



А.Н. Коваль, А.А. Рудик, Д.Ю. Чечетка

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ СТАДИИ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

301-й Окружной военный клинический госпиталь; Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Проблема диагностики и лечения больных острым гематогенным остеомиелитом (ОГО) у взрослых является актуальной, сложной и до настоящего времени окончательно нерешенной. Диагностика ОГО бывает крайне затруднительна, что приводит к грубым диагностическим и тактическим ошибкам. Неверно установленный диагноз и неадекватное лечение способствуют прогрессированию заболевания и развитию тяжелых осложнений [1-10]. До конца не изучено само заболевание, отсутствуют общепринятая тактика и методы хирургических вмешательств при гематогенном остеомиелите у взрослых [1-4, 6, 7]. Остаются открытыми вопросы оценки результатов операций, прогнозирования течения процесса и многие другие.

Материалы и методы

Нами проведен анализ клинических случаев у 206 взрослых пациентов с гематогенным остеомиелитом, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии 301-го ОВКГ за последние 20 лет (1986-2006 гг.). Заболеваемость ОГО у взрослых относительно невелика. По нашим данным, частота встречаемости его среди пациентов отделения гнойной хирургической инфекции не превышает 0,5%. Возраст пациентов колебался от 18 до 25 лет, длительность заболевания — от нескольких суток до нескольких лет. Мужчин было 201 (97%), женщин — 5 (3%) чел.

Результаты и обсуждение

В отделение гнойной хирургии в острой стадии процесса поступило 98 (47,6%) больных, в подострой — 21 (10,2%), в хронической — 87 (42,2%). Обнаружено, что сроки поступления и стадия процесса напрямую определяли прогноз течения заболевания. По нашим наблюдениям, до 3 сут с момента заболевания госпитализированы 11 (5,3%) пациентов, с 3 до 7 сут — 53 (25,7%), позже 7 сут — 142 (69%) пациента. Из 119 больных, поступивших в острую и подострую стадии, выздоровление наступило у 7 (3,4%) больных, у остальных 112 (96,6%) остеомиелит перешел в хроническую стадию.

Следует отметить, что ОГО развивается преимущественно у детей. У взрослых заболевание встречается редко, поэтому ранняя диагностика при первичном обращении представляла большие проблемы. До поступления в наше отделение правильный диагноз в острой стадии заболевания был установлен лишь у 27 (27,5%) больных, ошибочный — у 71 (72,5%) больного, из них чаще устанавливался диагноз абсцесса, флегмоны или нагноив-

Резюме

Проведен анализ клинических случаев у 206 взрослых пациентов с гематогенным остеомиелитом, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии. Обращается внимание на трудности ранней диагностики: на амбулаторном этапе правильный диагноз в острой стадии заболевания был установлен лишь у 27,5% больных, в стационаре при поступлении — у 83,7%. Ведущими в ранней диагностике были клинические проявления заболевания, рентгенологические изменения регистрировали лишь на 12-14 день.

A.N. Koval, A.A. Rudik, D.J. Chechetka

CLINICAL-DIAGNOSTIC FEATURES OF AN ACUTE STAGE OF HAEMATOGENIC OSTEOMYELITIS OF LONG TUBULAR BONES IN YOUNG PATIENTS

301 District military clinical hospital;
Far East state medical university, Khabarovsk

Summary

The analysis of clinical cases of 206 adult patients with haematogenic osteomyelitis receiving treatment at the department of purulent surgery has been carried out. The authors paid special attention to difficulties of early diagnostics: at an out-patient stage the correct diagnosis of an acute stage of the disease has been made only in 27,5% of patients, on a hospital admission — 83,7%. Early diagnostics was based on the clinical manifestation of the disease. Radiological changes were registered only on 12-14-th day.

