

УДК 616.586-002.3/4-036:[614.216617]

ГНОЙНЫЙ ИЛЕОПСОИТ: ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

¹Кочетов Г.П., ¹Балеев М.С., ²Митрофанова Н.Н., ²Мельников В.Л.

¹ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»,
Нижегород, e-mail: mihaboks@mail.ru;

²ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, e-mail: meidpgumi@yandex.ru

Целью исследования являлось выявление вероятных факторов, способствующих возникновению гнойного илеопсоита, оценка клинической значимости различных методов обследования и эффективности лечения гнойного илеопсоита. За период 2013–2014 гг. в хирургическом отделении ГЖДБ г. Нижний Новгород под нашим наблюдением находились пациенты с гнойным илеопсоитом. У всех наблюдаемых больных при поступлении и в динамике болезни проводилось клинико-anamnestическое, рутинное лабораторное и инструментальное обследование. Установлено, что факторами, способствующими возникновению илеопсоита могут являться травмы, переохлаждение, наличие иммунодепрессивного состояния, наличие хронических очагов инфекции. Для верификации диагноза «илеопсоит» необходимо применять комплексное исследование, включающее клинико-anamnestические данные, общеклинические и биохимические показатели, инструментальные методы, из которых самым информативным явилась компьютерная томография забрюшинного пространства, и результаты бактериологического анализа. Своевременная диагностика, основанная на правильной оценкеanamnestических, клинических, лабораторных и инструментальных данных, позволяет добиться хороших результатов в лечении довольно редкой и тяжелой патологии – гнойного илеопсоита.

Ключевые слова: гнойный илеопсоит, клиническая картина, клинико-лабораторные данные, гнойная полость

PURULENT ILIOPSOAS: ETIOLOGY, DIAGNOSIS AND TREATMENT

¹Kochetov G.P., ¹Baleev M.S., ²Mitrofanova N.N., ²Melnikov V.L.

¹HBO HPE «Nizhny Novgorod state medical Academy», Nizhny Novgorod, e-mail: mihaboks@mail.ru;

²HBO HPE «The Penza state University», Penza, e-mail: meidpgumi@yandex.ru

The aim of the study was to identify possible factors contributing to the emergence of purulent iliopsoas, evaluation of clinical significance of the various methods of examination and treatment of purulent iliopsoas. For the period of 2013–2014 in the surgical Department GGDB Nizhny Novgorod under our observation of patients with purulent iliopsoas. All observed patients at admission and in the dynamics of the disease was conducted historical, clinical and routine laboratory and instrumental examination. It is found that the factors contributing to the emergence of repsuite can be trauma, hypothermia, the presence of immune status, presence of chronic foci of infection. To verify the diagnosis of iliopsoas need to apply a comprehensive study including clinical and anamnestic data, clinical and biochemical parameters, instrumental methods, of which the most informative was a CT scan of the retroperitoneal space, and the results of bacteriological analysis. Timely diagnosis based on correct assessment of anamnestic, clinical, laboratory and instrumental data, allows to achieve good results in the treatment of a rare and severe pathology – of purulent iliopsoas.

Keywords: purulent iliopsoas, clinical picture, clinical laboratory data, purulent cavity

Гнойный илеопсоит – одна из наиболее редких и трудно диагностируемых патологий в практике хирурга. Это связано с анатомическими особенностями расположения m. iliopsoas, а также ее малой доступностью для клинического обследования. Непосредственная близость мышцы к органам брюшной полости, забрюшинного пространства, поясничного нервного сплетения, сосудов и позвоночника может быть причиной диагностических ошибок в распознавании данного заболевания [5]. Гнойный илеопсоит – гнойное воспаление, локализованное в подвздошной ямке, а именно, в фасциальном футляре подвздошно-поясничной мышцы. Впервые это заболевание было описано Muntzer в 1881 году, который назвал его псоитом. Следует напомнить, что m. iliopsoas расположена в забрюшинном пространстве и состоит из двух мышц, m. psoas major и m. iliacus, и окружающей

их фасции. M. iliopsoas имеет богатое лимфо- и кровоснабжение, что может способствовать распространению инфекции [2, 8].

