

УДК: 616.831-001,,137⁴

© Азаб Хусейн, Грицай А.А., Новиков Ю.Ю., 2012

КЛИНИКО-ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА. АЛГОРИТМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВВЕДЕНИЯ. СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Азаб Хусейн, Грицай А.А., Новиков Ю.Ю.

Луганская областная детская клиническая больница, Луганский государственный медицинский университет

Введение: как известно возбудителем туберкулезного процесса, является палочка Коха, открытая в 1882 г. Туберкулезный процесс в костной ткани наиболее часто локализуется в отделах, богатых костным мозгом - в телах позвонков, эпифизарных отделах длинных трубчатых костей, в губчатых костях, и реже в диафизарных отделах коротких и длинных трубчатых костей [1,2].

Распространение туберкулезного процесса происходит гематогенным путем. Согласно современным представлениям, наиболее чувствительной к первичному заражению является костная ткань, богатая костным мозгом. Синовиальная оболочка невосприимчива к гематогенному заражению, однако поражается вторично при разрастании гранулемы из сформированного уже очага. Хрящевая ткань также не восприимчива к первичному заражению, наиболее устойчива, и в определенной степени, выполняет буферную роль, предупреждая переход процесса с кости на сустав [1,2].

В течение костно-суставного туберкулеза выделяют следующие фазы:

1 фаза - преартритическая (первичный остит);

2 фаза артритическая (вторичный артрит с тремя стадиями: начало, разгар и затихание);

3 фаза - постартритическая (последствия перенесенного туберкулезного артрита, его затяжное течение, обострения и рецидивы) [3].

По данным Васильева А.В. (2000г.) частота поражения коленного сустава при туберкулезе около 20% всех случаев костно-суставного туберкулеза. По локализации первичные очаги чаще встречаются в проксимальном эпифизе большеберцовой кости (50%) и в дистальном эпифизе бедренной кости (21,7%), реже в метафизах этих костей (соответственно в 10% и 2,3% случаев), и совсем редко в надколеннике и эпифизе малоберцовой кости (2,2%). [1].

Общие клинические симптомы в преартритической фазе связаны с интоксикацией. Местные проявления или совсем отсутствуют, или носят неопределенный характер и мало выражены, однако больной заметно щадит пораженную конечность.

Преартритическая фаза может протекать длительно, особенно в детском возрасте, в связи с тем, что эпифизы покрыты толстым суставным хрящом.

Первым рентгенологическим симптомом туберкулезного процесса является ограниченный участок остеопороза с нечетким рисунком

костных трабекул. Затем появляется нечетко очерченный очаг деструкции костной ткани, который может содержать губчатые мелкие секвестры. Очаги деструкции могут быть крупными, нередко в форме песочных часов, что характерно именно для поражения коленного сустава. При наиболее частой, эпиметафизарной локализации, очаги деструкции костной ткани обычно располагаются субкортикально. Периоститы не характерны.

Дифференцируют туберкулезный гонит с: острым гематогенным остеомиелитом, частичным асептическим некрозом (болезнь Кенига), литическим вариантом остеобластокластомы, остеогенной остеокластической саркомой, гемфилическим артрозом и ревматоидным артритом.

Приводим собственное наблюдение: ребенок Ф. 7лет. Поступил в клинику с подозрением на остеомиелит нижней трети правого бедра. Из анамнеза: ребенок болеет с 29.12.12г. когда появились боли в коленном суставе справа. Лечился амбулаторно у травматолога по месту жительства. 29.01.12г. в виду резкого увеличения коленного сустава в объеме, ребенок перестал самостоятельно опереться на ногу обратился в клинику.

Жалобы при поступлении: на боли в правой ноге, увеличения правого коленного сустава в объеме, повышения температуры тела до 38,4⁰С.

Status locales: Объем правого коленного сустава увеличен в два раза по сравнению с левым. Пальпация данной области безболезненная. Имеется умеренная гиперимия, отек правого коленного сустава. Выставлен предварительный диагноз: острый гематогенный остеомиелит дистального эпифиза правой бедренной кости. Острый гнойный правосторонний гонит.

Представлена рентгенограмма от 29.12.12г. (рис. 1).

Для уточнения выявленных изменений выполнено КТ исследование.

Проконсультирован анестезиологом: общее состояние тяжелое по основному заболеванию. Ребенок в сознании. Беспокоит боли в коленном суставе. Лихорадит до фебрильных цифр 38,4. Газообмен и гемодинамика не страдают. ЧСС 112 в минуту. Тоны ясные, ритмичные.

