

«Астана Медицина Университеті» АҚ
Балалар хирургиясы кафедрасы

Остеомиелит

Орындаған: Джабеева Г.С.
Тексерген: Сулейменов Ж.Б.

2016 жыл

Остеомиелит (Osteomyelitis — сүйек миының қабынуы) — Сүйек миында болатын инфекциялық қабыну процесі (миелит), сүйекке және сүйек қабығына тарап, сүйектің некрозын тудырады. Оның нәтижесінде секвестрлер пайда болады. «Остеомиелит» термині медициналық әдебиетте ХІХ ғасырдың 30-шы жылдарынан бастап кездеседі. Алғашқы рет оның түсіндірмесін ХІХ ғасырдың 60-шы жылдары Н.И. Пирогов берген.



Остеомиелитті келесі топтарға жіктейді:

I. Этиологиясы бойынша:

1) спецификалық емес; 2) спецификалық остеомиелиттер.

II. Инфекция түсу жолдарымен:

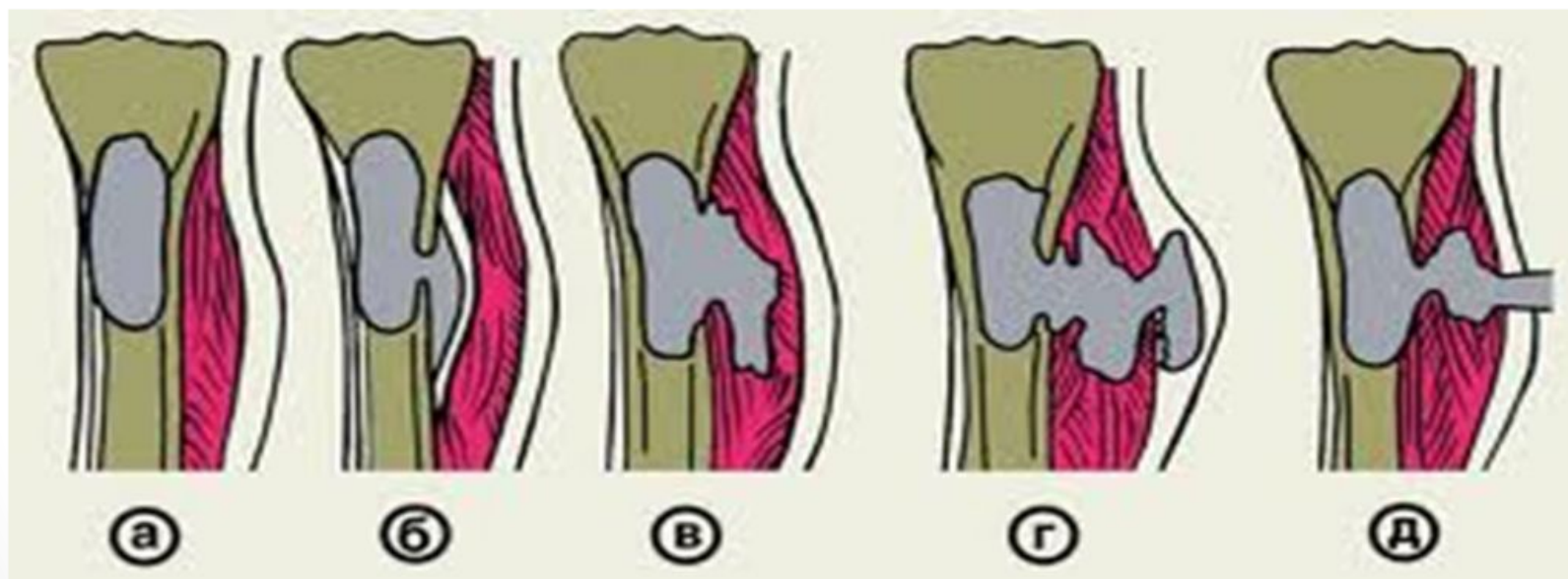
1) Гематогенді; 2) Гематогенді емес: а) жарақат арқылы; б) оқ – дәрі арқылы; в) жұғысу арқылы.

III. Клиникалық ағымы бойынша:

1) Гематогенді: а) жедел (улану түрі, септикопиемиялық, жергілікті түрі); б) біріншілік созылмалы; в) екіншілік созылмалы; 2) Гематогенді емес: а) жедел; б) созылмалы.

Гематогенді остеомиелит – балалардағы көп таралған іріңді ауыр аурулардың бірі. Балалар хирургиясында жатқан аурулардың 6 – 10% — ін гематогенді остеомиелит құрайды. Жедел гематогенді остеомиелитпен тек балалар және жасөспірімдер ауырады, себебі: остеомиелит олардың анатомо – физиологиялық ерекшеліктеріне байланысты, өсіп келе жатқан сүйектерді зақымдайды. Сүйек – эпиметафизарлы шеміршек пластинкасы, яғни өсу зонасы арқылы ұзарады. Бұл жерде интенсивті түрде пайда болатын сүйектің қанмен қамтамасыз етілуі жақсы болады, әсіресе метафиз жағынан. Қан тамырлардың көп болуы олардың жалпы қуысы жоғарылап, бұл жерде қан айналыс баяулайды. Осының нәтижесінде осы ошақта микроорганизмдердің тұнуы болады.

