УДК 616.344–002.3–07

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ ГНІЙНОГО ІЛЕОПСОЇТУ

О. М. Петренко, П. В. Чемоданов, С. В. Шоломон

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ,
Київська міська клінічна лікарня № 4

PECULIARITIES OF DIAGNOSIS AND CLINICAL SYMPTOMS OF PURULENT ILEOPSOITIS

O. M. Petrenko, P. V. Chemodanov, S. V. Sholomon

Bogomolets National Medical University, Kyiv,
Kyiv Municipal Clinical Hospital № 4

Реферат

Досліджені патогенез та клінічні особливості гнійного ілеопсоїту (ГІ), удосконалені способи діагностики й лікування захворювання. Проаналізовані результати обстеження й лікування 12 пацієнтів з приводу ГІ за період 2011—2016 рр. Попередньо у хворих діагностували радикуліт та сакроілеїт, з приводу чого деяких з них госпіталізували до неврологічного відділення. Причиною ГІ у пацієнтів були деструктивні зміни в тілах поперекових хребців. Основним способом їх лікування є оперативний. Комп'ютерна томографія (КТ) органів черевної порожнини є основним методом при встановленні остаточного діагнозу.

Ключові слова: гнійний ілеопсоїт; деструкція тіл хребців; радикуліт.

Abstract

Pathogenesis and clinical peculiarities of purulent ileopsoitis, the improved methods of the disease diagnosis and treatment were investigated. Results of examination and treatment of 12 patients, suffering purulent ileopsoitits, in 2011—2016 yrs were analyzed. Before this period of time the patients were admitted to neurological department for radiculitis and sacroileitis. The causes of an acute ileopsoitis in the patients were destructive changes in lumbar vertebral bodies. Operative intervention constitutes the main method of their treatment. Computer tomography of abdominal organs is a principal method for a definite diagnosis establishment.

Keywords: purulent ileopsoitis; destruction of vertebral bodies; radiculitis.

Останнім часом відзначають тенденцію до збільшення кількості пацієнтів, у яких виявляють ГІ з тяжким перебігом та незадовільними результатами лікування. У більшості пацієнтів перебіг захворювання характеризується атиповими симптомами, що супроводжується несвоєчасним встановленням діагнозу та призначенням неадекватного лікування. Якщо 15 років тому в клініці не було жодного пацієнта, у якого діагностований ГІ, у 2011 — 2016 рр. він виявлений у 12 пацієнтів, в тому числі у 8 — діагностований у пацієнтів, раніше госпіталізованих до неврологічного відділення. Збільшення частоти виявлення ГІ зумовлене покращенням якості діагностичних алгоритмів, що використовують під час обстеження пацієнтів, госпіталізованих у стаціонар. На жаль, ГІ недостатньо висвітлений у вітчизняній літературі, відсутні дані щодо патогенезу захворювання, особливостей діагностики та хірургічного лікування.

Метою дослідження було вивчення причин виникнення та особливостей клінічних проявів ГІ у пацієнтів, удосконалення способів його діагностики й лікування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані причини виникнення ГІ у 12 пацієнтів, яких лікували у II хірургічному відділенні Київської клінічної лікарні № 4 (база кафедри хірургії № 2 НМУ ім. О. О. Богомольця) за період 2011—2016 рр. Вік пацієнтів у середньому (67,5 ± 3,2) року. Чоловіків 1, жінок — 11. Тривалість захворювання до госпіталізації від 2 тиж до 12 міс. Пацієнти скаржились на інтенсивний біль у поперековому відділі хребта, що віддавав у нижню кінцівку (сакроілеїт, радикуліт), підвищення температури тіла, погіршення стану. Хворі обстежені з використанням загальноклінічних методів, проведені рентгенографія поперекового відділу хребта, ультразвукова діагностика м'яких тканин, КТ органів черевної порожнини, бактеріологічне дослідження ран.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

ГІ — одне з рідкісних та таких, що складно діагностувати, захворювань [1 — 2]. Це пов'язане з анатомічними особливостями розташування клубово—поперекового м'яза (m. iliopsoas), а також малою доступністю для обстеження. Безпосередня близькість м'яза до органів черевної порожнини, заочеревинного простору, поперекового нервового сплетіння, судин та хребта може бути причиною діагностичних помилок при встановленні діагнозу [3].

