

Опыт лечения пациентов с гнойным сакроилеитом

А. И. Аникин¹, О. А. Деденков¹, М. Д. Абакиров², Ю. Н. Шестаков¹

¹Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 17»
Департамента здравоохранения города Москвы
Россия, 119620, г. Москва, улица Волынская, дом 7.

²Кафедра травматологии и ортопедии Российского университета дружбы народов
Россия, 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6.

Контактное лицо: Аникин Андрей Игоревич, anikin15@mail.ru

В данной статье представлен опыт успешного лечения пациентки с гнойным сакроилеитом, осложнившимся обширной забрюшинной флегмоной. Полного выздоровления больной удалось достичь благодаря комплексному подходу, включающему в себя двухэтапное хирургическое лечение и медикаментозную терапию.

Ключевые слова: гнойный сакроилеит, забрюшинная флегмона, вакуум-терапия, хирургическое лечение.

Для цитирования: Аникин А. И., Деденков О. А., Абакиров М. Д., Шестаков Ю. Н. Опыт лечения пациентов с гнойным сакроилеитом. Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костюченка. 2018; 5 (1): 34–38

DOI: 10.25199/2408-9613-2018-5-1-34–38

The experience of purulent sacroiliitis patients' treatment

A. I. Anikin¹, O. A. Dedekov¹, M. D. Abakirov², Y. N. Shestakov¹

¹State Budgetary Healthcare Organisation «City Clinical Hospital 17» Moscow Healthcare Department
7, Volynskaya Str., Moscow, 119620, Russia

²The Department of Traumatology and Orthopedics of the Peoples' Friendship University of Russia
6, Miklukho-Maklaya Str., Moscow, 117198, Russia

This article presents the successful treatment experience of a patient with purulent sacroiliitis, complicated by an extensive retroperitoneal phlegmon. Due to the comprehensive approach, that includes two-stage surgical treatment and medication therapy, the patient was fully recovered.

Key words: purulent sacroiliitis, retroperitoneal phlegmon, vacuum therapy, surgical treatment.

For citation: Anikin A. I., Dedekov O. A., Abakirov M. D., Shestakov Y. N. Experience in treatment of patients with purulent sacroiliitis. Wounds and Wound Infections. The Prof. B. M. Kostyuchenok Journal. 2018; 5(1): 34–38

Введение

Сакроилеит — это воспалительное поражение крестцово-подвздошного сочленения, причинами которого являются травмы, длительные перегрузки сустава, врожденные аномалии, инфекционные или системные заболевания, опухоли. Заболевание чаще бывает односторонним, а двухсторонний процесс больше характерен для болезни Бехтерева и бруцеллеза, в редких случаях может наблюдаться при туберкулезе [1, 2, 3].

Гнойный сакроилеит — это относительно редкая форма поражения крестцово-подвздошного сочленения, составляющая около 1–2 % от всех случаев артрита данного сустава [2, 4]. До настоящего времени в англоязычной литературе было зарегистрировано менее 200 подтвержденных случаев гнойного сакроилеита у взрослых и детей [4].

Начальные симптомы заболевания обычно неспецифичны, и поэтому его трудно отличить от артрита тазобедренного сустава. В некоторых случаях клиническая картина может имитировать синдром острого живота и сепсиса. Недостаточная осведомленность специалистов об особенностях клинической картины обычно становится причиной поздней постановки правильного диагноза. В результате могут развиваться тяжелые нарушения структуры и функции крестцово-подвздошного сочленения, резко ограничивающие любые движения в нем. Осложнениями гнойного сакроилеита являются прорыв гноя в ягодичную область, полость малого таза, забрюшинное пространство либо позвоночный канал с поражением самого спинного мозга и его оболочек. Все это позволяет сделать вывод о необходимости серьезно относиться к данному заболеванию, поскольку для любого

пациента оно представляет потенциальную опасность и может закончиться инвалидностью [2, 4, 5, 6, 7].

Консервативная антибактериальная терапия при гнойном сакроилеите часто оказывается неэффективной. Некоторые авторы предпочитают сочетание хирургического лечения, включающего вскрытие и дренирование гнойного очага, остеотрепанацию крестцово-подвздошного сочленения и секвестрэктомию, с антибиотикотерапией [2, 7, 8].

