

УДК 616.6-003.4-002.3



А. А. Ольшанецкий<sup>1</sup>, И. Г. Новоскольцева<sup>1</sup>, В. П. Левина<sup>1</sup>,  
А. Б. Кондратьева<sup>2</sup>, С. Н. Уразовский<sup>2</sup>, И. Н. Дубинин<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup> Городская больница «Известий», Красный Луч

## НАГНОЕНИЕ КИСТ УРАХУСА

Приведен анализ клинических наблюдений нагноения кист урахуса, в процессе лечения которых были допущены ошибки в диагностике и лечении. Кисты мочевого протока образуются при неполном его заращении. Инфицирование кисты происходит из мочевого пузыря, из свища, а также лимфогенным и гематогенным путем. Нагноение кист урахуса может симулировать любое острое хирургическое заболевание органов брюшной полости.

■

**Ключевые слова:** урахус, кисты мочевого протока.

Кисты мочевого протока образуются при неполном его заращении. Их развитию способствуют пролиферация и метаплазия переходного эпителия протока в цилиндрический, обладающий секреторными свойствами [10]. Различают кисты околопупочные, промежуточные, околопузырные. Стенки кисты сохраняют строение урахуса (эпителий, соединительная ткань, гладкомышечные волокна, расположенные в продольном направлении). При развитии воспалительного процесса эпителий некротизируется, мышечная ткань замещается соединительной. Кисты могут сообщаться с мочевым пузырем, открываться через свищ в области пупка. Инфицирование кисты происходит из мочевого пузыря, свища, а также лимфогенным и гематогенным путем [2].

Неосложненные кисты могут длительное время протекать бессимптомно и обнаружиться случайно самим больным. Поскольку кисты растут в сторону брюшной полости, их выявляют чаще всего тогда, когда они достигают значительных размеров. Кисты, открывающиеся в пупке, обнаруживают при фистулографии. При инфицировании кисты с последующим развитием перитонита абсцесс может перфорировать в брюшную полость, мочевой пузырь, припаявшуюся к кисте кишку. При этом возникают дизурия, гематурия, пиурия. При инфицировании кист, открывающихся наружу через свищ в пупке, отделяемое становится мутным или гнойным. Вос-

палительный процесс может распространиться на брюшную стенку, вызывая образование воспалительных инфильтратов, абсцессов, флегмон [8].

Клинически нагноение кисты может проявляться двояко. При торпидном течении в гипогастрии, реже — в мезогастрии (при околопупочных и промежуточных кистах) возникает локальная боль, гипертермия, при пальпации ощущается болезненный инфильтрат. При нагноении околопузырных кист довольно рано возникает дизурия, появляются изменения в моче (эпителий, лейкоциты). Если киста сообщается с пупком через незаращенный урахус, в нем возникают мокнутие, отечность, болезненность, увеличивается количество отделяемого, оно становится мутным, иногда содержит фибриновые пленки.

Согласно данным литературы, нагноение кист урахуса может симулировать любое острое хирургическое заболевание органов брюшной полости [10]. Дифференциальный диагноз до операции проводят с опухолями, кистами яичника, пиоваром, мезоаденитом, ущемленной пупочной грыжей, острым аппендицитом, разрывом прямых мышц брюшной стенки, нижних надчревных артерий, туберкулезным перитонитом [1, 4, 13], поэтому диагностировать нагноение и перфорацию кисты, расположенной подбрюшинно, до операции очень трудно, но возможно. Верификацию диагноза проводят с помощью УЗИ [5, 11, 12].

Ольшанецкий Александр Александрович, д. мед. н., проф. кафедры  
E-mail: kafedralgmu@mail.ru

© О. О. Ольшанецкий, И. Г. Новоскольцева, В. П. Левина, А. Б. Кондратьева, С. М. Уразовский, И. М. Дубинин, 2014

И. М. Деревянко и соавт. описали поучительный случай, свидетельствующий о незнании хирургами этой, казалось бы, простой патологии, что приводит к тяжелым осложнениям. Больной в возрасте 34 года поступил в терапевтическое отделение с диагнозом «актиномикоз, цирроз печени, желтуха». Два года назад возник инфильтрат между пупком и лобком. Через 2 мес в местной больнице инфильтрат вскрыли. В центре его располагалась полость размером 7×5 см, заполненная гноем. Полость была выскоблена и ушита. Через 1,5 мес по обеим сторонам послеоперационного рубца возникли два абсцесса, которые были вскрыты. Свищи со скудным отделяемым существовали в течение года. Больного лечили по поводу актиномикоза, хотя друз актиномикоза обнаружено не было. Через 6 мес состояние ухудшилось — озноб, гипертермия. Госпитализирован в терапевтическое отделение, поскольку хирург не обнаружил никаких хирургических заболеваний. Через 2 сут больной умер. Патологоанатомический диагноз: незаращение среднего отдела урахуса. Нагноение кисты со вскрытием в брюшную полость. Перитонит, абсцессы печени, селезенки, почек.

