

**ҚАЗАҚ-ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ  
ШЫМКЕНТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТЫ  
ДИПЛОМНАН КЕЙІНГІ БІЛІМ БЕРУ  
ФАКУЛЬТЕТІ  
«ТРАВМАТОЛОГИЯ-ОРТОПЕДИЯ ЖӘНЕ  
ОНКОЛОГИЯ» КАФЕДРАСЫ**

*Тақырыбы:*

**Жарақаттық остеомиелит.**

**Қабылдаған: м.ғ.к.доцент Есмамбетов І.Н.**

**Орындаған: Жаппарова Ш.Н.**

**ХҚ-701**

## ЖОСПАР:

- **1. Кіріспе.**
- **2. Негізгі бөлім:**
  - **а) Жарақаттық остеомиелит.**
  - **в) Классификациясы.**
  - **г) Диагностика және емі.**
- **Асқынулары**
- **3. Қорытынды.**



# 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 абсцесі 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 остермиелит көбіне жас балаларда кездеседі. Ауру бірден пайда болады.**



*▣ 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.*

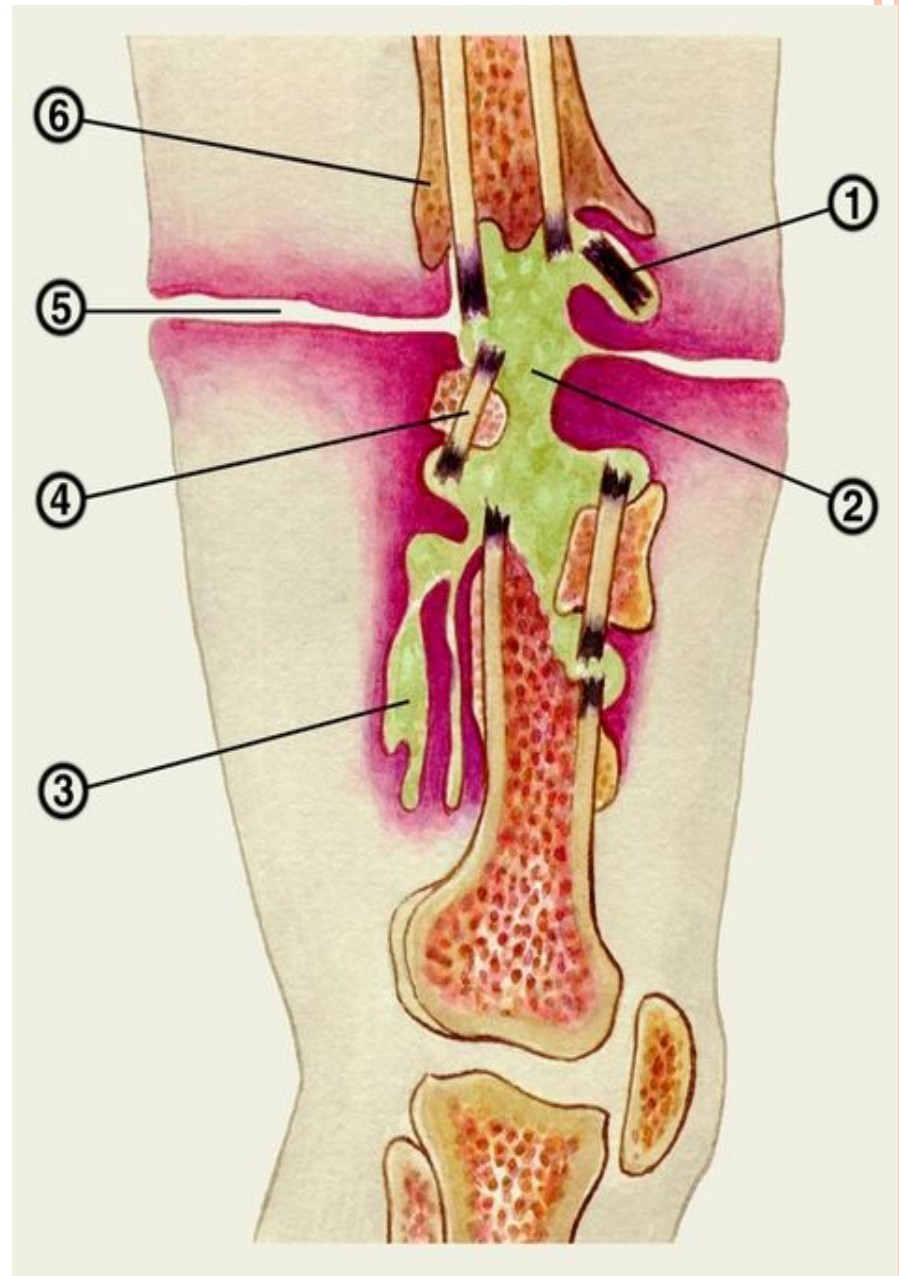


## ОСТЕОМИЕЛИТТІҢ ФОРМАЛАРЫ:

- Токсикалық
- Септикопиемиялық
- Жергілікті немесе жеңіл



