, 27], длительная антибактериальная терапия различных воспалительных процессов большими дозами препаратов [2, 3, 11, 15], иммунные нарушения [12, 14], наличие сахарного диабета [14, 20].

Для корреспонденции: Аляев Юрий Геннадиевич – тел.: (095) 248-71-44.

Главной особенностью ксантогранулематозного пиелонефрита является то, что по клиническим проявлениям и данным обследования он может протекать под видом разнообразных урологических заболеваний: пионефроза, карбункула, кист и туберкулеза почек, но, что особенно важно, он может полностью имитировать рак почки [1, 7, 10, 17, 18, 24]. Это позволило Flinn в 1979 г. назвать ксантогранулематозный пиелонефрит “великим имитатором урологических заболеваний”. Новейшие диагностические методики, также как и давно существующие, не позволили определить четких критериев ксантогранулематозного пиелонефрита. Кроме того, не существуют специфические для этого заболевания клинические симптомы или лабораторные тесты. Диагноз устанавливается, как правило, при морфологическом исследовании и, чаще всего, после операции.

Из отечественных исследователей только А.С. Переверзев с соавторами представили сравнительно большую группу собственных наблюдений этого заболевания – 15 [7]. На сегодняшний день мы располагаем самым большим количеством наблюдений ксантогранулематозного пиелонефрита в России. С 1976 по 2000 г. в урологической клинике ММА им. И.М. Сеченова наблюдались 35 пациентов с данным заболеванием в возрасте от 16 до 73 лет, из них женщин – 23, мужчин – 12. Мы выделяем 2 основные клинико-морфологические формы заболевания: первичную (16 больных) и вторичную (19 больных).

У обследованных нами больных вторичный ксантогранулематозный пиелонефрит развился на фоне нарушенной уродинамики, что в 89,4% было обусловлено калькулезным пионефрозом, из



них в 64,7% наблюдений – коралловидным камнем почки. При этой форме заболевания мы наблюдали диффузное ксантогранулематозное поражение почки, при котором ксантогранулематозная ткань формируется во всем органе и стремится к полному замещению паренхимы.

В отличие от вторичного, первичный ксантогранулематозный пиелонефрит возникает без видимых предрасполагающих факторов, в частности, при отсутствии обструкции мочевых путей. При этой форме заболевания мы наблюдали очаговое ксантогранулематозное поражение почки, при котором ксантогранулематозная ткань развивается в виде одного или нескольких опухолеподобных узлов.

Изучение симптоматики и клинического течения ксантогранулематозного пиелонефрита (табл. 1) показало, что клинические симптомы заболевания в обеих его формах весьма схожи, и вместе с тем могут явиться проявлением ряда урологических заболеваний, включая опухоль почки. Однако заподозрить эту болезнь в некоторых случаях возможно. Немаловажное значение имеют проявления выраженной интоксикации, лихорадка, выявление симптома “тяги к теплу” (стремление пациентов приложить к пояснице грелку, прижаться спиной к горячему предмету). Нужно подчеркнуть, что для ксантогранулематозного пиелонефрита характерна тяжелая степень интоксикации. При первичной форме заболевания выраженная интоксикация имела место у 100% больных, в отличие от больных раком почки, у которых интоксикация отмечается преимущественно при распаде опухоли и метастазировании. При вторичном ксантогранулематозном пиелонефрите тяжесть интоксикации была более значительной, чем у больных только пиелонефрозом.

Изучение лабораторных показателей у больных ксантогранулематозным пиелонефритом (табл. 2) показало, что специальных тестов для его распознавания нет, а получаемые результаты могут возникать при различных урологических заболеваниях. Так, при вторичной форме заболевания эти данные чаще соответствуют пиелонефрозу, а при первичной – могут соответствовать опухоли почки. Вместе с тем более высокие, чем при опухоли, цифры СОЭ (до 70 мм/ч и более) в сочетании с анемией подозрительны на наличие ксантогранулематозного пиелонефрита. Кроме того, выявление “пенистых” клеток при цитологическом исследовании мочи свидетельствует в пользу ксантогранулематозного пиелонефрита. В зарубежной литературе встречаются работы, в которых у больных с морфологически верифицированным диагнозом в 80% наблюдений и выше были обнаружены “пенистые” клетки в осадке мочи (Ballesteros и соавт., 1983;

Таблица 1. Клинические проявления ксантогранулематозного пиелонефрита

Симптомы	Первичный (16 больных)	Вторичный (19 больных)
1. Боль	16 (100%)	18 (94%)
2. Лихорадка	16 (100%)	17 (89,4%)
3. Недомогание	16 (100%)	19 (100%)
4. Тошнота	15 (93,7%)	17 (89,4%)
5. Озноб	11 (68,7%)	17 (89,4%)
6. Похудание	11 (68,7%)	14 (73,7%)
7. Рвота	8 (50%)	15 (78,9%)
8. Пальпируемое образование	7 (46,7%)	16 (84,2%)
9. Тяга к теплу	5 (31,2%)	1 (5,3%)
10. Повышение АД	3 (18,7%)	4 (21,1%)
11. Псоит	3 (18,7%)	–
12. Макрогематурия	1 (6,2%)	4 (21,1%)
13. Дизурия	–	2 (10,5%)

