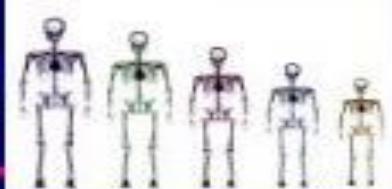


Казахстанско-Российский Медицинский Университет

# ОСТЕОМИЕЛИТ

ИСАТАЕВА ГУЛЬНУР 709 ГР ВОП



**Острый гематогенный остеомиелит (ОГО)** — острое воспаление костного мозга, вовлекающее в процесс все элементы кости и нередко характеризующееся генерализацией процесса.

По смыслу слово остеомиелит означает воспаление костного мозга ( от. греческ. *osteon* - кость + *myelos* - костный мозг + *itis* - означает воспаление ), хотя с самого начала под ним подразумевали воспаление всей кости.

- В 1831 г. *Рейно* предложил термин «остеомиелит» для обозначения воспалительного осложнения перелома костей.
- *А. Нелатон* (1834) стал называть этим термином и острый гематогенный остеомиелит.
- Классическое определение клинической картины болезни дано позже, *Шассиньяком* (1853) который ввел термин "острый гематогенный остеомиелит".



# КЛАССИФИКАЦИЯ (И.М. Пичхадзе с соавт. 2008).

---

1. По клинической форме и патогенезу
    - 1.1. Эндогенный — гематогенный
      - 1.1.1. После перенесенного заболевания;
      - 1.1.2. После вакцинации
      - 1.1.3. Прочее
    - 1.2. Экзогенный—посттравматический
      - 1.2.1. После перелома; 1.2.2. Послеоперационный
    - 1.3. Огнестрельный
    - 1.4. Радиационный
    - 1.5. Атипичный (первично-хронический)
      - 1.5.1. Абсцесс Броди;
      - 1.5.2. Остеомиелит Олье;
      - 1.5.3. Остеомиелит Гарре;
      - 1.5.4. Опухолевидный;
      - 1.5.5. Антибиотический
    - 1.6. Ишемический
    - 1.7. Нейропатический
-

# КЛАССИФИКАЦИЯ

---

2. По числу остеомиелитических очагов
  - 2.1. С поражением одной кости
  - 2.2. С множественным поражением
    - а) локальный; б) очаговый; в) диффузный; г) диффузно-очаговый
  
3. По возрасту пациента
  - 3.1. Остеомиелит детей (до 16 лет)
  - 3.2. Остеомиелит взрослых (от 16 лет).
  
4. По локализации процесса
  - 4.1. Остеомиелит длинных и коротких (трубчатых) костей
  - 4.2. Остеомиелит плоских костей
    - а) Метафизарный; б) Эпифизарный; в) Диафизарный;
    - г) Смешанный; д) Диффузный.
  
5. По распространенности процесса
  - 5.1. Интрамедуллярный
  - 5.2. Экстремедуллярный



# Классификация

---

## 7. По характеру течения

- 7.1. Острый
- 7.2. Молниеносный
- 7.3. Подострый
- 7.4. Первично-хронический
- 7.5. Хронический, рецидивирующий

## 6. По виду возбудителя

- 6.1. Вызванный неспецифической микрофлорой
  - 6.1.1. Монокультурой; 6.1.2. Ассоциированной культурой;
  - 6.1.3. Двойной ассоциацией; 6.1.4. Тройной ассоциацией
- 6.2. Вызванный специфической микрофлорой
  - 6.2.1. Сифилитический; 6.2.2. Лепрозный; 6.2.3. Туберкулезный;
  - 6.2.4. Бруцеллезный; 6.2.5. Другие формы
- 6.3. Возбудитель не выявлен

# Классификация

---

## 8. По форме клинического течения

### 8.1. Очаговый (местный)

*8.1.1. Бессвищевой; 8.1.2. Свищевой; 8.1.3. Склерозирующий с облитерацией и без облитерации костномозгового канала*

### 8.2. Генерализованный

8.2.1. Септико-токсический; 8.2.2. Септико-пиемический;  
8.2.3. Токсический

## 9. По стадии процесса

9.1. В стадии острого воспаления

9.2. В стадии подострого воспаления

9.3. В стадии продолжающегося воспаления

9.4. В стадии ремиссии

9.5. В стадии обострения



# Классификация

---

10. По вызванным осложнениям

10.1. местные осложнения

10.1.1. Секвестрообразование;

10.1.2. Патологический перелом;

10.1.3. Костная флегмона;

10.1.4. Параоссальная флегмона;

10.1.5. Мягкотканная флегмона;

10.1.6. Патологический вывих;

10.1.7. Несращение перелома или образование ложного сустава;

10.1.8. Образование дефекта кости;

10.1.9. Контрактура, анкилоз, гнойный артрит или остеоартрит;

10.1.10. Деформация конечности

10.1.11. Нарушение роста кости;

10.1.12. Аррозивное кровотечение;

10.1.13. Образование свищей;

10.1.14. Сосудистые осложнения;

10.1.15. Неврологические осложнения;

10.1.16. Мягкотканые расстройства (рубцы, язвы);

10.1.17. Гангрена;

10.1.18. Малигнизация процесса

---



# Классификация

## 10.2. общие осложнения

- 10.2.1. Анемия;
- 10.2.2. Нарушение белкового обмена;
- 10.2.3. Предамилоидоз;
- 10.2.4. Амилоидоз паренхиматозных органов;
- 10.2.5. Деструктивная пневмония;
- 10.2.6. Миокардит, перикардит;
- 10.2.7. Сепсис;



## 10.3. другие осложнения

*Пример диагноза: «Острый гематогенный остеомиелит крыла правой подвздошной кости. Местная диффузно-очаговая форма. Подострая стадия, фаза выздоровления» или «Острый гематогенный остеомиелит нижнего метафиза левой бедренной кости. Генерализованная форма. Септический шок, септикопиемия, экстрамедуллярная фаза. Вторичная двусторонняя гнойно-деструктивная пневмония».*



# Основные статистические данные

---

## Заболеваемость

- 3 – 11% от всех хирургических больных,
- 5 – 12% среди пациентов с гнойной хирургической инфекцией,
- ~~Возраст и пол~~ <sup>29%</sup> всех больных остеомиелитами,
- В 80–90% болеют дети,
- Мальчики болеют в 2–3 раза чаще, чем девочки.

## Сезонность заболеваемости

- На период лето – зима приходится 28,6%, больных, на весну – осень – 71,4%.

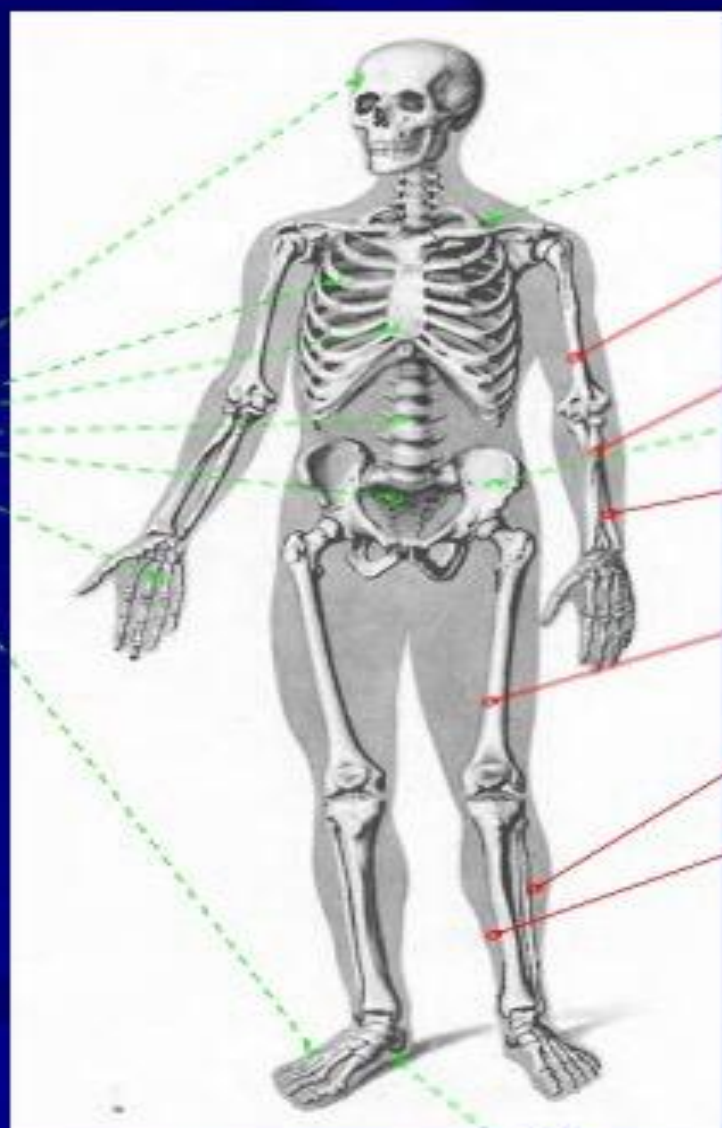
( по Г.Н. Акжигитову с соавт., 1998)

---

# Основные статистические данные

## Локализация

- В 80 – 85% случаев поражаются длинные трубчатые кости.
- В 56 – 63% случаев остеомиелитический процесс развивается в костях нижних конечностей.
- кости верхних конечностей поражаются в 12 – 18% случаев.
- Множественное поражение костей отмечается в 7,5 – 13,1% .



