Реферат

на тему: «Остеофиты, остеохондрит и остеохондропатия»

**ОСТЕОФИТЫ** — ограниченные патологические костные наросты, возникающие в результате местного продуктивного оссифицирующего воспаления надкостницы. Остеофиты могут быть единичными и множественными. Обычно они бывают небольших размеров; большие остеофиты носят название экзостозов. Форма остеофитов весьма разнообразна (бугорки, шипы, зубы, рога, шпоры, грибы и др.).

Поверхность остеофитов гладкая или неровная (шероховатая, волнистая). Локализация остеофитов различна; чаще всего они наблюдаются в области бедренной, болыпеберцовой, плечевой, пяточной кости (шпоры) и др. Особенно часто периостальные остеофиты развиваются в области ампутационной культивследствие неправильной обработки надкостницы и костного мозга или инфекции ампутационной раны. Вначале остеофиты состоят из незрелой остеоидной ткани, которая подвергается обызвествлению, структурной перестройке и постепенному превращению в зрелую костную ткань, в которой сначала преобладает губчатое, а позднее — компактное вещество.

Наиболее частыми причинами возникновения и развития остеофитов являются различные механические повреждения и инфекционно-воспалительные процессы (остеомиелит, сифилис и др.). Появлению остеофитов может способствовать также хроническое (повторное) механическое раздражение надкостницы сильными и частыми сокращениями прикрепляющихся к ней мышц (грудная, четырехглавая, приводящие и др.). Реже остеофитоподобные образования возникают в результате ограниченного или местного» хронического оссифицирующего процесса в прилежащих к костям мягких тканях — в сухожилиях, фасциях и межмышечной соединительной ткани. Системный оссифицирующий периосто» наблюдается при Бамбергера — Мари периостозе.

Клинические симптомы при остеофитах весьма часто совершенно отсутствуют, и остеофиты обнаруживаются лишь случайно при рентгенографии, произведенной по каким-либо другим показаниям. В более редких случаях (например, при глубоком внедрении в окружающие мышцы или при давлении на нервы) остеофитов проявляется хроническими болями различной интенсивности, а иногда и ограничением движения.

Течение остеофитов хроническое; достигнув известной величины, они обычно прекращают свой рост и остаются без изменений. Под влиянием травмы или инфекции возможен ускоренный рост остеофитов. В отдельных случаях в остеофиты могут возникать резорбтивные процессы и регрессивные изменения (типа рарефикации и остеопороаа), вследствие которых остеофиты подвергаются обратному развитию и рассасываются.

Распознавание остеофитов, как правило, возможно лишь при рентгеновском исследовании, т. к. только при большой величине они могут быть определены при пальпации в виде твердого, неподвижного, безболезненного нароста на кости. В некоторых случаях остеофиты приходится дифференцировать с доброкачественными опухолями костей — остеомами. Прогноз при остеофитах благоприятный.

В большинстве случаев остеофиты не требуют специального лечения, т. к. протекают бессимптомно и не влияют на здоровье. Однако» при наличии упорных и нарастающих болей или при нарушении движений показано-оперативное лечение.

ОСТЕОХОНДРИТ — воспаление субхондрального отдела эпифизов длинных и апофизов коротких костей скелета, возникающее под влиянием инфекций, прежде всего специфических — туберкулеза, врожденного сифилиса, значительно реже при некоторых формах неспецифической гнойной инфекции костей и суставов. Но, кроме этих нозологических форм, т. е. помимо точного значения термина остеохондрита, подчеркивающего воспалительную природу заболевания, понятие об остеохондрите распространяют и на процессы, развивающиеся в той же субхондральной зоне, но не включающие элементов воспаления и характеризующиеся возникновением очагов асептического некроза в субхондральном слое костной ткани. В отношении некоторых из этих заболеваний вместо термина остеохондрит или наряду с ним применяют наименование «остеохондроз», считая его более точным, поскольку оно отражает невоспалительный характер процесса.

Примером этих форм могут служить следующие заболевания. Седалищно-лобковый остеохондрит, описан Бауманом в 1956 г. Может протекать как легкое бессимптомное заболевание или как тяжелый синдром, дающий нередко повод к поискам поражений бедра или паховой области. Характеризуется нарушением субхондрального окостенения вследствие некроза и асептического воспаления в области седалищно-лобкового и межлобкового синхондроза. Эта форма наблюдается в возрасте от 5 до 16 лет.

Деформирующий юношеский остеохондроз головки плеча. Встречается редко.

Деформирующий остеохондроз большеберцовой кости, болезнь Бланта — деформация внутреннего мыщелка большеберцовой кости, наблюдаемая у детей, заключающаяся в некротически-дегенеративном и восстановительном процессе субхондральной зоны его, приводящая к своеобразному оседанию мыщелка, вследствие чего развивается. Деформация может сопровождаться слабостью связочного аппарата коленного сустава.

