

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕСТРУКЦИИ ПОЧКИ И ФЛЕГМОНЫ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПЕРИТОНИТА

Е. Серова<sup>1,2</sup>, кандидат медицинских наук,  
И. Силкин<sup>2</sup>, Е. Старосельцев<sup>2</sup>,  
В. Черняков<sup>2</sup>, В. Шилов<sup>2</sup>,  
В. Омельчук<sup>2</sup>, И. Прусов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

<sup>2</sup>Красноярская межрайонная клиническая больница №4  
E-mail: ekaterina\_s\_07@mail.ru

Флегмона клетчатки забрюшинного пространства – острый воспалительный гнойный процесс в ретроперитонеальной клетчатке, не имеющий тенденции к отграничению от здоровых тканей. Клиническая симптоматика гнойников забрюшинной клетчатки разнообразна, что определяет трудности диагностики. Представлено наблюдение деструкции почки и флегмоны забрюшинного пространства с опухолевым поражением при клинической картине перитонита у больной старческого возраста.

**Ключевые слова:** деструкция почки, осложненная флегмоной забрюшинного пространства, опухоль почки, перитонит, дифференциальная диагностика.

Флегмона клетчатки забрюшинного пространства – острый воспалительный гнойный процесс в ретроперитонеальной клетчатке, не имеющий тенденции к отграничению от здоровых тканей.

Клиническая симптоматика гнойников забрюшинной клетчатки разнообразна, что затрудняет диагностику. На первый план выступают общие симптомы, характерные для системной реакции на воспаление (высокая температура тела, озноб, тахикардия, тахипноэ, лейкоцитоз  $\geq 12,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , увеличение СОЭ). Отмечаются боли в поясничной области, боковых отделах живота. При контакте гнойного содержимого с подвздошно-поясничной мышцей отведение бедра назад вызывает боли, иногда развивается сгибательная контрактура в тазобедренном суставе. В случае прорыва забрюшинной флегмоны в брюшную полость возникает перитонит. Существенную помощь в диагностике оказывают УЗИ и компьютерная томография [1, 2].

В урологическом отделении Красноярской межрайонной клинической больницы №4 за год встречается до 3 случаев флегмоны забрюшинного пространства. Гнойный паранефрит, флегмону забрюшинного пространства вызывают патогены, чаще – микроорганизмы группы кишечной палочки, стафилококка. При первичном паранефрите инфекция попадает в околопочечную клетчатку гематогенным путем из

отдаленных гнойных очагов на фоне сниженной общей реактивности организма. Вторичный паранефрит развивается на фоне воспалительного процесса в почке (пиелонефрит, пионефроз), который с почки переходит на окружающую ее жировую клетчатку. Некоторые воспалительные заболевания соседних с почкой органов (параколит, гнойный аппендицит, параметрит) могут привести к развитию паранефрита. Иногда паранефрит возникает при нагноении гематом в околопочечной клетчатке, мочевых затеков. При распространенном гнойном процессе в паранефральной клетчатке происходит расплавление межфасциальных перегородок, и гной попадает в наиболее слабые места поясничной области – треугольники Пти, Лесгафта–Гринфельта. В случае дальнейшего прогрессирования гнойного процесса формируется флегмона забрюшинного пространства [2, 3].

Под нашим наблюдением находилась больная старческого возраста с деструкцией почки и флегмоной забрюшинного пространства с опухолевым поражением при клинической картине перитонита.

*Больная Г., 85 лет, была доставлена в хирургическое отделение Красноярской межрайонной клинической больницы №4 в экстренном порядке бригадой скорой медицинской помощи в 10.20 10.01.16 с клинической картиной острого холецистита (?), острого аппендицита (?).*

*При поступлении больная предъявляла жалобы на постоянные боли в животе, более выраженные в правой подвздошной области, тошноту, вздутие живота, общее недомогание, двукратный жидкий стул, повышение температуры тела до 37,5°C. Со слов больной, боли в животе начали беспокоить с 19.00 09.01.16.*

*В анамнезе: хроническая ишемическая болезнь сердца; стабильная стенокардия напряжения II функционального класса (ФК); постинфарктный кардиосклероз (острый инфаркт миокарда дважды в 2000 г.); имплантация электрокардиостимулятора в 2013 г. по поводу синдрома слабости синусового узла; гипертоническая болезнь III степени, риск 4 (очень высокий); хроническая сердечная недостаточность IIA (2 ФК по NYHA).*

