



DOI: 10.20514/2226-6704-2023-13-6-459-465

УДК: 616-009.7-002-06:616.748.11-002.3-07

EDN: YXFYFO



А.А. Власова, Т.В. Сорокина, Н.А. Кириллова*,
Е.А. Старовойтова, М.А. Балаганская, Т.А. Загромава,
Н.Ю. Колесник, В.В. Давыдова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Томск, Россия

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АБСЦЕССА ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНОЙ МЫШЦЫ У ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

A.A. Vlasova, T.V. Sorokina, N.A. Kirillova*,
E.A. Starovoytova, M.A. Balaganskaya, T.A. Zagromova,
N.Yu. Kolesnik, V.V. Davydova

Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

Difficulties in the Diagnosis of Iliopsoas Muscle Abscess in a Patient with Chronic Pain Syndrome

Резюме

Абсцесс подвздошно-поясничной мышцы является редкой хирургической патологией, что в совокупности с особенностями ее расположения обуславливает трудности диагностики данной патологии. При этом своевременно поставленный диагноз будет определять благоприятный прогноз для пациента. В статье описан клинический случай пожилой пациентки с лихорадкой и интоксикационным синдромом на фоне хронического болевого синдрома. Длительное течение болевого синдрома осложняло диагностический поиск и затрудняло постановку диагноза. Подвздошно-поясничный абсцесс следует включить в дифференциальный ряд состояний у пациентов, имеющих лихорадку, боль в ногах, анталгическую походку с ограничением движений бедра, а также положительный псоас-симптом. Информирование врачей о клинических проявлениях абсцесса подвздошно-поясничной мышцы важно для своевременной диагностики данного угрожающего жизни состояния.

Ключевые слова: абсцесс подвздошно-поясничной мышцы, хронический болевой синдром, трудный диагноз, редкий случай

Конфликт интересов

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов

Источники финансирования

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования

Статья получена 21.08.2023 г.

Принята к публикации 26.09.2023 г.

Для цитирования: Власова А.А., Сорокина Т.В., Кириллова Н.А. и др. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АБСЦЕССА ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНОЙ МЫШЦЫ У ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ. Архивъ внутренней медицины. 2023; 13(6): 459-465.
DOI: 10.20514/2226-6704-2023-13-6-459-465. EDN: YXFYFO

*Контакты: Наталья Александровна Кириллова, e-mail: kirillova.natalya@gmail.com

*Contacts: Natalya A. Kirillova, e-mail: kirillova.natalya@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9549-9614>

Abstract

Iliopsoas muscle abscess is a rare surgical pathology that, in the beginning with the main location of the muscles, determines the diagnosis of this disease. A timely diagnosis will determine a favorable prognosis for the patient. The article describes the case of an elderly patient with fever and intoxication syndrome against the background of chronic pain syndrome. The long course of the pain syndrome complicated the diagnostic search and forced diagnosis. The iliopsoas abscess includes a differential range of disorders in patients, detection of fever, pain in the legs, antalgic gait with closure of the thigh muscles, and a positive psoas symptom. Informing doctors about the manifestations of iliopsoas muscle abscess, the importance of diagnosing this life-threatening condition.

Key words: iliopsoas muscle abscess, chronic pain syndrome, difficult diagnosis, rare case

Conflict of interests

The authors declare no conflict of interests

Sources of funding

The authors declare no funding for this study

Article received on 21.08.2023

Accepted for publication on 26.09.2023

For citation: Vlasova A.A., Sorokina T.V., Kirillova N.A. et al. Difficulties in the Diagnosis of Iliopsoas Muscle Abscess in a Patient with Chronic Pain Syndrome. The Russian Archives of Internal Medicine. 2023; 13(6): 459-465. DOI: 10.20514/2226-6704-2023-13-6-459-465. EDN: YXFYFO

АД — артериальное давление, АППМ — абсцесс подвздошно-поясничной мышцы, ВАШ — визуально-аналоговая шкала, НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты, ПЦР — полимеразная цепная реакция, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, СОЭ — скорость оседания эритроцитов, СРБ — С-реактивный белок, ЧДД — частота дыхательных движений, ЧСС — частота сердечных сокращений

Абсцесс подвздошно-поясничной мышцы (АППМ) является редкой хирургической патологией, которая характеризуется гнойно-воспалительным процессом подвздошно-поясничной мышцы и характеризуется высокой (до 19%) летальностью. В России сведения о встречаемости данного состояния единичны, интерес представляют данные Давидова М.И. и соавт. о встречаемости АППМ у 0,01 % от общего числа хирургических пациентов [1].

