

© Коллектив авторов, 2008
УДК 616.748.11-002.153-07-089

А.А.Соловьев, В.В.Петрушин, В.П.Гайдук, И.В.Зотов, В.А.Пчелкин, В.Ф.Синяков

СЛУЧАИ ГНОЙНЫХ ИЛЕОПСОИТОВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

ФГУ 395-й Военный госпиталь МВО МО РФ (нач. — полковник мед. службы Г.Е.Беляков), г. Рязань

Ключевые слова: подвздошно-поясничная мышца, гнойный илеопсоит.

Введение. Среди гнойно-воспалительных заболеваний подвздошной ямки наиболее редкой и трудно диагностируемой патологией является гнойный илеопсоит. По данным литературы, гнойное воспаление m. Psoas возникает, как правило, с правой стороны и чаще всего встречается у женщин [1, 6].

Выделяют 3 формы гнойного воспаления подвздошно-поясничной мышцы:

1-я — серозное пропитывание интерстициальной ткани m. Psoas с мелкоклеточной инфильтрацией и расширением сосудов, сопровождающееся белковой или жировой дистрофией мышечной ткани;

2-я — ограниченное гнойное воспаление с образованием абсцесса в толще мышцы;

3-я — флегмона подвздошно-поясничной мышцы [2].

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. Psoas, — по типу гнойного лимфаденита [1, 2–4]. Описан также гематогенный путь инфицирования на фоне разрывов и гематом подвздошно-поясничной мышцы [2, 10]. Возможны контактное инфицирование мышцы и гнойные затеки в m. Psoas из смежных анатомических областей, например поясничного забрюшинного пространства при туберкулезном спондилите [2, 5]. В данном случае следует говорить о вторичном илеопсоите.

Трудности диагностики и лечения гнойного воспаления подвздошно-поясничной мышцы связаны с анатомическими особенностями расположения m. Psoas, а также ее малой доступностью для клинического обследования. Непосредственная

близость мышцы к органам брюшной полости, забрюшинного пространства, поясничного нервного сплетения может быть причиной диагностических ошибок в распознавании данного заболевания. Представленные в работе клинические случаи гнойного воспаления подвздошно-поясничной мышцы у военнослужащих, на наш взгляд, имеют некоторые закономерности как в возникновении, так и в течении заболевания.

Материал и методы. За период 1999–2006 гг. в 395-м Военном госпитале г. Рязани проходили лечение 4 мужчин в возрасте от 20 до 22 лет с диагнозом первичный гнойный илеопсоит, что составляет 0,11% от общего числа больных с хирургической инфекцией, пролеченных в госпитале за данный период времени. У двух пациентов имелось левостороннее поражение, у двух — правостороннее. Кроме клинических и лабораторных методов обследования, всем больным проводилась ультразвуковая, а также рентгенодиагностика. В двух случаях выявлен абсцесс m. Psoas, в одном — флегмона мышцы и в одном — серозно-инфильтративное воспаление подвздошно-поясничной мышцы, внутримышечная гематома.

Результаты и обсуждение. У наблюдаемых пациентов в патогенезе развития заболевания основным явился гематогенный путь инфицирования на фоне микротравм подвздошно-поясничной мышцы и гнойничковых процессов нижних конечностей. Однако не исключается и лимфогенный путь инфицирования. Указанные механизмы развития и течения гнойного илеопсоита во многом обусловлены особенностями военной службы:

1) постоянные физические нагрузки, в том числе кроссы, марш-броски, прыжки с парашютом создают условия для травматизации и образования микрогематом в ткани m. Psoas; 2) ношение военной обуви, ограниченные возможности гигиены часто являются причиной потертостей и гнойничковых заболеваний нижних конечностей; 3) нередкие простудные заболевания, протекающие, как правило, на фоне вторичного иммуноде-

фицита, также могут стать причиной гематогенного и лимфогенного распространения инфекции.