Таблица 2. Лабораторные проявления ксантогранулематозного пиелонефрита

Лабораторные данные	Первичный (16 больных)	Вторичный (19 больных)
1. Анемия	13 (81,2%)	17 (89,4%)
2. Лейкоцитоз	4 (25%)	3 (15,8%)
из них со сдвигом влево	2 (12,5%)	1 (5,3%)
3. Повышение СОЭ	16 (100%)	19 (100%)
из них выше 50 мм/ч	8 (50%)	10 (52,6%)
4. Повышение содержания креатинина и мочевины в сыворотке крови	1 (6,2%)	3 (15,8%)
5. Пиурия	6 (37,5%)	17 (89,4%)
6. Бактериурия	6 (37,5%)	13 (68,4%)
7. Микрогематурия	7 (43,7%)	17 (89,4%)

Paetz Vorda и соавт., 1990). В наших наблюдениях только у 2 из 7 больных с первичной формой заболевания удалось выявить ксантомные клетки при исследовании мочи.

Несмотря на то, что клинические и лабораторные проявления обеих форм ксантогранулематозного пиелонефрита во многом схожи, результаты ультразвукового и рентгенологических методов обследования при них существенно отличаются друг от друга. При вторичной форме заболевания ультрасонография, экскреторная урография, компьютерная томография почек выявляли признаки, характерные главным образом для пиелонефроза (увеличение размеров органа, конкременты, дилатация чашечно-лоханочной системы и др.). При первичном ксантогранулематозном пиелонефрите при ультрасонографии во всех 16 наблюдениях в пораженной почке было выявлено опухолевидное образование неоднородной структуры, де-

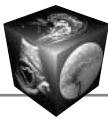


Таблица 3. Варианты оперативного лечения 33 больных ксантогранулематозным пиелонефритом

Название операции	Первичный (14 больных)	Вторичный (19 больных)
Нефрэктомия	9	19
Резекция почки	3	–
Энуклеация опухолевидного узла	2	–

формирующее почечный синус. Следует особо отметить тот факт, что подвижность пораженной почки при дыхании резко ограничена и не зависит от размеров новообразования в отличие от опухоли почки, при которой образование небольших размеров не нарушает подвижность органа.

Результаты экскреторной урографии при первичном ксантогранулематозном пиелонефрите свидетельствовали в пользу новообразования почки. При вторичном процессе пораженная почка контрастное вещество не выделяла во всех 19 наблюдениях.

Большая роль в диагностике первичного ксантогранулематозного пиелонефрита принадлежит почечной ангиографии выполнению 15 пациентам с первичной формой заболевания. В 14 наблюдениях (93,3%) выявлено бессосудистое опухолевидное образование почки. Внутрпочечные сосуды на ангиограммах плавно оттеснялись им в стороны, дугообразно его огибая. В неповрежденной части почки сохранялся нормальный сосудистый рисунок.

При вторичной форме болезни результаты почечной ангиографии также отражают бессосудистый характер ксантогранулематозной ткани, но в отличие от первичного процесса, за счет диффузного поражения, отмечается резкое обеднение сосудистого рисунка всей почки.

Компьютерная томография почек выполнена в 9 наблюдениях первичного ксантогранулематозного пиелонефрита. У всех больных обнаружено опухолевидное образование почки неоднородной структуры с денситометрическими показателями от 25 до 51 ед. Н, не накапливающее рентгеноконтрастное вещество при внутривенном контрастировании. Помимо этого в 5 наблюдениях выявлено утолщение фасции Герота, в 3 – инфильтрация поясничной мышцы, в 2 – увеличение регионарных лимфатических узлов.

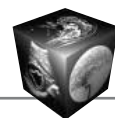
Таким образом, нам не удалось выявить характерных проявлений ксантогранулематозного пиелонефрита при рентгенологическом обследовании и компьютерной томографии, поскольку вторичный процесс протекает главным образом как пиелонефроз, а опухолевидное образование при

первичном поражении не имеет четких отличий от опухоли почки. Только наличие аваскулярного новообразования, утолщение фасции Герота, являющееся проявлением воспалительного процесса в забрюшинном пространстве, может навести на мысль о возможной ксантогранулематозной природе изменений в почке.

Из 35 пациентов с ксантогранулематозным пиелонефритом 33 были нами оперированы (табл. 3). Операции проходили со значительными техническими трудностями, обусловленными выраженными рубцово-склеротическими изменениями в забрюшинном пространстве. При первичной форме заболевания имел место также и инфильтративный рост ксантогранулематозной ткани, напоминающей раковую инфильтрацию, с вовлечением в процесс соседних с почкой органов, что потребовало в ряде наблюдений расширения оперативного пособия. Так наряду с нефрэктомией в 1 наблюдении выполнена резекция толстой кишки, в 2 – резекция поясничных мышц, в 2 – спленэктомия.

