

**П.Ш. Исабекова, К.А. Гусейнова, И.А. Доценко, Л.А. Голубева  
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО  
ГНОЙНОГО ИЛИОПСОИТА ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОЗВОНОЧНИКА**

Кафедра травматологии и ортопедии  
Уральский Государственный Медицинский Университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**P.Sh. Isabekova, K.A. Guseynova, I.A. Dotsenko, L.A. Golubeva  
THE PREVIOUS CASES OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC  
PURULENT ILIOPSOIT COMBIENED WITH BACKBONE  
OSTEOMYELITIS**

Department of traumatology and orthopedics  
Ural State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation

**Контактный e-mail:** isabekova\_p@mail.ru

**Аннотация.** В статье изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения у 34 пациентов получавших лечение на базе отделения костно-суставного туберкулеза ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России за 2009-2014годы. В результате предложенного алгоритма лечения достигнуты положительные результаты лечения у 82.3% пациентов, удовлетворительные результаты достигнуты у 17.6%. Рецидив заболевания в течение 6 месяцев выявлен у 11.7%. Туберкулезная этиологии процесса подтверждена в 55.8%.

**Annotation.** In the article we considered on immediate and remote results of surgical treatment at 34 patients who were receiving treatment on the base of bone and articulate tuberculosis department of FSI «URIP» of the Russian Ministry of Health during 2009-2014 years. As a result of the offered algorithm of treatment positive results achieved at 82.3% of patients, satisfactory results at 17.6%. Recurrence of a disease within 6 months is revealed at 11.7%. The Tubercular etiology of process is confirmed in 55.8%.

**Ключевые слова:** подвздошно-поясничная мышца, хронический гнойный илиопсоит, хирургическое лечение.

**Keywords:** iliac-lumbar muscle, chronic suppurative iliopsoitis, surgical treatment.

**Введение**

Хронический гнойный илиопсоит при гематогенном остеомиелите является одним из самых тяжелых гнойно-септических заболеваний, приводящих при несвоевременной диагностике и неадекватном лечении к развитию тяжелого сепсиса с полиорганной недостаточностью, септическому

шоку и летальным исходам. При гематогенном остеомиелите позвоночника основной причиной деформации является разрушение позвонков в результате неспецифического воспалительного процесса, ведущее к нарушению стабильности в позвоночно-двигательном сегменте. Это приводит к общим соматическим реакциям, хроническим болям в спине, а в случаях грубой деформации позвоночника к неврологическим расстройствам [5].

Перед оперативным лечением гнойного спондилита в настоящее время стоит ряд задач:

1. Радикальное удаление очага инфекции в позвоночнике и паравертебральных мягких тканях – санация гнойных затеков в т. тiorsoas.
2. При наличии неврологических осложнений - ревизия позвоночного канала, дренирование эпидуральных абсцессов.
3. Восстановление опорной функции позвоночника [2].

Больные с остеомиелитом позвоночника обращаются в поликлиники по месту жительства под наблюдение специалистов поликлинической сети с различными диагнозами: остеохондроз, деформирующий спондилез, грыжа межпозвонкового диска, инфаркт миокарда, пневмония, плеврит, урологическая и гинекологическая патология. При соответствующей настороженности и внимательном изучении анамнеза в большинстве случаев ошибки диагностики на этом этапе можно избежать. Стертая клиническая картина значительно осложняет дифференциальную диагностику остеомиелита позвоночника [6]. В последнее десятилетие значительно улучшились диагностические возможности для раннего выявления остеомиелита позвоночника. В клинической практике стали возможными КТ, МРТ исследования, сцинтиграфия скелета. Однако диагностические ошибки достигают 50–80 %. В связи с этим, большое количество больных остеомиелитом позвоночника сосредоточено в специализированных стационарах и лечение этих больных стало обычной практикой фтизиоортопедов. От начальных проявлений жалоб и первичного обращения до установления окончательного клинического диагноза проходит от 1–3 мес. до 1,5–2 лет [1].