*При объективном обследовании: состояние средней тяжести, обусловленное болевым синдромом, диспепсией. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение нормостеническое, питание повышенное (ожирение I степени). Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренно влажные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые, обычной влажности. Язык сухой, густо обложен белым налетом. Живот симметричный, правая половина отстаёт в акте дыхания, не вздут. При пальпации живот резко болезненный, напряженный в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительные в правой подвздошной области. Симптомы Воскресенского, Ситковского, Образцова, Бартомье–Михельсона положительные. Притупления перкуторного звука в отлогах местах брюшной полости нет. Печеночная тупость сохранена. Перистальтика выслушивается. Газы отходят. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, несколько учащенное (в связи с постоянным приемом диуретических препаратов). Диурез снижен. Стул был 09.01.16. При ректальном осмотре патологии не выявлено.*

Данные ультрасонографии органов брюшной полости, почек и забрюшинного пространства. Печень: правая доля — 172×145 мм, левая — 89×59 мм, контур ровный, четкий, эхогенность нормальная, эхоструктура однородная. Желчные протоки не расширены (4–5 мм). Очаговой патологии не выявлено. Желчный пузырь — 86×27 мм. В просвете желчного пузыря визуализируется конкремент (21 мм). Воротная вена — 11 мм. Печеночные вены — 7–9 мм. Нижняя полая вена — 20 мм. Брюшной отдел аорты — 16 мм. Поджелудочная железа не увеличена, контур ровный, эхогенность повышена, эхоструктура однородная, головка — 28 мм, тело — 19 мм, хвост — 23 мм. Селезенка — 113×41 мм. Правая почка: определяется в горизонтальном и вертикальном положениях расположена обычно. Контуры ровные, четкие. Дыхательная подвижность нормальная. Длина — 92 мм, ширина — 51 мм, толщина — 50 мм. Паренхиматозный слой в среднем сегменте — 11 мм. Эхогенность нормальная. Эхоструктура паренхимы однородная, хорошо дифференцируется кортикомедуллярный слой. Почечный синус не изменен. Чашечно-лоханочная система не расширена. В почечном синусе в среднем сегменте — гиперэхогенное образование с четкой акустической тенью (8 мм).

Левая почка: определяется, в горизонтальном и вертикальном положениях расположена обычно. Контуры ровные, четкие. Дыхательная подвижность нормальная. Длина — 74 мм, ширина — 46 мм, толщина — 36 мм. Паренхиматозный слой в среднем сегменте — 8 мм. Эхогенность повышенная. Эхоструктура паренхимы однородная, хорошо дифференцируется кортикомедуллярный слой. Почечный синус не изменен. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкрементов не определяется.

Забрюшинное клетчаточное пространство не изменено.

Заключение: гепатомегалия; конкремент желчного пузыря; диффузные изменения поджелудочной железы; эхо-признаки нефросклероза слева; конкремент правой почки.

В анализах при поступлении: эр. —  $3,94 \cdot 10^{12}/л$ , Нб — 108 г/л, л. —  $16,58 \cdot 10^9/л$ , сдвиг лейкоцитарной формулы влево (п. — 20%), тр. —  $415 \cdot 10^9/л$ , СОЭ — 60 мм/ч. Протромбиновое время — 12,80 с, фибриноген — 9,15 г/л, общий белок — 69,5 г/л, глюкоза крови — 6,34 ммоль/л, мочевины — 15,9 ммоль/л, креатинин — 229,0 мкмоль/л, билирубин общий — 11,0 мкмоль/л, аспаратаминотрансфераза — 13,9 МЕ/л, аланина-

минотрансфераза — 9,8 МЕ/л, амилаза — 52,0 ЕД/л. Общий анализ мочи: плотность — 1025, рН 5,0, лейкоциты сплошь, эр. — 6–8–12 в поле зрения, эпителий плоский в небольшом количестве в поле зрения, белок — 3,0 г/л.

При поступлении больная была осмотрена урологом. Заключение: мочекаменная болезнь; хронический калькулезный пиелонефрит справа; камень правой почки; нефросклероз слева; хроническая почечная недостаточность I степени.

