

УДК 617-089.844

***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗАБРЮШИННОГО АБСЦЕССА И
ПИЕЛОНЕФРИТА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА***

Стяжкина С.Н.

д.м.н., профессор,

Ижевская государственная медицинская академия

Ижевск, Россия

Михайлова Н.Г.

студентка 418 группы лечебного факультета,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Коньшина К.А.

студентка 418 группы лечебного факультета,

Ижевская государственная медицинская академия

Ижевск, Россия

Акимов А.А.

аспирант,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Аннотация. В работе представлены результаты исследования стационарной карты больного М., 60 лет, страдающего сахарным диабетом в течение 5 лет. 24.01.2019 больной М. на фоне полного здоровья, сидя в кресле, почувствовал резкую боль в поясничной области. 27.01.2019 госпитализирован в терапевтическое отделение Увинской ЦРБ в связи с резким ухудшением состояния. 30.01.2019 в связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения был переведен в БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» в эндокринологическое отделение с диагнозом сахарный диабет 2 типа (*далее СД 2 типа*), дорсопатия пояснично-крестцового отдела. Ишемическая болезнь сердца (*далее ИБС*) аритмический

вариант. Тромбоцитопения неясной этиологии. Сепсис? Целью исследования было проанализировать клинический случай на основании данных стационарной карты и наблюдения за пациентом. Так как сахарный диабет является одним из самых распространенных заболеваний, является важным определением этиологии, наблюдения клинического течения данной патологии, а также развития возможных осложнений.

Ключевые слова: сахарный диабет, пиелонефрит, илеопсоит, хирургия, пациент.

***CLINICAL CASE OF ABSORBENT ABSCESS AND PIELONEPHRITIS IN
THE BACKGROUND OF DIABETES TYPE 2***

Styazhkina S. N.

MD., professor,

Izhevsk state medical Academy

Izhevsk, Russia

Mikhailova N. D.

student of 418 group of medical faculty,

Izhevsk state medical Academy,

Izhevsk, Russia

Konshina K. A.

student of 418 group of medical faculty,

Izhevsk state medical Academy

Izhevsk, Russia

Akimov A. A.

graduate student,

Izhevsk state medical Academy,

Izhevsk, Russia

Annotation. The results of a study of the stationary card of a patient M., 60 years old, suffering from diabetes for 5 years. 01.24.2019 against the background of complete health, sitting in a chair, felt a sharp pain in the lumbar region. 01.27.2019 hospitalization in the therapeutic department of the Uva CDH due to a sharp deterioration. January 30, 2019, due to the lack of effect of the treatment, he transferred to the “Republican Clinical Hospital №1” to the endocrinology department with a diagnosis of type 2 diabetes, lumbosacral dorsopathy. CHD arrhythmic option. Thrombocytopenia of unknown etiology. Sepsis? The purpose of the study was to analyze the clinical case based on the stationary map data and patient monitoring. Since diabetes is one of the most common diseases, it is important to determine the etiology, clinical course of this pathology, as well as the analysis of its complications.

Key words: diabetes, pyelonephritis, ileopsoite, surgery, patient.

Введение. Сахарный диабет — это эндокринное заболевание, характеризующееся хроническим повышением уровня сахара в крови вследствие абсолютного или относительного дефицита инсулина — гормона поджелудочной железы. Заболевание приводит к нарушению всех видов обмена веществ поражению сосудов, нервной системы, а также других органов и систем.

Различают 4 типа сахарного диабета: 1) инсулинозависимый диабет (сахарный диабет 1 типа) развивается в основном у детей и молодых людей; 2) инсулиннезависимый диабет (сахарный диабет 2 типа) обычно развивается у людей старше 40 лет, имеющих избыточный вес; 3) вторичный (или симптоматический) сахарный диабет; 4) диабет беременных.

Инсулинозависимый диабет возникает в результате разрушения большей части бета-клеток с резко выраженным дефицитом инсулина в организме.

В среднем 90 % случаев составляет инсулиннезависимый сахарный диабет, который может быть вызван повышенной продукцией гормонов – антагонистов инсулина: соматотропина, кортизола, норадреналина, адреналина, глюкагона. Также эта форма сахарного диабета может объясняться функциональной неполноценностью самого гормона инсулина.

К признакам проявления сахарного диабета относятся: постепенно нарастающая общая слабость; снижение работоспособности; зуд тела, главным образом в области половых органов; сухость во рту; жажда; резко повышенное мочеиспускание, особенно в ночные часы; повышенный аппетит; длительно незаживающие раны; распространенные поражения кожи; расшатывание и выпадение зубов [3].

Основных факторов, провоцирующих развитие сахарного диабета 1 типа два: ожирение и наследственная предрасположенность. Причиной так называемого вторичного диабета могут быть: заболевания поджелудочной железы; заболевания гормональной природы; воздействие лекарств или химических веществ; изменение рецепторов инсулина; определенные генетические синдромы.

