

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-11-10>

Случай абсцедирования почки с развитием перитонита

Ю.С. Винник¹, доктор медицинских наук, профессор,

Е.В. Серова^{1, 2}, доктор медицинских наук,

Д.В. Коршун²,

В.В. Зиновьев²,

М.Ю. Юрьева^{1, 2}, кандидат медицинских наук

¹Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

²Красноярская межрайонная клиническая больница №4

E-mail: ekaterina_s_07@mail.ru

В большинстве случаев причиной перитонита являются острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Статистические данные несколько разнятся, однако около 4% перитонитов классифицируются как «от других причин». В доступной литературе нам не удалось найти данных о том, с какой частотой причиной перитонита является прорыв в свободную брюшную полость гнойников забрюшинного пространства, в частности, абсцессов почек. В нашей клинике на лечении находилась пациентка со множественными абсцессами почки, осложнившимися развитием гнойного перитонита.

Ключевые слова: хирургия, абсцесс почки, перитонит, атипичная клиническая картина.

Для цитирования: Винник Ю.С., Серова Е.В., Коршун Д.В. и др. Случай абсцедирования почки с развитием перитонита. Врач. 2020; 31 (11): 54–57. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-11-10>

В большинстве случаев причиной перитонита являются острые хирургические заболевания органов брюшной полости, такие как острый аппендицит, острый деструктивный холецистит, панкреонекроз, перфорации полых органов. Статистические данные несколько разнятся, однако, около 4% перитонитов классифицируются как «от других причин» [1–4]. В доступной литературе нам не удалось найти данных о том, с какой частотой причиной перитонита является прорыв в свободную брюшную полость гнойников забрюшинного пространства, в частности, абсцессов почек. В нашей клинике на лечении находилась пациентка именно с таким случаем.

Пациентка Г., 79 лет, была доставлена в приемное отделение КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №4» в экстренном порядке бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на боли в правых отделах живота, тошноту, повышение температуры тела до 37,0–38,5°C, слабость. Из анамнеза известно, что указанные жалобы периодически беспокоили в течение 1 мес, возникали, со слов пациентки,

беспричинно, на фоне полного благополучия. Пациентка никуда не обращалась, не обследовалась. Эпизодически принимала нестероидные противовоспалительные препараты с кратковременным положительным эффектом в виде снижения температуры тела. При этом в правой половине живота сохранялся болевой синдром ноющего характера, меньшей интенсивности на фоне симптоматической анальгетической терапии. Антибактериальные препараты пациентка не получала. В анамнезе операций, травм не было. Из хронических заболеваний: гипертоническая болезнь III степени, риск 4 (очень высокий), состояние после перенесенного в 2018 г. острого нарушения мозгового кровообращения, артроз левого тазобедренного сустава, ревматоидный артрит. Пациентка осмотрена совместно хирургом, урологом и терапевтом.

При осмотре в приемном покое: состояние средней степени тяжести за счет болевого и интоксикационного синдромов. В сознании, адекватна. Положение активное. Телосложение гиперстеническое, индекс массы тела $29,9 \text{ кг/м}^2$. Кожный покров бледно-розовый, обычной влажности, тургор снижен. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, умеренно влажные, чистые. Температура тела $37,2^\circ\text{C}$. Дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям, в нижних отделах ослаблено с обеих сторон, более выражено справа, хрипов нет. Частоты дыхательных движений — 18 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений — 86 в минуту. Пульс — 86 ударов в минуту. АД — 130/80 мм рт. ст. Язык сухой, умеренно обложен налетом белого цвета. Живот увеличен в размерах за счет избыточного отложения подкожной жировой клетчатки, симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания, при поверхностной ориентировочной пальпации напряженный и болезненный в правой подреберной, правой боковой и правой подвздошной областях. Глубокой пальпации вышеуказанные области, особенно область правого подреберья, недоступны. В остальных отделах брюшной полости болезненности и защитного напряжения мышц передней брюшной стенки не определяется. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Грекова—Ортнера, Мерфи — положительные. Симптомы раздражения брюшины положительные в правом подреберье. Перистальтика выслушивается. Поясничная область справа и слева визуально не изменена. Симптом XII ребра сомнительный справа, отрицательный слева. Газы отходят. Нарушения стула нет. Дизурических явлений нет. При ректальном осмотре патологии не выявлено.