В 2017 году в нашем отделении находились на лечении 3 пациента с гнойным сакроилеитом. У двух больных воспалительный процесс в крестцово-подвздошном сочленении осложнился забрюшинной флегмоной и сепсисом. Все пациенты были прооперированы. В приведенной статье будет описан случай успешного комплексного хирургического лечения пациентки с гнойным сакроилеитом, осложнившимся забрюшинной флегмоной.

Клинический пример

Пациентка Г., 36 лет, поступила в стационар в экстренном порядке 02.10.2017 с жалобами на боли в левой паховой и левой подвздошной области, отек левого бедра, лихорадку до 39 °С.

В анамнезе наркомания (употребляла героин в течение 10 лет), HCV-носитель. На момент поступления прием наркотических препаратов отрицает на протяжении последнего года. Из анамнеза известно, что заболевание началось 10 дней назад, когда появились боли в левой подвздошной области и лихорадка до 38 °С. Пациентка лечилась амбулаторно, но лечение было неэффективно, после чего в связи с нарастанием болевого синдрома и лихорадки поступила по каналу скорой медицинской помощи в ГБУЗ «ГКБ № 17» ДЗМ.

Общее состояние больной при поступлении средней степени тяжести. В легких выслушивается везикулярное дыхание, ЧДД составляет 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 88 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, слабо болезненный в левой подвздошной области, перитонеальных симптомов нет. Стул со склонностью к запорам, дизурических явлений нет.

Местно: незначительный отек левого бедра, гиперемия отсутствует. В левой паховой области пальпируется пакет увеличенных лимфатических узлов.

Результаты лабораторных анализов

Клинический анализ крови от 02.10.2017: Нб — 100 г/л, эритроциты — $3,3 \times 10^{12}$ /л, гематокрит — 30,2 %, тромбоциты — 466×10^9 /л, лейкоциты — $16,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные — 18, сегментоядерные — 68, эозинофилы — 3, лимфоциты — 6, моноциты — 5, СОЭ — 98 мм/ч.

Биохимический анализ крови от 03.10.2017: общий белок — 63 г/л, альбумин — 24 г/л, мочевины — 2,5 ммоль/л, креатинин — 109 мкмоль/л, АЛТ — 19 Ед/л,

АСТ — 16 Ед/л, КФК — 50 Ед/л, глюкоза — 6,7 ммоль/л, калий — 4,2 ммоль/л, натрий — 141 ммоль/л.

Общий анализ мочи от 02.10.2017: относительная плотность — 1010. Реакция кислая, белок — следы, лейкоциты 4–6 в п/зр, слизь ++.

Прокальцитонин — 3,42 нг/мл.

Коагулограмма от 10.10.2017: протромбиновое время — 14,4 сек, МНО — 1,32, тромбиновое время — 22 сек, АЧТВ — 33 сек, фибриноген — 5,64 г/л.

Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография органов грудной клетки от 02.10.2017 — в пределах возрастной нормы.

При УЗИ забрюшинного пространства от верхнего полюса левой почки до крыла подвздошной кости визуализируется образование неоднородной структуры размерами 16 x 10 x 12 см с анэхогенным компонентом и взвесью.

На основании клинической картины и результатов обследования установили диагноз «обширная забрюшинная флегмона слева». Пациентка была прооперирована в экстренном порядке спустя 3 часа от момента поступления в стационар. В операционной провели вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны слева внебрюшинным доступом по Н. И. Пирогову. В результате было получено 1,5 л сливкообразного гноя, взят посев, при котором роста микрофлоры не выявлено.

Медикаментозное лечение: Меронем 1,0 г в/в х 2 р/д, Трамал 2,0 мл в/м х 2 р/д, Фраксипарин 0,3 мл п/к х 2 р/д, Омес 20 мг х 2 р/д, Дюфалак 30 мл х 3 р/д, инфузионная терапия (глюкоза 5 % 400,0 мл, 6 Ед инсулина, аскорбиновая кислота 5,0 мл, Церукал 2,0 мл, хлорид натрия 0,9 % 800,0 мл). На фоне лечения была отмечена положительная динамика в общем состоянии больной. Температура тела нормализовалась. Лейкоциты крови снизились до $10,2 \times 10^9$ /л.