10

1

9

5

11

2

30,4

6,4

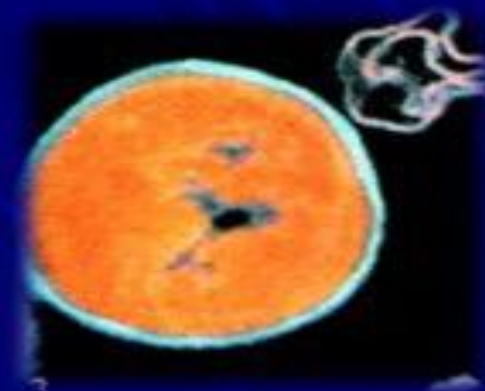
21,8

2



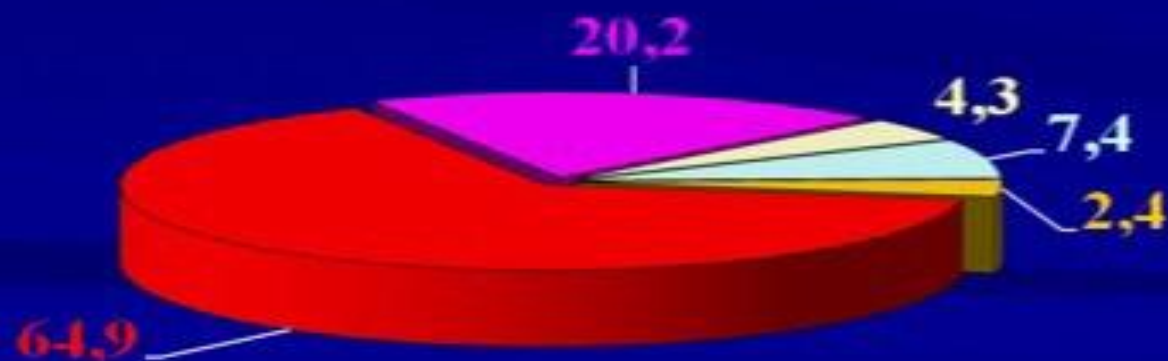
## Этиология

➤ Мартин (1869г.) и Люшке (1874г.) - впервые обнаружили микроорганизмы в гное больного остеомиелитом.



➤ Луи Пастер (1880 г.) - выделил из гноя больной остеомиелитом чистую культуру микроба и назвал его стафилококком.

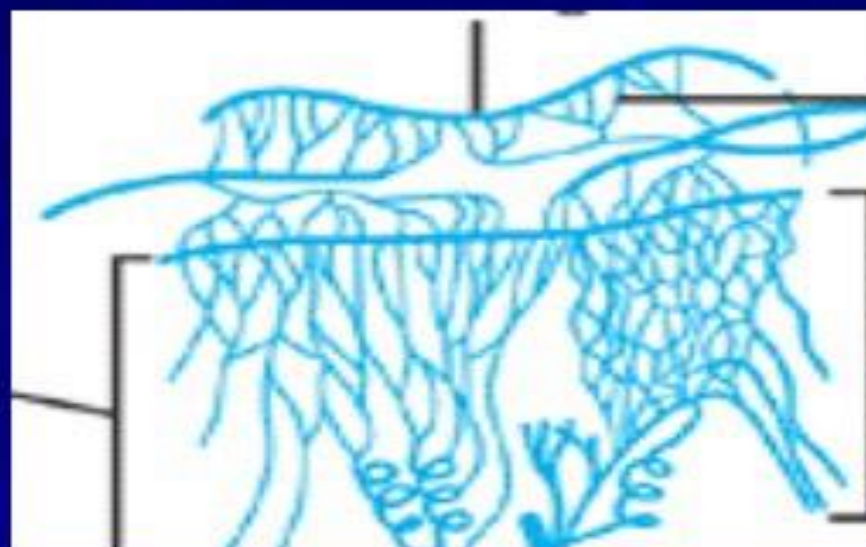
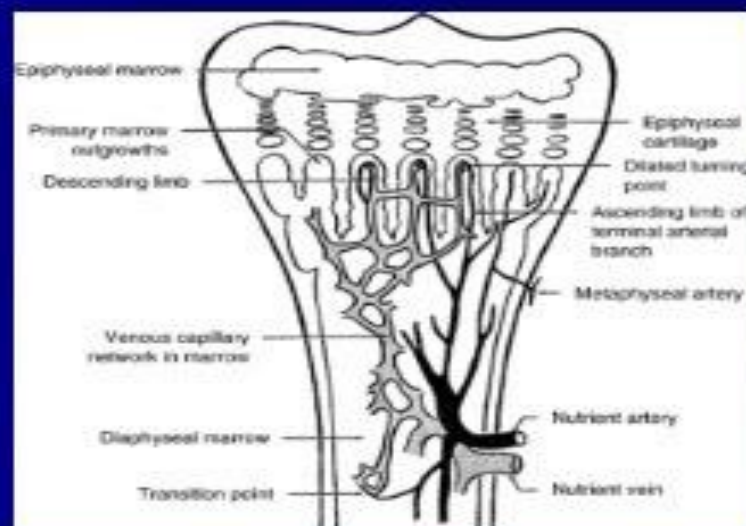
➤ Краск (1887г.) – выделил из гноя стрептококк.



- Золотистый стафилококк
- Эпидермальный стафилококк
- Стрептококк
- Синегнойная палочка
- Смешанная флора

# Теории патогенеза

1. Сосудисто – эмболическая теория Е. Lexer (1884), Боброва А.А. (1888). Питающие кость артерии в метафизах разветвляются, образуя обширную сеть, в которой кровоток резко замедляется, что способствует оседанию в ней гноеродных микробов.





## Теории патогенеза

---

### 2. Аллергическая теория С.М. Дерижанова (1937-1940 г.).

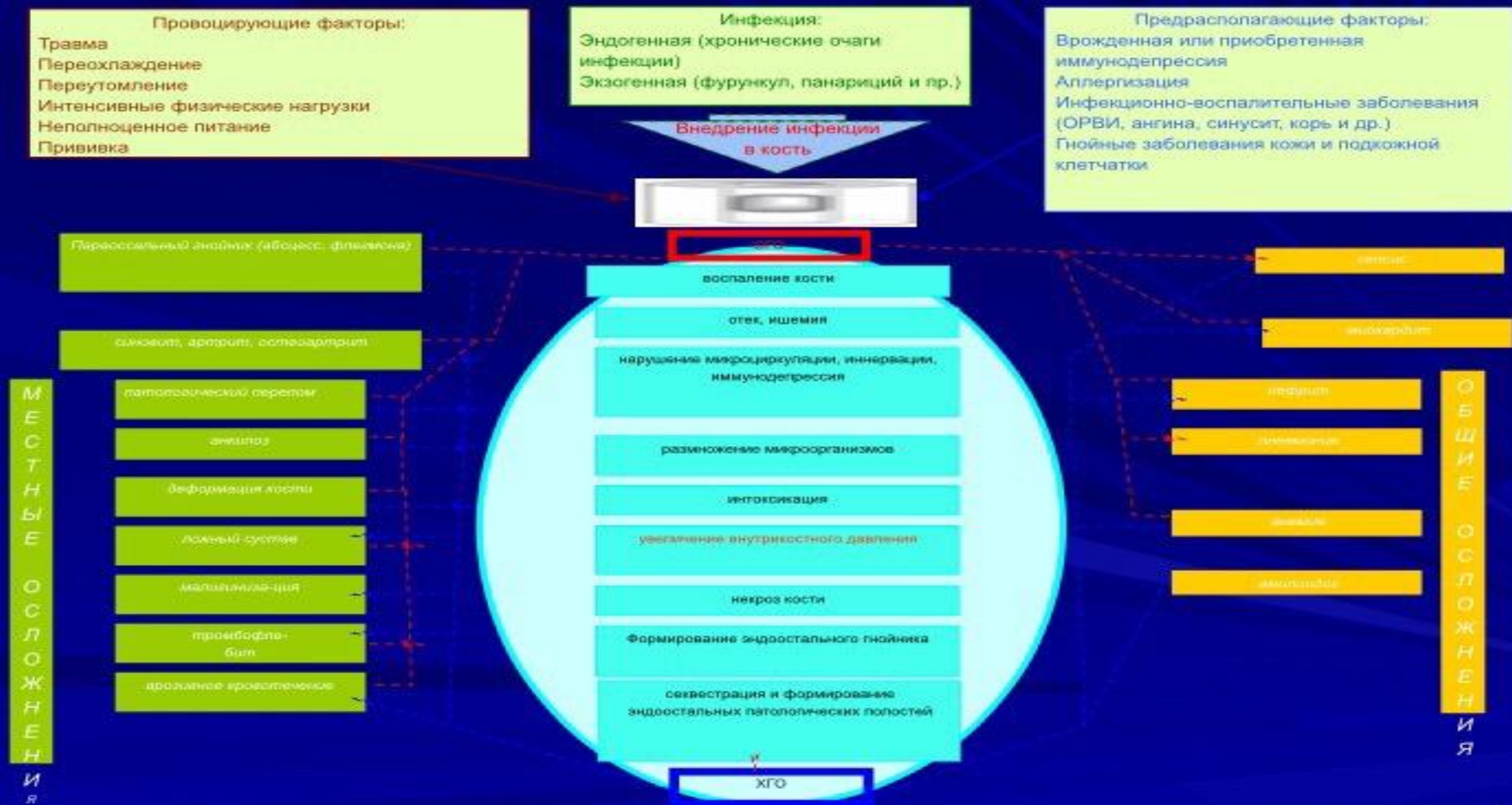
Теория хорошо обосновывает необходимые условия для развития острого воспаления костного мозга. Заболевание развивается только на почве сенсibilизации организма и возникновении в кости асептического воспаления, наступающего от самых разнообразных причин.