В вопросе патогенеза развития гнойного илеопсоита существуют несколько точек зрения. По данным некоторых авторов, лимфогенное распространение инфекции из первичных очагов вызывает воспаление лимфатических узлов, расположенных в толще m. iliopsoas, по типу гнойного лимфаденита. Возбудители инфекции в этом случае из гнойных ран, ссадин, фурункулов и др., расположенных на нижних конечностях, промежности, ягодицах, в паховых областях и нижней половине брюшной стенки. Инфекция может проникать также и гематогенным путем из соседних или отдаленных органов и гнойных очагов. Причиной первичного илеопсоита может быть травма (ушиб, ранение) с образованием в толще мышцы гематомы, дающей реак-

тивное воспаление. Способствовать развитию первичного илеопсоита могут разные заболевания, приводящие к состоянию иммунодефицита: сахарный диабет, почечная недостаточность, ВИЧ-инфекция, наркомания, алкоголизм, длительный прием глюкокортикоидов [3]. Возможны контактное инфицирование мышцы и гнойные затеки в m. ileopsoas из смежных анатомических областей, например, при остеомиелите XI–XII ребер, крыла подвздошной кости, поперечных отростков и боковых поверхностей тел поясничных позвонков, при забрюшинно расположенном и воспаленном аппендиксе. Инфицирование забрюшинного пространства возникает при расплавлении фасциальных перегородок и затеков гноя из других клетчаточных пространств. Затек возможен при паранефрите, параколите, при гнойном боковом параметрите. В данном случае следует говорить о вторичном илеопсоите [2, 5]. Илеопсоит бывает серозным и гнойным. Серозное пропитывание интерстиция, как правило, завершается образованием мелких гнойников в толще мышцы. Кроме того, воспалительный процесс может протекать как локальное поражение сегментов мышцы с образованием ограниченных абсцессов и в редких случаях как септическая флегмона (самая тяжелая форма с молниеносным течением). Следует отметить, что гнойные скопления могут давать затеки: в полость таза, под паховую связку, прорываясь на бедро и ягодицу через запирающее и седалищное отверстие; в просвет толстой кишки или в свободную брюшную полость; в поддиафрагмальное пространство, субплевральное или в плевральную полость; на поясничную область [2, 3, 5].

Диагностика гнойных илиопсоитов затруднительна. На амбулаторном этапе преобладают диагнозы нейрогенного характера: радикулит, сакроилеит.

После комплексного обследования, включая даже компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ) в стационаре почти у 30% больных дооперационный диагноз «гнойный паранефрит» или «флегмона забрюшинного пространства» [6, 7].

Цель исследования: выявление вероятных факторов, способствующих возникновению гнойного илеопсоита, оценка клинической значимости различных методов обследования и эффективности лечения гнойного илеопсоита.

Материалы и методы исследования

За период 2013–2014 гг. в хирургическом отделении ГЖДБ г. Нижнего Новгорода нами наблюдались 4 пациента с гнойным илеопсоитом в возрасте