Наличие инфильтративного процесса в тканях забрюшинного пространства является интраоперационным диагностическим признаком ксантогранулематозного пиелонефрита. При раке почки экстраренальное распространение опухоли с прорастанием в соседние органы и ткани наблюдается лишь в 4,7% наблюдений [4] и, как правило, при большом размере новообразования. В отличие от него, при ксантогранулематозном пиелонефрите распространение процесса в паранефрий мы отметили в 100% наблюдений, а прорастание в соседние органы и ткани имело место у 8 из 16 больных первичной формой заболевания, причем выраженность инфильтративного процесса не зависела от размеров воспалительного очага в почке.

Морфологические проявления ксантогранулематозного пиелонефрита практически одинаковы для обеих форм заболевания (первичной и вторичной) и заключаются в образовании участков грануляционной ткани, содержащих большее или меньшее количество ксантомных клеток и клеток воспалительного инфильтрата, представленных полиморфноядерными лейкоцитами, макрофагами, лимфоцитами и плазматическими клетками. При микроскопической диагностике ксантогранулематозный пиелонефрит следует отличать от высокодифференцированного светлоклеточного варианта почечноклеточного рака. В связи с этим необходимо учитывать следующее: при наличии опухоли почки с выраженным инфильтративным ростом следует предполагать IV стадию рака, которой соответствуют низкодифференцированные варианты, а обнаружение при этом изменений, напоминающих светлоклеточный рак, должно быть подозри-



тельным на наличие ксантогранулематозного пиелонефрита. Следует отметить, что для него характерен полиморфный по составу клеточный инфильтрат, который встречается также и при низкодифференцированных формах рака, но не обычен для светлоклеточного его варианта. Кроме того, при ксантогранулематозном пиелонефрите определяется обилие хаотично расположенных мелких капилляров в отличие от капилляров синусоидного типа, типичных для светлоклеточного рака.

Из 16 пациентов с первичным ксантогранулематозным пиелонефритом у 8 мы заподозрили это заболевание на дооперационном этапе обследования. В 4 наблюдениях выполнена пункционная биопсия новообразования. В одном из них ошибочно установлен диагноз светлоклеточного рака почки, во втором – проведение дифференциального диагноза между раком почки и ксантогранулематозным пиелонефритом было затруднительным, в третьем – материал был получен не из очага поражения, а из прилежащей паренхимы почки и лишь в единственном наблюдении был четко установлен диагноз ксантогранулематозного пиелонефрита. В 5 наблюдениях выполнена интраоперационная экспресс-биопсия почки со срочным гистологическим исследованием, в результате которого у двух больных диагностирован ксантогранулематозный пиелонефрит, у одного – морфологический диагноз склонялся в пользу ксантогранулематозного пиелонефрита, однако полностью исключить рак было невозможно. В 2 других вначале был ошибочно поставлен диагноз рака почки, однако плановое морфологическое исследование установило истинный характер заболевания. Как мы уже указывали, микроскопическая картина светлоклеточного рака и ксантогранулематозного пиелонефрита может быть весьма схожей. Это приводит к тому, что не ориентированный на данное заболевание морфолог скорее установит рак, нежели ксантогранулематозный пиелонефрит. Трудности диагностики ксантогранулематозного пиелонефрита и важность морфологического исследования в установлении диагноза делают необходимым тесный контакт клиницистов и морфологов, обязательную информированность специалиста, выполняющего гистологическое исследование, о подозрениях клиницистов в отношении ксантогранулематозного пиелонефрита. В этих случаях очевидна необходимость совместной оценки патологического процесса.

Лечение ксантогранулематозного пиелонефрита, как считает большинство авторов, оперативное. Как правило, выполняется нефрэктомия и лишь в единичных сообщениях фигурирует резекция почки. В то же время воспалительная природа

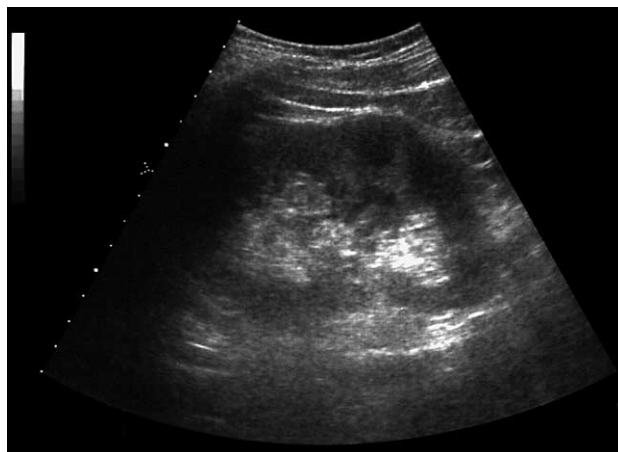


Рис. 1. Ультрасонограмма правой почки больной Н., 34 лет. В среднем сегменте органа неоднородное новообразование, деформирующее почечный синус.

