

10. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., et al. Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht V / Florence Consensus Report // Gut. – 2017. – Vol. 66, № 1. – P. 6-30.

11. O'Morain N., Dore M., O'Connor A., et al. Treatment of Helicobacter pylori infection in 2018 // Helicobacter. – 2018. – Vol. 23, Suppl. 1. – e12519.

Literature

1. Belkovets A.V., Kurilovich S.A., Yurkova T.A., et al. Comparative evaluation of two Helicobacter pylori eradication schemes (with and without bismuth tripotassium dicitrate) // Pharmateca. – 2019. – Vol. 26, № 2. – P. 61-67.

2. Bordin D.S., Embutnieks Yu.V., Vologzhanina L.G., et al. European Registry on the management of Helicobacter pylori infection (Hp-EuReg): data analysis of 2360 patients receiving first-line therapy in Russia // Therapeutic Archive. – 2018. – Vol. 90, № 2. – P. 35-42.

3. Bordin D.S., Embutnieks Yu.V., Vologzhanina L.G., et al. European registry on the management of Helicobacter pylori (Hp-EuReg): how has clinical practice changed in Russia from 2013 to 2018 // Therapeutic Archive. – 2019. – Vol. 91, № 2. – P. 16-24.

4. Ivashkin V.T., Mayev I.V., Lapina T.L., et al. Clinical recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of Helicobacter pylori infection in adults // Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. – 2018. – Vol. 28, № 1. – P. 55-70.

5. Lazebnik L.B., Tkachenko E.I., Abdulganiyeva D.I., et al. VI-th National guidelines for the diagnosis and treatment of acid-related and Helicobacter pylori-associated diseases (VI Moscow agreements) // Experimental and

Clinical Gastroenterology. – 2017. – Vol. 138, № 2. – P. 3-21.

6. Mayev I.V., Samsonov A.A., Andreev D.N. Helicobacter pylori infection. – M.: GEOTAR-Media, 2016. – 256 p.

7. Mayev I.V., Samsonov A.A., Kochetov S.A., et al. Inclusion of the bismuth and esomeprazole in the triple eradication therapy: a simple way to increase the effectiveness of treatment // Pharmateca. – 2012. – № 7. – P. 125-130.

8. Graham D.Y. Efficient identification and evaluation of effective Helicobacter pylori therapies // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2009. – Vol. 7, № 2. – P. 145-148.

9. Ko S.W., Kim Y.J., Chung W.C., Lee S.J. Bismuth supplements as the first line regimen for Helicobacter pylori eradication therapy: Systemic review and meta analysis // Helicobacter. – 2019. – Vol. 24, № 2. – e12565.

10. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., et al. Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht V / Florence Consensus Report // Gut. – 2017. – Vol. 66, № 1. – P. 6-30.

11. O'Morain N., Dore M., O'Connor A., et al. Treatment of Helicobacter pylori infection in 2018 // Helicobacter. – 2018. – Vol. 23, Suppl. 1. – e12519.

Координаты для связи с авторами: Алексеевко Сергей Алексеевич – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета ДВГМУ, тел. 8-(4212)-40-92-61, e-mail: alexeeenko11@yandex.ru; Агеева Елена Афанасьевна – врач гастроэнтеролог высшей квалификационной категории КГБУЗ «Городская клиническая поликлиника № 3», тел. +7-962-220-28-26, e-mail: ageevae2004@yandex.ru.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2019-4-65-70>

УДК 616.748.11-002.3-036.11

В.В. Савельев, М.М. Винокуров

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИЛИОПСОИТА В УСЛОВИЯХ УРГЕНТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Медицинский институт ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова», 677000, ул. Беллинского, 58, тел. 8-(4112)-35-20-90, факс 8-(4112)-32-13-14, e-mail: rector-svfu@ysu.ru, г. Якутск