Остеохондрит надколенника — наблюдается редко. Как правило, встречается частичное поражение надколенника, иногда с выпадением свободного костно-хрящевого тела в полость коленного сустава.

Сюда же относятся и такие часто встречающиеся заболевания, как болезнь Пертеса, болезнь Кинбека, Келера и т. д. Все их в наст, время принято определять обобщающим термином «остеохондропатия». Это объединение возникло в связи с расширением и углублением знаний в вопросе об остеохондрите, особенно за счет усовершенствования техники рентгенологических исследований и их широкого использования в изучении костной патологии. Таким путем выяснилось, например, что в основе болезни Пертеса, трактовавшейся первоначально как доброкачественно текущий туберкулезный остеохондрит, в действительности лежит не воспалительный, а дегенеративно-некрозный процесс. Термин «остеохондро-патия» весьма распространен в отечественной литературе, тогда как зарубежные авторы чаще пользуются терминами остеохондрит и остеохондроз. Таким образом, в терминологии еще не достигнуто полной четкости. Термины остеохондрит и «остеохондропатия» в одних случаях приходится противопоставлять (если речь идет об инфекционном остеохондрите), в других (при неинфекционном остеохондрите) они оказываются синонимами. Так, болезнь Кепига принято определять хотя она является типичной остеохондропатией.

Совершенно четким является понятие о инфекционных остеондритах. Они возникают в результате развития патогенной микрофлоры исубхондральной зоне эпифизов костей.

Гнойные остеохондриты могут наблюдаться при тяжелых септических артритах и тяжелых формах эпиметафизарного острого гематогенного остеомиелитав детском и подростковом возрасте. При запоздалом хирургическом лечении в случае незаконченного окостенения эпифизарных хрящей может наблюдаться полное отделение и секвестрация эпифиза. С началом применения в хирургической практике антибиотиков такие осложнения стали казуистикой. Наибольшее значение имеет сифилитический остеохондрит, клиническое и патолого-анатомическое описание которого впервые было сделано Парро и Вегнером. Сифилитический остеохондрит представляет собой костную локализацию активного врожденного сифилиса, начало которого совпадает с последними месяцами внутриутробного периода и первых недель внеутробной жизни.

Остеохондрит у детей.

Остеохондрит у детей был обстоятельно изучен в 1870 г. патологоанатомом Вегнером. В дальнейшем подобные патолого-анатомические изменения в костях у новорожденных детей с врожденным сифилисом были описаны еще и русскими авторами г И. Ю. Корзуном в 1874г., Г.К. Минхом в 1878 г., И.М. Швецовым в 1898 г.

Клинические наблюдения аномалий в положении конечностей у грудных детей первых месяцев жизни с врожденным сифилисом в виде вялых параличеподобных состояний были отмечены еще Беднаржем в 1853 г. и Генохом в 1868 г. Однако особое внимание на расстройство движений в конечностях у таких детей было обращено Парро. Из семи случаев, которые наблюдал Парро и которые легли в основу его первых сообщений, все они кончались летально; на вскрытиях было обнаружено отделение эпифиза от диафиза при наличии специфического остеохондрита. Таким образом, Парро удалось доказать, что у детей первых месяцев жизни с сифилитическими изменениями в костях наблюдается заболевание, похожее на вялый паралич конечностей, но эти изменения ничего общего не имеют с истинными параличами.

Однако при этой болезни процесс не ограничивается областью между хрящом и костью и чаще всего переходит на прилегающую к эпифизу часть диафиза, т. е. на метафиз, где и наблюдаются значительные поражения костной ткани и нарушение целости кости. У части детей можно обнаружить вовлечение в процесс и соответствующих мышц. Гохзингер указывает, что при болезни Парро в пораженных мышцах наблюдаются специфические изменения сосудов. Нервные же волокна в мышечной ткани у исследованных им детей оставались неповрежденными.

Болезнь Парро наиболее часто наблюдается у детей в возрасте до 3 месяцев, в течение первого года количество заболеваний постепенно понижается, и в начале второго года жизни эта болезнь встречается лишь в виде исключения. При болезни Парро чаще поражаются верхние конечности. По данным М. М. Райц (1935), у 46 обследованных детей верхние конечности были поражены в 45,6% случаев, нижние — в 10,8% и в 43,4% отмечалось одновременное поражение и верхних и нижних конечностей. Чаще всего отмечалось заболевание плечевых и локтевых суставов, а потом уже коленных, лучезапястных и тазобедренных суставов. Гохзингером было отмечено поражение верхних конечностей в 72% случаев, нижних в 8% и одновременное заболевание и верхних и нижних конечностей в 20% случаев.