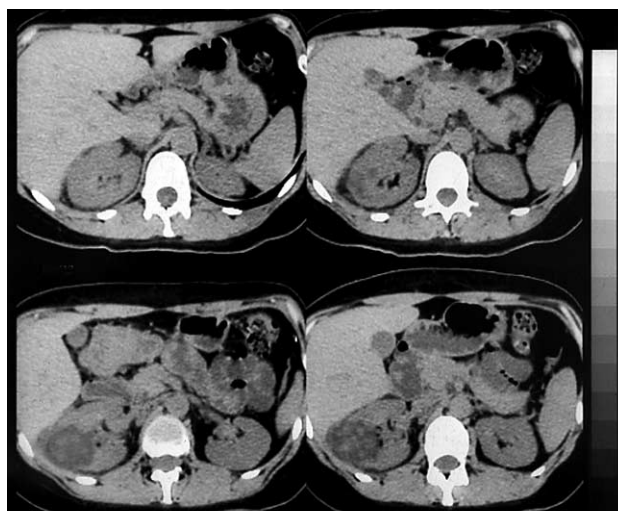


Рис. 2. Компьютерная томограмма почек. То же наблюдение. В среднем сегменте правой почки по латеральной ее поверхности неоднородной структуры новообразование, уплотнение паранефральной клетчатки.

ксантогранулематозного пиелонефрита уже не раз заставляла нас рассматривать возможность ликвидации заболевания консервативным путем. Такие мысли возникали всякий раз после тяжелейших многочасовых операций. Это заставило нас в значительной степени усовершенствовать технику чрескожного получения почечного биоптата. Большая точность последних гистологических исследований и уверенность в диагнозе позволили нам предпринять консервативное лечение у 34-летней пациентки после морфологической верификации ксантогранулематозного пиелонефрита (рис. 1–5). Ткань для исследования была получена путем пункционной биопсии новообразования почки под ультразвуковым контролем. Свообразность процесса, данные ангиографии (рис. 3), эходопп-

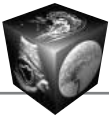


Рис. 3. Селективная почечная артериограмма справа. То же наблюдение. В среднем сегменте почки малосудистая зона клиновидной формы.

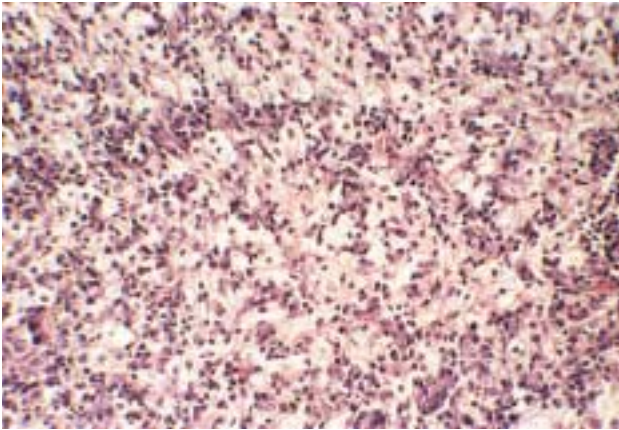


Рис. 5. Тот же микропрепарат (×200).

лерографии указывали в первую очередь на резкое нарушение кровообращения в зоне ксантогранулемы. С целью улучшения артериального притока мы использовали внутривенное введение простагландина E1 (Вазапостан). Одновременно проводилась терапия нестероидными противовоспалительными средствами – диклофенак (Вольтарен). Спустя 14 дней отмечен существенный положительный эффект: нормализовалось самочувствие, гематологические показатели, зафиксирована регрессия новообразования по данным УЗИ (рис. 6). При контрольной доплерографии: отмечено равномерное распределение как артериального, так и венозного кровотока в пораженной почке. Больная в удовлетворительном состоянии выписана из клиники. Через два года состояние и самочувствие пациентки хорошие. При контрольной компьютерной томографии патоло-

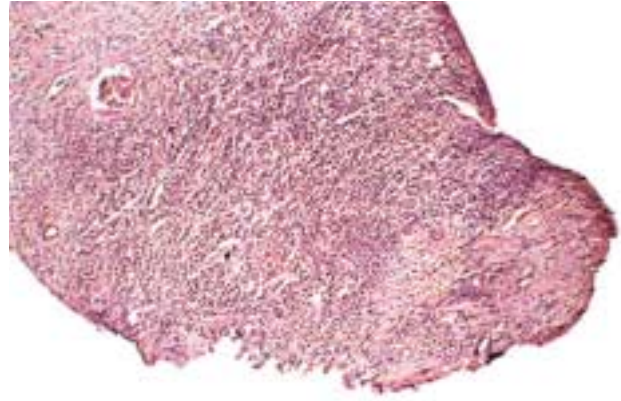


Рис. 4. Микропрепарат: диагностическая пункционная биопсия новообразования правой почки. То же наблюдение. Картина ксантогранулематозного пиелонефрита. Обилие ксантомных клеток, окруженных полиморфно-клеточным инфильтратом. Окраска гематоксилином и эозином (×100).

