

УДК: 616-002.53-079.4:616-002.3

АБСЦЕСС ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА, СИМУЛИРОВАВШИЙ ВНЕЛЕГОЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

З.Р. Рашидов, Ш.Т. Тиркашев, О.У. Рахимов

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Описано клиническое наблюдение абсцесса забрюшинного пространства, симулировавшего внелегочный туберкулез. У больного 30 лет методами ультразвукового исследования и мультиспиральной компьютерной томографии выявлены признаки гнойного процесса в забрюшинном пространстве с наличием плотного образования округлой формы (обызвестленный лимфатический узел?) и уретерогидронефроза справа, что вызывало подозрение на внелегочный туберкулез. В анамнезе аппендэктомия 16 лет назад. Больному произведена операция вскрытия и дренирования забрюшинного пространства справа. После гистопатологического исследования туберкулезная этиология процесса отвергнута; интраоперационная картина, беседа с пациентом в послеоперационном периоде, детальный разбор анамнеза заболевания позволили предположить, что при аппендэктомии в забрюшинном пространстве, вероятно, остался камень – феколит, который спустя 16 лет стал причиной формирования абсцесса. В течение всего этого длительного периода пациент не отмечал боли и дискомфорта. Данное редкое клиническое наблюдение продемонстрировало сложности дифференциальной диагностики внелегочного туберкулеза. Оперативное лечение с дренированием абсцесса явилось ключевым фактором благополучного исхода.

Ключевые слова: абсцесс забрюшинного пространства, внелегочный туберкулез, острый аппендицит, каловый камень

Для цитирования: Рашидов З.Р., Тиркашев Ш.Т., Рахимов О.У. Абсцесс забрюшинного пространства, симулировавший внелегочный туберкулез // Туберкулез и социально значимые заболевания. – 2025. – Т. 13, №1. – С. 74-78.

<https://doi.org/10.54921/2413-0346-2025-13-1-74-78>

ABSCCESS OF THE RETROPERITONEAL SPACE SIMULATING EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS

Z.R. Rashidov, Sh.T. Tirkashev, O.U. Rakhimov

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

A clinical observation of retroperitoneal abscess simulating extrapulmonary tuberculosis is described. Medical imaging methods (ultrasound, MSCT) determined the presence of purulent process in the retroperitoneum with the presence of a dense round-shaped mass (calcified lymph node?) and ureterohydronephrosis on the right side, which raised suspicion of extrapulmonary tuberculosis. In the history, appendectomy was performed 16 years ago. The patient underwent surgery, opening and drainage of retroperitoneal space on the right side. After histopathologic examination, tuberculous etiology was rejected. Intraoperative picture, conversation with the patient already in the postoperative period, detailed analysis of the disease history before the patient's admission to the clinic allowed us to assume that during the operation of appendectomy, a stone – fecolith – was probably left in the retroperitoneal space, which 16 years later became the cause of abscess formation. The patient did not report any pain or discomfort for a prolonged period of more than 16 years. This rare clinical observation showed the difficulty of diagnosis and insidiousness of the disease, which mimicked extrapulmonary tuberculosis. Surgical treatment with drainage of the abscess was the key to a favorable outcome.

Keywords: retroperitoneal abscess, extrapulmonary tuberculosis, acute appendicitis, fecal stone

For citation: Rashidov Z.R., Tirkashev Sh.T., Rakhimov O.U. (2025) Retroperitoneal abscess simulating extrapulmonary tuberculosis. *Tuberculosis and socially significant diseases*, Vol. 13, No 1, pp. 74-78. (In Russ.) <https://doi.org/10.54921/2413-0346-2025-13-1-74-78>

Забрюшинный абсцесс – ограниченное скопление гноя, которое располагается между задним листком брюшины и внутрибрюшинной фасцией. Гнойники могут быть одиночными (в том числе значительного объема) или множественными; образуются вследствие травм, операций, перфорации полого органа, метастазирования инфекции из соседних структур [4]. Кроме того, забрюшинные абсцессы могут быть осложнениями внелегочных форм туберкулеза [3]. Сдавление гнойным образованием мочеточника приводит к уретерогидронефротической трансформации, характерной для специфического

поражения. Забрюшинные абсцессы и флегмоны не всегда проявляются яркой, патогномоничной симптоматикой. Будучи окружены большими мышечными массивами и костными структурами, они часто протекают без ярко выраженных клинических проявлений, в связи с чем первоначальный диагноз часто бывает ошибочен [1]. Исход лечения больных с объемными воспалительными процессами и жидкостными скоплениями воспалительного характера во многом зависит от своевременной диагностики и правильно выбранной тактики лечения [2].

