

УДК 616.748.11-002.3-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ИЛИОПСОИТА

В.М. Субботин, М.В. Токарев, М.И. Давидов,
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия»

Токарев Михаил Валерьевич – e-mail: urologperm@mail.ru

Изучены результаты лечения редкого заболевания – острого воспаления подвздошно-поясничной мышцы. За 20 лет в трех хирургических стационарах наблюдали 29 больных в возрасте 19–69 лет (14 мужчин, 15 женщин) с острым илиопсоитом. У 1 больного с серозно-инфильтративной формой заболевания проведено успешное консервативное лечение, у 28 пациентов выполнено хирургическое вмешательство с вскрытием и дренированием псоас-абсцесса. Летальность составила 3,4%. У 96,6% больных наступило выздоровление с хорошими отдаленными функциональными результатами. В статье приводится техника операции, детально разработанная авторами.

Ключевые слова: подвздошно-поясничная мышца, острый гнойный илиопсоит, хирургическое лечение.

Treatment results of a very rare disease i.e. iliac-lumbar muscle acute inflammation were observed. 29 patients of 19–69 years of age (14 males, 15 females) with the diagnosis of acute iliopsoitis were studied at three surgical in-patient departments during 20 years. One patient having serous infiltrative form underwent a course of conservative treatment. 28 patients were performed a surgical procedure which included psoas abscess opening and drainage. Fatal outcome occurred in 3.4%. 96.6% revealed convalescence with uneventful long-term functional results. In the article the authors describe in detail the operation technique that was worked out by them.

Key words: iliac-lumbar muscle, acute suppurative iliopsoitis, surgical treatment.

Введение

Гнойный илиопсоит – воспаление подвздошно-поясничной мышцы [1]. Это редкое заболевание впервые описал в 1742 г. Guillaume Mauquet de la Motto [2]. Современные авторы приводят обычно 1–12 собственных наблюдений [3–9]. Считается, что в основе заболевания лежит воспаление лимфоузлов и жировой клетчатки, расположенных в толще подвздошно-поясничной мышцы [1–3]. Инфекция заносится лимфогенно из гнойных очагов, расположенных в коже и подкожной клетчатке нижней половины тела, гематогенно – из отдаленных гнойных очагов (туловище, верхние конечности). Может произойти инфицирование гематомы musculus iliopsoas после травмы [4, 5]. Реже илиопсоит бывает вторичным, когда гной распространяется в толщу подвздошно-поясничной мышцы из костных очагов таза или позвоночника при туберкулезе или остеомиелите, из малого таза или брюшной полости при аппендиците и заболеваниях матки и придатков [6–9].

Поскольку опыт различных авторов небольшой [3–9], лечебная тактика при этом заболевании окончательно не определена, а техника операции разработана недостаточно. Наряду с «открытым» способом лечения [1–3, 5–6, 9] авторы используют консервативные методы [4, 7] или разрабатывают пункционные инструментальные способы дренирования [7, 8]. Летальность при этом достигает 16,7–18,9% [7, 9].

Цель исследования: определение лечебной тактики и разработка хирургической техники при остром илиопсоите.

Материалы и методы

В трех хирургических клиниках г. Перми за 20 лет изучено лечение острого илиопсоита. Всего наблюдали 29 больных илиопсоитом (14 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 19 до 69 лет (средний возраст $38,9 \pm 5,4$ года). Согласно классификации В.П. Брюханова [3], верхний илиопсоит с расположением гнойника в поясничном отделе m. iliopsoas наблюдали у 7 пациентов, нижний илиопсоит с локализацией процесса в подвздошной части мышцы – у 17, тотальный (с поражением всей подвздошно-поясничной мышцы) – у 3, флегмона Бродского с локализацией абсцесса под подвздошной мышцей – у 2.

Распределение по морфологическим формам [1, 5]: серозно-инфильтративная – у 3 больных, ограниченное гнойное воспаление с образованием абсцесса (ов) в мышце – у 25, септическая флегмона подвздошно-поясничной мышцы – у 1. Первичный илиопсоит наблюдали у 24 пациентов, вторичный (затек гноя в m. iliopsoas из брюшной полости и малого таза при аппендиците, параметрите и других заболеваниях) – у 5.

