

выполнены анализы крови на вирусные гепатиты В и С, биохимические анализы крови. Результаты иммунологических исследований крови на вирусные гепатиты были отрицательные, биохимические изменения незначительные. Следует отметить ограниченность ультразвуковой диагностики как скринингового метода поиска хронических заболеваний печени именно у молодых пациентов. Так, в период 2005-2009 гг. на контрольное обследование в 1742 военный госпиталь г.Уфы было направлено 118 призывников с подозрением на хронический гепатит, из них у 58 пациентов был подтвержден вирусный гепатит и у 4 пациентов установлен хронический гепатит неуточненной этиологии. При этом изменения в печени отмечались у 16 (27,6%) пациентов в группе с подтвержденными вирусными гепатитами и у 2 (50%) пациентов с подтвержденными хроническими гепатитами неуточненной этиологии. Если оценить эхографические изменения относительно всей группы направленных с подозрением на хронический гепатит, то выявляется, что данные изменения

имели лишь 18 пациентов из 118 (15,3%), что, несомненно, принижает ценность данного метода перед иммунологическими исследованиями.

Незначительные изменения со стороны поджелудочной железы были выявлены у 3 пациентов, а изменения со стороны селезенки обнаружены у 2 пациентов (по 1 случаю увеличения размеров и наличия добавочной селезенки).

Выводы

Ультразвуковая диагностика заболеваний внутренних органов является достаточно простым и доступным методом диагностики.

Учитывая достаточно высокий процент обнаружения патологии внутренних органов у лиц призывного возраста, необходимо рекомендовать призывным комиссиям районных военных комиссариатов шире использовать ультразвуковую диагностику как скрининговый метод исследования для исключения случаев призыва юношей с серьезными заболеваниями внутренних органов.

Сведения об авторах статьи:

Галкин Александр Валерьевич – вр. высшей кат., гл. врач Медико-Консультативного Центра «Военврач», подполковник мед. службы запаса. Адрес: 450000, г.Уфа, ул. Ленина 97, раб. тел. (347) 246-32-90. E-mail: polkovnik@voenvrach.com

Мусин Шамиль Сибиевич – врач высшей категории, врач отделения функциональной диагностики ГКБ № 21, полковник медицинской службы запаса. Адрес: 450071, г.Уфа, Лесной проезд 3, раб. тел.(347) 232-32-22

Усатова Ольга Сергеевна – к.м.н., врач высшей категории, зав. отделением функциональной диагностики ГКБ №21. Адрес: 450071, г.Уфа, Лесной проезд 3, раб. тел.(347) 232-32-22

ЛИТЕРАТУРА

1. Бацков С.С. Ультразвуковой метод исследования в гастроэнтерологии. – СПб., 1995. – 184 с.
2. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей / под ред. И.В.Маева – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 96 с.
3. Красильников, В.И. Здоровье призывного ресурса на этапах его формирования: монография / В.И. Красильников. - Казань, 2002.- 139с.
4. Куликов, В.В. В.Н. Ядчук, В.В. Квасовка [и др.]. Современные методологические подходы к определению категории годности военнослужащих к военной службе //Военно-медицинский журнал. – 2005. – т. 326, № 10. - С.61-63.

УДК 616.748.11-002.3-07

© М.И. Давидов, В.М. Субботин, М.В. Токарев, 2011

М.И. Давидов, В.М. Субботин, М.В. Токарев

НОВЫЕ СИМПТОМЫ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНОГО ИЛИОПСОИТА

*ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени акад. Е.А.Вагнера»
Минздрава России, г. Пермь*

В трех хирургических стационарах за 20 лет наблюдали 29 больных (15 женщин, 14 мужчин) в возрасте от 19 до 69 лет с острым илиопсоитом. Наиболее характерными симптомами заболевания явились боли в подвздошной и паховых областях, хромота, повышение температуры тела, болезненность и пальпируемый инфильтрат в зоне подвздошно-поясничной мышцы, псоас-симптом. Авторы разработали новые физикальные симптомы заболевания. Из специальных методов исследования наиболее информативным было УЗИ, а также КТ и МРТ. Усовершенствование диагностики позволило установить верный дооперационный диагноз у 82,8% больных.

Ключевые слова: острый гнойный илиопсоит, клиника, диагностика, симптомы.