В связи с трудностями с диагностикой нагноения кисты, особенно непальпируемой, но выявляемой при УЗИ, которое проводят в связи с неопределенными абдоминальными симптомами, воспалительной реакцией, больных следует оперировать, удаляя весь урахус вместе с кистой. При мокнутии пупка надо провести УЗИ, отыскать свищ, выполнить фистулографию и оперировать больного. При наличии пупочного свища его также иссекают вместе с протоком. Если остается часть урахуса или стенки кисты, то рецидив кисты практически неизбежен [6]. Иногда больных оперируют по поводу перитонита, однако источник его остается неустановленным, поэтому в таких случаях рекомендуют обязательно проводить ревизию урахуса [1, 6, 7, 13]. Источником такого, казалось бы, идиопатического перитонита может оказаться перфорация нагноившейся небольшой кисты урахуса. Однако при выраженном перипроцессе и большом инфильтрате операцию в «классическом» объеме выполнить удается не всегда, поскольку найти истинную границу между «здоровыми» и воспалительно-измененными тканями брюшной стенки трудно. В этих случаях выполняют вскрытие, тампонаду, дренирование полости кисты. Иссечение кисты выполняют вторым этапом в холодный период. При иссечении кисты рану ушивают наглухо, оставляя проточный дренаж [2–4, 8]. При сращении кисты с дном мочевого пузыря выполняют его резекцию.

#### *Клинический случай 1*

Больного оперировали по поводу острого флегмонозного аппендицита, в отростке, расположенном ретроцекально, ретроперитонеально. На 4-е

сутки из пупка появилось отделяемое. Обнаружен свищ, идущий книзу от пупка, через который зонд проникает на глубину 4 см. Появились симптомы перитонита, интоксикации. В срочном порядке выполнена нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости — серозный экссудат. К брюшной стенке по средней линии в нижней трети припаян инфильтрат, состоящий из петель тонкого кишечника, сальника, кисты урахуса. Кишечник отделен, сальник резецирован. При этом вскрылся абсцесс, исходящий из кисты урахуса, инфильтрат удален вместе с мочевым протоком. Брюшная полость дренирована и ушита наглухо. Выздоровление. Гистологическое заключение: нагноившаяся киста урахуса. В данном случае инфицирование существующей кисты произошло из воспаленного отростка во время аппендэктомии (через типичный доступ), киста не была замечена.

#### *Клинический случай 2*

Больная М., 23 года, госпитализирована в неотложном порядке 14.09.2012 г. с диагнозом «разлитой перитонит» через 6 ч от начала заболевания. При поступлении: жалобы на выраженные боли по всему животу, больше — в нижних отделах, тошноту, рвоту, частое мочеиспускание. Повышение температуры тела до 38 °С. Однократно был жидкий стул. Со слов больной, около 7 дней назад появились боли в нижних отделах живота, беспокоило частое мочеиспускание. Обратилась к урологу, установлен диагноз — цистит. От УЗИ отказалась. После назначенного лечения облегчения не наступило. За 6 ч до поступления в стационар появилась резкая боль в нижних отделах живота по типу «кинжальной», возник озноб. Состояние больной — средней тяжести, кожа и слизистые оболочки — бледно-розовые. Язык сухой, обложен беловатым налетом. Частота дыхательных движений — 16 в 1 мин, частота сердечных сокращений — 100 в 1 мин, артериальное давление — 120/80 мм рт. ст. Живот поддут, симметричный, в акте дыхания участвует ограничено (щадит нижние отделы). При глубокой пальпации брюшная стенка напряжена и резко болезненна по всей поверхности, особенно в гипогастрии. Симптомы раздражения брюшины — положительные. Мочеиспускание учащено до 8 раз в сутки. Анализ крови: эритроциты —  $3,79 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоциты —  $8,0 \cdot 10^9/л$ , гемоглобин — 134 г/л. Анализ мочи: белок — отсутствует, эпителий плоский — много, лейкоциты — 4–5 в поле зрения, солей — нет, реакция — кислая.

Диагноз — разлитой перитонит невыясненной этиологии.

