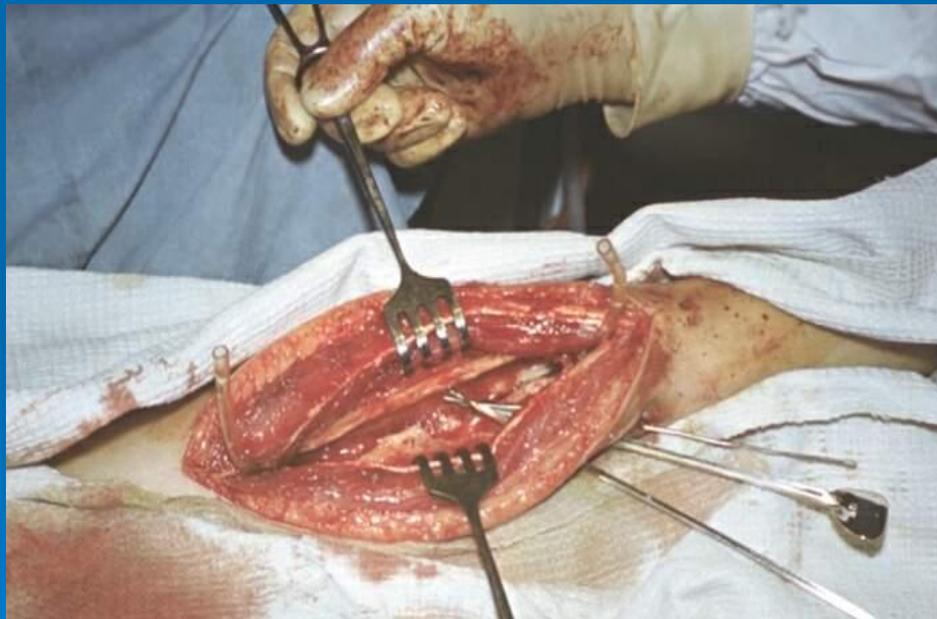


Остеомиелит



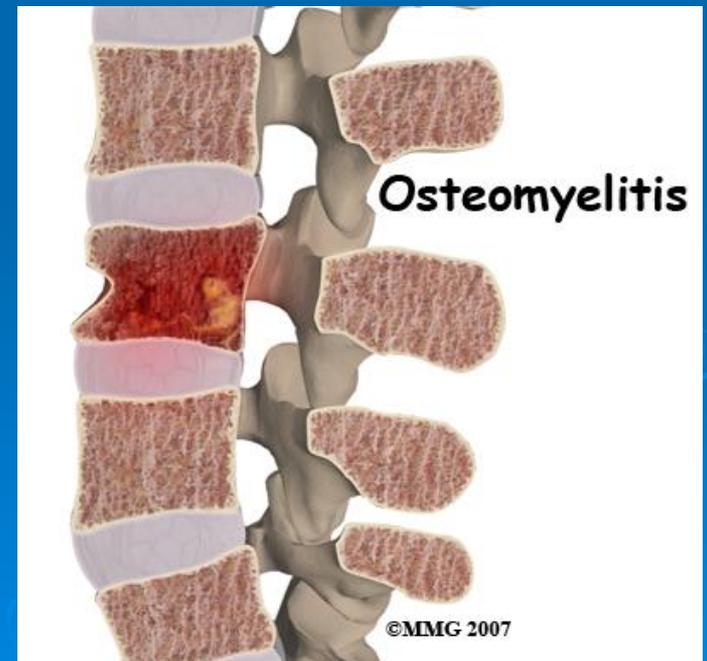
Остеомиелит

инфекционное заболевание, характеризующееся воспалением костной ткани с вовлечением в патологический процесс костного мозга, компактной части кости, надкостницы и окружающих мягких тканей.



КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА:

- 1. По этиологическому признаку:***
 - а) неспецифические остеомиелиты,*
 - б) специфические остеомиелиты.*
- 2. По путям инфицирования:***
 - а) гематогенный;*
 - б) травматический;*
 - в) огнестрельный;*
 - г) послеоперационный;*
 - д) пострадиационный.*



3. *По клиническому течению:*

1). гематогенный:

а) острый - токсическая форма, септико-пиемическая форма, местная форма;

б) первичный хронический;

в) вторичный хронический;

2). негематогенный:

а) острый,

б) хронический.



Гематогенный остеомиелит

Наиболее часто встречающаяся форма остеомиелита.