Выделяют первичный и вторичный механизмы развития АППМ. К первичным источникам относятся гнойные очаги, расположенные в коже и жировой клетчатке нижней половины тела, из которых инфекционный агент распространяется по лимфатическим сосудам, а также отдаленные гнойные очаги кожи

и жировой клетчатки преимущественно туловища и верхней половины тела, для которых характерен гематогенный путь распространения на подвздошно-поясничную мышцу. Факторами, предрасполагающими к развитию первичного АППМ, являются: сахарный диабет, наличие эпизодов внутривенной наркомании в анамнезе, ВИЧ-инфекция, почечная недостаточность и снижение иммунитета [1, 2]. Помимо этого, отдельно рассматривают развитие АППМ в виде осложнения после медицинских манипуляций на позвоночнике или окружающих его тканях (блокады, малые инвазивные оперативные вмешательства). Наиболее частой причиной развития АППМ вторичного генеза считают болезнь Крона, другие причины представлены в таблице 1 [2].

Таблица 1. Причины развития вторичного абсцесса подвздошно-поясничной мышцы

Патология желудочно-кишечного тракта	Болезнь Крона, дивертикулит, аппендицит, колоректальный рак
Заболевания мочевыделительной системы	Инфекция мочевыводящих путей, рак, мочекаменная болезнь (дистанционная ударно-волновая литотрипсия)
Заболевания опорно-двигательного аппарата	Остеомиелит позвоночника, септический артрит, сакроилеит
Патология сосудов	Инфицированная аневризма брюшной аорты, инфицированный сосуд бедра
Разное	Эндокардит, внутриматочное противозачаточное средство, гнойный лимфаденит, катетеризация сосудов

Table 1. Causes of development of secondary abscess of the iliopsoas muscle

Pathology of the gastrointestinal tract	Crohn's disease, diverticulitis, appendicitis, colorectal cancer
Urinary tract diseases	Urinary tract infection, cancer, urolithiasis (external shock wave lithotripsy)
Diseases of the musculoskeletal system	Vertebral osteomyelitis, septic arthritis, sacroilitis
Pathology of blood vessels	Infected abdominal aortic aneurysm, infected femoral vessel
Other	Endocarditis, intrauterine contraceptive device, purulent lymphadenitis, vascular catheterization

Низкая частота встречаемости АППМ, особенности расположения мышцы забрюшинно вблизи нервного сплетения и других органов способствуют несвоевременной диагностике данной патологии. Так, по данным разных авторов, диагноз АППМ устанавливался через неделю и даже несколько месяцев от начала заболевания, либо во время операции по поводу «острого живота» [3]. Первоначально часто предполагают радикулит, сакроилеит, коксартроз, люмбоишиалгию, паранефрит, аппендикулярный инфильтрат. Трудности в диагностике также определяются стертой клинической картиной на фоне приема группы нестероидных противовоспалительных препаратов, так как по большей части превалирует неврологическая клиника в виде радикулопатии и люмбоишиалгии. В связи с этим, актуален поиск специфических клинических маркеров данного состояния. Gezer A. и соавторы рекомендуют обращать внимание на классическую симптоматическую триаду АППМ, которая включает: боль в пояснице, хромоту и постоянную лихорадку с ежедневными эпизодами высокой температуры [4]. Xu B.Y. и соавторы ведущими симптомами считают: лихорадку, боль в ногах, анталгическую походку с ограничением движений бедра [5]. Столов С.В. и соавторы рекомендуют оценивать наличие псоас-симптома: бедро пациента приведено к животу с ротацией кнаружи, резкое усиление болей в подвздошной области и в области бедра при активных и пассивных попытках разогнуть ногу в тазобедренном суставе, при этом глубокая пальпация подвздошной ямки вызывает резко выраженную болезненность, особенно усиливающуюся при пальпации с поднятой ногой (напряжение подвздошно-поясничной мышцы) [3]. Местные симптомы всегда сочетаются с клинико-лабораторным синдромом системной воспалительной реакции: лихорадка, другие признаки интоксикации, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, токсическая зернистость нейтрофилов, увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), тенденция к снижению гемоглобина, повышение содержания в крови С-реактивного белка (СРБ).

