

Кадыров З.А., Рибун В.В.

Ретроперитонеоскопическое дренирование абсцесса подвздошно-поясничной мышцы (клинический случай)

Kadirov Z.A., Ribun V.V.

Retroperitoneoscopic drainage of abscess iliopsoas muscle (a clinical case)

ФГАОУ ВО РУДН, медицинский институт, кафедра эндоскопической урологии, г. Москва

В статье приводится клинический пример обследования и лечения пациента Т. 23 лет, поступившего в ГКБ им. С.С. Юдина в экстренном порядке с диагнозом: абсцесс левой подвздошно-поясничной мышцы. После обследования и предоперационной подготовки пациенту выполнено ретроперитонеоскопическое вскрытие и дренирование абсцесса. Продемонстрированы этапы ретроперитонеоскопического оперативного лечения (создание рабочего пространства, установка троакаров, мобилизация поясничной мышцы и вскрытие ее фасции, выявление инфильтрированного участка поясничной мышцы, вскрытие абсцесса, эвакуация гнойного содержимого, санация и дренирование гнойной полости). Выявлены преимущества ретроперитонеоскопического метода (минимальная операционная травма, минимальная кровопотеря, отсутствие необходимости использования наркотических анальгетиков, ранние сроки восстановления). Ретроперитонеоскопические операции при гнойно-воспалительных заболеваниях почек и забрюшинного пространства (абсцесс подвздошно-поясничной мышцы) можно рассматривать как альтернативу открытым оперативным пособиям. *Ключевые слова: ретроперитонеоскопия, абсцесс подвздошно-поясничной мышцы.*

The article describes a clinical case of patient T., aged 23, who was admitted to the hospital in a serious state with diagnosis: abscess of the iliopsoas muscle. After the examination and preoperative preparations the patient was operated. The abscess was incised and drained. The surgical procedure is described in details. The authors discuss advantages of the retroperitoneoscopic techniques (minimal surgical trauma, minimal blood loss, no needs for narcotic pain-killers, early recovery terms). The retroperitoneoscopic surgery for pyoinflammatory diseases of kidneys and retroperitoneal space (abscess of the iliopsoas muscle) can be considered as an alternative approach to open surgeries. *Key words: retroperitoneoscopy, abscess of iliopsoas muscle.*

Введение

В группу гнойно-воспалительных поражений почек и забрюшинного пространства относят все формы гнойного пиелонефрита (апостематозный пиелонефрит, абсцесс и карбункул почки), нагноившиеся почечные кисты и гематомы, пионефроз, паранефральные абсцессы, абсцессы поясничной мышцы. Последнее время отмечается увеличение удельного веса этого поражения в структуре почечной патологии, а также остается высокой частота органосохраняющих операций при несвоевременном лечении. Пациенты в стационар поступают чаще всего в тяжелом состоянии и нуждаются в неотложной помощи. Сохраняется высокая летальность при развитии системного воспалительного ответа при данных заболеваниях [1, 4, 7].

В настоящее время общепринятым методом лечения гнойно-воспалительных заболеваний почек и забрюшинного пространства является хирургический. Предпочтительно более раннее оперативное лечение, органосохраняющая тактика с устранением обструкции мочевых путей и последующей антибактериальной терапией. Открытая операция при гнойно-воспалительных процессах в почках и подкожно-жировой клетчатке включает люмботомию, ревизию почки и забрюшинного пространства, при необходимости дренирование методом нефростомии, декапсуляцию, рассечение или иссечение карбункулов, вскрытие и дренирование абсцессов почки [2, 3, 11].

В последние годы в связи с внедрением в клиническую практику чрескожных методов дренирования, а также появлением высокоэффективных антибиотиков

широкого спектра действия появилась тенденция к замене открытой операции на чрескожные методы дренирования, которые применяют также при паранефрите у тяжелых, ослабленных больных или при декомпенсации сопутствующих заболеваний. Однако применение пункционных методов для адекватного санирования гнойного очага в забрюшинном пространстве не всегда оправдано в связи с анатомическими особенностями пациентов и локализацией пиогенных зон [8].

Новым этапом в урологии стало применение ретроперитонеоскопии для лечения урологических болезней. Ретроперитонеоскопические вмешательства основаны на технике типичных урологических операций, но выполняются по принципу малоинвазивной эндохирургии в забрюшинном пространстве. Последнее время метод ретроперитонеоскопии все чаще и чаще используется в неотложной урологии [5, 6].

