

УДК 616.586-002.3/.4-036:[614.216617]

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМ ИЛЕОПСОИТОМ

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

Представлен обзор литературы по проблеме возникновения и развития гнойного илеопсоита. Приведены факты, констатирующие, что в последнее время частота встречаемости этого заболевания неуклонно увеличивается и встречается большое количество пациентов с гнойным илеопсоитом молодого трудоспособного возраста. Этому способствует в первую очередь развитие внутривенной наркомании, снижение иммунного статуса при ВИЧ-инфекции. Рассмотрены особенности патогенеза гнойного илеопсоита, представлены факторы, оказывающие провоцирующее влияние на возникновение и развитие гнойно-воспалительного процесса, среди которых наибольшее значение имеют травмы, переохлаждение, сахарный диабет, почечная недостаточность, ВИЧ-инфекция, наркомания, алкоголизм, длительный прием глюкокортикоидов, стрессовые факторы. Приведены сведения, подтверждающие, что гнойный илеопсоит – важная медико-социальная проблема. Описано, что для верификации диагноза необходимо применять комплексное исследование, включающее клинико-анамнестические данные, общеклинические и биохимические показатели, инструментальные методы, из которых самым информативным является компьютерная томография забрюшинного пространства и результаты бактериологического анализа. Констатировано, что осуществление своевременного хирургического вмешательства с последующим проведением адекватной антибиотикотерапии позволяет добиться хороших результатов в лечении довольно редкой и тяжелой патологии – гнойного илеопсоита.

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

CURRENT ISSUES OF DIAGNOSIS, TREATMENT AND SUBSEQUENT REHABILITATION OF PATIENTS WITH PURULENT ILIOPSOAS

¹Kochetov G.P., ¹Baleev M.S., ²Mitrofanov 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

Presents a literature review on the problem of the origin and development of purulent iliopsoas. These facts, stating that in recent times the incidence of this disease is steadily increasing and includes a large number of patients with purulent iliopsoas young working age. This is primarily due to the development of intravenous drug use, reduction of immune status in HIV infection. Peculiarities of pathogenesis of purulent iliopsoas, presents the factors that have a provocative effect on the emergence and development of purulent-inflammatory process, among which the most important are trauma, hypothermia, diabetes mellitus, renal failure, HIV infection, drug addiction, alcoholism, prolonged use of glucocorticoids, stress factors. Provides information confirming that purulent iliopsoas is an important medico-social problem. Described, 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 is computed tomography of the retroperitoneum and the results of bacteriological analysis. Stated that the implementation of timely surgical intervention, followed by appropriate antibiotic therapy allows to achieve good results in the treatment of a rare and severe disease – purulent of iliopsoas.

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

Гнойно-воспалительные заболевания и осложнения после операций занимают одно из основных мест среди хирургических болезней. Оперативное вмешательство в комплексном лечении таких больных является определяющим. Одной из особенностей гнойно-воспалительных заболеваний является их свойство распространяться по клеточным пространствам, фасциальным щелям с образованием гнойных затеков, что следует знать и учитывать при оперативном вмешательстве [3].

Гнойный илеопсоит – одна из наиболее редких и трудно диагностируемых патологий в практике хирурга. Это связано с анатомическими особенностями расположения

и. 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 [7].

В связи с этим вопросы диагностики, тактики оперативного лечения, адекватной антибактериальной терапии и последующей реабилитации данной группы больных недостаточно освещены в хирургической печати. Но в последнее время частота встречаемости этого заболевания неуклонно

растет, и встречается большое количество пациентов молодого трудоспособного возраста. Этому способствует в первую очередь развитие внутривенной наркомании, снижение иммунного статуса при ВИЧ-инфекции [6].

Гнойный илеопсоит – гнойное воспаление, локализованное в подвздошной ямке, а именно в фасциальном футляре подвздошно-поясничной мышцы. Впервые это заболевание было описано Munter в 1881 году, который назвал его псоитом. Следует напомнить, что *m. iliopsoas* расположена в брюшинном 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, 10, 12].

