

Лекция
«Некрозы, гангрены, язвы,
свищи, пролежни, артриты,
панариции, остеомиелиты,
— туберкулез костей и —
суставов»

Кафедра хирургических болезней № 1

Определение

- Некроз (или омертвление) - есть смерть клеток, тканей, органов в определенной части живого организма.
- Некроз – омертвление тканей, части или всего живого организма.
- Причины некроза: 1) разрушение, вследствие какого-либо внешнего воздействия (травма); 2) расстройства кровообращения; 3) нарушение трофики (трофической иннервации).

Некрозы.



- Расстройство кровообращения возникает при:
- • нарушении деятельности ССС (декомпенсация, эмболия);
- • длительном спазме или облитерации сосудов (облитерирующий атеросклероз, эндартерит, тромбоз артерий);
- • сдавлении или ранения сосудов (несвоевременно снятый жгут, гипсовая повязка);
- • нарушении химизма крови (нарушения свертывающей и противосвертывающей систем, приводящее к тромбозу сосуда).
- Нарушение трофики приводят к омертвлению тканей и органов, вызывает развитие язв (повреждения спинного мозга, крупных нервных стволов).

На быстроту развития
омертвления влияют:

- анатомо-физиологические
особенности;
- инфекция;
- внешняя среда;
- состояние организма.

- *Анатомо-физиологические особенности:* магистральный или рассыпчатый тип артериального русла, наличие или отсутствие сосудистых анастомозов, состояние сосудистой стенки (артериальный склероз, эндартериит, тромбангит, трофоневроз, сдавление сосуда);
- *Инфекция:* присутствие микробов и их токсинов ускоряет развитие и увеличивает распространение некроза тканей (газовая гангрена, гангренозный аппендицит, холецистит, гангрена легкого и т.д.)

- *Влияние внешней среды:* охлаждение усиливает спазм сосудов, что содействует развитию некроза; быстрое согревание тканей при нарушении кровообращения (при отморожении) также ускоряет некроз.
- *Состояние организма:* ослабление организма (авитаминоз, сахарный диабет, нарушение состава крови, интоксикация) приводят к омертвлению тканей.

- Гангрена – это омертвление части органа, тела в живом организме. Это одна из форм некроза, обусловленная первичным нарушением кровообращения с развитием омертвления тканей органа. Различают сухую (коагуляционный некроз) и влажную (колликвационный некроз) гангрены.



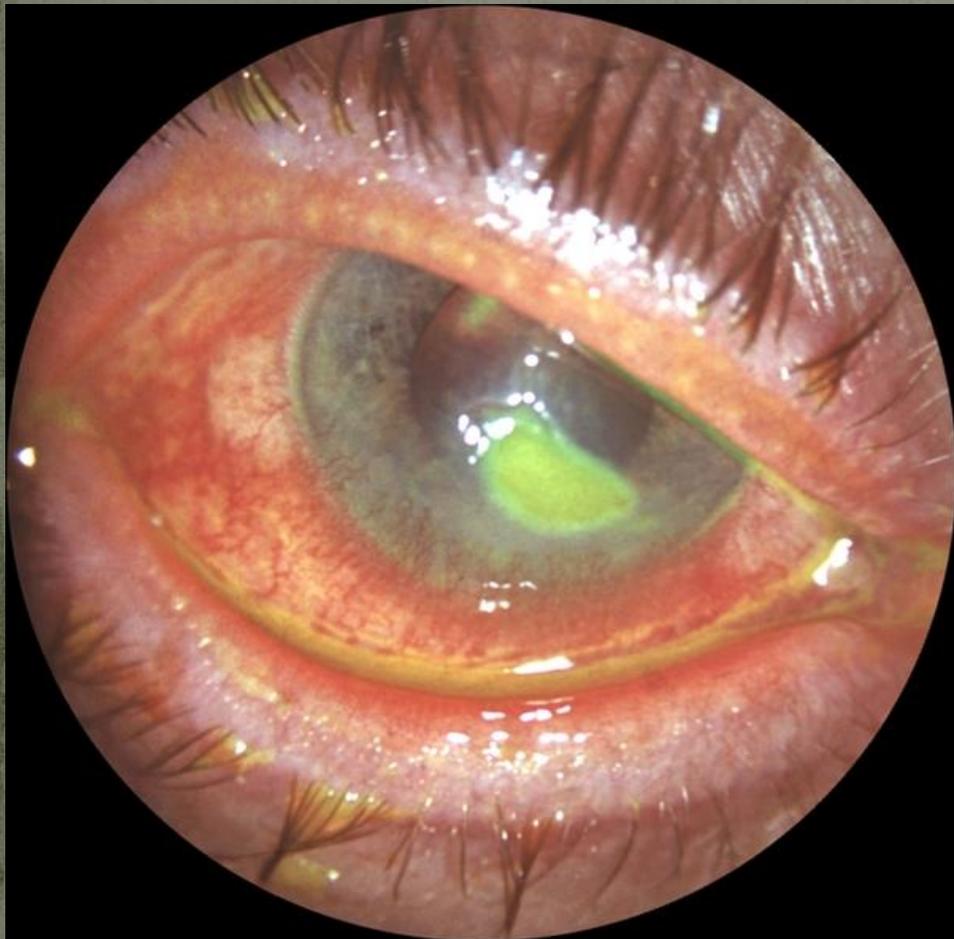
По происхождению выделяют:

- 1) *неспецифическую гангрену*, которая развивается при:
 - • ранении сосуда;
 - • несвоевременном снятии жгута, ущемлении, перекруте органов;
 - • термических и химических ожогах;
 - • нарушении трофики тканей (пролежни, трофические язвы);
 - • воздействии микробов и их токсинов;
 - • перевязке сосудов;
 - • тромбозе и эмболии магистральных артерий;

- 2) *специфическую гангрену* при:
- • атеросклерозе;
- • сифилисе;
- • сахарном диабете;
- • облитерирующем эндартерите;
- • гангренозных дерматозах:
- • стрептококковой, стафилококковой инфекции;
- • гангрене кожи на фоне хронических инфекционных заболеваний;
- • гангрене кожи при хроническом инфицировании;
- • гангрене кожи при отравлении свинцом, фосфором и др. .

- Язва - это дефект кожи или слизистых оболочек, а также глубоколежащих тканей, развивающихся в результате их омертвления с отсутствием или слабовыраженными регенеративными процессами. Язвы образуются после отторжения некротизированной ткани – кожи или слизистой оболочки.

ЯЗВЫ.



● Этиология язв:

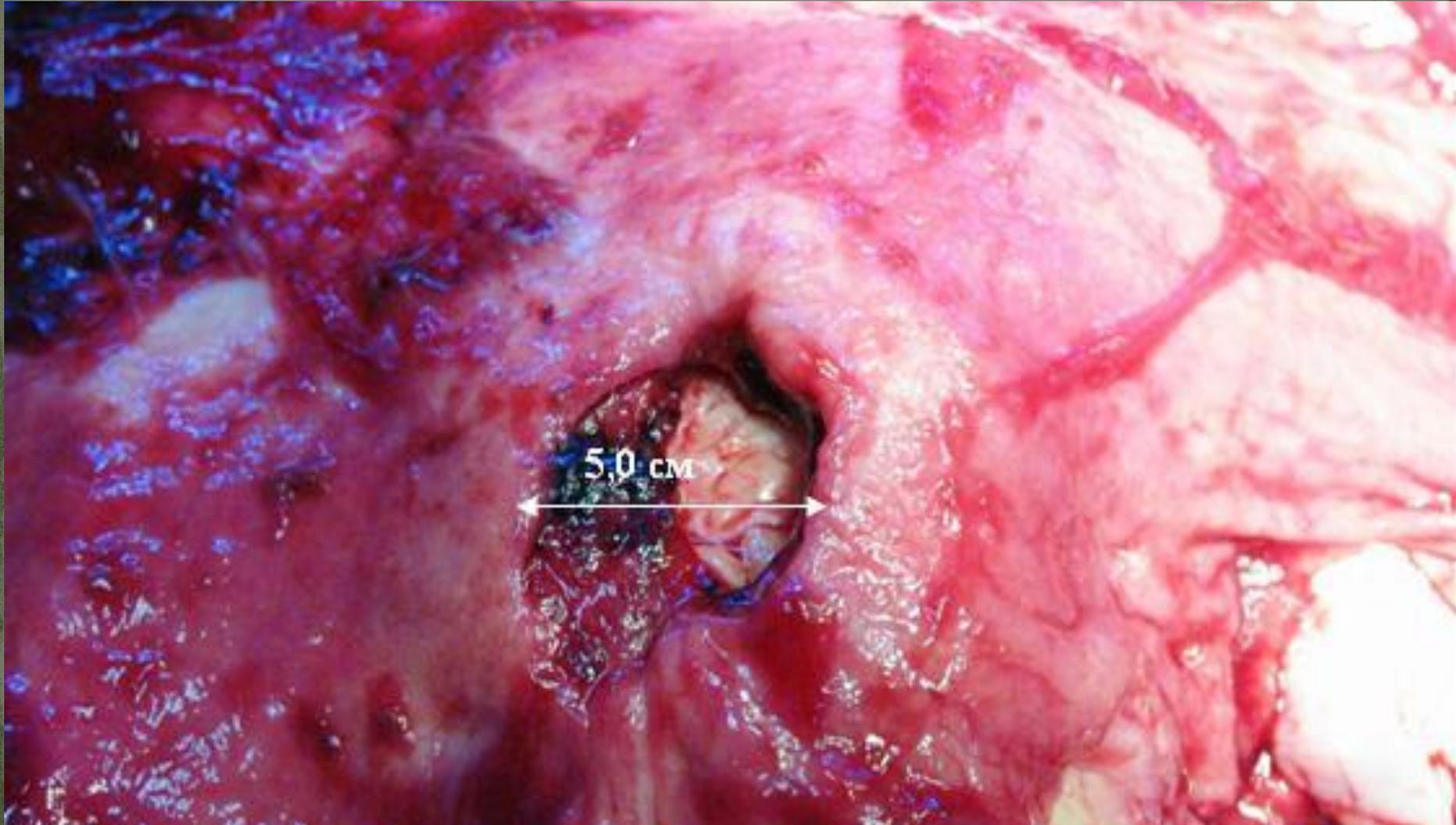
- • расстройство кровообращения и лимфообращения (при нарушении артериального кровотока – тромбоз или эмболия, при нарушении венозного кровотока – тромбофлебит, варикозная болезнь, при нарушении лимфооттока – слоновость);
- • травмы (механические, термические, электрические, химические, лучевые);
- • при хронических облитерирующих заболеваниях периферических и органических артерий;
- • инфекция (сифилис, туберкулез, актиномикоз, рожистое воспаление, глубокие микозы и т.д.);
- • расстройство обмена (сахарный диабет, цинга, болезни крови);
- • трофические расстройства (травма нервных стволов, спинная сухотка, спрингомиелия);
- • изъязвление опухолей (распад);
- • системные болезни (коллагенозы, болезни крови и кроветворных органов).