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





## ***КЛИНИКАСЫ***

- Созылмалы жарақаттық остеомиелитте температура көтерілуі және лейкоцитоз байқалады.***
- Жедел жарақаттық остеомиелитте анық ауру сезімі, жұмсақ тіндердің ісінуі, жоғарғы температура, нейтрофилдердің солға жылжуымен анық лейкоцитоз, үдемелі анемия байқалады.***





# 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.



# *ЕМІ*

□ *Жарақаттық остеомиелитте негізгі емі хирургиялық ем болып табылады. Сонымен қатар антибиотикалды ем, физиотерапия қолданылады.*

□ *Оперативті ем: радикалды операциялар:*

□ *1) секвестрнекрэктомия*

□ *2) секвестрэктомия*

□ *3) остеомиелиттік флегмонаны ашу.*

*Секвестрэктомия үш кезеңнен тұрады :*

□ *А) остеомиелит ошағынан некротикалық тінді алу.*

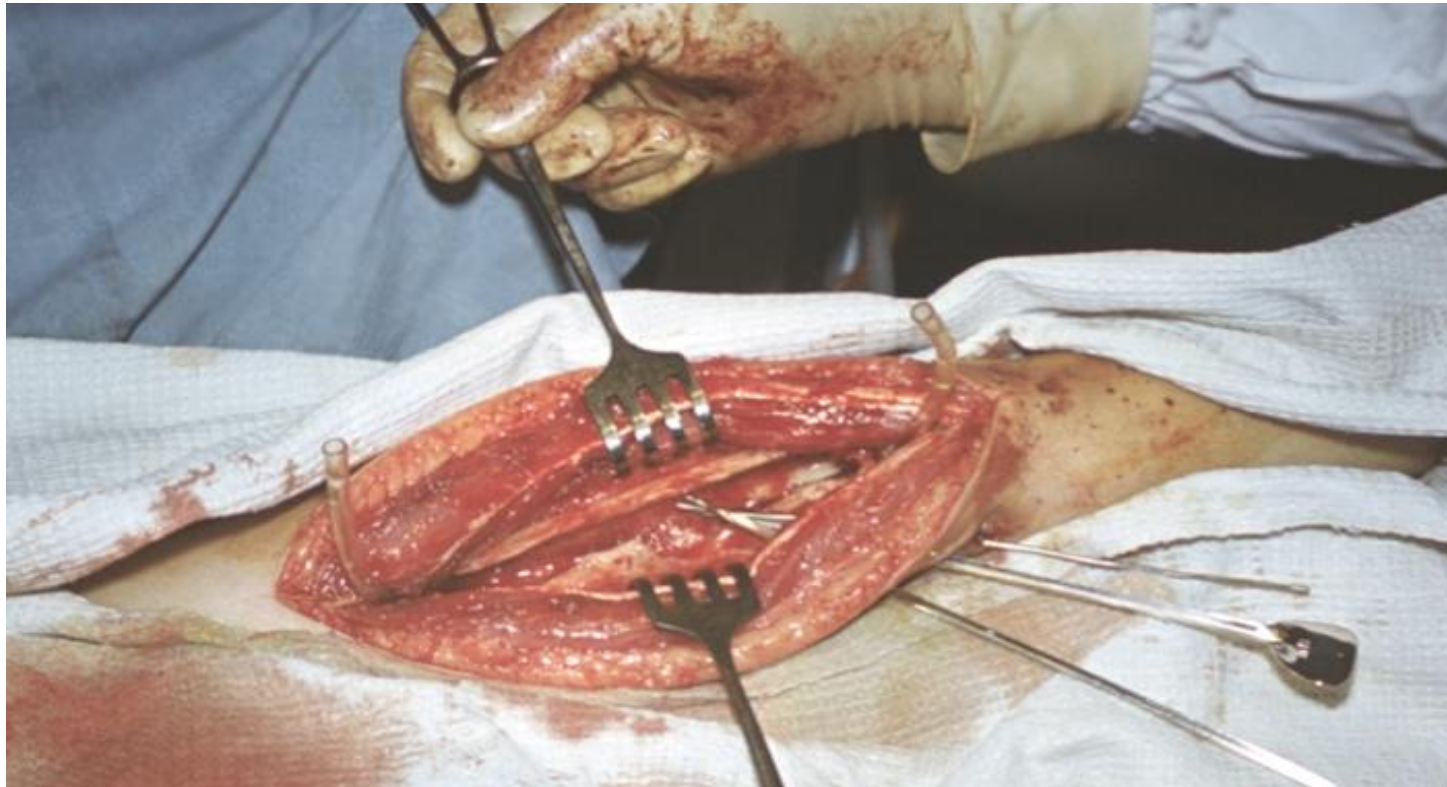
□ *Б) секвестрлі бөліктің склерозданған жерін сүйектің қан тамырлы қабатына дейін тазлау қажет.*

