© CC Коллектив авторов, 2020
УДК 616.748.11-002.3-07
DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-2-63-67

АБСЦЕСС ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНОЙ МЫШЦЫ: РЕДКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ И ТРУДНОСТИ ЕГО ДИАГНОСТИКИ

С. В. Столов[1, 2], М. Ю. Кабанов[3], К. В. Семенцов[2, 3], Т. Ю. Ямщикова[1], О. В. Макарова[1], Е. М. Углева[1]*

[1] Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия
[2] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия
[3] Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Госпиталь для ветеранов войн», Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 21.12.19 г.; принята к печати 01.04.20 г.

Приводится клинический случай абсцесса подвздошно-поясничной мышцы (илиопсоита), редкого абдоминального инфекционно-воспалительного заболевания, потребовавшего мультидисциплинарного подхода в диагностике данной патологии в условиях многопрофильного стационара.

Ключевые слова: *илиопсоит, абсцесс подвздошно-поясничной мышцы, трудный диагноз, редкий случай, мультидисциплинарный подход*

Для цитирования: Столов С. В., Кабанов М. Ю., Семенцов К. В., Ямщикова Т. Ю. Макарова О. В, Углева Е. М. 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.

* **Автор для связи:** Елена Михайловна Углева, ФГБУ ДПО «СПбИУВЭК» Минтруда России, 194044, Россия, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12. E-mail: uglevaem@mail.ru.

ABSCESS OF THE RIGHT ILIOPSOAS MUSCLE: RARE DISEASE AND DIFFICULTIES IN ITS DIAGNOSIS

Sergey V. Stolov[1, 2], Maksim Yu. Kabanov[3], Konstantin V. Semencov [2, 3], Tat'yana Yu. Yamshchikova[1], Olga V. Makarova[1], Elena M. Ugleva[1]*

[1] Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts, Saint Petersburg, Russia
[2] North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia
[3] Hospital for veterans of wars, Saint Petersburg, Russia

Received 21.12.19; accepted 01.04.20

The article presents the clinical case of an abscess of the iliopsoas muscle (iliopsoitis), a rare abdominal infectious and inflammatory disease that required a multidisciplinary approach in the diagnosis of this pathology in a multidisciplinary hospital.

Keywords: *iliopsoitis, abscess of the iliopsoas muscle, difficult diagnosis, rare case, multidisciplinary approach*

For citation: Stolov S. V., Kabanov M. Yu., Semencov K. V., Yamshchikova T. Yu., Makarova O. V., Ugleva E. M. Abscess of the right iliopsoas muscle: rare disease and difficulties in its diagnosis. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2020; 179(2):63–67. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-2-63-67.

* **Corresponding author:** Elena M. Ugleva, Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts, 11/12, Sampsonievskii pr., Saint Petersburg, 194044, Russia. E-mail: uglevaem@mail.ru.

Илиопсоит – воспаление подвздошно-поясничной мышцы – редкое инфекционно-воспалительное заболевание, встречающееся в 0,01 % из общего числа хирургических больных [1]. К факторам риска развития заболевания относятся диабет, различные формы иммуносупрессии (алкогольная зависимость, использование стероидов, ВИЧ-инфекция). В литературе опубликованы единичные

наблюдения илиопсоита [1–5]. Инфекционные агенты проникают в мышечную структуру лимфогенно (раны, ссадины, фурункулы нижних конечностей, промежности, ягодиц, нижней половины брюшной стенки), гематогенно из гнойных очагов другой локализации, либо распространяясь с гноем по мышечным лакунам, паранефральной клетчатке при паранефрите, параколите, остром аппендиците, остеомиелите XI–XII ребер, крыла подвздошной кости, поперечных отростков и боковых поверхностей тел поясничных позвонков. Причиной гнойного процесса может быть нагноившаяся гематома илиопсоаса, полученная в результате травмы [5, 6]. Иногда явных причин выявить не удается [5].

По данным М. И. Давидова и др. [1], наиболее частым инфекционным агентом является золотистый стафилококк (78,58 % случаев), значительно реже – гемолитический стрептококк, кишечная палочка, энтерококк и синегнойная палочка. Г. П. Кочетов и др. [5] отмечают, что у 4 наблюдаемых пациентов в результате бактериологического исследования раневого отделяемого выявлено наличие ассоциаций *Staphylococcus aureus* с широким спектром условно-патогенных микроорганизмов.