Абсцесс подвздошно-поясничной мышцы – довольно редко встречающаяся патология, характеризующаяся стертой клинической картиной, однако имеющая отличительные признаки при КТ и УЗИ. Псоас-абсцесс чаще всего возникает вторично, в результате перехода воспалительного процесса из позвоночника, окружающей мышцу клетчатки или из близлежащих органов – почек, поджелудочной железы, червеобразного отростка при забрюшинном его расположении, либо первично как осложнение после медицинских манипуляций на позвоночнике и окружающих его мягких тканях (блокады, малоинвазивных оперативных вмешательств и т. д.) [9, 10].

Материалы и методы

Пациент Т. 23 лет поступил в ГКБ им. С.С. Юдина с жалобами на острую боль в поясничной области слева, левом мезогастргии, повышение температуры тела до 38,0 °С.

Больным себя считает в течение трех недель, когда стали беспокоить боли в левой поясничной области с иррадиацией в левые отделы живота. Около 2 дней назад стал отмечать повышение температуры тела до 38,0 °С с ознобом. Самостоятельно не лечился, ввиду ухудшения состояния в экстренном порядке доставлен в урологический стационар.

Общее состояние при поступлении тяжелое. Сознание ясное, положение пассивное. Кожные покровы бледные, сухие. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Мышечный тонус в норме. Движение конечностей в полном объеме. Температура тела 38,0 °С. Дыхание ровное, ритмичное. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения. АД 110/70 ЧСС 102 в мин. Язык розовый, подсушен, с налетом белого цвета. Живот болезненный в левых отделах, явления перитонизма. Симптом поколачивания положительный слева. Наружные половые органы не изменены.

По результатам УЗИ: Правая почка: расположение обычное, 122 × 47 мм, контуры ровные, четкие. Толщина паренхимы 19 мм. Эхогенность умеренно повышена. ЧЛС не расширена. Конкрементов не выявлено. Подвижность сохранена. Паранефральная клетчатка без особенностей. Область надпочечника не изменена. Левая почка: расположение обычное, 130 × 57 мм. Контуры четкие, ровные. Толщина паренхимы 22 мм, эхогенность повышена, чашечно-лоханочная система не расширена, конкрементов не выявлено. У нижнего полюса и по медиальной поверхности почки визуализируется округлая неоднородная структура смешанной эхогенности с нечеткими контурами до 65 мм. максимальным размером. В нижних отделах брюшной полости незначительное количество свободной жидкости.

При компьютерной томографии брюшной полости с болюсным контрастированием: правая почка нормальных размеров, гомогенной структуры, с четкими, ровными контурами, гомогенно накапливает контрастное вещество. По медиальной поверхности левой почки определяется дефект паренхимы (1,3 × 1,2 × 1,9 см), не накапливающей контрастное вещество, с распространением патологического процесса на подвздошно-поясничную мышцу (6,45 × 3,43 × 6,84 см). Патологический процесс в левом заднем периренальном пространстве неоднородной структуры, средней плотностью + 20 ед. по Нн, не накапливает контрастное вещество, по его периферии определяется накопление контрастного вещества в виде капсулы неправильной формы, равномерной толщины (до 0,3 см), ЧЛС не расширена, конкрементов не выявлено, стенки брюшного отдела аорты не изменены, тромботических масс в просвете не выявлено. Лимфатические узлы размерами до 0,9 см в максимальном сечении.

Лабораторное обследование. Общий анализ крови: гемоглобин 129 г/л, эритроциты $4,82 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $423 \times 10^9/л$, лейкоциты $19,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы 12, СОЭ 24 мм/ч.

