

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИЛИОПСОИТА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ



Л. В. Никонова¹, С. В. Тишковский¹, Э. В. Давыдчик¹, О. Н. Мартинкевич²,
Е. Т. Волкова², О. А. Шидловская³

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

³Ошмянская центральная районная больница, Ошмяны, Беларусь

Приводится клинический случай илиопсоита, выявленного при госпитализации в эндокринологическое отделение УЗ «Гродненская университетская клиника». В работе изложена тактика обследования и успешного лечения илиопсоита у пациента с сахарным диабетом и SARS-CoV-2.

Ключевые слова: илиопсоит, бактериальные инфекции, сахарный диабет, гипергликемия, гликированный гемоглобин, SARS-CoV-2.

Для цитирования: Особенности диагностики и лечения илиопсоита у пациента с сахарным диабетом. Случай из практики / Л. В. Никонова, С. В. Тишковский, Э. В. Давыдчик, О. Н. Мартинкевич, Е. Т. Волкова, О. А. Шидловская // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2021. Т. 19, № 5. С. 546-549. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2021-19-5-546-549>

Гнойный илиопсоит – гнойное воспаление, локализованное в подвздошной ямке, а именно в фасциальном футляре подвздошно-поясничной мышцы. Впервые это заболевание было описано Мунтег в 1881 г., который назвал его псоитом. Следует напомнить, что *m. iliopsoas* расположена в забрюшинном пространстве и состоит из двух мышц, *m. psoas major* и *m. iliacus*, и окружающей их фасции. *M. iliopsoas* имеет богатое лимфо- и кровоснабжение, что может способствовать распространению инфекции [1, 2].

По этиологическому признаку илиопсоиты разделяют на первичный и вторичный. Первичные – гематогенного происхождения или травматического генеза. Первичные абсцедирующие илиопсоиты возникают, как правило, без выясненной причины [1, 3, 4]. Многие публикации указывают на то, что первичные илиопсоиты нередко возникают у лиц с иммунодефицитными состояниями, а другими факторами риска являются сахарный диабет (СД), хронические болезни почек, онкозаболевания, а также беременность [4-6].

Вторичными принято считать илиопсоиты, при которых возбудитель проникает лимфогенным или контактным путем из инфекционного очага других рядом расположенных органов [2-4].

Среди всех пациентов с гнойно-септическими заболеваниями пациенты с СД занимают 40-48% [7]. Основными причинами, которые способствуют развитию гнойных хирургических заболеваний при СД, являются:

- гипергликемия, которая приводит к более тяжелому течению заболевания;
- дефицит инсулина, оказывающий активное влияние на все метаболические процессы;
- сниженный иммунитет [8, 9].

Сложный патогенетический механизм сочетания СД и гнойной инфекции имеет системный характер. С одной стороны, это нарушение микроциркуляции, ишемия, гипоксия тканей, развитие оксидативного нарушения в клетках

при воспалении, с другой стороны – нарушение гликемии и обмена веществ, в основе которого лежит дефицит инсулина при СД. Все это приводит к снижению сопротивляемости к инфекции и частому возникновению гнойно-воспалительных заболеваний у пациентов с СД [8, 10].

Изменения в иммунной системе во время гипергликемии, по-видимому, связаны с механизмами, которые включают снижение секреции воспалительных цитокинов, депрессию функции нейтрофилов и Т-клеток, а также снижение гуморального иммунитета [11, 12]. Кроме того, известно, что гипергликемия может задерживать восстановление тканей (например, через изменения секреции факторов роста и уровня коллагеназы) [13, 14], что в свою очередь может привести к повышенной восприимчивости этих тканей к развитию вторично возникающих инфекций (в основном бактериальных) [8].

Описание клинического случая

Следовательно, контроль уровня глюкозы и нормализация углеводного обмена может способствовать более благоприятному течению воспалительных заболеваний у пациентов с СД.

Представляем клинический случай развития гнойно-воспалительного заболевания (илиопсоита) на фоне СД.

Пациент Е. поступил в эндокринологическое отделение Гродненской университетской клиники (ГУК) с жалобами на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, повышение уровня глюкозы крови до 20 ммоль/л, периодические боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 37,5°C.

Из анамнеза известно, что пациент страдает СД 2 типа 10 лет, углеводный обмен компенсирует таблетированными сахароснижающими препаратами. Боли в поясничной области появились около 2 месяцев назад, которые самостоятельно купировал наружным применением нестероидных противовоспалительных мазей. К врачу не обращался.

При объективном осмотре характерны гипертенническое телосложение, трофические изменения на коже нижних конечностей, пастозность голени и стоп.