Целесообразно использовать алгоритм диагностики, включающий в себя расширенный комплекс диагностических мероприятий: физикальный осмотр; консультация хирурга, невролога; общеклинические анализы, УЗИ брюшинного пространства и паравертебральных мягких тканей; рентгенологическое, рентгеномографическое и магнитно-резонансное исследование пораженного отдела позвоночника при наличии признаков остеомиелита, формирования псоас-абсцессов, что позволит снизить риски диагностических ошибок [1].

Консервативная терапия, по данным некоторых авторов, показана при ранней диагностике остеомиелита позвоночника, отсутствии очагов деструкции на рентгенограммах, неврологической симптоматики. Она может применяться при повышенном риске операции, наличии полиорганной недостаточности, при

противопоказаниях к оперативному лечению по сопутствующей патологии [3;4].

**Цель исследования** - определение оптимальной хирургической тактики и лечения хронических форм гнойного илиопсоита.

#### **Материалы и методы исследования**

Материалом для настоящей работы послужили исследования 34 историй болезни пациентов в возрасте от 19 до 57 лет (19 мужчин и 15 женщин) с гематогенным остеомиелитом поясничных позвонков, осложненным гнойным илиопсоитом, на базе отделения для лечения больных с костно-суставным туберкулезом ФГБУ УНИИФ. Оперативное вмешательство произведено у 31 больного включавшее в себя некрсеквестрэктомию, санацию PSOAS- абсцесса, первичного очага гнойного остеомиелита поясничного отдела позвоночника под эндотрахеальным наркозом. У 23 пациентов предварительно выполнены пункция и дренирование абсцессов под УЗИ навигацией. Трех пациентам выполнили только пункцию и дренирование паравертебральных натечных абсцессов с использованием методики визуализации – УЗИ, далее провели этиотропную терапию и достигли излечения консервативными методами. В результате предложенного алгоритма лечения достигнуты положительные результаты лечения у 82.3%(28) пациентов, удовлетворительные результаты достигнуты у 17.6%(6). Рецидив заболевания в течение 6 месяцев выявлен у 11.7%(4). Туберкулезная этиологии процесса подтверждена в 55.8% (19).

На амбулаторном этапе всем пациентам проводилась рентгенография поясничного отдела позвоночника, лабораторные исследования крови и мочи, биохимический анализ крови. Далее пациентов госпитализировали в отделение гнойной хирургии и провели комплексное обследование: ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), компьютерную томографию (КТ). 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. Сложность диагностики заключается в том, что даже после комплексного обследования, включая КТ и МРТ, рентгенологическая картина похожа на такие заболевания: «гнойный паранефрит» или «флегмона забрюшинного пространства». Диагноз в пользу гнойного илиопсоита максимально склоняется при деструкции позвонков.

При проведении активной хирургической тактики пациентам для стабилизации позвоночника выполнили задний спондилодез с помощью погружной фиксирующей конструкции.

Всем исследуемым пациентам выполнялась пункция и дренирование натечных абсцессов под УЗИ контролем. Трех пациентам исследуемой группы провели только пункцию и дренирование паравертебральных натечных

абсцессов под ультразвуковой навигацией. Данный метод является наиболее простым, повторимым и наименее инвазивным. Методика выполняема в манипуляционном кабинете, оснащенном стационарным или переносным УЗИ аппаратом. Методика выполняема с транскutánной установкой двупросветных дренажей через одну точку доступа, либо с установкой 2-х однопросветных дренажей из двух точек в полость одного абсцесса или двух, связанных в единую систему, с последующей ежедневной санацией полости абсцесса растворами антисептиков.

Оперативное вмешательство открытым способом произведено у 31 больного.