Резюме

В период с 2010 по 2019 гг. наблюдали 17 больных в возрасте от 25 до 64 лет с острым илиопсоитом. Установлено, что наиболее частой причиной илиопсоита являются нагноительные процессы кожи и подкожно-жировой клетчатки – 70,6 %, реже, как следствие течения остеомиелита поясничных позвонков и крестца, туберкулезного спондилита, затека гноя из брюшной полости и малого таза – 29,4 %. Для верификации диагноза острый илиопсоит необходимо применять аппаратные методы диагностики, из которых самым информативным является метод МРТ (чувствительность до 100 %). При своевременной диагностике заболевания возможно успешное консервативное лечение, а при возникновении или обнаружении гнойных осложнений операциями выбора остаются «открытые» дренирующие операции по типу Н.И. Пирогова, Кромптона-Пирогова, Израэля. При адекватно спланированной стратегии лечения достижимо снижение количества послеоперационных осложнений и уровня летальности до

6,7 % и 5,9 % соответственно. У более чем 94 % больных возможно полное клиническое и функциональное выздоровление.

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

V.V. Saveliev, M.M. Vinokurov

EXPERIENCE OF TREATMENT ACUTE ILIOPSOITIS IN THE CONDITIONS OF URGENT MULTI-PROFILE SURGICAL HOSPITAL

Medical Institute of North Eastern federal university named of M.K. Ammosov, Yakutsk

Summary

Between 2010 and 2019 17 patients in the age from 25 to 64 years with acute iliopsoitis were observed. It has been established that the most common cause of iliopsoitis is suppurative processes of the skin and subcutaneous fat – 70,6 %, less often, as a result of osteomyelitis of the lumbar vertebrae and sacrum, tuberculosis spondylitis, pus leakage from the abdominal cavity and pelvis – 29,4 %. To verify the diagnosis of acute iliopsoitis, it is necessary to use hardware diagnostic methods, of which the most informative is the MRI method (sensitivity up to 100 %). With timely diagnosis of the disease, successful conservative treatment is possible, and if purulent complications develop or are detected, the operations of choice remain «open» drainage operations of the N.I. Pirogov, Crompton-Pirogov, Israel. With an adequately planned treatment strategy, a reduction in the number of postoperative complications and the mortality rate can possibly be achieved as 6,7 % and 5,9 %, respectively. More than 94 % of patients may have a complete clinical and functional recovery.

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

Илюпсоит – довольно редко встречающаяся патология [7]. По данным современной медицинской статистики, распространенность заболевания составляет 1 случай на 10 000 пациентов хирургического профиля. Илюпсоит обычно носит односторонний характер, чаще локализуется справа. Как отмечают некоторые авторы [2, 6, 11, 13], из-за значительной глубины залегания м. Пюорсоас, ее непосредственной близости к внутренним органам, позвоночнику, сосудам и поясничному нервному сплетению диагностика илюпсоита часто сопряжена со значительными трудностями. По этой причине, почти одной трети пациентов после комплексного клинического обследования устанавливают другой диагноз, а острое воспаление мышцы выявляют только во время операции.

В основе заболевания лежит, как правило, воспаление лимфатических узлов и жировой клетчатки между мышечных волокон м. Пюорсоас [1, 2, 9]. Чаще всего, это происходит при лимфогенном заносе инфекционного агента из гнойных очагов, расположенных в коже и/или подкожной клетчатке нижней половины тела, или гематогенно из отдельных очагов (туловище, верхние и нижние конечности). Также причиной илюпсоита может стать инфицирование гематомы м. Пюорсоас [6, 8]. Реже илюпсоит бывает вторичным, когда гной распространяется в толщу м. Пюорсоас из костных оча-

гов таза или позвоночника при туберкулезе, остеомиелите, из брюшной полости при остром аппендиците, заболеваниях матки и ее придатков [2, 10].

Различают серозно-инфильтративный и гнойный илюпсоит [1, 2, 9]. Серозное пропитывание м. Пюорсоас, как правило, завершается полным редуцированием [7, 12, 13, 14]. Илюпсоит может протекать с формированием ограниченных абсцессов и в редких случаях в виде септической флегмоны. Следует также отметить, что у некоторых пациентов могут наблюдаться гнойные затеки: в брюшную полость, на бедро, поясничную область, через bursa iliopectinea в тазобедренный сустав, через седалищное отверстие на ягодичную область [7].