В послеоперационном периоде было проведено уточняющее обследование для выявления причины образования забрюшинной флегмоны.

При рентгенографии костей таза в области левого крестцово-подвздошного сочленения определяется уплотнение костной структуры. Щель сочленения не визуализируется. Заключение: артроз-артрит, сакроилеит (?) левого крестцово-подвздошного сочленения.

Компьютерная томография (КТ) костей таза — картина острого гнойного сакроилеита слева с деструкцией крестцово-подвздошного сустава (рис. 1).

Для исключения специфического поражения была взята кровь на бруцеллез, проведен диаскин-тест, кровь на RW. Результаты отрицательные.

09.10.2017 в отсроченном порядке была произведена остеотрепанация пораженного илеосакрального сочленения слева с использованием заднего доступа (рис. 2).

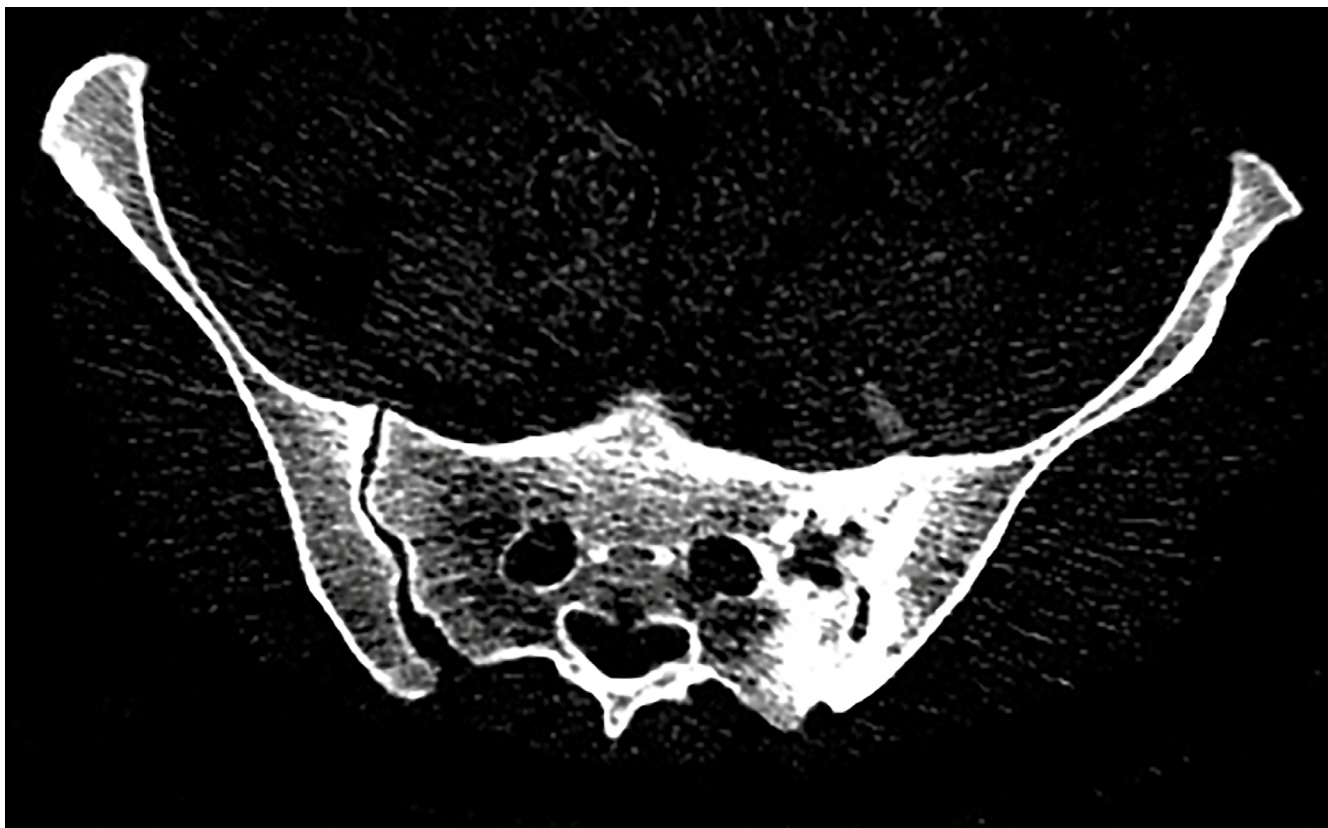


Рис. 1. Компьютерная томограмма костей таза (до операции) — острый гнойный сакроилеит слева с деструкцией крестцово-подвздошного сочленения

Fig. 1. Computer tomogram of pelvic bones (before surgery) — acute purulent sacroiliitis on the left with destruction of the sacroiliac joint



Рис. 2. Разметка операционного поля (намечен доступ к илеосакральному сочленению)

Fig. 2. Surgery operating area marking



Рис 3. Внешний вид раны левой ягодишной области в проекции крестцово-подвздошного сочленения перед началом вакуумной терапии
Fig. 3. The left inguinal region wound before the initiation of vacuum therapy presented



Рис 4. Внешний вид раны левой паховой области перед началом вакуумной терапии
Fig. 4. The left gluteal region wound in projection of the sacroiliac joint before the initiation of vacuum therapy presented



Рис. 5. Проводится вакуум-терапия ран

Fig. 5. Wounds vacuum therapy is carried out