Клиническая картина гнойного илеопсоита имеет много общего с клиникой заболеваний органов брюшной полости, забрюшинного пространства, находящихся в анатомической близости с *m. Psoas*. По нашим данным, на догоспитальном этапе правильный диагноз не был поставлен ни в одном случае, что послужило причиной несвоевременной госпитализации больных. При поступлении в стационар только одному пациенту диагноз поставлен клинически в приемном покое. В одном случае гнойный илеопсоит явился интраоперационной находкой и протекал в сочетании с острым аппендицитом, развившимся по причине контактного (*per continuitatem*) перехода воспалительного процесса с правой подвздошно-поясничной мышцы на париетальную брюшину и червеобразный отросток. И наконец, в двух случаях диагноз установлен в процессе клинического поиска с применением дополнительных методов обследования.

По данным литературы и нашим собственным наблюдениям, клинические симптомы заболевания можно представить следующим образом (таблица).

1. Боли в проекции латерального канала, подвздошной, паховой областях, иногда с иррадиацией в поясницу, бедро. По характеру боли умеренные, при изменении положения тела не меняют локализацию.

2. Пальпация передней брюшной стенки в некоторых случаях позволяет обнаружить инфильтрат в проекции подвздошно-поясничной мышцы, который необходимо дифференцировать с защитным дефансом мышц передней брюшной стенки.

1. Бер-в С., 20 лет, курсант Рязанского института ВДВ, 4 года обучения, поступил в госпиталь 21.03.1999 г. с жалобами на боли в правой пахово-подвздошной области, слабость. За 1,5 нед до поступления находился на лечении в медицинском пункте части с диагнозом инфицированные потертости нижних конечностей. В течение 2 последних суток беспоко-

ят боли в правой пахово-подвздошной области, колющего характера. Походка с прихрамыванием на правую ногу. Пульс 92 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст., температура тела — 38,6 °С. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы умеренно бледные. Пальпируются увеличенные паховые лимфатические узлы справа. Лежа на кушетке правое бедро в положении сгибания. Активные и пассивные разгибательные движения вызывают умеренно выраженные боли в подвздошной области с иррадиацией в бедро. Язык сухой, живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где при пальпации определяется защитный дефанс мышц передней брюшной стенки. Симптомы Щеткина–Блюмберга, а также Ровзинга, Ситковского положительные. Почки, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены. На правой голени и пяточной области участки кожной мацерации с серозно-гнойным отделяемым. Клинический анализ крови: л. $13,5 \times 10^9/\text{л}$ (п. 12%, с. 70%, лимф. 17%, мон. 1%), СОЭ 36 мм/ч. Клинический анализ мочи в пределах нормы. На рентгенограмме грудного и поясничного отделов позвоночника костной патологии не выявлено, на обзорной рентгенограмме — пневматоз толстой кишки, свободного газа в брюшной полости нет. Ультразвуковое исследование: в проекции правой подвздошной ямки на глубине 4,5 см визуализируется участок неправильной формы, неоднородной эхогенности размером 3×3 см, примыкающий к слепой кишке. Предварительный диагноз — острый деструктивный аппендицит с возможным ретроперитонеальным расположением отростка. Аппендикулярный инфильтрат? Больной взят на операцию. Косым, переменным разрезом в правой подвздошной области послойно вскрыта брюшная полость, выделено умеренное количество серозного выпота (взят на посев). Аппендикс 10×0,8 см гиперемирован, напряжен, расположен за слепой кишкой на париетальной брюшине. В области расположения отростка брюшина уплотнена, гиперемирована, отечна. Позади брюшины при пальпации определяется флюктуирующее опухолевидное образование размером 4×4 см, прилежащее непосредственно к брюшине. Выполнена типичная аппендэктомия. Произведена пункция образования тонкой иглой — получен гной (взят на посев). Брюшная полость дренирована толстой трубкой, ушита наглухо. Разрезом по Пирогову, латеральной аппендикулярного разреза, внебрюшинно обнажена подвздошно-поясничная мышца. В нижнем отделе мышца отечна, уплотнена, с тусклой фасцией, на переднемедиальной поверхности которой участок деструкции с гнойным пропитыванием. Вскрыт абсцесс *m. Psoas*, получено 50,0 мл гнойного отделяемого. При ревизии раны гнойных затеков не обнаружено, рана дренирована перчаткой и трубкой, повязка с мазью «Левомеколь». Заклещительный