Внелегочный туберкулез остается сложным диагнозом, несмотря на растущую осведомленность и доступность эффективных методов визуализации и других диагностических тестов, часто характеризуется неспецифической клинической картиной, отсутствием патогномичной симптоматики. Основой для установления окончательного диагноза служат преимущественно результаты гистопатологического и микробиологического исследования. При туберкулезе брюшной полости чаще поражаются кишечник, брюшина, лимфатические узлы. Первично или вторично могут развиваться абсцессы забрюшинного пространства, в частности, поясничной мышцы.

Известное выражение профессора В.Д. Грунда (1975) о том, что туберкулез является великим мистификатором, не учитывает, что другие болезни также могут симулировать туберкулез. Для иллюстрации клинко-рентгенологической картины натечного абсцесса и ипсилатерального уретерогидронефроза, характерной для туберкулезного поражения и мистифицированной абсцессом на фоне феколита (пигментного камня), представим следующее клиническое наблюдение.

Больной Т.Т.У., 30 лет, 15.08.2023 обратился в клинику Akash Health Care с жалобами на боли в правой поясничной области, частые мочеиспускания, повышение температуры тела до 38 °С, головную боль.

Анамнез заболевания: считает себя больным на протяжении последнего месяца, когда стал отмечать появление ноющей боли в правой поясничной области. Начало заболевания ни с чем не связывает. Обращался в несколько клиник, осмотрен урологом, онкоурологом. Далее для обследования и оперативного лечения обратился в Akash Health care, госпитализирован с диагнозом «абсцесс забрюшинного пространства».

Анамнез жизни: рос и развивался соответственно возрасту. Туберкулезом и хроническими заболеваниями не болел, контакт с больным туберкулезом не установлен; 16 лет назад выполнена аппендэктомия по поводу острого аппендицита. Операционная рана зажила вторичным натяжением, в дальнейшем жалобы отсутствовали.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 96 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Грудная клетка правильной формы, симметричная. В акте дыхания обе половины грудной клетки принимают участие одинаково, равномерно. На всем протяжении легочных полей с обеих сторон при перкуссии определяется ясный легочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание. Хрипов нет. Деятельность сердца ритмичная, тоны звучные. Язык влажный, на всем протяжении обложен белым налетом. Живот не вздут, правильной формы, симметричный, в акте дыхания принимает участие в полном объеме. В правой подвздошной области имеется грубый послеоперационный рубец размером 10х1 см, без признаков воспаления и грыжеобразования.

При пальпации живот на всем протяжении мягкий, незначительно болезненный в правой поясничной и мезогастральной областях, в других отделах мягкий безболезненный, напряжения мышц и симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезенка не пальпируются, притупления в отлогих местах брюшной полости не выявлено. Аускультативно перистальтика кишечника активная, определяется четко. Мочеиспускание свободное, частое, безболезненное. Стул регулярный, обычного цвета и консистенции, патологических примесей нет.

Локально: перкуссия поясничной области справа болезненная. При глубокой пальпации ниже правой почки определяется крупное плотное образование, умеренно болезненное, кожные покровы над ним не изменены, местная температура повышена, подкожная крепитация отсутствует.

В общем анализе крови (15.08.2023) гемоглобин – 113 г/л, лейкоцитоз $9,34 \times 10^9/\text{л}$ с палочкоядерным сдвигом до 9%. В общем анализе мочи: удельный вес – 1010, положительная реакция на белок (+), эпителий – 2-3, лейкоциты – 4-5, эритроциты – 3-4 в поле зрения.

Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест) от 15.08.2023 – папула 11 мм.

При ультразвуковом исследовании (01.08.2023 г.) в проекции правой подвздошной области забрюшинно визуализируется осумкованное жидкостное образование неправильно овальной формы, размерами 134х69х94 мм, с неровными контурами. В полости образования определяется жидкость с хлопьевидной взвесью и гиперэхогенными включениями, а также ближе к нижнему краю – гиперэхогенная структура округлой формы размером 22х20 мм, с четкой акустической тенью (corpus?). Почки без патологических изменений. В брюшной полости свободной жидкости не выявлено (рис. 1).