Осложнения сахарного диабета: сердечно-сосудистые заболевания (атеросклероз сосудов, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда); микроангиопатия (поражение кровеносных сосудов легких), плохой контроль сахарного диабета создают благоприятные условия для развития поражения легких (особенно для развития пневмоний, или воспаления легких); диабетическая ретинопатия (снижение зрения); нейропатия (снижение чувствительности, сухость и шелушение кожных покровов, боли и судороги в конечностях); нефропатия (выделение с мочой белка, нарушение функций почек); диабетическая стопа; различные инфекционные осложнения (частые гнойничковые поражения кожи, грибки ногтей и т.д.); комы.

В данном клиническом примере будет рассмотрен случай возникновения забрюшинного абсцесса (илеопсоита) на фоне сахарного диабета, с дальнейшим поражением почек и развитием пиелонефрита. Гнойный илеопсоит – гнойное воспаление, локализованное в подвздошной ямке, а именно, в фасциальном футляре подвздошно-поясничной мышцы. Способствовать развитию первичного илеопсоита могут разные заболевания, приводящие к состоянию иммунодефицита: сахарный диабет, почечная недостаточность, ВИЧ-инфекция, наркомания, алкоголизм, длительный прием глюкокортикоидов. Одними из самых частых жалоб являются жалобы на боли в ягодичной области, тазобедренном суставе, крестцово-подвздошном сочленении [2].

Весьма распространены случаи осложнения сахарного диабета пиелонефритом. По данным Ю.Д.Шульги и Л.П.Белинского частота сочетаний пиелонефрита и сахарного диабета составляет 5-7%. Начало пиелонефрита у больных сахарным диабетом может быть как острым, так и первично-хроническим. Активизация хронического пиелонефрита на фоне сахарного диабета характеризуется тяжелым стертым течением, с высоким риском перехода в гнойные формы. На фоне субкомпенсированного или декомпенсированного сахарного диабета вторичное сморщивание почки и хроническая почечная недостаточность развиваются относительно быстрее [1].

Материалы и методы. На основании данных стационарной карты больного М. был выявлен интересный случай инсулиннезависимого сахарного диабета с осложнениями в виде пиелонефрита и забрюшинного абсцесса. За пациентом было проведено наблюдение, представленное в статье в виде жалоб и объективных данных.

Результаты. Пациент М., 60 лет. Сахарный диабет в течение 5 лет. 24.01.2019 на фоне полного здоровья, сидя в кресле, почувствовал резкую боль в поясничной области. Принимал анальгин с незначительным положительным эффектом. 27.01.2019 госпитализация в терапевтическое отделение Увинской

ЦРБ в связи с резким ухудшением состояния, жалобами на сухость во рту, чувство нехватки воздуха и перебои в области сердца. 30.01.2019 в связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения был переведен в БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» в эндокринологическое отделение с диагнозом СД 2 типа, дорсопатия пояснично-крестцового отдела. ИБС аритмический вариант. Тромбоцитопения неясной этиологии. Сепсис? 29.01.2019 по данным рентгенографии ОГК данных за пневмонию не выявлено. Реактивные изменения легочной ткани. По данным рентгенографии черепа, обоих тазобедренных суставов данных за костную патологию не выявлено. По данным рентгенографии поясничного отдела позвоночника выявлен распространенный остеохондроз поясничного отдела.

Полный анализ крови от 30.01.2019: Лейкоциты $12,3 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин 107 г/л, тромбоциты $32 \times 10^9/\text{л}$, АЛТ 30, АСТ 28, ЛДГ 556, Общий белок 51 г/л, Билирубин 91, прямой 74,1 ммоль/л, Креатинин 171 ммоль/л, мочевина 24,7 ммоль/л, сахар 21,7 ммоль/л.

Контроль гликемии проводился несколько раз в неделю, только натошак, в среднем 8-10 ммоль/л. На фоне нарастания болевого синдрома с 24.01.2019 – уровень гликемии повышался до 21 ммоль/л. Из амбулаторной карты – в течение многих лет наблюдался с диагнозом поясничная дорсопатия.

Была назначена консервативная терапия амиодороном, метопрололом, цефтриаксоном, дексаметазоном, растворимым инсулином.

Пациент М. поступил в проктологическое отделение 1 РКБ 30.01.2019 в 22:39 с жалобами на выраженную слабость, вялость, сухость во рту, боль в пояснично-крестцовой области, иррадирующая в обе ноги, с трудом может повернуться, облегчает положение лежа на спине. Ощущает чувство нехватки воздуха. Кровоточивость десен. Объективно: состояние тяжелое, положение пассивное лежа на спине. Сознание ясное, кожные покровы физиологической окраски. Слизистые ротовой полости кровоточат. Язык сухой, в кровяных

выделениях. Дыхание везикулярное, без хрипов. Тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий безболезненный.