Основные симптомы в диагностике гнойного воспаления подвздошно-поясничной мышцы

Основные симптомы	Пациенты клинической группы			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Боли в проекции латерального канала, подвздошной, паховой областях	+	+	+	+
Иррадиация болей в поясницу, бедро	—	+	+	—
Инфильтрат в проекции <i>m. Psoas</i>	+	+	—	—
Симптом подвздошно-поясничной мышцы	+	+	+	+
Ультразвуковые признаки гнойного илеопсоита	+	+	+	+
Рентгенологические признаки гнойного илеопсоита	—	+	—	—
Синдром системной воспалительной реакции	+	+	+	+



Рис. 1. Ультразвуковая картина флегмоны левой подвздошно-поясничной мышцы.

диагноз — абсцесс правой подвздошно-поясничной мышцы, осложненный вторичным аппендицитом. Больной выписан с выздоровлением на 30-е сутки. В результате посева отделяемого из брюшной полости и полости абсцесса выделена культура *Staph. aureus*.

В литературных источниках мы не нашли ни одного подобного примера развития вторичного аппендицита. Однако описаны случаи вторичного гнойного воспаления т. Пеорсоас, причиной которого явился острый деструктивный аппендицит [2, 4, 6].

3. Одним из важных диагностических признаков гнойного илеопсоита следует считать псоас-симптом — сгибательная контрактура бедра, иногда с приведением и ротацией кнутри. При гнойном воспалении подвздошно-поясничной мышцы разгибательные движения бедра на стороне поражения вызывают резкую болезненность или невозможны. Контрактура также видна в положении стоя — туловище сгибается вперед и в больную сторону. В наших наблюдениях мы обнаружили данный симптом во всех случаях.

2. Рядовой Ба-н Д., 22 лет, второго года службы, поступил в госпиталь 20.09.2006 г. с жалобами на боли в области левого пахового канала с иррадиацией на заднюю поверхность левого бедра, усиливающиеся при ходьбе, слабость, головокружение. Болен в течение 3 нед, когда после полевого выхода появились боли в поясничной и левой паховой областях. Лечился в лазарете части по поводу пояснично-крестцового остеохондроза, люмбагии. 19.09.2006 г. в гарнизонной поликлинике осмотрен хирургом, направлен на стационарное лечение в госпиталь с диагнозом острый левосторонний коксит? Состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Походка с прихрамыванием на левую ногу. В положении стоя туловище сгибается вперед и в больную сторону. Пульс 96 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст., температура тела 38,7 °С. При осмотре лежа левое бедро согнуто под углом 130°, приведено и ротировано кнутри. Попытки разгибания бедра вызывают резкую болезненность. Язык умеренно сухой, живот при пальпации мягкий, болезненный

в левой паховой области и проекции левого латерального канала, где неотчетливо пальпируется глубокий инфильтрат. Перитонеальных симптомов нет. Почки при пальпации безболезненны, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. На коже левой голени следы заживших гнойничковых очагов и свежие единичные фурункулы. Клинический анализ крови: л. $18,4 \times 10^9/\text{л}$, п. 10%, с. 57%, лимф. 20%, мон. 13%, СОЭ 58 мм/ч. Клинический анализ мочи в пределах нормы. Поставлен диагноз — левосторонний гнойный илеопсоит. На рентгенограмме грудного и поясничного отделов позвоночника, а также тазобедренных суставов патологии не выявлено. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяется некоторая «размытость» контура левой подвздошно-поясничной мышцы. Выполнено ультразвуковое исследование. В передних и задних отделах левой подвздошно-поясничной мышцы лоцируются эхонегативные участки, распространяющиеся от нижнего полюса почки до паховой складки (рис. 1). Выполнена операция — вскрытие, дренирование флегмоны левой подвздошно-поясничной мышцы и гнойного затека в поясничное забрюшинное пространство. На 42-е сутки больной выписан с выздоровлением. Посев гноя из раны роста микробной флоры не дал.