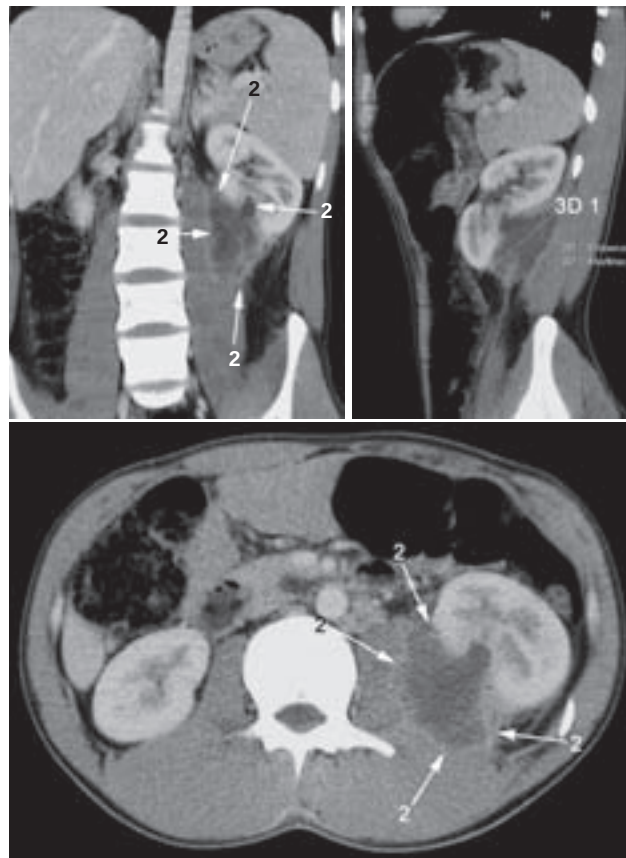


Рис. 1. Пациент Т., 23 года. Компьютерные томограммы при поступлении в стационар. Абсцесс левой подвздошно-поясничной мышцы 6,45 × 3,43 × 6,84 см (стрелки)

Общий анализ мочи: лейкоциты 20–25 в поле зрения, эритроциты 0–1 в поле зрения, относительная плотность 1,017.

Биохимический анализ крови: глюкоза крови – 5,0 ммоль/л, белок общий – 63 г/л, мочевины – 4,4 ммоль/л, креатинин – 83,0 мкмоль/л, билирубин общий – 12,5 мкмоль/л.

Установлен клинический диагноз: Абсцесс левой подвздошно-поясничной мышцы. Принято решение о выполнении ретроперитонеоскопического вскрытия и дренирования абсцесса.

После предоперационной подготовки, выполнено оперативное лечение: ретроперитонеоскопическое вскрытие и дренирование абсцесса подвздошно-поясничной мышцы. Под эндотрахеальным наркозом в положении больного на правом боку в костовертебральном углу разрезом до 1 см рассечена кожа, подкожно-жировая клетчатка. В забрюшинное пространство введен 10 мм троакар с оптикой. Инсуффляцией закиси азота создано рабочее пространство. Под оптическим контролем введены два дополнительных 5 мм троакара по наружной и средней аксиальной линии. При ревизии отмечается инфильтрация и фибринозно-гнойные наложения на поясничной мышце. При выделении задней поверхности почки с паранефральной клетчаткой от поясничной мышцы выявлены инфильтрация и интимное сращение. С некоторыми техническими трудностями почка отделена от поясничной мышцы. При этом отмечалось выделение густого сликообразного гноя в количестве около

200 мл, последний аспирирован. Источником абсцесса являлась поясничная мышца с вовлечением параренальной клетчатки. Выполнена санация полости абсцесса промыванием раствором хлоргексидина в объеме 500 мл, кровотечения нет. В забрюшинное пространство установлено два страховых дренажа диаметром 28 по FR (один – в полость абсцесса, второй – в забрюшинное

пространство). Троякары поочередно удалены, наложена асептическая повязка. Операция выполнена на видеостойке фирмы KarlStorz (Германия). Продолжительность операции – 113 минут. Интраоперационная кровопотеря – 70 мл. Осложнений во время операции и наркоза не было. Обезболивание в раннем послеоперационном периоде проводилось ненаркотическими аналь-