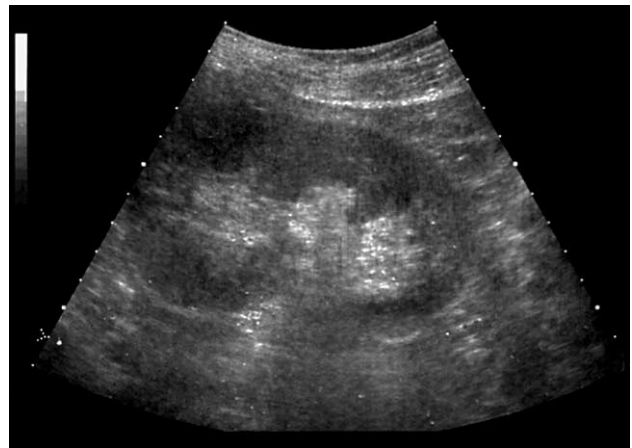
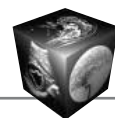


Рис. 6. Ультрасонограмма правой почки. То же наблюдение через 14 дней от начала терапии. Нормальная ультразвуковая картина почки. Полная регрессия новообразования.

гических изменений в почках и паранефральной клетчатке с обеих сторон не выявлено (рис. 7).

Спустя 2 года нами успешно проведено консервативное лечение еще одному пациенту.

Больной Е., 30 лет, история болезни № 1722 поступил в клинику 17.01.2000 г. с жалобами на постоянную тупую боль в левой поясничной области, иррадиирующую в левую паховую область, субфебрильную температуру тела, периодически – с подъемами до 39,3°C с ознобом, похудание на 10 кг за последний месяц, общую слабость, снижение аппетита. Считает себя больным с начала декабря 1999 года, когда возник абсцесс на задней поверхности правого бедра, по поводу которого было проведено оперативное лечение. Антибиотикотерапия не проводилась. В конце декабря



после заживления раны бедра появились вышеописанные жалобы.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела $37,1^{\circ}\text{C}$, кожа бледная, подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 78 в минуту, АД = 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Поясничная область визуально не изменена, почки не пальпируются. Область левой почки при пальпации умеренно болезненна. Положительны симптомы псоита и “тяги к теплу”. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Во время нахождения в стационаре у больного возник панариций IV пальца правой кисти, который был вскрыт, некротические ткани удалены, проводилась соответствующая местная терапия.

Анализ крови: лейкоциты – 11000 (п/я – 1%, с/я – 79%), эритроциты – 4,5 млн., Hb – 13,9 г %, СОЭ – 43 мм/ч, мочевины – 16 мг %, креатинин – 1,1 мг %. При бактериологическом исследовании крови (на высоте лихорадки) роста микрофлоры не обнаружено.

Анализ мочи: относительная плотность – 1015–1025 при диурезе 1390 мл; в 1 мл: лейкоциты – 750, эритроциты – нет. При бактериологическом исследовании мочи роста микрофлоры не обнаружено. При цитологическом исследовании мочи были выявлены “пенистые” клетки.

При УЗИ: правая почка не изменена. В области нижнего сегмента левой почки по медиальному краю визуализируется образование неоднородной структуры, пониженной эхогенности, размерами $3,7 \times 3,6$ см, не выходящее за контур почки и вдающееся в почечный синус. Чашечно-лоханочная система не расширена (рис. 8). При дыхании подвижность левой почки резко ограничена.

При цветном доплеровском картировании: объемное образование аваскулярно, кровообращение в сохранных участках почечной паренхимы без патологических изменений.

На серии экскреторных урограмм определяется деформация чашечно-лоханочной системы слева: нижняя чашечка смещена кверху. Справа – изменений не выявлено.

При компьютерной томографии: в нижнемедиальном отделе левой почки определяется неомогенное, пониженной плотности образование, размерами $4,0 \times 5,2 \times 3,2$ см, без четких контуров, в центре жидкостной полости, до 1,5 см в диаметре, неправильной формы, без четких контуров. Медиальный контур левой почки в нижнем сегменте нечеткий, неровный, прилежащая параренальная клетчатка на ограниченном участке уплотнена. Почечная капсула в области нижнего сегмента не-

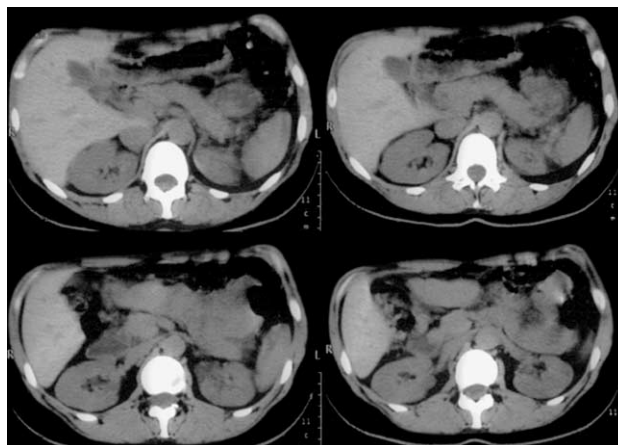


Рис. 7. Компьютерная томограмма почек. То же наблюдение через 2 года. Почки без патологических изменений.



Рис. 8. Ультрасонограмма левой почки больного Е., 30 лет. В нижнем сегменте органа неоднородной структуры новообразование, деформирующее почечный синус.

равномерно уплотнена, фасция Герота утолщена. Отмечается инфильтрация поясничных мышц слева, которые увеличены в объеме (рис. 9).