Теории возникновения острого гематогенного остеомиелита

1. Лексер (1894г.) – эмболическая теория
2. Дерижанов (1940г.) – теория сенсibiliзации
3. Еланский (1954г.) – нервно-рефлекторная теория.

Все эти теории возникновения острого гематогенного остеомиелита полностью не раскрывают причину его развития, хотя и играют значительную роль.

4. Последняя теория – Гринев (1972г.)

Провоцирующие и предрасполагающие факторы возникновения острого гематогенного остеомиелита:

1. гнойные заболевания мягких тканей (фурункул, карбункул и т.д.)
2. хроническая и дремлющая инфекция (кариес, аденоиды, миндалины)
3. перенесенные острые инфекционные заболевания (грипп, ОРЗ, ангина)
4. травма (ушибы),
5. сезонность, переохлаждение.



Этиология – в 80-90% возбудителем при остром гематогенном остеомиелите является золотистый стафилококк, а также может быть и другая гноеродная микрофлора (стрептококк, кишечная палочка, протей или смешанная микрофлора). Заболевают чаще лица мужского пола.



Клинические формы острого гематогенного остеомиелита:

1. *местная*
2. *генерализованная*
 - а) *токсическая*
 - б) *септикопиелическая*



Хронический гематогенный остеомиелит

Переход остеомиелита в хроническую форму обусловлен следующими причинами:

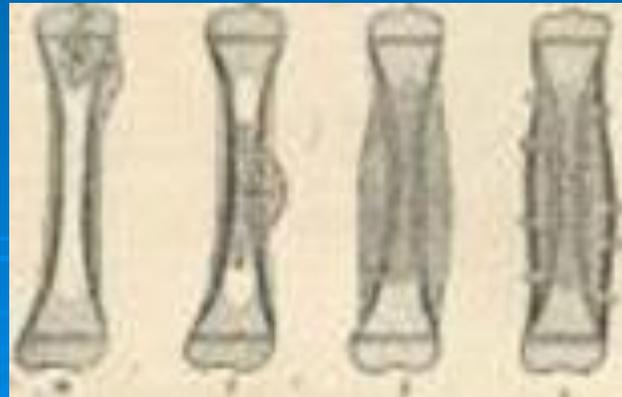
1. поздно начатое лечение,
2. недостаточное дренирование гнойного очага в кости,
3. использование антибиотиков без учета изменяющейся чувствительности патогенной флоры.

Клиническое течение хронического остеомиелита складывается из двух фаз **рецидива и ремиссии**. Рецидив заболевания наступает в результате активизации патогенной флоры на фоне ослабления защитных сил организма. Смена фаз может повторяться многократно.

Хронический остеомиелит характеризуется триадой основных признаков:

- ▣ рецидивирующим течением,
- ▣ наличием секвестра или остеомиелитической полости,
- ▣ гнойным свищем.

Для этой формы заболевания свойственно поражение костной ткани на значительном протяжении метаэпифиза и диафиза с различной локализацией гнойных свищей.



Первично-хронический остеомиелит

Редкие формы гематогенного остеомиелитического процесса, которые объединены этим названием, с самого начала протекают атипично и диагностируются в хронической стадии.

К этим формам относятся:

- абсцесс Броди,**
- склерозирующий остеомиелит Гарре,**
- альбуминозный остеомиелит Оллье,**
- антибиотический остеомиелит,**
- послетифозный фиброзный и**
- опухолевидный остеомиелит.**



Внутрикостный абсцесс Броди – ограниченный некроз губчатого вещества кости с последующим ее расплавлением и образованием полости. Частая локализация гнойника наблюдается в метафизах большеберцовой кости, плеча и бедра.

4 периода. (В.Д. Чаклин):

1. Первый период - скрытый, больной ощущает ноющие боли в области воспалительного очага.
2. Второй период - начинающийся инфильтрат
3. Третий - абсцесс
4. Четвертый период - появление свища.
5. На рентгеновских снимках можно видеть в губчатой части метафиза полость диаметром 2,5 см, овальной формы, окруженную зоной склероза и периостальные наложения.

Основной метод лечения абсцесса хирургический. Производят трепанацию кости, выскабливают внутреннюю стенку гнойника. При больших полостях применяют мышечную пластику.

Склерозирующий остеомиелит Гарре

начинается подостро и без выраженных воспалительных явлений. Флегмоны и гнойные свищи образуются крайне редко. Гарре считал, что длительное хроническое течение склерозирующего остеомиелита зависит от слабовирулентной инфекции. Другой особенностью этой формы остеомиелита является выраженный склероз пораженной длиннотрубчатой кости. Основной вид лечения консервативный с введением антибиотиков.