M.I. Davidov, V.M. Subbotin, M.V. Tokarev

NEWLY IDENTIFIED SYMPTOMS AND NOVEL DIAGNOSTIC METHODS OF SUPPURATIVE ILIOPSOITIS

A 20-year follow-up study of 29 patients (15 females, 14 males) from three in-patient surgical facilities at the age of 19 – 69 with acute iliopsoitis was performed. Pains in the iliac and inguinal areas, lameness, elevation of body temperature, tenderness and a palpable infiltration in the iliopsoas muscle region, psoas symptom appeared to be the most representative disease manifestations. A number of newly identified physical symptoms of the disease were described by the authors. Ultrasonography, CT and MRT proved to be the most informative specialized types of patient examination. The improvement in diagnostic procedures enabled an accurate preoperative diagnosis in 82.8% patients.

Key words: acute suppurative iliopsoitis, clinical manifestations, diagnosis, symptoms.

Среди гнойно-воспалительных заболеваний забрюшинного пространства и подвздошной ямки наиболее редкой, малоизученной и трудно диагностируемой патологией является острый гнойный илиопсоит [1-6]. Это редкое заболевание, в литературе описывается по 1-12 собственных наблюдений [1-6]. Опыт авторов небольшой, поэтому недостаточно изучена симптоматика заболевания, несовершенны методы диагностики.

Материал и методы

В трех хирургических стационарах г. Перми за последние 20 лет изучена симптоматика острого илиопсоита, на ее основе разработаны наиболее оптимальные методы диагностики этого заболевания. Наблюдали 29 больных илиопсоитом в возрасте от 19 до 69 лет (15 женщин, 14 мужчин). О редкости патологии свидетельствует тот факт, что на каждые 10 тыс. хирургических больных приходился лишь 1 больной илиопсоитом.

До госпитализации правильный диагноз (острый илиопсоит) был поставлен только 2 больным. Остальные 27 (93,1%) пациентов были направлены в хирургический стационар с другими диагнозами. Это свидетельствует о плохом знании врачами общей практики симптоматики илиопсоита. После экстренного обследования в клинике предоперационный диагноз острый илиопсоит был установлен у 24 (82,8%) больных, остальные взяты на операционный стол с диагнозом гнойный паранефрит.

При госпитализации в хирургическую клинику помимо сбора жалоб и физикального исследования выполнялось срочное обследование: обзорная рентгенограмма брюшной полости, позвоночника, костей таза, экскреторная экскурсионная урография, ультразвуковое исследование (УЗИ) на аппарате «Алюка 5000», лабораторные исследования крови и мочи. У 14 больных объем обследований был расширен и им дополнительно выполнена компьютерная томография (КТ), у 6 больных осуществлена магнитно-резонансная томография (МРТ).

В ходе оперативного вмешательства (вскрытие и дренирование подвздошно-поясничной мышцы) производилось сопоставление клинических и интраоперационных данных с оценкой информативности примененных методов диагностики. Диагноз илиопсоита был подтвержден на операции у всех больных.

Для объективной оценки разработанных физикальных симптомов острого илиопсоита использовали группу сравнения из 30 боль-

ных с острым деструктивным аппендицитом, которые по среднему возрасту, распределению по полу и другим признакам не отличались от основной группы.

Результаты и обсуждение

В нижеследующей таблице приведены основные клинические симптомы и физикальные признаки острого илиопсоита.

Все 29 больных предъявляли жалобы на боль в подвздошной и паховой областях, которая, как правило, иррадиировала в бедро и/или в поясницу, а также иногда в ягодичную область и в колено. У 24 больных ходьба усиливала боли, появлялась хромота, больной щадил ногу с пораженной стороны, при ходьбе нагибая туловище вперед и в больную сторону. Общие симптомы заключались в повышении температуры тела до 38-41°C, тахикардии. В отличие от воспалительных заболеваний почек и паранефрита, у большинства больных илиопсоитом наблюдался не интермитирующий, а постоянный тип температурной кривой, ознобы встречались реже и никогда не носили характер «потрясающих».

Таблица

Основные симптомы и физикальные признаки острого илиопсоита

Характер признака	Число больных	
	абс.	%
Боль в подвздошно-паховой области	29	100
Иррадиация боли в бедро и/или поясницу	25	86,2
Усиление боли при ходьбе, хромота	24	82,8
Гипертермия до 38-41°C	29	100
Постоянный тип температурной кривой	23	79,3
Отсутствие потрясающих ознобов	26	89,7
Тахикардия (свыше 80 уд/мин)	25	86,2
Сухой обложенный язык	24	82,8
Болезненность при пальпации в проекции подвздошно-поясничной мышцы	28	96,6
Пальпируемый инфильтрат в зоне подвздошно-поясничной мышцы	15	51,7
Псоас-симптом	28	96,6
Разгибание в тазобедренном суставе вызывает боль	26	89,7
Подвижность в тазобедренном суставе сохранена	23	79,3
Компенсаторный лордоз позвоночника	24	82,8
Изгиб туловища в вертикальном положении	24	82,8
Болезненность в 1-й (передней) болевой точке	23	79,3
Болезненность во 2-й (задней) болевой точке	6	20,7
Болезненность в 3-й (нижней) болевой точке	4	13,8
Положительный симптом Шулуток	21	72,4
Положительный симптом Шулуток в нашей модификации	27	93,1
Положительный симптом Субботина-Давидова	29	100
Положительный симптом Давидова-Токарева	28	96,6