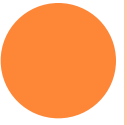
□ *В) сүйек кемігі өзегін жоғарғы және төменгі жағынан ашу.*



# СОЗЫЛМАЛЫ ОСТЕОМИЕЛИТ

- Сүйектің трепенациясы, сэквестрэктомия, іріңді ошақтарды алыну (выскабливания)





# АТИПИЧНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ



# САЛДАРЫ

- Медициналық зерттеулер нәтижесінде, остеомиелиттен зардап шегіп емделген балалардың 60%-ға жуығында толық сауығу болады, 30 %-нда бойының өсуі баяулап, қалған 10 % науқастар остеомиелиттің асқынуы дамитынын анықтаған.



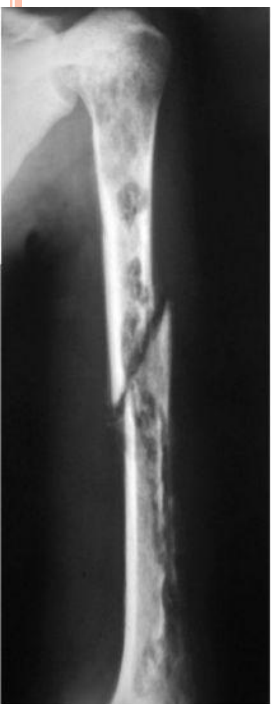
## . Жергілікті асқынулар

- анкилоз және контрактура ;
- Патологиялық сүйек сынуы;
- іріңді артрит;
- Жалған буын;
- Деформация ;

## 2. Жалпы

- бүйрек амилоидозы ;
- Ішкі органдар дистрофиясы;
- сепсис.





- Патологическим называется перелом кости в зоне, пораженной патологическим процессом, возникающий при воздействии силы, обычно не вызывающей деформации. Это объясняется разрушающим действием заболевания на костную ткань, что приводит к нарушению ее структуры и уменьшению прочности, в результате чего перелом может возникнуть при минимальных физических нагрузках или даже без них.

Характерной особенностью патологических переломов является нарушение процессов образования костной мозоли и сращения отломков, что обусловлено прогрессированием патологического процесса, ставшего причиной перелома.







- Данное состояние характеризуется нарушением сочленения суставных поверхностей костей, которое происходит в результате прогрессирования хронического остеомиелита в области сустава. Характерной особенностью также является возникновение вывиха без какого-либо физического воздействия.



Патологический вывих может развиваться в результате разрушения остеомиелитом эпифизов костей либо при распространении гнойного процесса на связочный аппарат сустава с последующим его разрушением. В обоих случаях отмечается расхождение суставных поверхностей костей, определяются патологические движения вывихнутой кости.



Данное осложнение характеризуется нарушением процесса сращения костных отломков после перелома. В результате прогрессирования гнойно-воспалительного процесса в зоне перелома нарушаются процессы окостенения сопоставляемых отломков, в результате чего они соединяются не костной мозолью, а рыхлой соединительной тканью, которая не может обеспечить плотной их фиксации друг относительно друга.