от 24 до 66 лет, из которых 1 мужчина и 3 женщины. В 3 случаях процесс локализовался справа, левосторонняя локализация отмечена у 1 больного. У всех наблюдаемых больных при поступлении и в динамике болезни проводилось рутинное лабораторное обследование – клинический анализ крови и мочи, по показаниям – биохимическое исследование крови; проводился расчет лейкоцитарных индексов интоксикации по Я.Я. Кальф-Калифу, индекса Соловьева-Боброва, ядерного индекса по Г.Д. Даштаянцу, индекса сдвига лейкоцитов крови, индекса соотношения лейкоцитов и СОЭ, лейкоцитарного индекса, гематологического показателя интоксикации; рентгенологические исследования органов грудной клетки и брюшной полости, костей позвоночника, таза; ультразвуковое исследование и компьютерная томография брюшной полости, забрюшинного пространства; бактериологическое исследование крови и раневого отделяемого.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате анализа анамнестических данных выявлено наличие травмы в анамнезе у 2 пациентов, указание на длительное местное переохлаждение у 1 человека. В 1 случае явных причин выявлено не было, однако у этой больной при исследовании обнаружены признаки, указывающие на наличие иммунодепрессивного состояния – пациентка страдала облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, ХАН 4 справа, отмечалось наличие сахарного диабета 2 типа (декомпенсированный, тяжелого течения, вторично инсулинзависимый), синдром диабетической стопы, гранулирующая рана правой стопы, гипертоническая болезнь 3 степени.

В результате бактериологического исследования раневого отделяемого у всех пациентов выявлено наличие ассоциаций *Staphylococcus aureus* с широким спектром условно-патогенных микроорганизмов.

При анализе рассматриваемых случаев подтверждается тезис о трудностях в диагностике илеопсоита. До госпитализации в НУЗ «Дорожная клиническая больница» правильный диагноз не был поставлен ни одному больному. Пациенты лечились амбулаторно либо в других стационарах с различными диагнозами: коксартроз, люмбаишалгия, миозит грушевидной мышцы, сакроилеит, аппендикулярный инфильтрат, атеросклероз нижних конечностей. Госпитализация в хирургическое отделение была осуществлена в сроки от 5 до 17 суток с начала заболевания. В приемном отделении правильный предварительный диагноз был выставлен лишь одному больному.

Клиническая картина острогнойного илеопсоита складывалась из общих и местных симптомов. У 2 пациентов наблюдались признаки выраженной интоксикации: гипертермия, озноб, тахикардия, слабость, голов-

ные боли. Среди местных признаков наиболее характерным (1 больной) являлся псоас-симптом (сгибательная контрактура бедра с резкой болезненностью при попытке разогнуть его). Пациенты предъявляли жалобы на боли в ягодичной области, тазобедренном суставе, крестцово-подвздошном сочленении.

У всех наблюдаемых нами больных отмечены клинико-лабораторные признаки синдрома системной воспалительной реакции: лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, токсическая зернистость нейтрофилов, увеличение СОЭ, тенденция к снижению гемоглобина, повышение содержания в крови маркеров воспаления (СРБ, РФ, АСЛ-О).

Из дополнительных методов обследования самым информативным явилась компьютерная томография забрюшинного пространства, при которой во всех случаях было выявлено утолщение подвздошной и (или) поясничной мышцы с диффузным либо отграниченным скоплением жидкости в ее структуре. У одной пациентки в возрасте 20 лет при МР-томографии органов малого таза подвздошной области справа, между крылом подвздошной кости и подвздошно-поясничной мышцей определяется объемное образование с довольно ровными четкими контурами, с неоднородным гиперинтенсивным МР сигналом по T1 и T2-ВИ, размерами 40 (поперечный) x24 (передне-задний) x82 (вертикальный) мм, с объемным воздействием на окружающие структуры в виде смещения подвздошно-поясничной мышцы кпереди. Заключение: была диагностирована редкая форма илеопсоита – Флегмона Бро.

После подтверждения диагноза гнойного илеопсоита всем больным проводилось хирургическое лечение. В тот же день прооперированы 3 пациента из 4, в 1 случае на хирургическое вмешательство осуществлялось на 3 сутки (в связи с уточнением диагноза). Из традиционного доступа Кромпфна-Пирогова производилось внебрюшинное вскрытие гнойника и его дренирование с последующим промыванием гнойной полости растворами антисептиков.

У пациентки с осложнённым анамнезом наблюдалось развитие сепсиса. Во всех случаях исход благоприятный. Продолжительность госпитализации составила в среднем 27 койко-дней.