По результатам СКТ ОБП от 31.01.2019: Хронический калькулезный холецистит с деформацией желчного пузыря. Острый очаговый пиелонефрит справа. Паренхиматозные кисты левой почки. Признаки формирующегося абсцесса правой поясничной мышцы, возможно, анаэробного генеза. Выраженные дегенеративные изменения в позвоночнике на уровне исследования. В связи с клиникой забрюшинного абсцесса справа, а также сепсиса на фоне сахарного диабета, была назначена операция на 01.02.2019: внебрюшинное вскрытие забрюшинного абсцесса справа, санация, дренирование.

Оценка общего состояния в день после завершения операции: жалобы на боли в послеоперационной ране, общее состояние средней тяжести. В сознании, вяловат. Кожные покровы физиологической окраски, теплые, сухие. Язык обложен, суховат. Дыхание самостоятельное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Гемодинамика стабильная, АД 125/74 мм.рт.ст., ЧСС 85 в минуту. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, перистальтика выслушивается. Перитонеальные симптомы отрицательные. Диурез по катетеру.

Status localis: повязка в области раны промокла сукровичным отделяемым, подсохла. По дренажу серозно-геморрагическое отделяемое до 50 мл.

С целью оценки динамики лечения было сделано УЗИ от 04.02.2019: Хронический калькулезный холецистит с деформацией желчного пузыря. Острый очаговый пиелонефрит справа, отрицательная динамика в виде появления нового очага и отека перинефральной клетчатки. Свободная жидкость в брюшной полости. Паренхиматозные кисты левой почки. Признаки формирующегося абсцесса правой поясничной мышцы с наличием дренажа.

Выраженные дегенеративные изменения в позвоночнике на уровне исследования. Острый паранефрит справа, а так же наличие очагов разряжение паренхимы на СКТ на фоне сахарного диабета являются показаниями для экстренной операции, которая была проведена 05.02.2019 – Люмботомия справа. Ревизия почки. Вскрытие, дренирование гнойника.

Оценка общего состояния в день после завершения операции: жалобы на боли в послеоперационной поясничной ране справа, сухость во рту, общую слабость. Общее состояние средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное, адекватен. Кожные покровы и слизистые оболочки бледно-розовые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 84 в минуту, АД 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика активная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стула не было, диурез достаточный.

Status localis: повязка на послеоперационной ране правой поясничной области умеренно промокла. По контрольному дренажу из паранефрия 200 мл серозно-геморрагической жидкости.

С целью оценки динамики состояния сделано УЗИ ОБП от 12.02.2019: Хронический калькулезный холецистит с деформацией желчного пузыря. Состояние после декапсуляции правой почки и установки дренажа. Затеки контраста и МВП не выявлены. Свободная жидкость в брюшной полости, легкая отрицательная динамика. Паренхиматозные кисты левой почки. Признаки разрешившегося абсцесса правой поясничной мышцы. Выраженные дегенеративные изменения в позвоночнике на уровне исследования.

Клинический анализ крови от 14.02.2019: Лейкоциты $12,9 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $2,6 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 78 г/л, гематокрит 25,30%, тромбоциты $494 \times 10^9/\text{л}$.

Для поддержания общего состояния, достижения положительной динамики, исключения послеоперационных осложнений было назначено консервативное лечение, такими препаратами, как раствор Рингера, хлорид натрия, дифенин, анфибра, кеторолак, эниксум, тринальгин, кеторол, инсулин по схеме, анальгин, димедрол, неосмектин, альфа-нормикс, глюкоза, аминовен, мепенем, медопред.

Спустя 10 дней после оперативного и консервативного лечения пациент предъявляет жалобы на незначительную боль в послеоперационной поясничной ране справа, боли в пояснице, общую слабость. Общее состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. АД 120/80 мм.рт.ст., ЧДД 17 в минуту, ЧСС 82 в минуту. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика активная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный, диурез достаточный.

Заключение. У Пациента М., страдавшим сахарным диабетом 2 типа в течение 5 лет, регулярно получавшим инсулиновую терапию, спустя 5 лет был зарегистрирован случай осложнения диабета в виде забрюшинного (псоас) абсцесса справа и пиелонефрита справа. После госпитализации была назначена консервативная терапия, которая не дала положительной динамики, в связи с этим пациента прооперировали, с дальнейшей отрицательной динамикой, вторая операция была проведена спустя 3 дня. По данным анамнеза: жалоб, общего состояния и объективного исследования, по данным УЗИ динамика положительная, состояние удовлетворительное, предполагается дальнейшее консервативное лечение и наблюдение за общим состоянием пациента.

Библиографический список

1. Габдулвалеева Д.Х., Алиев Р.М., Хузиханов Ф.В. Пиелонефрит и сахарный диабет // Международный студенческий научный вестник № 2-1, 2015 – 54с.-56с.
2. Кочетов Г.П., Балеев М.С., Митрофанова Н.Н., Мельников В.Л. Гнойный илеопсоит: Вопросы этиологии, диагностики и лечения // Фундаментальные исследования. 2015 – 93 с.
3. Назина Ю.В. Сахарный диабет // Научная книга, 2008. — 180 с.

Оригинальность 74%