Іріңді ошақтың сүйектен ену кестесі



Т.П. Краснобаев жедел гематогендік остеомиелиттің клиникалық формаларының жіктелуін ұсынған.

— Токсикалық (адинамикалық, найзағай тәрізді, тиф тәрізді)

— Септико – пиемиялық

— Жергілікті (жеңіл)

Токсикалық түрі ең ауыр. Ол өте сирек кездеседі. Клиникалық көрінісінің ауырлығы токсикоз дәрежесімен сипатталады – қанға токсиндер қабыну ошағынан келеді. Сепсис әлі жоқ, қан себіндері стерильді. Осы түрінің клиникалық көрінісін жеңіл сипаттауға болады, науқас есін жоғалтқан, адинамикалық, өте жоғары қызба болады – тифке ұқсас. Диагностикасы өте қиын: науқас еш нәрсеге шағымданбайды, аурудың жергілікті белгілерінің дамулары үлгере алмайды, өйткені найзағай тәрізді өтеді (емделмеген науқас екі – үш күнде қайтыс болады). Тек сүйектің пальпациясы кезінде байқауға болады, екеуінің біреуін сипау кезінде науқас есіне келмей тұрып тез қимыл тынышсыздықпен көрініс береді.

Септико – пиемиялық түрі –

жедел гематогендік остеомиелиттің өте ауыр варианты болып келеді, ол кезде аурудың жалпы мен жергілікті белгілері айқын көрінеді. Аурудың жағдайы өте ауыр, бірақ оның есі анық болады. Дене температурасы өте жоғары. Бала аяғындағы солқылдататын ауырсынуларға шағымданады.

Метафиз аймағындағы ауырсыну болғандықтан, ол буынның ауырсынуын айтады. Аяқтың ауырсыну контрактурасы байқалады және жақындаған сүйек буынының қимылы кезінде шектеледі. Аяғы буында сәл бүгілумен мәжбүрлі жағдайда. Сирек кездесетін осындай балаларға жалпы хирургтар артрит диагнозын қояды.

Атипті остеомиелиттер.

Атипті остеомиелиттер балаларда кездесетін барлық остеомиелиттердің 4 – 7,5% — ін құрайды. Атипті остеомиелит бала организмінде иммунобиологиялық қасиеті жоғары болған кезде анықталады, сондықтан сүйектегі қабыну ошағы бірден шектеледі. Бұл остеомиелиттің түріне келесі сүйек қабынулары жатады:

- Броди іріңдігі
- Склероздаушы Гарре остеомиелиті
- Альбуминозды Олье остеомиелиті
- Антибиотиктік остеомиелит

Бродиіріндігі Склероздаушы Гарре остеомиелиті



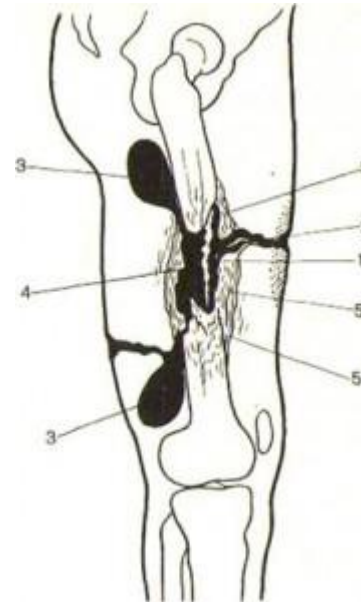
Жаралық остеомиелит

Сүйектегі іріңді-қабыну процессін белгілеу үшін остеомиелит терминін бірінші рет Рейно 1831 жылы ұсынды.

Патологоанатомиялық негізін және клиникалық суреттемесін Н.И. Пирогов 1865 жылы толық жазған. Сүйекті және оны қоршаған жұмсақ тіндерді орайтын өткір немесе созылмалы қабынуды остеомиелит деп түсіну қабылданған. Бұл кезде сүйек, сүйектің тамырлары және нервтері, сүйек қабы және сүйек маңайы тіндері зақымданады.