шейся гематомы — у 27 (38%), ушиба мягких тканей — у 13 (18,3%), артрита — у 10 (14%), миозита — у 8 (11,3%), тромбофлебита — у 5 (7%), ревматизма — у 3 (4,3%), ОРВИ, пневмонии — у 3 (4,3%), радикулита, грыжи диска — у 2 (2,8%) больных.

Развитию острого воспаления в кости предшествовали: травма — у 89 (43,2%) больных, гнойно-воспалительные процессы мягких тканей — у 43 (20,9%), интенсивные физические нагрузки — у 19 (9,2%), переохлаждение — у 12 (5,8%), перенесенное инфекционное заболевание (ОРВИ, пневмония, ангина и др.) — у 9 (4,4%), сочетание нескольких причин наблюдалось у 23 (11,2%). Заболевание возникло на фоне мнимого благополучия, без видимой причины у 11 (5,3%) чел.

По нашим данным, преобладала патология крупных трубчатых костей: бедренной кости — 106 (51,5%), кости голени — 68 (33%), плечевой кости — 21 (10,2%), значительно реже кости предплечья — 7 (3,4%) больных. Множественное поражение костей наблюдалось у 4 (1,9%) больных. Поражение диафиза отмечено у 93 (45,2%), метаэпифизарная локализация — у 21 (10,2%), поражение метаэпифиза и диафиза — у 76 (36,8%), тотальное поражение — у 16 (7,8%) больных.

В течение заболевания у 101 (49%) больного наблюдалось одно или несколько местных осложнений (параоссальный гнойник, синовит, артрит, остеоартрит, патологический перелом, ложный сустав, анкилоз, деформация конечности) и у 26 (12,6%) — общих (сепсис, деструктивная пневмония, миокардит, нефрит, анемия). Возбудитель верифицирован у 184 (92,5%) больных. Стафилококк выделен в 92,9% случаев, стрептококки и другие возбудители в 7,1%. Летальность среди больных ОГО составила 0,8%.

ОГО у взрослых проявляется триадой клинических симптомов: остро возникающая и нарастающая локализованная боль, ограничение функции движения соответствующего сегмента опорно-двигательного аппарата, ремиттирующая лихорадка с интоксикацией [1-4, 6, 13, 15]. Скрупулезный сбор анамнеза и выявление вышеперечисленных симптомов позволяют заподозрить заболевание и поставить правильный диагноз. Но, несмотря на кажущуюся простоту, диагностика гематогенного остеомиелита, особенно в самой ранней стадии заболевания, бывает чрезвычайно затруднительна в силу ряда причин:

1) отсутствие патогномичных признаков заболевания;

2) рост числа «стертых», подострых форм течения болезни в результате изменения иммунобиологической реактивности организма современного человека, бесконтрольного применения антибиотиков;

3) отсутствие ранних рентгенологических изменений в костной ткани;

4) недостаточные знания по данной проблеме как у врачей амбулаторно-поликлинического этапа, так и специалистов стационара [1-4, 6-8, 14].

В связи с этим процент диагностических ошибок у больных с ОГО в поликлинике достигает 44,6-68% [1, 4, 5]. Но ошибки встречаются не только на догоспитальном этапе, они присущи и стационарным учреждениям. В первые 5 сут с момента заболевания в стационаре правильный диагноз был установлен 87,3% больных. Учитывая патогенетические особенности развития воспаления в костно-мозговом канале, можно утверждать, что госпитализация в специализированный стационар спустя 3-5 сут с момента начала заболевания является поздней и, несомненно, приводит к прогрессированию необратимых изменений в костной ткани и развитию осложнений. По нашим данным, до поступления в специализированный стационар госпиталя поздняя госпитализация в острой стадии заболевания с ошибочным диагнозом отмечена у 198 (96,1%) больных. Ошибка в диагнозе влечет за собой тактическую ошибку, которая может привести к трагическим последствиям. В качестве иллюстрации к сказанному приведем собственное клиническое наблюдение.