Интраоперационно костные структуры в зоне илеосакрального сочленения изменены по типу множественных гнойных сот, было вскрыто несколько внутрикостных гнойных очагов объемом до 1 мл каждый. Пораженный участок резецировали в пределах здоровых тканей. При патоморфологическом исследовании выявили фрагменты склерозированной костной ткани, интраоссальный фиброз, атрофию костных трабекул, воспалительную инфильтрацию, представленную нейтрофилами и лимфоцитами. Заключение: морфологическая картина соответствует острому гнойному воспалению костной ткани.

В раннем послеоперационном периоде пациентка находилась на лечении в реанимационном отделении. После стабилизации состояния 11.10.17 больная была переведена в отделение гнойной хирургии. Продолжили лечение (Меронем 1,0 мл в/в х 2 р/д, Кеторол 2,0 в/м х 2 р/д, Омез 20 мг х 2 р/д, Фраксипарин 0,3 мл п/к х 2 р/д, инфузионная терапия (глюкоза 5 % 400,0, 6 ед инсулина, аскорбиновая кислота 5,0 мл, Церукал 2,0 мл, хлорид натрия 0,9 % 800,0 мл).

Местный статус: рана по задней поверхности в проекции левого илеосакрального сочленения размерами 10 х 6 х 10 см с серозным отделяемым, к ране предлежит зона трепанации. Рана в левой ягодичной области в проекции крестцово-подвздошного сочленения размерами 15 х 6 х 10 см без гнойного отделяемого, некрозов нет (рис. 3, 4).

12.10.2017 на раны были наложены вакуум-ассистированные повязки с отрицательным давлением — 125 мм рт. ст. в постоянном режиме. Повязки меняли 1 раз в 3 суток и в сумме провели 4 сеанса вакуумной терапии (рис. 5).

На 12-е сутки после операции раны уменьшились в размерах, полностью очистились, появились грануляции. Область остеотрпанации покрылась яркими грануляциями (рис. 6, 7).

После снятия вакуум-ассистированной повязки через день проводили перевязки с Пронтосан-гелем.

На фоне лечения состояние больной улучшилось, лихорадки и болевого синдрома не наблюдалось.

Для объективной визуализации области остеотрпанации 23.10.2017 была выполнена повторная КТ костей таза, при которой слева в крыле подвздошной кости с переходом на крестцово-подвздошное сочленение отмечается резецированный участок неправильной формы шириной до 22 мм, протяженностью до 56 мм. Мягкие ткани вокруг зоны резекции без признаков воспаления (рис. 8).

