

С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

Кафедра: Травматология, ортопедия

Тақырыбы: Гематогенді остеомиелит

- Студент: Әшір Қайрат
 - Курс: IV
 - Тобы: ЖМ 22-02
- Оқытушы: Қилыбаев А.К

Алматы 2018

ЖОСПАР:

- 1. Кіріспе.
- 2. Негізгі бөлім:
 - 1) Гематогенді остеомиелит.
 - 2) Классификациясы.
 - 3) Диагностика және емі.
- 3. Қорытынды.



Кіріспе

- **Остеомиелит**— бактериямен немесе микробактериялармен шақырылатын сүйекте немесе сүйек миында және оны қоршап жатқан жұмсақ тіндердің ірінді-некротикалық процесі. Бұл ауру созылмалы болғанда сүйек беріштеніп, пішіні өзгереді.

Остеомиелит қандану ерекшелігіне байланысты сирақ, сан, иық сүйегі, омыртқа, жоғарғы және төменгі жақ буындары остеомиелитті қабылдағыш болады. Зақымдану аймағындаы жарақаттар абцесс шақыруы мүмкін. Инфекциялар көп жадайда алтын түсті стафилококк шақыруы мүмкін.

Кіріспе

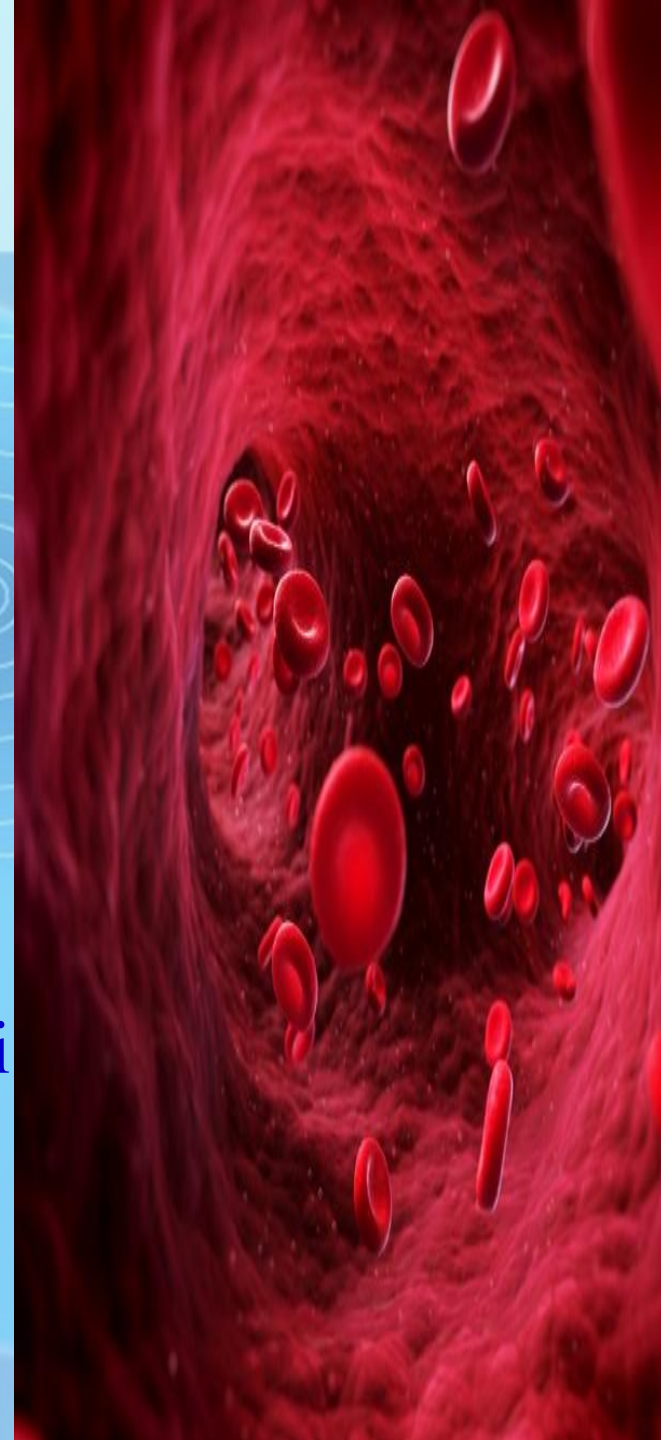
Сүйек тіні және жұлынды зақымдайтын инфекциялық қабыну процесі. Ауру жедел және созылмалы түрде болуы мүмкін. Егер процесс созылмалы болса, бұл сүйектік склерозға немесе деформациясына әкелуі мүмкін. Тізе, бел, иық, омыртқа, жоғарғы және төменгі жақ қан айналымдарының ерекшеліктеріне байланысты остеомиелитке ұшырауға бейім келеді. Бірақ кез келген сүйектің абсцессі жарақаттың әсерінен пайда болады. Постжарақаттық остеомиелитке операциядан кейінгі остеомиелит, сүйек тінінде пайда болатын операциядан кейінгі остеомиелит, остеосинтез жатады.