Больной М., 20 лет, 09.09.96 г., прыгнув со стола, ударился правым бедром о его край. За медицинской помощью обратился 10.09.96 г. Получал амбулаторное лечение в медпункте по поводу ушиба мягких тканей бедра. С 13.09.96 г. боли в бедре усилились, лихорадил, затем появились кашель и одышка. С 19.09.96 г. находился на стационарном лечении в гарнизонном госпитале с диагнозом острой правосторонней нижнедолевой пневмонии, образовавшейся гематомы нижней трети правого бедра. Несмотря на проводимое лечение, боли в бедре сохранялись, состояние больного быстро ухудшалось. 21.09.96 г. больной переведен в 301-й ОВКГ. Установлен диагноз: острый гематогенный остеомиелит и параоссальная флегмона правого бедра, реактивный правосторонний гонит. Острый сепсис, септикопиемия с токсическим поражением сердца, печени, селезенки, почек. Двусторонняя тотальная деструктивная пневмония. Септический шок. Состояние больного расценено как крайне тяжелое, помещен в отделение реанимации. 22.09.96 г. выполнено дренирование правого коленного сустава, получено 40 мл мутной жидкости. 22.09.96 г. вскрыта и дренирована обширная параоссальная флегмона, выполнена остеоперфорация правой бедренной кости, получен густой желтый гной, при посевах которого выделен золотистый стафилококк. Рентгенологических изменений в правой бедренной кости при поступлении не выявлено. В результате проводимого лечения уменьшилось количество гнойного отделяемого из ран, уменьшился отек бедра. Но явления деструктивной пневмонии прогрессировали. Переведен на ИВЛ. 28.09.96 г. диагностирован левосторонний, а 30.09.96 г. правосторонний пиопневмоторакс, плевральные полости дренированы. 28.09.96 г. в области правого локтевого сустава вскрыт метастатический гнойник. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, состояние больного ухудшалось. 01.10.96 г., на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности, наступила смерть больного.

В данном случае правильный диагноз был установлен спустя 7 сут с момента начала заболевания, что привело к запоздалой операции на фоне сепсиса и гибели больного. Данное наблюдение как нельзя лучше подчеркивает важность ранней диагностики остеомиелита.

Таким образом, диагностика ОГО у взрослых на ранних стадиях заболевания должна основываться главным образом на клинической картине и результатах рентгенографии. Следует подчеркнуть, что рентгеновский снимок имеет только вспомогательное значение, так же как и лабораторные данные. Как правило, мы обнаруживали рентгенологические изменения в самой кости лишь на 12-14 сут болезни и позже. Не стоит так же забывать, что в настоящее время нет ни одного больного остеомиелитом, которого не лечили бы антибиотиками, значительно изменившими морфологический субстрат и клиническое течение заболевания. У наших пациентов мы достаточно часто отмечали характерное для так называемого «антибиотического» остеомиелита (С. Попкиров, 1977) угнетение деструкции, отсутствие периостального образования кости, остеосклероза, секвестральной полости.

Почти у половины больных (44%) врач на амбулаторном этапе обоснованно заподозрил ОГО, выполнил рентгенологическое исследование в первые дни и, увидев

отсутствие изменений в кости, успокоился, забыв, что рентгенологические признаки остеомиелита проявляются гораздо позднее и могут быть не столь выраженными. Этот факт ярко иллюстрирует следующий пример.