Контрольные анализы крови

Клинический анализ крови: Нб — 103 г/л, эритроциты — $3,8 \times 10^{12}/л$, Ht — 31,5 %, тромбоциты — $344 \times 10^9/л$, лейкоциты — $10,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные — 6, сегментоядерные — 64, эозинофилы — 5, лимфоциты — 18, моноциты — 7, СОЭ — 72 мм/ч.



Рис. 6. Внешний вид раны левой подвздошной области после 4 сеансов вакуумной терапии
Fig. 6. The wound of the left iliac region is presented after 4 sessions of vacuum therapy



Рис. 7. Внешний вид раны левой ягодичной области после 4 сеансов вакуумной терапии
Fig. 7. The wound of the left gluteal region is presented after 4 sessions of vacuum therapy



Рис. 8. Компьютерная томограмма костей таза (после операции)
Fig. 8. Computer tomogram of pelvic bones (after surgery)



Рис. 9. Рана левой подвздошной области зажила вторичным натяжением
Fig. 9. The wound of the left iliac region healed by secondary intension



Рис. 10. Рана левой ягодичной области зажила вторичным натяжением
Fig. 10. The wound of the left gluteal region healed by secondary intension

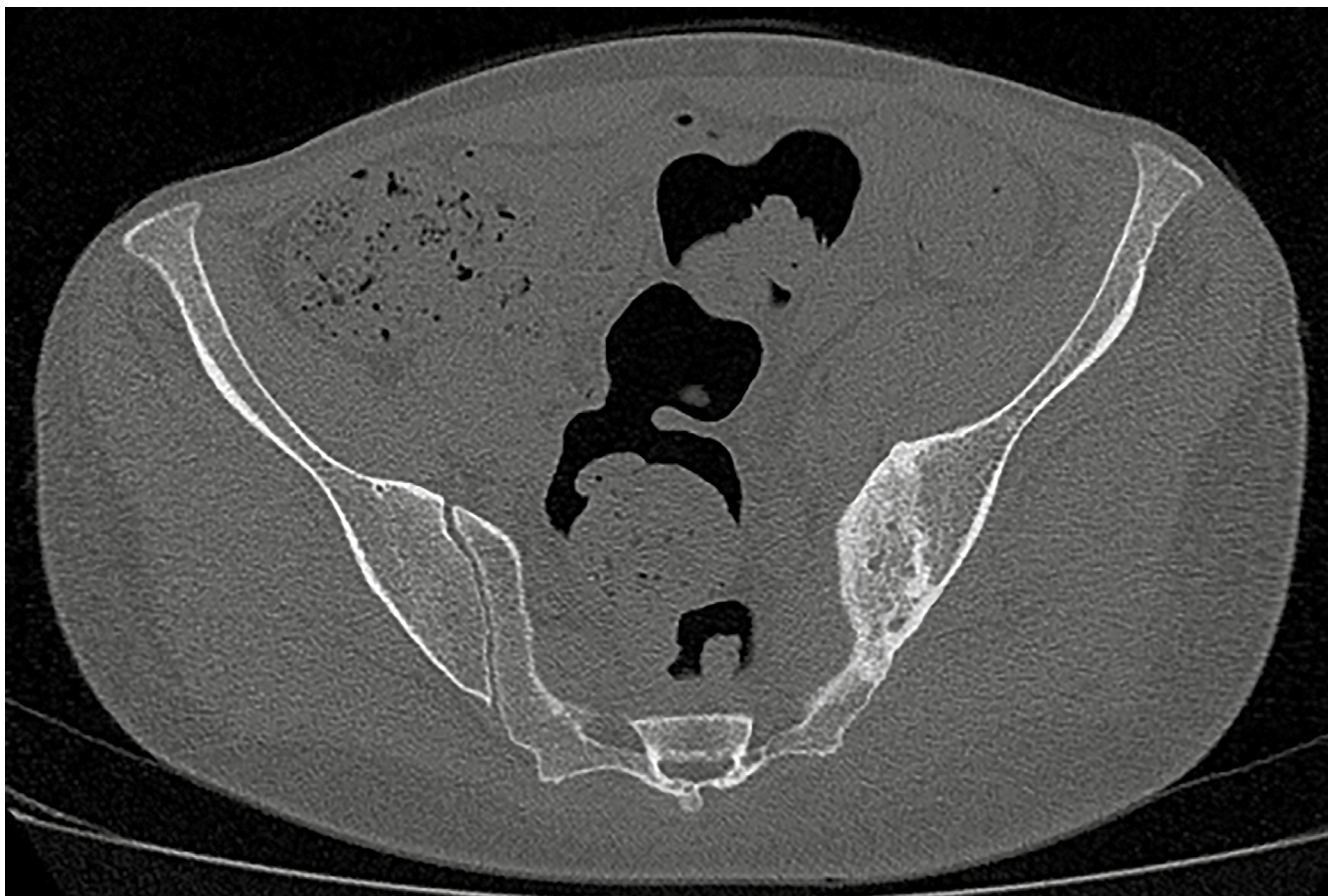


Рис. 11. Компьютерная томограмма костей таза (через 6 месяцев после операции) — секвестры и остаточные полости отсутствуют, признаки формирующегося фиброза зоны трепанации левого крестцово-подвздошного сочленения
Fig. 11. Computer tomogram of pelvic bones (6 months after surgery) — there are no sequestration and residual cavities, signs of developing fibrosis by the iliosacral joint trephination zone

Биохимический анализ крови от 23.10.2017: общий белок — 68 г/л, альбумин — 27 г/л, мочевины — 3,5 ммоль/л, креатинин — 98 мкмоль/л, АЛТ — 12 Ед/л, АСТ — 18 Ед/л, глюкоза — 5,2 ммоль/л, калий — 4,8 ммоль/л, натрий — 142 ммоль/л.

Прокальцитонин — 0,21 нг/мл.

Больная была выписана для амбулаторного наблюдения. Срок стационарного лечения составил 23 дня.

Контрольная явка через 6 месяцев

