

# Острый гнойный илиопсоит и его отличия от острого паранефрита

**М.И. Давидов, М.В. Токарев**

ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России

## Сведения об авторах:

Давидов М.И., к.м.н, доцент, кафедра факультетской хирургии с курсом урологии ГБОУ ВПО Пермского государственного медицинского университета

им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России, 614068 Пермь-68, ул. Кирова, 228, МУЗ ГКБ №2 им. Ф. Х. Граля; e-mail: midavidov@mail.ru

Davidov M. I., PhD, Associate Professor, department of surgery with urology course Medical University of Perm State Medical university named after acad. E.A. Vagner Russian Ministry of Health, 614068 Perm-68, st. Kirov, 228, Municipal Clinical Hospital №2 named after FH Grail; e-mail: midavidov@mail.ru

Токарев М.В., исследователь, кафедра факультетской хирургии с курсом урологии ГБОУ ВПО Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России, 614068 Пермь-68, ул. Кирова, 228, МУЗ ГКБ №2 им. Ф. Х. Граля

Tokarev M.V., researcher, Department of surgery with urology course Medical University of Perm State Medical university named after acad. E.A. Vagner Russian Ministry of Health, 614068 Perm-68, st. Kirov, 228, Municipal Clinical Hospital №2 named after FH Grail; e-mail: urologperm@mail.ru

Среди гнойно-воспалительных заболеваний забрюшинного пространства редкой, малоизученной и трудно диагностируемой патологией является острый гнойный илиопсоит [1-5]. Как правило, это заболевание протекает под «маской» паранефрита, ошибочно диагностируется как «острый гнойный паранефрит» и лечится в урологических стационарах [6]. Незнание урологами особенностей течения и лечения данного заболевания приводит к многочисленным ошибкам – неправильно выбранному доступу, длительным поискам полости абсцесса, оставлению нескрытыми дополнительных полостей и гнойных затеков, выполнению ненужного дренирования почки или стентирования мочеточника, неверному выбору антибактериальных средств [6]. Поэтому важнейшей практической задачей является выявление различий в клинике, диагностике и лечении острого илиопсоита и острого паранефрита.

Илиопсоит – воспаление подвздошно-поясничной мышцы [1, 3]. Это редкое заболевание, авторы приводят обычно от 1 до 12 собственных наблюдений [2-5, 7-10]. В основе заболевания лежит, как правило, флегмонозное воспаление лимфатических узлов и жировой клетчатки, расположенных между пучками мышечных волокон *musculus iliopsoas* [1,3]. Это происходит при

лимфогенном заносе инфекции из гнойных очагов, расположенных в коже и подкожной клетчатке нижней половины тела, или гематогенно – из отдаленных гнойных очагов (туловище, верхние конечности). Может произойти инфицирование гематомы *m.iliopsoas* после травмы. [1, 3, 10]. 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, заболеваниях матки и придатков [1-2, 8, 11].

*Цель работы* – выявить различия симптоматики, диагностики и лечения острого илиопсоита и острого паранефрита.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено в 255-кочной клинике факультетской хирургии с курсом урологии ПГМУ на базе ГКБ № 2 г. Перми (три хирургических отделения и три урологических отделения). Кроме того, в исследование включены данные 10 больных, наблюдаемых авторами в двух других клинических больниц г. Перми.

За 20 лет авторы наблюдали 29 больных острым илиопсоитом (самый большой материал в Европе) в возрасте от 19 до 69 лет (14 мужчин и 15 женщин). Локализация гнойного процесса была следующей:

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 трех, флегмона Бро с локализацией абсцесса под подвздошной мышцей – у двух больных.

Первичный илиопсоит, при котором *m.iliopsoas* инфицируется лимфо- или гематогенно из отдаленных очагов [1-5], наблюдали у 24 пациентов. При этом у 11 больных источниками инфекции являлись гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки на нижних конечностях (фурункулы, стрептодермия, инфицированные раны), которые предшествовали симптомам илиопсоита или были обнаружены на момент госпитализации больного. У 12 больных инфекция распространилась в подвздошно-поясничную мышцу гематогенно из отдаленных очагов (флебиты, герпес, ангины, грипп, карбункул на шее). У одного пациента первичный илиопсоит был травматического происхождения.