МСКТ исследование (14.08.2023): в забрюшинном пространстве справа, на уровне поясничных позвонков L4-5 определяется кистозное образование овальной формы с относительно

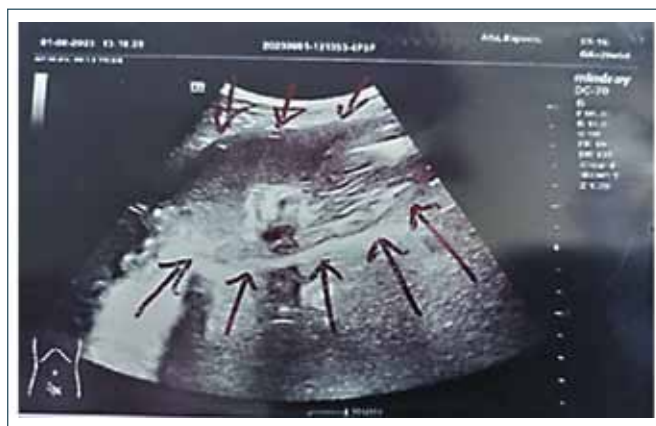


Рис. 1. УЗИ картина: визуализируется осумкованное жидкостное образование, также гиперэхогенная структура с акустической тенью (указано стрелками)

Fig. 1. Ultrasound image: an encysted fluid formation is visualized, also a hyperechoic structure with an acoustic shadow