Как утверждают некоторые авторы [1, 4, 5, 6, 9], лечебная тактика при этом заболевании окончательно не определена, а техника операции разработана недостаточно. Наряду с традиционными (открытыми) методами хирургического лечения при некоторых формах заболевания используют консервативные методы [4, 7, 13, 14] или разрабатывают пункционно-дренирующие операции [12]. Летальность при этом достигает по разным данным от 16,7-18,9 % [7] до 44 % [11].

Целью исследования явилась оценка результатов лечения больных с острым илюпсоитом в условиях ургентной многопрофильной хирургической клиники.

Материалы и методы

Представленная работа основана на анализе результатов комплексного обследования и лечения 17 больных с острым илюпсоитом в возрасте от 25 до 64 лет (средний возраст 41,6±6,7 года), находившихся в хирургических отделениях Республиканской больницы № 2 – Центр экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период с 2010 по 2019 гг.

Руководствуясь известной классификацией В.П. Брюханова [1], верхний илюпсоит с расположением гнойника в поясничном отделе м. Пюорсоас наблюдали у 5 (29,4 %) больных, нижний илюпсоит с локализацией воспаления в подвздошной части м. Пюорсоас – у 8 (47,1 %) больных, тотальный (с по-

ражением всей м. Пюорсоас) – у 3 (17,6 %) больных, и так называемая флегмона Бро, с локализацией абсцесса под м. Пюорсоас – у 1 (5,9 %) больного. Распределение больных по морфологическим формам заболевания и причинам развития [2, 7, 9] было следующим: серозно-инфильтративная у 3 (17,6 %) больных, ограниченное гнойное воспаление с образованием абсцесса в мышце – у 11 (64,8 %), септическая флегмона м. Пюорсоас – у 3 (17,6 %) больных. Первичный (преимущественно из-за нагноительных процессов в коже и подкожно-жировой клетчатке на фоне сахарного диабета, облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей) илюпсоит наблюдали у 12 (70,6 %)

больных, вторичный (остеомиелит поясничных позвонков и крестца, туберкулезный спондилит, затек гноя из брюшной полости и малого таза) – у 5 (29,4 %) больных.

Большинство больных с острым илипсоитом доставлены в стационар по экстренным показаниям каретой скорой медицинской помощи, часть больных, переведена из других стационаров городских больниц и районов Республики Саха (Якутия). Пациенты госпитализировались, как правило, поздно. Так, в 1-е сутки от момента заболевания госпитализировано всего 2 (11,8 %) больных, от 1 до 3 суток – 6 (35,2 %), от 3 до 5 – 7 (41,2 %) больных и в срок более 5 суток госпитализировано 2 (11,8 %) больных. При этом, на этапе перевода в хирургическую клинику правильный диагноз, острый илипсоит, был выставлен 11 (64,8 %) больным, остальные 6 (35,2 %) пациенты были направлены в стационар с другими (паранефрит, острый деструктивный аппендицит, параколический абсцесс) диагнозами.

При поступлении пациентов в клинику выполнялось срочное обследование, включающее: рентгенография брюшной полости и грудной клетки, позвоночника, костей таза, УЗИ брюшной полости, лабораторные исследования крови и мочи. Кроме того, с целью дифференциальной диагностики и тактически адекватного подхода к хирургическому лечению

Результаты и обсуждение

Как отмечалось ранее, основываясь на данных проведенного клинического обследования поступивших пациентов, серозно-инфильтративная форма острого илипсоита была диагностирована у 3 (17,6 %) больных. В данном случае применялись исключительно консервативные методы лечения. Несмотря на это, у 1-го больного с серозно-инфильтративной формой илипсоита отмечено прогрессирование заболевания в виде формирования единичного абсцесса, его были вынуждены оперировать, используя пунктирно-дренирующее вмешательство (под МРТ-контролем). Избранная в данном случае тактика привела к полному выздоровлению больного с регрессированием всех клинических и рентгенологических симптомов. При этом стоит отметить высокую диагностическую ценность и точность применения МРТ в диагностике острого илипсоита в целом, и в особенности его серозно-инфильтративной формы, при которой воспалительные изменения еще не столь выражены, а задержка в адекватном лечении грозит развитием осложнений. Диагностическая чувствительность метода МРТ составила 100 %, тогда как РКТ не более 95,6 %. Полученные нами результаты применения МРТ коррелируют с изученными нами литературными данными [7, 8].