Учитывая клинко-лабораторные данные, результаты инструментального обследования, данные динамического наблюдения, после предоперационной подготовки больная была взята в операционную с диагнозом острого аппендицита. 10.01.16 в экстренном порядке по жизненным показаниям под спинномозговой анестезией был выполнен доступ по Волковичу–Дьяконову. Вскрыт апоневроз наружной косой мышцы живота, послойно рассечены, расслоены внутренняя косая и поперечная мышцы живота. При этом выделилось до 50 мл мутного густого гноя с геморрагическим компонентом — взят на посев. При дальнейшей ревизии обнаружено распространение гнойного процесса по подвздошной ямке в паранефральном направлении в забрюшинное пространство; при ревизии выделилось еще до 100 мл гноя с фрагментами жировой клетчатки. В операционную приглашен уролог.

После санации и ограничения раны, смены перчаток и инструментов вскрыта париетальная брюшина в правой подвздошной области. В правой подвздошной ямке — до 50 мл мутного серозного выпота, осушен. В рану выведен купол слепой кишки с неизменным червеобразным отростком. При дальнейшей ревизии патологии органов брюшной полости не выявлено. Выпот расценен как реактивный. В правую подвздошную ямку установлена дренажная трубка, введено 20 мл раствора диоксида. Брюшина ушита. В забрюшинное пространство по направлению к паранефральной клетчатке установлены трубчатый и перчаточный дренажи. Операционная рана послойно ушита до дренажей. Наложена асептическая повязка.

Выполнена лумботомия справа. Послойно вскрыто забрюшинное пространство. При разведении краев раны обильно опорожняется гной с детритом, представленным забрюшинной клетчаткой и единичными сгустками крови. Забрюшинная клетчатка деревянистой плотности. Произведены некрсеквестрэктомия, санация забрюшинного пространства. Гнойный процесс

распространяется от нижнего полюса правой почки до подвздошной области. Выполнена ревизия почки: в нижнем полюсе — тканевый участок (опухоль) диаметром около 5,0 см с распадом, обильно кровоточащий (рис. 1).

Взята биопсия опухолевидного образования почки. Кровотокающий участок ушит с применением гемостатической губки (рис. 2).

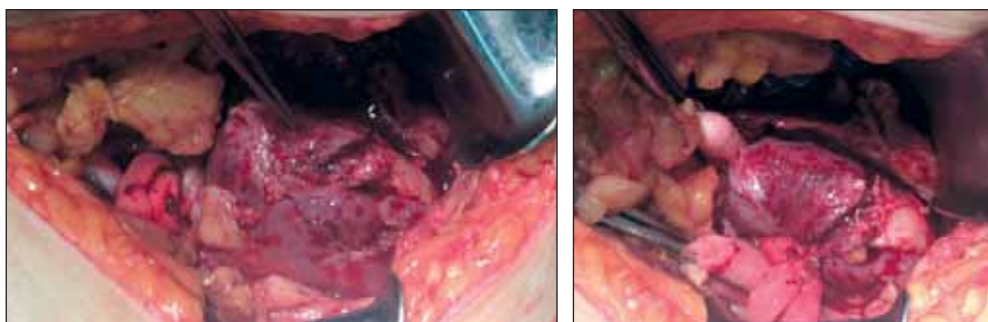


Рис. 1. Опухоль (?) с распадом правой почки





**Рис. 2.** Этап ушивания кровоточащего участка опухоли правой почки с использованием гемостатической губки

При ревизии всей поверхности почка розовая, не увеличена, паренхима не изменена. Гемостаз, контроль на инородные тела. Забрюшинное пространство санировано 1,5% раствором перекиси водорода, физиологическим раствором. Установлены 4 перчаточных дренажа: 1 – по задней поверхности почки, 2 – к нижнему полюсу, 2 – в правую подвздошную область. Установлены 2 трубчатых дренажа с целью орошения: 1-й выведен через разрез Волковича–Дьяконова, 2-й – через дополнительный контрапертурный разрез в поясничной области справа. Мышцы послойно ушиты. Наложены редкие швы на кожу, асептическая повязка.

В послеоперационном периоде больная получала инфузионную, дезинтоксикационную, антибактериальную (мерексид – 1,0 г 3 раза в сутки с последующей сменой на ампициллин – 1,0 г 2 раза в сутки), симптоматическую терапию, профилактику венозных тромбоэмболических осложнений.