Трофическая язва голени и тыла стопы.



- Выделяют специфические язвы (при сифилисе, туберкулезе, актиномикозе, опухоли) и неспецифические язвы.

Язва желудка.



- Свищ – это узкий канал, выстланный грануляциями или эпителием и соединяющий орган, естественную или патологическую полость или глубоколежащие ткани с поверхностью тела или органы (полости) между собой. Причинами свищей могут быть воспалительные процессы, опухоли, травмы, инородные тела, пороки развития, нарушения трофики тканей или органов.

- Классификация:

- 1. По происхождению различают: врожденные и приобретенные свищи. *Приобретенные* делятся на: а) вызванные патологическим процессом и развивающиеся в результате *воспаления* (остеомиелит, инородные тела, лигатуры), при разрушении тканей *опухолью* и при *травмах*;
- б) созданные оперативным путем: искусственные свищи мочевого пузыря (эпицистостома), желчного пузыря (холецистостома), желудка (гастростома), кишечника (колостома, илеостома).

- 2. По отношению к внешней среде различают: наружные, внутренние и смешанные (соединения органов между собой и с внешней средой).
- 3. По строению: гранулирующие – чаще патологические; эпителиальные – чаще врожденные; губовидные – чаще искусственные.
- 4. По характеру отделяемого: мочевые; гнойные; каловые; желчные; слизистые; ликворные.

- Общие принципы лечения.
- Включают три основных фактора: 1) местное лечение; 2) общее лечение; 3) оперативные методы ликвидации свища.

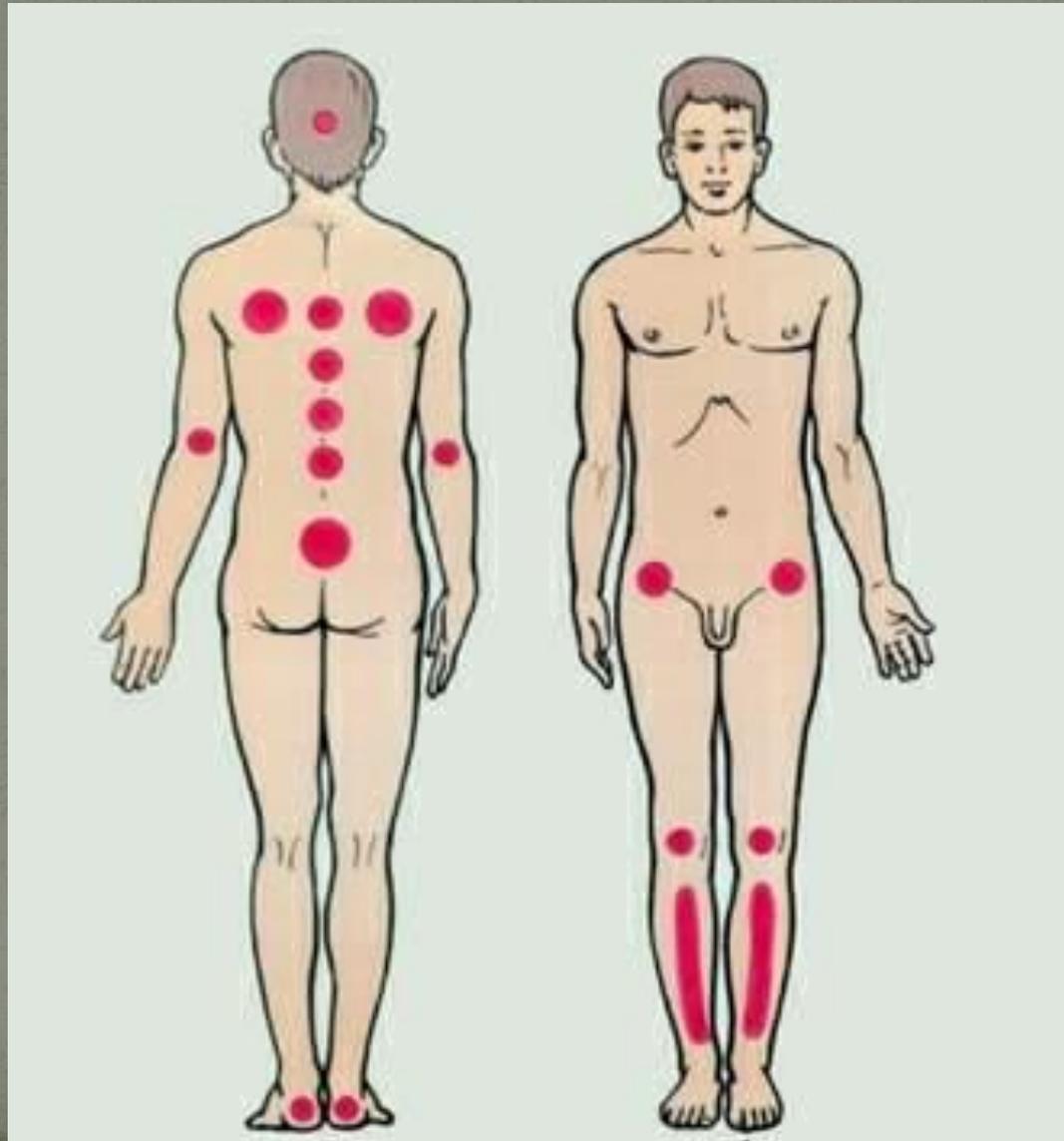
Пролежни.



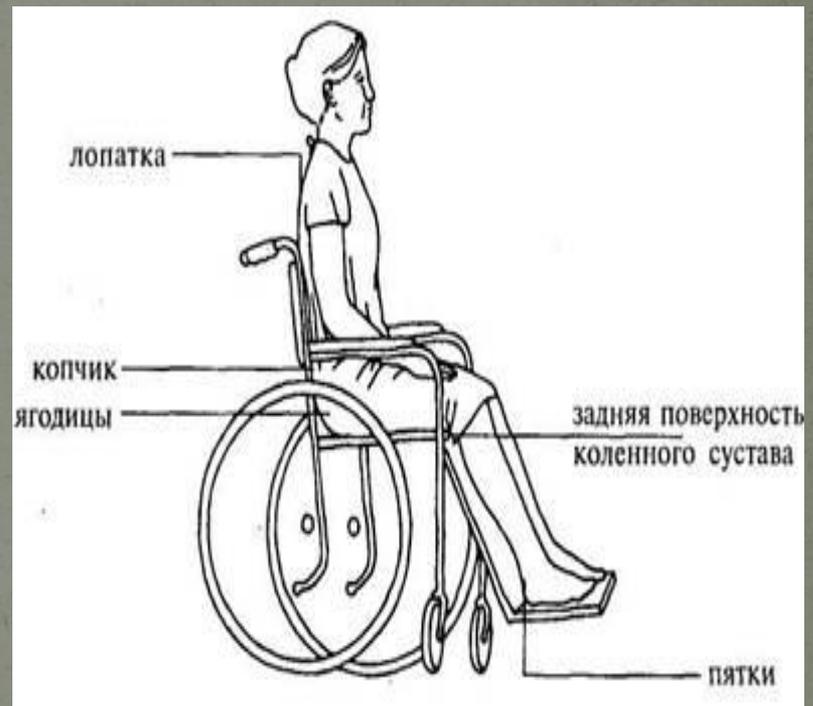
- Пролежнями называется язвенный некротический процесс, развивающийся у ослабленных больных на тех областях тела, которые подвергаются постоянному давлению.

- *Причины: длительная ишемия и нейротрофические изменения тканей. Различают:*
- *• экзогенные пролежни, т.е. вызванные механическими факторами; обычно это длительное неподвижное лежание больных, за которыми налажен плохой уход, у этих больных в местах, где под кожей выступают кости (лопатки, крестец, пяточные бугры), появляются пролежни;*

Локализация пролежней.



- *эндогенные пролежни, развитие которых определяется нарушением жизнедеятельности организма, сопровождающимися нейротрофическими изменениями тканей.*



Принципы профилактики:

- Уменьшение трения или сдвига
- Полноценное питание и личная гигиена
- Уменьшение раздражителей кожи
- Уход за кожей
- Снижение влажности кожи
- Регулярность и правильность отправлений (мочи и кала)
- Уменьшение сдавления

Лечение:

- при 1 стадии: УФ облучение, электростатический душ, смазывание 10% камфорным спиртом
- при 2 стадии: смазывание мазью «Солкосерил»
- При 3 и 4 стадии: хирургическое лечение, перевязки, мазь, общеукрепляющие мероприятия.

Нозологические формы

- Остеомиелит
- Артрит
- Бурсит
- Панариций
- Костно-суставной туберкулез
- Сифилис костей

Определение остеомиелита

- **Остеомиелит** – это гнойно-воспалительное заболевание костного мозга, костной ткани, надкостницы и окружающих мягких тканей, сопровождающееся остеолизом и остеонекрозом.

