

(28,65%) пациентов отмечалась не стабильность гормонального статуса, что потребовало коррекции назначений эндокринологом.

### **Выводы.**

1. Используемая схема введения метилпреднизолона способствует быстрому подавлению воспалительного процесса в орбите в самые короткие сроки, а последующая поддерживающая и постепенно снижающаяся на протяжении 8 недель доза препарата закрепляет полученный терапевтический эффект и приводит к длительной ремиссии.

2. Для лечения пациентов ЭОП следует использовать максимальные дозы глюкокортикоидов с индивидуальным учетом степени тяжести и активности процесса, которые оказывают терапевтический эффект и не вызывают осложнений.

3. Достигнутый положительный эффект пульс – терапии сохранился у 80,6% пациентов и только у 19,4% отмечалось ухудшение течения офтальмопатии после отмены препарата, что связано у 71,4% пациентов с употреблением никотина, у 28,65% пациентов отмечалась не стабильность гормонального статуса.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бровкина, А.Ф. Эндокринная офтальмопатия с позиций офтальмолога и эндокринолога / А.Ф. Бровкина, Т.Г. Павлова // Клиническая офтальмология. – 2000. – № 1. – С. 11-14.

2. Современный алгоритм лечения эндокринной офтальмопатии / Е. Л. Иванова [и др.] // Современ. техн. в офтальмологии. – 2014. – № 1. – С. 126.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНОГО ИЛЕОПСОИТА**

**<sup>1</sup>Кузнецов А.Г., <sup>2</sup>Русина Т.П.**

<sup>1</sup>*Гродненский государственный медицинский университет,*

<sup>2</sup>*Гродненская областная детская клиническая больница*

**Актуальность.** Гнойный илеопсоит достаточно редкое полиэтиологическое заболевание, имеющее различные патогенетические механизмы, и характеризующееся вариабельностью морфологических и клинических проявлений. Клиническая картина илеопсоита не имеет ясно очерченных симптомов, а лабораторные тесты не являются специфичными для диагностики, и имеют значение лишь для оценки степени интоксикации. Гораздо важнее

инструментальная диагностика, позволяющая уточнить локализацию, распространенность, характер морфологических изменений.

**Цель исследования:** провести сравнительную оценку диагностической значимости различных методов лучевой диагностики у пациентов с гнойным илеопсоитом.

**Материалы и методы.** Нами проведен анализ результатов обследования и лечения 12 пациентов с гнойным илеопсоитом за период с 2009 по 2016 гг.. Среди них мужчин было 7 (58,3%), женщин – 5 (41,7 %). Возраст колебался от 26 до 63 лет. В 7 (58,3%) случаях процесс локализовался справа, левосторонняя локализация отмечена у 5 (41,7 %) пациентов. Случаев двустороннего поражения *m. Psoas* мы не наблюдали.

Всем больным выполнялись: лабораторные исследования; рентгенологические исследования органов грудной клетки и брюшной полости, костей позвоночника, таза; ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ) брюшной полости, забрюшинного пространства, а по показаниям магнитно-резонансная томография (МРТ).

**Результаты и обсуждение.** Пред- и интраоперационная диагностика выявила следующие топографические варианты поражения: изолированное поражение *m. psoasmajor* – 8 (66,7%) случаев, изолированное поражение *m. iliacus* – 1 (8,3%) случай, сочетанное поражение *m. psoasmajor* и *m. iliacus* – 3 (25%) случая.

Выявленные патологические изменения мы объединили в следующие формы: - диффузное серозное пропитывание мышечной ткани с образованием мелких (0,5-1,0 мл) гнойничков – 3 (25%) случая; локальное поражение сегментов мышцы с образованием ограниченных абсцессов – 7 (58,3%) случаев; диффузное гнойно-некротическое поражение, без тенденции к отграничению (флегмона) – 2 (16,7%) случая. В случаях локального поражения солитарные абсцессы были обнаружены нами у 4 пациентов. У двоих больных имелись 2 гнойника, а в одном случае нами были выявлены 4 гнойных фокуса. Кроме того, у одной пациентки возник гнойный затек на ягодицу, по-видимому распространяясь через запирающее либо седалищное отверстие.

Характерные рентгенологические признаки этого заболевания: смазанность контуров, нечеткие очертания подвздошно-поясничной мышцы на стороне поражения мы наблюдали в 5 (41,7%) случаях. Однако данные проявления носили косвенный характер. Абсолютных

рентгенологических признаков, таких как, обнаружение уровней жидкости и пузырьков газа в проекции пораженной мышцы мы не наблюдали. Тем не менее, рентгенологическое исследование было важно для дифференциальной диагностики с патологией костно-суставного аппарата: переломом шейки бедренной кости, артритом тазобедренного сустава и др. УЗИ органов брюшной полости и ретроперитонеального пространства выполнялись всем пациентам, однако лишь в 3 (25%) случаях заключения содержали подозрение на скопление гноя в забрюшинном пространстве.

Самым информативным явилась компьютерная томография забрюшинного пространства. У 3 пациентов выполнялась магнитно-резонансная томография, которая также во всех случаях определила точную топическую диагностику жидкостных скоплений, однако определить ее характер, в отличие от КТ, было затруднительно.

#### **Выводы.**

1. Оценивая диагностическую значимость инструментальных методов диагностики, отметим, что обзорная рентгенография и УЗИ имеют низкую диагностическую ценность в диагностики гнойных процессов забрюшинного пространства.

2. Внедрение современных высокотехнологичных методов, таких как КТ и МРТ позволяют повысить ценность инструментальной диагностики до 90-95%.

3. Проведенный нами анализ, а также литературные данные показывают, что при практически одинаковой диагностической ценности КТ и МРТ, но различной стоимости исследований предпочтение отдается КТ, делая ее «золотым стандартом» в постановке окончательного диагноза.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кузнецов, А. Г. Гнойный илеопсоит: вопросы этиологии, диагностики и лечения / А. Г. Кузнецов, С. М. Смотрин // Хирургия. Восточная Европа. – 2017. – № 3. – С. 314-325.
2. Cantasdemir, M. Computed tomography-guided percutaneous catheter drainage of primary and secondary iliopsoas abscesses / M. Cantasdemir et al. // Clin. Radiol. – 2003. – vol. 58. – № 10. – P. 811–815.