Болезнь Парро имеет вполне определенную клиническую картину. В резко выраженных случаях пораженная конечность ребенка лежит вяло вдоль туловища, попытка сделать пассивное движение вызывает крик или плач; даже легкое движение, а иногда и прикосновение вызывают боль. Если поднять конечность и отпустить ее, она падает обратно на кровать, причем ребенок реагирует плачем. Часто больная конечность бывает отведена кзади, что становится особенно заметным, если придать ребенку сидячее положение. Если же приподнять больного, то пораженные верхние конечности висят, как плети. Однако конечность не парализована: ребенок испытывает боль, вызывающую рефлекторные движения в пальцах; иногда можно отметить движения в мышцах предплечья, реже наблюдаются сгибательные движения в локтевом суставе пораженной конечности.

Вялое состояние характерно для верхних конечностей, нижние же бывают притянуты к животу и создают впечатление контрактур. Такое положение конечностей находится в зависимости от места прикрепления мышц: в то время как мышцы верхних конечностей в большинстве случаев прикрепляются к эпифизам, мышцы нижних конечностей местом своего прикрепления имеют диафиз бедра и тазовую кость. К вышеприведенным симптомам (двигательные расстройства, болезненность) часто присоединяется припухлость области пораженных суставов, т. е. тех мест, где происходит нарушение целости костной ткани; кроме того, особенно при недавно происшедших отделениях, можно отметить крепитацию. Все перечисленные признаки и дали повод Гохзингеру смотреть на эту болезнь как на патологический перелом, правда, не всегда полный, что получает подтверждение при рентгеновском исследовании.

Болезнь возникает не сразу, как это бывает при спинномозговых параличах, но постепенно. Сначала мать отмечает, что ребенок испытывает боль при пассивных движениях, затем прекращаются активные движения, появляется припухлость суставов и, наконец, не только движение, но и прикосновение вызывает болевые ощущения. В большинстве случаев болезни Парро, кроме расстройств двигательного аппарата, наблюдаются и другие проявления врожденного сифилиса: плотная печень и селезенка (гепатоспленомегалия), специфический насморк, сыпи на коже и слизистых оболочках, реже водянка головы и т. д. Надо еще отметить, что при болезни Парро отсутствует расстройство чувствительности и остается нормальной электровозбудимость мышц.

Диагноз болезни Парро ставится на основании клинических данных, главным образом на основании расстройств двигательной сферы, вялого параличеподобного состояния верхних конечностей и псевдоконтрактур нижних, припухлости и болезненности пораженных суставов. Дифференцировать болезнь Парро приходится с болезнью Барлоу, при которой наблюдаются внутрнметафизарные переломы, вызывающие расстройство движений и резкую болезненность. Однако болезнь Барлоу реже наблюдается в конце первого и чаще в течение второго года жизни (при условиях авитаминоза С у детей), т. е. в том возрасте, когда болезнь Парро встречается крайне редко. Кроме того, нужно дифференцировать остеохондрит с эпифизарным остеомиелитом, который встречается в таком же возрасте, как и болезнь Парро; диагнозу помогает рентгенологическое исследование, а также наличие других симптомов врожденного сифплпса, наблюдающихся при болезни Парро. Иногда вялое состояние конечностей, главным образом верхних, наблюдается при родовых парезах и параличах, особенно если было применено оперативное вмешательство (щипцы, повороты). В таких случаях имеются кровоподтеки на месте манипуляций или окружающие сами указывают на травму как на причину данного заболевания. Не следует забывать о полиомиелите. Отличием служит острое лихорадочное начало, отсутствие боли и изменений в костях. Периферические параличи (помимо указанного травматического) встречаются как самостоятельное страдание в грудном возрасте крайне редко. Церебральные параличи (при менингитах и др.) бывают обычно спастического характера.

Прогноз болезни Парро зависит от формы и течения основного заболевания — врожденного сифилиса. Наличие висцерального сифилиса (гепатоспленомегалия, тяжелое поражение почек) значительно ухудшает прогноз. Специфическое лечение, особенно пенициллинотерапия, обеспечивает появление движений в пораженной конечности и полное восстановление функций. Лечение и профилактика болезни Парро полностью совпадают с лечением и профилактикой врожденного сифилиса. В наст, время в связи с ростом благосостояния населения, повышения культурного его уровня и большой профилактической работой советского здравоохранения врожденный сифилис в Советском Союзе стал исключительно редким заболеванием и болезнь Парро почти не наблюдается.

Рентгенодиагностика остеохондрита. Рентгенологически костные изменения у грудных детей с врожденным сифилисом наблюдаются в 85% случаев (М.М. Райц). Объектами рентгенологического исследования скелета при сифилитическом остеохондрите являются зоны роста области коленного сустава, дистального отдела предплечья и проксимального отдела плеча. В соответствии с патолого-анатомическими изменениями рентгенологическая картина сифилитического остеохондрита сводится в основном к трем стадиям [Б.М. Пашков, М.М. Райц, С.А. Рейнберг, Пендерграсс, Бромер].