4. Из дополнительных методов обследования самым информативным и достоверным является ультразвуковое сканирование, позволяющее обнаружить очаг воспаления и дифференцировать его локализацию. Ультразвуковые признаки гнойного илеопсоита характеризуются дезорганизацией структуры т. Пеорсоас, наличием в ней эхонегативных участков, распространяющихся вдоль мышцы, или полостных образований, содержащих эхогенные включения [7]. В некоторых случаях УЗИ имеет решающее значение в правильной постановке диагноза.

3. Младший сержант срочной службы РИВДВ Рох-в М., 20 лет, поступил в госпиталь 29.10.2001 г. с жалобами на постоянные тупые, ноющие боли в поясничной области слева, усиливающиеся при ходьбе, с иррадиацией в левую подвздошную и паховую области. Болен в течение 3 нед. За 10 дней до госпитализации повысилась температура тела до 38,0 °С, появился озноб, участилось мочеиспускание. Обратился в гарнизонную поликлинику, где обследовался с подозрением на инфекционный мононуклеоз, пояснично-крестцовый остеохондроз, вертеброгенную люмбагию. За сутки до поступления в стационар осмотрен хирургом, направлен в госпиталь с диагнозом острый левосторонний паранефрит. Состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Походка с прихрамыванием на левую ногу. Пульс 90 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст., температура тела 38,2 °С. При осмотре лежа попытки активного и пассивного разгибания левого бедра вызывают умеренную болезненность. Язык незначительно сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в проекции левого латерального канала. Перитонеальных симптомов нет. Отмечается резкая болезненность в проекции левой почки и по ходу мочеточника. Симптом Пастернацкого слева положительный. Физиологические отправления не нарушены. Клинический анализ крови: л. $22,8 \times 10^9/\text{л}$, п. 10%, с. 78%, лимф. 9%, мон. 3%, СОЭ 32 мм/ч. Клинический анализ мочи: относительная плотность — 1022, белок 0,066 г/л, л. 4–6 в поле зрения, эр. 1–2 в поле зрения. Обзорная рентге-

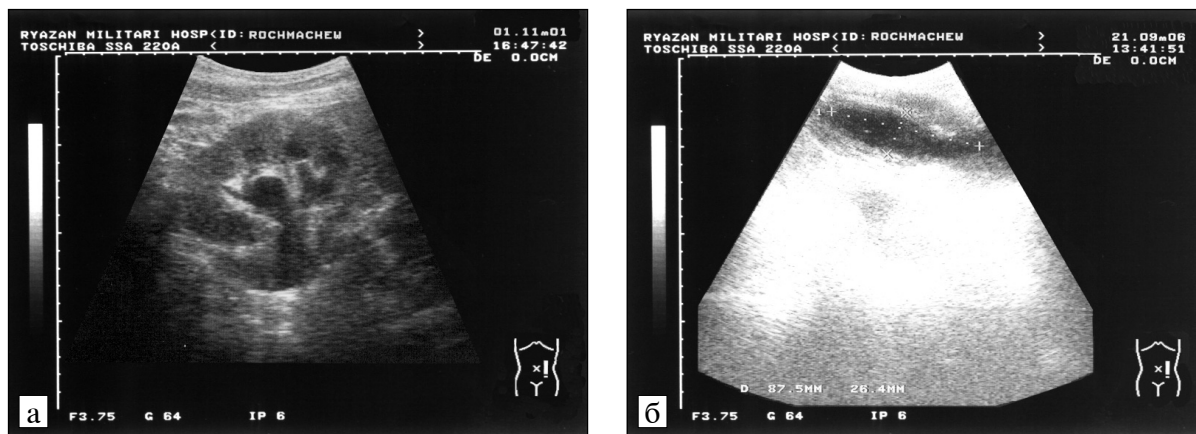


Рис. 2. Ультразвуковая картина больного Р., 20 лет.