Операция: нижнесредне-срединная лапаротомия.

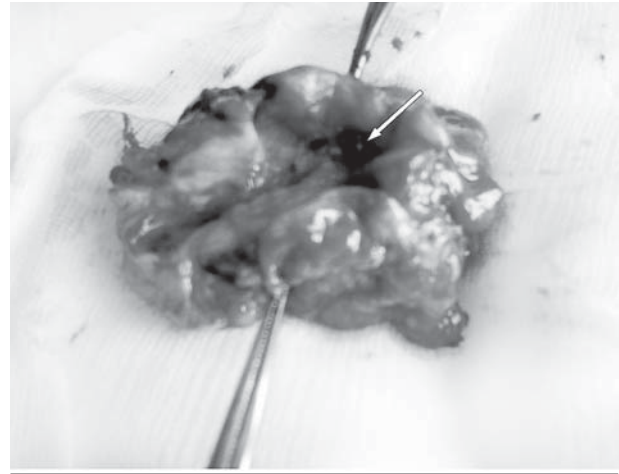
В брюшной полости 200 мл жидкого гноя, висцеральная и париетальная брюшина гиперемированы, отечны. В проекции дна мочевого пузыря определяется перфоративное отверстие диаметром до 2 мм, из которого при надавливании обильно

выделяется жидкий гной. Отверстие расширено, определяется полость диаметром 5,0 см. Нижней стенкой гнойной полости является дно мочевого пузыря. Стенка мочевого пузыря инфильтрирована. При исследовании мочевого пузыря установлено, что он не соединяется с полостью кисты. От мочевого пузыря удалось отойти острым путем. Проведено иссечение стенок кисты, дренирование остаточной полости. Брюшная полость санирована растворами антисептиков, дренирована пластиковыми дренажами, послойно ушита. Диагноз после операции: нагноившаяся киста урахуса, осложненная перфорацией в брюшную полость, разлитой гнойный перитонит.

Течение послеоперационного периода — гладкое, пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

### *Клинический случай 3*

Больной Н., 54 года, госпитализирован 19.09.2012 г. 5 мес назад случайно обнаружил у себя в животе опухоль. Ниже пупка при глубокой пальпации по средней линии пальпируется болезненное, плотное, малоподвижное образование размером 7×8 см с нечеткими контурами. Живот симметричный, «дышит», при глубокой пальпации безболезненный. УЗИ: в дистальном отделе подвздошной кишки на расстоянии 3—4 см от Баугиниевой заслонки стенка кишки на протяжении 5—8 см симметрично утолщена с полной утратой анатомического строения. На этом основании установлен диагноз — опухоль кишки. Состояние больного удовлетворительное. Артериальное давление — 120/80 мм рт. ст., пульс — 80 в 1 мин, температура тела — 36,3 °С. В анализах крови отклонений от нормы нет. Диагноз: киста брюшной полости, киста брыжейки тонкой кишки? Опухоль подвздошной кишки. Болезнь Крона? 24.09.2012 г. проведена операция: иссечение опухоли, резекция мочевого пузыря, дренирование Ретциевого пространства. Нижне-срединная лапаротомия. По ходу доступа установлено, что опухоль расположена по средней линии ниже пупка в предбрюшинном пространстве. Опухоль плотная, бугристая, тесно сращена с мочевым пузырем, тканями брюшной стенки, сюда же припаян сальник. От верхнего полюса опухоли к пупку определяется полый тяж диаметром 0,5—0,8 см. Тяж надсечен, он оказался полым. Пуговичный зонд проходит к пупку, где обнаружено небольшое свищевое отверстие. В опухоль зонд не проникает. От мочевого пузыря опухоль отделить не удается. Опухоль иссечена вместе с пупком, протоком и частью дна мочевого пузыря. Рана мочевого пузыря ушита кетгутом и капроном в два этажа.



*Рисунок. Макропрепарат кисты урахуса (стрелкой указана полость кисты)*

Введен катетер Фоли. Ретциево пространство дренировано. Брюшная полость осушена, послойно ушита до дренажа. Наложена асептическая повязка. Диагноз после операции: опухоль мочевого протока. Препарат: при рассечении опухоли в ее центре обнаружена полость, стенки плотные толщиной до 2—3 см (рисунок). Гистологическое заключение: нагноение кисты урахуса.

При дополнительном опросе больного после операции установлено, что он ранее отмечал периодическое мокнутие пупка, но не придавал этому значение.