Однако, по нашему мнению, и мнению ряда исследователей [7], в отличие от иных гнойников забрюшинного пространства, при илипсоитах, пунктирный метод хирургического лечения нельзя считать оптимальным, и прежде всего из-за глубокого расположения *m. Psoas*, нередко формирующихся множественных абсцессов, возможных гнойных затеков осуществляющихся через естественные анатомические отверстия в клетчаточные пространства и смежные

больных с илипсоитом устанавливалась локализация и распространенность воспалительного процесса в *m. Psoas*, прилежащих органов и региональных клетчаточных структур с использованием таких инструментальных методов диагностики как: РКТ, МРТ.

Также полученные в ходе клинических исследований данные использовались для характеристики тяжести общего состояния (интегральная шкала АРАСНЕ II). На момент госпитализации состояние у 3 (17,6 %) больных расценивалось, как крайне тяжелое, у 12 (70,6 %) – тяжелое, у 2 (11,8 %) – средней степени тяжести.

Осложненное течение илипсоита отмечено у 5 (29,4 %) больных, и у которых, наблюдалось распространение гнойного процесса за пределы *m. Psoas*: затек на бедро у 2 (40 %) больных, прорыв гноя через *bursa iliopsoas* в тазобедренный сустав – у 1 (20 %) больного, через седалищное отверстие на ягодичную область – у 2 (40 %) больных.

Статистическая обработка произведена с использованием программного пакета IBM.SPSS.Statistik.v22. При оценке совокупностей вычислялись средние значения (*M*) и стандартное отклонение (*m*). Для определения точности метода диагностики (определение чувствительности) использовался метод построения ROC-кривых (Receiver Operating Characteristic).

анатомические области, прорыва гнойника в брюшную полость.

Подтверждением наших слов служат работы современных исследователей занимавшихся этой проблемой. Так, случаи не всегда успешного лечения *psaos*-абсцессов в своей практике приводят [11], которые с переменным успехом использовали пунктирный метод хирургического лечения у 11 из 25 своих больных, пунктируя небольшие *psaos*-абсцессы под УЗИ-контролем. При этом у 5 (45,5 %) больных данная методика не дала ожидаемых результатов, и в последующем, было применено «открытое» хирургическое вмешательство. Другие [12, 13, 14, 15] также приводят примеры безуспешного применения малоинвазивных методов лечения при возникающих осложнениях течения заболевания, в данном случае произошел прорыв *psaos*-абсцесса в тазобедренный сустав, брюшную полость, что потребовало от хирургов применения «открытых» дренирующих операций.

Гнойный илипсоит в форме абсцесса, а тем более септическая флегмона, являются безусловным показанием к срочному оперативному вмешательству. Мы, как и ряд других авторов [6, 7, 8] считаем, что в данном случае предпочтительна «открытая» внебрюшинная операция с использованием классических для этой патологии доступов (Н.И. Пирогова, Промптона-Пирогова, Израэля). Данные операции, в сложившейся ситуации, позволяют добиться выздоровления у подавляющего числа больных с хорошими ближайшими и отдаленными функциональными результатами. Об этом пишут в своих публикациях, как отечественные [2, 6, 7, 8], так и зарубежные [10, 11, 15] авторы. В качестве неоспоримых преимуществ «открытых» дренирующих операций авторы указывают на их ра-

дикализм, возможность широко обнажить *m. Psoas* и осуществить ее полноценную ревизию, не допустить оставление гнойных затеков, выполнить адекватное дренирование.

