

УСПЕШНО ЛЕКУВАН ОСТЕОМИЕЛИТ НА ЛЯВАТА БЕДРЕНА КОСТ С 34 ГОДИШНА ЕВОЛЮЦИЯ

(клиничен случай)

Я. Григоров², Д. Бошнаков¹, М. Ещиба²

Key words: *Granulation tissue, Fenestration of the medullar canal, Osteomyelitis, Stable bone segment*

Въведение

През 2007 г. BL Johnston и JM Conl, с основание озаглавяват една своя статия "Лечението на остеомиелита повече изкуство ли е или наука?"(2). Тази сентенция се отнася особено за обширните костни инфекции, еволюирали години. А какво да се каже за тези почти казуистични случаи, продължаващи десетилетия. В подхода си към такива пациенти, използвахме инвазията на грануляционна тъкан в медуларния канал за реваскуларизация на засегнатия костен участък, в съчетание с продължителен дренаж.

Съществена особеност на грануляционната тъкан е начина, по който се образуват новите съдове. Известно е, че същите започват израстването си вертикално, от дъното към повърхността на раната. Именно този дълбок слой, който съдържа новообразувани съдове, клетъчни елементи, основно вещество и нарастващи колагенни влакна, прораства и тапицира медуларния канал, като по този начин реваскуларизира необратимо костта (1).

Материал и методи

Пациентът А.А. (ИЗ-1791; 23.03.2001 год.) е мъж на 52 год. Същият постъпи за първи път в Университетска болница - гр. Сабрата, Либия, с диагноза - Хрони-

1. Клиника по Ортопедия и Травматология, "Проф. Д-р П. Стоянов", Варна, България
2. Университетска болница, гр. Сабрата-Либия

Successful treatment of Osteomyelitis of the left femoral bone evaluating for 34 years (case report)

Y. Grigorov, D. Boshnakov, M. Eshtiba

In 2007 y., BL Johnston and JM Conl with reason entitle one of them reports "Osteomyelitis management: More art than science?". The sentence is valid especially for large bone infections, with long evolution. And what can we say for these almost casuistic cases which continue decades. We did not found in the accessible literature similar case of successfully treated patient affected by osteomyelitis of the femoral bone with evolution 34 years and so large and serious damages of the femoral bone.

The aim of the report: *To share our experience for treatment of serious bone infections, with long evolution, affected stable bone segments.*

Material and methos: *One case is presented.*

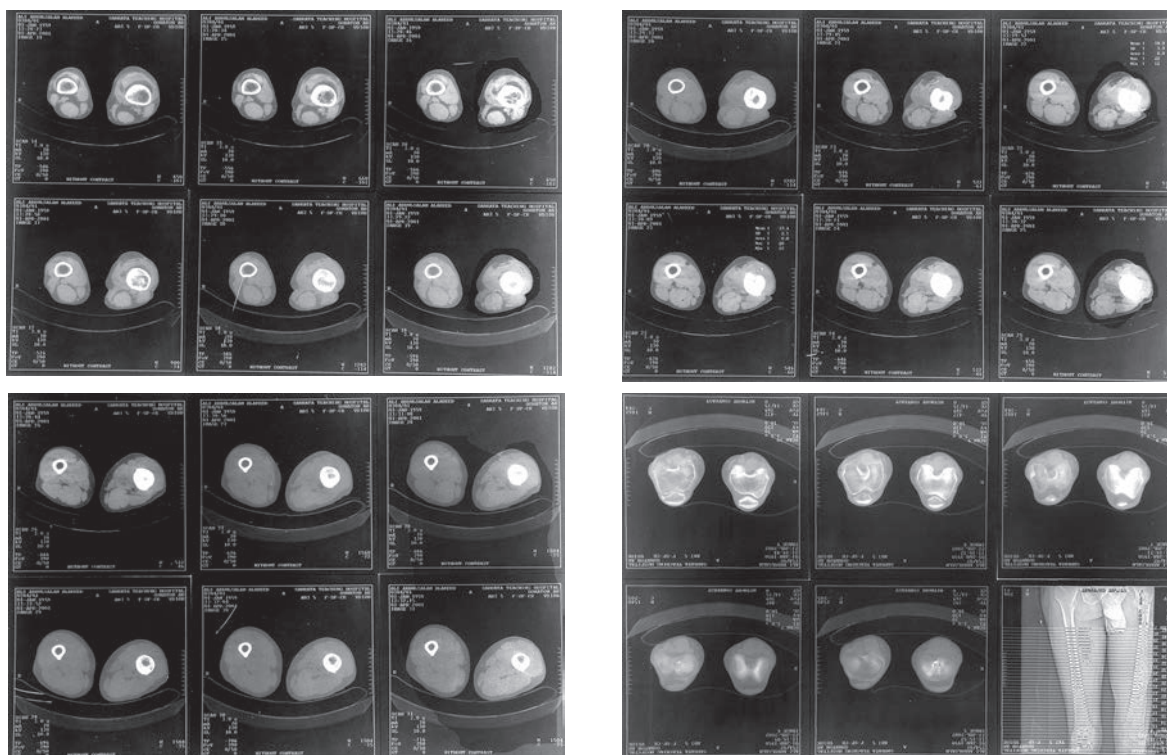
Results: *Completely liquidation of the bone infection is reached. The patient is follow up for more than 8 years. Recidive of the infection has not been registered.*