Исторические данные

- Термин Остеомиелит ввел в литературу в 1831 году Рейно для обозначения воспалительного осложнения перелома костей. Попытки некоторых авторов заменить название “остеомиелит”, такими как “паностит”, “остеит”, не увенчались успехом, и большинство хирургов придерживаются первоначального термина.
- Воспаление кости было известно давно. О нем упоминается в трудах Гиппократ, Абу Али Ибн Сины, А. Цельса, К.Галена и др. Однако классическое описание клинической картины острого остеомиелита в 1853 году дал французский хирург Ch. M. E. Chassaignac.

Распространенность

- Частота наблюдений остеомиелита в хирургических отделениях различного профиля составила от 6% до 12% общего количества больных.
- Анализ материалов Медико-социальной экспертной комиссии, проведенный в различных регионах страны рядом авторов, позволил установить, что 5,5 - 25% больных хроническим остеомиелитом имели постоянно или в течение длительного времени инвалидность различной степени

Этиология



Возбудитель в большинстве случаев золотистый стафилококк. Грамположительная и грамотрицательная флора в виде: монокультуры (стафилококк, стрептококк и другие виды)

смешанная или ассоциированная культура (двойная ассоциация, тройная ассоциация и т.д.)

Современная классификация остеомиелита

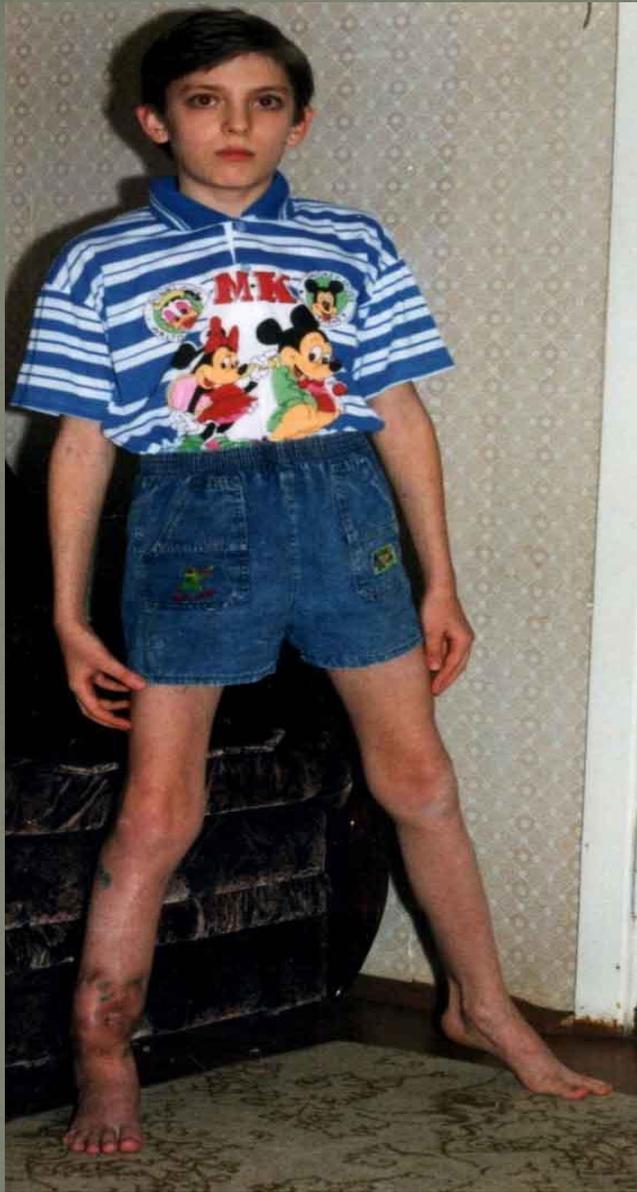
Классификация остеомиелита:

1. Этиология
1. Монокультура
2. Смешанная или ассоциированная культура
3. Двойная ассоциация
4. Тройная ассоциация
5. Возбудитель не выделен
2. Клинические формы
1. Острый гематогенный остеомиелит:
2. Генерализованная форма:
 1. Септикотоксический
 2. Септикопиемический
3. Местная (очаговая)
4. Посттравматический остеомиелит:
5. Развившийся после перелома кости
6. Огнестрельная
7. Послеоперационный (включая спицевой)
8. Пострадиационный
9. Атипичные формы:
10. Абсцесс Броди (вялотекущий внутрикостный процесс)
11. Альбуминозный (остеомиелит Оллье)
12. Антибиотический
13. Склерозирующий (остеомиелит Гарре)

3. Стадии и фазы гематогенного остеомиелита
1. Острая стадия
2. Интрамедуллярная фаза
3. Экстремедуллярная фаза
4. Подострая стадия
5. Фаза выздоровления
6. Фаза продолжающегося процесса
7. Хроническая стадия
8. Фаза обострения
9. Фаза ремиссии
10. Фаза выздоровления
4. Локализация процесса и клинические формы
1. Остеомиелит трубчатых костей
2. Остеомиелит плоских костей
3. Морфологические формы
4. Диффузная
5. Очаговая
6. Диффузно-очаговая
5. Осложнения
1. Местные
2. Патологический перелом
3. Патологический вывих
4. Ложный сустав
5. Другие местные осложнения
6. Общие

Классификация остеомиелита

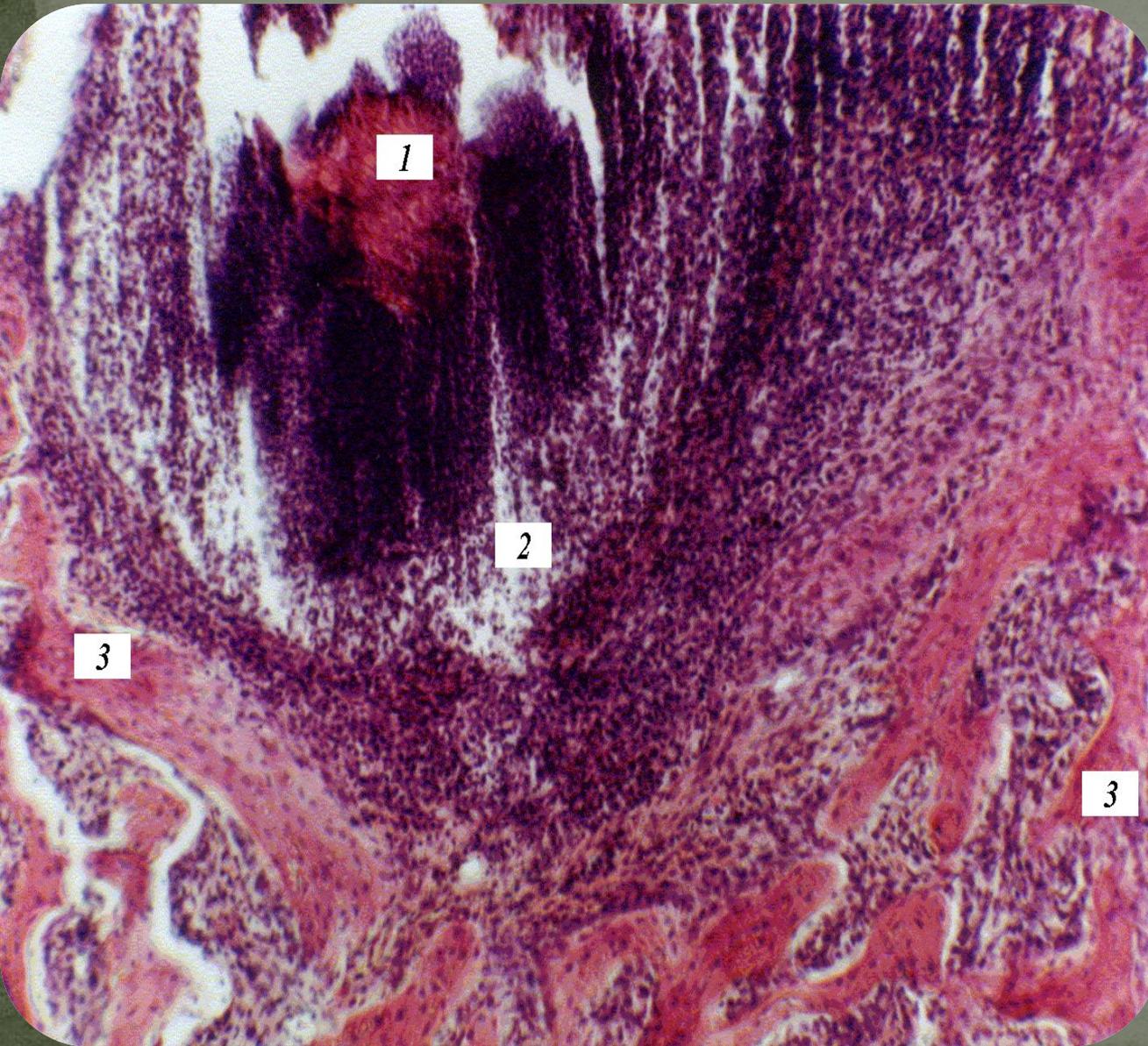
- 1). По этиологическому признаку:
неспецифический;
специфический (туберкулез, сифилис, лепра).
- 2). По пути инфицирования:
гематогенный – гнойная микрофлора с кровью попадает в кость;
посттравматический (негематогенный):
 - а) травматический;
 - б) огнестрельный (как разновидность травматического);
 - в) контактный остеомиелит, возникающий при переходе гнойного воспаления на кость с прилегающих тканей или органов *per continuitatem*.
- 3). По клиническому течению:
 - 1) Гематогенный.
 - а) острый (токсическая форма, септикопиемическая, местная);
 - б) первично-хронический, атипичный.
 - в) вторичный хронический;
 - 2). Негематогенный:
 - а) острый,
 - б) хронический.



Патогенез

Ведущим звеном в патогенезе
остеомиелита является
существенное нарушение
физиологических механизмов
периферического кровообращения
в результате спазма сосудов,
обеднения артериального русла и
возникающего при этом
компенсаторного
артериовенозного шунтирования.