### *Выводы*

Основой профилактики нагноения кист урахуса является их удаление до развития осложнений. Прогнозировать нагноение кисты не представляется возможным. Мокнутие пупка, случайное выявление припухлости около него или по средней линии ниже пупка, «беспричинная» дизурия, лейкоцитурия, микрогематурия могут быть симптомами кисты протока.

Операцией выбора как при неосложненной, так и при нагноившейся кисте является ее иссечение (!!!) вместе с мочевым протоком. В противном случае рецидив неизбежен.

При невозможности выполнения радикальной операции в связи с перифокальными воспалительными изменениями в брюшной стенке выполняют двухэтапную операцию: первым этапом проводят вскрытие, дренирование и санацию кисты, вторым (в холодный период) — ее удаление вместе с мочевым протоком.

## Литература

1. Аршакян М. Г., Белик С. М. Абсцедирующая киста урахуса, осложненная перитонитом // Хирургия. — 2002. — № 6. — С. 60—61.
2. Бабаян А. Б. Урахус и его заболевания. — Ташкент, 1965.
3. Беркута В. К., Самсонов В. Г. Нагноение кисты мочевого протока // Хирургия. — 1992. — № 5. — С. 103.
4. Боруховский А. М. К диагностике и лечению нагноившихся кист урахуса // Актуальные вопросы урологии. — 1970. — Вып. 2. — С. 119—120.
5. Галинуров Р. М., Танько А. М. Замкнутая киста урахуса // Здоровоохранение Казахстана. — 1970. — № 7. — С. 73.
6. Дервянко И. М., Марченко В. С. Об ошибках в диагностике и лечении незарощенного урахуса // Хирургия. — 1974. — № 10. — С. 119—120.
7. Крикуновская Л. А. Незарощение урахуса // Хирургия. — 1985. — № 7. — С. 45—46.
8. Кургузов О. П., Соломка Я. А., Шумай И. П. О кистах урахуса // Хирургия. — 1991. — № 7. — С. 96—98.
9. Левина В. П., Шейко Н. С. Сочетание острого аппендицита с нагноением кисты урахуса // Хирургия. — 1989. — № 2. — С. 123.
10. Пушкина Т. Н., Алетин Р. Р., Заводич И. Б. К вопросу о нагноившейся кисте урахуса // Науч. тр. Ленинград. ин-та усовершенствования врачей. — 1972. — Вып. 96. — С. 144—148.
11. Савинов В. А. Конкремент нагноившейся кисты урахуса // Урология и нефрология. — 1970. — № 1. — С. 2.
12. Семионкин Е. И., Полит Г. Г. Редкое осложнение кисты мочевого протока // Хирургия. — 1986. — № 3. — С. 119.
13. Хоок К. А., Талыков Б. А. Перфорация нагноившейся кисты урахуса в брюшную полость // Хирургия. — 1970. — № 10. — С. 123—124.

**О. О. Ольшанецький<sup>1</sup>, І. Г. Новосколькова<sup>1</sup>, В. П. Левіна<sup>1</sup>,  
А. Б. Кондратьєва<sup>2</sup>, С. М. Уразовський<sup>2</sup>, І. М. Дубінін<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ДЗ «Луганський державний медичний університет»

<sup>2</sup> Міська лікарня «Известий», Красний Луч

## НАГНОЄННЯ КІСТ УРАХУСА

Наведено аналіз клінічних спостережень нагноєння кіст урахуса, в процесі лікування яких були допущені помилки в діагностиці та лікуванні. Кісти сечової протоки утворюються при неповному її зарощенні. Інфікування кісти відбувається із сечового міхура, нориці, а також лімфогенним і гематогенним шляхом. Нагноєння кіст урахуса може симулювати будь-яке гостре хірургічне захворювання органів черевної порожнини.

**Ключові слова:** урахус, кісти сечової протоки.

**O. O. Olshanetskyi<sup>1</sup>, I. G. Novoskoltseva<sup>1</sup>, V. P. Levina<sup>1</sup>,  
A. B. Kondratieva<sup>2</sup>, S. M. Urazovsky<sup>2</sup>, I. M. Dubinin<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Lugansk State Medical University

<sup>2</sup> City Hospital «Izvestia», Krasny Luch

## SUPPURATING URACHUS CYSTS

The analysis of suppurating urachus cysts clinical observations with mistakes in diagnosis and treatment was done. Urinary duct cysts are formed in case of incomplete cleft. Infection of the cyst occurs by bladder fistula and lymphogenous and hematogenous route. Urachus cysts suppuration can simulate any acute surgical diseases of the abdominal cavity.

**Key words:** urachus, urinary duct cyst.