*а — обструкция верхней трети мочеточника и блока левой почки вследствие абсцесса m.Илеорсоас;
б — абсцесс левой подвздошно-поясничной мышцы.*

нография брюшной полости, обзорная урография — умеренный пневматоз петель толстой кишки, рентгеноконтрастных конкрементов не обнаружено. Ультразвуковое исследование: почки не увеличены, положение обычное, толщина паренхимы достаточная. Отмечается выраженное расширение полостной системы левой почки, диаметр чашечек до 1,5 см, мочеточник визуализируется на протяжении 5 см от лоханки, его диаметр 1 см. Конкрементов не обнаружено (рис. 2, а). Больной госпитализирован в урологическое отделение с диагнозом — мочекаменная болезнь, камень левого мочеточника, гидронефроз слева, острый левосторонний вторичный пиелонефрит. Произведена цистоскопия. Моча из устья левого мочеточника не поступает. Мочеточник катетеризован. Катетер свободно введен на 20 см, выделилась моча частыми каплями. Учитывая тяжесть состояния больного, ретроградную уретеропиелографию решено отложить. На следующие сутки (30.10.2001 г.) выполнено контрольное УЗИ. На уровне крыла подвздошной кости, в проекции m. Илеорсоас, определяется неоднородное образование 9,0×2,5 см с наличием в нем множественных гипэхогенных структур (рис. 2, б).

Полостная система левой почки остается расширенной. После сопоставления данных клиники и дополнительных методов обследования поставлен окончательный диагноз — абсцесс левой подвздошно-поясничной мышцы, осложненный обструкцией мочеточника и блоком левой почки. Больной прооперирован. На 32-е сутки — выздоровление. Посев гнойного отделяемого из раны роста микробной флоры не дал.

5. Наряду с ультразвуковыми исследованиями, в распознавании гнойного илеопсоита используются рентгенологические методы [1, 7]. На обзорной рентгенограмме брюшной полости описанные в литературе такие рентгенологические симптомы заболевания, как «размытость», «нечеткость» контуров m. Илеорсоас, в наших наблюдениях встретились лишь в одном случае.

6. У всех наблюдаемых нами больных отмечен синдром системной воспалительной реакции: температура тела 38 °С и выше, ЧСС выше 90 уд/мин, лейкоцитоз выше 12 тыс. с палочкоядерным сдвигом в формуле влево, увеличенная СОЭ.

Лечение гнойного илеопсоита всегда оперативное. В последнее время используются мало-

инвазивные методики санирования абсцессов подвздошно-поясничной мышцы, в частности чрескожное дренирование гнойников под контролем УЗ-сканера или КТ [5, 9]. И все же большинство авторов считают открытое оперативное вмешательство наиболее рациональным и радикальным методом лечения гнойного илеопсоита [1, 3, 7, 8]. Наиболее удобным доступом является внебрюшинный разрез по Пирогову, позволяющий широко обнажить m. Илеорсоас и выполнить ревизию мышцы от пахового канала до места ее прикрепления к поперечным отросткам поясничных позвонков. Перед ревизией выполняется диагностическая пункция области предполагаемого гнойника. В месте получения гнойного отделяемого осторожно вскрывается фасция мышцы, сама мышца расслаивается на протяжении вдоль волокон тупым инструментом или пальцем (необходимо помнить о расположении в толще мышцы n. femoralis). Проводится тщательный осмотр дна раны, чтобы исключить гнойные затеки в забрюшинное пространство, на бедро, а также в пространство Бро (небольшая прослойка клетчатки между m. Илеорсоас и надкостницей подвздошной кости). Гнойную полость обрабатывают антисептиками, дренируют, saniруют все гнойные затеки. Дренажи удаляются на 5–7-е сутки, рану ведут открытым способом до полного заполнения грануляциями, после чего накладывают вторичные швы.