Вторичный илиопсоит отмечен у 5 пациентов. Причинами его являлись туберкулезный спондилит L1-L2 с натечником во влагалище поясничной мышцы, остеомиелит поясничных позвонков L1-L2 и подвздошной кости, затек гноя из полости малого таза как осложнение

параметрита, ретроперитонеальный аппендицит с распространением периаппендикулярного абсцесса в подвздошно-поясничную мышцу.

Пациенты с илиопсоитом были госпитализированы поздно: через 1-2 суток – только двое, от 4 до 7 суток – 5, через две недели – 17, от 3 до 8 недель – 5 больных. Поздно госпитализированные пациенты до этого длительно лечились в отделениях неврологического и терапевтического профилей или амбулаторно.

До госпитализации правильный диагноз (острый илиопсоит) был поставлен только двум (6,9%) больным. Остальные 27 пациентов были направлены в стационар с неправильным диагнозом (паранефрит, радикулит, сакроилеит и др.).

При поступлении больного илиопсоитом в приемное отделение при физикальном осмотре первым врачом (урологом или хирургом) у 23 (79,3%) пациентов поставлен рабочий диагноз «острый гнойный паранефрит». Это свидетельствует, во-первых, о некотором сходстве симптомов илиопсоита и паранефрита, во-вторых, о незнании врачами различий между этими заболеваниями. После срочного обследования в приемном отделении и осмотра старшего дежурного врача и/или нами у 24 больных установлен предоперационный диагноз «острый илиопсоит», остальные больные взяты на операционный стол с диагнозом гнойный паранефрит (1) и флегмона забрюшинного пространства (3). Один больной с серозо-инфильтративным илиопсоитом излечен консервативно.

Группу сравнения составили 38 больных острым гнойным паранефритом в возрасте от 18 до 70 лет (19 мужчин, 19 женщин), которые лечились в клинике факультетской хирургии с курсом урологии за последние 10 лет. Первичный паранефрит (при интактной почке и отсутствии заболеваний мочевых путей) выявлен у 8 больных. У 30 пациентов наблюдался вторичный паранефрит, обусловленный острым гнойным пиелонефритом (апостематозный пиело-

нефрит – у 16, карбункул почки – у 9, абсцесс почки – у 5 больных). Причиной гнойного пиелонефрита у 22 пациентов явилось нарушение оттока мочи, обусловленное камнями почек и мочеточников.

Большинство (34) больных гнойным паранефритом поступили в урологические отделения нашей клиники в сроки от 2 до 5 суток от начала заболевания. У 33 больных врач скорой помощи верно установил диагноз (паранефрит, пиелонефрит или сочетание этих заболеваний). При срочном обследовании предоперационный диагноз «гнойный паранефрит» установлен у всех 38 больных, что свидетельствует о хорошем знании врачами урологами этой патологии.

В приемном отделении клиники в течение 6 часов всем 67 пациентам основной (первой) и контрольной (второй) группы выполнялось срочное обследование: обзорная урография, рентгенография грудной клетки, пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза, экскреторная урография, ультразвуковое исследование (УЗИ), лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи, определение в крови белка, мочевины, креатинина, билирубина, глюкозы, кислотно-щелочного равновесия, электролитов). Экскреторная урография проводилась с внутривенным введением 60% урографина из расчета 0,4 мл на 1 кг массы тела, в ходе этого исследования также выполнялась экскурсионная урография (снимки в момент максимального вдоха и выдоха на одной пленке). УЗИ выполнялось на аппаратах в В-режиме и с доплеровским исследованием кровотока.

У 20 больных основной группы и у 30 пациентов группы сравнения объем исследования был расширен и им дополнительно выполнена компьютерная томография (КТ) или (реже) магнитно-резонансная томография (МРТ).

Оперативное вмешательство проводилось под эндотрахеальным

наркозом у 28 больных основной группы и у всех 38 больных группы сравнения в течение первых 6-12 часов госпитализации в любое время суток. Один больной с серозо-инфильтративной формой илиопсоита пролечен консервативно. В ходе оперативного вмешательства производилось сопоставление клинических и интраоперационных данных с оценкой информативности примененных методов диагностики. Диагноз илиопсоита был установлен на операции у всех больных основной группы, диагноз гнойного паранефрита интраоперационно подтвержден у всех больных группы сравнения.