### 3. Нервно-рефлекторная теория Н.Н. Еланского (1954 г.).

Получила наиболее широкое признание в середине XX века. Согласно этой теории, возникновению остеомиелита способствует длительный рефлекторный спазм сосудов с нарушением кровообращения.

---

# Современное представление о патогенезе





# Патологическая анатомия

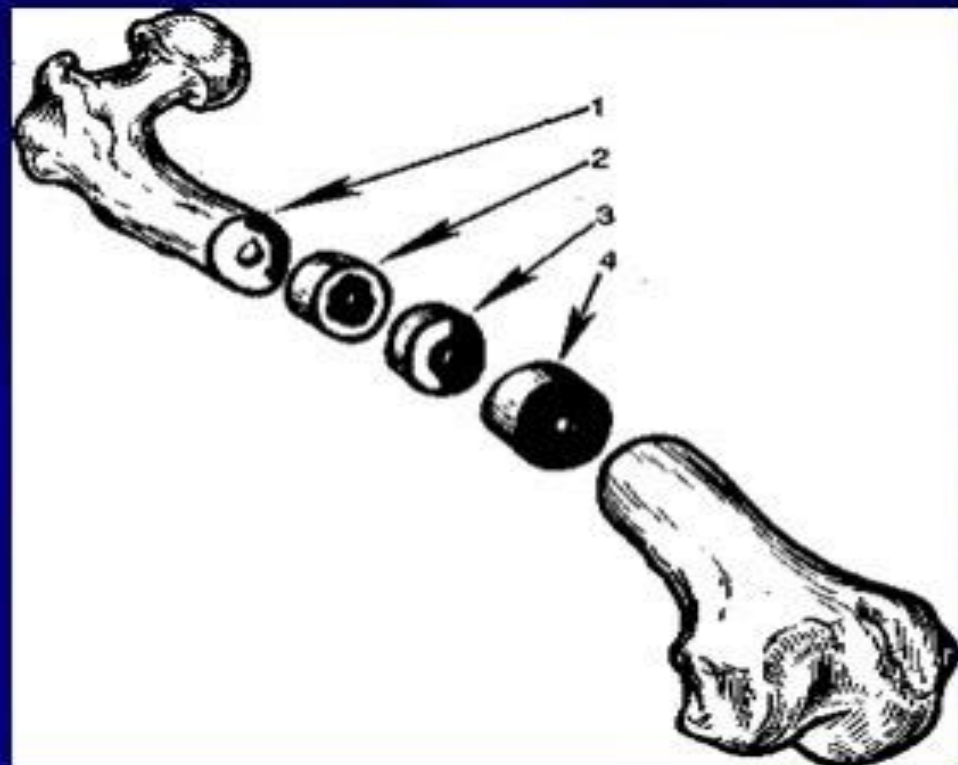
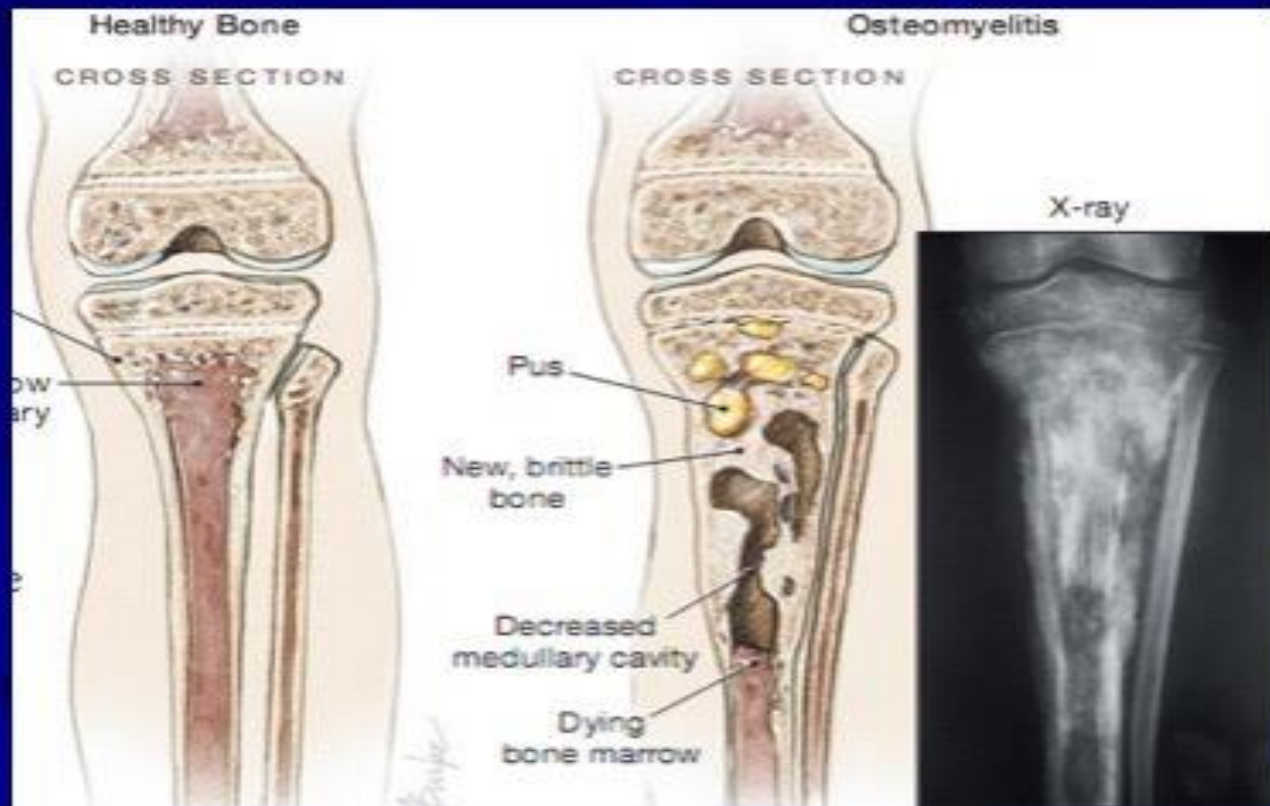
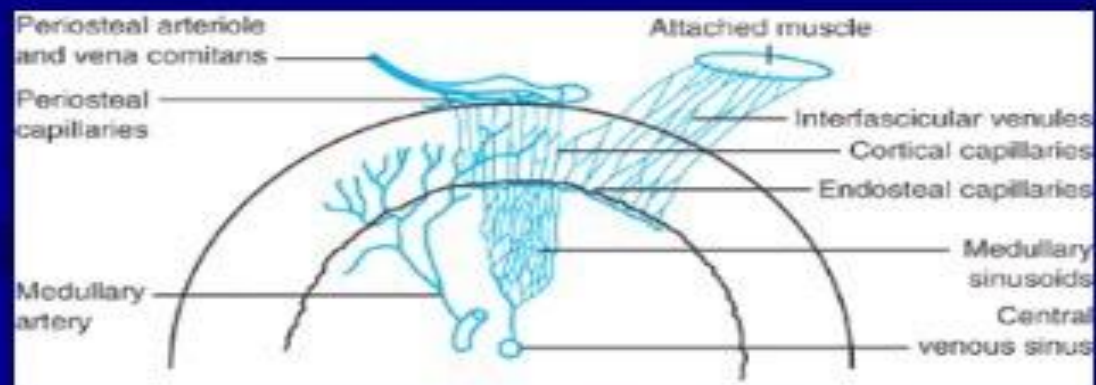


Рис. 1. Виды секвестров.