Патогенез



Невозможность достижения бактерицидной концентрации антибактериальных препаратов в секвестрах из-за недостаточного кровообращения в пиогенных очагах делает малоэффективной традиционную антимикробную терапию. Vegetирующая на секвестрах патогенная флора либо permanently поддерживает хроническое гнойное воспаление, либо вызывает рецидивы после периодов ремиссии, и тем самым не допускает даже тенденции к самоизлечению.



Секвестры

Острый гематогенный остеомиелит

Острый гематогенный
остеомиелит (ОГО) –
воспаление всех элементов
кости и параоссальных тканей
с возможной генерализацией
процесса в результате
эндогенного заноса в кость
возбудителей инфекции.

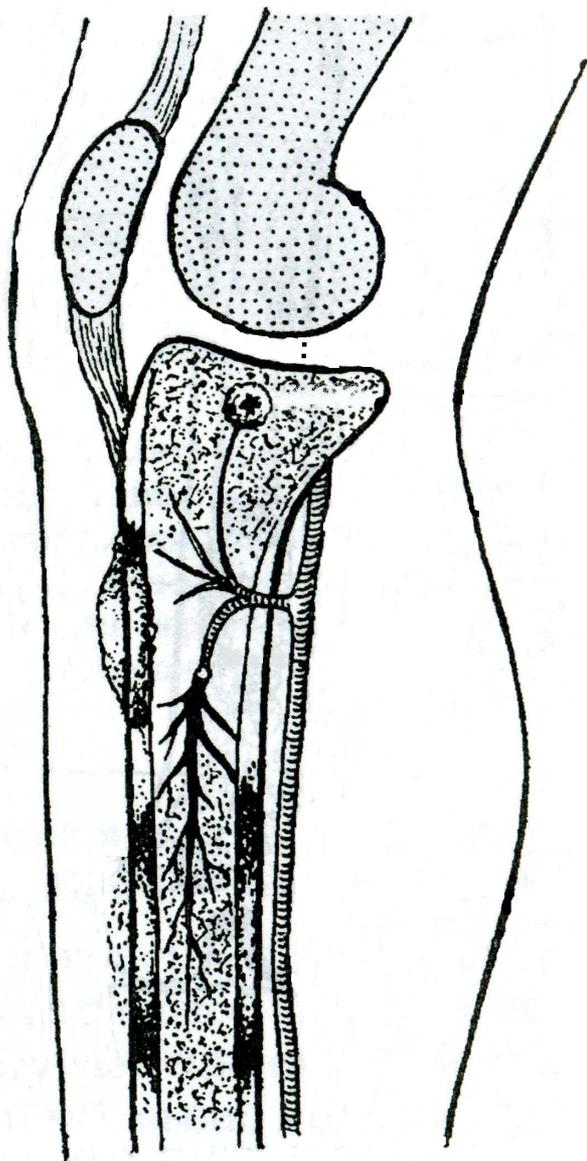


Предрасполагающие факторы:

- анатомо-физиологические особенности кровоснабжения костей у детей (у детей богатая кровеносная сеть в трубчатых костях; эпифиз и диафиз имеют самостоятельную артериальную систему, при этом сосуды диафизов имеют магистральный тип кровоснабжения, а эпифизов и частично метафизов – петлистую сеть мелких сосудов.);
- биологические и иммунологические особенности (играет роль реактивность организма);

Провоцирующие факторы:

- травма;
- переохлаждение;
- переутомление;
- неполноценное питание.
- Разрешающий (реализующий) фактор – расстройство микроциркуляции в кости:



Острый гематогенный остеомиелит

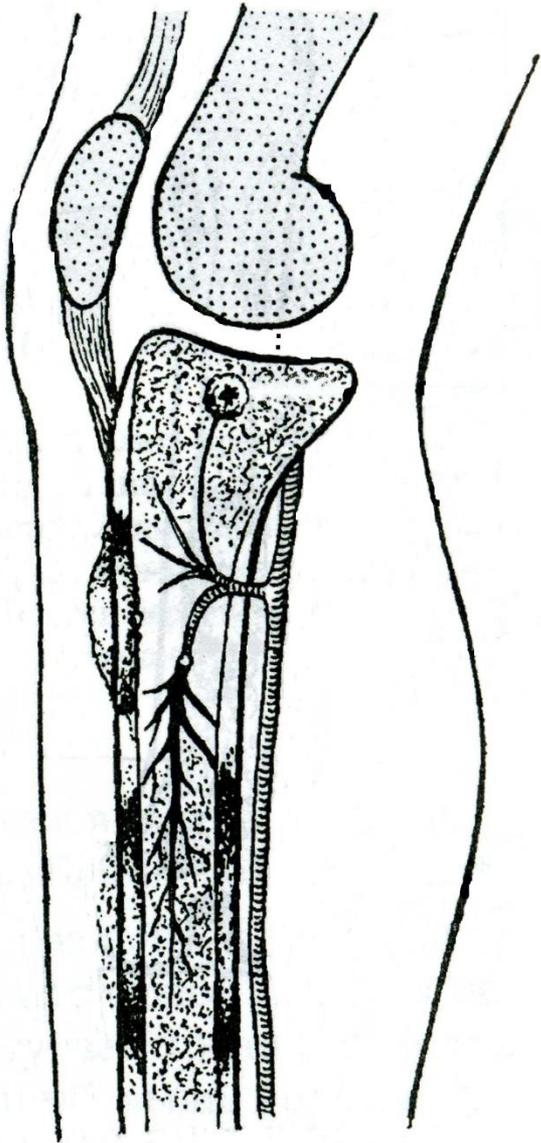
Острый гематогенный остеомиелит

ОГО – это тяжелое заболевание, которым, как правило, болеют дети и подростки 8-14 лет (около 75 %), при этом мальчики болеют в 3-5 раз чаще.

Поражаются преимущественно длинные трубчатые кости в тех отделах, за счет которых осуществляется рост кости (т.е. нижняя треть бедренной кости и верхняя треть большеберцовой и плечевой костей).

Клиника

В течение 1-2 суток слабость, недомогание, боль в конечности, затем боли резко усиливаются, повышается температура тела до 39°C , озноб, головная боль, бывает рвота. Через 2-3 суток появляется припухлость, местное повышение температуры тела, увеличиваются региональные лимфатические узлы. В конце 1-й и начале 2-й недели в области припухлости появляется флюктуация. При прорыве гноя в межмышечное пространство состояние больного несколько улучшается за счет уменьшения болей. Без хирургического вмешательства гной может прорваться наружу. При неблагоприятных условиях межмышечная флегмона может привести к гнойному артриту или сепсису



Острый гематогенный остеомиелит

ДИАГНОСТИКА



Лабораторная диагностика.

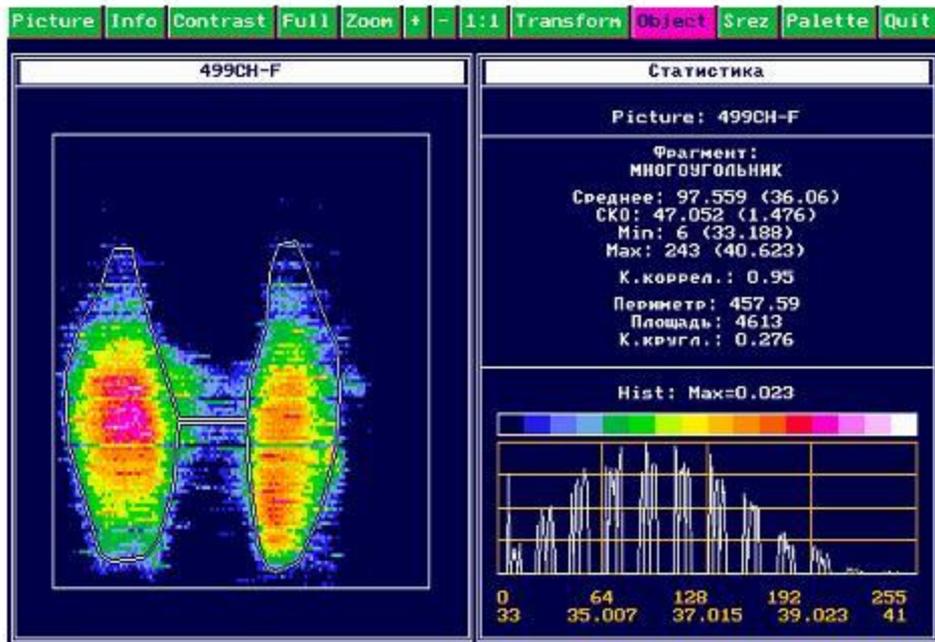
В анализах крови:
лейкоцитоз,
палочкоядерный
сдвиг, снижение
альбуминов,
повышение α 1-и α 2-
глобулинов,
гипокалемия,
гипохлоремия,
гиперкальциемия,
гиперфосфоремия.
В анализах мочи:
белок, лейкоциты,
цилиндры, иногда,
бактериурия.



Диагностика

Рентгенография костей.

Однако первые изменения появляются со второй недели. Ранние признаки (на «мягком» снимке): отек и уплотнение мышц. На 10-14 сутки – отслоение надкостницы (тонкая линейная тень с гладким наружным и неровным внутренним контурами, приподнятая над тенью коркового слоя диафиза) – периостит, позже появляются зоны разрежения (остеопороз) и смазывания структуры губчатой кости в области метафиза (очаги деструкции).