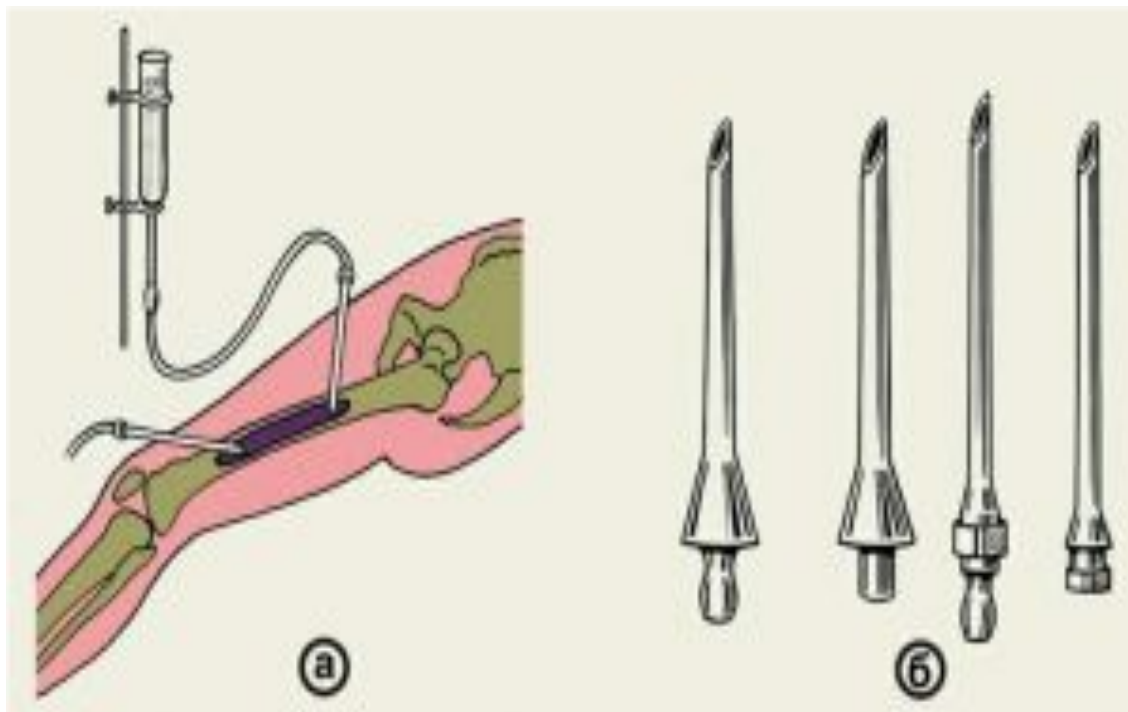
Жаралық остеомиелиттің этиологиясы. Қазіргі уақытта остеомиелитті қоздырушы әр түрлі микробтар болуы мүмкін екені дәлелденді, бірақ көбінесе стафилококк, одан кейін стрептококк, протей, көк іріңді және ішек таяқшалары. Жаралардан бөліністерде көбінесе микроорганизмдердің ассоциациясы анықталады.

- **Жаралық остеомиелиттің патогенезі.** Іріңді остеомиелит, науқас организмнің инфекциялық агент енуіне жауапты реакция ретінде пайда болады. Остеомиелит дамуында 3 фактор маңызды: Жалпы иммунобиологиялық жағдай және организм реактивтігі; Жарадағы тіндердің структуралық-биологиялық жағдайы; Жарадағы микроорганизмдердің вируленттігі, патогендігі, улылығы и инвазивтігі.



Диагнозды анықтауда, сүйек қуысындағы қысымды өлшеу маңызды роль атқарады. Ол үшін сүйек метафизі кеңістігіне арнайы ине қойылады. Осы ине арқылы, алдыменен, сүйек майының түсі байқалады, қалыпты жағдайда, қою қоңыр түсті, онда басқа бір қосылыстар көрінбейді. Егер сүйек майы іріңдесе, ине арқылы қою қоңыр қызыл қанмен бірге ірің шығуы мүмкін немесе ыдыраған сүйек майы шығады. Түсініксіз жағдай болғанда, сүйек қуысының қысымын анықтайды. Оны Вальдман аппаратымен орындайды. Метафизге енгізілген инемен сүйек арнасына суда жақсы еритін верографин, кардиотраст, уротраст дәрілерінің бірі 5-10 мл көлемде енгізіледі. Рентген суретін түсіруді, контраст затты инеге енгізіп жатқан кезде және он минуттан кейін қайталайды. Егер контраст заттар 10 минуттан кейін түсірілген рентген суретінде байқалынса, онда сүйек майы қабынуға ұшыраған, яғни ауруда остеомиелит үрдісі бар деген сөз.

Қан талдамасынан ақ қан түйіршіктерінің 15-20 мыңға дейін көбейгені, эритроциттердің тұну жылдамдығының жоғарылағаны, анемия анық аңғарылады.



Остеомиелитті емдеу кезінде, іріңді ауруларды емдеуде қолданылатын 3 принцип толығымен сақталады. Ол принциптің негізін қалаған Т.П.Краснобаев (1925). Остеомиелитті емдеу кезінде, біріншіден, микробтарға қарсы қолданылатын дәрілерді қолдану; екіншіден, макроорганизмнің өзгерістерін қалпына келтіру; үшіншіден, дененің бүлінген, қабынған жерінен іріңді тездетіп шығару жұмыстары жүргізіледі. Микробтарға қарсы қолданылатын дәрілер қатарына нитрофуран дәрілерінің қосындылары да жатады. Ол антибиотиктер мен сульфаниламид дәрілерінің көмегі болмаған кезде қолданылады. Кейде антибиотиктермен қосып пайдаланған да тиімді.