1 — кортикальный; 2 — центральный; 3 — проникающий; 4 — тотальный.





# Клиническая картина и диагностика ОГО

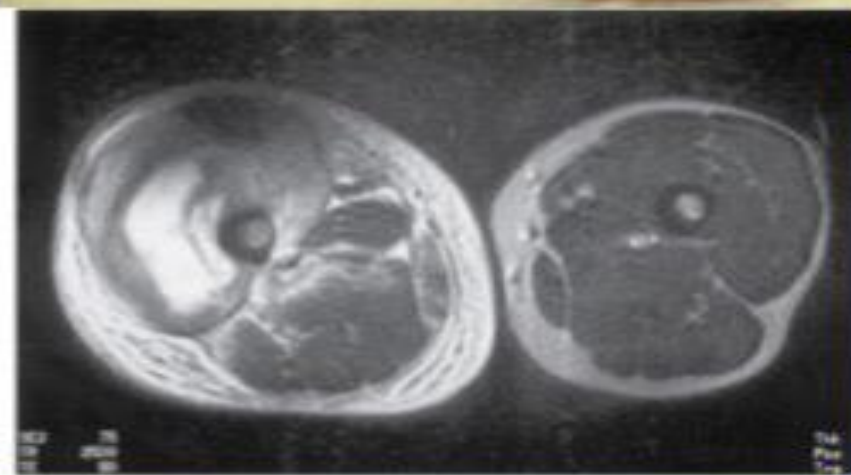
## Объективное обследование больного ОГО

- ➔ Спонтанная боль (dolor) - ведущий признак ОГО.
- ➔ Повышение температуры тела (calor) - постоянный спутник любого воспалительного процесса. септикопиемической форме он сразу принимает фебрильный характер и температура тела может достигать 39 - 41° С. При местной форме ОГО температура тела может оставаться на субфебрильных цифрах.
- ➔ Отек мягких тканей (tumor) - в зависимости от интенсивности и глубины локализации воспалительного процесса проявляется на 2-4-е сутки заболевания.
- ➔ Нарушение функции пораженного органа (functio laese)





## Клиническая картина



## Диагностика ОГО

---

Лабораторные методы исследования.



Результаты общеклинических лабораторных исследований при ОГО неспецифичны.

Они подтверждают развитие воспалительного заболевания.

---



# Диагностика ОГО

---

Рентгенологические методы исследования.

Надежда на раннюю рентгенодиагностику ОГО неоправданна в связи с тем, что рентгенологическая картина ВСЕГДА ЗАПАЗДЫВАЕТ!



## Диагностика ОГО

---

!! Утолщение надкостницы (периостит) – первый достоверный рентгенологический признак ОГО – появляется не раньше, чем через 10 – 14 дней (С. А. Рейнберг).

!! Рентгенологическая картина не отражает истинного объема морфологических деструктивных изменений в кости (С.М. Дерижанов, Lindemann).

!! Лишь На 14–21–е сутки заболевания рентгенологическая картина ОГО становится наиболее отчетливой.

---





## Диагностика ОГО

**!!** Секвестры – второй патогномичный рентгенологический признак гематогенного остеомиелита.

Сроки образования секвестров различны. В одних случаях они определяются на рентгенограммах к концу 4-й недели, в других при обширных деструкциях, для окончательного отторжения омертвевших участков требуется 3-4 месяца.

**!!** Наличие отделившихся секвестров свидетельствует о переходе воспалительного процесса в хроническую форму.





# Диагностика ОГО



## Специальные методы исследования.

- **Реовазография.** отражает пульсовой прирост объема артериальной крови в конечности по отношению к венозному оттоку. В первые часы интрамедуллярной фазы - значительное снижение степени кровенаполнения пораженного сегмента конечности за счет резкого повышения сосудистого тонуса. Такая асимметрия кровенаполнения обусловлена длительным и стойким спазмом артериальных сосудов и нарушением венозного оттока.
- **Ультразвуковая эхолокация.** Для объективной оценки топической диагностики границ остеомиелитического очага В.К.Федотов и соавт. (1981) разработали специальное устройство, обеспечивающее попеременную симметричность эхолокации контралатеральных сегментов конечностей больного. Сравнение эхограмм сегментов здоровой и пораженной конечностей позволяет установить или отвергнуть наличие остеомиелитического очага, определить его верхнюю и нижнюю границы.
- **Кожная термометрия** используется в диагностике острых воспалительных заболеваний. С целью уточнения локализации патологического очага в кости при ОГО применяется многоточечная термометрия кожи аппаратом. Кожная температура над очагом воспаления выше, чем над здоровым участком на 2-4°С.



# Диагностика ОГО

---

- **Цветная контактная термография** наглядна и объективна в определении границ температурных изменений в области воспалительного процесса, безболезненна, технически проста и безопасна, обладает высокой разрешающей способностью, предусматривает многократность использования.
- **Тепловидение.** Дистанционный метод термодиагностики различных заболеваний, основанный на принципе улавливания инфракрасных (ИК) лучей, излучаемых человеческим телом, оптическими системами.
- **Радиоизотопное сканирование.** Внутривенно вводят радиоактивный препарат, чаще радиоактивный стронций. Сканирование проводят через 2—3 часа. Этим методом можно диагностировать остеомиелит раньше, чем рентгеновским методом.





### Остеопункция и остеотонометрия

- Экспресс-микроскопия пунктата.
- Остеотонометрия - измерение внутрикостного давления с помощью аппарата Вальдмана. Нормальное давление в здоровой кости равно 8-100 мм водн. ст.
- проведение внутрикостных инфузий лекарственных препаратов.

ИЗМЕРЕНИЕ ВКД И ЭКСПРЕСС-МИКРОСКОПИЯ ПУНКТАТА  
ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМИ РАННИМИ И НАИБОЛЕЕ  
ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ОГО

---



# Дифференциальная диагностика

---

## *ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОГО С НЕХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ*

- Ревматизм
- Ревматоидный инфекционный полиартрит
- Транзиторный (идиопатический) синовит
- Аллергический артрит
- Узелковый периартериит

## *ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОГО С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ*

- Флегмона
  - Нагноившаяся гематома
  - Травматические повреждения (ушиб, растяжение, травматический артрит)
  - Злокачественные опухоли (первичное и метастатическое поражения костей)
  - Врожденный и приобретенный сифилис, сальмонеллез, бруцеллез.
  - Костносуставной туберкулез.
-



## Ранняя диагностика ОГО

---

• Ранняя диагностика - это своевременное распознавание ОГО в интрамедуллярной фазе заболевания.



• Ранняя диагностика ОГО на догоспитальном этапе во многом зависит от «остеомиелитической» настороженности врача.



• При малейших признаках или предположении на ОГО больной подлежит срочной госпитализации в хирургический стационар.





## Лечение ОГО

Все пациенты с ОГО или подозрением на ОГО нуждаются в экстренной госпитализации. Отношение к ним должно быть, как к потенциально септическому больному. Со стороны врача необходима такая же бдительность, как и к острому аппендициту до развития перитонита.

В основе лечения больных острым гематогенным остеомиелитом лежат принципы, изложенные в 1925 году Т. П. Краснобаевым:

1. непосредственное воздействие на возбудителя заболевания;
2. воздействие на макроорганизм;
3. хирургическое лечение местного очага.  
(принцип Гиппократа: *"Ubi pus - ibi evasua"*)





# Хирургическое лечение ОГО

*Воздействие на очаг поражения:*

- Декомпрессивная остеоперфорация в ранние сроки заболевания является основным этиопатогенетическим способом лечения ОГО.
- Вскрытие всех параоссальных гнойников.
- Адекватная иммобилизация конечности.





# Воздействие на возбудителя

---

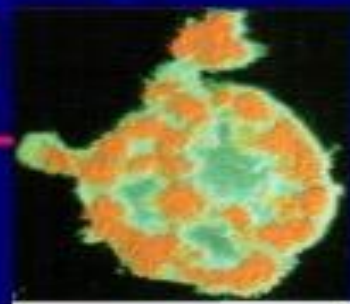


## Основные принципы терапии ОГО:

- Антибиотикотерапия должна носить строго направленный характер в зависимости от результатов бактериологического исследования и определения чувствительности возбудителя к тому или иному антибиотику.
  - Необходимо принципиально назначать антибиотики с момента установления диагноза.
  - Антибиотики должны назначаться в максимальных дозах.
  - Целесообразно проведение массивной антибактериальной терапии различными препаратами.
  - После выделения определенного микробного штамма, следует назначать антибиотики строго направленного действия. Комбинаций по возможности избегают, поскольку это чаще обуславливает побочные реакции.
-



## Воздействие на возбудителя



### Схемы лечения:

- Трех компонентная :  $\beta$ -лактамный препарат + аминогликозид + антибактероидное химиотерапевтическое средство (метрогил, клиндамицин).
- Двухкомпонентная : цефалоспорины III поколения + аминогликозид; линкомицин + фторхинолон, рифампицин + аминогликозид.
- Однокомпонентная : цефалоспорины IV поколения; карбапенемы; фторхинолоны IV поколения.