На обзорной аортограмме и селективной почечной ангиограмме слева в области нижнего сегмента почки выявляется бессосудистая зона размером $3,5 \times 3$ см, отмечается “размытость” медиального контура нижнего сегмента почки. На селективной почечной фармакоангиограмме участков опухолевой неоваскуляризации не выявлено (рис. 10).

24.01.2000 г. проведена чрескожная пункционная биопсия новообразования левой почки. При гистологическом исследовании данных за опухоль не получено, вместе с тем не был подтвержден и ксантогранулематозный пиелонефрит.

Указанные признаки заболевания, с учетом накопленного опыта, позволили нам предположить

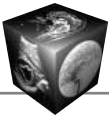


Рис. 9. Компьютерная томограмма почек. То же наблюдение. В нижнем сегменте левой почки по медиальной ее поверхности определяется неоднородной структуры новообразование, инфильтрирующее поясничную мышцу. Фасция Герота слева утолщена.



Рис. 10. Селективная почечная артериограмма слева. То же наблюдение. В нижнем сегменте почки определяется бессосудистая зона.

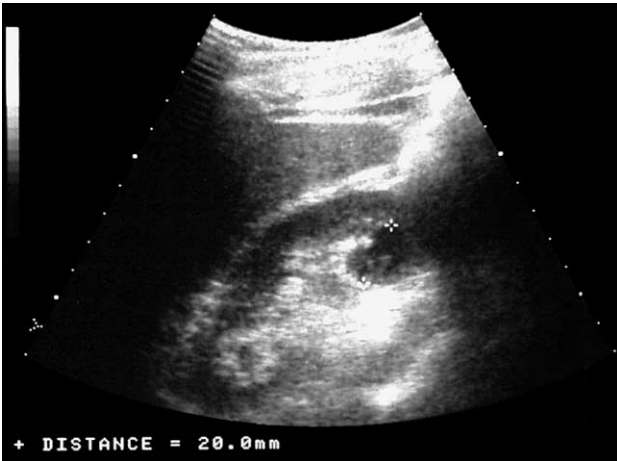


Рис. 11. Ультрасонограмма левой почки. То же наблюдение через 3 нед от начала лечения. Значительная регрессия новообразования.

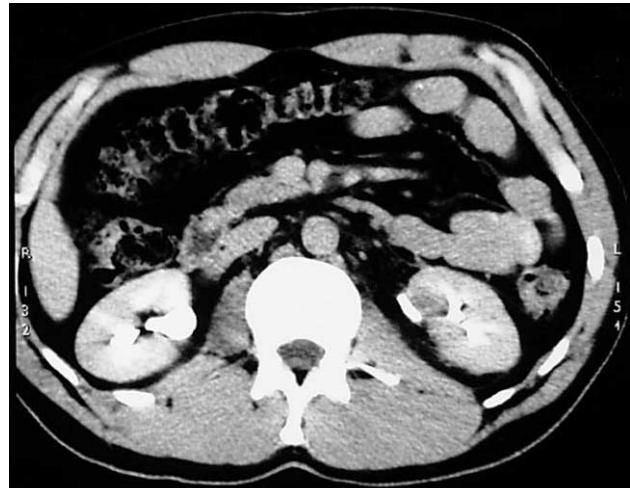


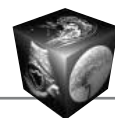
Рис. 12. Компьютерная томограмма почек с контрастным усилением. То же наблюдение через 3 нед от начала лечения. Значительная регрессия новообразования, которое не накапливает контрастное вещество.

ксантогранулематозный пиелонефрит и начать его консервативное лечение.

Проводилась антибактериальная (метрогил, клафоран), противовоспалительная (диклофенак), антигистаминная (диазолин), антиоксидантная (витамин Е) терапия; терапия, направленная на улучшение микроциркуляции (трентал) и обмена соединительной ткани (солкосерил, вобензим).

На фоне проводимой консервативной терапии спустя 1 нед отмечено значительное улучшение состояния пациента: исчезла лихорадка, явления интоксикации, уменьшилась боль. По данным УЗИ отмечена регрессия процесса: объемное образование нижнего сегмента левой почки уменьшилось в размерах, стало более однородным. Через 3 нед сохранилась выраженная положительная ди-

намика процесса: полностью исчезла клиническая симптоматика, нормализовались анализы крови и мочи, зафиксирована значительная регрессия размеров и плотности новообразования при ультразвуковом исследовании: сохранился лишь незначительный участок пониженной плотности, неоднородной структуры, размером $1 \times 1,5$ см, расположенный по передней поверхности нижнего сегмента левой почки (рис. 11). При контрольной компьютерной томографии в сравнении с исходной: гиподенсное образование неоднородной плотности в нижнем сегменте левой почки не визуализируется. В артериальную фазу контрастного усиления по медиальному контуру нижнего сегмента субкапсулярно визуализируется участок, не накапливающий контрастное вещество, размером



2,6 × 0,8 см, интимно прилегающий к поясничной мышце. Воспалительная инфильтрация поясничных мышц отсутствует (рис. 12).