Клинически данное состояние проявляется наличием болезненности и ненормальной подвижности в зоне перелома, определяемой по прошествии двойного срока, необходимого для образования полноценной костной мозоли.



- Характеризуется полной утратой подвижности в суставе в результате плотного сращения суставных поверхностей костей. Данное состояние может развиваться при длительном прогрессировании гнойно-воспалительного процесса в суставной полости, часто в сочетании с длительной иммобилизацией (*отсутствием движений*) в результате патологического перелома.

Между суставными поверхностями костей может образовываться фиброзная ткань – в этом случае движения в суставе сильно затруднены, но сохраняются в небольшом объеме. При образовании между суставными поверхностями костной ткани любые движения становятся невозможными.



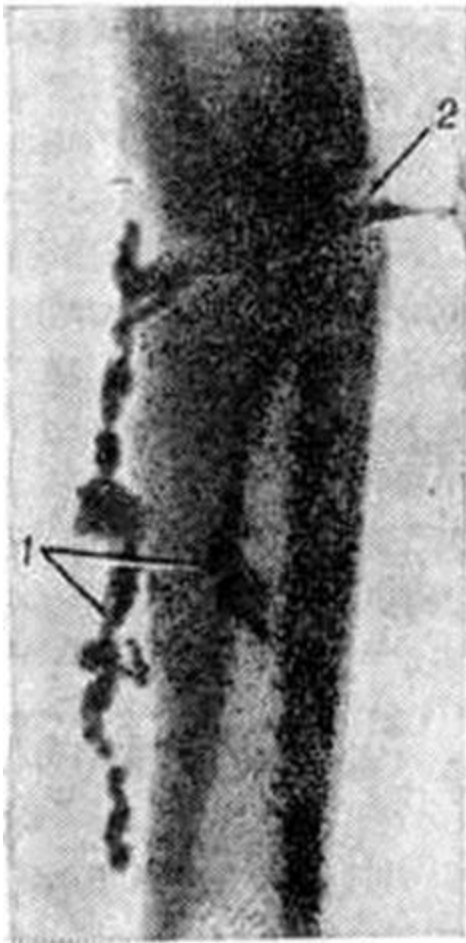
Рис. 15. Недоразвитие нижней челюсти после перенесенного одонтогенного остеомиелита. Ребенок 9 лет после заболевания (а, б), перенесенного в 4-летнем возрасте.



- Под контрактурой подразумевается выраженное ограничение движений в суставе, обусловленное поражением связочного аппарата, сухожилий, мышц или кожи над поверхностью сустава. Причиной этого может стать распространение гнойно-воспалительного процесса на окружающие сустав мягкие ткани, что приводит к их разрушению и образованию плотных, нерастяжимых рубцов, которые и ограничивают объем движений.







- Это явление развивается при поражении гнойно-некротическим процессом кровеносного сосуда, в результате чего происходит разрушение его стенки и кровоизлияние в близлежащие ткани — в мышцы, в полость сустава. Процессы свертывания крови в области воспалительного процесса нарушены, поэтому аррозивные кровоизлияния обильные и длительные.

При повреждении вен повышается вероятность попадания возбудителя инфекции в кровеносное русло с последующей циркуляцией его в крови и появлением вторичных очагов инфекции в отдаленных органах.





- Рентгенограмма в прямой проекции ребенка 4 мес. Септическая пневмония. Обогащенный сосудисто-интерстициальный рисунок в обоих легких.



- Гематогенный остеомиелит / Г.Н. Акжитов, Я.Б. Юдин – М.: Медицина – 1998.
- Острый гематогенный остеомиелит. Метод. рекомендации/ Е.С. Малышев, Е.Е. Малышев – Н. Новгород: НГМА, 2001.
- Способы пластики костных полостей при хирургическом лечении хронического остеомиелита: учебное пособие для врачей и студентов мед. вузов / Е.С. Малышев, Е.Е. Малышев – Н. Новгород: НГМА, 2001.
- 
- Гнойно-септические осложнения острых хирургических заболеваний у детей / В.Г. Цуман, А.Е. Машков – М.: Медицина, 2005.
- 
- Общая хирургия / С.В. Петров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.



## **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.