***Антибактериальная терапия не заменяет хирургическое вмешательство, а лишь дополняет его.***



## Воздействие на макроорганизм

---

Интенсивная терапия во время операции и в раннем послеоперационном периоде:

- Создание благоприятных условий для выздоровления - хорошие санитарные условия; уход и т.д.
  - Коррекция нарушений гомеостаза;
  - Симптоматическая терапия острых нарушений жизненно важных функций;
  - Поддержание энергетического баланса - полноценное (белковое, витаминное) питание, рациональная инфузионная терапия;
  - Повышение иммунных сил организма - применение специфических (гипериммунная плазма) и неспецифических стимуляторов: пентаглобина, ронколейкин, ликопад, элеутерококк, жень-шень, китайский лимонник и др.
-



## Исходы

---

### Выздоровление (хороший результат)

- отсутствие жалоб, хорошее самочувствие, полное восстановление функции пораженной конечности и заживление раны. СОЭ ниже 20 мм/ч. Рентгенографическая картина характеризуется отсутствием деструкции кости, отдельными очагами остеопороза без секвестров и без утолщения периоста.





## Исходы

**Переход в хроническую форму** характеризуется ограничением функции конечности, наличием свища с гнойным отделяемым, либо патологическим переломом. На рентгенограммах могут определяться периостальная реакция, остеосклероз, выраженная секвестральная капсула и наличие секвестров. Со стороны крови — лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, возможны патологические изменения мочи.

У 15 – 30% больных ОГО переходит в хроническую форму (Галлеев М.А. с соавт., 1978; Кудрявцев П.А., 2006).



## Исходы

От **8 до 35%** больных ГО  
становятся инвалидами.

*(Кутин А.А. с соавт., 2001;  
Подкаменев В.В., 2005; Blyth M.J. et  
al., 2001)*



Летальность составляет

**1,3 – 11%!**

*(Подкаменев В.В., 2005; Cheatle M.D., 1991)*





## Причины диагностических ошибок

---



Диагностические ошибки обусловлены рядом факторов:

- В клинике нет патогномичных признаков заболевания; часто здесь на первый план выступают общие симптомы, которые мало отличаются от симптомов других инфекционных или гнойных заболеваний.
  - Распознавание болезни затруднено тем, что в большинстве врачу приходится иметь дело с детьми раннего возраста, у которых оценка местных признаков ОГО чрезвычайно затруднена.
  - Врач поликлиники при первичном осмотре лихорадящего больного в первую очередь думает о наличии у него наиболее часто встречающегося заболевания (острое респираторное заболевание, ангина, пневмония и др.).
  - В практике врачей все ещё бытует ошибочное представление, что диагностика остеомиелита возможна только на основании позитивных рентгенологических данных.
-



## Выводы и практические рекомендации

---

1. Ранняя диагностика, неотложная терапия и экстренное хирургическое вмешательство при ОГО направлены на улучшение результатов лечения, снижения числа септических осложнений и перехода в хроническую стадию заболевания.
  2. В ранней диагностике ОГО счет потери времени должен идти на минуты.
  3. Ведущим в диагностике является тщательное объективное исследование больного, которое дает основание заподозрить ОГО.
  4. Распознавание ОГО на основании позитивных рентгенологических данных сугубо ошибочно и не отражает современных требований ранней диагностики.
  5. Наиболее ранними информативными тестами являются остеотонометрия и микроскопия пунктата костного мозга. Повышение ВКД на 15 - 20 мм вод. ст. по сравнению с нормой является достоверным признаком ОГО. Наличие в мазке пунктата костного мозга воспалительных клеток и микробных тел подтверждает диагноз.
-



## Выводы и практические рекомендации

---

6. Методы измерения ВКД и декомпрессионной остеоперфорации доступны, безопасны и эффективны в диагностике и лечении, и могут быть рекомендованы в практику любых хирургических отделений.

7. Оперативное вмешательство при ОГО должно считаться экстренной операцией. Выжидательная тактика при этом заболевании должна быть осуждена как порочная.

8. Комплексное лечение ОГО, кроме оперативного вмешательства и инстилляций антибиотиков в очаг поражения, должно включать общую антибиотикотерапию, ликвидацию интоксикации, коррекцию нарушений гомеостаза, устранение сенсibilизации, повышение иммунитета по общим правилам лечения гнойной инфекции

---



## Хронический гематогенный остеомиелит (ХГО)

**ХГО** - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ НАЛИЧИЕМ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ОЧАГА В КОСТИ СО СВИЩОМ (ИЛИ БЕЗ НЕГО), ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕЕ И НЕ СКЛОННОЕ, КАК ПРАВИЛО, К САМОЗАЖИВЛЕНИЮ (ГРИНЕВ М.В, 1977).

В СВЯЗИ С ЭТИМ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ ХГО ОБУСЛОВЛЕННЫ СФОРМИРОВАВШИМСЯ ОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКИМ ОЧАГОМ.

**ХГО**



ВТОРИЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ



ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ  
(АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ОСТЕОМИЕЛИТА)

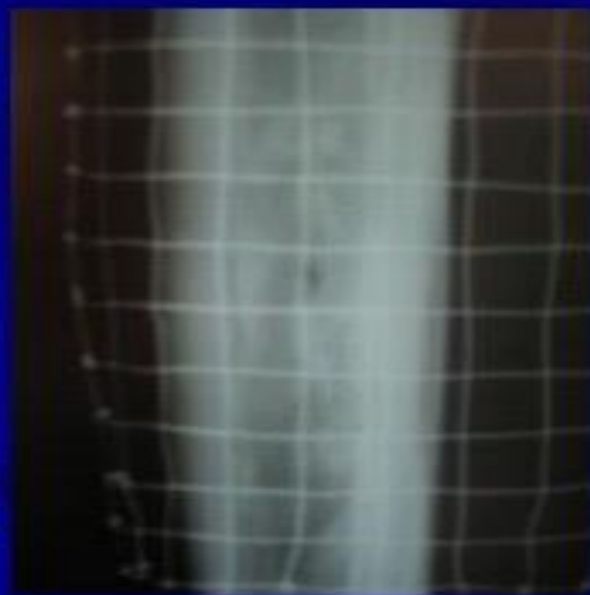




## Клиника и диагностика ХГО

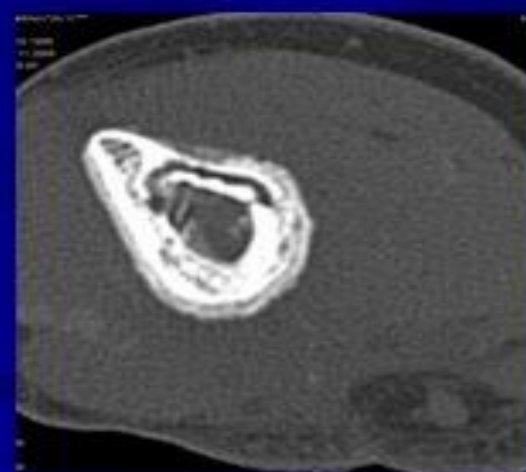
Правильной постановке диагноза способствует выявление триады характерных клинических признаков (Горюнов С.В. с соавт., 2004; Strecker W. et al., 2004):

- **гнойного свища,**
- **костного секвестра,**
- **рецидивирующего течения.**





# Диагностика





## Атипичные формы ХГО

### Абсцесс Броди (V.C. Brodie, 1828)

вызывается, как правило, слабо вирулентной флорой, чаще всего патогенным стафилококком. Заболевание чаще всего развивается исподволь, незаметно для больного, без четких клинических проявлений.



*Клиника заболевания скудна:* ноющие боли в области метафиза кости, усиливающиеся по ночам и после физическим нагрузок, локальная болезненность. Общая реакция на существующий гнойник отсутствует, но возможна при обострении заболевания.

*Данные рентгенографии:* в области метафиза, в губчатом веществе большеберцовой кости (80% поражений приходится на эту кость) определяется круглой или овальной формы полость с очерченными контурами и перифокальным остеосклерозом. Периостальные изменения прослеживаются не у всех больных.