При статистическом анализе полученных результатов использовали стандартные методики с вычислением средней со стандартным отклонением, применением критерия Стьюдента.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В таблице 1 приведены основные симптомы и физикальные признаки илиопсоита и паранефрита, выявленные у больных основной группы и группы сравнения.

Все 29 больных острым илиопсоитом 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 колено. У всех больных острым паранефритом боль локализовалась в поясничной области. У большинства больных илиопсоитом ходьба усиливала боль, появлялась хромота, больной щадил ногу с пораженной стороны, при ходьбе нагибая туловище вперед и в больную сторону. Этого не было у больных паранефритом.

Общие симптомы заключались в повышении температуры тела до 38-41°C, тахикардии, интоксикации. Однако, в отличие от паранефрита, у большинства больных илиопсоитом наблюдался не интермиттирующий, ■

а постоянный тип температурной кривой, а ознобы встречались реже и в подавляющем большинстве случаев не носили характера «потрясающих».

Объективно при остром илиопсоите определялась болезненность в проекции подвздошно-поясничной мышцы, а симптом Пастернацкого оказался отрицательным почти у 80% пациентов. Наоборот, при остром паранефрите болезненность определялась в поясничной области (пальпаторно и при поколачивании ребром ладони). У более половины больных илиопсоитом пальпировался инфильтрат в зоне *m. iliopsoas*, в подвздошной области. При паранефрите у 39,5% пациентов также удалось пропальпировать воспалительный инфильтрат, но он всегда определялся высоко в поясничной области. Кроме того, у 36,8% пациентов с острым паранефритом пальпировалась почка – все эти больные имели вторичный паранефрит, обусловленный выходом гнойного процесса за пределы почки при апо-

стематозном пиелонефрите и карбункуле почки.

Наиболее патогномичным физикальным признаком илиопсоита является псоас-симптом: бедро больного на больной стороне приведено к животу и ротировано. Сгибательная контрактура бедра при илиопсоите вызывается рефлекторным сокращением воспаленной мышцы [1,3]. Псоас-симптом наблюдали у 96,6% больных илиопсоитом, при этом он отсутствовал у 31 (81,6%) больных паранефритом. Традиционно считается, что псоас-симптом – признак гнойного паранефрита [12]. Это заблуждение приводит к большому числу диагностических ошибок среди неопытных урологов, которые, не находя у больного псоас-симптома, пропускают паранефрит. По нашему опыту и данным настоящего исследования, когда гнойник при классическом паранефрите локализуется в паранефральном пространстве, – псоас-симптом отсутствует. Он определялся лишь у тех 7 больных паранефри-

том, у которых абсцесс вышел за пределы паранефрального пространства и примыкал к *m. iliopsoas*.

Характерно, что при илиопсоите активные и пассивные попытки разгибания в тазобедренном суставе и выпрямления ноги резко усиливали боль. При этом у большинства пациентов подвижность в тазобедренном суставе была сохранена. Положительный симптом Л.И. Шулуток (на глубокое надавливание кистью на стенку живота на 3-4 см сбоку от пупка больной реагировал сгибательным движением в тазобедренном суставе [цит. по 11]) определялся у 72,4% больных илиопсоитом.

Мы предлагаем новый симптом острого илиопсоита, обусловленный нарушением функции воспаленной *m. iliopsoas*. 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.

Таблица 1. Основные симптомы и физикальные признаки, выявленные у больных с илиопсоитом и паранефритом