Операциядан кейінгі остеомиелит жарақаттық операциядағы техникамен және асептикамен байланысты.

Постжарақаттық остеомиелит және операциядан кейінгі остеомиелит тірек қимыл жүйесінің жарақаттары ішінде 6,5% құрайды. Ашық жарақаттардан кейінгі іріңді асқынулар 16,3% құрайды. Науқас жедел гематогенді остеомиелитпен ауыратын сүйектерінде бірден пайда болатын ауру сезіміне шағымданады. Ауру сезімі қатты, шаншып ауырады. Қаттылығы жоғары, ұйықтатпайды, қимылдаса қатты ауыртады. Аурулар өзінің жайсыз сезінуіне, бас ауруына, температурасының жоғарылауына, тәбетінің жоқтығына шағымданады. Жедел гематогенді остеомиелит көбіне жас балаларда кездеседі. Ауру бірден пайда

Таралу жолдары

- ❖ *қан арқылы* (гематогенді остеомиелит)
- ❖ *қабыну ошағы арқылы*
- ❖ *жарақат арқылы, яторогенді себептер арқылы* (сынықтарды емдеу, тіс каналын протездеу, эндопротез қою - посттравматикалық и одонтогенді остеомиелит).



Патогенезі

1. Сүйек тіні микроорганизмдермен зақымдалған

2. Зақымдалған ошаққа лейкоциттер
миграцияланады

3. Сүйекті бұзатын литикалық ферменттер бөледі



ГЕМАТОГЕНДІ ОСТЕОМИЕЛИТ

- *Созылмалы гематогенді остеомиелит көбіне іріңнің жедел түрден созылмалы түрге ауысқанда пайда болады.*
- *75% жағдайда ол айқын септикалық көрініспен көрінуі мүмкін. Қоздырғыштары стафилококк, стрептококк, диплококк, брюшнотифозды таяқша, сальмонеллалар болып табылады. Септикалық жағдайда гематогенді және лимфагенді жолдармен таралады. Үлкен түтік тәрізді сүйектердің зақымдалуы 83—84% жағдайда, жалпақ сүйектерде 8—10,5%; қысқа сүйектерде 5-6,5% құрайды.*
- *Лейкоцитоз до 20,0-109/л нейтрофильдердің көбеюімен, ЭТЖ жоғарылаған. Гемоглобиннің көп мөлшерде төмендеуі. Диспротеинемия. Зәрде өзгерістер: белок болуы, лейкоциттің тамшыда болуы, цилиндрлер, бактериурия.*

Классификациясы

- **I. Этиологиясына қарай.**
 - А) бейспецификалық (ірің тудыратын микробтармен шақырылады).**
 - Б) спецификалық (туберкулезді, сифилизді, лепрозды, бруцеллезді).**
- **II. Инфекцияның ену жолына байланысты**
 - А) гематогенді**
 - Б) травматикалық**
 - В) атылған жарақаттан кейінгі (огнестрельный)**