Первая стадия характеризуется расширением и повышением теневой интенсивности зоны предварительного обызвествления, приобретающей постепенно неровные очертания. Во второй стадии контуры еще более расширенной зоны предварительного обызвествления представляются зубчатыми, особенно со стороны эпифизарного хряща. Непосредственно под зоной обызвествления в метафизе появляется светлая поперечная полоса резрежения костной ткани как результат разрушения кости сифилитическими грануляциями.

Третья стадия характеризуется слиянием очагов деструкции, имеющих изъеденные контуры. При резко выраженных деструктивных изменениях наступают внутриметафизарные переломы, клиническую картину которых под видом так называемых псевдопараличей описал Парро. Иногда сифилитический остеохондрит сочетается со специфическим периоститом.

Рентгенологическая картина сифилитического остеохондрита в третьей стадии является патогномоничной для этого заболевания, рентгенологические же изменения в первых двух стадиях, выступая в виде единственного симптома, без анамнестических, клинических, серологических данных не могут служить безусловным доказательством врожденного сифилиса. Изменения такого же характера встречаются у детей грудного возраста при ряде других заболеваний несифилитической природы: при леченном рахите, при цинге, заболеваниях крови, гематогенном туберкулезе; у недоношенных детей, а также у детей, матери которых во время беременности подвергались специфическому лечению препаратами висмута. Поэтому эти изменения являются признаками врожденного сифилиса, требующими соответствующего подтверждения.

**ОСТЕОХОНДРОПАТИЯ** — группа патологических процессов, характеризующихся своеобразным изменением губчатого вещества коротких и эпифизов длинных трубчатых костей, часто сочетающихся с изменениями суставного хряща, нарушением функции сустава, и в конечном итоге заканчивающихся деформацией пораженной кости.

Заболевание встречается преимущественно в детском и юношеском возрасте. Поражение может касаться головки бедренйой кости, мыщелков нижнего эпифиза ее (болезнь Кенига), ладьевидной кости стопы (болезнь Келера I), головки плюсневых костей (болезнь Келера II), иолулунной кости запяетья (болезнь Кинбека), акро-миального отростка (болезнь Шейермана), бугра болынеберцовой кости (болезнь Осгуда — Шлаттера), бугра пяточной кости (болезнь Хаглунда — Шинца), сесамо-видной кости I плюсне-фалангового сустава (болезнь Ренандера — Мюллера), апофизов позвонков (болезнь Шейермана — Мау), тел позвонков (болезнь Кальве). Значительно чаще других встречаются болезни Пертеса, Келера II, Кенига, Кинбека и Шлаттера (М. И. Ситенко).

В связи с невыясненной этиологией и патогенезом остеохондропатии их классификация основана на локализации поражения (С. А. Рейнберг). Различают:

1) О. эпифизарных концов цилиндрических костей, грудинного конца ключицы, фаланг пальцев рук;

2) О. коротких костей (ладьевидная кость стопы, полулунная кость кисти, тело позвонка, сесамов'идная кость стопы);

3) О, апофизов (бугор болынеберцовой, пяточной костей, апофизы позвонков, лонных костей);

4) частичные О. суставных поверхностей.

Патологическая анатомия. Все виды остеохондропатии изучены главным образом клинико-рентгенологически. Патолого-анатомические исследования немногочисленны и большей частью ограничиваются извлеченными при операциях небольшими кусочками пораженной кости. Эти исследования касаются главным образом поздних фаз заболевания, когда репаративные и приспособительные процессы затушевывают картину первоначальных изменений. Поэтому одни и те же или близкие морфологические изменения в пораженной кости часто трактуются с диаметрально противоположных позиций.

При всех видах остеохондропатии обнаруживается так наз. асептический некроз кости, который морфологически выражается в исчезновении или плохой окрашиваемости остеоцитов костных балок то лишь в субхондральной зоне, то в более глубоких участках губчатого вещества. В некротизированных балках часто обнаруживаются множественные микропереломы с образованием массы мелких осколков в виде так наз. костной муки [Аксхаузен]. В зоне некрозов происходит оживленное рассасывание костного вещества с истончением пораженных и прилежащих к ним костных балок, а иногда и с полным их исчезновением. Наряду с этим отмечается разрастание богатой клетками нежноволокнистой ткани и более или менее оживленный остеогенез с напластованием новых костных структур на истонченные балки и с их новообразованием на месте исчезнувших в результате рассасывания костных балок. На местах микропереломов образуются микромозоли, а костная мука замуровывается в новых костных балках.