Своевременно поставленный диагноз гнойно-воспалительного процесса и назначенное лечение способствуют наилучшему прогнозу для пациента.

Клинический случай

Пациентка Ч., 65 лет поступила в порядке скорой медицинской помощи 12.09.2022 г. в клинику госпитальной терапии ФГБОУ ВО СибГМУ МЗ РФ с жалобами на повышение температуры тела до 38 градусов, выраженную слабость, падение артериального давления до 70/40 мм рт.ст., боль в правом тазобедренном суставе ноющего характера, которая беспокоила в покое, усиливалась при движении, иррадиировала по задней поверхности бедра и ограничивала активные движения. Эффект от применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) был кратковременным.

При сборе анамнеза выяснено, что болевой синдром беспокоит с 2006 г. и возник после перелома латеральной мыщелка правой большеберцовой кости и травмы правого тазобедренного сустава в результате дорожно-транспортного происшествия. Со временем болевой синдром прогрессировал: в 2015 г. из-за нарастающих болей пациентка обратилась к врачу-травматологу и был установлен диагноз: правосторонний посттравматический коксартроз II-III стадии, постменопаузальный остеопороз. По поводу данной патологии пациентке регулярно проводились курсы противоболевой, хондропротекторной терапии, также пациентка неоднократно госпитализировалась в травматологическое отделение для проведения курса обезболивающей терапии, в том числе с целью проведения паравертебральных блокад. К сентябрю 2022 г. хронический болевой синдром достиг максимальной силы: боли беспокоили в покое и усиливались при малейшем движении, не купировались приемом НПВП, что существенно снизило качество жизни и ограничило способность к передвижению и самообслуживанию. В связи с неэффективностью терапии пациентка обратилась в кабинет противоболевой терапии Томского областного онкологического диспансера, где впервые была назначена терапия трамадолом. Кроме того, согласно медицинской документации 03.09.2022 г. пациентке была выполнена блокада правого тазобедренного сустава, наименование препарата неизвестно. После проведения блокады пациентка почувствовала уменьшение интенсивности боли. Однако 09.09.2022 у пациентки был зафиксирован подъем температуры до 38°C, возник кашель, усилилась слабость, пациентка стала отказываться от приема пищи, в связи с чем, был вызван дежурный терапевт поликлиники. Участковым терапевтом проведен экспресс-тест на предмет коронавирусной инфекции, PHK SARS-COV-2 от 09.09.2022 не было обнаружено. При повторном осмотре 11.09.2022 участковым терапевтом на дому температура и жалобы сохранялись: рекомендовано продолжить противовирусную, симптоматическую и противоболевую терапию. Несмотря на проводимое лечение, состояние пациентки ухудшалось и 12.09.2022 г. при ежедневном измерении артериального давления родственники зафиксировали стойкую гипотонию: артериальное давление (АД) 70/40 мм рт. ст., в связи с чем была вызвана бригада скорой медицинской помощи, пациентка доставлена в дежурный терапевтический стационар.

На момент осмотра в приемном покое состояние больной средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Отмечается ограничение движения в тазобедренных суставах, объем активных и пассивных движений резко снижен из-за болевого синдрома. Больная находится в вынужденном положении на спине в позе лягушки. Правая нижняя конечность ротирована кнаружи, болевой синдром по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) оценен в 9 баллов. Отеков нет. Грудная клетка цилиндрическая, голосовое дрожание проводится

симметрично с обеих сторон, перкуторный звук легочный, одинаков над симметричными участками легких. Дыхание: жесткое, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) 18 в минуту. Сатурация 97 %. Тоны сердца: ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС): 100 в минуту. АД: 108/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень: не выступает из-под края реберной дуги, край ровный, эластичный, безболезненный. Симптом поколачивания — отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

В приемном покое при поступлении были проведены лабораторные и инструментальные методы обследования:

Клинический анализ крови от 12.09.2022 г.: лейкоциты: $11,9 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты: $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин: 113 г/л, гематокрит: 33 %, тромбоциты: $173 \times 10^9/\text{л}$.