Программа антибактериальной терапии в послеоперационном лечении должна быть комплексной и адекватной с учетом чувствительности микрофлоры, высеянной из раны, к антибиотикам. В результате посева во время операции гнойного отделяемого из очагов у двух пациентов выделена культура Staph. aureus, а в двух случаях мы не получили микробного роста, что может указывать на анаэробный характер флоры, послужившей причиной гнойного воспаления m. Илеорсоас. В

этой связи мы всегда используем антибактериальные препараты, подавляющие рост и размножение анаэробов. В послеоперационном периоде, кроме антибактериальной и дезинтоксикационной терапии, применяется гипербарическая оксигенация в сочетании с ультрафиолетовым облучением крови. Средний койко-день пролеченных больных составил 35 сут. После выписки и 2-недельной реабилитации все пациенты возвращены в строй с рекомендациями ограничения физических нагрузок.

Выводы. 1. Гнойное воспаление подвздошно-поясничной мышцы является трудной диагностической, а также лечебной задачей, требующей тщательного и вдумчивого анализа всех клинических симптомов заболевания, решающим из которых является симптом подвздошно-поясничной мышцы.

2. Из дополнительных методов диагностики наиболее информативным является УЗИ.

3. При своевременно поставленном диагнозе и правильном лечении у данной категории больных прогноз благоприятный.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Брюханов В.П. Диагностика и лечение гнойного илеопсоита // Вестн. хир.—1992.—№ 1–3.—С. 180–182.
2. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии.—М.: БИНОМ, 2006.—С. 400–416.
3. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия: Руководство для врачей.—М.: Медицина, 1996.—С. 212–214.
4. Стручков В.И. Руководство по гнойной хирургии.—М.: Медицина, 1984.—191 с.
5. Hanaoka N., Kawasaki Y., Sakai T. et al. Percutaneous drainage and continuous irrigation in patients with severe pyogenic spondylitis, abscess formation, and marked bone destruction // Neurosurg. Spine.—2006.—Vol. 4, № 5.—P. 374–379.
6. Huang J.J., Ruaan M.K., Lan R.R., Wang M.C. Acute pyogenic iliopsoas abscess in Taiwan: clinical features, treatments and outcome // J. Infect.—2000.—Vol. 40, № 3.—P. 248–255.
7. Korenkov M., Yucel N., Schierholz J.M. et al. Psoas abscesses. Genesis, diagnosis, and therapy // Chirurg.—2003.—Vol. 74, № 7.—P. 677–682.
8. Lee Y.T., Lee C.M., Su S.C. et al. Psoas abscess: a 10 year review // J. Microbiol. Immunol. Infect.—1999.—Vol. 32, № 1.—P. 40–46.
9. Rabii R., Moussaoui A., Rais H. et al. Primary pyogenic abscess of the right psoas-iliac compartment caused by *Proteus mirabilis* in a female patient with NF1 // Ann. Urol. (Paris).—1997.—Vol. 31, № 6–7.—P. 361–365.
10. Yap P., Legeais M., Kieffer V. et al. Case No. 6. Primary abscess of the right psoas-iliac compartment caused by *Proteus mirabilis* in a female patient with NF1 // J. Radiol.—2006.—Vol. 87, № 6.—Pt. 1.—P. 715–717.

Поступила в редакцию 26.01.2007 г.

А.А.Соловьев, В.В.Петрушин, В.П.Гаждук, И.В.Зотов,
В.А.Пчелкин, В.Ф.Синяков

CASES OF PYOGENIC ILIOPSOAS ABSCESES IN MILITARY MEN

Four cases of pyogenic inflammation of the iliolumbar muscle were analyzed and 3 clinical cases of this disease in military men are described. A rare case of abscess of the iliolumbar muscle complicated by secondary appendicitis is also described. A hematogenic way of infection against the background of microtraumas and hematomas with m.Iliopsoas was the main one in the patients observed that was due to specificities of military service: permanent physical activity, pustular diseases of the lower extremities. The main clinical symptom of the disease is the symptom of the iliolumbar muscle. Ultrasonic scanning is the most informative method of diagnosis among additional methods. Operative treatment of the pyogenic iliopsoas abscess is the only method of treatment, the open operative interventions by the retroperitoneal access being preferred. Antibacterial therapy in the postoperative period is based on the results of inoculation of the purulent discharge from the wound. Broad spectrum antibiotics must be used due to possible anaerobic character of the purulent inflammation.