## Атипичные формы ХГО

Склерозирующий остеомиелит Гарре (С. Garre, 1893) начинается подостро, без резких болей в конечности, без гипертермии. Образование флегмон и гнойных свищей наблюдается редко. Течение воспалительного процесса вялое. Клинически оно характеризуется болями в конечности, чаще ночными, нарушением её функции, умеренным повышением температуры, СОЭ и лейкоцитоза. Рентгенологически выявляется резко выраженный склероз диафизарной части длинной трубчатой кости (чаще большеберцовой). На фоне склероза могут выявляться небольшие очаги разряжения костной ткани. Костномозговая полость с течением времени сужается и может полностью склерозироваться; одновременно диафиз кости веретенообразно утолщается.

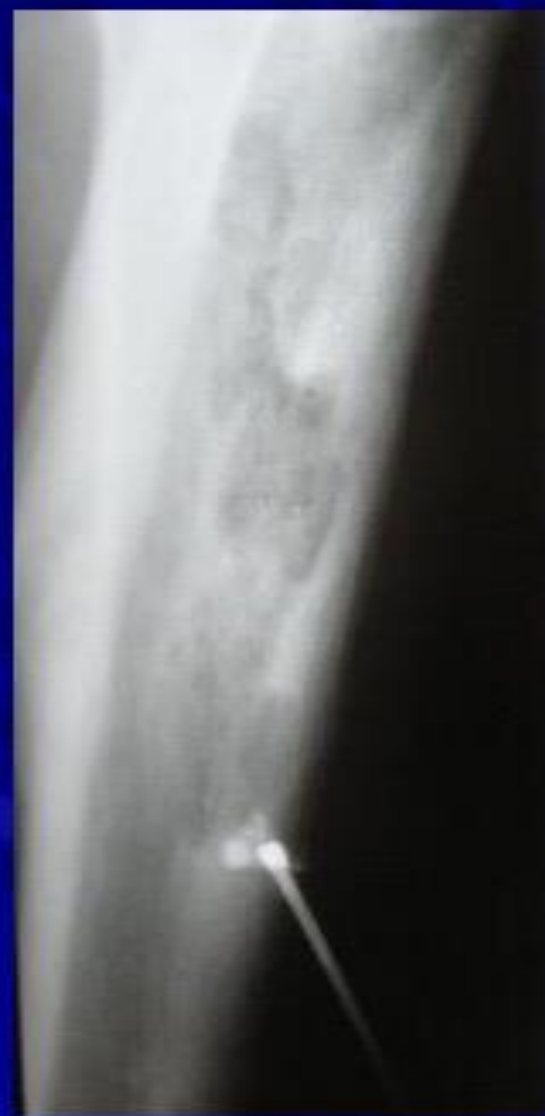




## Атипичные формы ХГО

### Антибиотический остеомиелит

(С.Г. ПОПКИРОВ, 1958) охватывает те формы остеомиелита, при которых лечение антибиотиками не привело к полному выздоровлению, и они перешли в подострую и хроническую стадию, но подверглись значительным изменениям в смысле морфологического строения и клинического течения. В общих чертах он характеризуется угнетением деструкции, отсутствием периостального образования кости и оссификацией, отсутствием секвестрального "гроба", гнойно-некротическим расплавлением периоста, желатинозными стекловидными грануляциями и скудным восстановительным образованием костной ткани





## Атипичные формы ХГО

---

Альбуминозный остеомиелит Оллье (L. Oilier, 1864 г) протекает без выраженной картины инфекционного заболевания, с незначительными локальными изменениями на конечности в виде небольшой инфильтрации мягких тканей и слабой гиперемии кожи. Очаг воспаления располагается во внутренних отделах коркового вещества с формированием центральных секвестров. Особенностью данной формы остеомиелита является то, что вместо гноя в очаге скапливается серозная, богатая белком или муцином жидкость, что отразилось в названии этого заболевания. Вялое течение заболевания иногда осложняется деструкцией кости с образованием секвестров или вторичным присоединением инфекции.

---



## Лечение ХГО

---

Основой лечения остеомиелита в хронической стадии является радикальная хирургическая операция – некрсеквестрэктомия (НСЭ), направленная на удаление патологического очага в кости, иссечение рубцов и свищей.





## Предоперационная подготовка

1. Воздействие на макроорганизм



2. Воздействие на микроорганизм (антибактериальная терапия).



3. Санация гнойного очага.

**Критерии эффективности предоперационной подготовки больного:**

- улучшение самочувствия,
- прибавка в массе тела,
- нормализация температуры,
- уменьшение или прекращение гнойного отделяемого,
- исчезновение отечности тканей вокруг свища,
- положительная динамика лабораторных данных.



# Лечение ХГО



В настоящее время выделяют три группы операций при ХГО: паллиативные, условнорадикальные, радикальные (Амирасланов Ю.А. с соавт., 2001; Kouame B.D. et al., 2005).

- **ПАЛЛИАТИВНЫЕ:** секвестрэктомия, вскрытие остеомиелитической флегмоны или абсцесса, иссечение свища. Повторная обращаемость к врачу после этих операций составляет 52-89% (Кузьменко В.В. с соавт., 1998; Green N. E. et al., 1987).
- **УСЛОВНОРАДИКАЛЬНЫЕ:** НСЭ во всех её вариантах.
- **РАДИКАЛЬНЫЕ:** краевая резекция пораженного участка кости, концевая резекция фрагментов кости, сегментарная резекция пораженного участка длинной кости, ампутация или экзартикуляция сегмента, содержащего пораженную остеомиелитом кость.



# ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

- Наличие клинических и рентгенологических признаков хронического (в том числе ПХГО) остеомиелита: секвестра, костной полости, свища или язвы;
- Рецидив или обострение хронического остеомиелита;
- Наличие постоянных болей в пораженном сегменте конечности при отсутствии заметных признаков обострения процесса;
- Значительное нарушение функции опорно-двигательного аппарата на фоне осложнений хронического остеомиелита, приводящее к ухудшению качества жизни пациента;
- • Изменения в паренхиматозных органах, вследствие ХГО;





## ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

- Крайне тяжёлое общее состояние больного, сепсис;
- Обострение остеомиелита, протекающего с выраженным воспалением, обильным гнойным отделяемым из свищей с явлениями экзематизации кожи вокруг них;
- Несросшийся патологический перелом;