В удовлетворительном состоянии больной выписан из клиники. Продолжена терапия, направленная на улучшение микроциркуляции (трентал), обмена соединительной ткани (вобензим) и противовоспалительная (диклофенак) в амбулаторных условиях. Планируется контрольное обследование в клинике через 1 мес.

Данное наблюдение уникально, поскольку в отечественной литературе нет указаний на консервативную терапию ксантогранулематозного пиелонефрита, а в зарубежной – имеются лишь 6 работ, охватывающие 7 наблюдений, в которых представлены положительные результаты терапии ксантогранулематозного пиелонефрита антибактериальными препаратами [13, 16, 19, 22, 25, 26].

Данные литературы и опыт нашей клиники в отношении выполнения пункционной биопсии при ксантогранулематозном пиелонефрите свидетельствуют о возможной ошибочной морфологической диагностике при рассматриваемом заболевании. Тем не менее, мы считаем, что при подозрении на первичный ксантогранулематозный пиелонефрит пункционная биопсия новообразования должна выполняться. Безусловно, определенный процент неудач при этом методе будет иметь место, учитывая трудности морфологической верификации заболевания и возможность получения материала не из очага поражения. Однако реальная возможность установления правильного, морфологически подтвержденного диагноза ксантогранулематозного пиелонефрита без операции делает этот метод весьма ценным.

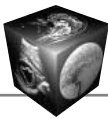
Таким образом, в настоящее время основным методом лечения больных ксантогранулематозным пиелонефритом является оперативное вмешательство с рациональной послеоперационной терапией, что имеет отношение, как к первичной, так и к вторичной форме заболевания. Вместе с тем, в ряде наблюдений при первичном процессе возможно консервативное лечение, которое, на наш взгляд, должно состоять в улучшении гемодинамики в почке, в сочетании с антибактериальной и противовоспалительной терапией, а также использовании препаратов, направленных на нормализацию обмена соединительной ткани.

В завершение хотелось бы еще раз указать на то, что ксантогранулематозный пиелонефрит можно заподозрить при наличии плотного, бессосудистого образования почки, ограничивающего подвижность органа, деформирующего почечный синус или, по крайней мере, имеющего с ним

связь, с тенденцией распространения процесса на паранефральную клетчатку и близлежащие органы, в сочетании с болью, симптомами псоита и “тяги к теплу” на стороне поражения, лихорадкой, анемией, значительно повышенной СОЭ, “пенистыми” клетками в моче. Морфологическое подтверждение этого заболевания при пункционной биопсии или интраоперационном срочном гистологическом исследовании позволяет выполнять оперативное вмешательство с максимально возможным сохранением ткани почки или вовсе отказаться от операции и ограничиться консервативной терапией, в случае неэффективности которой показана операция.

Список литературы

1. Аляев Ю.Г., Ганзен Т.Н., Григорьев Н.А. Ксантогранулематозный пиелонефрит // Урол. и нефрол. 1995. № 2. С. 22–26.
2. Войно-Ясенецкий А.М. Ксантогранулематозный пиелонефрит // Урол. и нефрол. 1971. № 1. С. 52–59.
3. Ганзен Т.Н., Аляев Ю.Г. Клинико-морфологическая характеристика почечноклеточного рака // Арх. патол. 1984. № 11. С. 66–74.
4. Ганзен Т.Н., Аляев Ю.Г., Халаби Д.А. Ксантогранулематозный пиелонефрит // Арх. патол. 1983. № 4. С. 42–49.
5. Кравцова Г.И., Клетский С.К., Сорока А.А. Врожденный ксантогранулематозный пиелонефрит // Арх. патол. 1988. № 10. С. 61–63.
6. Люлько А.В., Горев Б.С., Кондрат П.С. и др. Пиелонефрит. Киев: Здоровья, 1989. С. 162–168.
7. Переверзев А.С., Шукин Д.В., Мегера В.В. и др. Клинико-диагностические аспекты ксантогранулематозного пиелонефрита // “Острый пиелонефрит” Сборник научных трудов III межрегиональной научно-практической конференции урологов. Харьков, 1995. С. 178–185.
8. Пытель А.Я. О диагностике и лечении ксантогранулематозного пиелонефрита // Урол. и нефрол. 1981. № 3. С. 52–55.
9. Рубцов Ю.С., Рязанцев Е. В. Ксантогранулематозный калькулезный пиелонефрит с исходом в пионефроз и паранефрит // Урол. и нефрол. 1990. № 5. С. 63–64.
10. Рязанцев Е.В., Рубцов Ю.С., Якимов Н.А. Ксантогранулематозный пиелонефрит в сочетании с забрюшинной ксантогранулемой, симулировавшей опухоль почки // Арх. патол. 1991. № 1. С. 64–65.
11. Antonakopoulos G.N., Chapple C.R., Newman J. et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis: A reappraisal and immunohistochemical study // Arch. Pathol. Lab. Med. 1988. V. 112. № 3. P. 275–281.
12. Boulanger V., Merville P., Morel D. et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis in the native kidney of a renal transplant recipient // Nephrol. Dial. Transplant. 1997. V. 12. № 4. P. 831–832.
13. Brown P.S., Dodson M., Weinrub P.S. Xanthogranulomatous pyelonephritis: report of nonsurgical management of a case and review of the literature // Clin. Infect. Dis. 1996. V. 22. № 2. P. 308–314.



