

**Жедел гематогенді остеомиелит.
1 айға дейінгі балалардағы
остеомиелит ерекшеліктері.**

**Орындаған: Амандық
Д,**

Кусимова

Ж
Қарағанды

2016

4008 топ

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 XIX ғасырдың 30-шы жылдарынан бастап кездеседі. Алғашқы рет оның түсіндірмесін XIX 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.

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

— **Токсикалық (адинамикалық,
найзағай тәрізді, тиф тәрізді)**

— **Септико – пиемиялық**

— **Жергілікті (жеңіл)**

Науқастардың басым көпшілігінде ауру: өте күрт, предромальді кезеңсіз жедел басталады және организмнің жалпы зақымдануының белгілерімен сипатталады: *әлсіздік, дене қызуының көтерілуі.*

Токсикалық және септикопиемиялық түрлерінде жиі сандырақтау, санасы бұлыңғыр, кейде бұлшық еттің тартылуы мен менингиальды белгілер пайда болады.

Тері жамылғылары бозғылт: сарғыш түстес, көздері кіріңкі, ерні құрғақ, кезерген тілі жабындымен жабылады.

Жүрек - қан тамыр және тыныс алу жүйелерінде өзгерістер қосылады: тахикардия, жүрек шекараларының кеңеюі, жүрек ұшында систолалық шу, демікпе, беткей тыныс алу.

Негізгі жергілікті белгілерге қарқындылығы әртүрлі ауру сезімі жатады. Бала зақымдалған дене бөлігін қозғалтпауға тырысады немесе жанасудан сақтанады, өйткені ол ауру сезімін күшейтеді.

Жедел гематогенді остеомиелиттің клиникалық ағымының өту барысы бірқатар себептерге байланысты: микроб вирулентілігі, организм реактивтілігі, баланың жасы, жергілікті зақымдану дәрежесі және т.б.