ГІ — запалення, локалізоване у пахвинній ямці, а саме у фасціальному футлярі клубово—поперекового м'яза. Цей м'яз розташований у заочеревинному просторі, складається з двох м'язів: великого поперекового (m. psoas major) та клубового (m. iliacus). Великий поперековий м'яз особливо важливий при виникненні заочеревинної флегмони. Він починається двома пучками, поверхневими та глибокими, від хребців. Поверхневі пучки починаються від тіл

та міжхребцевих дисків T_{XII}, L_I — L_{IV}, від одного пучка до іншого перекидаються сухожильні дуги, під якими проходять сегментарні поперекові артерії й вени, а також сполучні гілки (rami communicantes) симпатичного сплетіння. Глибокі пучки починаються від поперекових відростків L_I — L_V. Отже, великий поперековий м'яз вкриває бічні поверхні тіл хребців, міжхребцеві отвори та нерви попереково—крижового сплетіння, що виходять з міжхребцевих отворів та проникають у товщу м'яза, сюди ж поширюється гній, що накопичується у хребцях [1, 4, 5].

Щодо патогенезу ГІ існують декілька точок зору. За даними деяких авторів, лімфогенне поширення інфекції з первинних вогнищ спричиняє запалення лімфатичних вузлів в товщі м'яза за типом лімфаденіту. Збудники інфекції потрапляють з гнійних ран, саден, фурункулів, розташованих на нижніх кінцівках, у ділянці промежини, на сідницях, у пахвинній ділянці, у нижніх відділах черевної стінки. Інфекція може потрапляти гематогенним шляхом з суміжних та віддалених органів [6]. Причиною первинного ГІ може бути травма з утворенням у товщі м'яза гематоми, що зумовлює реактивне запалення [3]. Первинний ГІ, як правило, виникає на тлі захворювань, що зумовлюють імунодефіцитний стан (ВІЛ, тривале використання кортикостероїдів, наркотична залежність, літній вік хворих тощо) [2, 6].

Вторинний ГІ — це контактне ураження м'яза та гнійні запливи з суміжних органів та утворень — остеомієліт XI — XII ребер, крила клубової кістки, тіла грудних та поперекових хребців, заочеревинне розташування червоподібного відростка [4, 5].

Крім того, перебіг запального процесу можливий як локальне ураження сегментів м'яза з утворенням обмежених абсцесів іноді — як септична флегмона з блискавичним перебігом. Накопичення гною виникає внаслідок запливів у пахвинній ямці, під пахвинною складкою, він проривається у тканини стегна через судинну або м'язову лакуни, на сідницю через великий сідничий отвір (foramen ischiadicum major), в просвіт товстої кишки або у вільну черевну порожнину та інші ділянки [5].

Діагностика захворювання досить складна. На амбулаторному етапі встановлюють переважно неврологічний діагноз: радикуліт, сакроілеїт, іноді лихоманка нез'ясованої етіології. Після комплексного обстеження, в тому числі з використанням МРТ і КТ, у стаціонарі майже у 30% хворих перед операцією діагностують "гнійний паранефрит" або "флегмону заочеревинного простору" [7, 8].

З 12 пацієнтів, яких лікували у хірургічному відділенні з приводу ГІ, вірний діагноз під час госпіталізації не встановлений.