Редкость патологии, а также особенности забрюшинного расположения мышцы вблизи нервного сплетения, позвоночника, тазобедренного сустава, почек способствуют тому, что своевременная диагностика илиопсоита вызывает затруднения у клиницистов. По данным авторов [1–5], диагноз илиопсоита устанавливался чаще через неделю – 2 месяца от начала заболевания, либо во время операции по поводу «острого живота». На первых этапах заболевания предполагают радикулит, сакроилеит, коксартроз, люмбоишиалгию, паранефрит, аппендикулярный инфильтрат. Характерны боли в подвздошной, паховой области, передневнутренней поверхности бедра. В связи со сложностью диагностики чрезвычайно важно наличие *псоас-симптома:* бедро 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. Глубокая пальпация подвздошной ямки вызывает резко выраженную болезненность, особенно усиливающуюся при пальпации с поднятой ногой (напряжение подвздошно-поясничной мышцы) [7].

Кроме местных признаков, в большинстве случаев у больных отмечен клинико-лабораторный синдром системной воспалительной реакции: лихорадка, другие признаки интоксикации, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, токсическая зернистость нейтрофилов, увеличение СОЭ, тенденция к снижению гемоглобина, повышение содержания в крови С-реактивного белка (СРБ); иногда обнаруживается ревматоидный фактор, антистрептолизин-О [8].

В диагностике забрюшинных абсцессов большое значение имеют лучевые методики: рентгенологическое и ультразвуковое исследования, компьютерная или магнитно-резонансная томография [9, 10]. На обзорной рентгенограмме в зависимости от размеров гнойного процесса определяется изменение тени *m. Iliopsoas*, смазанность ее контуров вплоть до полного отсутствия тени всей мышцы [8]. Ультразвуковое исследование (УЗИ) обязательно всем пациентам с длительным болевым синдромом (люмбалгией), особенно при сочетании с воспалительным клинико-лабораторным синдромом и в группах риска развития гнойного процесса (наличие сахарного диабета, ВИЧ-инфекции, наркомании, туберкулеза, лечение системными глюкокортикостероидами) [10]. Мультиспиральная компьютерная томография обеспечивает высокую точность диагностики, позволяет обнаружить абсцесс, установить его взаимосвязь с соседними органами. Раннее выявление гнойно-воспалительного процесса является залогом успешного лечения и быстрого выздоровления больных [11].

Приводим клиническое наблюдение. Больной Е., 52 лет, инвалид II группы, обратился самостоятельно в приемное отделение СПбГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» 02.05.2019 г. с жалобами на интенсивные боли в правой паховой области, по внутренней поверхности бедра, в поясничной области, повышение температуры тела до 37,8 ºС. Вышеуказанные жалобы появились сутки назад, внезапно, после 4-часового управления автомашиной. В анамнезе – диффузно-дистрофическое заболевание позвоночника без нарушения функций, сахарный диабет II типа (принимает Дапаглифлозин по 10 мг утром), гипертоническая болезнь II ст., хронический гепатоз, хронический панкреатит. Аллергологический анамнез спокойный. Контакт с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, сифилис отрицает. Гемотрансфузий не было. Около 20 лет назад страдал фурункулезом. В апреле 2019 г. получил 10 процедур экстракорпоральных методов обработки крови (ЭКМОК) (лазеротерапия) с целью «очищения печени».

В приемном отделении осмотрен хирургом (подозревалась ущемленная правосторонняя паховая грыжа), данных за острую хирургическую патологию не обнаружено. Невролог: болезненность паравертебральных точек в поясничном отделе позвоночника справа, симптомы натяжения справа выражены, угол Ласега 35º справа. Установлен диагноз: «Дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника». Распространенный остеохондроз с преимущественным поражением поясничного отдела позвоночника. Радикулопатия L2-L4 справа. Сопутствующие заболевания: цереброваскулярная болезнь (ЦВБ). Дисциркуляторная энцефалопатия 1-й ст. преимущественно в вертебро-васкулярном бассейне (ВББ) с синдромом вестибулопатии. Сахарный диабет II типа. Гипертоническая болезнь II ст. Артериальная гипертензия 2-й ст. Диффузно-узловой зоб. Эутиреоз.