Ультрасонография брюшной полости: эхопризнаки деструктивного калькулезного холецистита (слоистая стенка — в виде двойного контура — желчного пузыря). Объемное образование гепаторенальной области справа (абсцесс (?), гематома (?)). В гепаторенальной области справа (в области среднего сегмента почки) визуализируется округлое гипозоногенное образование гетерогенной структуры с четкими неровными контурами, при цветовом доплеровском картировании (ЦДК) без кровотока, размерами $34 \times 42 \times 45 \text{ мм}$ (объем $33,6 \text{ см}^3$). Диффузные изменения печени, поджелудочной железы.

Результаты лабораторных методов исследования при поступлении: лейкоциты — $13,7 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы — 10%, СОЭ — 64 мм/ч, гемоглобин — 99 г/л, эритроциты — $3,74 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гематокрит — 31%, тромбоциты — $456 \cdot 10^9/\text{л}$. Амилаза — 78 ЕД/л, креатинин — 59,0 мкмоль/л, мочевины — 3,3 ммоль/л, общий белок — 75,8 г/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) — 81,1 ЕД/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 86,1 ЕД/л, глюкоза — 4,57 ммоль/л, общий билирубин — 10,1 мкмоль/л. Фибриноген — 4,53 г/л. Лейкоцитурия — 10–18 в поле зрения, эритроцитурия — 10–15 в поле зрения.

Учитывая клинико-лабораторные данные, результаты дополнительных методов исследования, выставлен диагноз: острый холецистит. Пациентка была госпитализирована в хирургическое отделение. Больная осмотрена анестезиологом-реаниматологом, принято решение об оперативном лечении в экстренном порядке по жизненным показаниям после предоперационной подготовки (инфузионная, спазмолитическая, антибактериальная, симптоматическая терапия).

Выполнена диагностическая лапароскопия с поддержанием давления в брюшной полости 8–10 мм рт. ст. При осмотре брюшной полости обнаружено около 300 мл сливкообразного гноя по правому боковому каналу, в малом тазу, подпеченочно и в надпеченочном пространстве; взят на бактериологический посев, осушен. Паритетальная брюшина правой подреберной, правой боковой области, в надпеченочном пространстве гиперемирована, отечна. Печень умеренно увеличена. На капсуле печени, прилегающей к описанным областям, пленчатые наложения фибрина. Желчный пузырь спадается при инструментальной пальпации, в его просвете определяются конкременты, стенка серо-голубого цвета, не утолщена — не изменена. Желудок и двенадцатиперстная кишка осмотрены на наличие перфорации, парапанкреатическая область при инструментальной пальпации не изменена. Тощая, подвздошная кишка на участках, доступных

визуализации, не изменены, перистальтика сохранена. Толстая кишка без патологии. Учитывая неясную причину гнойного перитонита, для полноценной ревизии органов брюшной полости было решено выполнить лапаротомию.