Объективно определялась болезненность в проекции подвздошно-поясничной мышцы. У половины пациентов пальпировался инфильтрат в зоне m. iliopsoas, подвздошной области. Наиболее патогномичным физикальным признаком заболевания являлся псоас-симптом: бедро больного на больной стороне было приведено к животу и ротировано. Сгибательная контрактура бедра при

илиопсоите вызывается рефлекторным сокращением воспаленной мышцы [2]. Активные и пассивные попытки выпрямления ноги резко усиливали боль. При этом у большинства пациентов подвижность в тазобедренном суставе была сохранена. При осмотре больного на животе отмечено боковое искривление поясничного отдела позвоночника с отклонением линии остистых отростков позвонков в здоровую сторону. Большинство пациентов не могли стоять прямо: в вертикальном положении туловище у них сгибалось вперед и в больную сторону.

Для физикальной диагностики илиопсоита были предложены [1,2] три болевые точки: 1-я (передняя) – в области наружной части подвздошной ямки непосредственно кнутри от передневерхней ости, 2-я (задняя) – сзади в поясничной области чуть выше задневерхней ости и 3-я (нижняя) – болевая точка в проекции малого вертела. Мы установили низкую диагностическую ценность 2- и 3-й точек и удовлетворительную – 1-й точки. Положительный симптом Шулютко определялся только у 21 (72,4%) больного. Он заключается в том, что на глубокое надавливание кистью на стенку живота в 3-4 см сбоку от пупка больной реагирует сгибательным движением в тазобедренном суставе [цит. по 4].

Недостаток симптома Шулютко, на наш взгляд, заключается в том, что точка пальпации автором выбрана не совсем удачно (надавливание происходит на более узкую и реже воспаляющуюся верхнюю часть *m. iliopsoas*). В итоге кисть врача у многих больных «промахивается» мимо мышцы или не затрагивает наиболее воспаленную зону *m. iliopsoas*.

Для диагностики острого гнойного илиопсоита мы разработали новые физикальные симптомы.

Первый симптом возник в результате усовершенствования симптома Шулютко.

Врач садится на стул с больной стороны пациента, напротив его таза, лицом к подвздошной области. Одной рукой укладывает ногу больного на кушетку и слегка придерживает ее, касаясь ладонью передней поверхности бедра (рис.1). Другой рукой, сжатой в кулак, медленно, но плотно и глубоко надавливает на подвздошную область под углом 45° к поверхности кожи, придавливая подвздошную часть *m. iliopsoas* к позвоночнику и костям таза. Больная нога произвольно сгибается в тазобедренном суставе или резко подергивается за счет рефлекторного сокраще-

ния воспаленной подвздошно-поясничной мышцы (рис.2).



Рис.1. Симптом Шулютко в нашей модификации.

Одной рукой врач слегка придерживает ногу больного, касаясь ладонью передней поверхности бедра. Другой рукой, сжатой в кулак, надавливает на подвздошную область под углом 45°.



Рис.2. Симптом Шулютко в нашей модификации (вторая фаза). Нога с больной стороны произвольно сгибается в тазобедренном суставе.

Симптом Шулютко в нашей модификации оказался положительным у 27 (93,1%) больных острым илиопсоитом, что свидетельствует о его большей ценности по сравнению с классическим симптомом Шулютко. Более высокая информативность симптома, очевидно, связана с изменением зоны, величины площади, угла и силы надавливания (глубокое погружение кулаком под углом 45° к поверхности кожи, т.е. под прямым углом по отношению к поверхности подвздошно-поясничной мышцы). Кроме того, подвздошная (нижняя) часть *m. iliopsoas* воспаляется чаще, чем поясничная (верхняя), и больше по объему. Поэтому при выполнении нашей методики рука врача всегда точно упирается в подвздошно-поясничную мышцу. Последняя сокращается в результате непосредственного надавливания рукой на воспаленную часть мышцы или натяжения придавленных мышечных волокон с раздражением воспаленных вышележащих верхних (поясничных) участков ее.