Conclusion: *Our experience show that, probably there is no infection localized in the stable bone segment which can be resistant to invasion of the granulation tissue inside the medullar canal. The open fenestration of the medullar canal renders the method of choice for treatment of cases with large bone infections, with long evolution localized in the stable bone segments.*

чен, пиогенен, екзогенен остеомиелит, в дисталната трета на лява бедрена кост

с давност над 34 години и съпътстващ в момента септичен артрит на колянната става. Според собствена класификация - А.3.2. Опериран бе 8 пъти, в различни болници, включително 2 пъти в Западна Европа. Предлагана му е многократно ампутация на левия крак на ниво средна трета на бедро. Пациентът бе с придружаващо заболяване - Диабет, инсу-

линозависим тип. От фистулата, клоаката и медуларния канал бяха изолирани *Klebsiella* и *Pseudomonas aeruginosa* чувствителни на Ciprofloxacin, Amikacin, Gentamycin, Nalidixic acid. Лабораторните изследвания потвърждаваха наличието на инфекция и съпътстващ анемичен синдром.



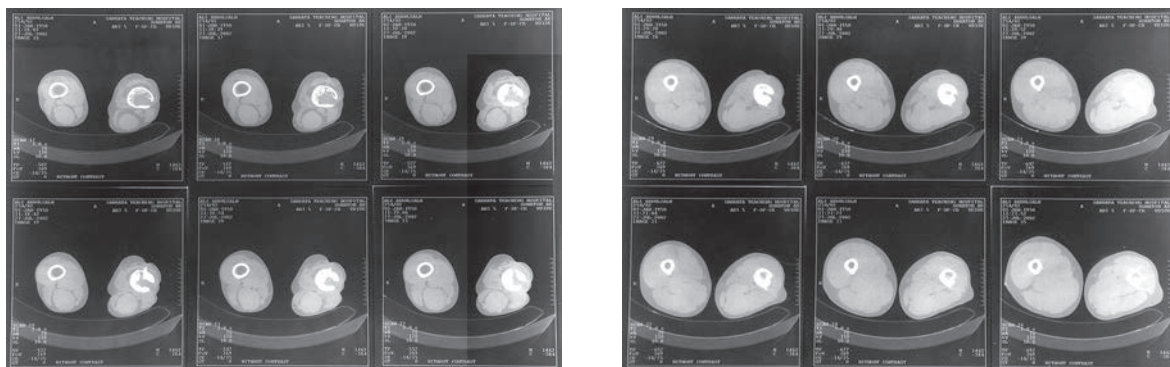
Фиг. 1. (а,б,в,г). Преди операцията дисталната част на бедрената кост е склерозирала, медуларният канал е запълнен с гной, септичен артрит на колянната става.



Фиг. 2. След операцията. Налице е обширна фенестрация на дисталните две трети на бедрената кост.

Рентгенологичното изследване разкри голяма кухина, в дисталната трета на бедрената кост, изпълнена с гной. Липсваха данни за амилоидоза и фистулен карцином.

Лечението включваше дебридман, откритата фенестрация на медуларния канал и артротомия. Засегнатият крайник беше имобилизиран с гипсова шина. В следоперативния период, се приложи антибиотична и общоукрепваща терапия, както и кръвопреливане. Пациентът бе изписан в добро общо състояние, с напълно зарастнали вторично рани. Контролните клинични



Фиг. 3 (а,б). Около две години след операцията - грануляционната тъкан е изпълнила медуларния канал и реваascularизирала необратимо костта.

и рентгенологични изследвания, правени в началото през 6 месеца, потвърдиха санирането на инфекциозното огнище.

Пациентът е проследен повече от 8 години. Липсват данни за рецидив на инфекцията. Фигурите от 1 до 3 проследяват лечебно - диагностичния процес.

Резултат

Постигнато е пълно саниране на костната инфекция. Пациентът е проследен повече от 8 години. Рецидив не е регистриран.

Дискусия

В достъпната литература няма описан подобен случай на успешно лекуван остеомиелит с давност над 34 години и с толкова тежки и обширни поражения на бедрената кост. В подхода си към него, се придържахме към нашия опит, който показва, че едва ли има инфекция, локализирана в стабилен костен сегмент, която би могла да устои на инвазията на грануляционната тъкан в медуларния канал.

Изводи

Откритата фенестрация на медуларния канал, се оказва средство на избор, в случаите на обширни костни инфекции, с дълга еволюция, локализирани в стабилни костни сегменти.

Книгопис

1. Иван Зънзов, Тома Христовулов. *Рани. София, Медицина и физкултура 1988:66 -70.*
2. BL Johnston, MD and JM Conly, MD. *Osteomyelitis managment: More art than science? The Canadian Journal of Infectious diseases & Medical Microbiology. 2007 March;18(2).115-118.*

Адрес за кореспонденция:

Д-р Явор Г. Григоров
 София, ж.к. "Лагера", бл.42, ап.57
 тел.00359 888 004 954
 E-mail: yavorgrigorov@yahoo.com