Альбуминозный остеомиелит Оллье.

Особенностью данной формы остеомиелита является то, что вместо гноя в остеомиелитическом очаге скапливается серозная, богатая белком и муцином жидкость. Лечение Альбуминозного остеомиелита хирургическое, цель которого – ликвидация очага хронического гнойного воспаления.



- ▣ **Антибиотический остеомиелит** протекает без выраженного болевого синдрома. Развитие заболевания связывают с длительным приемом антибиотиков больными до развития остеомиелитического процесса. В костной ткани образуются мелкие остеомиелитические очаги, отмечается чередование участков остеопороза и склероза. Лечение консервативно.
- ▣ **Фиброзный остеомиелит** - особая форма воспалительного процесса костного мозга и самой кости (паностит), которая приводит не к деструкции - секвестрации и образованию полостей, а к замещению костного мозга соединительной тканью с последующей инфильтрацией в костную ткань.



▣ **Послетифозный остеомиелит.**

Собирательное название особой формы остеомиелитов, которые начинаются после различных инфекционных болезней.

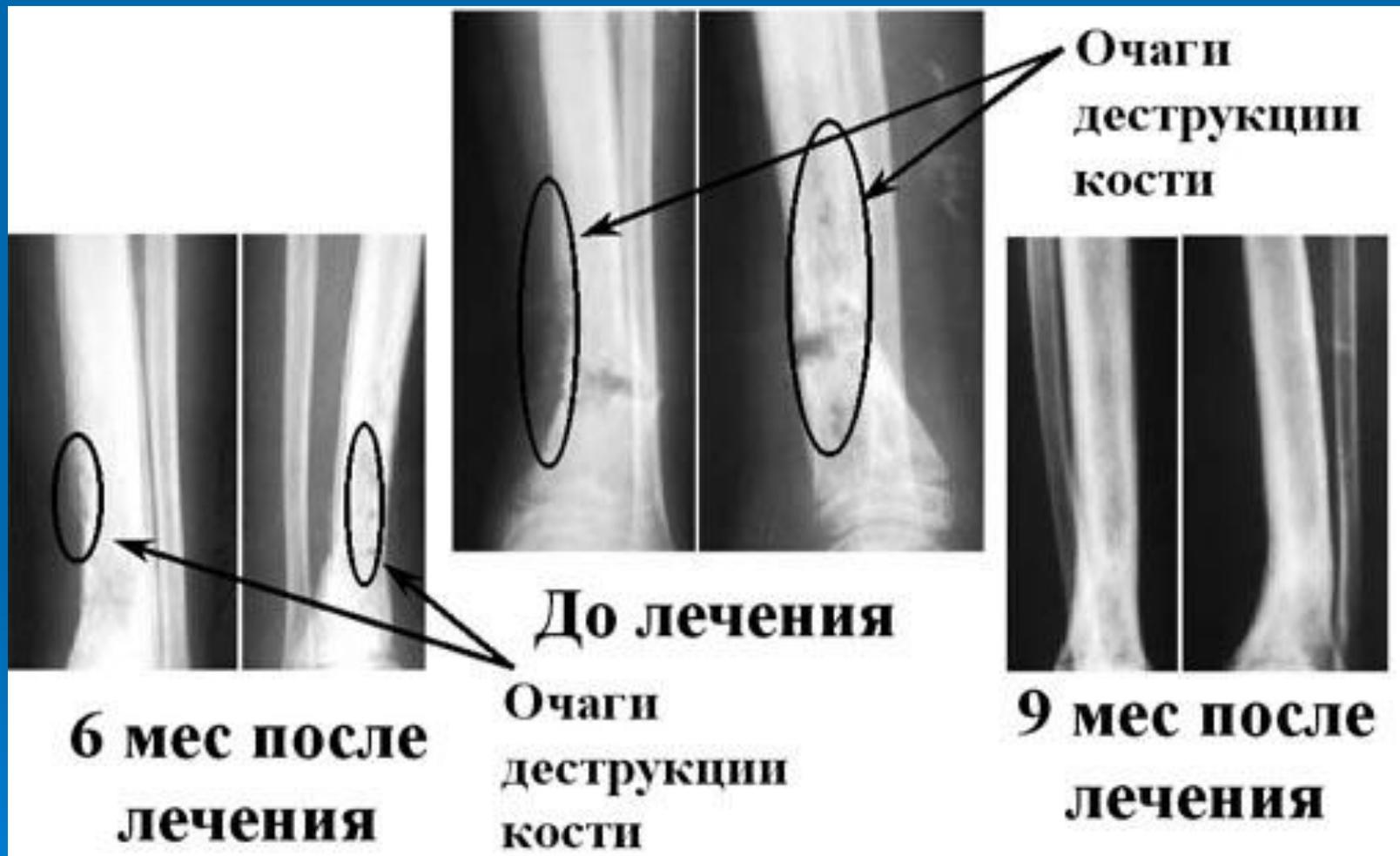
Заболевание может развиваться после скарлатины, гриппа, брюшного и сыпного тифа.