Биохимический анализ крови 12.09.2022: креатинин: 226 мкмоль/л, мочевины: 14,0 ммоль/л, глюкоза: 5,5 ммоль/л, билирубин общий: 32 мкмоль/л, билирубин прямой: 22 мкмоль/л, АЛТ: 23 ЕД/л, АСТ: 54 ЕД/л, тропонин качественный: отрицательно.

В приемном покое пациентка была осмотрена хирургом, данных за острую хирургическую патологию не выявлено. Учитывая наличие у больной эпизода гипотонии, длительного приема нестероидных противовоспалительных препаратов для исключения желудочно-кишечного кровотечения была выполнена фиброгастродуоденоскопия, данных за кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта не было получено.

При рентгенографии легких была выявлена инфильтрация в нижней доле левого легкого.

На первый план выступал интоксикационный синдром, который был расценен как проявление течения пневмонии, дополнительно были выделены следующие синдромы: синдром инфильтрации легочной ткани, синдром системной воспалительной реакции, хронический болевой, синдром острого повреждения почек, который проявлялся значительным повышением уровня креатинина и мочевины, вероятно, смешанного генеза, токсического (за счет течения инфекции и применения группы НПВП), преренального (за счет развития гипотонии).

Пациентка была госпитализирована в терапевтическое отделение с рабочим предварительным диагнозом:

Основной: Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония, неуточненной этиологии, нетяжелая. Дыхательная недостаточность 0.

Осложнение: острое повреждение почек от 12.09.2022 г., смешанного генеза, неолгоанурический вариант.

Наличие хронического болевого синдрома расценено врачами приемного покоя как проявление двустороннего коксартроза, поэтому в сопутствующие заболевания был вынесен двусторонний коксартроз, II стадии слева, III-IV стадии справа, функциональный класс IV, хронический болевой синдром, по ВАШ 9 баллов.

Стартовой антибактериальной терапией была выбрана терапия цефалоспорины III поколения. Так как у пациентки сохранялся выраженный болевой синдром, то была рассчитана и назначена доза трамадола (согласно уровню скорости клубочковой фильтрации (СКФ). С целью коррекции гипотонии и острого повреждения почек была назначена дезинтоксикационная терапия. Для дальнейшего обследования было запланировано выполнение лабораторных анализов в динамике с определением уровня СРБ, проведение рентгенографии легких для оценки течения пневмонии. С учетом подозрения на наличие полиорганной недостаточности (гипотония + острое поражение почек) рассматривался вариант течения септического процесса на фоне пневмонии, в связи с чем, было запланировано проведение забора крови на стерильность, посев мочи на микрофлору, количественный анализ на прокальцитонин. Для контроля диуреза был установлен мочевого катетер.

На фоне терапии у пациентки купировалась гипотония, нормализовался уровень азотистых шлаков, однако продолжала сохраняться лихорадка до 38°C, слабость и выраженный болевой синдром в области тазобедренных суставов, который потребовал коррекции обезболивающей терапии — перевод на инъекции морфином. По результатам контрольных обследований от 19.09.2022 г. выявлена отрицательная динамика в виде нарастания лейкоцитоза в ОАК (лейкоциты: $14,36 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты: $3,44 \times 10^{12}/\text{л}$, СОЭ: 43 мм/ч, снижения гемоглобина до 98 г/л, тромбоциты: $187 \times 10^9/\text{л}$), увеличения уровня СРБ и высокого уровня прокальцитонина в биохимическом анализе крови (Биохимический анализ крови 19.09.2022 г.: креатинин: 63,3 мкмоль/л, мочевины: 10,8 ммоль/л, глюкоза: 4,7 ммоль/л, калий: 5,1 ммоль/л, натрий: 135 ммоль/л, хлор: 100 ммоль/л, СРБ 419,0 мг/л, прокальцитонин: 5,38 пг/мл). На основании наличия синдрома системной воспалительной реакции (лихорадка выше 38°C, лейкоцитоз $14,36 \times 10^9/\text{л}$), повышенного уровня прокальцитонинового теста, а также наличия полиорганной недостаточности (гипотония при поступлении и острое повреждение почек) у больной заподозрен септический процесс. Взят посев крови на стерильность. Больной повторно выполнена рентгенография легких, данных за инфильтрацию не получено. Проведена смена антибактериальной терапии на группу пенициллинов в комбинации с ингибитором бета-лактамаз.