Показатель	Илиопсоит n=29		Паранефрит n=38		p между группами
	Абс.	%, M±m	Абс.	%, M±m	
Боли в подвздошно-паховой области	29	100	9	23,7±6,9	<0,001
Боль в поясничной области	18	62,1±9,0	38	100	<0,001
Иррадиация боли в бедро	21	72,4±8,3	0	0	<0,001
Усиление боли при ходьбе, хромота	24	82,8±7,0	0	0	<0,001
Гипертермия до 38-41°С	29	100	29	100	>0,05
Интермиттирующий тип температурной кривой	6	20,7±7,5	28	73,7±7,1	<0,001
Постоянный тип температурной кривой	23	79,3±7,5	10	26,3±7,1	<0,001
Потрясающие ознобы	3	10,3±5,6	27	71,1±7,4	<0,001
Тахикардия (свыше 80 ударов/мин)	25	86,2±6,4	35	92,1±4,4	>0,05
Болезненность при пальпации поясничной области	11	37,9±9,0	38	100	<0,001
Болезненность при пальпации в проекции подвздошно-поясничной мышцы	28	96,6±3,4	15	39,5±7,9	<0,001
Положительный симптом Пастернацкого	6	20,7±7,5	38	100	<0,001
Пальпируемая почка	0	0	14	36,8±7,8	<0,001
Пальпируемый инфильтрат:					
в поясничной области	0	0	15	39,5±7,9	<0,001
в зоне подвздошно-поясничной мышцы	15	51,7±9,3	0	0	<0,001
Псоас-симптом	28	96,6±3,4	7	18,4±6,3	<0,001
Разгибание в тазобедренном суставе вызывает боль	26	89,7±5,6	2	5,3±3,6	<0,001
Положительный симптом Л.И.Шулуток	21	72,4±8,3	7	18,4±6,3	<0,001
Положительный симптом илиопсоита	28	96,6±3,4	2	5,3±3,6	<0,001

Большой илиопсоитом из-за возникающих сильных болей в m.iliopsoas с огромным трудом отрывает ногу от кушетки и не может очертить в воздухе широкий плавный непрерывный круг выпрямленной ногой и/или при выполнении упражнения испытывает значительные боли в подвздошно-поясничной области. Данный симптом оказался положительным у 28 (96,6%) больных острым илиопсоитом и был отрицательным у 94,7% пациентов с паранефритом.

Лабораторные исследования показали, что для обоих заболеваний характерны гиперлейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, ускорение СОЭ в периферической крови. Существенное значение в дифференциальной диагностике имели исследования мочи. У всех больных илиопсоитом анализы мочи не были изменены, посев мочи был стерил. Иная картина была в группе больных паранефритом: лейкоцитурию имели 30 (78,9%) больных, эритроцитурию – 22 (57,9%), бактериурию – 26 (68,4%). Преимущественно это были больные с вторичным паранефритом, как осложнением гнойного пиелонефрита.

Решающее значение в дифференциальной диагностике имели лучевые методы. Не потеряла своего значения даже обзорная урография. При илиопсоите у 20 (69,0%) больных удалось выявить изменения тени самой m.iliopsoas. Так, у 8 больных тень пораженной мышцы была резко выделена, увеличена по сравнению со здоровой стороной и дугообразно искривлена. Такие изменения Р.С. Шпизель и А.Я. Яремчук считают характерными именно для илиопсоита [11]. У 12 больных илиопсоитом наблюдали смазанность и расплывчатость контуров подвздошно-поясничной мышцы на стороне поражения, еще у 9 пациентов тень m.iliopsoas не была изменена.

При остром паранефрите у 20 (52,6%) больных выявлена смазанность и расплывчатость контуров

m.iliopsoas, у 22 пациентов обнаружены тени камней почки и/или мочеточника.

Экскреторная урография имела большое значение в дифференциальной диагностике. При илиопсоите только у двух (6,9%) больных, у которых гнойники большого объема перешли на общую забрюшинную клетчатку и располагались в зоне прохождения мочеточника, наблюдали замедление выделения контрастного вещества почкой, умеренную пиелэктазию и дилатацию мочеточника выше гнойника. У остальных больных экскреторные урограммы не имели отклонений. При экскурсионной урографии (снимки на одной пленке на максимальном вдохе и выдохе) ни в одном случае не зафиксирована полная неподвижность почки, а незначительное снижение подвижности почки отмечено лишь у 11 (37,9%) больных (с высокими или тотальными гнойниками в m.iliopsoas).

При гнойном паранефрите на экскреторных урограммах у 32 (84,2%) больных выявлены пиелэктазия, деформация чашечно-лоханочной системы, дилатация мочеточника, а также у 22 больных обнаружены камни почки и/или мочеточника. При экскурсионной урографии полная неподвижность почки на вдохе и выдохе отмечена у 20 (52,6%) больных, значительное снижение экскурсии почки у 18 (47,4%).

Высокоинформативным методом явилось УЗИ, с помощью которого диагностировали илиопсоит у 28 (96,6%) 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. Изменений со стороны почек и верхних мочевых путей при УЗИ не выявлено.