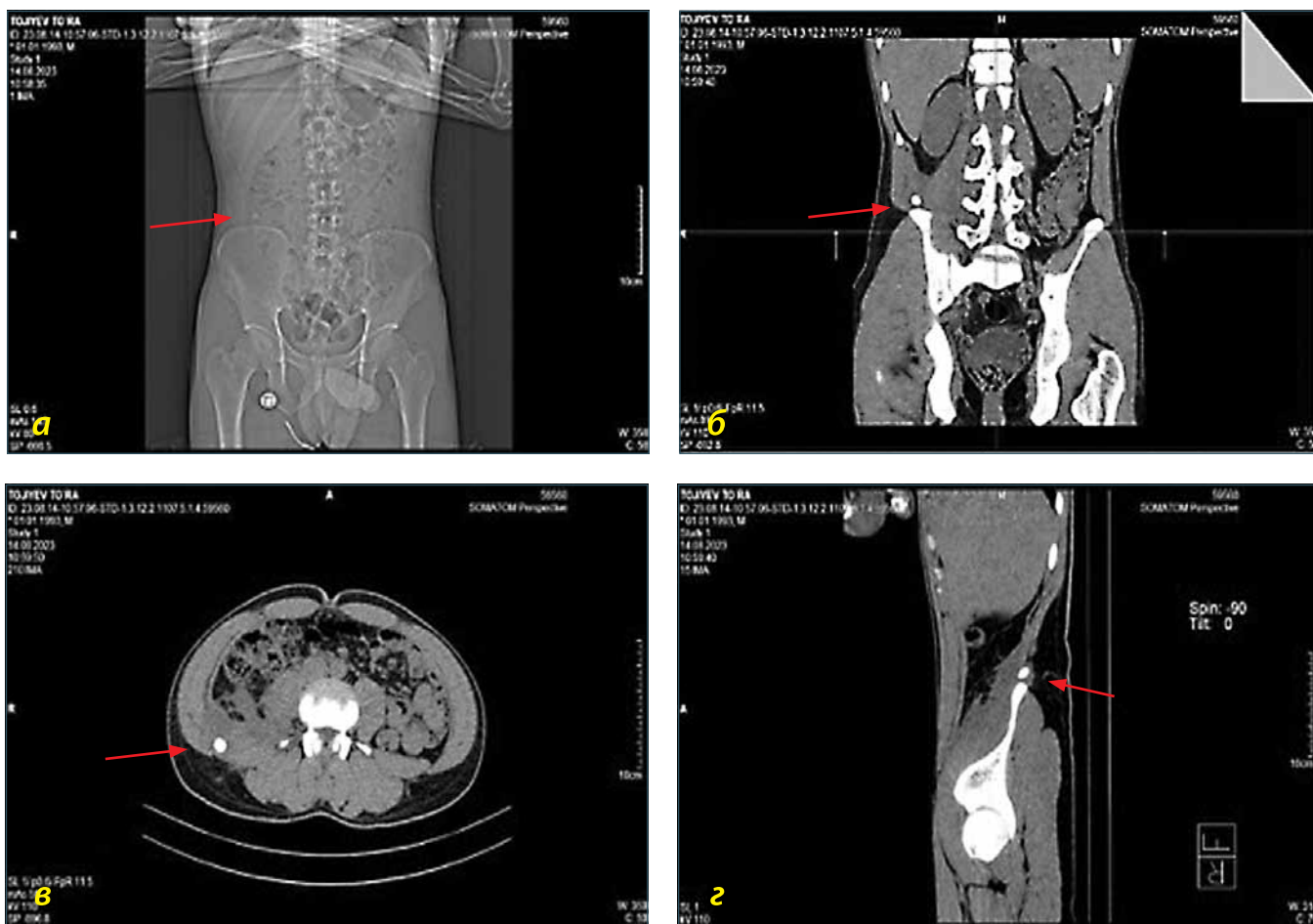


Рисунок 2. МСКТ картина абсцесса забрюшинного пространства справа с наличием участка обызвествления диаметром до 10 мм, плотностью +59 HU в разных проекциях

Figure 2. MSCT images of the retroperitoneal space on the right with the presence of an area of calcification with a diameter of up to 10 mm, density +59 HU in different projections

четкими неровными контурами, размером 45x46x49 мм, плотностью +23 HU с наличием участка обызвествления диаметром до 10 мм, плотностью +59 HU. Данное образование тесно прилегает к пояснично-подвздошной мышце справа. Последняя утолщена, несколько инфильтрирована. Почки и надпочечники обычной формы и расположения. Справа несколько расширены чашечно-лоханочная система и мочеточник. Костно-деструктивных изменений не выявлено. Лимфатические узлы в брюшной полости не визуализируются. Свободной жидкости в брюшной полости нет (рис. 2). При экскреторной урографии – картина умеренного правостороннего уретерогидронефроза (рис. 3). Признаков снижения выделительной функции почек не зарегистрировано.

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра и оценки локального статуса, по результатам инструментальных исследований выставлен предварительный диагноз: «абсцесс забрюшинного пространства (натечный?) туберкулезной? этиологии, туберкулез правой почки и мочеточника?».

С учетом наличия клинических признаков абсцесса забрюшинного пространства, прилежащих к пояснично-под-

вздошной мышце справа, отсутствия клинических признаков перитонита решено выполнить лечебно-диагностическую операцию в объеме вскрытия гнойника в правой подвздошной области и ревизии забрюшинного пространства. Дальнейшую тактику определить в зависимости от результатов интраоперационной ревизии.

Протокол операции (16.08.2023): под общим наркозом в правой подвздошной области с иссечением старого послеоперационного рубца выполнен разрез кожи, подкожной клетчатки длиной до 12 см. С некоторыми техническими трудностями вскрыто забрюшинное пространство. Брюшинный мешок плотно спаян с окружающими тканями, спайки острым путем разделены. При этом из подвздошной ямки забрюшинно выделен гной белого цвета до 100,0 мл. Взят материал на бактериальный посев. Гной аспирирован. При ревизии в полости абсцесса найден плотный предмет округлой формы, коричневого цвета, прилежающий к пояснично-подвздошной мышце справа, размером 1,0x1,2 см (каловый камень?). (рис. 4). После удаления пленок фибрина полость абсцесса (между пояснично-подвздошной мышцей справа и париетальной брюшиной



Рисунок 3. Экскреторная урография: картина умеренного правостороннего уретерогидронефроза и участок обызвествления (указано стрелками)

Figure 3. Excretory urography: a picture of moderate right-sided ureterohydronephrosis and an area of calcification (indicated by arrows)



Рис. 4. Интраоперационная фотография: удаленная структура (феколит) размером до 1 см

Fig. 4. Intraoperative images: removed structure (ficolite), up to 1 cm in size



правой подвздошной ямки) обработана раствором перекиси водорода и повидон-йода, санирована. Достигнут надежный гемостаз. В забрюшинное пространство установлены две дренажные трубки, которые выведены через контрапертуры и фиксированы к коже. Обработка краев операционной раны растворами антисептиков. Раневой канал ушит наглухо.

Послеоперационный период протекал гладко. Проводилось комплексное консервативное лечение, включая антибактериальную терапию с учетом полученного результата посева экссудата на чувствительность микрофлоры (выделена *Escherichia coli*, чувствительная к ципрофлоксацину и амикацину). На вторые сутки пациент переведен из отделения реанимации в отделение хирургии, активизирован, перистальтика кишечника полностью восстановилась. Был самостоятельный стул. Местное лечение раны заключалось в ежедневных перевязках с промыванием полости абсцесса и раны растворами антисептиков (диоксидина). Гиперемия кожных покровов по периметру раны полностью исчезла к 7-м суткам. На 7-е сутки после операции пациент в удовлетворительном состоянии выписан из стационара. На 10-е сутки удалена дренажная трубка, швы

сняты через 14 дней после операции. Рана зажила первичным натяжением, признаков нагноения не отмечено.