Рис 2. Обработка операционного поля и введение первого троакара

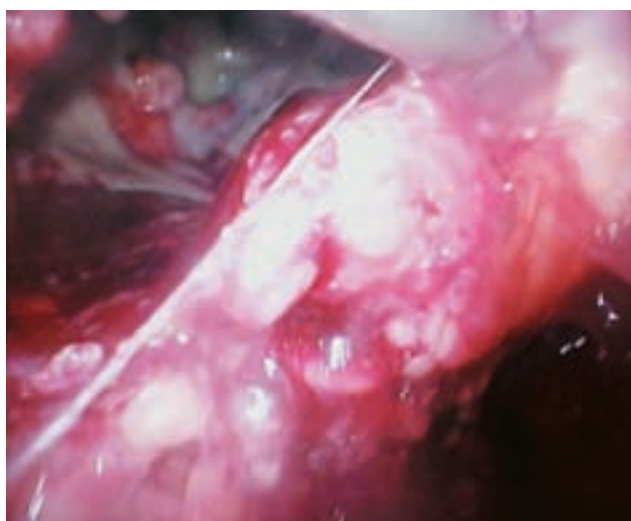


Рис 3. Мобилизации поясничной мышцы

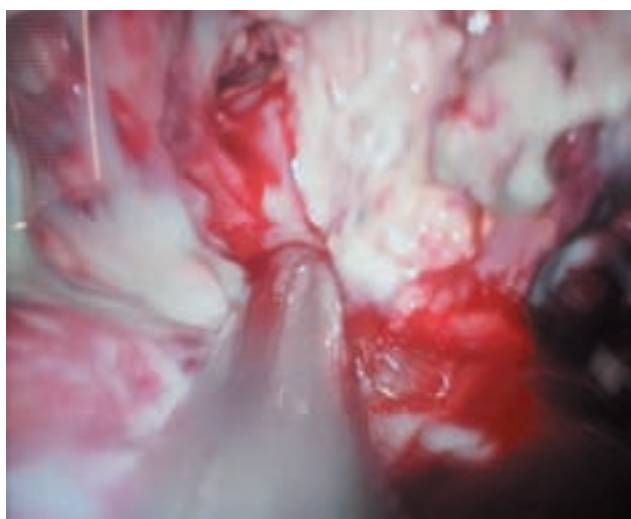
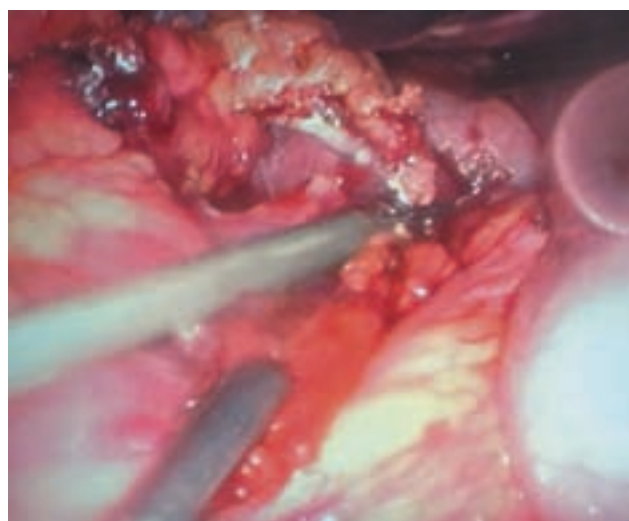


Рис 4. Эвакуация гноя



гетиками и нестероидными противовоспалительными препаратами в течение первых 3 суток. Пациент активизирован на первые сутки после операции.

Микробиологическое исследование гноя: *Staphylococcus aureus* 10×5 с чувствительностью к ципрофлоксацину, клиндамицину, эритромицину, гентамицину, цефотаксиму, амикацину, ванкомицину.

Послеоперационный период протекал гладко, проводилась антибактериальная терапия цефалоспоридами III генерации в комбинации с аминогликозидами. Температура тела нормализовалась на вторые сутки после оперативного лечения. Страховые дренажи удалены на четвертые сутки от операции.

УЗИ-контроль почек, надпочечников и забрюшинного пространства на вторые сутки после оперативного лечения. Правая почка: расположение обычное, толщина паренхимы 20 мм. Синус уплотненный, чашечки не расширены, лоханка не визуализируется. Левая почка: расположение обычное, толщина паренхимы 22 мм. Эхогенность повышена. Лоханка 19×15 мм. Конкременты не визуализируются. Подвижность ограничена. Нижний полюс почки с нечеткими контурами, вдоль медиальной поверхности – зона смешанной эхогенности с гиперэхогенными включениями с нечеткими контурами $6,7 \times 3,6$ см.

Выполнена контрольная компьютерная томография на 4-е сутки после оперативного лечения, отмечена положительная динамика: по медиальной поверхности левой почки определяется инфильтрация паранефральной клетчатки с распространением процесса на подвздошно-поясничную мышцу. В полости дренированного процесса определяются дренажные трубки. ЧЛС не расширена. Плевральные синусы свободны. Свободного газа и уровней жидкости не выявлено.