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

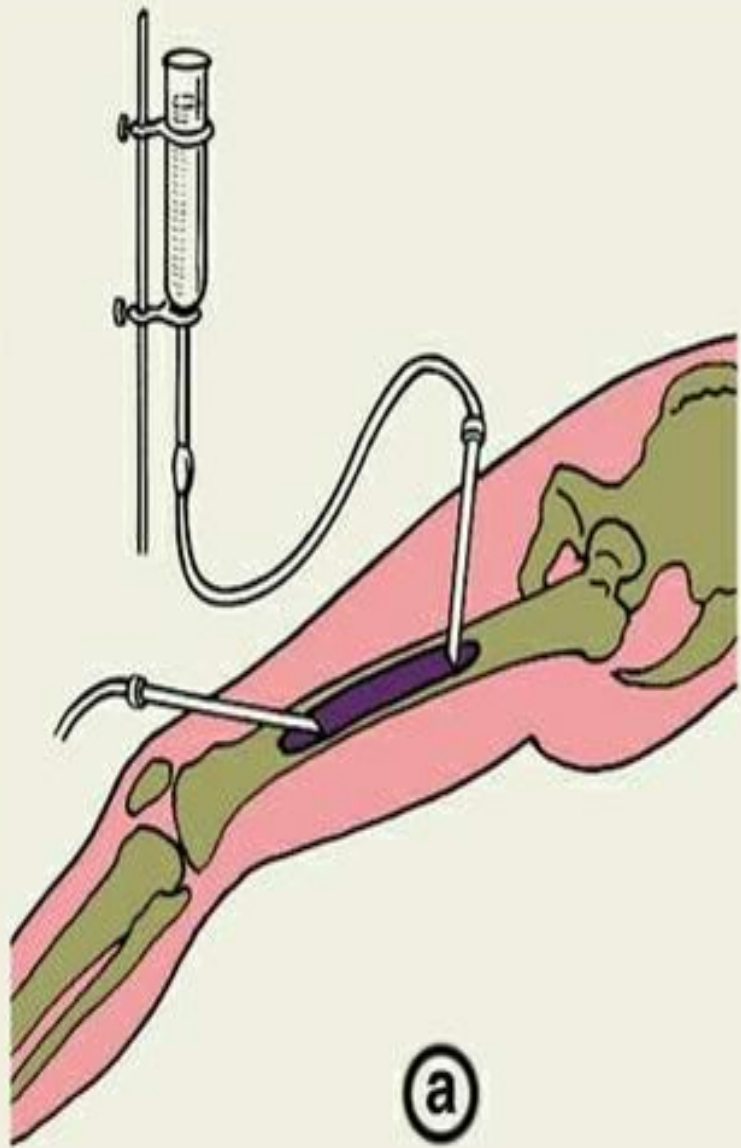


**Броди
іріңдігі**

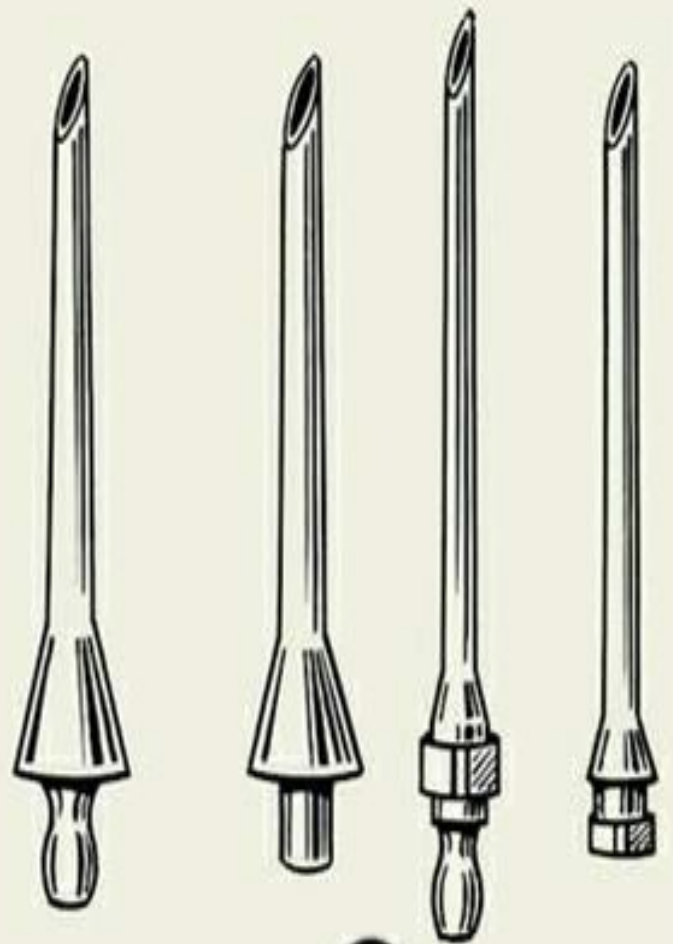


**Склероздаушы
Гарре
остеомиелиті**

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.



(a)



(b)

Қан талдамасынан:

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

Ажыратпалы нақты диагнозды: ревматизм (буындық түрі), флегмона, сүйек туберкулезі, жарақатпен жүргізеді.

Ревматизмде көп буындардың ауруы, электрокардиографиялық зерттеу нәтижесінде жүрек жағынан бұзылыстар байқалады. Зақымданған аймақты мұқият қарау және пальпация жасау кезінде, ревматизмнің остеомиелиттен үлкен бір айырмашылығы ауырсыну және ісінгендіктің сүйек үстінде емес, буын үстінде орналасатындығы.

Флегмона да остеомиелиттің клиникалық көрінісін беруі мүмкін. Бірақ остеомиелитпен салыстырғанда флегмона кезінде терінің қызаруы мен беткей флюктуация өте ерте дамиды. Егер флегмона буын аймағында орналасатын болса, контрактураның болуы шарт. Бірақ остеомиелитпен салыстырғанда оны тұрақты және пассивті қозғалыс жасау арқылы буынды қалыпты жағдайға келтіруге болады.