Вісім хворих спочатку госпіталізовані до неврологічного відділення з приводу радикуліту, сакроілеїту; одна хвора — до інфекційного відділення з діагнозом: лихоманка нез'ясованої етіології; лише троє пацієнтів відразу госпіталізовані до хірургічного відділення, проте, з діагнозом "гострий тромбофлебіт великої підшкірної вени ноги", "флегмона стегна", "перитоніт". У більшості пацієнтів провідними скаргами були: біль у поперековому відділі хребта, підвищення температури тіла до 39°С, тяжкий стан. Біль був постійним, іррадіював у нижню кінцівку, посилювався під час рухів. Одна пацієнтка була майже повністю нерухома через інтенсивний біль. Больовий синдром був рефрактерним до аналгетичних препаратів. На відміну від класичної картини ГІ, описаної В. Ф. Войно—Ясенецьким [4], у більшості хворих не було згинальної контрактури у кульшовому суглобі на боці ураження, під час пальпації живота інфільтрати не виявлені. Інфільтрат у пахвинній ділянці пальпували лише у 3 хворих за первинного ГІ, у яких виявлене скупчення гною у просторі між крилом клубової кістки та клубовим м'язом (флегмона Бро). З огляду на тривалий перебіг захворювання (від 2 тиж до 12 міс), у хворих спостерігали поліморфізм ознак з нечіткими клінічними проявами, основними скаргами, що спонукало лікарів до подальшого діагностичного пошуку, були біль у спині та стійка гіпертермія.

Разом з тим, у деяких пацієнтів, у яких у подальшому діагностований вторинний ГІ, в анамнезі були відомості про наявність ознак спондилодисциту та деструкції тіл хребців внаслідок перелому на рівні T_{XII} — L_{II}. З такими рентгенологічними змінами та болем у спині хворі госпіталізовані до неврологічного відділення. У 2 пацієнток в анамнезі були відомості, поряд з змінами у хребті, про раніше виконані операції з приводу гострих гнійних процесів у паранефральній клітковині. Одну пацієнтку оперували двічі з приводу апостематозного паранефриту, в останнє — за 1 міс до госпіталізації у неврологічне відділення. У цієї хворої гнійний процес локалізувався в м'яких тканинах в проекції післяопераційного рубця. Порожнину абсцесу було чітко видно за даними ультразвукового дослідження (УЗД), при пункції отриманий гній. Проте, основний гнійний процес локалізувався в клубово—поперековому м'язі, джерелом якого був спондилодисцит в ділянці тіла L_{II} хребця. В однієї пацієнтки, поряд з деструктивними змінами в ділянці тіл T_{XII}, виявлені остеомієліт та деструкція в ділянці правого крижово—клубового суглоба. В подальшому у хворої сформувалась гнійна нориця, яка відкривалася в проекції внутрішнього верхнього квадранта правої сідниці.

Одна хвора госпіталізована у хірургічне відділення з приводу перитоніту. Під час операції встановлений прорив гною в черевну порожнину з заочеревинного простору. При ревізії заочеревинного простору виявлене первинне ураження великого поперекового м'яза.

Слід зазначити, що за тривалого перебігу захворювання при аналізі результатів обстеження пацієнтів, проведеного амбулаторно або за попередньої госпіталізації в інші стаціонари, вже за декілька місяців до госпіталізації в клініку за даними МРТ виявляли набряк поперекового м'яза на боці ураження або відмежовані скупчення рідини у товщі або позаду поперекового м'яза. Проте, на ці дані не була звернута належна увага, що свідчить про відсутність настороже-

ності лікарів щодо ГІ. Хворі додатково обстежені з використанням УЗД органів черевної порожнини та м'яких тканин передньої черевної стінки.

Ультразвукова діагностика ГІ складна через відсутність акустичного "вікна" до ділянок, в яких локалізований гнійний процес. Так, у 3 хворих під час первинного УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору патологічні зміни не виявлені, проте, після встановлення діагнозу ГІ на підставі даних КТ здійснене повторне прицільне УЗД, візуалізоване скупчення рідини у заочеревинному просторі.

Найбільш доступне до візуалізації за даними УЗД скупчення гною у просторі між крилом клубової кістки та клубовим м'язом.

За вторинного ГІ на тлі деструктивних змін у хребцях іноді візуалізували порушення цілісності передньої поверхні тіла хребця, набряк клітковини навколо хребця або скупчення рідини біля тіла хребця.