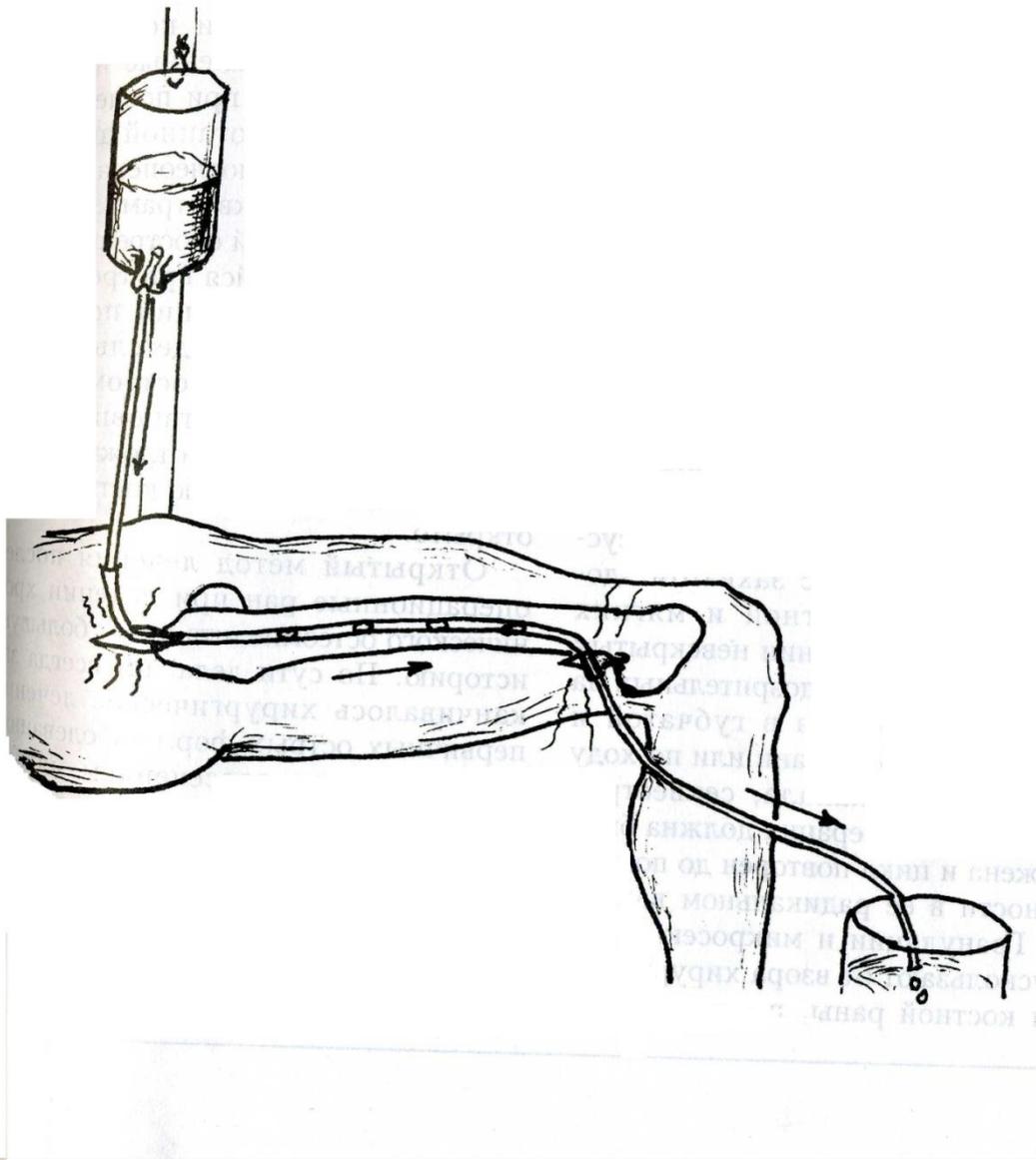


Диагностика

- УЗИ.
- Термометрия и термография пораженной конечности; внутрикостная термометрия.
- Пункция кости и остеотонометрия;

Лечение.

- Включает консервативное и оперативное лечение.
- Общее – общие принципы лечения гнойной инфекции (лечение должно быть направлено на борьбу с интоксикацией, снятие боли, поднятие защитных сил организма и т.д.).



Лечение

Местное.

декомпрессивная
остеоперфорация,
промывание,
дренирование;

вскрытие и
дренирование
межмышечных
флегмон.

Оперативное лечение

Операция показана при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 24-48 часов.

В послеоперационном периоде: внутрикостный лаваж, местная физиотерапия, покой и иммобилизация больной конечности.



Виды операций

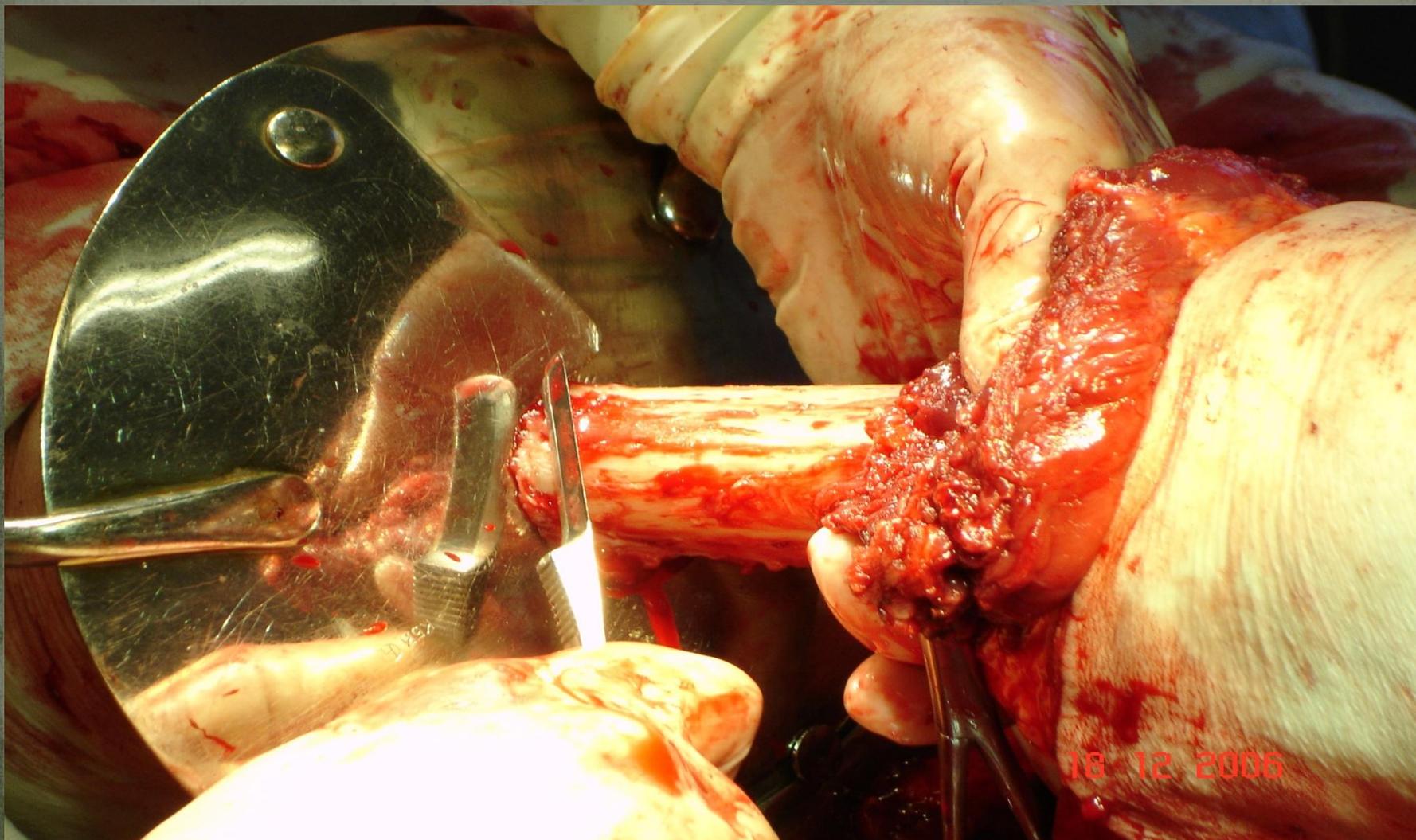


- 1) вскрытие флегмоны;
- 2) рассечение надкостницы для удаления гноя;
- 3) трепанация костно-мозговой полости путем наложение нескольких фрезевых отверстий;