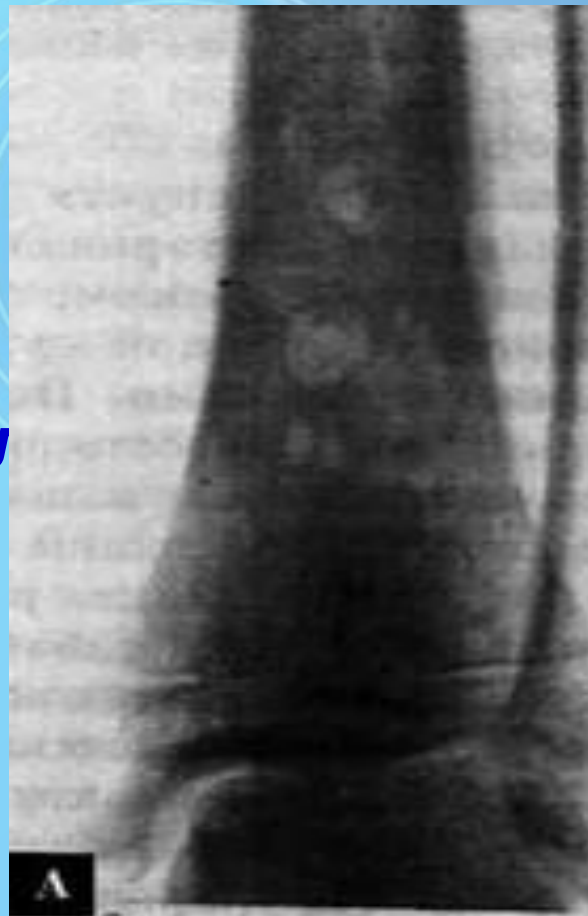
• **III. Клиникасына қарай:**

**А) жедел: 1) токсикалық (адинамикалық)
2) септикопиемиялық (ауыр)
3) жергілікті (жеңіл).**

**Б) созылмалы: 1) біріншілік созылмалы
остеомиелит.
2) склероздаушы Гарре
остеомиелиті.
3) Альбуминозды Оллье
остеомиелиті.
4) Броди абсцесі.**

ОСТЕОМИЕЛИТТИҢ ФОРМАЛАРЫ:

- *Токсикалық*
- *Септикопиемиялық*
- *Жергілікті немесе жеңіл*



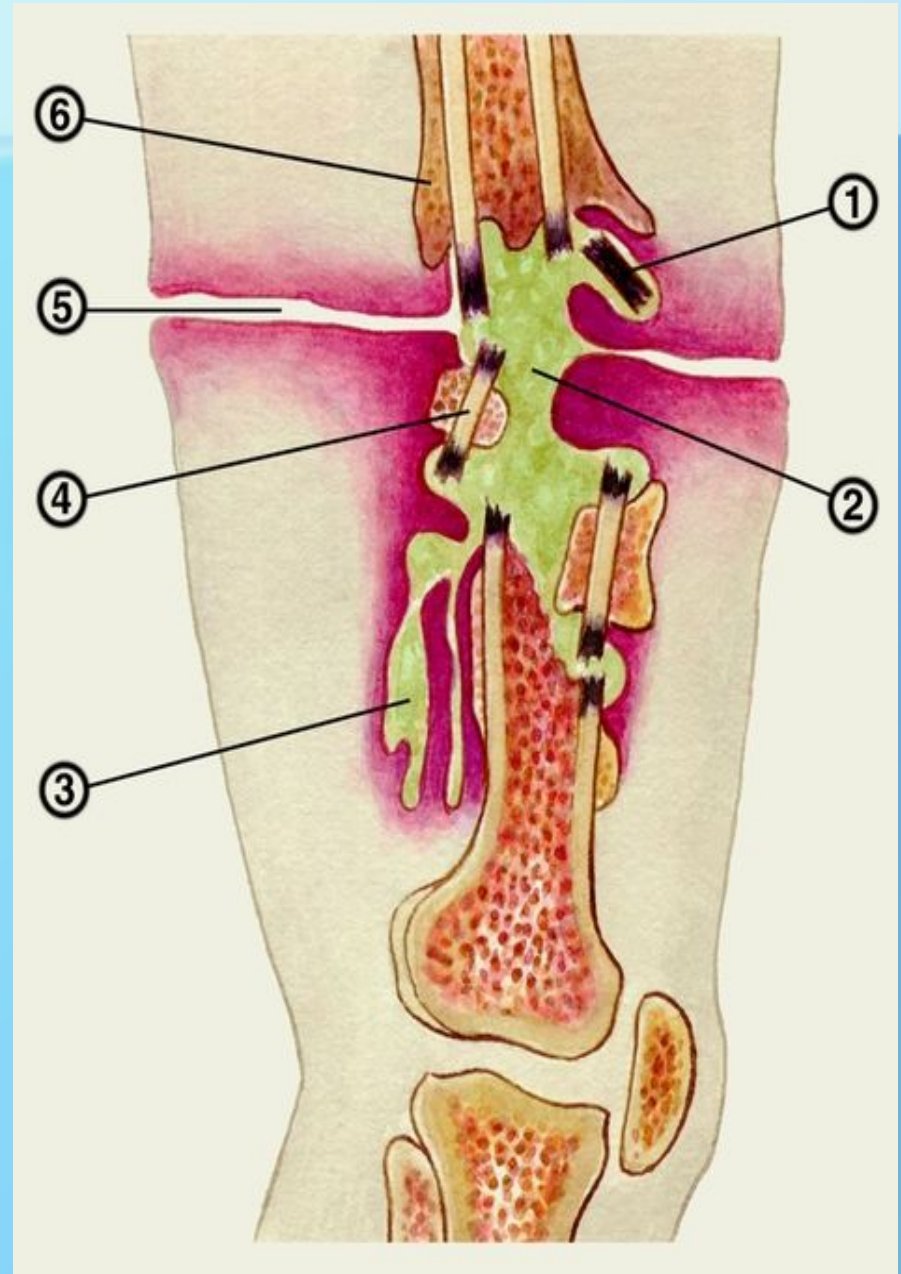
Жедел гематогенді остеомиелиттің үш түрлі клиникалық көрінісі бар:

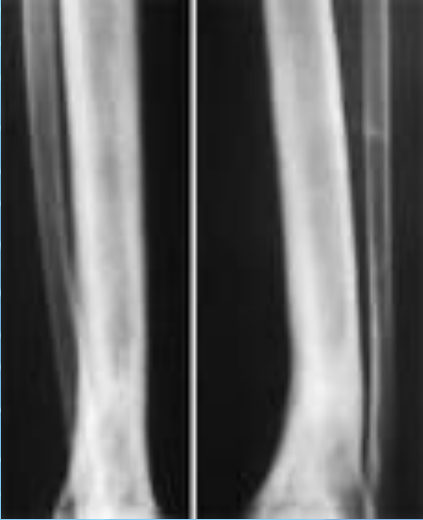
1. **Септико-пиемикалық** түрінде сырқат дене температурасының 39-40°қа дейін көтерілуімен көрінеді. Науқастың жағдайының ауыр болуы интоксикацияға байланысты: қалтырау, бас ауруы, қайталамалы құсу, кейде сандарықтау және есін жоғалту. Гемолитикалық сарғаю болу мүмкін. 2.

2. **Жергілікті өзгерістер** жылдам дамиды. Бірінші екі тәулікте қатты ошақтанған ауру сезімі пайда болады, ұштары мәжбүрлі қалыпқа ауысады, белсенді қимылдар шектеледі де пассивті қазғалыстар мүлдем жоғалады. Жұмсақ тіндердің жылдам ісінуі байқалады. Зақымдалған ошақтағы тері гиперемияланған, қатайған, әлсіз байқалатын венозды көрініс және жергілікті температурас жоғары болады.

3. **Токсикалық (адинамикалық)** түріндегі гематогенді остеомиелит сирек кездеседі. Сырқат баяу дамиды. Ауыр көрінісі жедел сепсистің жылдам басталуымен көрінеді. Алғашқы күні гипертермиямен көрінетін ауыр токсикоз басталады, менингеальды симптомдар мен естің жоғалуы, қалтырау, таралған аденамия және АҚ критикалық төмендейді де жүрек-қан тамыр жетіспеушілігі дамиды.

- 1 — секвестр;**
- 2 — іріңденген аймақ;**
- 3 — іріңнің таралуы;**
- 4 — бос жатқан сүйек сынығы;**
- 5 — зақымданған канал;**
- 6 — сүйек тіні.**





Диагностикасы

- Жедел остеомиелиттің ерте диагностикасы үшін тепловиденияны және радионуклидті әдісті қолдануға болады. Сцинтиграфия кезінде аурудың алғашқы 2-3 күнінде сүйектің зақымдалған бөлігінде радиофармацевтикалық препараттың гиперфиксациясы анықталады. Тепловизорді қолданған кезде алынған мәліметтер, ерте кезеңдерде сүйек пен оның айналасындағы жұмсақ тіндерде қабыну үрдісін орнатуды болдырады.
- Жедел гематогенді остеомиелитті ревматизммен, сүйек туберкулезімен, гиф кезіндегі сүйек зақымдануымен және т.б. салыстыру керек.
- Сүйектің жарақаттық зақымдануын анықтау үшін анамнез мәліметтері, интоксикация мен қабынудың жалпы белгілері, рентгендік, лабораториялық және т.б. мәліметтер көмектеседі.
- Ревматизмде біршене буындардың зақымдануы болса, остеомиелит кезінде бір ғана буын зақымданады. Остеомиелитте қабыну үрдісі метадиафизге дейін таралса, ал ревматизмде ол эпифизарлы бөлікпен шектеледі.

