

Х.А.Ясауи атындағы қазақ-түрік университеті
Медицина факультеті

СӨЖ

Тақырып: Жедел гематогенді остеомиелит.

Орындаған: Нышан А

Қабылдаған: Искендиоров Ж

Тобы: жм – 425А

Түркістан - 2016ж

Жоспары

- *Кіріспе*
- *Негізгі бөлім*
- *Остеомиелит түрлері*
- *Жедел гематогенді остеомиелит*
- *Диагностика*
- *Емі*
- *Қорытынды*

Остеомиелит

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.

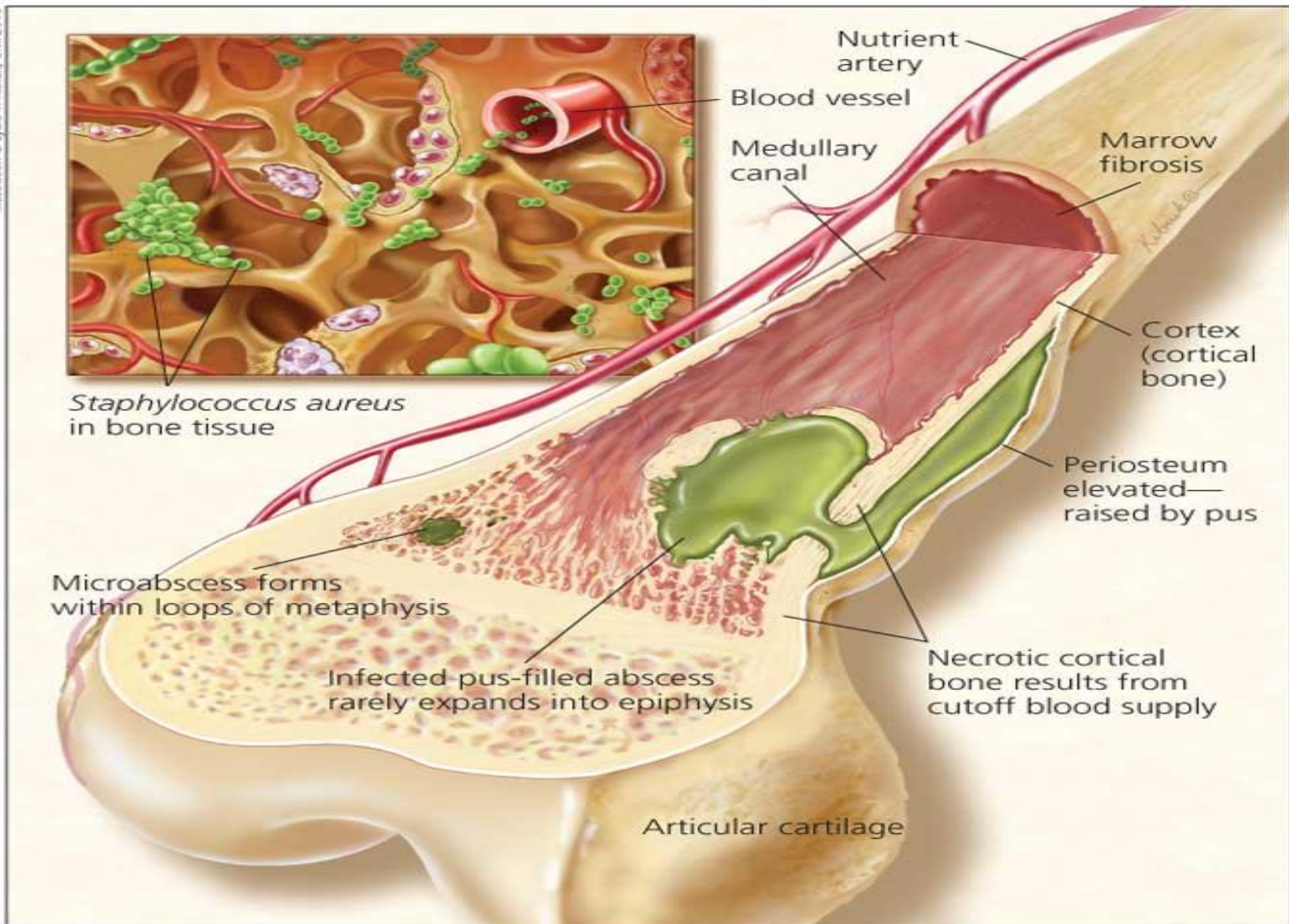


Figure 1 – This diagram shows hematogenous osteomyelitis of a tubular bone in a child.