Больной госпитализирован в неврологическое отделение. Данные обследования. Рентгенография костей таза с захватом тазобедренных суставов (02.05.2019 г.) – костно-травматических изменений не выявлено. Снижение высоты рентгеновских суставных щелей тазобедренных суставов, субхондральный склероз суставных поверхностей, краевые костные разрастания как проявления деформирующего артроза 2-й ст. На обзорных рентгенограммах груди и живота существенных патологических изменений не выявлено. Рентгенография поясничного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях (03.05.2019 г.): признаки остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Грыжи Шморля тел L1, L2, L5 позвонков. Деформирующий спондилез 3-й степени на уровне видимых

отделов нижнегрудного отдела позвоночника, L1-L2, L3-L4 поясничного отдела позвоночника.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости (04.05.2019 г.): свободная жидкость в плевральных синусах, брюшной полости не определяется. Забрюшинные лимфоузлы не визуализируются. Гепатомегалия незначительная. Почки без особенностей. Спленомегалия незначительная. Электрокардиограмма: синусовая тахикардия (частота сердечных сокращений – 98/мин). Поворот сердца против часовой стрелки (левым желудочком вперед).

Клинический анализ крови (02.05.2019 г.): лейкоциты – $13{,}6\cdot10^9$/л, нейтрофильные лейкоциты – $11{,}5\cdot10^9$/л (85 %), эозинофильные лейкоциты – $0{,}02\cdot10^9$/л, лимфоциты – $1{,}3\cdot10^9$/л, эритроциты – $5{,}3\cdot10^{12}$/л, гемоглобин – 164 г/л, тромбоциты – $172\cdot10^9$/л; 04.05.2019 г.: лейкоциты – $12{,}8\cdot10^9$/л, нейтрофильные лейкоциты – $10{,}5\cdot10^9$/л (82 %), эозинофильные лейкоциты – $0{,}01\cdot10^9$/л, лимфоциты – $0{,}8\cdot10^9$/л, эритроциты – $5{,}0\cdot10^{12}$/л, гемоглобин – 154 г/л, тромбоциты – $188\cdot10^9$/л, СОЭ – 45 мм/ч. Биохимический анализ крови (02.05.2019 г.): билирубин общий – 65,8 мкмоль/л, билирубин прямой – 3,1 мкмоль/л, АЛТ – 22,2 Ед/л, АСТ – 16,1 Ед/л, креатинин – 75,5 мкмоль/л, протромбин по Квику – 11,4 %, глюкоза – 6,57 ммоль/л, холестерин – 7,85 ммоль/л, общий белок – 72,7 г/л. Биохимический анализ крови (04.05.2019 г.): билирубин общий – 33,1 мкмоль/л. Ревматоидный фактор – 26,6 Ед/мл (норма – 0,0–14,0), С-реактивный белок – 205,0 мг/л (норма – 0,0–5,0), фибриноген – 2092 мг/ % (норма – 180,0–400,0), ИФА, МРП на сифилис – отрицательно. Общий анализ мочи (03.05.2019 г.): реакция кислая, цвет желтый, удельный вес – 1,025; эритроциты, лейкоциты, билирубин, белок – отсутствуют, глюкоза – 56 ммоль/л, кетоны – 15,0 ммоль/л.

Назначенные инфузионная терапия, Дексаметазон, витамины группы В, Диклофенак, мочегонные не привели к улучшению состояния. Учитывая выраженность болевого синдрома и недостаточный эффект от введения противовоспалительных препаратов, назначены Трамадол в/м ежедневно, Атаракс 25 мг на ночь, Карбамазепин 600 мг/сутки. На 3-и сутки госпитализации (05.05.2019 г.) внезапно появились острая боль в области левого плечевого сустава и повышение температуры тела до 38 °С. Для исключения костно-травматических изменений выполнена рентгенография плечевого сустава в двух проекциях, которая показала, что суставная щель не снижена по высоте, соотношение в суставе правильное; данных за костно-травматические изменения не выявлено. Сохранялись боли в поясничной, правой паховой области, правом тазобедренном, левом плечевом суставах и выраженное ограничение движения в них. Осмотр терапевта (07.05.2019 г.): отек мягких тканей в области левого плечевого сустава, выраженная болезненность при неглубокой пальпации, местное повышение температуры. Учитывая воспалительные изменения в области сустава, наличие синдрома интоксикации (повышение температуры тела, нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ, увеличение уровня СРБ и фибриногена), высказано предположение о недифференцированном артрите. Рекомендовано иммунологическое обследование, компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости и легких для уточнения диагноза.