Остеомиелит диагностикасында бірінші кезекте рентгенологиялық әдіс қолданылады. Көлемді буын, сүйектер, омыртқа мен жамбас аймағына томография қажет етеді. Бұл деструктивті өзгерістер мен сервестреленудің жайылу шекараларын табуға мүмкіндік береді. Жыланкөз болған жағдайда фистулография міндетті түрде жасалу қажет. Сүйектегі қабыну процесінің дифференциалды диагностикасында остеомиелиттің соңғы белгісі болып табылады-остеонекроз немесе секвестр. Жалпы қарағанда зақымдану шекарасының үстінде ісіну байқалады, Жақын жатқан буынның құрылысының өзгеруі, жергілікті температураның көтерілуі, ауру басталғаннан біраз уақыт өте қызару байқалады. Пальпацияда қатты ауру сезімі болады.

Паталогиялық өзгерістер

- Қан тамырлардың обструкциясы мен ісік
- Медулярлы аймақтағы инфекция гиперемияланған, ісінген, абсцестелген және трабекулярлы өзгерген
- Субпериостальды абцесс
- Шекараланған кортикальды және медулярлы абцестер
- Метафиз қан тамырының тромбозы, сүйекастындағы қан тамырларының бұзылыстары, кортикальды некроз
- Қабыну ошағының ішкі миграциясы

Рентгенологиялық көрінісі

- *Жұмсақ тіндерді ісіктері мен кортурларының өзгеруі*
- *Остеопороз, деструкцияланған ошақтар*
- *Периостит*
- *Бірнешеу немесе көптеген склерозданған қабаттар*
- *Секвестрация*
- *Жыланкөздер*
- *Алғашқы рентгенологиялық белгілер аурудың 14-күні ғана пайда болады- ұсақ ұялы остеопороз және периосталды реакция: рентгенограммада сүйек тысының қалыңдауы көрінеді.*
- *Жедел гематогендік остеомиелиттің рентгенологиялық суретінің алдыңғы динамикасына мән беру керек. Бала жазылысымен, сүйек тіндері бұзылған жерде, остеобласттар жас сүйек тінін өндіре бастайды. Бастапқы кезде ол ірі талшықты, сүйек- ақтастық массалар, талшықтар бойымен орналасады. Бұл тін рентген сәулелерін жақсы өткізеді. Остеопороз бөліктерінің орнында тығыз остеосклероз бөліктері реттеледі, сүйек бұл жерде құрылымсыз, бормен боялған сияқты болады.*

Емі

- Міндетті госпитализациялау*
- Массивті антибактериалды ем*
- Симптоамтикалық ем*

Жалпы ем

- Антибиотикатерапия (бұшықетке цефалоспорин, линкомицин және т.б.) — ерте тағайындайды ;*
- Күшті дезинтоксикация — аурудың бірінші күнінен (плазма және дезинтоксикалық қан алмастырушылар құю)*
- Иммуностимуляторлар мен витаминотерпия*
- Витаминотерпия;*
- Гемосорбция*
- Гипербариялық оксигенотерапия;*

Жергілікті ем

- Тыныштық, ұштарын гипс лонгеткамен иммболизациялау;*
- Хирургиялық ем – алғашқы стадиясында;*
- Физиотерапия (УВЧ, УФО, электрофорез).*

Асқынуы

- *Жергілікті асқынуында сүйек пен жұмсақ тіндердегі іріңді процесстердің ұзақ болуынан: анкилоз, сүйек сынуы ,іріңді артрит ,сүйек құрылысының өзгеруі .Қабырғалар остеомиелитінде-плеврит, бас сүйектің зақымдануында –менингит болуы мүмкін. Жалпы ауыр асқынуларға — бүйрек амилоидозы, ішкі ағзаларда дистрофиялық өзгерістер ,сепсис жатады*

Қорытынды

Жарақаттық остеомиелит дамуы патогенді микробтың, яғни алтын стафилакокктың сүйек кемігіне түсуінен болады. Ауру ағымы ауыр түрде өтеді.



ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

- Юмашев Г.С., Епифанов В.А. Оперативная травматология и реабилитация больных с повреждением опорно-двигательного аппарата. М.: Медицина, 1983 г.
- Зацепин С.Т. Костная патология взрослых. М.: Медицина, 2001 г.
- Травматология и ортопедия. Под ред. Корнилова Н.В. СПб.: Гиппократ, 2001 г.
- Травматология. Учебник для пред- и последипломной подготовки. Краснов А.Ф., Мирошниченко В.Ф., Котельников Г.П. М., 1995 г.
- Травматология и ортопедия. Под ред. Мусалатова Х.А., Юмашева Г.С. М.: Медицина, 1995 г.
- Мюллер М.Е., Альговер М., Шнейдер Р., Виллингер Х. Руководство по внутреннему остеосинтезу. М.: Ad Marginem, 1996 г.
- Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М.: Медицина, 1964 г.