Рост – 176 см, вес – 100 кг, ИМТ – 32,3 кг/м². В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 72 в минуту, ЧД 18 в минуту, SpO₂ 98%. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области слабopоложительный слева.

Данные дополнительных методов исследования

УЗИ почек. Почки с ровными контурами, подвижные при дыхании. Правая почка 125×65 мм, толщина паренхимы 17-20 мм, однородна. Уретерогидронефроз 2 ст. Левая почка 124×67 мм, толщина паренхимы 17-20 мм, однородна. Уретерогидронефроз 2 ст. Ближе к нижнему полюсу левой почки определяется гипеохогенное с неровным четким контуром и неоднородной структурой образование со слабо определяемым кровотоком при ЦДК размерами 93×50 мм (образование левой почки?).

Компьютерная томография органов брюшной полости и таза с внутривенным (в/в) контрастированием: в толще левой большой поясничной мышцы гиподенсивное аваскулярное образование 57×69×96 мм с наличием гиповаскулярных стенок неравномерной толщины до 6-7 мм, местами с тяжистыми контурами и перегородками 2-3 мм толщиной, утолщение большой поясничной мышцы не отграничено от заднего контура нижней трети паренхимы левой почки на участке 34 мм протяженностью. На этом уровне в прилежащей к образованию паренхиме почки при в/в контрастировании определяется гиповаскулярный, клиновидной формы

участок 30 мм сечением. Левая почка размером 162×62 мм, паренхима сохранена по толщине. ЧЛС левой почки расширена до 22 мм в сагитальной плоскости, мочеточник неравномерно расширен до 12 мм. Паранефральная клетчатка слева тяжистая. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Увеличено количество лимфатических узлов слева, в поперечнике до 9 мм. Заключение: КТ-картина может соответствовать воспалительным изменениям в толще левой большой поясничной мышцы с распространением процесса на паренхиму левой почки. Уретерогидронефроз обеих почек (рисунок).

По результатам лабораторных исследований выявлено повышение уровня С-реактивного белка – 99,7 мг/л (0-10 мг/л), НвА1с 14% (5,5-6,5%).

В общем анализе крови: лейкоциты – 10,3×10⁹/л (4-9×10⁹/л), нейтрофилы палочкоядерные – 15% (1-5%), моноциты – 11% (3-8%), гемоглобин – 110 г/л (130-170 г/л), СОЭ – 55 мм/час.

Гликемический профиль: 19,9 – 14,6 – 18,7 – 19,7 – 12,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи: глюкоза – 20 ммоль/л, лейкоциты – 25-30 в поле зрения.

Учитывая повышение температуры тела до 37,5°C, назначено исследование биологического материала методом ПЦР – выявлена РНК SARS-CoV-2.

ИФА анализ: прокальцитонин <0,05 нг/мл (<0,05 нг/мл).

ЭКГ: Нормальный синусовый ритм. ЧСС 95. АВ-блокада 1-й степени Желудочковая экстрасистолия. Гипертрофия левого предсердия. Гипертрофия левого желудочка.

На основании жалоб, анамнеза, объективных данных, данных лабораторных и инструментальных методов обследования выставлен ди-