Исследование крови (07.05.2019 г.): Jg A – 1,62 г/л (0,7–4,0), Jg M – 0,96 г/л (0,4–2,3); HLA B27 – отриц.; *M. Pneumoniae* – Jg G не обнаружены. КТ органов грудной и брюшной полости (07.05.2019 г.): в органах грудной полости патологии не выявлено. Признаки утолщения правой подвздошно-поясничной мышцы с наличием зоны сниженной плотности в ее структуре (формирующийся абсцесс?). Рекомендовано исследование в динамике. Осмотрен хирургом, выставлен диагноз: «Инфильтрат левого плеча. Псоит справа». Назначена антибактериальная терапия: Левофлоксацин 0,5×2 р./сутки в/в, Метронидазол 500 мг 2 р./сутки в/в.

С 08.05.2019 г. по 13.05.2019 г. – наблюдение в динамике хирургами. На фоне антибактериальной терапии наблюдалось некоторое уменьшение интенсивности болевого синдрома, снижение температуры тела до 37,3–37,1 °С, однако в крови увеличился лейкоцитозоз до $17{,}6\cdot10^9$/л с нейтрофильной реакцией (87 %). Посевы крови на бактериальную флору (3 пробы от 06.05.2019 г. и 07.05.2019 г.) выявили рост *Staphylococcus aureus* 10^6. К лечению добавлен Цефтриаксон 1,0 однократно в сутки в/в. МРТ малого таза (14.05.2019 г.) – выявлено жидкостное образование с локализацией в правой подвздошно-поясничной мышце.

14.05.2019 г. больной переведен из неврологического в хирургическое отделение с основным диагнозом: «Абсцесс правой подвздошно-поясничной мышцы, инфильтрат левого плеча, синдром системной воспалительной реакции». При осмотре выявлен положительный псоас-симптом: правая нижняя конечность согнута в тазобедренном суставе, приведена к животу, при ее выпрямлении – усиление боли в паховой области. Выполнена операция: дренирование абсцесса под контролем УЗИ. Под внутривенной анестезией произведена пункция жидкостного образования правой подвздошной области внебрюшинно из двух точек, получен гной, взят на посев. В верхней точке абсцесса установлен дренаж 12 СН, в нижней – 30 СН. Контрастирование показало, что дренажи сообщаются друг с другом. Посев отделяемого из раны выявил рост *Klebsiella pneumoniae* в титре менее 10^3.

МРТ малого таза с внутривенным контрастным усилением (17.05.2019 г.): состояние после дренирования абсцесса правой подвздошной области. МР-картина полости абсцесса (положительная динамика в виде выраженного уменьшения объема по сравнению с 14.05.2019 г.). Отек поперечной и косых мышц живота на уровне выхода дренажных трубок, малой ягодичной мышцы, большой ягодичной мышцы справа, наиболее вероятно, реактивного характера. Остеоартроз правого тазобедренного сустава. МР-данные за объемные образования, изменения вторичного характера на уровне сканирования не получены. Начальные МР-признаки гиперплазии предстательной железы.

Проведена фистулография (23.05.2019 г.): через наружный дренаж, установленный в абсцесс, введен урографин. Визуализируется полостное внеорганное образование забрюшинного пространства в проекции правой подвздошной области, неправильной формы, с нечеткими контурами, общими размерами 12,7×3,1 см, 5,0×10,5 см в боковой проекции. Рентгенологических признаков затеков контрастного вещества в брюшную полость и полость правого тазобедренного сустава не получено.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Сохранялась повышенная температура тела до 37,3–37,7 °С. После получения результатов посева отделяемого из раны назначены Ванкомицин 1,0×2 р./сутки и Рифампицин – 0,45×2 р./сутки. Отмечено значительное улучшение состояния пациента – нормализовалась температура тела, уменьшились боли в правом тазобедренном суставе, подвздошной области, левом плечевом суставе. Биохимический анализ крови (23.05.2019 г.): билирубин общий – 15,0 мкмоль/л, глюкоза – 6,73 ммоль/л. Клинический анализ крови (31.05.2019 г.): лейкоциты – $7{,}0\cdot10^9$/л, нейтрофилы 57 %, эритроциты – $4{,}46\cdot10^{12}$/л, гемоглобин – 135 г/л. Биохимический анализ крови: СРБ – 21,0 мг/л (норма – 0,0–5,0). Выписан из стационара с улучшением. Функция суставов не нарушена, больной обслуживает себя в полном объеме. Рекомендовано наблюдение участкового хирурга, терапевта, ортопеда по месту жительства.