Для дальнейшего поиска первичного источника инфекции было принято решение о проведении дополнительного обследования пациентки. С учетом выраженного болевого синдрома, интерес представляла область тазобедренных суставов, в связи с чем, была выполнена компьютерная томография этой области.

Результаты компьютерной томографии тазобедренных суставов от 19.09.2022 г.: определяется отек и утолщение подвздошно-поясничной мышцы справа с отеком прилежащей клетчатки, плотность мышцы



Рисунок 1. Компьютерная томография тазобедренных суставов: определяется отек и утолщение подвздошно-поясничной мышцы справа с отеком прилежащей клетчатки, плотность мышцы снижена, подкапсульно определяются мелкие пузырьки газа

Figure 1. Computed tomography of the hip joints: swelling and thickening of the iliopsoas muscle on the right with swelling of the adjacent tissue is determined, muscle density is reduced, small gas bubbles are detected subcapsularly

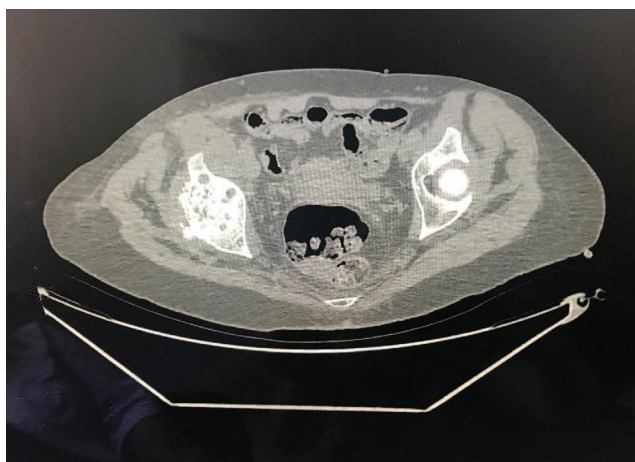


Рисунок 2. Компьютерная томография тазобедренных суставов: суставная щель правого тазобедренного сустава резко сужена, головка бедренной кости уплощена, с наличием участков кистовидной перестройки и глубоких узур, с краевыми остеофитами, крыша вертлужной впадины расширена за счет остеофитов, с множеством участков кистовидной перестройки и глубоких узур, формирование анкилоза

Figure 2. Computed tomography of the hip joints: the articular space of the right hip joint is sharply narrowed, the head of the femur is flattened, with the presence of areas of cystic restructuring and deep ulcers, with marginal osteophytes, the roof of the acetabulum is expanded due to osteophytes, with many areas of cystic restructuring and deep ulcers, ankylosis formation

снижена, подкапсульно определяются мелкие пузырьки газа (Рис. 1).

Участков деструкции костной ткани не определяется. Суставная щель правого тазобедренного сустава резко сужена, головка бедренной кости уплощена, с наличием участков кистовидной перестройки и глубоких узур, с краевыми остеофитами. Крыша вертлужной впадины расширена за счет остеофитов, с множеством участков кистовидной перестройки и глубоких узур. Между крышей вертлужной впадины и головкой бедренной кости определяются костные мостики (Рис. 2).

Левый тазобедренный сустав умеренно сужен, головка не деформирована, крыша вертлужной впадины не расширена. Целостность кортикального слоя костей не нарушена, объем костей не изменен. Бедренные кости не деформированы, шейечно-диафизарные углы сохранены. С обеих сторон по контурам больших, малых вертелов бедренных костей, контурам седалищных бугров – краевые остеофиты. Поверхности лонного сочленения с признаками умеренного субхондрального склероза, контуры их ровные, четкие, минимальных размеров краевые остеофиты. Заключение: признаки АППМ справа, признаки остеоартроза правого тазобедренного сустава III-IV степени, остеоартроза левого тазобедренного сустава I степени. Признаки энтезопатии.