Во всех случаях диагностированного гнойного илиопсоита – у 14 (82,4 %) больных, использовали традиционные, так называемые «открытые» дренирующие операции. При верхнем и тотальном илиопсоите, а также при распространении гнойника на латеральный и средний отделы брюшинной клетчатки [3], применяли внебрюшинный доступ Кромптона-Пирогова. Разрез проходил на 1-1,5 выше паховой связки. Его начинали от верхней передней ости подвздошной кости, рассекали кожу, подкожно-жировую клетчатку, фасцию и апоневроз наружной косой мышцы живота. Внутреннюю косую и поперечную мышцу отодвигали кверху или рассекали по ходу волокон. Париемальную брюшину также отслаивали вверх, обнажая забрюшинное клетчаточное пространство. При необходимости, в случае распространения гнойного процесса из поясничной области в подвздошную ямку, доступ мог быть дополнен косым разрезом Израэля. У остальных больных, преимущественно с нижним илиопсоитом, применялся внебрюшинный разрез в подвздошно-паховой области по Н.И. Пирогову позволяющий широко обнажить *m. Psoas* и выполнить ревизию мышцы от пахового канала до места ее прикрепления к поперечным отросткам поясничных позвонков. Перед ревизией выполняли диагностические пункции иглой большого диаметра области предполагаемого гнойника. В месте получения гнойного отделяемого вскрывали фасцию мышцы, сама мышца расслаивалась вдоль волокон тупым инструментом или пальцем (необходимо помнить о расположении в толще мышцы *n. femoralis*). Проводился тщательный осмотр полости абсцесса для исключения затеков. По ходу *m. Psoas* гнойный затек через мышечную лакуну под паховой связкой может распространяться в сторону бедренного треугольника на внутреннюю поверхность бедра, через паховый канал в мошонку, межмышечные щели на поясничную область. При гнойном затеке в бедренный треугольник их вскрывали дополнительными разрезами на вну-

тренней поверхности бедра. При прорыве гноя через *bursa iliorectinea* в тазобедренный сустав, осуществляли артротомию сустава через переднелатеральный доступ. Для вскрытия флегмоны Бро расслаивали *m. Psoas* по ходу волокон нижней трети крыла подвздошной кости, удаляли образовавшийся гной и дренировали клетчаточное пространство, расположенное под мышцей. В ходе операции полость абсцесса (ов) тщательно обрабатывали растворами антисептиков. Через установленные дренажи в послеоперационном периоде налаживали активную вакуум-аспирацию. При вторичном илиопсоите во время операции вели поиск его причин и осуществляли санацию основного гнойного очага (некр- и секвестрэктомия при остеомиелите поясничных позвонков и крестца, ревизия и дренирование малого таза при гнойном параметрите, дренирование абсцесса с последующими радикально-стабилизирующими операциями на позвоночнике при туберкулезном спондилите). По окончании операции, как рекомендует [2], производили максимальное разгибание бедра с последующей фиксацией его гипсовым лонгетом сроком не более 1 суток. В последующем мы осуществляли раннюю активизацию больных, назначались лечебная дозированная физическая нагрузка и физиотерапевтические процедуры.

Операции, в зависимости от степени ее сложности, продолжались от 25 до 120 мин. (в среднем $45,4 \pm 10,1$ мин.). Ранние послеоперационные осложнения отмечены нами только у 1-го (6,7 %) из оперированных больных. Осложнение возникло в следствие аррозивных процессов в зоне гнойного расплавления и сопровождалось кровотечением из сосудов *m. Psoas*, что потребовало повторной экстренной операцией с целью остановки кровотечения. Летальный исход наблюдали у 1-го (5,9 %) из 17 больных. Пациент умер от тяжелого сепсиса, обусловленного тотальным поражением *m. Psoas*, наличием коморбидных заболеваний и позднего обращения за медицинской помощью в течение первых суток после проведенной операции. Послеоперационный койко-день составил в среднем $15,3 \pm 2,5$ сут.