Таким образом, на основании изложенного можно сделать выводы об особенностях течения илиопсоита у больного Е.

1. У пациента с хроническим диффузно-дегенеративным заболеванием позвоночника в анамнезе при поступлении преобладала неврологическая симптоматика, что позволило предположить радикулопатию.

2. Выраженный синдром системной воспалительной реакции в виде лихорадки, нейтрофильного лейкоцитоза, увеличенного СОЭ, повышения СРБ и фибриногена, не характерный для распространенного остеохондроза позвоночника, а также объективные признаки наличия артрита тазобедренного и плечевого суставов потребовали расширенного обследования для уточнения диагноза. Не исключалась ревматическая природа заболевания.

3. Компьютерная томография обеспечила точную диагностику, обозначив наличие формирующегося абсцесса правой подвздошно-поясничной мышцы, отсутствие гнойных и онкологических процессов других локализаций. В дальнейшем результаты МРТ-исследования позволили уточнить изменения в данной мышце, правом тазобедренном и левом плечевом суставах, подтвердив наличие илиопсоита.

4. Фактор, приведший к развитию илиопсоита, не установлен. Неблагоприятным фоном явился сахарный диабет II типа, который, возможно, способствовал возникновению и распространению инфекционного процесса. Воспалительное поражение тазобедренного и плечевого суставов имело реактивный характер, поскольку было купировано лечением основного заболевания.

5. Своевременное малоинвазивное хирургическое вмешательство и адекватная антибиотикотерапия обеспечили быстрый положительный эффект.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давидов М. И., Субботин В. М., Токарев М. В. Клиника, диагностика и лечение острого илиопсоита // Хирургия. 2011. № 11. С. 68–73.
2. Давидов М. И., Токарев М. В. Острый гнойный илиопсоит и его отличия от острого паранефрита // Эксперим. и клин. урология. 2016. № 2. С. 100–105.
3. Соловьев А. А., Петрушин В. В., Гайдук В. П. и др. Случаи гнойных илиопсоитов у военнослужащих // Вестн. хир. им. И. И. Грекова. 2008. № 1. С. 100–104.
4. Ольхова Е. Б., Мукасеева Т. В. Ультразвуковая диагностика гнойного псоита у новорожденного (клиническое наблюдение) // Радиология – Практика. 2017. № 1. С. 59–64.
5. Гнойный илеопсоит : вопросы этиологии, диагностики и лечения / Г. П. Кочетов, М. С. Балеев, Н. Н. Митрофанова, В. Л. Мельников // Фундам. исслед. 2015. № 1–5. С. 972–974. URL: http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=37498 (дата обращения: 06.06.2019).
6. Гостищев В. К. Клиническая оперативная гнойная хирургия : рук. для врачей. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 448 с. URL: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437506.html (дата обращения: 06.06.2019).
7. Гостищев В. К. Абсцессы и флегмоны забрюшинного пространства. Лечение. URL: https://medbe.ru/materials/infektsii-v-khirurgii/abstsessy-i-flegmony-zabryushinnogo-prostranstva-lechenie/ (дата обращения: 06.06.2019).
8. Гнойный илеопсоит. URL: https://laesus-de-liro.livejournal.com/328411.html (дата обращения: 06.06.2019).
9. Суковатых Б. С., Сумин С. А., Горшунова Н. К. Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 656 с. URL: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438466.html (дата обращения: 06.06.2019).
10. Овчинникова Е. А., Доценко И. А., Мелях С. Ф. Псоас-абсцесс : принципы и возможности ультразвуковой визуализации (обзор литературы) // Фтизиатрия и пульмонология. 2012. № 1. С. 28–37.
11. Затевахин И. И. Абдоминальная хирургия / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. 912 с. URL: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444047.html (дата обращения: 06.06.2019).