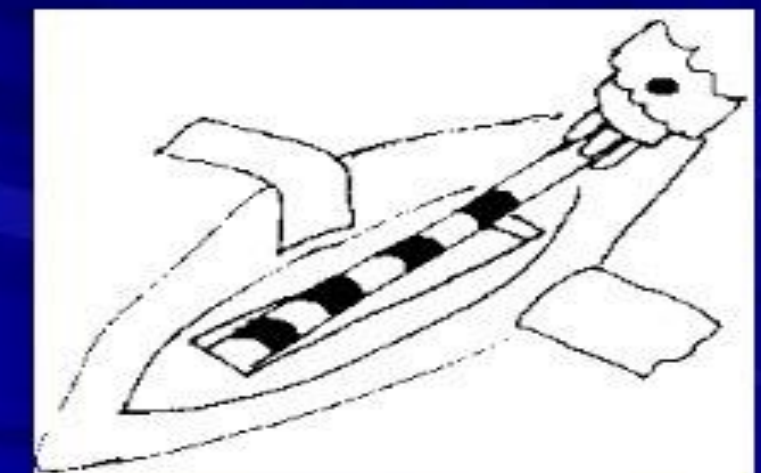
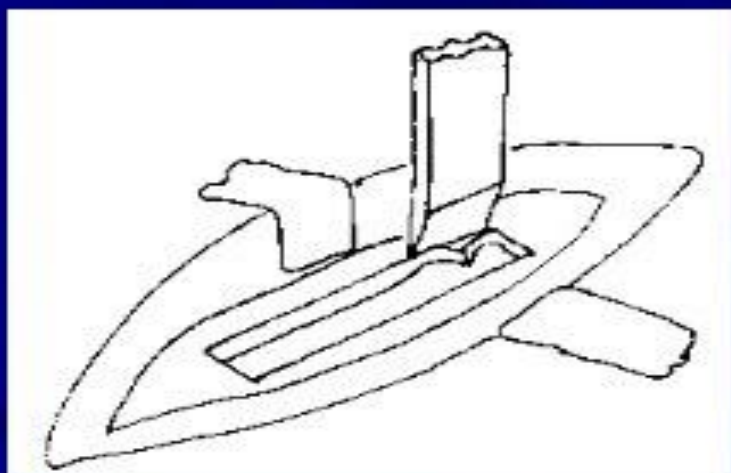
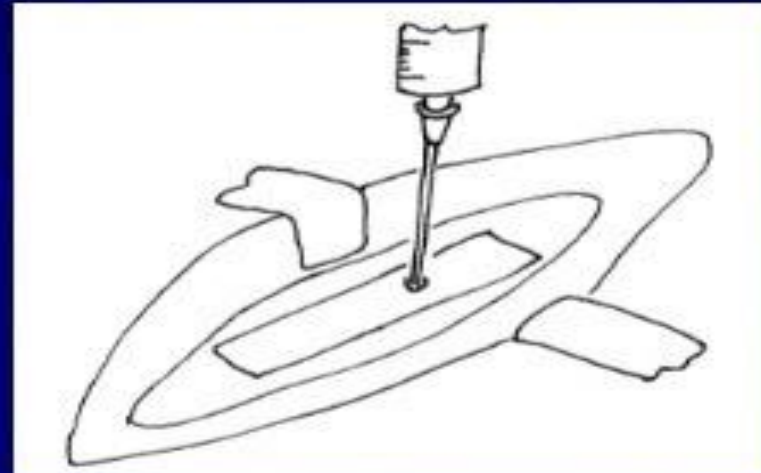
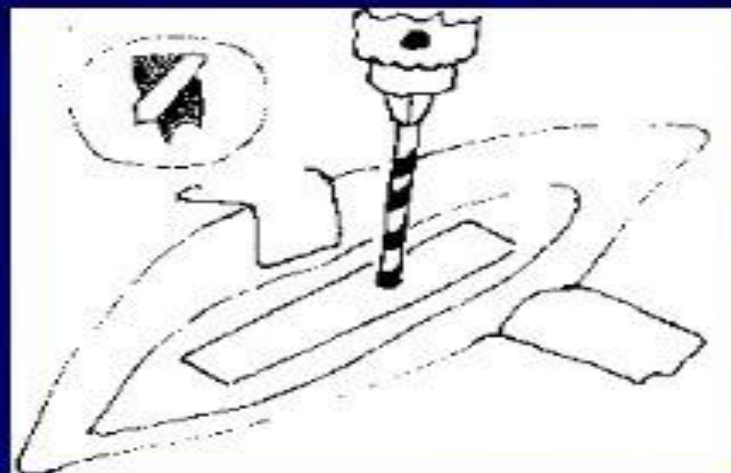
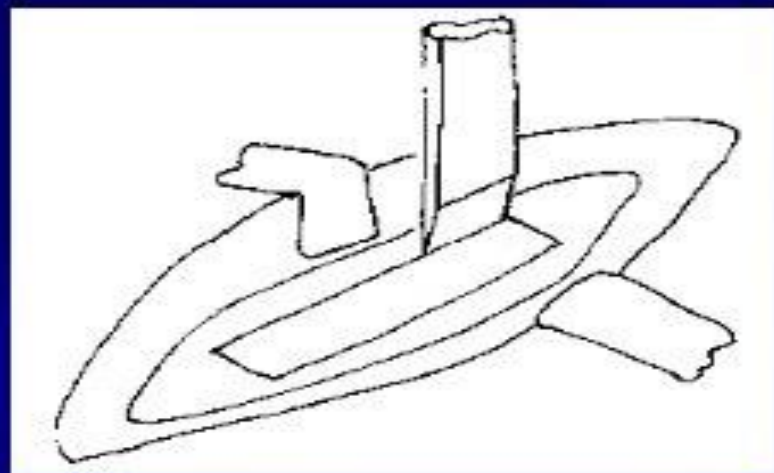


# ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

- *ВЫБОР И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ДОСТУПА К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ ОЧАГУ*
  - *ГЕМОСТАЗ*
  - *ТРЕПАНАЦИЯ КОСТИ*
  - *НЕКРСЕКВЕСТРЭКТОМИЯ*
  - *ПЛАСТИКА ОСТАТОЧНОЙ КОСТНОЙ ПОЛОСТИ*
  - *ДРЕНИРОВАНИЕ И УШИВАНИЕ РАНЫ*
-

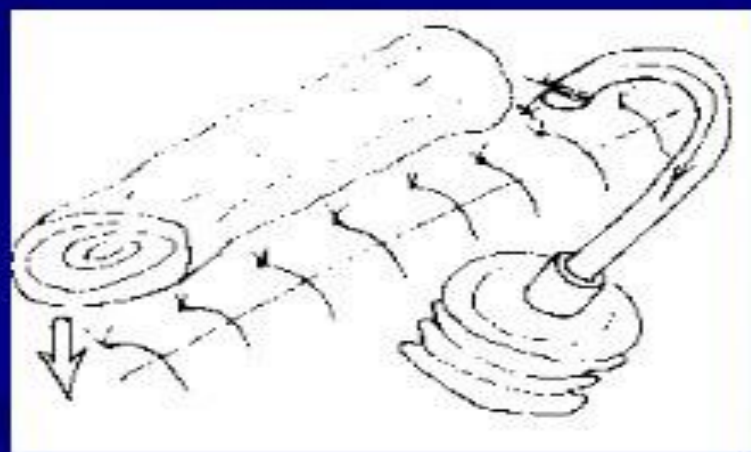
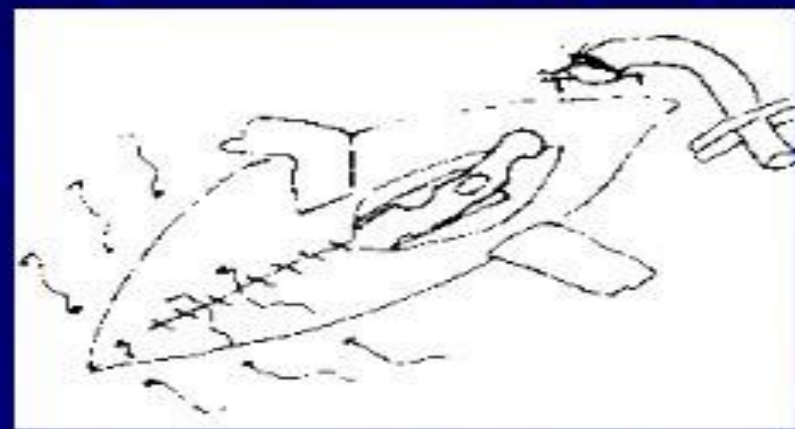
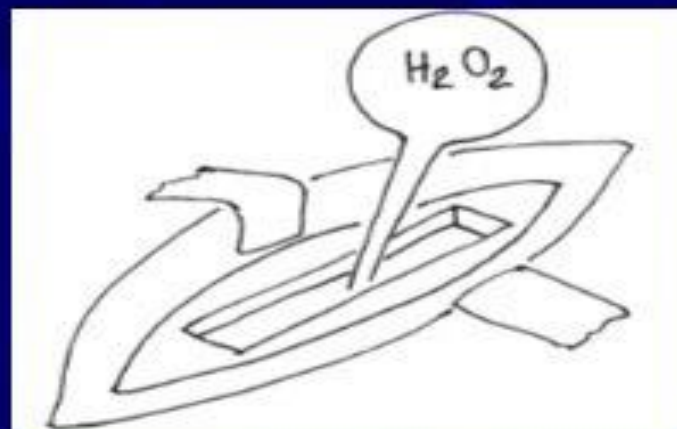
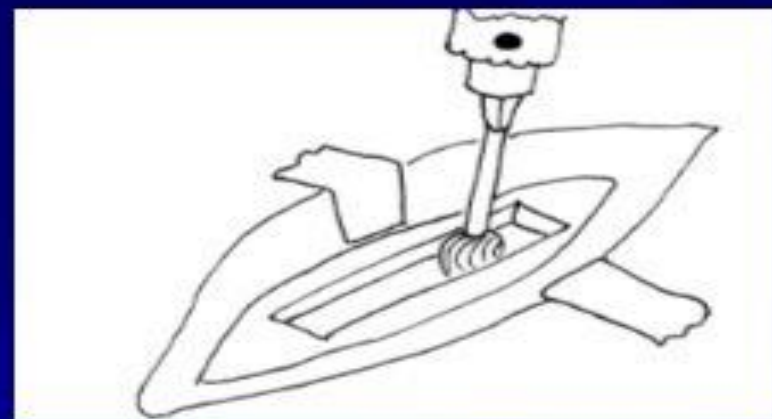


# СХЕМАТИЧНОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ ОСНОВНЫХ ЭТАПОВ РАДИКАЛЬНОЙ НСЭ:





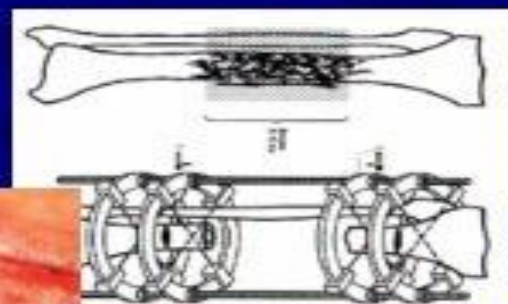
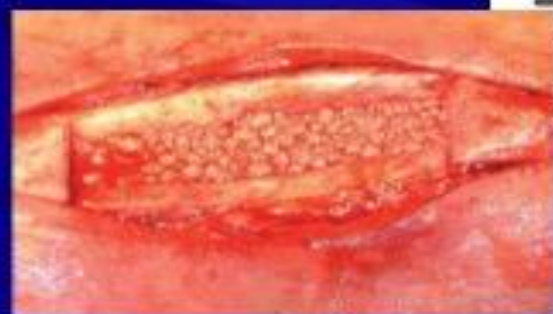
# СХЕМАТИЧНОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ ОСНОВНЫХ ЭТАПОВ РАДИКАЛЬНОЙ НСЭ:





## Пластика остаточной костной полости

- Множество видов пластик, предлагаемых различными авторами, свидетельствует о том, что нет наиболее совершенной среди них, и все они имеют свои недостатки (Амирасланов Ю.А., 2000, 2008; Lamprecht E., 1997).