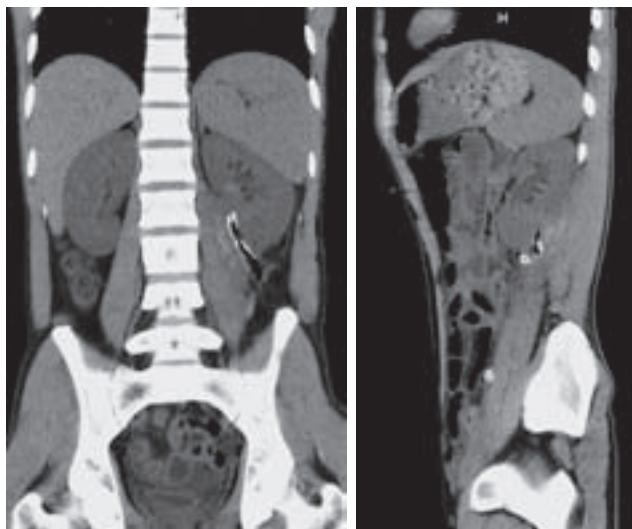


Рис. 5. Пациент Т., 23 года. Компьютерная томография после оперативного лечения (контроль на 4-е сутки)

ОАК (при выписке): Hb 132 г/л, лейкоциты $10,6 \times 10^9$ /л, эритроциты $4,44 \times 10^{12}$ /л, СОЭ 13 мм/ч.

В удовлетворительном состоянии пациент выписан под наблюдение уролога поликлиники с рекомендациями

выполнения УЗИ почек и лабораторным контролем. В стационаре проведено 6 койкодней.

Выводы

Ретроперитонеоскопические операции при гнойно-воспалительных заболеваниях почек и забрюшинного пространства (абсцесс подвздошно-поясничной мышцы) можно рассматривать как альтернативу открытым оперативным пособиям. Основные этапы ретроперитонеоскопической операции при абсцессе поясничной мышцы включают: создание рабочего пространства, установку троакаров, мобилизацию поясничной мышцы и вскрытие ее фасции, выявление инфильтрированного участка поясничной мышцы, вскрытие абсцесса, эвакуацию гнойного содержимого, санацию и дренирование гнойной полости.

При этом следует отметить минимальную операционную травму и минимальную кровопотерю при адекватном дренировании гнойной полости. Отсутствие необходимости использования наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде и ранние сроки реабилитации пациентов позволяют надеяться на применение данного метода.

Литература

1. Айвазян А. В., Войно-Ясенецкий А. М. Острые заболевания почек и мочевых путей. – М.: Наука, 1985. – 264 с.
2. Алферов С.М., Дурникин А.М., Зубарев А.В. и др. Клинические аспекты диагностики и оперативного лечения первичного острого гнойно-деструктивного пиелонефрита // Хирургия. – 2008. – № 7. – С. 15–19.
3. Арбулиев К.М. Оперативная тактика при осложненных формах острого гнойного пиелонефрита // Урология. – 2008. – № 1. – С. 15–20.
4. Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г. Практическая урология. – М.: Медфорум, 2012. – 352 с.
5. Кадыров З.А. Лапароскопические ретроперитонеальные операции в урологии. – М.: Бином, 2012. – 184 с.
6. Неймарк А.И. Ретроперитонеоскопия в хирургии органов забрюшинного пространства: диагностические, лечебные возможности и осложнения ретроперитонеоскопии // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – Т. 24. – Вып. 1. – С. 84–87.
7. Синякова Л.А. Гнойный пиелонефрит (современная диагностика и лечение). Автореф. дис.... докт. мед. наук. – М., 2002. – 34 с.
8. Теодорович О.В., Забродина Н.Б., Галлямов Э.А. Применение ретроперитонеоскопических оперативных методов лечения в урологии // Материалы XI съезда урологов России. – М., 2007. – С. 608–609.
9. Büyükbekci O., Seçkiner I., Karşlı B., Karakurum G., Başkonuş I., Bilge O., Kacira B.K. Retroperitoneoscopic drainage of complicated psoas abscesses in patients with tuberculous lumbar spondylitis // Eur. Spine. J. – 2012 Mar. 21 (3). – P. 470–473.
10. Conde Redondo C., Estebanez Zarranz J., Rodrigues Toves A., Amon Sesmero J., Simal F., Martinez Sagarra J.M. Treatment of psoas abscess: percutaneous drainage or open surgery // Prog. Urol. – 2000 Jun. – 10 (3). – P. 418–423.
11. Lee D.G., Jeon S.H., Lee C.H. et al. Acute pyelonephritis: clinical characteristics and the role of the surgical treatment // J. Korean Med. Sci. – 2009. – Vol. 24. – № 2. – P. 296–301.

Поступила в редакцию 07.04.2016 г.

Для контактов: Рибун Владимир Владимирович
E-mail: ribunv@mail.ru