Основным УЗ-признаком острого гнойного паранефрита явилось

наличие неоднородной гипоэхогенной или анэхогенной жидкостной структуры, располагающейся в паранефральном пространстве. При вторичном паранефрите гнойник был расположен рядом с почкой, дезорганизована фиброзная капсула; у 9 больных дополнительно выявили эхо-признаки карбункула почки, у 5 – абсцесса почки.

При КТ и МРТ у больных илиопсоитом выявляли увеличение и утолщение подвздошно-поясничной мышцы, изменения структуры мышцы, наличие в ней полости гнойника. КТ и МРТ с абсолютной точностью позволяли решить, в каком отделе забрюшинного пространства локализуется гнойник, подтвердить, что он располагается именно в подвздошно-поясничной мышце или в паранефральном пространстве, доказать, что почка интактна или имеет камни, карбункул, абсцесс.

Усовершенствование диагностики илиопсоита позволило нам до операции установить верный диагноз этого заболевания у 85,7% больных, что значительно выше, чем по литературным данным [1-5, 7-11]. Из числа оперированных 66 больных (28 пациентов с острым гнойным илиопсоитом и 38 больных гнойным паранефритом) в предоперационном периоде нам лишь в одном (1,5%) случае не удалось дифференцировать эти заболевания (больной илиопсоитом был взят на операционный стол с диагнозом «паранефрит»).

Операция, производимая по поводу острого гнойного илиопсоита, имеет свои особенности, которые необходимо знать урологу.

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 17 больных, с преимущественно 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.

При расположении гнойника поверхностно, технических трудностей не возникало. Но чаще всего абсцесс располагался в глубине мышцы, поэтому прибегали к следующей модифицированной технике операции. Выполняли диагностическую пункцию гнойника длинной иглой большого диаметра. В месте получения гнойного отделяемого вскрывали фасцию мышцы, а затем мышцы раслаивали 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 пересекали фасцию и мышечные волокна в поперечном направлении. При обнаружении полости гнойника эвакуировали гной и исследовали полость абсцесса во всех направлениях, чтобы не пропустить гнойные затеки.

Одиночный абсцесс *m. iliopsoas* имели 20 больных, у остальных было по 2-3 полости абсцесса. Объемы полостей абсцессов были от 10 до 1500 мл, в среднем  $218,7 \pm 60,1$  мл, они содержали сливкообразный или жидкий гной. При вторичном илиопсоите во время операции вели поиск его причин и осуществляли санацию основного гнойного очага (вскрытие периаппендикулярного абсцесса, дренирование малого таза при гнойном параметрите и др.). Почку для предупреждения ее инфицирования никогда не обнажали, не осуществляли ее дренирование нефростомой или катетером-стентом. При илиопсоите в этом нет необходимости, так как отток мочи не нарушен, а почка всегда интактна, в чем мы убедились при дооперационных исследованиях.

В ходе операции полость абсцесса(ов) подвздошно-поясничной мышцы промывали и дренировали двумя силиконовыми трубками, через которые в послеоперационном периоде налаживали активную аспирацию или капельное орошение антисептическими растворами. Операция продолжалась в среднем  $46,4 \pm 5,9$  мин. с интраоперационной кровопотерей  $107,0 \pm 18,6$  мл.

В послеоперационном периоде проводили интенсивную антибактериальную, дезинтоксикационную, иммунномодулирующую терапию, плазмаферез. Программа антибактериальной терапии включала применение трех антибиотиков широкого спектра действия, после получения результатов бакпосева гноя осуществлялась при необходимости ее коррекция. Бактериологические исследования интраоперационного материала показали, что илиопсоит чаще всего вызывает золотистый стафилококк, обнаруженный у 22 из 28 (78,6%) оперированных пациентов. Значительно реже высевались гемолитический стрептококк, кишечная и синегнойная палочка. Наши данные совпадают с литературными [3].

Летальный исход наблюдали у одного из 29 (3,4%) больных илиопсоитом – пациентка старческого возраста умерла от сепсиса. Из 29 больных 28 (96,6%) выписаны из клиники с выздоровлением, при отсутствии жалоб, сгибательной контрактуры бедра и хромоты. В отдаленные сроки от 1 до 5 лет все они имели хороший функциональный результат.