Больной Х., 21 г. Болен с 10.02.06 г., когда на фоне стрептодермии конечностей появилось болезненное уплотнение на левом плече, повысилась температура тела до 38°C. 26.02.06 г. поступил в хирургическое отделение гарнизонного госпиталя. Заподозрена флегмона левого плеча. При инцизии инфильтрата гноя не получено. После проведенной консервативной терапии боли стихли, нормализовалась температура тела. 07.03.06 г. переведен в 301-й ОВКГ с диагнозом: гранулирующая рана левого плеча, постинфекционный тромбофлебит вен левой руки (существование последнего подтвердила УЗДГ). Заподозрен гематогенный остеомиелит плечевой кости. 12.03.06 г. выполнена рентгенография левого плеча в двух проекциях — костно-деструктивных изменений не найдено. При поисковых пункциях гноя из параоссального пространства не получено. Раны зажили. 04.04.06 г. выписан по выздоровлению. 18.04.06 г. повторно госпитализирован по месту службы ввиду появления ноющих болей и отека левого плеча. Рентгенологически выявлен периостит и очаги деструкции на протяжении всего диафиза левой плечевой кости. 25.04.06 г. вновь переведен в 301-й ОВКГ. Выставлен диагноз: подострый гематогенный остеомиелит левой плечевой кости. При остеоперфорации из костно-мозгового канала получено скудное слизисто-гнойное отделяемое. Проведена антибактериальная, противовоспалительная терапия, иммобилизация. Воспалительный процесс в кости перешел в хроническую стадию с формированием центральных, кортикальных секвестров и эндостальных полостей. 10.07.06 г. выполнена некрсеквестрэктомия левой плечевой кости.

В этом случае контрольное рентгенологическое исследование перед выпиской сделано не было. Правильный диагноз был установлен спустя два месяца от начала заболевания, уже в подострой стадии.

Выводы

1. Особенностью клинического течения ОГО у лиц молодого возраста является острое начало под «маской» других гнойно-воспалительных заболеваний.

2. Трудности ранней диагностики ОГО связаны в основном с недооценкой клинических симптомов заболевания и переоценкой рентгенологического метода.

3. Госпитализация и, соответственно, раннее начало лечения больных с ОГО должны осуществляться в возможно ранние сроки, исчисляемые не днями, а часами от начала заболевания, что продиктовано особенностями воспаления в костно-мозговом канале, темпом и динамикой костных изменений при остеомиелите.

Л и т е р а т у р а

1. Акжигитов Г.Н., Галеев М.А. Остеомиелит. М.: Медицина, 1986. 207 с.
2. Венгеровский И.С. Остеомиелит у детей. М.: Медицина, 1964.
3. Гринев М.В. Остеомиелит. Л.: Медицина, 1977. 151 с.
4. Дикова А.А., Колосов О.Я. Остеомиелит у детей. Горький: Верхневолж. изд-во, 1974. 318 с.
5. Дудкевич Г.А. Остеомиелит. Ярославль, 1971. 168 с.
6. Крюк А.С. Хирургическое лечение поздней стадии хронического остеомиелита. Минск: Беларусь, 1965. 144 с.
7. Кутан А.А., Мосиенко Н.И. Гематогенный остеомиелит у взрослых. М.: Медицина и жизнь, 2000. 224 с.
8. Никитин Г.Д., Рак А.В., Линник С.А. и др. Хирургическое лечение остеомиелита. СПб.: Русская графика, 2000. 199 с.
9. Хомич И.И. Хронический остеомиелит. Минск: Беларусь, 1977. 143 с.
10. Хлопов Н.А. Хронический остеомиелит длинных трубчатых костей. Алма-Ата, 1988. 144 с.
11. Шилов В.Н. Лечение хронического гематогенного остеомиелита у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ставрополь, 1974. 15 с.
12. Шиш В.Ф. К клинике и хирургическому лечению хронического гематогенного остеомиелита у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 1973. 22 с.
13. Blyth M.J., Kincaid R., Craigen M.A. et al. // J. Bone J. Surg. Br. 2001. Vol. 83, №1. P. 99-102.
14. Glaser C, Matzko M., Reiser M. // Radiol. 2000. Vol. 40, №6. P. 547-556.4
15. Peltola H., Vahvanen K.A. Comparative study of osteomyelitis and purulent arthritis with special reference to aetiology and recovery. Infection 1984; Vol. 12, P. 75-79.