При осмотре общее состояние пациентки удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. В легких выслушивается везикулярное дыхание, ЧДД — 18 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные,

ЧСС 78 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме. Местно — раны зажили вторичным натяжением (рис. 9, 10).

При контрольной КТ костей таза — секвестрации и остаточных полостей нет. Явления формирующегося фиброза зоны трепанации левого илеосакрального сочленения (рис. 11).

Пациентка не нуждается в опоре при ходьбе, не хромота, движения сохранены в полном объеме (рис. 12, 13).

Работает на той же должности, качество жизни не ухудшилось.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. М: Медицина 1996.
[Gostishchev V.K. Operative purulent surgery. Moscow: Medicine, 1996]
2. Ahmed H., Siam A.E., Gouda-Mohamed G.M. et al. Surgical treatment of sacroiliac joint infection. J. Orthop. Traumatol. 2013 Jun.; 14(2):121-129. DOI: 10.1007/s10195-013-0233-3
3. Mamalis I.P., Panagopoulos M.I., Papanastasion D.A. et al. Sacroiliitis and osteomyelitis of the humeral bone

du to Brucella melitensis in an adolescent. Rev. Med Liege 2008; 63(12):742-745
4. Wu S.S., Chang S.H., Lee Rheumatology, 2007, 46(11):1684-1687
5. Никитин Г.Д., Рак А.В., Линник С.А. и др. Хирургическое лечение остеомиелита. СПб: Русская графика, 2000. [Nikitin G.D., Rak A.V., Linnik S.A. et al. Surgical treatment of osteomyelitis, Saint — Petersburg: Russian Graphics, 2000]

6. Ford L.S., Ellis A.M., Allen H.W. et al. Osteomyelitis and pyogenic sacroiliitis: a difficult diagnosis. J. Paediatr Child Health 2004, 40:317-319.
7. Giannoudis P.V., Tsiridis E. A minimally-invasive technique for the treatment of pyogenic sacroiliitis. 2007, 26:35-38. DOI: 10.1302/0301-620X.89B1.18547
8. Gabrielli G.B., Stanzial A.M., Cassini M., et al. Pyogenic sacroiliitis complicated by iliopsoas muscle abscess, Recent Prog Med. 2004 Mar; 95(3):149-152.