При ревизии желчный пузырь, желудок, поджелудочная железа, печень, тонкая и толстая кишка без патологии, органы малого таза инволютивно изменены. В проекции правой почки обнаружен конгломерат диаметром до 15,0 см, с расплавлением париетальной брюшины по передней стенке и истечением гноя из забрюшинного пространства в свободную брюшную полость. Париетальная брюшина в проекции правой почки рассечена и разделена тупым путем. По передней поверхности правой почки вскрыта полость абсцесса диаметром до 5,0 см, с плотными, каллезными краями. Почка выделена из сращений, серо-голубого цвета, размерами 12,0×6,0×5,0 см. Под капсулой видны разнокалиберные белесоватые образования. Произведена декапсуляция почки. Вскрыты абсцессы по задней поверхности среднего сегмента до 3,0 см в диаметре, в нижнем сегменте до 2,0 см в диаметре, в верхнем сегменте до 2,0 см в диаметре. Паренхима почки пористая, при декапсуляции происходит ее кускование. Левая почка не изменена. Принято решение о нефрэктомии. Мочеточник мобилизован максимально дистально, на зажимах пересечен, перевязан. Выделена почечная ножка. Наложены зажимы Федорова, ножка пересечена, почка удалена, отправлена на гистологическое исследование. Ножка трижды лигирована. Контроль на гемостаз и инородные тела. Другой органической патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства не выявлено. Установлен назоинтестинальный зонд. Брюшная полость санирована физиологическим раствором натрия хлорида, осушена. Через контрапертурные разрезы в правой и левой подвздошных областях установлены по 2 дренажа из перчаточной резины — в малый таз и по боковым каналам, в правой подреберной области — 2 дренажа из перчаточной резины в надпеченочное пространство и в ложе почки, трубчатый дренаж в ложе почки. Операционная рана послойно ушита наглухо.

Послеоперационный диагноз: острый гнойный правосторонний пиелонефрит; множественные абсцессы правой почки с прорывом в брюшную полость; диффузный гнойный перитонит; синдром системного воспалительного ответа.

В раннем послеоперационном периоде лечение пациентки осуществлялось в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Проводилась инфузионная терапия, антими-

кробная химиотерапия карбопенемами, стимуляция кишечника, симптоматическая терапия, профилактика венозных тромбоэмболических осложнений. На 2-е сутки послеоперационного периода была отмечена положительная динамика — уменьшение выраженности интоксикационного синдрома. Назоинтестинальный зонд был удален на 4-е сутки. Функция желудочно-кишечного тракта восстановлена. Дренажи из брюшной полости удалены на 7-е сутки. Швы с лапаротомной раны сняты на 10-е сутки, рана зажила первичным натяжением. Дренажные раны заживали вторично. Лабораторные показатели полностью нормализовались к 7-м суткам послеоперационного периода. Пациентка была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга и уролога амбулаторно.

Таким образом, анализируя представленный трудный клинический случай, необходимо отметить, что у пациентов пожилого и старческого возраста urgentные хирургические и урологические заболевания могут протекать со стертой и атипичной клинической картиной. При подозрении на сочетанную патологию и в трудных дифференциально-диагностических случаях необходим совместный осмотр специалистами разного профиля, в частности, хирургом и урологом. При проведении УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства врачу-сонологу необходимо помнить о сочетанной urgentной патологии и, по мере возможности, постараться дифференцировать основную локализацию патологического процесса [5]. При некоторых воспалительных заболеваниях органов брюшной и грудной полостей, в частности, при нижнедолевой пневмонии справа с экссудативным плевритом и без него, при наличии свободной или отграниченной жидкости (различного характера, в том числе при асците) в брюшной полости, остром панкреатите, перфоративной язве желудка или двенадцатиперстной кишки, гнойном пиелонефрите, паранефрите, возможно вторичное изменение стенки желчного пузыря в виде двойного псевдоконтура. При этом интраоперационно стенка желчного пузыря не изменена или же изменена вторично в виде незначительного реактивного отека, без деструкции его стенки. У пациентов пожилого и старческого возраста возможно длительное бессимптомное, клинически маловыраженное вялотекущее или атипичное течение воспаления органов брюшной полости и забрюшинного пространства, в том числе пиелонефрит с формированием апостем, карбункулов и абсцессов. При этом могут отсутствовать соответствующие степени воспаления, изменения лабораторных показателей крови и мочи. В трудных дифференциально-диагностических случаях показано выполнение малоинвазивных операций — диагностической лапароскопии

с решением вопроса о необходимости и объеме дальнейшей операции в зависимости от операционной находки.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии финансовых и иных конфликтных интересов.