Пациентам проводили передний спондилодез открытым методом с помощью внебрюшинного доступа к телам позвонков по Чаклину, торакофрентомическим доступом или косым люмботомическим внебрюшинным доступом.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

У 16 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. В ходе операции полость абсцесса (ов) подвздошно-поясничной мышцы тщательно промывали и дренировали двумя силиконовыми трубками, через которые в послеоперационном периоде налаживали активную аспирацию или капельное орошение антисептическими растворами. Операция, в зависимости от степени ее сложности, продолжалась от 15 до 120 мин. (в среднем  $46,4 \pm 5,9$  мин.) с интраоперационной кровопотерей  $107,0 \pm 18,6$  мл.

У остальных больных, преимущественно с нижним илиопсоитом, применен внебрюшинный разрез в подвздошной области по В.Д. Чаклину.

Трем пациентам выполнили только пункцию и дренирование паравертебральных натечных абсцессов с использованием методики визуализации – УЗИ, далее провели этиотропную терапию и достигли излечения консервативными методами.

### **Вывод**

Гнойный илиопсоит является абсолютным показанием к хирургическому лечению. С целью снижения интраоперационной травмы методика пункции и дренирования абсцесса в дооперационном периоде должна применяться при доступном объеме пункции более 100 мл. Методом выбора является «открытая» внебрюшинная операция доступом В.Д. Чаклина или люмботомическим доступом, со вскрытием и дренированием подвздошно-поясничной мышцы, санацией и некрэктомией первичного очага.

### **Литература:**

1. Ардашев, И.П. Хирургия позвоночника / Ардашев И.П., Ардашева Е.И. // Вертебральная инфекция. - 2009. - №2. - С. 68-78.

2. Базаров, А.Ю. Диагностика и оперативное лечение остеомиелита позвоночника: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.15. - Тюмень, 2006. - 22 с.
3. Батрак, Ю.М. Гнойная инфекция в травматологии и ортопедии / Батрак Ю.М., Коломиец А.А., Зайцев В.Н. // Анналы травматологии и ортопедии. - 1996. - №4. - С. 43-47.
4. Горячев, А.Н. Гематогенный остеомиелит позвоночника (клиника, диагностика, лечение) / Горячев А.Н., Попов Л.С., Игнатьев Ю.Т. // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. - 1992. - С. 178-184.
5. Кривошеин, А.Е. Вентральная стабилизация позвоночника и регионарная антибактериальная лимфотропная терапия в комплексном лечении больных с гематогенным остеомиелитом позвоночника / Кривошеин А.Е., Путалова И.Н., Туморин С.Н. // Гений ортопедии. - 2010. - №3. - С. 43-47.
6. Перецманас, Е.О. Диагностика и хирургическое лечение специфического и неспецифического спондилита: дис. д-р. мед. наук: 14.01.15. . - Москва, 2006. - 270 с.

УДК 615.244

**А.А. Кротов, Д.А. Демидов, И.В.Гаврилов**  
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО**  
**ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОК ПОЛУЧАВШИХ**  
**ХИМИОТЕРАПИЮ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Кафедра биохимии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**A.A. Krotov, D.A. Demidov, I.V. Gavrilov**  
**CORRECTION EFFECTIVENESS OF DRUG LIVER PATIENTS**  
**RECEIVING CHEMOTHERAPY IN BREAST CANCER**

Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

**Контактный e-mail:** andrey.krotov@mail.ru

**Аннотация.** Все цитостатические препараты в большей или меньшей степени токсичны для гепатоцитов. Гепатотоксичность является актуальным фактором, снижающим качество жизни у пациенток с раком молочной железы. Частота ее встречаемости в отделении онкомамологии МАУ ГКБ № 40 21,3% (175 из 825 женщин). Наиболее часто встречающаяся степень гепатотоксичности: АЛТ  $42,7 \pm 1,9\%$ , АСТ  $47,6 \pm 2,1\%$ , билирубин  $14,1 \pm 0,53\%$ .