На амбулаторном этапе правильный диагноз (острый илиопсоит) был поставлен только у 2 больных. Остальные 27 пациентов были направлены в стационар с другими диагнозами (радикулит, сакроилеит, опухоль и другие). Пациенты госпитализировались, как правило, поздно: через 1–2 сут. от начала заболевания – 2, от 4 до 7 сут. – 5, 2 недели – 17, от 3 недель до 2 мес. – 5.

При госпитализации в хирургические клиники выполнялось срочное обследование: обзорная рентгенография брюшной полости, позвоночника, костей таза и грудной клетки, экскреторная урография, ультразвуковое исследование (УЗИ), лабораторные исследования крови и мочи, биохимический анализ крови. У 14 больных объем исследова-

ний был расширен, и им дополнительно выполнена компьютерная томография (КТ), у 6 больных осуществлена магнитно-резонансная томография (МРТ).

При госпитализации состояние 23 больных было тяжелым, 4 – средней тяжести и только у 2 – удовлетворительным. Осложненное течение илиопсоита отмечено у 15 (51,7%) больных, которые имели сепсис (с полиорганной недостаточностью) и/или распространение гнойного процесса за пределы подвздошно-поясничной мышцы (гнойный затек на бедро – 2, прорыв гноя через bursa iliopectinea в тазобедренный сустав – 1, через седалищное отверстие на ягодичную область – 1, обширная забрюшинная флегмона – 4).

После срочного обследования предоперационный диагноз «острый илиопсоит» был установлен у 24 больных, остальные взяты на операционный стол с диагнозами: «гнойный паранефрит» и «флегмона забрюшинного пространства». Оперативное вмешательство произведено у 28 больных, под эндотрахеальным наркозом. Одного больного с серозно-инфильтративной формой илиопсоита удалось вылечить консервативно.

Обработка данных исследования проводилась стандартными статистическими методами с помощью пакета прикладных программ Statistica.

Результаты и их обсуждение

На основании проведенного исследования выявлено, что серозно-инфильтративная форма острого илиопсоита может быть излечена консервативно, острый гнойный илиопсоит в форме абсцесса или флегмоны – безусловное показание к срочному оперативному лечению.

Сугубо консервативное лечение применено только у одного 30-летнего больного, который госпитализирован через 24 часа от появления симптомов заболевания (гипертермия, псоас-симптом) и у которого диагноз нижнего илиопсоита был подтвержден при УЗИ и КТ, однако без обнаружения при проведении этих исследований гнойных полостей в подвздошно-поясничной мышце. Интенсивная антибактериальная терапия привела к выздоровлению больного с ликвидацией симптомов, физических, рентгенологических и эхографических изменений.

Еще двух наших пациентов с серозно-инфильтративной формой илиопсоита мы были вынуждены оперировать вследствие неуверенности при проведении лучевых методов исследования в отсутствии гнойников в подвздошно-поясничной мышце. Во время операции последние не были обнаружены, а ретроспективно оценивая эти случаи, считаем, что данных больных можно было излечить консервативно.

Случаи успешного консервативного излечения отдельных больных с илиопсоитом также приводятся в современной литературе [4, 7]. M. Berge et al. [7] с переменным успехом использовали также пункционный метод хирургического лечения у 4 из 12 своих больных, пунктируя небольшой псоас-абсцесс под УЗИ-контролем. И все же у наиболее тяжелых 6 больных M. Berge et al. [7] применили «открытое» хирургическое вмешательство.

По нашему мнению, в отличие от других гнойников забрюшинного пространства при илиопсоитах пункционный метод хирургического лечения нельзя считать оптимальным. Подвздошно-поясничная мышца располагается глубоко. Большинство абсцессов, по нашим данным, локализовались

в ее толще и были небольшими по объему, так что даже при открытой операции нередко их искали долго, для чего выполняли поисковые пункции. При пункционном методе можно не обнаружить второй абсцесс и гнойные затеки в окружающие органы и клетчаточные пространства.