Выводы

1. Результаты проведенного анализа достоверно указывают на то, что илиопсоит является довольно редкой патологией. Проанализированы результаты лечения 17 пациентов за период с 2010 по 2019 гг., что составило 0,06 % от всех больных, прошедших лечение в хирургических отделениях клиники.

2. Наиболее информативным методом диагностики острого илиопсоита является МРТ (чувствительность составила 100 %), позволяющая не только обнаружить очаг воспаления и дать его всестороннюю морфосинтопическую оценку, но и при возникшей необходимости, выполнить пункционно-дренирующие вмешательства под МРТ-контролем.

3. Частой причиной первичного илиопсоита – 70,6 % случаев, явились нагноительные заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки, вторичного – 29,4 %, остеомиелит поясничных позвонков и крестца, туберкулезный спондилит, затек гноя из брюшной

полости и малого таза. Данное обстоятельство создает необходимость привлечения для полноценного лечения и реабилитации этой категории пациентов специалистов смежных специальностей. По этой причине, предпочтительным условием является направление больных на лечение в многопрофильные хирургические клиники.

4. Несмотря на интенсивное развитие и применение малоинвазивных методик дренирующих операций при гнойном илиопсоите в современных условиях хирургических клиник, традиционные операции, такие как: Н.И. Пирогова, Кромптона-Пирогова, Израэля и другие, остаются весьма актуальными, а во многих случаях и единственными, которые позволяют добиться желаемых результатов лечения.

5. Результаты исследований достоверно указывают на то, что острое воспаление подвздошно-поясничной мышцы является трудной диагностической и лечебной

задачей, требующей от хирурга тщательного анализа и учета всех клинических (в том числе и инструментальных) симптомов заболевания. При своевременном по-

ставленном диагнозе и правильном лечении у данной категории больных прогноз благоприятный.

Литература

1. Брюханов В.П., Цивьян А.Л. Диагностика и лечение гнойного илиопсоита // Вестник хирургии. – 1992. – № 1. – С. 180-182.
2. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. – М.: Издательство «БИНОМ» «Невский Диалект», 2000. – 704 с.
3. Каплунова О.А., Чаплыгина Е.В., Крымшамхалова С.Д., Суханова О.П. Анатомия забрюшинного пространства // Журнал фундаментальной медицины и биологии. – 2018. – № 2. – С. 45-49.
4. Коровин А.Я., Породенко Е.Е., Базлов С.Б., Трифанов Н.А. Тактика лечения больных с острым илиопсоитом // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2017. – № 2. – С. 157-159.
5. Кузнецов А.Г., Смотровин С.М. Гнойный илиопсоит: вопросы этиологии, диагностики и лечения // Хирургия. Восточная Европа. – 2017. – № 3. – С. 314-325.
6. Соловьев А.А., Петрушин В.В., Гайдук В.П., Зотов И.В., Пчелкин В.А., Сняжков В.Ф. Случаи гнойных илиопсоитов у военнослужащих // Вестник хирургии. – 2008. – № 1. – С. 100-104.
7. Субботин В.М., Токарев М.В., Давидов М.И. Хирургическое лечение гнойного илиопсоита // Медицинский альманах. – 2012. – № 1 (20). – С. 112-115.
8. Токарев М.В. Острый илиопсоит // Пермский медицинский журнал. – 2011. – № 5. – С. 12-17.