Для решения о дальнейшей тактике ведения пациентки был вызван хирург и пациентка была переведена в отделение гнойной хирургии для вскрытия и дренирования абсцесса.

В условиях отделения гнойной хирургии 20.09.2022 г. пациентке доступом по Пирогову был вскрыт АППМ, эвакуировано 120 мл серозно-мутного отделяемого, в результате чего образовалась полость 15×10 см, выполнена санация и дренирование полости абсцесса, взят посев отделяемого из раны.

Получены результаты посева крови на стерильность (21.09.2022 г.): высеян *Staphylococcus aureus*, чувствительный к гентамицину 10, клиндамицину, линезолиду, норфлоксацину, цефокситину, эритромицину, резистентный к пенициллину.

Пациентке выставлен окончательный диагноз:

Основной: Абсцесс подвздошно-поясничной мышцы справа.

Осложнение: Сепсис (гемокультура от 21.09.2022 г. *St. aureus*). Острое повреждение почек смешанного типа (преренальное + токсическое), неолугоанурический вариант. Левосторонняя нижнедолевая пневмония. Дыхательная недостаточность 0.

После выполнения хирургического вмешательства пациентка отмечала появление болевого синдрома в правой подвздошной области, при этом ежедневно сохранялась лихорадка 38,2°C. По результатам контрольного обследования была отмечена отрицательная динамика в виде нарастания уровня СРБ с 419 до 563 мг/л, гипоальбуминемии (альбумин: 22 г/л), остальные показатели, в том числе уровень лейкоцитоза прежний (лейкоциты: 14,54×10⁹/л, СОЭ: 52 мм/ч).

Для обследования послеоперационной области было выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и правой паховой области, в результате которого были получены данные за абсцесс правой паховой области.

22.09.2022 г. пациентке произведено вскрытие абсцесса паховой области, эвакуирован гной до 100 мл, рана расширена, при дальнейшей ревизии полость абсцесса уходит вдоль крыла подвздошной кости и соединяется уже с ранее вскрытой полостью, доступом по Пирогову справа. Взят посев отделяемого из раны. По результатам посева из раны: микрофлоры не обнаружено.

Несмотря на проводимое хирургическое лечение, системную антибактериальную терапию у пациентки отмечалась стойкая лихорадка до 38,1°C, боль в местах оперативного вмешательства. В общем анализе крови обращало на себя внимание наличие лейкоцитоза, при этом отмечалась тенденция к лимфопении. Для исключения течения коронавирусной инфекции 22.09.2022 г. был выполнен тест полимеразной цепной реакции (ПЦР тест) на РНК COVID-19 и получен положительный результат. Согласно маршрутизации, в связи с выявленным COVID-19 положительным результатом, пациентка транспортирована в респираторный госпиталь на базе ОГБУЗ «МСЧ № 2» в отделение гнойной хирургии для дальнейшего лечения с направительным диагнозом:

Основной: Абсцесс подвздошно-поясничной мышцы справа вскрытие, дренирование 20.09.2022 г. Абсцесс правой подвздошно-паховой области вскрытие и дренирование 22.09.2022 г.

Коронавирусная инфекция, легкой степени тяжести (подтвержденная лабораторно методом ПЦР от 22.09.2022 г.).

Осложнение: Сепсис (гемокультура от 21.09.2022 г. *St. aureus*). Острое повреждение почек смешанного типа (преренальное + токсическое) от 12.09.2022 г., неолугоанурический вариант. Купировано 12.09.2022. Левосторонняя нижнедолевая пневмония. Дыхательная недостаточность 0.

Сопутствующий: Гипертоническая болезнь II стадия, неконтролируемая артериальная гипертензия. Хроническая болезнь почек С2 (СКФ 71 мл/мин/1,73 м² по уровню креатинина от 21.09.2022 г.). Анемия смешанного генеза легкой степени. Двухсторонний коксартроз, II слева, III-IV справа, функциональный класс IV, хронический болевой синдром, по ВАШ 9 баллов.