14. Cozar J.M., Tallada M., Espejo E. et al. Pielonefritis xantogranulomatosa en un aloinjerto renal. Presentacion de un caso y revision de la literatura // *Actas. Urol. Esp.* 1996. V. 20. № 7. P. 664–668.
15. Danza F.M., Valentini A.L. Sostituzione adiposa del tessuto renale: una forma di particolare reazione alla flogosi // *Radiol. Med. (Torino)*. 1996. V. 92. № 4. P. 425–430.
16. Elkhammas E.A., Mutabagani K.H., Sedmak D.D. et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis in renal allografts: report of 2 cases // *J. Urol.* 1994. V. 151. № 1. P. 127–128.
17. Fernandez R.A., Camarasa G.F., Guerra P.M. et al. Pielonefritis Xantogranulomatosa: experiencia en el Hospital General de Albacete. Presentacion de 16 casos // *An. Med. Interna.* 1997. V. 14. № 2. P. 62–66.
18. Hoeffel J.C., Chastagner P., Boman F. et al. Misleading leads: focal xanthogranulomatous pyelonephritis in childhood // *Med. Pediatr. Oncol.* 1998. V. 30. № 2. P. 122–124.
19. Hughes P.M., Gupta S.C., Thomas N.B. Xanthogranulomatous pyelonephritis in childhood // *Clin. Radiol.* 1990. V. 41. № 5. P. 360–362.
20. Mc Donald G.S. Xanthogranulomatous pyelonephritis // *J. Pathol.* 1981. V. 133. P. 203–213.
21. Moller J.C., Kristensen I.B. Xanthogranulomatous pyelonephritis: A clinico-pathological study with special reference to pathogenesis // *Acta. Pathol. Microbiol. Immunol. Scand.* 1980. V. 88. P. 89–96.
22. Mollier S., Descotes J.L., Pasquier D. et al. Pseudoneoplastic xanthogranulomatous pyelonephritis. A typical clinical presentation but unusual diagnosis and treatment // *Eur. Urol.* 1995. V. 27. № 2. P. 170–173.
23. Morehouse H.T., Panchacharam P., Friedenber R.M. et al. Arterial encasement in xanthogranulomatous pyelonephritis // *Radiology.* 1978. V. 128. № 3. P. 617–618.
24. Parsons M.A., Harris S.C., Longstaff A.J. et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis: A pathological, clinical and aetiological analysis of 87 cases // *Diagn. Histopathol.* 1983. V. 6. P. 203–219.
25. Rasoulpour M., Banco L., Mackay I.M. et al. Treatment of focal xanthogranulomatous pyelonephritis with antibiotics // *J. Pediatr.* 1984. V. 105. № 3. P. 423–425.
26. Rodo J., Martin M.E., Salarich J. Xanthogranulomatous pyelonephritis in children: conservative management // *Eur. Urol.* 1996. V. 30. № 4. P. 498–501.
27. Tolia B.M., Iloreta A., Freed S.Z. et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis. Detailed analysis of 29 cases and a brief discussion of atypical presentation // *J. Urol.* 1981. V. 128. P. 437–442.

Книги Издательского дома Видар-М

“Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии”, авторы А.Н. Коновалов, В.Н. Корниенко, И.Н. Пронин.

Книга представляет собой первую отечественную фундаментальную монографию по клиническому применению МРТ в нейрохирургии и обобщает многолетний опыт работы авторов в Институте нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН. В научно-методических разделах рассмотрены физические основы метода МРТ, тканевые характеристики, вопросы применения контрастных веществ в МРТ. Клинические разделы посвящены диагностическим исследованиям внутримозговых и внемозговых опухолей, опухолей селлярной и околоселлярной областей, опухолей пинеальной области, опухолей задней черепной ямки. Рассмотрены также сосудистые заболевания и мальформации головного мозга, МРТ детского возраста и применение МРТ в диагностике заболеваний и повреждений спинного мозга и позвоночника.

Для нейрохирургов, радиологов, нейрорадиологов, неврологов и педиатров. 480 с.

“Эхокардиография”, автор Х. Фейгенбаум, пер. с англ. под ред. В.В. Митькова.

Перевод одной из самых известных и авторитетных книг по эхокардиографии. Выдержала в США пять изданий, переведена на множество языков и издана во всех развитых странах. Является настольной книгой нескольких поколений кардиологов и специалистов по ультразвуковой диагностике. Книга содержит полный объем теоретических знаний и огромный фактический материал (около 2000 эхограмм, схем, графиков и таблиц). Перевод подготовлен коллективами кафедры ультразвуковой диагностики Российской медицинской академии последипломного образования и Центра функционально-диагностических исследований ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко.

Для врачей ультразвуковой диагностики, терапевтов, кардиологов, хирургов, педиатров, перинатологов, специалистов по эхокардиографии. 512 с.