9. Шпизель Р.С., Яремчук А.Я. Острые воспалительные заболевания забрюшинного пространства. – Киев: Издательство «Здоров'я», 1985. – 128 с.
10. Akhaddar A., Hall W., Ramraoui M., Nabii M., Elkhader A. Primary tuberculosis psoas abscess as a postpartum complication: Case report and literature review // Surg. Neurol. Int. – 2018. – № 9. – P. 239.
11. Huang J.J., Ruaan M.K., Lan R.R., Wang M.C. Acute pyogenic iliopsoas abscess in Taiwan: clinical features, diagnosis, treatment and outcome // J. Infect. – 2000. – Vol. 40 (3). – P. 248-255.
12. Lai Z., Shi S.Y., Fei G., Han G.H., Hu S.P. Feasibility study of preoperative percutaneous catheter drainage in the treatment of lumbar tuberculosis with psoas abscess // Zhongguo. Gu. Shang. – 2018. – Vol. 31 (11). – P. 998-1004.
13. Okan F., Ince Z., Coban A., Can G. Neonatal psoas abscess simulating septic arthritis of the hip: a case report and review of the literature // Turk. J. Pediatr. – 2009. – Vol. 51 (4). – P. 389-91.
14. Singer J. Neonatal psoas pyomyositis simulating pyarthrosis of the hip // Pediatr. Emerg. Care. – 1993. – Vol. 9 (2). – P. 87-89.
15. Xu B.Y., Vasawala F.F., Low S.G. A case report of an atypical presentation of pyogenic iliopsoas abscess // BMC Infect. Dis. – 2019. – Vol. 9 (1). – P. 58.

Literature

1. Brukhanov V.P., Tsvyvan A.L. Diagnosis and treatment of purulent iliopsoitis // Bulletin of Surgery. – 1992. – № 1. – P. 180-182.
2. Voyno-Yasensky V.F. Essays on purulent surgery. – M.: Publishing house «BINOM» «Nevsky Dialect», 2000. – 704 p.
3. Kaplunova O.A., Chaplygina E.V., Krymshamkhalova S.D., Sukhanova O.P. Anatomy of the retroperitoneal space // Journal of Fundamental Medicine and Biology. – 2018. – № 2. – P. 45-49.
4. Korovin A.Ya., Porodenko E.E., Bazlov S.B., Trifanov N.A. Tactics of treatment of patients with acute iliopsoitis // Almanac of A.V. Vishnevsky Institute of Surgery. – 2017. – № 2. – P. 157-159.
5. Kuznetsov A.G., Smotrin S.M. Purulent iliopsoitis: issues of etiology, diagnosis and treatment // Surgery Eastern Europe. – 2017. – № 3. – P. 314-325.
6. Soloviev A.A., Petrushin V.V., Gaiduk V.P., Zotov I.V., Pchelkin V.A., Snyakov V.F. Cases of purulent iliopsoitis in the military // Bulletin of Surgery. – 2008. – № 1. – P. 100-104.
7. Subbotin V.M., Tokarev M.V., Davidov M.I. Surgical treatment of purulent iliopsoitis // Medical Almanac. – 2012. – № 1 (20). – P. 112-115.
8. Tokarev M.V. Acute iliopsoitis // Perm Medical Journal. – 2011. – № 5. – P. 12-17.

9. Shpizel R.S., Yaremchuk A.Ya. Acute inflammatory diseases of the retroperitoneal space. – Kiev: Publishing House «Health», 1985. – 128 p.
10. Akhaddar A., Hall W., Ramraoui M., Nabii M., Elkhader A. Primary tuberculosis psoas abscess as a postpartum complication: Case report and literature review // Surg. Neurol. Int. – 2018. – № 9. – P. 239.
11. Huang J.J., Ruaan M.K., Lan R.R., Wang M.C. Acute pyogenic iliopsoas abscess in Taiwan: clinical features, diagnosis, treatment and outcome // J. Infect. – 2000. – Vol. 40 (3). – P. 248-255.
12. Lai Z., Shi S.Y., Fei G., Han G.H., Hu S.P. Feasibility study of preoperative percutaneous catheter drainage in the treatment of lumbar tuberculosis with psoas abscess // Zhongguo. Gu. Shang. – 2018. – Vol. 31 (11). – P. 998-1004.
13. Okan F., Ince Z., Coban A., Can G. Neonatal psoas abscess simulating septic arthritis of the hip: a case report and review of the literature // Turk. J. Pediatr. – 2009. – Vol. 51 (4). – P. 389-91.
14. Singer J. Neonatal psoas pyomyositis simulating pyarthrosis of the hip // Pediatr. Emerg. Care. – 1993. – Vol. 9 (2). – P. 87-89.
15. Xu B.Y., Vasawala F.F., Low S.G. A case report of an atypical presentation of pyogenic iliopsoas abscess // BMC Infect. Dis. – 2019. – Vol. 9 (1). – P. 58.

