

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное
Образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Тамбовский государственный университет имени Г.Р Державина»

Медицинский институт

Реферат

Тема: Хронический остеомиелит

Выполнил:

Студент 6 курса, Лечебное дело, группа 609

Корнеев Вадим Дмитриевич

Проверил:

Годаге О.С

Тамбов 2022

1. Хронический гематогенный остеомиелит

Хронический гематогенный остеомиелит – это заболевание, характеризующееся наличием гнойно-некротического очага в кости со свищем (или без него), длительно существующее и несклонное к самозаживлению. Хронический гематогенный остеомиелиту предшествует острая стадия остеомиелита. Переход острого остеомиелита в хронический в среднем происходит в срок от 3 недель до 4 месяцев от начала заболевания. Наблюдается в случаях позднего поступления и неэффективного лечения острой формы заболевания. Сосудистая обструкция и отслоение гноем надкостницы вызывают омертвление отдельных сегментов кости, в результате чего происходит отторжение, или самоизоляция, гнойного очага от макроорганизма. В этот период антибактериальная терапия неэффективна, так как антибиотик не проникает в пораженный инфекцией очаг. Деструктивный процесс достигает своей кульминационной точки при секвестрации - отторжении мертвых участков от жизнеспособной кости.

Секвестром принято называть мертвый, инфицированный участок кости. Он является основным источником инфекции. Секвестры бывают самых разнообразных видов: сегментарный кортикальный, сегментарный центральный, сегментарный проникающий внутрь и тотальный. После образования секвестра развитие воспалительного процесса идет параллельно в двух направлениях:

- Деструктивное направление
- Восстановительное направление

Вокруг секвестра образуется молодая костная ткань. Пространство вокруг секвестра называют «клоакой», а дефект кости, ведущий на кожу, свищевым каналом или свищем.

Клиническое течение хронического остеомиелита принято делить на 3 фазы:

- 1) Окончательный переход острого процесса в хронический
- 2) Фаза ремиссии
- 3) Рецидив

Клиническое течение характеризуется скудными признаками: ноющие боли в области остеомиелитического очага, наличие гнойных свищей, грубых послеоперационных рубцов. При обострении процесса выраженные боли, повышение t до 38-38,5, гиперимия кожи в области остеомиелитического свища. Обострение хронического остеомиелита чаще всего связано с временным закрытием функционирующего ранее гнойного свища.

Лечение всегда хирургическое и состоит из:

- Удаление всех некротизированных тканей
- Промывание пораженного сегмента кости антисептиками
- Костной пластики

Радикальная некрэктомия является основой современного лечения хронического остеомиелита. Она предусматривает полную ликвидацию хронического гнойного очага в пораженной кости и окружающих её мягких тканях. После удаления секвестров, вскрытия всех имеющихся патологических полостей и последующего иссечения гнойных свищей приступают к санации и пластике костной полости. В настоящее время для этого применяется пластика мышечным лоскутом на ножке, хондропластика и костная пластика с использованием консервированной и аутогенной костной ткани. Гораздо реже проводится кожная пластика.

2. Первично-хронический остеомиелит

Первично-хронический остеомиелит - атипичные формы хронического остеомиелита - бессвищевые локальные формы, возникающие без острой фазы и не имеющие тенденции к экспансии. Все эти формы остеомиелита уже с первых дней приобретают хроническое течение. Различают четыре вида заболевания:

- Внутрикостный абсцесс Броди
- Склерозирующий остеомиелит Гарре
- Антибиотический остеомиелит
- Альбуминозный остеомиелит

Внутрикостный абсцесс Броди - отграниченный костный абсцесс, развивающийся в метаэпифизарном отделе длинных трубчатых костей. Представляет собой чаще всего единичный округлой формы очаг поражения в эпифизе или метафизе длинной трубчатой кости, чаще в проксимальном метафизе большеберцовой кости. Возникает на почве инфекции, проникающей в кость гематогенным путем. В содержимом абсцессов чаще всего обнаруживаются стафилококки, реже – кишечная палочка, диплококк, тифозная и паратифозная палочки.

Клиника. Заболевание проявляется наступлением периодических болей в пораженной кости и в соседнем с абсцессом суставе (голеностопном, коленном), усиливающимися по ночам и при перемене погоды. Характерно чередование болей с длительными безболезненными интервалами. При обострениях наблюдаются припухлость и выпот в суставе. Свищи никогда не образуются. Клиническая картина по своему характеру напоминает ревматизм или артрит. Течение хроническое, исчисляется годами; в некоторых случаях тянется до 20 и более лет.

Лечение. Радикальное лечение хирургическое. Трепанируя кость, вскрывают очаг, выскабливание грануляционной пиогенной оболочки. Прогноз благоприятный.

Склерозирующий остеомиелит Гарре. К склерозирующему остеомиелиту относят случаи, при которых имеется утолщение кости без нагноения и образования свищей. Поражается средняя треть диафиза кости.

Клиника. Заболевание проявляется болями в пораженной кости, особенно по ночам, и заметной болезненностью при надавливании на пораженный сегмент конечности, нарушением его функции. Часто сопровождается умеренным повышением температуры, лейкоцитозом и ускорением скорости оседания эритроцитов.

Диагностика. Рентгенологически - диафиз утолщается веретенообразно на протяжении 8-12 см. За счет утолщения коркового слоя с выраженными склеротическим процессом, костномозговой канал суживается, местами облитерируется. Заболевание нужно дифференцировать с сифилисом и опухолью кости. В сомнительных случаях требуется трепанобиопсия.

Лечение оперативное – остеотрепанация костномозгового канала на протяжении с проточно-промывным дренированием, антибактериальная терапия.

Антибиотический остеомиелит (местный диффузный) - встречается в процессе лечения антибиотиками начинающегося воспалительного процесса в кости. Он протекает вяло, без выраженных болей, гипертермии и интоксикации. Характеризуется поражением всей кости без образования тотального секвестра. В дальнейшем диффузный остеомиелит может перейти в склероз с превращением кости в компактную массу с небольшими полостями.

Клиника. Заболевание проявляется перемежающимися болями в пораженной кости, чаще по ночам, после нагрузки и переохлаждений.

Диагностика. На рентгенограмме кость изъедена, как ткань молью, без реакции со стороны надкостницы. В дальнейшем диффузный остеомиелит может перейти в склероз с превращением кости в компактную массу с небольшими полостями.

Лечение чаще всего консервативное - иммуностимуляция, санаторно-курортное лечение.

Альбуминозный остеомиелит Оллье. В первичном остеомиелитическом фокусе нагноения не наблюдается, а вместо него скапливается серозная жидкость, богатая белком или муцином, из которой высеивается стафилококк и стрептококк. Экссудат похож на глицерин или яичный белок.

Клиника. Протекает с незначительными локальными изменениями конечности в виде небольшой инфильтрации мягких тканей и слабой гиперемии кожи, пальпаторно над очагом поражения отмечается болезненность.

Диагностика. На рентгенограмме - ограниченный очаг неправильной формы в кортикальном слое кости с выраженным репаративным процессом со стороны окружающей костной ткани.

Лечение хирургическое. Трепанация кости со вскрытием очага, проточно-промывное дренирование, профилактическая антибактериальная терапия.