В респираторном госпитале ОГБУЗ «МСЧ № 2» было продолжено лечение абсцессов: ежедневные перевязки, проводилась антибактериальная терапия. После двух отрицательных ПЦР тестов (от 10.10.2022 г. и 11.10.2022 г.) 12.10.2022 г. пациентка была переведена в отделение гнойной хирургии Городской Клинической больницы № 3 для долечивания по основному заболеванию. В период госпитализации раны санированы, зажили. В ходе госпитализации по результатам ультразвукового исследования вен н/конечностей

выявлены признаки окклюзирующего тромбоза медиальной группы вен голени слева и справа, проведено консервативное лечение. Контрольное обследование 07.11.2022 г. продемонстрировало положительную лабораторную динамику в виде значительного уменьшения уровня воспалительных показателей (лейкоциты: $4,33 \times 10^9/\text{л}$, альбумин 29,6 г/л, СРБ 0 мг/л). В результате лечения явления острого флеботромбоза и приводящей контрактуры правой нижней конечности купированы, была выписана в удовлетворительном состоянии, с улучшением, под наблюдение врачей амбулаторно.

На сегодняшний день пациентка наблюдается у травматолога, ревматолога — планируется эндопротезирование правого тазобедренного сустава.

Обсуждение

Абсцесс подвздошно-поясничной мышцы — редкое заболевание, труднодиагностируемое даже без отягощенного анамнеза. Длительный болевой синдром, который замаскировал развитие абсцесса помешал своевременно диагностировать угрожающее жизни пациента состояние. Ценность данного клинического случая состоит в том, чтобы показать необходимость внимательного отношения практикующего врача к длительно текущему болевому синдрому. Так, изначально в приемном покое на первый план выступал интоксикационный синдром, который был расценен как проявление течения пневмонии, а болевой синдром, так как он существовал длительно с медленно-нарастающей симптоматикой, требовал приема НПВП, трамадола, блокад и имел объективную причину — коксартроз посттравматического генеза, не был учтен. Так как пациентка самостоятельно не передвигалась, находилась преимущественно в горизонтальном, вынужденном положении, а полноценный осмотр был затруднен ввиду выраженного болевого синдрома — заподозрить течение инфекции костно-мышечного аппарата не представлялось возможным. Длительный анамнез применения нестероидных противовоспалительных препаратов, которые в свою очередь маскировали течение воспалительного процесса, не позволил поставить диагноз в более короткие сроки. В клинической практике мы часто сталкиваемся с ситуацией, когда симптоматическая терапия маскирует манифестацию тяжелых заболеваний. Данный клинический случай демонстрирует, что необходимо уделять особое внимание длительно текущему болевому синдрому и в каждый визит пациента постараться взглянуть на ситуацию с новой стороны.

Заключение

Подвздошно-поясничные абсцессы следует включать в дифференциальный ряд состояний у пациентов, имеющих лихорадку, боль в ногах, анталгическую походку с ограничением движений бедра, а также

положительный псоас-симптом. Обучение врачей клиническим проявлениям абсцесса подвздошно-поясничной мышцы важно для своевременной диагностики данного угрожающего жизни состояния.

Вклад авторов:

Все авторы внесли существенный вклад в подготовку работы, прочли и одобрили финальную версию статьи перед публикацией

Власова А.А. (ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-5518-0728>): ведение пациента, разработка дизайна публикации, написание текста рукописи, обзор публикаций по теме статьи, утверждение окончательного варианта, принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и её окончательный вариант

Сорокина Т.В. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6264-4632>): ведение пациента, написание текста рукописи, обзор публикаций по теме статьи, утверждение окончательного варианта, принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и её окончательный вариант

Кириллова Н.А. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9549-9614>): разработка дизайна публикации, написание текста рукописи, обзор публикаций по теме статьи, утверждение окончательного варианта, принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и её окончательный вариант

Старовойтова Е.А. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4281-1157>): разработка дизайна публикации, подготовка и редактирование текста, ресурсное обеспечение исследования, утверждение окончательного варианта, принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и её окончательный вариант