Другой разработанный нами (авторы В.М.Субботин, М.И.Давидов) симптом острого илиопсоита заключается в следующем (рис.3).

Больной лежит на здоровом боку. Врач рукой фиксирует больную ногу и отводит ее максимально назад, разгибая в коленном и переразгибая в тазобедренном суставах, одно-

временно приподнимая и слегка ротируя ногу в наружную сторону. В это же время кистью другой руки врач нажимает на нижненаружную часть подвздошной ямки, между передневерхней остью подвздошной кости и паховой складкой, т.е. пальпаторно воздействуя на дистальную (нижнюю) часть *m.iliopsoas*, проходящую через *lacuna musculorum* в пространстве между паховой связкой и подвздошной костью. Больной испытывает боль или резкое усиление боли в подвздошно-паховой области вследствие растяжения и раздражения воспаленной подвздошно-поясничной мышцы и мануального придавливания ее к костям таза. После этого ногу осторожно сгибают в коленном и тазобедренном суставах; боль проходит или значительно ослабевает.



Рис.3. Определение симптома Субботина-Давидова

Симптом Субботина-Давидова оказался положительным у всех 29 (100%) больных острым илиопсоитом.

Еще один разработанный нами (авторы М.И.Давидов, М.В.Токарев) симптом заключается в следующем. В положении больного на спине ему предлагают поднять под углом 45° к поверхности выпрямленную в коленном суставе ногу и произвести ею круговые махи, очерчивая вытянутым носком в воздухе большой круг. Больной илиопсоитом не может начертить в воздухе широкий плавный непрерывный круг выпрямленной ногой и/или при выполнении упражнения испытывает значительные боли в подвздошно-поясничной области. Данный симптом Давидова–Токарева оказался положительным у 28 (96,6%) больных острым илиопсоитом.

Для оценки специфичности симптомов мы проверили разработанные нами симптомы илиопсоита, а также наиболее близкие им симптомы аппендицита Образцова, Коупа и Бартомье–Михельсона в контрольной группе из 30 больных с острым аппендицитом (диагноз флегмонозного и гангренозного воспаления червеобразного отростка подтвержден во время операции и при последующем гистологическом исследовании). Симптомы оказа-

лись положительными в следующем числе случаев острого аппендицита: Бартомье–Михельсона – у 30 (100%) больных, Образцова – у 28 (93,3%), Коупа I – у 7 (23,3%), наша модификация симптома Шулуто – у 1 (3,3%), Субботина–Давидова – у 2 (6,7%), Давидова–Токарева – у 2 (6,7%). Таким образом, предложенные нами симптомы являются специфичными именно для гнойного илиопсоита, так как не вызываются у большинства больных с острым аппендицитом.

Лабораторные исследования показали, что острый илиопсоит сопровождается снижением числа эритроцитов ($3,8 \pm 0,1 \times 10^{12}/л$), гиперлейкоцитозом ($11,2 \pm 1,0 \times 10^9/л$), увеличением СОЭ ($51,3 \pm 3,1$ мм/ч). Большое значение в диагностике имели лучевые методы. На обзорном снимке у 8 (27,6%) больных тень пораженной мышцы была резко выделена, увеличена (по сравнению со здоровой стороной) и дугообразно искривлена. У 12 (41,4%) больных наблюдали смазанность контуров подвздошно-поясничной мышцы на стороне поражения. При экскреторной экскурсионной урографии снижение подвижности почки отмечено у 11 больных (с высокими и тотальными гнойниками большого объема). Высокоинформативным методом явилось УЗИ, с помощью которого диагностировали или заподозрили илиопсоит у 28 больных. По данным нашего исследования, эхо-признаками илиопсоита являются: а) значительное увеличение объема и утолщение пораженной подвздошно-поясничной мышцы; б) дезорганизация и неравномерность структуры *m.iliopsoas*; в) наличие в мышце гипо- и/или анэхогенных участков, полостных образований.

Высокой информативностью в диагностике острого илиопсоита обладали также КТ и МРТ, хотя некоторым недостатком этих методов являлась трудность их выполнения при госпитализации больного в вечернее и ночное время. При КТ и МРТ выявляли увеличение и утолщение подвздошно-поясничной мышцы, изменения структуры мышцы, наличие в ней полости гнойника, а также выход процесса за пределы мышцы на окружающие клетчаточные пространства.

Усовершенствование диагностики заболевания позволило нам до операции установить верный диагноз у 82,8% больных, что значительно выше, чем по литературным данным [1,5,6].