В связи с этим, всех 28 больных были оперированы открытым способом. У 11 больных с верхними и тотальными илиопсоитами, а также при распространении гнойника на общее забрюшинное пространство, применяли косой люмботомический внебрюшинный доступ, произведенный на 2–4 см медиальнее гребня подвздошной кости. Больной находился в полубоковом положении на здоровом боку, на валике. У остальных больных, преимущественно с нижним илиопсоитом, применен внебрюшинный разрез в подвздошно-паховой области по Н.И. Пирогову. Указанные разрезы позволяли широко обнажить подвздошно-поясничную мышцу и выполнить ее адекватную ревизию.

В некоторых случаях, особенно при расположении гнойника поверхностно или его больших размерах, технических трудностей не возникало. И все же, чаще всего абсцесс располагался в глубине мышцы, поэтому прибегали к такой технике операции. Выполняли диагностическую пункцию области предполагаемого гнойника длиной иглой большого диаметра. В месте получения гнойного отделяемого вскрывали фасцию мышцы, а затем мышцы расслаивали вдоль волокон тупым инструментом или пальцем, помня о прохождении бедренного нерва в толще мышцы или на ее поверхности. Из-за опасности повреждения бедренного нерва не рассекали фасцию и мышечные волокна в поперечном направлении. При обнаружении полости гнойника эвакуировали гной и исследовали полость абсцесса во всех направлениях, чтобы не остались незамеченными гнойные затеки.

Одиночный абсцесс имели 20 больных, у 4 человек обнаружено по два гнойника, у 1 – три полости абсцесса в подвздошно-поясничной мышце. При этом у 2 больных гнойник располагался не в самой мышце, а в клетчатке между подвздошной мышцей и надкостницей подвздошной кости – так называемый абсцесс Бро [1, 2]. Всего у этих 25 больных обнаружен 31 абсцесс объемом от 10 до 1500 мл гноя (11 абсцессов содержали до 100 мл гноя, 8 – от 100 до 200 мл, 9 – от 200 до 300 мл, 3 – от 1 до 1,5 л). В большинстве случаев гной был сливкообразный, белого или бело-желтого цвета.

При серозно-инфильтративной форме у 2 оперированных пациентов гноя не выявлено, а по результатам биопсии гистологически обнаружено серозное пропитывание интерстициальной ткани с мелкоклеточной инфильтрацией и расширением сосудов, белковой и жировой дистрофией мышечных волокон. У больной с септической флегмоной была поражена вся подвздошно-поясничная мышца, она увеличена в объеме, пропитана коричневой жидкостью, содержащей кровь и некротический распад мышечной ткани. Произведено широкое вскрытие и дренирование всей мышцы.

При вторичном илиопсоите во время операции вели поиск его причин и осуществляли санацию основного гнойного очага (вскрытие аппендикулярного абсцесса, дренирование малого таза при гнойном параметрите). У больных с распространением гнойника за пределы подвздошно-поясничной

мышцы в ходе операции выполнены дополнительные вмешательства: вскрытие и дренирование гнойного затека в скарповский треугольник отдельным разрезом по медиальному краю портняжной мышцы (у 2 пациентов), вскрытие и дренирование абсцесса ягодичной области (у 1), вскрытие и санация гнойного затека в тазобедренный сустав (у 1), санация и дренирование флегмоны забрюшинного пространства (у 4).

В ходе операции полость абсцесса(ов) подвздошно-поясничной мышцы тщательно промывали и дренировали двумя силиконовыми трубками, через которые в послеоперационном периоде налаживали активную аспирацию или капельное орошение антисептическими растворами.

Операция, в зависимости от степени ее сложности, продолжалась от 15 до 120 мин. (в среднем $46,4 \pm 5,9$ мин.) с интраоперационной кровопотерей $107,0 \pm 18,6$ мл.

