



СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ

А. М. Волкова, З. И. Шорохова

Остеомиелиту, в силу его частоты, тяжести клинического течения, трудности диагностики, сложности лечения, значительного процента разнообразных осложнений, принадлежит одно из ведущих мест в разделе хирургической инфекции.

В последние годы в связи с широким применением антибиотиков и увеличением числа антибиотикорезистентных штаммов возбудителей значительно изменились клиника и течение остеомиелита. В связи с этим отмечается рост числа подострых и вялотекущих остеомиелитов, дающих большой процент перехода в хронические формы (Е. М. Милованова и К. Н. Коноваленко, 1974 г.).

Кроме типичной острой формы остеомиелита, в клинической практике редко встречаются больные с первично хроническим остеомиелитом от 4% до 6,5%. В подобных случаях остеомиелит начинается подостро, но в силу невыраженности клинической картины вначале не диагностируется. Заболевание может выявляться спустя много лет, когда по поводу длительно существующих перемежающихся болей в конечности производится рентгенография и обнаруживаются костные изменения. Такой остеомиелит рассматривается как атипичный и вызывается слабовирулентной стафилококковой микрофлорой. Одной из таких форм является склерозирующий остеомиелит Гарре.

Морфологическим субстратом склерозирующего остеомиелита является склероз кости на одном из ее участков, что с течением времени приводит к сужению или полному закрытию костно-мозгового канала, веретенообразному утолщению диафиза кости.

Патологоанатомически в кости происходят остеобластические процессы, деструктивные изменения отсутствуют, некрозы и секвестрация наблюдается лишь в исключительных случаях.

Различают две формы склерозирующего остеомиелита. При первой поражается костный мозг (истинный остеомиелит), происходит развитие фибровой ткани, метапластически превращающейся в кость. Полностью облитерируется костно-мозговая полость. При второй форме первично поражается кортикальный слой, процесс начинается с остита. Усиленная деятельность остеобластов ведет к прогрессивному утолщению костных пластинок. Мозговой канал сужается, но не облитерируется.

Дифференцировать склерозирующий остеомиелит необходимо с остеогенной саркомой, оститом, сифилисом, туберкулезом и болезнью Педжета. При безуспешном консервативном лечении показано оперативное лечение. Часть хирургов применяют оперативное вмешательство, заключающееся в просверливании каналов и выдалбливании продольных желобков. Это вмешательство рассчитано на улучшение кровоснабжения кости. Предлагают метод продольной резекции кости в пределах здоровых тканей (Н. В. Кипаренко, 1974 г.).

Самой распространенной операцией для лечения хронических остеомиелитов является секвестрактомия. Было предложено большое количество способов ликвидации остаточных полостей путем всевозможных пломбировок (применение аутопластического материала, пластика мышц на ножке и др.).

В клинике травматологии и ортопедии УГМА на базе 24 гор.больницы находились на излечении 9 больных со склерозирующей формой. Больные в возрасте от 28-35 лет. 3 из них инвалиды II группы, страдающие хроническим склерозирующим остеомиелитом. Они неоднократно принимали рентгенотерапию, грязелечение, санаторно-курортное и оперативное лечение.

Данной группе больных после многолетнего, длительного консервативного и неоднократного оперативного лечения (вскрытие флегмон, свищей) в гнойных отделениях города в срок от 10-25 лет от начала заболевания, в 9 случаях была предпринята методика радикального оперативного лечения, заключающегося в обнажении бедренной кости от б/вертела до н/мышцелка бедра без циркулярной декорткации на всем протяжении (проф. А. М. Волкова). Во избежание патологического перелома и нарушения кровоснабжения кости производилось иссечение бедренной кости в виде продольного сегмента диаметром от 1/3-1/4 до костно-мозгового канала. По ходу операции вскрывалась область костно-мозгового канала. Обязательным условием является иссечение плотной фиброзной ткани, прилежащей к кости. Рецидива остеомиелита во всех 9 случаях не было, больные работоспособны.

Выводы:

1. В связи с широким применением антибиотиков, возросло число вялотекущих остеомиелитов с хроническим течением.
2. Не всегда правильная врачебная тактика длительного консервативного лечения приводит к недостаточно радикальному и своевременному лечению больных со склерозирующей формой остеомиелита и инвалидизации больных. Особое распространение в лечении получила

рентгенотерапия, которая фактически не приводит к излечению, а длительное и частое применение ее снижает реактивность.

3. Наиболее рациональным, по нашему мнению, является радикальное оперативное лечение в более ранние сроки, что способствует как ликвидации очага хронической гнойной инфекции, так и предупреждению дальнейшего увеличения склероза кости и вторичных осложнений со стороны почек.
4. Хорошие отдаленные исходы проводимой у нас радикальной некрэктомии, отличающейся сравнительной простотой, свидетельствуют об эффективности метода и дают нам основание поделиться своим опытом с хирургами-травматологами.