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. Выделяют первичные и вторичные гнойные псоиты. В.Ф. Войно-Ясенецкий (1956) писал, что чаще встречается первичный, когда очаг инфекции в виде фурункула, инфицированной раны, гноящейся ссадины, флегмоны может быть расположен на нижней конечности, на промежности, наружных половых органах и в заднем проходе, на ягодице, на нижней половине брюшной стенки. Часто появляется сгибательная контрактура бедра, отчетливо прощупывается твердый конгломерат воспаленных и неподвижных желез над пупартовой связкой. При этом у больных повышена температура. В основном илеопсоитам подвержены лица мужского пола. Причиной первичного илеопсоита может быть травма (ушиб, ранение) с образованием в толще мышцы гематомы, дающей реактивное воспаление. Способствовать развитию первичного илеопсоита могут разные заболевания, приводящие к состоянию иммунодефицита: сахарный диабет, почечная недостаточность, ВИЧ-инфекция, наркомания, алкоголизм, длительный прием глюкокортикоидов [2, 3, 5, 6].

Вторичные процессы, связанные с затеканием гноя из брюшинного пространства или брюшной полости (гнойный аппенди-

цит, параметрит), в настоящее время встречаются очень редко. Возможны контактное инфицирование мышцы и гнойные затеки в *m. iliopsoas* 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 брюшинного 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 также следует говорить о вторичном илеопсоите [2, 7, 11].

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). Но из всех гнойных илеопсоитов В.Ф. Войно-Ясенецкий (1934) выделил одну флегмону, отличающуюся по локализации и клиническому течению. «Есть еще одна, особняком стоящая форма флегмоны, описанная в 1895 г. Бро. При ней скопление гноя помещается не в толще подвздошной мышцы, как обычно, а под ней, между мышцей и надкостницей крыла подвздошной кости. Целый ряд клинических наблюдений доказывает, что флегмона действительно существует» [2, 4].

В классификации В.П. Брюханова (1992) выделены: верхний илеопсоит с расположением гнойника в поясничном отделе *m. iliopsoas*, нижний с локализацией процесса в подвздошной части мышцы, тотальный с поражением всей мышцы и флегмона Бро с локализацией абсцесса под подвздошной мышцей [1].

Флегмона Бро встречается редко. В.Ф. Войно-Ясенецкий (1956), имевший богатейший опыт в гнойной хирургии, не привел ни одного собственного случая, а лишь ссылаясь на единичные наблюдения зарубежных авторов.

По данным В.М. Субботина с соавт. (2012), из 29 больных с гнойным илеопсоитом, собранных в 3 больницах г. Перми за 20 лет, только у двух была обнаружена флегмона Бро.

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, субплеврально или в плевральную полость; на поясничную область [2, 3, 7].

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

По результатам УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза удается определить увеличенную в объеме подвздошно-поясничную мышцу с неравномерной структурой и наличием гипоэхогенных участков, полостных образований. Высокоинформативным методом является компьютерная томография. С ее помощью можно определить увеличенную подвздошно-поясничную мышцу на стороне поражения, наличие в ней жидкостных скоплений, пути распространения гнойного процесса [6].

После комплексного обследования, включающего даже компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ) в стационаре, почти у 30% больных дооперационный диагноз «гнойный паранефрит» или «флегмона забрюшинного пространства» [8, 9].

Всем больным острым гнойным илеопсоитом показано экстренное хирургическое вмешательство. Выбор метода хирургического лечения зависит от тяжести состояния больного, локализации, размера очага, ограниченности гнойного процесса, сопутствующих заболеваний. В ходе операции производится раскрытие полости гнойника и промывание ее растворами антисептиков с последующим дренированием и аспирацией.

В послеоперационном периоде проводится интенсивная антибиотикотерапия, дезинтоксикационная и иммуномодулирующая терапии [6].

После осуществления своевременного хирургического вмешательства с последующим проведением адекватной антибиотикотерапии большинство больных в удовлетворительном состоянии выписываются из стационара, послеоперационная летальность составляет 1–4%. Неблагоприятные исходы характерны для пациентов с запущенными случаями заболевания, осложненными тяжелыми иммунодефицитными состояниями – ВИЧ-инфекцией и др.

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. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1997. – 383 с.
4. Кузнецов А.Г., Смотрич С.М., Страпко В.П., Дюрдь В.К. Гнойный илеопсоит: вопросы этиологии, диагностики и лечения // Лазерная и фотодинамическая терапия в медицине: сб. научных трудов; Гродно, 7 октября 2011 / отв. ред. С.М. Смотрич. – Гродно: ГрГМУ, 2011. – С. 155–158.

5. 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.