Анализ крови от 30.01.2012г. Нб – 125г/л, эр - 8, тромб - 425, лейкоциты - 19,4, СОЭ - 0.36 мм/ч, п – 6, с – 70, эоз – 1, мон – 8, лимф – 15.

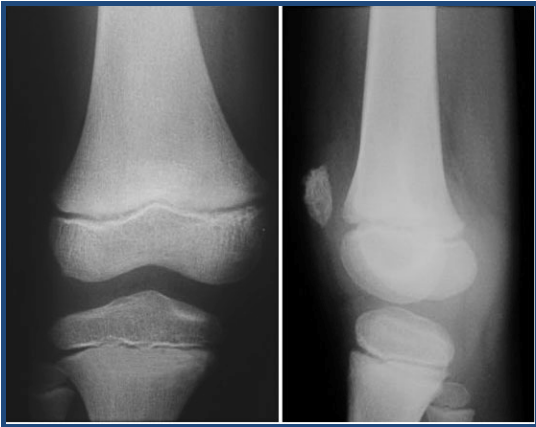


Рис. 1. На рентгенограмме левого коленного сустава (от 29.12.12г.) в двух проекциях очагово-деструктивных изменений не определяется.

Выполнена контрольная рентгенограмма левого коленного сустава рис. 2.

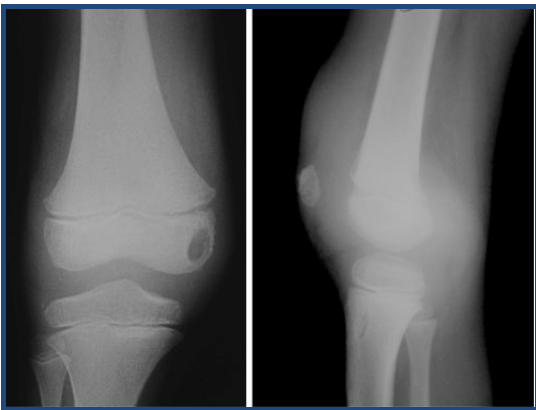


Рис.2. На контрольной рентгенограмме левого коленного сустава (от 29.01.12г.) в двух проекциях отмечается отрицательная динамика. Наличие очага деструкции в проекции дистального эпифиза бедренной кости в медиальном отделе. Отмечается утолщение мягких тканей.

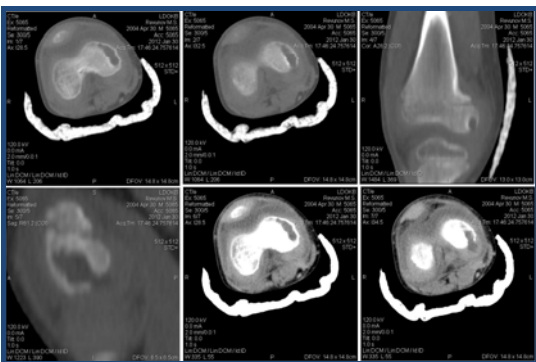


Рис. 3 На серии томограмм определяется: в дистальном эпифизе бедренной кости справа по медиальному краю наличие полости деструкции 26,5*7,7*7,6мм., кортикальный слой разрушен. Наличие гиподенсивного компонента HU35, который выходит за контур полости деструкции. Ретропателлярно наличие жидкости Nu 9. Суставная щель неравномерная. Конгруэнтность в суставе сохранена.

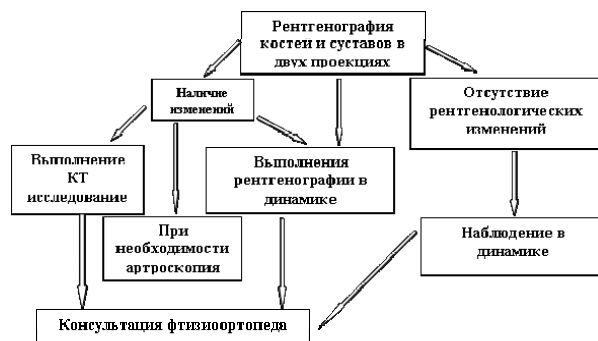
Учитывая клинику, данные рентгенографии и КТ ребенок прооперирован. Приводим протокол операции: артротомия правого коленного сустава по Лангенбеку. Некрсеквестрэктомия. Туалет и дренирование правой бедренной кости и полости правого коленного сустава.