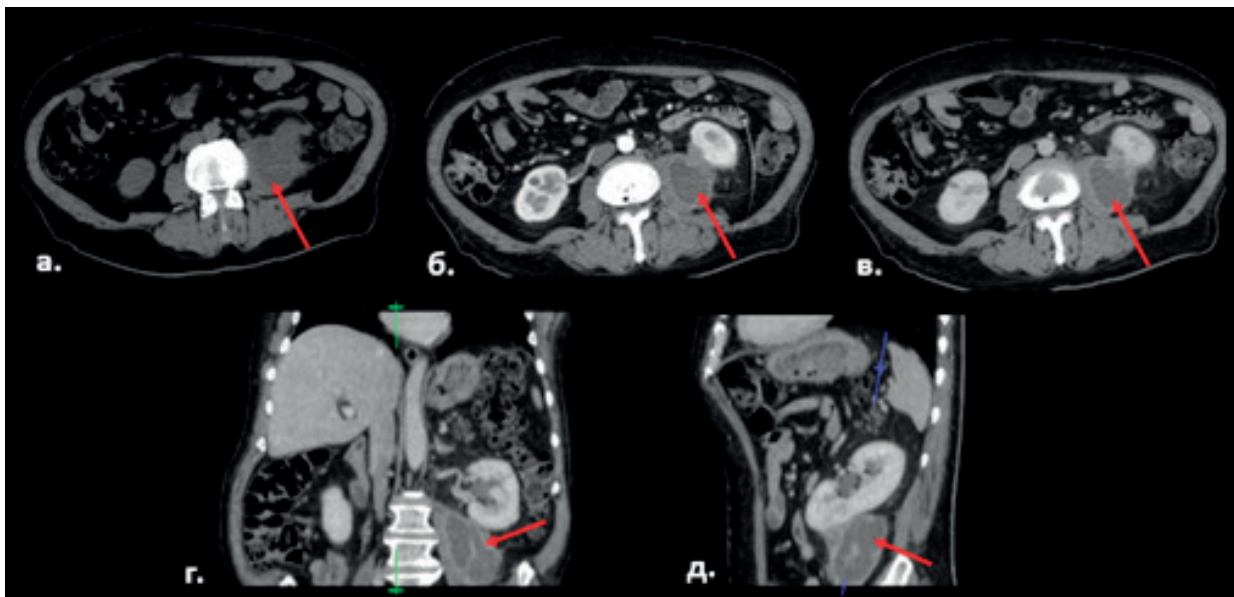


Рисунок – Компьютерные томограммы: а – нативное сканирование (аксиальный скан), б – артериальная фаза (аксиальный скан), в – венозная фаза (аксиальный скан), г – венозная фаза (корональная реконструкция), д – венозная фаза (сагиттальная реконструкция)

Figure – Computed tomograms: a – native scan (axial scan), b – arterial phase (axial scan), c – venous phase (axial scan), d – venous phase (coronal reconstruction), e – venous phase (sagittal reconstruction)

ангноз: Гнойный илиопсоит слева. Паранефрит. Двусторонний уретерогидронефроз 2 ст., СД 2 типа, инсулиннуждающийся, декомпенсация (HbA1c 14%). Диабетическая препролиферативная ретинопатия обоих глаз, полинейропатия, ангиопатия нижних конечностей, ХАН 1. ИБС: атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты. Желудочковая экстрасистолия. АВ-блокада 1 степени. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, вне пароксизма Н 1. Ожирение 1 степени (ИМТ 32,3). Полифакторная анемия легкой степени. Вирусная инфекция, вызванная SARS-CoV-2 (ПЦР № 9419 от 09.04.2021 положительный).

Рекомендовано оперативное лечение в экстренном порядке.

Под эндотрахеальным наркозом внебрюшинным доступом по Пирогову обнажена поясничная мышца слева, вскрыта фасция поясничной мышцы. Вскрыт гнойник объемом около 200 мл, взят посев, осушен. Полость промыта растворами антисептиков, перекистью водорода, установлен ПХВ дренаж. Посев отделяемого из раны выявил рост *Acinetobacter baumannii* complex. Назначена антибактериальная и симптоматическая терапия, инсулинотерапия. На фоне проводимого лечения самочувствие пациента улучшилось. Отмечено снижение уровня С-реактивного белка до 13,9 мг/л. В общем анализе крови нормализация уровня лейкоцитов – $6,28 \times 10^9$, па-

лочкоядерных нейтрофилов 5%, снижение СОЭ до 42 мм/час. Гликемический профиль 4,3 – 5,8 – 6,5 – 5,7 – 4,7 – 4,2 ммоль/л на базис-болюсной схеме введения инсулина.

Выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

На амбулаторном этапе рекомендовано: наблюдение у эндокринолога, терапевта, хирурга по месту жительства. Диета с ограничением углеводов и жиров, инсулинотерапия.

Исходя из вышеизложенного, особенностями в диагностике илиопсоита при СД стал тот факт, что при поступлении в стационар у пациента преобладали жалобы и симптоматика, характерные для декомпенсации углеводного обмена. Однако выраженный синдром системной воспалительной реакции в виде лихорадки, нейтрофильного лейкоцитоза, увеличенного СОЭ, повышения СРБ, не характерной для СД, позволили предположить наличие воспаления в поясничной мышце и начать диагностический поиск, а далее провести своевременное и успешное лечение.

Факторы, приведшие к развитию илиопсоита, нам установить не удалось. Однако, по-нашему мнению, неблагоприятным фоном стали СД и SARS-CoV-2, которые возможно, способствовали возникновению и распространению инфекционного процесса.