В послеоперационном периоде проводили интенсивную антибактериальную, дезинтоксикационную, иммуномодулирующую терапию, плазмаферез, ультрафиолетовое облучение крови. Программа антибактериальной терапии включала 3 антибиотика широкого спектра действия, после получения результатов бакпосева гноя при необходимости осуществлялась ее коррекция. Бактериологические исследования интраоперационного материала (гной, воспалительный экссудат) показали, что илиопсоит чаще всего вызывает золотистый стафилококк, обнаруженный у 22 из 28 оперированных пациентов (78,6%). Значительно реже высевались гемолитический стрептококк, кишечная палочка, энтерококк и синегнойная палочка. Наши данные совпадают с литературными: M. Berge et al. [7] в обзоре литературы сообщают, что в 88% случаев псоас-абсцесс вызывался золотистым стафилококком.

Существует рекомендация [6]: по окончании операции производить максимальное разгибание бедра с последующей фиксацией его гипсовой лонгетой. Мы принципиально считали, что в этом нет необходимости. Наоборот, производили раннюю активизацию больных, и через 4–5 суток больные свободно ходили по отделению, практически не прихрамывая.

Нормализация температуры тела наступала в среднем через $3,3 \pm 0,4$ сут. после операции. У 2 (7,1%) оперированных больных наблюдали послеоперационные осложнения: раннее (через 1 сут.) кровотечение из сосудов подвздошно-поясничной мышцы с экстренной повторной операцией остановки кровотечения, нарушение дренирования раны. Летальный исход наблюдали у 1 из 29 больных (3,4%). Эта пациентка с септической флегмоной подвздошно-поясничной мышцы умерла от сепсиса через 1 сут. после операции.

Послеоперационный койко-день составил в среднем $14,5 \pm 1,2$ сут., что значительно меньше, чем по литературным данным [2, 5, 9]. Перед выпиской у больных выполняли контрольное УЗИ, у 5 больных – контрольную КТ. По данным этих исследований наблюдали нормализацию размеров и структуры подвздошно-поясничной мышцы. Из 29 больных 28 (96,6%) выписаны из клиники с выздоровлением при отсутствии жалоб, сгибательной контрактуры бедра и хромоты.

В отдаленном периоде осмотрены в сроки от 1 до 5 лет 20 больных. Все они имели хороший функциональный результат: ходили без хромоты, при осмотре движения, обе-

спечиваемые m. iliopsoas, совершали в полном объеме.

Заключение

Гнойный илиопсоит является абсолютным показанием к хирургическому лечению. Методом выбора является «открытая» внебрюшинная операция разрезом Пирогова или люмботомическим доступом, с вскрытием и дренированием подвздошно-поясничной мышцы. Она позволяет добиться выздоровления у 96,6% больных с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. М.: Бинум, 2006. С. 400-416.
2. Шпизель Р.С., Яремчук А.Я. Острые воспалительные заболевания забрюшинного пространства. Киев: Здоров'я, 1985. 128 с.
3. Брюханов В.П., Цивьян А.Л. Диагностика и лечение гнойного илиопсоита. Вестник хирургии. 1992. № 1-3. С. 180-182.
4. Ольхова Е.Б. Ультразвуковая диагностика заболеваний подвздошно-поясничных мышц. Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2004. № 2. С. 131-135.
5. Соловьев А.А., Петрушин В.В., Гайдук В.П. Случаи гнойных илиопсоитов у военнослужащих. Вестник хирургии. 2008. № 1. С. 100-104.
6. Стручков В.И., Гостищев В.К. Руководство по гнойной хирургии. М: Медицина, 1984. 191 с.
7. Berge M., Marie S., Kuipers T. Psoas abscess. Netherlands. J. Med. 2005. № 10 (63). P. 413-416.
8. Hanaoka N. Percutaneous drainage and continuous irrigation in patients with severe pyogenic spondylitis, abscess formation, and marked bone destruction. Neurosurg. Spine. 2006. № 5 (4). P. 374-379.
9. Ricci M.A., Rose F.B. Pyogenic psoas abscess. Wored. Surg. 1986. № 10. P. 834-843.