Балаганская М.А. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7072-4130>): написание текста рукописи, проверка критически важного интеллектуального содержания, подготовка и редактирование текста, утверждение окончательного варианта, принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и её окончательный вариант

Загрюмова Т.А. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5641-5094>): ресурсное обеспечение исследования, проверка критически важного интеллектуального содержания, подготовка и редактирование текста, утверждение окончательного варианта, принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и её окончательный вариант

Колесник Н.Ю. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4213-2389>): ведение пациента, обзор публикаций по теме статьи, утверждение окончательного варианта, принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и её окончательный вариант

Давыдова В.В. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2292-5974>): ведение пациента, обзор публикаций по теме статьи, утверждение окончательного варианта, принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и её окончательный вариант

Author Contribution:

All the authors contributed significantly to the study and the article, read and approved the final version of the article before publication

Vlasova A.A. (ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-5518-0728>): case management, article design development, creating the text of the manuscript, review of publications on the topic of the article, approval of the final version, taking responsibility for all aspects of the study, the integrity of all parts of the article and its final version

Sorokina T.V. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6264-4632>): case management, creating the text of the manuscript, review of

publications on the topic of the article, approval of the final version, taking responsibility for all aspects of the study, the integrity of all parts of the article and its final version

Kirillova N.A. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9549-9614>): article design development, creating the text of the manuscript, review of publications on the topic of the article, approval of the final version, taking responsibility for all aspects of the study, the integrity of all parts of the article and its final version

Starovoytova E.A. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4281-1157>): article design development, preparation and editing of the text, resource providing for the research, approval of the final version, taking responsibility for all aspects of the study, the integrity of all parts of the article and its final version

Balaganskaya M.A. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7072-4130>): creating the text of the manuscript, checking critical intellectual content, preparation and editing of the text, approval of the final version, taking responsibility for all aspects of the study, the integrity of all parts of the article and its final version

Zagromova T.A. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5641-5094>): resource providing for the research, checking critical intellectual content, preparation and editing of the text, approval of the final version, taking responsibility for all aspects of the study, the integrity of all parts of the article and its final version

Kolesnik N.Yu. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4213-2389>): case management, review of publications on the topic of the article, approval of the final version, taking responsibility for all aspects of the study, the integrity of all parts of the article and its final version

Davydova V.V. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2292-5974>): case management, review of publications on the topic of the article, approval of the final version, taking responsibility for all aspects of the study, the integrity of all parts of the article and its final version

Список литературы / References:

1. Давидов М.И., Субботин В.М., Токарев М.В. Клиника, диагностика и лечение острого илюпсоита. Хирургия. 2011; 11: 68-73.
Davidov MI, Subbotin VM, Tokarev MV. The clinical picture, diagnostic and treatment of the acute iliopsoitis. Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2011; 11: 68-73. [in Russian]
2. Mallick I.H., Thoufeeq M.H., Rajendran T.P. Iliopsoas abscesses. Postgrad Med J. 2004 Aug; 80(946): 459-62. doi: 10.1136/pgmj.2003.017665.
3. Столов С.В., Кабанов М.Ю., Семенов К.В. и др. Абсцесс правой подвздошно-поясничной мышцы: редкое заболевание и трудности его диагностики. Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2020; 179(2): 63-67. DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-2-63-67.
Stolov S.V., Kabanov M.Yu., Semencov K.V. Abscess of the right iliopsoas muscle: rare disease and difficulties in its diagnosis. Grekov's Bulletin of Surgery. 2020; 179(2):63-67. DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-2-63-67. [in Russian].
4. Gezer A., Erkan S., Saygi Erzik B., Erel C.T. Primary psoas muscle abscess diagnosed and treated during pregnancy: case report and literature review. Infect Dis Obstet Gynecol. 2004 Sep-Dec; 12(3-4): 147-9. doi: 10.1080/10647440400020695.
5. Xu B.Y., Vasanwala F.F., Low S.G. A case report of an atypical presentation of pyogenic iliopsoas abscess. BMC Infect Dis. 2019 Jan 17; 19(1): 58. doi: 10.1186/s12879-019-3675-2.