REFERENCES

1. Davidov M. I., Subbotin V. M., Tokarev M. V. Clinical features, diagnosis and treatment of acute iliopsoita. Khirurgiya. 2011;11:68–73. (In Russ.).
2. Davidov M. I., Tokarev M. V. Acute purulent iliopsoit and how it differs from acute paranephritis. Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya. 2016;2:100–105. (In Russ.).
3. Solov'ev A. A., Petrushin V. V., Gajduk V. P., Zotov I. V., Pchelkin V. A. Cases of septic iliopsoitov servicemen. Vestnik khirurgii. 2008;1:100–104. (In Russ.).
4. Ol'hova E. B., Mukaseeva T. V. Ultrasound diagnosis of purulent psoita newborn (clinical observation). Radiologiya – Praktika. 2017;1:59–64. (In Russ.).
5. Kochetov G. P., Baleev M. S., Mitrofanova N. N., Mel'nikov V. L. Purulent ileopsoit: etiology, diagnosis and treatment. Fundamental'nye issledovaniya. 2015;1–5:972–974. Available at: http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=37498 (accessed: 06.06.2019). (In Russ.).
6. Gostishchev V. K. Clinical operative purulent surgery: a guide for physicians. Moscow, GEOTAR-Media, 2016:448. Available at: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437506.html (accessed: 06.06.2019). (In Russ.).
7. Gostishchev V. K. Abstsessy i flegmony zabryushinnogo prostranstva. Lechenie. Available at: https://medbe.ru/materials/infektsii-v-khirurgii/abstsessy-i-flegmony-zabryushinnogo-prostranstva-lechenie/ (accessed: 06.06.2019). (In Russ.).
8. Gnoinyi ileopsoit. Available at: https://laesus-de-liro.livejournal.com/328411.html (accessed: 06.06.2019). (In Russ.).
9. Sukovatyh B. S., Sumin S. A., Gorshunova N. K. Surgical trauma and disease in general medical practice. Moscow, GEOTAR-Media, 2016:656. Available at: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438466.html (accessed: 06.06.2019). (In Russ.).
10. Ovchinnikova E. A., Docenko I. A., Melyah S. F. Psoas abscess: Principles and ultrasonic imaging capabilities (literature review). Ftiziatriya i pul'monologiya. 2012;1:28–37. (In Russ.).
11. Zatevahin I. I. Abdominal surgery. Ed. by I. I. Zatevahina, A. I. Kirienko, V. A. Kubyshkina. Moscow, GEOTAR-Media, 2017:912. Available at: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444047.html (accessed: 06.06.2019). (In Russ.).

Информация об авторах:

Столов Сергей Валентинович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой терапии, МСЭ и реабилитации № 1, Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов; профессор кафедры терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи им. Э. Э. Эйхвальда, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-3431-1224; **Кабанов Максим Юрьевич**, доктор медицинских наук, профессор, полковник медицинской службы запаса, начальник Госпиталя, Госпиталь для ветеранов войн (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-3413-6382; **Семенцов Константин Валерьевич**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова; начальник Госпиталя по хирургии, Госпиталь для ветеранов войн (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0003-0198-3291; **Ямщикова Татьяна Юрьевна,** кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, МСЭ и реабилитации № 1, Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0003-2883-0033; **Макарова Ольга Владимировна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, МСЭ и реабилитации № 1, Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0003-0198-3291; **Углева Елена Михайловна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, МСЭ и реабилитации № 1, Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0003-2831-1495.

Information about authors:

Stolov Sergey V., Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Therapy, Medical andSsocial Expertise and Rehabilitation № 1; Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts; Professor of the Department of Therapy, Rheumatology, Examination of Temporary Disability and Quality of Medical Care named after E. E. Eichwald, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-3431-1224; **Kabanov Maksim Yu.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, retired colonel of the medical service, Head of the Hospital, Hospital for veterans of wars (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-3413-6382; **Semenczov Konstantin V.**, Cand. of Sci. (Med.), associate Professor of the Department of General Surgery, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov; Chief of Surgery at the Hospital, Hospital for veterans of wars (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0003-0198-3291; **Iamshchikova Tat'yana Yu.**, Cand. of Sci. (Med.), associate Professor of the Department of Therapy, Medical and Social Expertise and Rehabilitation № 1, Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0003-2883-0033; **Makarova Olga V.**, Cand. of Sci. (Med.), associate Professor of the Department of Therapy, Medical and Social Expertise and Rehabilitation № 1, Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0003-0198-3291; **Ugleva Elena M.**, Cand. of Sci. (Med.), associate Professor of the Department of Therapy, Medical and Social Expertise and Rehabilitation № 1, Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0003-2831-1495.