При прориві гною з—під великого поперекового м'яза латерально в заочеревинний простір у 2 хворих візуалізоване скупчення рідини в ділянці воріт нирки. Сам великий поперековий м'яз до візуалізації був недоступний.

Діагностичним методом, що дозволив встановити остаточний та достовірний діагноз, була КТ органів черевної порожнини з контрастним підсиленням. Дослідження проводили за допомогою апарата Aquiliton 64 Toshiba (Японія). За результатами КТ в усіх пацієнтів діагностоване потовщення верхніх відділів великого поперекового м'яза та формування абсцесів за типом запливів, у 2 пацієнтів — з обох боків, у 9 — з одного боку. Разом з тим, при вторинному ГІ за даними КТ вдавалось уточнити причину утворення абсцесу. Як правило, це були деструктивні зміни у тілах T_{XII} — L_{II} хребців, що явилися джерелом інфекції.

Всі пацієнти оперовані під загальним знеболенням в положенні лежачи на спині. Застосовували косий розріз за Кромтоном — Пироговим, що є універсальним і дозволяє здійснити ревізію заочеревинного простору та пахвинної ямки [1 — 10]. При ГІ м'яз напружений, набряклий. При розкритті його тупим шляхом в усіх хворих виявлений вершкоподібний гній без запаху. Під час ревізії пальцем порожнини гнояка секвестри виявлені лише в одного хворого, у якого гнійний процес поширився на клубово—крижове склепіння. У 2 пацієнтів виявлений заплив гною у тканини стегна вздовж судинного пучка, в одного хворого — через м'язову лакуну. У цих хворих зроблені додаткові розрізи на стегні з подальшим дренуванням порожнини гнояків. Порожнина гнояка промита розчинами антисептиків, дренована гумовими полосками та трубчастими дренажами. Рану не зашивали. Після операції хворим призначали антибактеріальну, дезінтоксикаційну терапію, знеболювальні засоби, робили перев'язки. Найчастіше призначали цефалоспорини, фторхінолони, ванкоміцин, карбапенеми відповідно до результатів бактеріологічного дослідження, домінуючою мікрофлорою був Staphylococcus aureus. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. В подальшому у пацієнтів зберігався помірно виражений біль у спині, рани загоїлися вторинним натягом. За даними контрольної КТ органів черевної порожнини ознаки деструкції клубово—поперекового м'яза не виявлені. У задовільному стані пацієнти виписані під нагляд вертебролога та ортопеда. Одна хвора, у якої виник перитоніт, померла. Наводимо спостереження.

Хвора Т., 68 років, доставлена в приймальне відділення з діагнозом: попереково—крижовий радикуліт. Оглянута неврологом, з діагнозом: вертеброгенний попереково—крижовий радикуліт з вираженим больовим синдромом хвора госпіталізована до неврологічного відділення. За даними анамнезу, біль з'явився близько 2 міс тому, значне посилення відзначене за 2 тиж до госпіталізації. У пацієнтки діагностована сечокам'яна хвороба, з 2006 р., вона стоїть на обліку у онколога з приводу ангіокаверноми L_{III} хребця. Після проведення променевої терапії ангіокавернома зменшилась, проте, помірний біль у поперековій ділянці залишився. Неврологічний статус при госпіталізації: болючість при пальпації остистих відростків та відсутність рефлексів на нижніх кінцівках. Призначені протинабрякова терапія та нестероїдні протизапальні засоби. Позитивної динаміки не було. В подальшому встановлений діагноз: люмбоішіалгія (неврологічний статус: рефлекси на нижніх кінцівках симетрично знижені, позитивні симптоми натягу). В аналізі крові значне підвищення ШОЕ до 64 мм/год. Хвора оглянута урологом, проведене УЗД черевної порожнини та нирок. Ознаки сечокам'яної хвороби, двобічного гідрокалікозу, лівобічної пієлектазії, новоутворення лівої нирки (?). Призначені канефрон, спазмалгон. Стан хворої погіршувався. Підвищилася температура тіла спочатку до субфебрильної, потім — фебрильної. Хвора оглянута терапевтом, встановлений діагноз: ішемічна хвороба серця, дифузний кардіосклероз, гіпертонічна хвороба II стадії, хронічний калькульозний пієлонефрит у стадії загострення. Призначена антибактеріальна терапія. У зв'язку з припущенням про наявність новоутворення в лівій нирці проведена КТ органів черевної порожнини, встановлений ГІ: ознаки спондилодисциту на рівні L_I — L_{II}, потовщення верхніх (від рівня тіла L_I до L_{IV}) відділів поперекових м'язів з обох боків з формуванням міжм'язових абсцесів, більше справа. Хвора оперована. Розрізами за Пироговим з обох боків здійснене розкриття та дренування гнояків. Отриманий вершкоподібний гній без запаху. Після операції хворій призначені левофлоксацин, цефоперазон. Стан покращився, зменшилася інтенсивність болю. Рани загоїлися вторинним натягом. У задовільному стані пацієнтка виписана під нагляд фахівців Інституту ортопедії та травматології.