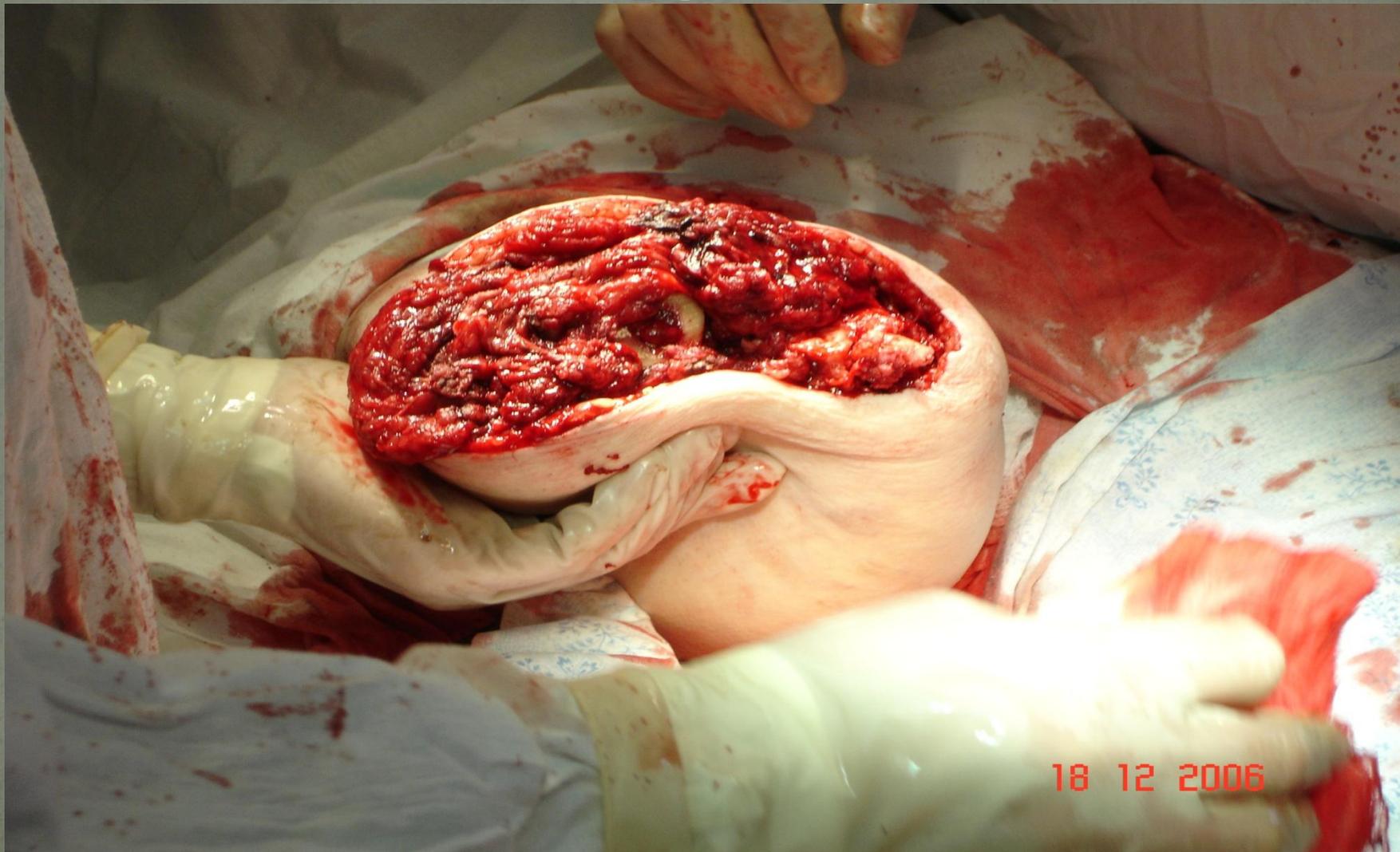
Некрсеквестрэктомиа



Ампутация конечности (при прогрессирующем течении)



Ампутация конечности (при прогрессирующем течении)



Гравитационная терапия



Осложнения ОГО:

- сепсис;

- гнойный артрит;

Осложнения ОГО



глубокие
флегмоны
конечностей

Осложнения ОГО (патологический перелом)



Осложнения ОГО (деформация конечности)

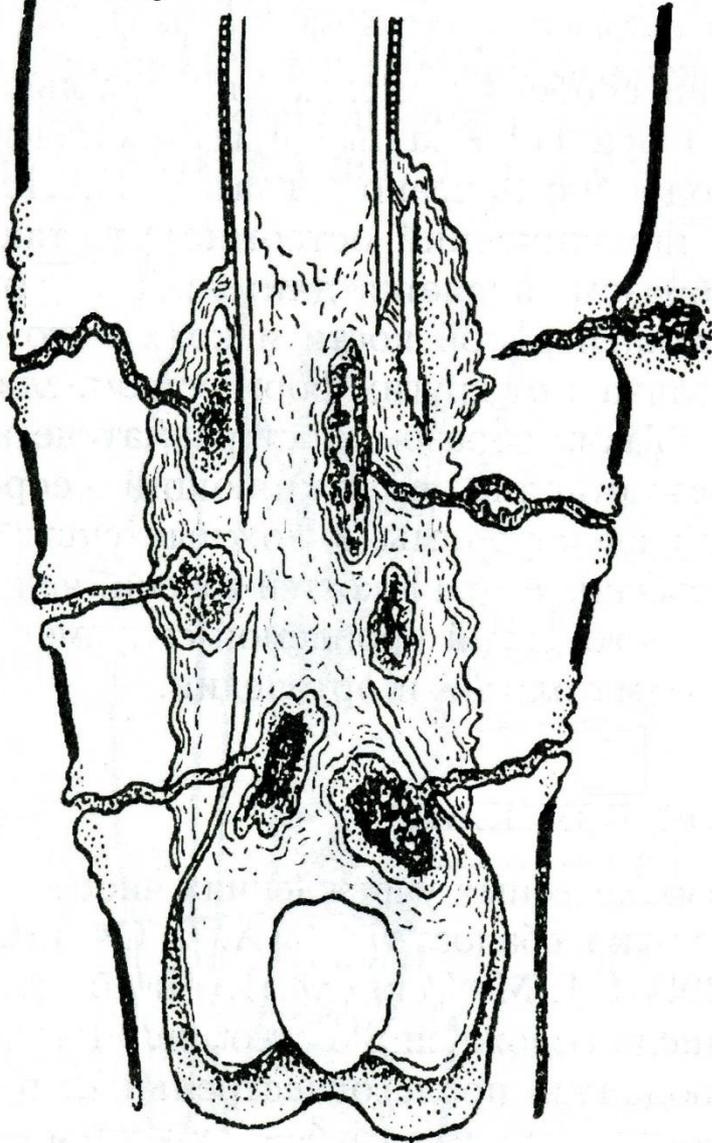


Посттравматический остеомиелит



развившийся
после перелома
кости;

Огнестрельный остеомиелит



Посттравматический остеомиелит

огнестрельный;



**Посттравматический
остеомиелит**

послеоперационный,
включая «спицевой»;

пострадиационный

Хронический остеомиелит

- Хронический остеомиелит (ХО) – это заболевание, характеризующиеся наличием гнойно-некротического очага в кости (со свищем или без него), длительно существующего и не склонного к самозаживлению.

Хронический остеомиелит

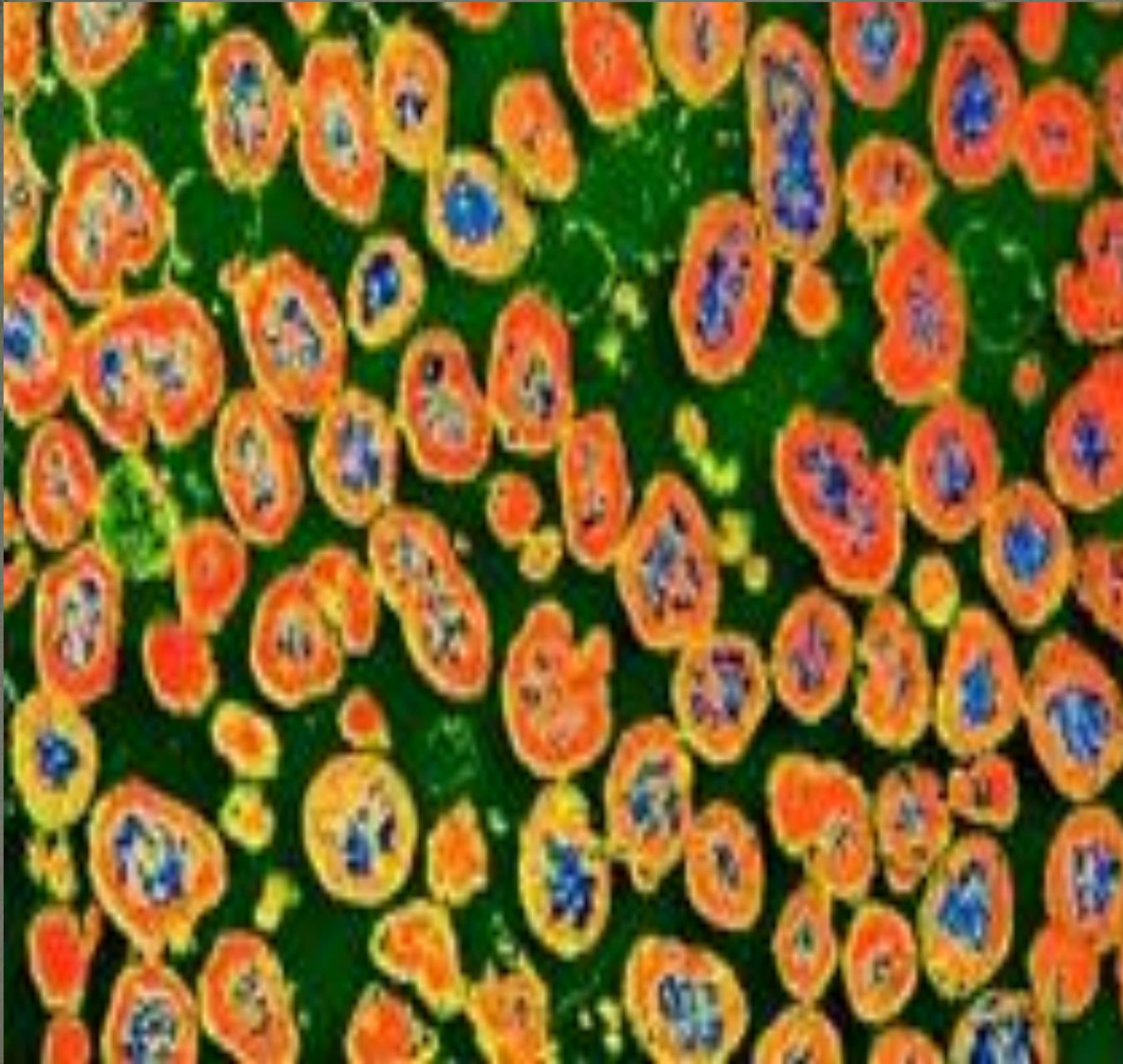
- Переход острого остеомиелита в хронический остеомиелит обусловлен определенными патоморфологическими изменениями: окончательным отделением секвестров и (или) формированием остеомиелитической полости на месте остеолита. Эти изменения наступают через 2-3 мес. от начала заболевания.
- Хронический остеомиелит характеризуется триадой основных признаков:
- 1) рецидивирующим течением,
2) наличием костного секвестра или (и) остеомиелитической полости и
3) гнойным свищом.
- Виды ХО:
следствие перенесенного ОГО;
- посттравматический;
- атипичные формы (Гарре, Олье, Броди, Опухольевый и др.)