Под общим обезболиванием на правой нижней конечности доступом 12 см по Лангенбеку медиальнее надколенника произведена артротомия коленного сустава. Мягкие ткани в данной области отечны. По вскрытию коленного сустава в операционную рану выделилось около 50,0 мл гнойного выпота под давлением. Выполнен бак посев. Суставные поверхности бедренной и большеберцовой кости гладкие. Произведено рассечение надкостницы бедренной кости в области медиального мышцелка. Надкостница воспалена, отечна. С помощью распатора надкостница отслоена. Кость под ней шероховатая, кортикальный слой истончен. При дальнейшей попытке отслоения надкостницы распатор провалился в полость размерами 2,5x1,0x1,0см, при этом в рану под давлением выделился гной с фрагментами кости серо-черного цвета. Произведен бак посев и взяты фрагменты костной ткани на cito- и гистологическое исследование. Выполнена некрсеквестрэктомия. Полость обработана ложкой Фолькмана. Туалет 3% раствором перекиси водорода и бетадином. Санация полости коленного сустава раствором бетадина. Коленный сустав дренирован ПВХ трубкой с латеральной стороны из контрапертур и перчаточным дренажем. В полость бедренной кости (область медиального мышцелка) поставлена ПВХ трубка. Операционная рана ушита до дренажей. Иммобилизация правой ноги гипсовой лонгетой.

Послеоперационный диагноз: Острый гематогенный остеомиелит дистального диафиза правой бедренной кости. Острый гнойный правосторонний гонит.

Проконсультирован фтизиоортопедом: учитывая данные рентгенограмм, КТ исследования, анамнез заболевания, данные операции. Больше данных за туберкулезный процесс.

Выводы: хотим привести алгоритм лучевого метода обследования.



Для своевременной диагностики и лечения костно-суставного туберкулеза имеет ведущее значение тщательный сбор анамнеза, использование всех поэтапных методов лучевой ди-

агностики (учитывая, что в начальных этапах рентгенологические проявления являются не выраженными и малохарактерными).

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Васильева А. В.** Внелегочный туберкулез / под ред. А. В. Васильева - С-Пт.: ИКФ «Фолиант», 2000. – 24с.
2. **Гарбуз А.Е.** Современные практические и научные вопросы внелегочного туберкулеза // Тр. Всерос. научн. – практ. конф., XII: Внелегочной

туберкулез – актуальные проблемы здравоохранения. – Спб, 1997. С. 11 – 13.

3. **Васильев А.В.** Клиническая классификация внелегочного туберкулеза. Внелегочной туберкулез (под редакцией А.В. Васильева). – Спб, ИКФ “Фолиант”, 2000. С. 464 – 466.

Азаб Хусейн, Грицай А.А., Новиков Ю.Ю. Клинико-лучевая диагностика костно-суставного туберкулеза. Алгоритм лучевой диагностики и дальнейшая тактика введения. Случай из клинической практики // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 5. – С. 15-17.

Статья посвящена повышению эффективности лучевых методов диагностики туберкулеза костей и суставов. Приведена классификация костно-суставного туберкулеза. Проиллюстрировано собственным наблюдением.

Ключевые слова: туберкулез костей и суставов, острый гематогенный остеомиелит, гонит лучевая диагностика, КТ, бронхоскопия.

Азаб Хусейн, Грицай А.А., Новиков Ю.Ю. Клініко-променева діагностика кістково-суглобового туберкульозу. Алгоритм променевої діагностики та подальша тактика ведення. Приклад з клінічної практики // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 5. – С. 15-17.

Стаття присвячена підвищенню ефективності променевих методів діагностики туберкульозу кісток і суглобів. Наведено класифікацію кістково-суглобового туберкульозу. Проілюстровано власним оглядом.

Ключові слова: Туберкульоз кісток та суглобів, гострий гематогенний остеомиєліт, гоніт, променева діагностика, КТ, бронхоскопія

Azab Hussein, Gritsai A.A., Novikov U.U. Clinical beam diagnosis of bone and joint tuberculosis. And algorithm of beam diagnostics , further introduction of tactics. The case of clinical practice // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 5. – С. 15-17.

The article is intended to highlight the effectiveness of radiological methods in the diagnosis of Tuberculosis of bones and joints. The above classification of bones and joints tuberculosis is illustrated in our observations.

Key words: tuberculosis of bones and joints, acute hematogenous osteomyelitis, driving radiation diagnosis, CT, bronchoscopy.

Надійшла 07.09.2012 р.

Рецензент: проф. Л.О.Шкондін