Заключение

Острый илиопсоит является редким заболеванием (1 случай на 10 тыс. хирургических больных). На догоспитальном этапе пра-

вильный диагноз ставится только в 6,9% случаев. Проведенное нами изучение и описание клиники заболевания, анализ и систематизация симптомов, установление диагностической ценности каждого из них, а также разработка новых физикальных симптомов илиоп-

соита будут способствовать улучшению диагностики этого редкого заболевания. Из специальных методов исследования при экстренной госпитализации больного наиболее информативным является ультразвуковое исследование.

Сведения об авторах статьи:

Давидов Михаил Иванович – к.м.н., доцент ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера». тел. (342) 228-04-21, 246-66-26. e-mail: urologperm@mail.ru

Субботин Вячеслав Михайлович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера. Адрес: 614000 Пермь, ул. Петропавловская, д.26, ПГМА им.акад.Е.А.Вагнера. тел. (342) 246-57-65

Токарев Михаил Валерьевич – аспирант кафедры факультетской хирургии с курсом урологии ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера, врач высшей категории, тел. (342) 241-24-75. e-mail: urologperm@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюханов В.П. Диагностика и лечение гнойного илиопсоита / В.П.Брюханов, А.Л.Цивьян // Вестн. хир. - 1992. - №1-3. - С.180-182.
2. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. - М: Бином, 2006. - С.400-416.
3. Соловьев А.А. Случаи гнойных илиопсоитов у военнослужащих / А.А.Соловьев, В.В.Петрушин, В.П.Гайдук [и др.] // Вестн. хир. - 2008. - №1. - С.100-104.
4. Шпизель, Р.С. Яремчук, А.Я. Острые воспалительные заболевания клетчатки забрюшинного пространства. - Киев: Здоров'я, 1985. - 128с.
5. Berge M. Psoas abscess: report of a series and review of the literature / M.Berge, S.Marie, T.Kuipers et al. // Netherlands J. Med. - 2005. - Vol.63. - №10. - P.413-416.
6. Huang J.J. Acute pyogenic iliopsoas abscess in Taiwan: clinical features, treatments and outcome / J.J.Huang, M.K.Ruaan, R.R.Lan // J.Infect. - 2000. - Vol.40. - №3. - P.248-255.

УДК: 616.8-058.55:343.22]-07:616-002.5:303.446

© А.Н. Зарбуев, И.В. Темирбаева, 2011

А.Н. Зарбуев, И.В. Темирбаева СОСТОЯНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, НАХОДЯЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

*ГУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер им. Г.Д. Дугаровой
Министерства здравоохранения Республики Бурятия», г. Улан-Удэ*

В статье приведены сведения по исследованию нервно-психического состояния у заключенных, больных туберкулезом, находящихся в следственном изоляторе и в исправительных учреждениях. Установлено, что совокупность воздействия различных факторов, в том числе и самого заболевания, накладывает отпечаток на эмоциональную реакцию заключенных и имеет значимые для личности последствия, которые значительно влияют на течение и исход заболевания.

Ключевые слова: туберкулез, нервно-психическое состояние заключенных, следственный изолятор.

A.N. Zarbuyev, I.V. Temirbaeva NEUROPSYCHIC STATE ASSESSMENT OF HEALTHY INDIVIDUALS AND TBC PATIENTS IN PENITENTIARY SYSTEM INSTITUTIONS

The article relates to the study of neuropsychic state of the imprisoned with tuberculosis in pretrial detention centers and penitentiary facilities. The cumulative effect of various factors, including the disease, has been found to contribute to the emotional reaction revealed by the detained and to be responsible for significant identity consequences, considerably influencing the disease course and outcome.

Key words: tuberculosis, neuropsychic condition of the imprisoned, pretrial detention center.

Одной из актуальных проблем современной медицины является изучение связей соматической болезни и психического состояния больного. Однако в литературе нет работ, связанных с исследованиями психического и соматического состояний заключенных. Сам факт уголовного наказания и обстоятельства, сопутствующие его отбыванию (изменение у человека социального и гражданско-правового статуса, лишение его привычного уклада жизни и деятельности, своего круга общения, различные правоограничения и т. п.), создают ситуацию, способную на-

нести серьезную психическую травму. Важнейшими особенностями этой ситуации являются внезапность и большая степень концентрации психотравмирующего воздействия на личность; осознание тягот нового уклада жизни, режима, правоограничений при внутреннем их неприятии; неспособность личности найти адекватные способы преодоления психической травмы и адаптации в этой среде [2,5].

Ограничение свободы связано с разрушением у человека его привычного круга общения и принудительным его помещением в