Для правильного диагноза важны два обстоятельства: развитие остеомиелита сразу после перенесенного инфекционного заболевания и торпидное течение.

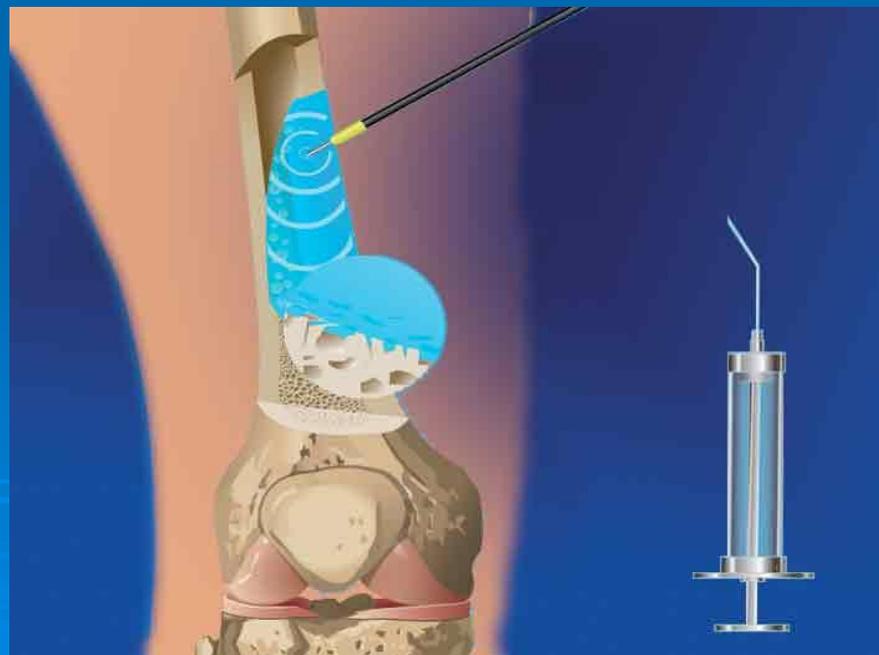
▣ **Опухолевидный остеомиелит** - редкая форма первично-хронического остеомиелита, симулирующая новообразование кости. Для него характерны опухолеподобный инфильтрат мягких тканей, спаянный с костью и отсутствие флегмонозных изменений, секвестрации и гнойного свища.

Лечение острого гематогенного остеомиелита комплексное, сочетающее хирургические и консервативные методы.

1. Оптимальным хирургическим методом считается хирургическая обработка гнойного очага, включающая в себя раннее декомпрессивное дренирование кости путем нанесения фрезевых отверстий в области остеомиелитического очага после рассечения мягких тканей.
 - Через перфорационные каналы вводят дренажи из силиконовой резины в костномозговой канал и осуществляют активную его санацию. Для этого используют вакуумирование или длительное промывание растворами антисептиков, которое продолжают не менее 7 суток. При наличии параоссальной флегмоны необходимо ее вскрытие с рассечением надкостницы и трепанация кости.
 - Операция заканчивается дренированием операционной раны. Необходима хорошая иммобилизация пораженной конечности.



2. Консервативные лечебные методы включают антибиотикотерапию, иммунотерапию, дезинтоксикационные мероприятия, коррекцию обменных процессов. Антибиотикотерапию целесообразно проводить остеотропными препаратами: линкомицин, морфоциклин, фузидин, гентамицин, тиенам. Наиболее эффективны внутрикостный и регионарный пути их введения.



□ Хирургическое лечение при хроническом остеомиелите показано при наличии секвестров, гнойных свищей, остеомиелитических полостей в костной ткани, остеомиелитических язв, малигнизации, при ложном суставе, при частых рецидивах заболевания с выраженным болевым синдромом, интоксикацией и нарушением функции опорно-двигательного аппарата