## *Лечение и реабилитация в послеоперационном периоде*

---

В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ АБСОЛЮТНО ПОКАЗАНА АДЕКВАТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ.

ПРОДОЛЖЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ЛФК

ФТЛ

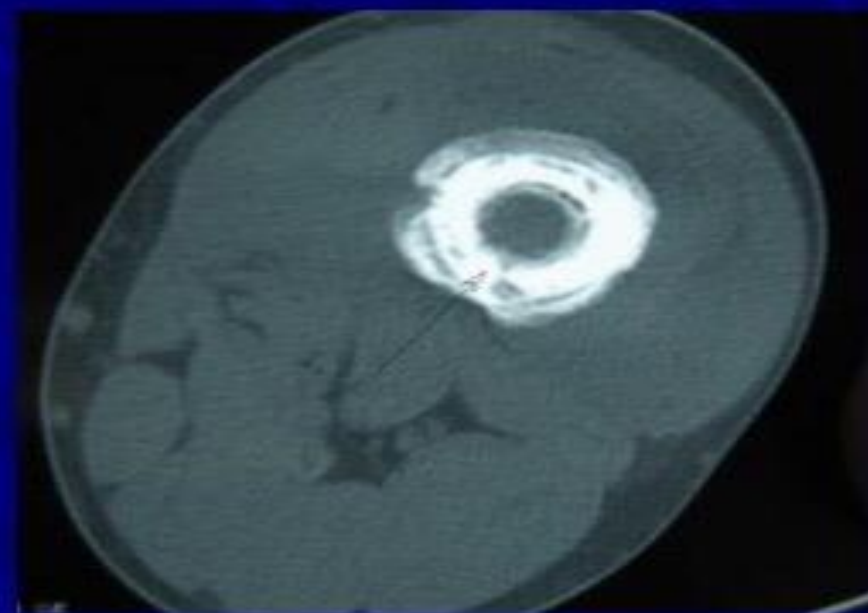
Проводимое комплексное лечение способствует стимуляции репаративного остеогенеза и наиболее полному анатомо-функциональному восстановлению конечности.

---



**КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: БОЛЬНОЙ Б., 21 ГОД, ГЕМАТОГЕННЫЙ  
ОСТЕОМИЕЛИТ ЛЕВОЙ БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

Адекватная иммобилизация левого бедра



Компьютерная томограмма.  
Периостальные наслоения,  
разволокнение кортикального  
слоя, секвестр.



# ЭТАПЫ НЕКРЕСЕКВЕСТРАЭКТОМИИ У БОЛЬНОГО Б.

---





## ЭТАПЫ НЕКРСЕКВЕСТРЭКТОМИИ У БОЛЬНОГО Б.

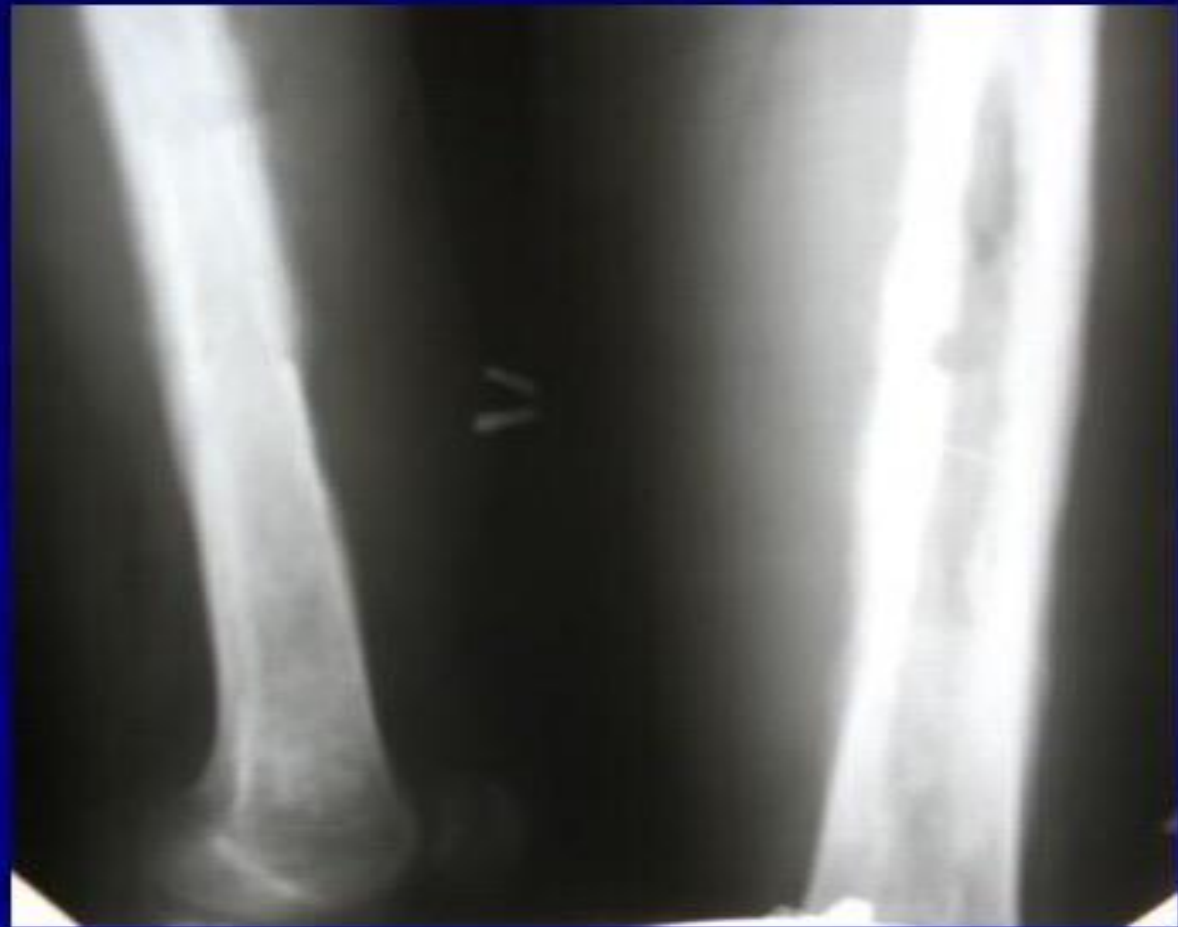
---





**КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: БОЛЬНОЙ Б., 21 ГОД, ГЕМАТОГЕННЫЙ  
ОСТЕОМИЕЛИТ ЛЕВОЙ БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

---





## Исходы лечения ХГО

---

- Количество операций, выполняемых каждому больному с рецидивирующим течением ХГО, колеблется от 2 до 28 (Чаплинский В.В. с соавт. 1974; Ledermann H.P. et al., 2002).

- Повторным операциям подвергаются 73,9 – 80% больных (Мальшев Е.С. с соавт., 2001; Амирасланов Ю.А. с соавт., 2008).

- Неудовлетворительные результаты после операций по поводу ХГО констатированы у 13 – 65,7% пациентов (Али-Заде Ч.А., 2000; Ilyas A.M. et al., 2008).

- Рецидивы после радикальных операций возникают у 10 – 49,1% пациентов (Гринев М.В., 1977; Windhofer C. et al., 2001).

- От 8 до 35% больных остеомиелитом становятся инвалидами (Кутин А.А. с соавт., 2001; Blyth M.J. et al., 2001).

---



## Пути улучшения исходов лечения больных остеомиелитом

---

1. Повышение квалификации врачей, как догоспитального, так и госпитального звена, для обеспечения своевременной диагностики остеомиелита;
  2. Сокращение сроков поступления больных в специализированный стационар;
  3. Комплексное этиопатогенетическое лечение остеомиелита в специализированных отделениях гнойной хирургии;
  4. Единую тактику лечения на этапах медицинской помощи;
  5. Систему реабилитации, включающую диспансеризацию и восстановительное и санаторно-курортное лечение.
-



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