В послеоперационном периоде дважды в день проводилась санация забрюшинного пространства раствором диоксида. Дренажи поэтапно удалены на 7–10-е сутки. Заживление ломботомической раны вторичным натяжением. Ввиду диастаза краев раны 04.02.16 наложены вторичные швы. Послеоперационная рана после доступа Волковича–Дьяконова зажила первичным натяжением.

Течение послеоперационного периода гладкое.

Бактериологический посев раневого отделяемого: получена культура *Enterococcus faecalis*, чувствительная к ампициллину и ванкомицину, резистентная к ципрофлоксацину и левофлоксацину.

Лабораторные показатели в динамике нормализовались. В анализах крови: эр. –  $3,43 \cdot 10^{12}/л$ , Нб –  $89 г/л$ , л. –  $9,98 \cdot 10^9/л$  (без сдвига лейкоцитарной формулы, лимф. – 29%), тр. –  $385 \cdot 10^9/л$ , СОЭ – 27 мм/ч. Глюкоза крови – 5,69 ммоль/л, мочевины – 10,1 ммоль/л, креатинин – 196,0 мкмоль/л.

Результат гистологического исследования от 15.01.16: присланный материал представлен фиброзно-жировой тканью с густой диффузной полиморфно-клеточной воспалительной инфильтрацией с примесью ксантомных клеток и гигантских многоядерных клеток типа инородных тел, участки

склероза, расстройства кровообращения, кровоизлияния. Морфологическая картина воспалительного инфильтрата с формированием стенки хронического абсцесса. Данных за опухоль в представленных препаратах не определяется; ткань почки не идентифицируется.

Больная была выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга, уролога в поликлинике по месту жительства.

Представленный клинический случай и анализ литературы [1–3] позволили сделать следующие выводы:

- при обследовании и лечении urgentных хирургических больных, особенно пожилого и старческого возраста, с острыми заболеваниями органов брюшной полости необходимо помнить о возможности редких состояниях, в том числе – острой урологической патологии, и применять полный комплекс доступных диагностических мероприятий для их ранней диагностики;
- при ультразвукографии следует иметь в виду не только прямые, но и косвенные дифференциально-диагностические признаки воспалительных изменений органов брюшной полости, почек и забрюшинного пространства с прицельным исследованием области интереса и решением вопроса о дальнейшей тактике лечения, выполнении адекватных и своевременных оперативных вмешательств для улучшения результатов лечения;
- врачам-хирургам, урологам, врачам ультразвуковой диагностики, работающим в условиях оказания неотложной помощи, надо помнить о возможности редких, сочетанных и пограничных воспалительных состояний органов брюшной полости, почек и забрюшинного пространства, отмечать и дифференцировать их клинические и ультразвукографические признаки.

## Литература

1. Арбулиев К.М. Оперативная тактика при осложненных формах острого гнойного пиелонефрита // Урология. – 2008; 1: 15–20.
2. Бруклич Н.А., Нерсесян Е.Г., Феданов Л.В. и др. Диагностика и лечение гнойных процессов в забрюшинной клетчатке // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2011; 11: 37–40.
3. Осипов В.И., Легких И.Г., Чепцов Ф.Р. К вопросу причинности забрюшинных флегмон // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2008; 3: 122–3.

### **DIFFERENTIAL-DIAGNOSTIC CASE OF DESTRUCTION OF THE KIDNEY AND PHLEGMON OF RETROPERITONEAL SPACE WITH TUMORAL DEFEAT AT THE CLINICAL PICTURE OF PERITONITIS**

**E. Serova<sup>1,2</sup>**, Candidate of Medical Sciences; **I. Silkin<sup>2</sup>**; **E. Staroseltsev<sup>2</sup>**; **V. Chernyakov<sup>2</sup>**; **V. Shilov<sup>2</sup>**; **V. Omelchuk<sup>2</sup>**; **I. Prusov<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University

<sup>2</sup>Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital Four

*Phlegmon of the retroperitoneal fat is its acute pyoinflammatory process that does not tend to delimit from intact tissues. The Department of Urology, Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital Four, annually encounters as many as 3 cases of retroperitoneal phlegmon. The clinical symptoms of retroperitoneal fat empyemas vary, which determines diagnostic difficulties. The paper describes a case of a senile patient with kidney destruction and retroperitoneal phlegmon with tumor involvement in the clinical picture of peritonitis.*

**Key words:** retroperitoneal phlegmon-complicated kidney destruction, kidney tumor, peritonitis, differential diagnosis.