Литература

1. Актуальные вопросы диагностики, лечения и последующей реабилитации больных с гнойным илеопсоитом / Г. П. Кочетов [и др.] // *Фундаментальные исследования*. – 2015. – № 1, ч. 9. – С. 1858-1860.
2. Кузнецов, А. Г. Гнойный илеопсоит: вопросы этиологии, диагностики и лечения / А. Г. Кузнецов, С. М. Смотрин // *Хирургия. Восточная Европа*. – 2017. – Т. 6, № 3. – С. 314-325.
3. Войно-Ясенецкий, В. Ф. *Очерки гнойной хирургии* / В. Ф. Войно-Ясенецкий. – Москва [и др.] : БИНОМ [и др.], 2000. – 704 с.
4. Гостищев, В. К. *Оперативная гнойная хирургия : руководство для врачей*. – Москва : Медицина, 1997. – 383 с.
5. Случаи гнойных илиопсоитов у военнослужащих / А. А. Соловьев [и др.] // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. – 2008. – № 1. – С. 100-104.
6. Давидов, М. И. Острый гнойный илиопсоит и его отличия от острого паранефрита / М. И. Давидов, М. В. Токарев // *Экспериментальная и клиническая урология*. – 2016. – № 2. – С. 100-105.
7. Курбонов, О. М. Особенности течения гнойных хирургических заболеваний при сахарном диабете / О. М. Курбонов // *Новый день в медицине*. – 2020. – № 2 (30). – С. 167-170.
8. *Эндокринология : национальное руководство : краткое издание / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко*. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 832 с.
9. Занозина, О. В. Свободно-радикальное окисление при сахарном диабете 2-го типа: источники образования, составляющие, патогенетические механизмы токсичности / О. В. Занозина, Н. Н. Боровков, Т. Г. Щербатюк // *Современные технологии в медицине*. – 2010. – № 3. – С. 104-112.
10. Ассоциация аллелей гена адипонектина с сахарным диабетом 2 типа у жителей Башкортостана / Д. Ш. Авзалетдинова [и др.] // *Проблемы эндокринологии*. – 2019. – № 1. – С. 31-38. – doi.org/10.14341/probl9426.
11. Adverse events and their association with treatment regimens in the diabetes control and complications trial // *Diabetes Care*. – 1995. – Vol. 18, № 11. – P. 1415-27. – doi: 10.2337/diacare.18.11.1415.
12. Incidence of urinary tract infection among patients with type 2 diabetes in the UK General Practice Research Database (GPRD) / I. Hirji [et al.] // *J. Diabetes Complications*. – 2012. – Vol. 26, № 6. – P. 513-516. – doi: 10.1016/j.jdiacomp.2012.06.008.
13. Susceptibility for Some Infectious Diseases in Patients With Diabetes: The Key Role of Glycemia / J. Chávez-Reyes [et al.] // *Front. Public Health*. – 2021. Vol. 9. – Art. 559595. – doi: 10.3389/fpubh.2021.559595.

References

1. Kochetov GP, Baleev MS, Mitrofanova NN, Melnikov VL. Aktualnye voprosy diagnostiki, lechenija i posledujushhej rehabilitacii bolnyh s gnojnym ileopsoitom [Current issues of diagnosis, treatment and subsequent rehabilitation of patients with purulent iliopsoas]. *Fundamentalnye issledovanija* [Fundamental research]. 2015;1(9):1858-1860. (Russian).
2. Kuznecov AG, Smotrin SM. Gnojnyj ileopsoit: voprosy jetiologii, diagnostiki i lechenija [Purulent iliopsoitis: questions of etiology, diagnosis and treatment]. *Hirurgija. Vostochnaja Evropa* [Surgery. Eastern Europe]. 2017;6(3):314-325. (Russian).