Результат микроскопического исследования материала: конкремент твердый, коричневого цвета, состоит из билирубиновых солей.

Посев содержимого гнойника на флору от 16.08.2023 г.: *E. coli*. Микроскопия содержимого гнойника на КУМ от 16.08.2023 г.: отрицательный. Посев содержимого гнойника на МБТ от 16.08.2023 г.: отрицательный.

Контрольное УЗИ почек и забрюшинного пространства выявило регресс уретерогидронефроза справа.

В нашем случае на этапе поступления пациента в стационар существовали значительные сложности в установлении правильного диагноза и сомнения в отношении этиологии абсцесса. О трудностях диагностики свидетельствует консультация больного в нескольких клиниках, в том числе онкологической. Происхождение больного из эндемичного по туберкулезу региона, наличие семейного контакта с больным туберкулезом, положительная кожная проба, характерная клинико-рентгенологическая картина «холодного» натечного забрюшинного

абсцесса и уретерогидронефротической трансформации справа позволяла заподозрить туберкулезную этиологию заболевания.

Клиническое наблюдение наглядно демонстрирует «многоликость» и «коварство» острого аппендицита, давшего осложнения через 16 лет после оперативного лечения. Как известно, этот «хамелеон брюшной полости» имеет множество вариантов клинического течения и послеоперационных осложнений. Участие смежных специалистов в распознавании заболевания в данном случае позволило избежать диагностических ошибок. Детальный сбор анамнеза, интраоперационная картина, а также результат гистологического исследования позволили нам сделать вывод, что червеобразный отросток находился атипично, ретроцекально-ретроперитонеально. После аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита в забрюшинном пространстве остался каловый камень – феколит,

который спустя 16 лет стал причиной формирования абсцесса. Следует отметить, что в течение этого длительного периода пациент не отмечал каких-либо болей и дискомфорта.

Таким образом, продемонстрирован редкий случай развития забрюшинного абсцесса со сдавлением правого мочеточника через 16 лет после хирургического лечения острого деструктивного аппендицита. Маской заболевания послужила характерная для туберкулеза забрюшинного пространства и мочевыделительной системы клинко-рентгенологическая картина. Последняя наряду с положительной кожной пробой с аллергеном туберкулезным рекомбинантным и соответствующим анамнезом не позволила отвергнуть специфический характер процесса до операции.

Литература

1. Бруклич Н.А., Нерсисян Е.Г., Феданов Л.В., Цитронов Е.С. Диагностика и лечение гнойных процессов в забрюшинной клетчатке // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 11. – С. 37-40.
2. Королев М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г. Малоинвазивная хирургия абсцессов забрюшинного пространства // Вестник хирургии. – 2010. – Т. 169. – № 3. – С. 34-39.
3. Рашидов З.Р., Ташпулатова Ф.К., Зубань О.Н., Фахретдинова А.Р. Современная диагностика туберкулеза: Учеб. пособие. – Т.: «EFFECT-D», 2022. – 232 с.
4. Шляпина К.С., Ахунова Р.А., Стяжкина С.Н., Абрамович А.А. Абсцесс забрюшинного пространства как редкое заболевание. Случай из практики // Пермский медицинский журнал. – 2022. – Т. 39. – № 3. – С. 131-136. DOI: 10.17816/pmj393131-136

Об авторах

Рашидов Зафар Рахматуллаевич – доцент кафедры урологии, детской урологии Ташкентского педиатрического медицинского института, доктор медицинских наук

Адрес: 100140, Республика Узбекистан, г. Ташкент, Юнусабадский р-н, ул. Богишамол, д. 223

Тел. + 998 90-175-51-73

E-mail: dr-zrr@mail.ru

Тиркашев Шавкат Турдиевич – ассистент кафедры урологии, детской урологии Ташкентского педиатрического медицинского института

Адрес: 100140, Республика Узбекистан, г. Ташкент, Юнусабадский р-н, ул. Богишамол, д. 223

Тел. + 998 93-379-45-21

E-mail: doctortirkashev@gmail.com

Рахимов Ойбек Умарович – ассистент кафедры хирургических болезней Ташкентского педиатрического медицинского института

Адрес: 100140, Республика Узбекистан, г. Ташкент, Юнусабадский р-н, ул. Богишамол, д. 223

Тел. + 998 97-705-05-64

E-mail: dr.oybek1984@mail.ru