Сүйек туберкулезінен ажырату қиын емес. Сүйектердің туберкулезді зақымдануы қазіргі кезде өте сирек кездеседі және біртіндеп дамуымен сипатталады. Дегенмен баланың аяғы ауырса да жүруін тоқтатпайды.

Жедел остеомиелитті **жарақаттардан** ажыратуда мұқият жиналған анамнездің, септикалық көріністердің болмауының және рентгенологиялық зерттеу нәтижелерінің ролі зор.

Сүйек қабығы астындағы сынықтар диагноз қоюда қиындық туғызады, бірақ 6-7 күннен кейін жарақат аймағын қайталап түсірген рентгенограммада, анықталатын сүйектену кезеңі диагнозды нақтылайды.

Жедел гематогенді остеомиелитке күдіктенген балаларды тез арада аурухананың хирургия бөлімшесіне жатқызу керек. Емхана дәрігері науқасты тасымалдаған кезде зақымдалған аяқтың немесе қолдың

1 айға дейінгі балалардағы жедел остеомиелит ерекшеліктері:

Балалардың алғашқы айларында остеомиелит эпифизарлық деп аталады. Үлкен балаларға қарағанда, эпифиз бен метафиз нәрестелерде бөлінген және өсу ошағы бар, эпифизден тұрады. Ол шеміршек тінен тұрады және рентгенограммада көрінбейді. Эпифиздің шеміршек тінінде қабыну ошағы болады. Соған байланысы атауы **эпифизарлық Остеомиелит**. Мұнда сүйек миы болмайды, сондықтан остеомиелит термині сәйкес келмейді, оны **остеохондрит**, ал сүйектену ядросы бар эпифиздерге **остеоядрит** термині ұсынылған.

Эпифизде түзілген іріңдік ересек балаларға қарағанда сүйек үстіне емес, буынға ашылады және іріңді артрит дамиды: буын іріңге байланысты шар тәрізді ісінеді.

Артриттің рентгенологиялық белгілері: жұмсақ тінлердің көлеңкесі үлкейеді. Буын саңылауы кеңейеді. Олар аурудың 5-7 күнінде пайда болады. Аурудың 3-аптасында сүйек тінінде жедел гематогенді остеомиелиттің ерте белгілері пайда болады: перилсталдық реакция жіне ұсақ ұялы остеопороз.

Эпифиз іріңдігі буынға ашылатындықтан, хирургиялық емдеу тілуден

Emi

•
•

Жедел гематогендік остеомиелитке хирургиялық ем қажет. Мұндағы мақсат сүйек іші қысымды төмендету. Ол үшін қабыну экссудатына сыртқа жол салу керек. Операция жалпы наркозбен жүргізіледі. Тері және тері асты май қабаты сүйектің зақымдалған метафизі аймағына тілінеді. Бұлшықеттер кесілмейді, ажыратылады. Содан кейін, сүйек тысы ашылады, оны скальпельмен кеседі. Егер операция уақытында жасалса, сүйек тысының астынан серозды-геморрагиялық экссудат алынады, егер кеш болса іріңді алынады. Осы кезде хирург жалаңаш сүйек байқайды. Бұл жалаңаш сүйек гематогенді остеомиелитке тән тағы бір белгі.

Сүйек тысын кескеннен кейін диаметрі 0,5 см мөлшермен сүйек трепанациясы жүргізіледі немес кіші диаметрлі құралдармен бірнеше тесіктер жасалады. Сүйектен қысыммен геморагиялық экссудат немесе ірің ағады.

Оны себуге алып қоздырғыштарды және антибиотиктерге сезімталдығын анықтайды. Сүйекке. Операциядан кейінгі кезде антибиотиктер енгізу үшін, метафизге тері арқылы, жуан ине қойылады. Жара дренаждалады, құрғатылады, кептіретін антисептиктермен таңулар қойылады. Операциядан кейін науқаста ауырсынулар басылады.