Однією з причин виникнення вторинного ГІ є деструктивні зміни у тілах поперекових хребців, що зумовлює атиповість і нечіткість клінічних проявів захворювання. Під час обстеження пацієнтів з симптомами сакроілеїту та радикуліту за на-

явності гіпертермії потрібне здійснення додаткового діагностичного пошуку з метою виключення або підтвердження наявності гнійних процесів у клубово—поперекових м'язах. При проведенні УЗД слід звертати увагу на стан клітковини навколо тіл хребців та обов'язково — стан клітковини у пахвинних ямках між крилом клубової кістки та клубовим м'язом. Методом, який дозволяє встановити остаточний діагноз, є КТ органів черевної порожнини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Berge M. Psoas abscess / M. Berge, S. Marie, T. Kuipers // Neth. J. Med. — 2005. — Vol. 10, N 63. — P. 413 — 416.
2. Горюнов С. В. Гнойная хирургия: атлас / С. В. Горюнов, Д. В. Ромашов. — М.: Бином. Лаборатория знаний, 2004. — 558 с.
3. Соловьев А. А. Случаи гнойных илеопсоитов у военнослужащих / А. А. Соловьев // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2008. — № 1. — С. 100 — 104.
4. Войно—Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии / В. Ф. Войно—Ясенецкий. — М.: Медгиз,1946.
5. Гостищев В. К. Оперативная гнойная хирургия / В. К. Гостищев. — М.: Медицина, 2006. — 368 с.
6. Гнойный илеопсоит: вопросы этиологии, диагностики и лечения / А. Г. Кузнецов, С. М. Смотрин, В. П. Страпко, В. К. Дюрдь // Сб. науч. тр.: науч.—практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 50—летию кафедры хирургических болезней № 2 с курсом урологии (7 окт. 2011 г.) "Лазерная и фотодинамическая терапия в медицине". — С. 155 — 158.
7. Гнойный илеопсоит: вопросы этиологии, диагностики и лечения / Г. П. Кочетов, М. С. Балеев, Н. Н. Митрофанова, В. Л. Мельников // Фундам. исследования. — 2015. — № 1. — С. 972 — 974.
8. Субботин В. М. Хирургическое лечение гнойного илиопсоита / В. М. Субботин, М. В. Токарев, М. И. Давидов // Мед. альманах. — 2012. — № 1. — С. 112 — 115.
9. Давидов М. И. Новые симптомы и методы диагностики гнойного илеопсоита / М. И. Давидов, В. М. Субботин, М. В. Токарев // Мед. вестн. Башкортостана. — 2011. — Т. 6, № 5. — С. 24 — 28.
10. Кузин М. И. Раны и раневая инфекция: руководство для врачей / М. И. Кузин, Б. М. Костюченок. — М.: Медицина, 1990. — 256 с.