6. Породенко Е.Е., Коровин А.Я., Комова М.А., Сарибекян А.Г. Лечение больных с острым гнойным илеопсоитом // Материалы VIII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием, посвященной 95-летию Самарского государственного медицинского университета 15–16 мая 2014. – Самара, 2014. – С. 68–70.

7. Соловьев, А.А. Зотов И.В., Синяков В.Ф. Гайдук В.П., Петрушин В.В., Пчелкин В.А. Случаи гнойных илеопсоитов у военнослужащих // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2008. – № 1. – С. 100–104.

8. Стручков В.И., Гостищев В.К. Руководство по гнойной хирургии. – М.: Медицина, 1984. – 181 с.

9. Субботин В.М., Токарев М.В., Давидов М.И. Хирургическое лечение гнойного илеопсоита // Медицинский альманах. – 2012. – № 1. – С. 112–115.

10. Шпизель Р.С., Яремчук А.Я. Острые воспалительные заболевания забрюшинного пространства. – Киев: Здоров'я, 1985. – 128 с.

11. MedBe.ru 2013. Available at: <http://medbe.ru/materials/infektsii-v-khirurgii/gnoynye-zabolevaniya-taza-flegmony-i-abstsessy-podvzdoshnoy-yamki>.

12. Medical-Enc.ru 2007-2015. Available at: <http://www.medical-enc.ru/15/psoit.shtml>.

References

1. Brjuhanov V.P., Civjan A.L. Diagnostika i lechenie gnojno iлеopsoita. Vestnik hirurgii. 1992. no. 1–3. pp. 180–182.

2. Vojno-Jaseneckij, V.F. Oчерки gnojnoj hirurgii. M.: BINOM, 2000. 704 p.

3. Gostishhev, V.K. Operativnaja gnojnaja hirurgija. Rukovodstvo dlja vrachej. M.: Medicina, 1997. 383 p.

4. Kuznecov A.G., Smotrin S.M., Strapko V.P., Djurdь V.K. Gnojnyj ileopsoit: voprosy jetiologii, diagnostiki i lechenija // Lazernaja i fotodinamicheskaja terapija v medicine: sb. nauchnyh trudov; Grodno, 7 oktjabrja 2011 / otv. red. S.M. Smotrin. Grodno: GrGMU, 2011. pp. 155–158.

5. 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 Privolzhszkogo federalnogo okruga // Izvestija vysshih uchebnyh zavedenij. Povolzhskij region. Medicinskie nauki. 2014. no. 4 (24). pp. 36–45.

6. Porodenko E.E., Korovin A.Ja., Komova M.A., Saribekjan A.G. Lechenie bolnyh s ostrym gnojnym ileopsoitom // Materialy VIII Vserossijskoj konferencii obshhij hirurov s mezhdunarodnym uchastiem, posvjashhennoj 95-letiju Samarskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta 15–16 maja 2014. Samara, 2014. pp. 68–70.

7. Solovev, A.A. Zotov I.V., Sinjakov V.F. Gajduk V.P., Petrushin V.V., Pchelkin V.A. Sluchai gnojnyh ileopsoitov u voennosluzhashhij // Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova. 2008. no. 1. pp. 100–104.

8. Struchkov V.I., Gostishhev V.K. Rukovodstvo po gnojnoj hirurgii. M.: Medicina, 1984. 181 p.

9. Subbotin V.M., Tokarev M.V., Davidov M.I. Hirurgicheskoe lechenie gnojno iлеopsoita // Medicinskij almanah. 2012. no. 1. pp. 112–115.

10. Shpizel R.S., Jaremchuk A.Ja. Ostrye vospalitelnye zabolevaniya zabrjushinnogo prostranstva. Kiev: Zdorovja, 1985. 128 pp.

11. MedBe.ru 2013. Available at: <http://medbe.ru/materials/infektsii-v-khirurgii/gnoynye-zabolevaniya-taza-flegmony-i-abstsessy-podvzdoshnoy-yamki>.

12. Medical-Enc.ru 2007-2015. Available at: <http://www.medical-enc.ru/15/psoit.shtml>.

Рецензенты:

Рахматуллов Ф.К., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой «Внутренние болезни», Пензенский государственный университет, г. Пенза;

Микуляк Н.И., д.м.н., заведующий кафедрой «Физиология человека», Пензенский государственный университет, г. Пенза.