Артрит



Определение артрита

Гнойный артрит –
воспаление
сустава, вызванное
гноеродной
флорой



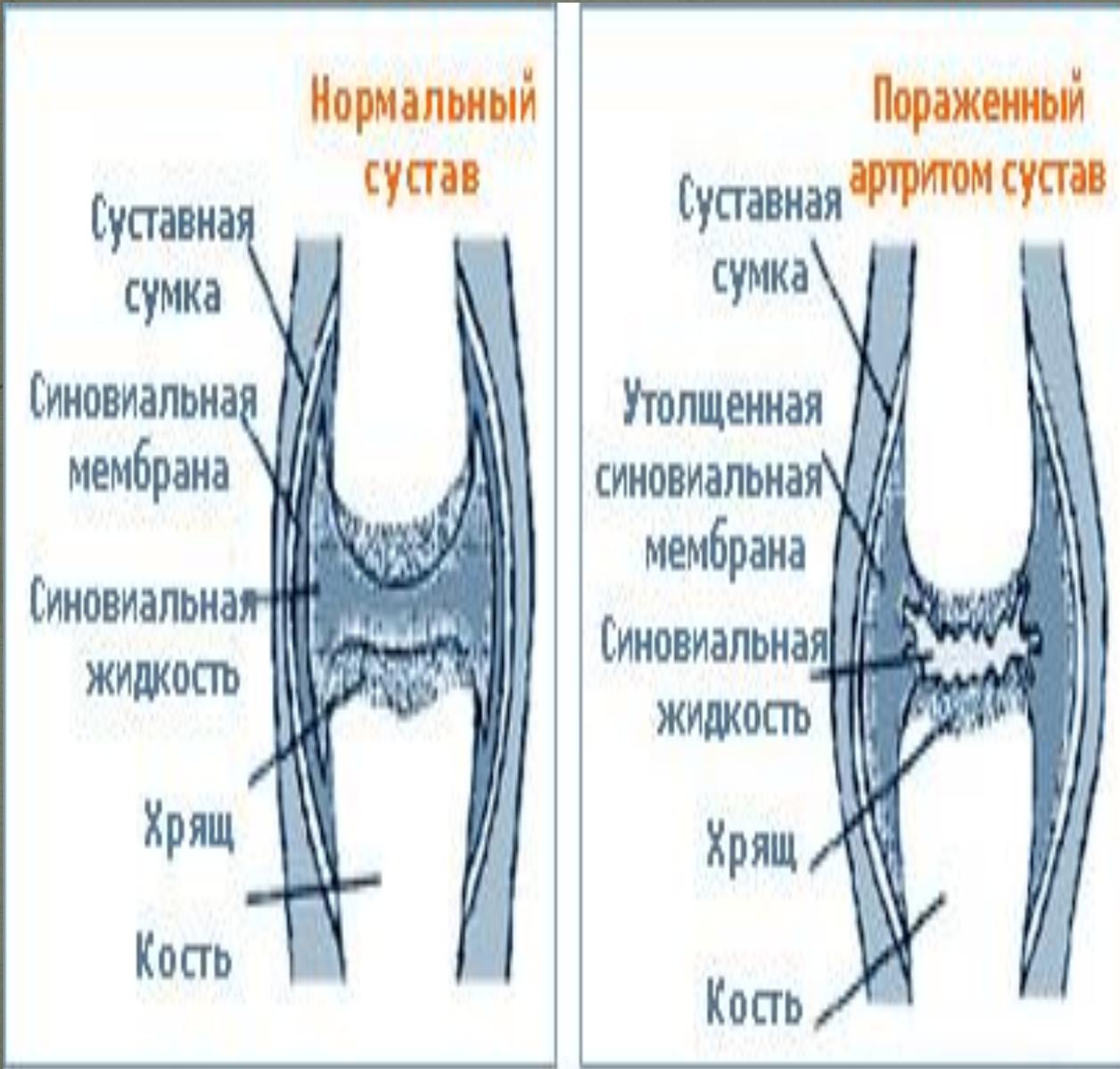
Этиология:

неспецифическая
гноеродная флора;

специфическая
флора

(NB - гонококк)

Патогенез



первичные
(посттравматические,
после проникающих
ранений);

вторичные
(распространение
воспаления на сустав
контактно, гематогенно,
лимфогенно).



Формы (стадии) развития гнойного артрита (Каплан А.В., 1985).

1. **Серозный и серозно-фибринозный артрит** – процесс разворачивается в синовиальной жидкости, она становится мутной, с хлопьями фибрина; все изменения в суставе обратимы.
2. **Эмпиема (гнойное воспаление) сустава** – отек синовиальной оболочки, язвы, местами отслойка от капсулы; в полости сустава – густой гной; суставные хрящи мутные, но целостность их не нарушена. Изменения в суставе условно обратимы, однако может нарушаться выработка синовиальной жидкости, образовываться спайки, ухудшиться трофика хрящей суставной поверхности.
3. **Капсульная флегмона (панартрит)** – воспаление распространяется на фиброзную капсулу сустава, возможно образование околоуставных гнойников. Внутрисуставные изменения аналогичны предыдущей стадии. Изменения в суставе необратимы, однако, при своевременном лечении, функция сустава может быть полностью восстановлена.
4. **Остеоартрит (остеомиелит суставных концов костей)** – при разрушении и отслойки хрящей от суставных поверхностей. Отторгшиеся фрагменты становятся инородными телами. Разрушение кости варьирует от краевой деструкции до остеомиелита метаэпифиза. На этой стадии гнойник может вскрыться на кожу с образованием свища. Исход оперативного лечения – анкилоз, либо неоартроз (замещение сустава рубцом, позволяющим суставным поверхностям немного двигаться друг относительно друга).
5. **Хронический гнойный остеоартрит** – волнообразное рецидивирующее течение, с периодами обострения и ремиссии, после дренирование сустава через свищ. Нарастают склеротические дегенеративные процессы, суставной хрящ гибнет. Отторгшиеся секвестры могут выходить через свищ или оставаться в полости сустава в качестве инородных тел.

Клиника артрита

- Клиника во многом определяется источником распространения инфекции. Собственно артрит начинается с сильных, постоянных, распирающих болей, усиливающихся при движении. Далее – болевая контрактура, отек, наличие жидкости в суставе. Нарастают общие явления (вплоть до сепсиса).

Диагностика артрита

- 1. Лабораторная.
- 2. Инструментальная: рентгенография (через 1 неделю): расширение суставной щели; пятнистый остеопороз; разрушение суставных поверхностей.
- 3. УЗИ (жидкость в суставе).
- 4. Пункция сустава: органолептический, цитологический, бактериологический анализ выпота.

Лечение

Общее (антибиотикотерапия, иммунотерапия, симптоматическая терапия).

Местное:

обязательная иммобилизация;

- при эмпиеме сустава: пункция, промывание, введение антибиотиков, до получения стерильной жидкости.
- при периартритической флегмоне и при отсутствии эффекта от 2-3 пункций: артротомия и дренирование; после стихания острых явлений – местная физиотерапия, ЛФК.
- при остеоартрите с разрушением эпифиза: резекция сустава и артродез.

Последствия артрита

- анкилоз сустава;
- хронический артрит;



Бурситы

Бурситы – это воспаление синовиальных околоуставных сумок.

Бурсит

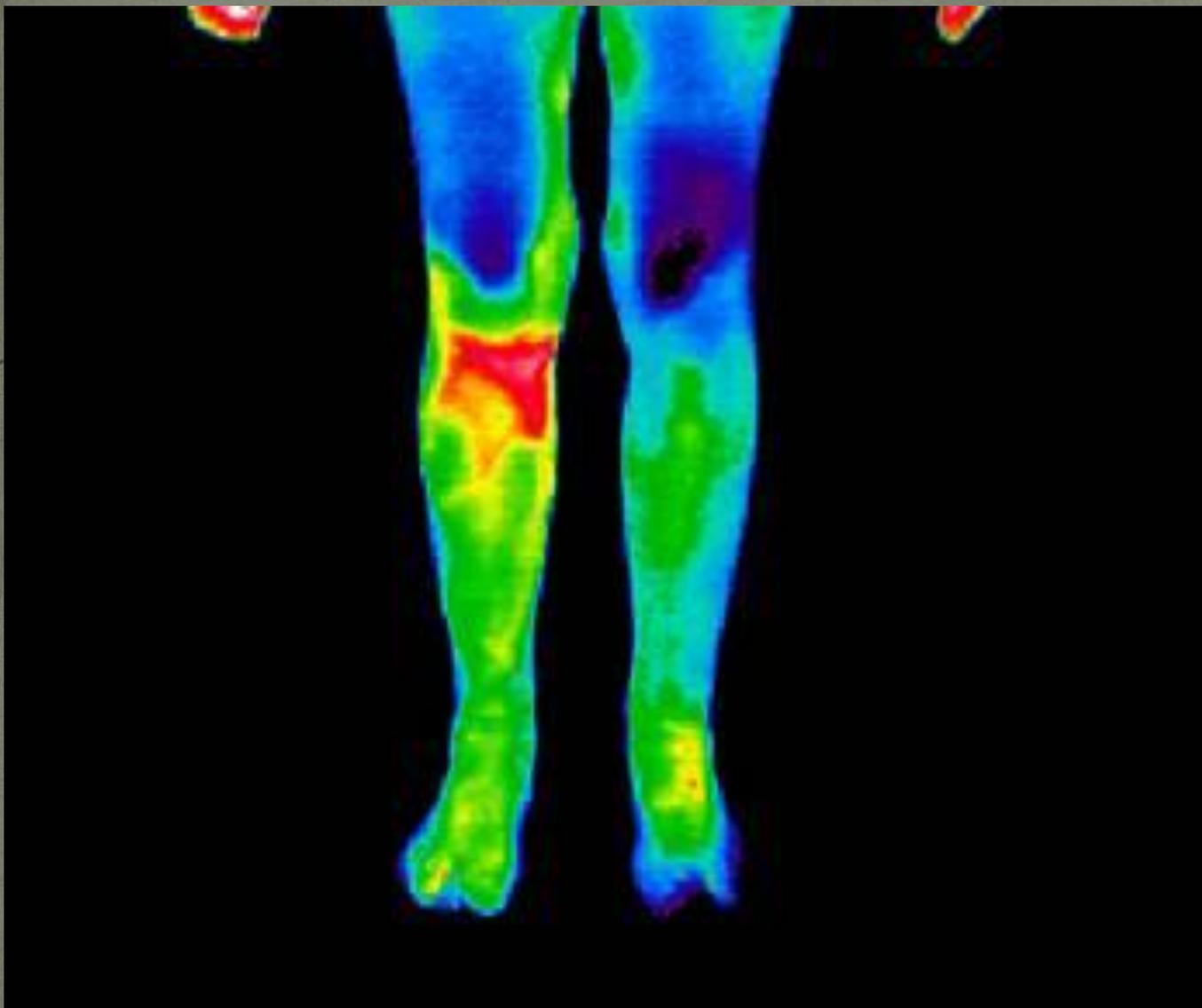
Заднетаранный бурсит



Этиология:

неспецифическая
гноеродная флора;

специфическая
флора (NB! -
гонококк).