Координаты для связи с авторами: Савельев Вячеслав Васильевич – д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры факультетской хирургии, урологии, онкологии и оториноларингологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова», тел.: 8-(4112)-43-20-27,

+7-924-170-63-30, e-mail: vvsaveliev@mail.ru; Винокуров Михаил Михайлович – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии, урологии, онкологии и оториноларингологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова», тел. 8-(4112)-43-20-91, e-mail: mmv_mi@rambler.ru.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2019-4-70-73>

УДК 616.712-089:616.71-018.46-002

А.А. Шевченко^{1,2}, Е.А. Кашкаров², Н.Г. Жила³, А.В. Кошевой²

РЕОСТЕОСИНТЕЗ ГРУДИНЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТЕРНОМЕДИАСТИНИТА

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.И. Сергеева, 680000, ул. Краснодарская, 9, тел. 8-(4212)-39-04-91, г. Хабаровск;

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, ул. Литовская, 2, тел. 8-(812)-542-93-57, г. Санкт-Петербург

Резюме

Послеоперационный остеомиелит грудины и стерномедиастинит находятся в группе наиболее тяжелых гнойных осложнений в разделе торакальной хирургии. Авторами указано на возможность сохранения ткани грудины на втором этапе лечения послеоперационного стерномедиастинита. Данная точка зрения подтверждается описанием клинического случая успешного применения реостеосинтеза грудины у пациента с послеоперационным стерномедиастинитом.

Ключевые слова: остеомиелит грудины, стерномедиастинит, гнойная инфекция, торакальная хирургия.

A.A. Shevchenko^{1,2}, E.A. Kashkarov², N.G. Zhila³, A.V. Koshevoy²

REOSTEOSYNTHESIS OF THE STERNUM IN THE TREATMENT OF CHRONIC POSTOPERATIVE STERNOMEDIASTITIS

¹Far Eastern state medical university;

²Regional clinical hospital № 1 named after professor S.I. Sergeyev, Khabarovsk;

³Saint Petersburg state pediatric medical University, Saint Petersburg

Summary

Postoperative osteomyelitis of the sternum and sternomediastinitis are in the group of the most severe purulent complications in thoracic surgery. The authors indicated the possibility of preserving the sternum tissue in the second stage of the treatment of postoperative sternomediastinitis. This approach is supported by the description of the clinical case of successful use of sternum reosteosynthesis in a patient with postoperative sternomediastinitis.

Key words: osteomyelitis of the sternum, sternomediastinitis, purulent infection, thoracic surgery.

Послеоперационный остеомиелит и стерномедиастинит являются тяжёлым осложнением (0,6-4,0 % случаев) кардиохирургических вмешательств, выполненных трансстернальным доступом [1, 2, 3], характеризуется высокой летальностью – до 10-25 % [3,4], наблюдается во многих странах мира [7, 10, 13], и развивается, в том числе, после трансплантации сердца [17], когда максимально учтены факторы риска развития осложнений. В истории проблемы лечение послеоперационного стерномедиастинита выполнялось путем проточно-промывного дренирования средостения [6], формированием дренажной системы средостения по типу Редона [8], выполнялось хирургическое вме-

шательство включающее одномоментную экстирпацию грудины с пластикой дефекта грудной клетки [11], что, в свою очередь, сопровождалось частотой рецидивов инфекции грудной стенки до 39 % [9]. Проведенные авторами исследования [1, 2, 5, 12, 16] указывают на целесообразность двухэтапного лечения данной патологии на современном этапе. Это обусловлено, на наш взгляд, тяжелым состоянием больных в дебюте заболевания, тяжестью сопутствующей хронической патологии и невозможностью хирургической пластики раны в условиях гнойно-некротической инфекции. В клинической практике нами [5] при данной патологии первым этапом оперативного лечения производится