Выводы

Факторами, способствующими возникновению илеопсоита могут являться травмы, переохлаждение, наличие иммунодепрессивного состояния, наличие хронических очагов инфекции.

Для верификации диагноза «илеопсоит» необходимо применять комплексное исследование,

включающее клинико-anamnestические данные, общеклинические и биохимические показатели, инструментальные методы и результаты бактериологического анализа.

Своевременная диагностика, основанная на правильной оценке анамнеза, клинических, лабораторных и инструментальных данных, позволяет добиться хороших результатов в лечении довольно редкой и тяжелой патологии – гнойного илеопсоита.

Список литературы

1. Брюханов В.П., Цивьян А.Л. Диагностика и лечение гнойного илеопсоита. Вестник хирургии. – 1992. – № 1–3. – С. 180–182.
2. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. – М.: БИНОМ, 2000. – 704 с.
3. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. – М.: Медицина, 1997. – 383 с.
4. Куранов А.А., Балеев М.С., Митрофанова Н.Н., Мельников В.Л. Влияние избыточной массы тела и дислипидемии как факторов риска развития атеросклероза у пациентов лечебно-профилактических учреждений Приволжского федерального округа // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2014. – № 4 (24). – С. 36–45.
5. Соловьев А.А. Случай гнойных илеопсоитов у военнослужащих // Вестник хирургии. – 2008. – № 1. – С. 100–104.
6. Стручков В.И., Гостищев В.К. Руководство по гнойной хирургии. – М.: Медицина, 1984. – 181 с.
7. Субботин В.М., Токарев М.В., Давидов М.И. Хирургическое лечение гнойного илеопсоита // Медицинский альманах. – 2012. – № 1. – С. 112–115.
8. Шпизель Р.С., Яремчук А.Я. Острые воспалительные заболевания забрюшинного пространства. – Киев, Здоров'я, 1985. – 128 с.

References

1. Brjuhanov V.P., Civjan A.L. Diagnostika i lechenie gnojnogo iliopsoita. Vestnik hirurgii. 1992. no. 1–3. pp. 180–182.
2. Vojno-Jaseneckij V.F. Ocherki gnojnoj hirurgii. M.: BINOM, 2000. 704 p.
3. Gostishhev V.K. Operativnaja gnojnaja hirurgija. M.: Medicina, 1997. 383 p.
4. Kuranov A.A., Baleev M.S., Mitrofanova N.N., Melnikov V.L. Vlijanie izbytochnoj massy tela i dislipidemii kak faktorov riska razvitiya ateroskleroza u pacientov lechebno-profilakticheskikh uchrezhdenij Privolzhskogo federalnogo okruga // Izvestija vysshih uchebnyh zavedenij. Povolzhskij region. Medicinskie nauki. 2014. no. 4 (24). pp. 36–45.
5. Solovjev A.A. Sluchai gnojnyh ileopsoitov u voennosluzhashchih // Vestnik hirurgii. 2008. no. 1. pp. 100–104.
6. Struchkov V.I., Gostishhev V.K. Rukovodstvo po gnojnoj hirurgii. M.: Medicina, 1984. 181 p.
7. Subbotin V.M., Tokarev M.V., Davidov M.I. Hirurgicheskoe lechenie gnojnogo iliopsoita // Medicinskij almanah. 2012. no. 1. pp. 112–115.
8. Shpizel R.S., Jaremchuk A.Ja. Ostrye vospalitelnye zabolevanija zabrjushinnogo prostranstva. Kiev, Zdorovja, 1985. 128 p.

Рецензенты:

Рахматуллин Ф.К., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой «Внутренние болезни» Пензенского государственного университета, г. Пенза;

Микуляк Н.И., д.м.н., заведующий кафедрой «Физиология человека» Пензенского государственного университета, г. Пенза.