Клиника

В области сустава – боль, гиперемия, припухлость.

Флюктуация определяется через 1-2 дня.

Осложнения:

острый гнойный артрит;

флегмоны

мягких тканей.

Лечение



Пункция, промывание растворами антибиотиков и антисептиков, давящая повязка. В некоторых случаях – введение склерозирующих препаратов (5 % раствор йода, 2 % карболовая кислота). При гнойном бурсите – вскрытие гнойника с иссечением капсулы сумки.

Панариций



Панариций – гнойное воспаление тканей пальцев. Слово «панариций» в современном понимании обозначает не отдельную нозологическую форму, а группу заболеваний, основной сущностью которых является острое или хроническое воспаление различных анатомических структур пальцев кисти, вызванное гноеродными микробами.

Этиология



Воникновение панариция связано с различными микротравмами кисти. Наиболее частыми возбудителями является стафилококк в монокультуре (90 %), реже – в ассоциациях (5 %). В отдельных случаях возбудителями являются стрептококк, кишечная и синегнойная палочка, вульгарный протей (5 %).

Классификация

- кожный панариций,
- паронихия (воспаление околоногтевого валика);
- подногтевой панариций;
- подкожный панариций;
- кожно-подкожный;
- сухожильный панариций (гнойный тендовагинит);
- костный панариций (остеомиелит фаланги);
- суставной панариций (гнойный артрит межфаланговых или пястно-фаланговых суставов);
- пандактилит (разлитое воспаление всех тканей пальца).

Клиника

- боль, пульсирующего характера;
- сгибательная контрактура при тендовагините;
- NV - флюктуации над гнойником не бывает ("твердый отек");
- общая интоксикация.

Лечение



В первый день
заболевания
возможна попытка
консервативного
лечения:

иммобилизация;

новокаин-
пенициллиновая
блокада;

УВЧ (или
охлаждение по 5-6
минут 5-6 раз);

После "первой
бессонной ночи" -
операция.

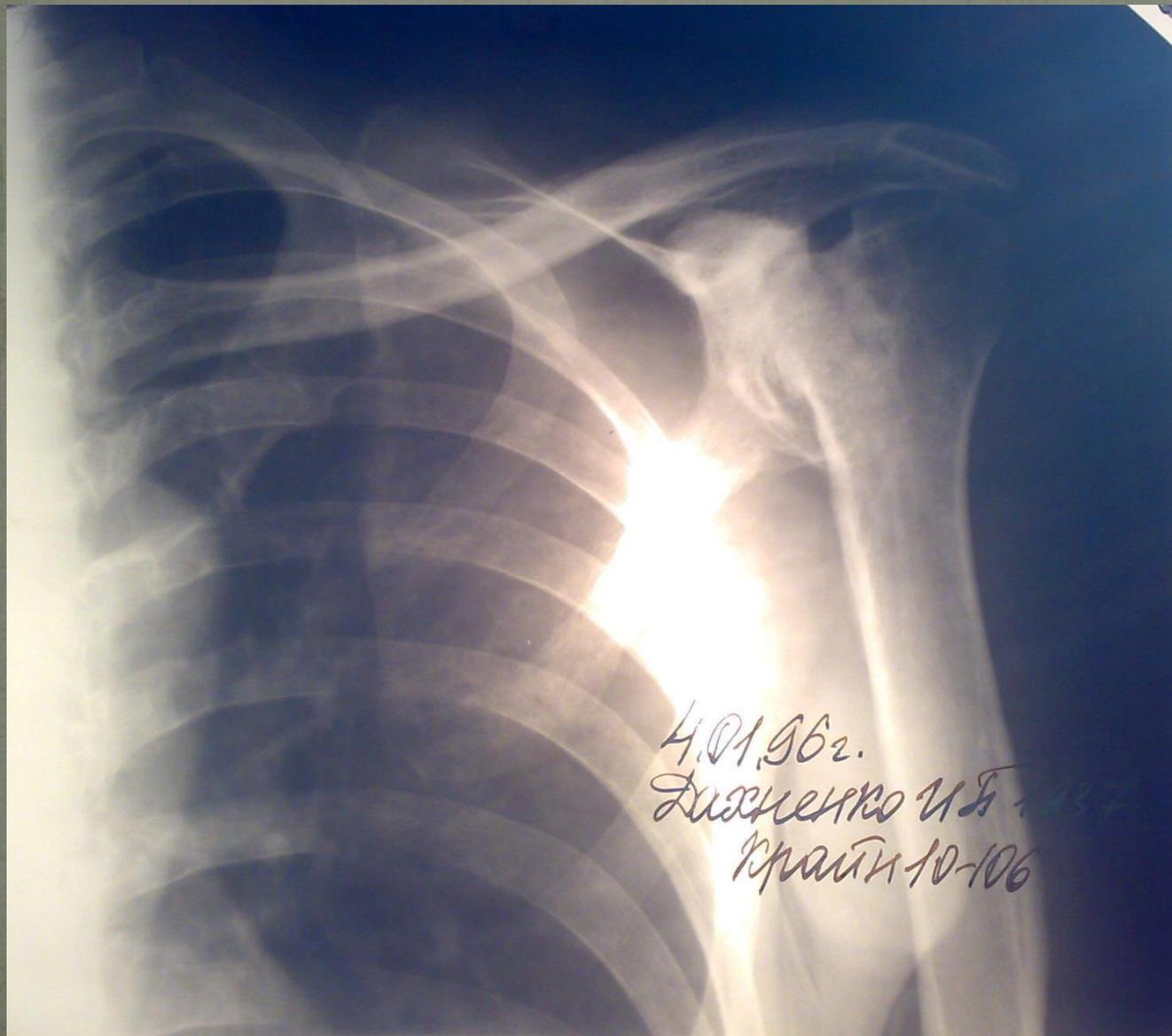
Туберкулез костей

- Туберкулез костей и суставов – приходится 10 % всех локализаций туберкулеза.
- Локализация: короткие, плоские, мелкие трубчатые кости.
- При костно-суставном туберкулезе (КСТБ) поражаются позвоночник – туберкулезный спондилит (40 %), тазобедренный сустав – туберкулезный коксит (20 %), коленный сустав – туберкулезный гонит (15-20 %).

ЭТИОЛОГИЯ

- *Mycobacterium tuberculosis*.
- КСТб обычно – вторичный. Занос из первичного очага – гематогенный. Предрасполагающие факторы – острая инфекция, иммунодепрессия.
- Имплантация бактерий Коха в костном мозге эпифиза – туберкулезный бугорок – творожистый некроз – туберкулезный остеомиелит – формирование костного секвестра. Процесс распространяется в сторону сустава.

Клинические признаки



постепенное развитие заболевания, вялое течение;

поражение в основном метафиза и эпифиза длинных костей, позвонков;

контакт с больным открытой формой туберкулеза;

наличие признаков общей туберкулезной интоксикации;

частое поражение близлежащих суставов;

атрофия мышц;

конечность отстает в развитии (поражение ростковой зоны);
утолщение сустава (наличие выпота);
утолщение кожной складки (положительный симптом Александра);

образование холодных абсцессов



#3 /7 ; W: 1222, C: 40, SL: 2; GT: 0; F



#3 /8 ; W: 1222, C: 40, SL: 2; GT: 0; F



#3 /10; W: 1222, C: 40, SL: 2; GT: 0; F



#3 /11; W: 1222, C: 40, SL: 2; GT: 0; F



#3 /12; W: 1222, C: 40, SL: 2; GT: 0; F



#3 /13; W: 1222, C: 40, SL: 2; GT: 0; F



#3 /14; W: 1222, C: 40, SL: 2; GT: 0; F



#3 /15; W: 1222, C: 40, SL: 2; GT: 0; F



Туберкулёзный спондилит

Преспондилолитическая фаза (процесс локализован в теле позвонка).

Спондилолитическая фаза (разрушение тела позвонка и распространение процесса на межпозвоночные диски и окружающие мягкие ткани).

Постспондилолитическая фаза (стихание воспалительных явлений). Могут остаться натечные абсцессы, свищи и нарушения спинномозговой иннервации.

Туберкулезный КОКСИТ

Вынужденное положение конечности из-за болей в тазобедренном суставе (бедро приведено и согнуто в тазобедренном суставе). Атрофия мышц. Паховые и ягодичные складки сглажены. Возможны гнойные свищи.

Рентгенологически: сужение суставной щели, выраженный остеопороз, разрушение головки бедра или вертлужной впадины



Туберкулёзный гонит



1. Преартритическая стадия: синдром общей туберкулезной интоксикации и функциональные нарушения со стороны конечности, боль отсутствует.
2. Артритическая стадия: боль в суставе, он увеличивается в объеме, контуры сустава сглажены, приобретают веретенообразную форму.
3. Постартритическая фаза: гнойные свищи, нарушение функции, деформация и анкилоз сустава.

Сифилис

- ночные боли;
- болезненные периоститы;
- деформация костей (саблевидные голени, четкообразные ребра и т.д.);
- водянка суставов, панартриты;
- сифилитическая язва с подрытыми краями, серо-грязым дном;
- звездчатый рубец, спаянный с костью;
- триада Гетчинсона (паренхиматозный кератит, глухота, изменения зубов) при врожденном сифилисе;
- Особое внимание обращается на возможность диагностических ошибок, когда гумму принимают за новообразование, например за рак молочной железы, желудка, кишечника, опухоль печени и т.д., а гуммозный инфильтрат с язвами и свищами относится к обычному гнойному или туберкулезному воспалению.

Спасибо за внимание!