3. Vojno-Jaseneckij VF. Oчерки gnojnoj hirurgii [Essays on purulent surgery]. Sankt-Peterburg: Nevskij Dialekt, Moskva: BINOM, Simferopol: AZ-PRESS; 2000. 704 p. (Russian).
4. Gostischev VK. Operativnaja gnojnaja hirurgija : rukovodstvo dlja vrachej. Moskva: Medicine; 1997. 383 p. (Russian).
5. Soloviev AA, Petrushin VV, Gajduk VP, Zotov IV, Pchelkin VA, Sinyakov VF. Sluchai gnojnyh iliopsoitov u voennosluzhashchih [Cases of pyogenic iliopsoas abscesses in military men]. *Vestnik hirurgii im. II Grekova* [Grekov's bulletin of surgery]. 2008;1:100-104. (Russian).
6. Davidov MI, Tokarev MV. Ostryj gnojnyj iliopsoit i ego otlichija ot ostrogo paranefrita [Acute purulent iliopsoite and its differences from acute paranephritis]. *Jeksperimentalnaja i klinicheskaja urologija* [Experimental and Clinical Urology]. 2016;2:100-105. (Russian).
7. Kurbonov OM. Osobennosti techenija gnojnyh hirurgicheskikh zabolevanij pri saharanom diabete [Peculiarities of the course of purulent surgical diseases in diabetes]. *Novyj den v medicine* [New day in medicine]. 2020;2(30):167-170. (Russian).
8. Dedov II, Melnichenko GA. editors. Jendokrinologija. Nacionalnoerukovodstvo. Kratkoe izdanie [Endocrinology. National leadership. Brief Edition]. 2nd. ed. Moskva: GJeOTAR-Media; 2018. 832 p. (Russian).
9. Zanozina OV, Borovkov NN, Shherbatjuk TG. Svobodno-radikalnoe okislenie pri saharanom diabete 2-go tipa: is-
 tochniki obrazovaniya, sostavljajushhie, patogeneticheskie mehanizmy toksichnosti [Free-radical oxidation at a diabetes mellitus of the 2nd type: sources of formation, components, pathogenetic mechanisms of toxicity]. *Sovremennye tehnologii v medicine* [Modern technologies in medicine]. 2010;3:104-112. (Russian).
10. Avzaletdinova DS, Sharipova LF, Kochetova OV, Morugova TV, Mustafina OE. Associacija allelej gena adiponektina s saharным diabedom 2 tipa u zhitelej Bashkortostana [Association of adiponectin gene alleles with type 2 diabetes mellitus in residents of Bashkortostan]. *Problemy jendokrinologii* [Problems of endocrinology]. 2019;1:31-38. doi.org/10.14341/probl9426. (Russian).
11. Adverse events and their association with treatment regimens in the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care*. 1995;18(11):1415-27. doi: 10.2337/diacare.18.11.1415.
12. Hirji I, Guo Z, Andersson SW, Hammar N, Gomez-Camirero A. Incidence of urinary tract infection among patients with type 2 diabetes in the UK General Practice Research Database (GPRD). *J Diabetes Complications*. 2012;26(6):513-516. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2012.06.008.
13. Chávez-Reyes J, Escárcega-González CE, Chavira-Suárez E, León-Buitimea A, Vázquez-León P, Morones-Ramírez JR, Villalón CM, Quintanar-Stephano A, Marichal-Cancino BA. Susceptibility for Some Infectious Diseases in Patients with Diabetes: The Key Role of Glycemia. *Front Public Health*. 2021;9:559595. doi: 10.3389/fpubh.2021.559595.

FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ILIOPSOITIS IN A PATIENT WITH DIABETES MELLITUS. CLINICAL CASE

L. V. Nikonova¹, S. V. Tishkovskiy¹, E. V. Davydchik¹, O. N. Martinkevich², E. T. Volkova², O. A. Shidlovskaya³

¹Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

²Grodno University Clinic, Grodno, Belarus

³Oshmiany Central District Hospital, Oshmiany, Belarus

A clinical case of iliopsoitis detected during hospitalization in the endocrinology department of the Healthcare Institution "Grodno University Clinic" is presented. The article describes the tactics of examination and successful treatment of iliopsoitis in a patient with diabetes mellitus and SARS-CoV-2.

Keywords: iliopsoitis, bacterial infections, diabetes mellitus, hyperglycemia, glycated hemoglobin, SARS-CoV-2.

For citation: Nikonova LV, Tishkovskiy SV, Davydchik EV, Martinkevich ON, Volkova ET, Shidlovskaya OA. Features of diagnosis and treatment of iliopsoitis in a patient with diabetes mellitus. Clinical case. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2021;19(5):546-549. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2021-19-5-546-549>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Соответствие принципам этики. Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Conformity with the principles of ethics. The patient gave written informed consent to the publication of his data.

Об авторах / About the authors

*Никонова Лола Васильевна / Nikonova Lola, e-mail: lola.nikonova.58@mail.ru

Тишковский Сергей Владимирович / Tishkovskiy Sergey, e-mail: tishkovsky@rambler.ru, ORCID: 0000-0002-6970-276X

Давыдчик Элина Владимировна / Davydchik Ellina, e-mail: davydchike@mail.ru

Мартинкевич Ольга Николаевна / Martinkevich Olga, e-mail: omartina@tut.by

Волкова Екатерина Тадеушевна / Volkova Ekaterina, e-mail: miss ptychka@mail.ru

Шидловская Ольга Анатольевна / Shidlovskaya Olga, e-mail: shidlelka@mail.ru

* – автор, ответственный за переписку / corresponding author

Поступила / Received: 15.06.2021

Принята к публикации / Accepted for publication: 29.06.2021