Литература/Reference

1. Зубрицкий В.Ф., Айрапетян А.Т., Голубев И.В. и др. Дренирование брюшной полости при перитоните. *Мед вестн МВД*. 2015; 2 (75): 12–5 [Zubritskiy V., Airapetyan A., Golubev I. et al. Abdominal drainage in case of peritonitis. *MIA Medical Bulletin*. 2015; 2 (75): 12–5 (in Russ.)].

2. Здзитовецкий Д.Э., Винник Ю.С., Борисов Р.Н. Динамика и хирургическая коррекция полиорганной недостаточности у больных распространенным гнойным перитонитом с тяжелыми исходными проявлениями системного воспаления. *Вестн эксперим и клин хирургии*. 2012; 2: 253–7 [Zdzitovetsky D.E., Vinnik Yu.S., Borisov R.N. Dynamics and surgical correction of multiple organ failure in patients with general purulent peritonitis with severe initial manifestations of systemic inflammation. *Bull Experim Clin Surg*. 2012; 2: 253–7 (in Russ.)].

3. Ермолов А.С., Воленко А.В., Горский В.А. и др. Покровский Радикальное устранение источника перитонита – кардинальная проблема хирургического лечения перитонита. *Анналы хирургии*. 2016; 21 (3): 211–4 [Ermolov A.S., Volenko A.V., Gorskiy V.A. et al. Radical elimination of the source of peritonitis is the cardinal problem of surgical treatment of peritonitis. *Annaly khirurgii (Annals of Surgery, Russian journal)*. 2016; 21 (3): 211–4 (in Russ.)]. DOI: 10.18821/1560-9502-2016-21-3-211-214

4. Сараев А.Р., Назаров Ш.К., Назаров Х.Ш. и др. Хирургическая тактика при распространенном перитоните. *Здравоохранение Таджикистана*. 2019; 4: 84–92 [Saraev A.R., Nazarov Sh.K., Nazarov H.Sh. et al. Surgical approach for generalized peritonitis (literature review). *Zdravookhranenie Tadjikistana*. 2019; 4: 84–92 (in Russ.)].

5. Винник Ю.С., Серова Е.В., Прусов И.А. и др. Ультрасонографическая диагностика прикрытой перфорации язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2016; 175 (6): 79–81 [Vinnik Yu.S., Serova E.V., Prusov I.A. et al. Ul'trasonograficheskaya diagnostika prikrtoy perforatsii yazvy lukovitsy dvenadtsatiperstnoi kishki. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova*. 2016; 175 (6): 79–81 (in Russ.)].

A CASE OF RENAL ABSCESS FORMATION WITH THE DEVELOPMENT OF PERITONITIS

Professor **Yu. Vinnik**^{1*}, MD; **E. Serova**^{1,2**}, MD; **D. Korshun**²; **V. Zinovyev**²; **M. Yuryeva**^{1,2}, Candidate of Medical Sciences

¹Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University

²Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital Four

Acute surgical diseases of the abdominal organs are a cause of peritonitis in most cases. The statistical data vary slightly; however, about 4% of peritonitis cases are classified as those due to other causes. We were unable to find data in the available literature on the frequency, with which the cause of peritonitis is a burst of retroperitoneal abscesses, renal ones in particular, into the free abdominal cavity. A female patient with multiple renal abscesses complicated by purulent peritonitis was treated in our clinic.

Key words: surgery, renal abscess, peritonitis, atypical clinical presentation.

For citation: Vinnik Yu., Serova E., Korshun D. et al. A case of renal abscess formation with the development of peritonitis. *Vrach*. 2020; 31 (11): 54–57. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-11-10>

Об авторях/About the authors: *Vinnik Yu.S. ORCID: 0000-0002-8995-2862;

**Serova E.V. ORCID: 0000-0003-1787-3599