Больные острым гнойным паранефритом оперированы по общим канонам урологии. Разрезом по Федорову в положении больного на боку обнажалось паранефральное пространство; вскрывалась, эвакуировалась от гноя и дренировалась полость абсцесса. Обнажалась и ревизовалась почка; при этом у 30 больных вторичным паранефритом выявлен гнойный пиелонефрит (апостематозный – у 16,

карбункул – у 9, абсцесс почки – у 5 пациентов). У всех этих 30 больных осуществляли дренирование почки нефростомой, декапсуляцию. Кроме того, произведено 9 конусовидных иссечений карбункула почки, 5 вскрытий и дренирований абсцесса почки, у 22 пациентов путем пиелологии уретеролитотомии удалены камни почки и мочеточника. Летальный исход при гнойном паранефрите наблюдали у одного (2,6%) больного старческого возраста, умершего от уросепсиса.

При вторичном гнойном паранефрите из интраоперационного материала и гноя мы высевали чаще всего различные штаммы протей (у 30,0%), а также часто кишечную и синегнойную палочку. При первичном паранефрите преобладали золотистый стафилококк и кишечная палочка. Таким образом, спектр бактерий при илиопсоите и паранефрите существенно различается, что необходимо учитывать при выборе антибиотиков.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Незнание врачами клиники и диагностики острого илиопсоита приводит к тому, что на догоспитальном этапе правильный диагноз этого заболевания ставится только в 6,9% случаев, а многим больным ошибочно диагностируется «острый паранефрит». Проведенное нами изучение клиники илиопсоита, анализ и систематизация его симптомов, установление диагностической ценности каждого из них, а также разработка нового физикального симптома илиопсоита позволяют улучшить дифференциальную диагностику илиопсоита и паранефрита. Из специальных методов исследования наиболее информативным является УЗИ, позволяющее в короткие сроки обнаружить гнойный очаг и дифференцировать его локализацию (*m. iliopsoas* или паранефральное пространство). В более сложных случаях диагностики дополнительно показаны КТ и МРТ.

При остром гнойном илиопсоите показана срочная операция разрезом Пирогова или люботомическим доступом, вскрытие и дренирование подвздошно-поясничной мышцы, но без ревизии почки и ее дренирования,

поскольку при илиопсоите почка интактна, а уродинамика не нарушена. Усовершенствованная нами техника подобной операции позволяет добиться выздоровления у 96,6% больных с хорошим отдаленным функ-

циональным результатом. Илиопсоит, в отличие от паранефрита, в 78,6% случаев вызывается золотистым стафилококком, что необходимо учитывать при проведении антибактериального лечения. ■

#### Резюме:

Изучены клиника, диагностика и лечение острого илиопсоита у 29 больных и определены основные отличия этого заболевания от гнойного паранефрита, который наблюдали у 38 пациентов. Наиболее характерными симптомами илиопсоита явились боли в подвздошно-паховой области, хромота, лихорадка постоянного типа, болезненность и пальпируемый инфильтрат в зоне подвздошно-поясничной мышцы, псоас-симптом. Из специальных методов исследования наиболее информативным для дифференциальной диагностики с паранефритом было ультразвуковое исследование, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография. Усовершенствование диагностики и дифференциальной диагностики позволило авторам установить верный дооперационный диагноз илиопсоита у 85,7% больных и в 98,5% случаев отдифференцировать его от паранефрита. Усовершенствованная техника операции при гнойном илиопсоите позволила добиться выздоровления у 96,6% больных с хорошим отдаленным функциональным результатом. Проведенное исследование важно для практического здравоохранения тем, что выявило различия между клиникой, диагностикой и лечением илиопсоита и паранефрита.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### Summary:

#### Acute purulent iliopsoitis and its differences from the acute paranephritis

We have investigated the clinics, diagnostics and treatment of acute iliopsoitis in 29 patients and determined the main peculiarities of this disease with regard to purulent paranephritis, which was observed in 38 patients. The most characteristic symptoms of the iliopsoitis were pain in ilio-inguinal area, lameness, fever of the permanent type, tenderness and palpable infiltrate in the area of the iliac-psoas muscles, psoas-symptom. Of special diagnostic methods the most informative in the differential diagnosis of paranephritis was ultrasound as well as CT and MRI. Improvement in the diagnosis and differential diagnosis has enabled the authors to establish the correct preoperative diagnosis of iliopsoitis in 85,7% of the patients and in 98.5% of cases to differentiate it from the paranephritis. Improved technique of surgery for purulent iliopsoitis allowed for recovery in 96.6% of patients with late good functional outcomes. This study is important for practical healthcare, while it reveals the differences between the clinical picture, diagnosis and treatment of iliopsoitis and paranephritis.

Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

**Ключевые слова:** воспаление подвздошно-поясничной мышцы (илиопсоит), паранефрит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

**Key words:** inflammation of the iliopsoas muscle (ileopsoit), paranephritis, clinica, differential diagnosis, treatment.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. Изд-е 4-е. М.: Бином, 2006. 704 с.
2. Овчинникова Е.А., Доценко И.А., Савельев А.В., Мелях С.Ф., Применение ультразвукового исследования для диагностики и чрескожного дренирования псоас-абсцессов. *Медицинская визуализация* 2013ж(4):61-62.
3. Berge M, Marie S, Kuipers T. Psoas abscess: report of a series and review of the literature. *J Medicine* 2005;63(10):413-416.
4. Tabrizian P, Nguyen SQ, Greenstein A. Management and treatment of iliopsoas abscess. *Arch Surg* 2009;144(10):946-949.
5. Vucicevic Z, Spajic B, Babic N, Degoricija H. Primary bilateral iliopsoas abscess in an elderly man. *Acta Clin Croat* 2012;51(1):83-87.
6. Деревянко И.М., Деревянко Т.И. Паранефрит. Ставрополь: *Ставрополье*, 2000. 62 с.
7. Соловьев А.А., Петрушин В.В., Гайдук В.П., Зотов И.В., Пчелкин В.А. Случаи гнойных илиопсоитов у военнослужащих. *Вестник хирургии* 2008;(1):100-104.
8. Baier PK, Arampatzic G, Imdahl A. The iliopsoas abscess: aetiology, therapy, and outcome. *Langenbecks Arch Surg* 2006;391:411-417.
9. Tomich EB, Della-Giustina D. Bilateral Psoas abscess in the emergency department. *West J Emerg Med* 2009;10(4):288-291.
10. Yapo P, Legeais M, Kieffer V, Pefoubou Y, Cottier JB, Herbreteau D. Case No. 6. Primary abscess of the right psoas-iliac compartment caused by *Proteus mirabilis* in a female patient with NF1. *J Radiol* 2006;87(6):715-717.
11. Шпизель Р.С., Яремчук А.Я. Острые воспалительные заболевания клетчатки забрюшинного пространства. Киев: *Здоров'я*, 1985. с. 128
12. Руководство по урологии [под ред. Лопаткин Н.А.]. В трех томах. Т. 2. М.: Медицина, 1998. С.351-354.

## REFERENCES (1, 2, 6, 7, 11, 12)

1. Voyno-Yasenetskiy V.F. Ocherki gnoynoy hirurgii. [Sketches of purulent surgery]. Izd-e 4-e. M.: Binom, 2006. 704 p. (In Russian)
2. Ovchinnikova E.A., Dotsenko I.A., Savelev A.V., Melyah S.F. Primenenie ultrazvukovogo issledovaniya dlya diagnostiki i chreskozhnogo drenirovaniya psoas-abstsessov. [The use of ultrasound for the diagnosis and percutaneous drainage of psoas abscess]. *Meditsinskaya vizualizatsiya* 2013;(4):61-62. (In Russian)
6. Derevyanko I.M., Derevyanko T.I. Paranebrit. [Paranephritis]. Stavropol: Stavropole, 2000. 62 p. (In Russian)
7. Solovev A.A., Petrushin V.V., Gayduk V.P., Zotov I.V., Pchelkin V.A. Sluchai gnoyniyh iliopsoitov u voennosluzhaschiy. [Cases of purulent iliopsoitov in military people]. *Vestnik hirurgii* 2008;(1):100-104. (In Russian)
11. Shpizel R.S., Yaremchuk A.Ya. Ostryie vospalitelnyye zabolovaniya kletchatki zabryushinnogo prostranstva. [Acute inflammatory diseases of the of retroperitoneal space tissue]. - Kiev: Zdorov'; 1985. 128 p. (In Russian)
12. Rukovodstvo po urologii [Editor Lopatkin N.A.]. V treh tomah. T. 2. [Guidelines for Urology]. [Editor Lopatkin N.A.]. Vol. 2. M.: Meditsina, 1998. P.351-354. (In Russian)