Клиникалық көрінісі

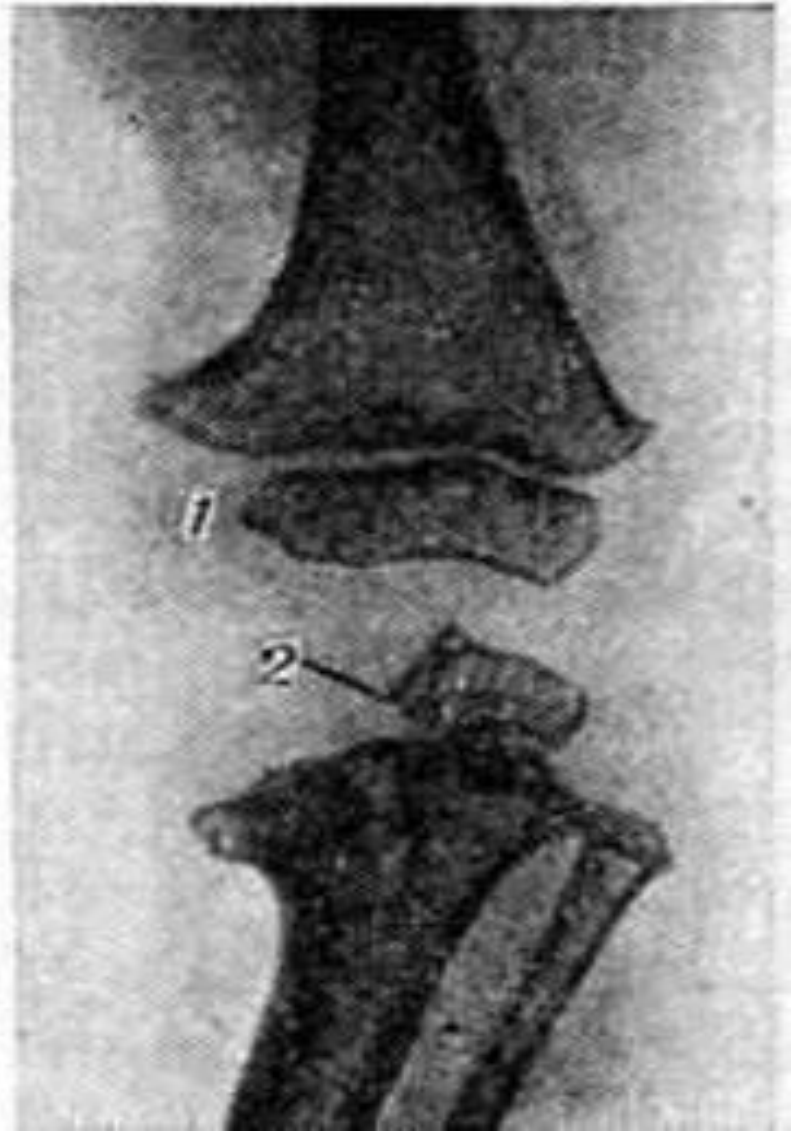
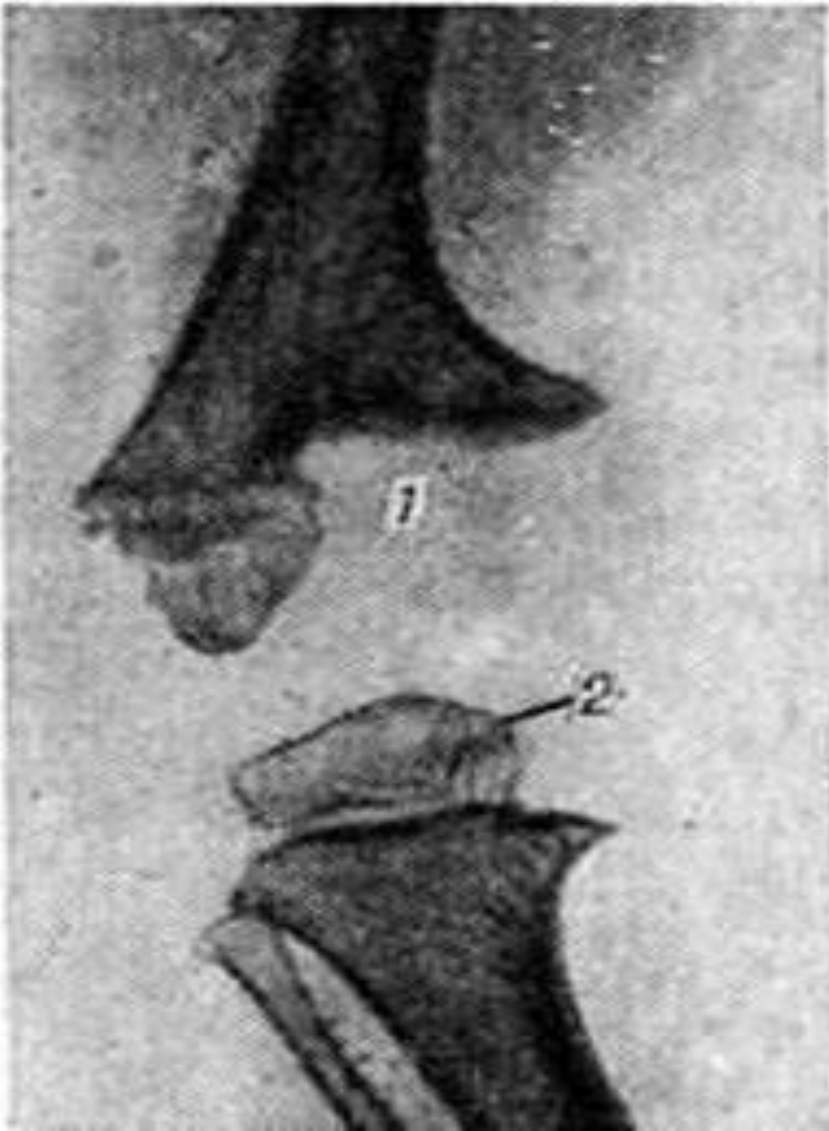
- АҚ төмендейді, тамыр ішілік қан ұю синдромы қосылуына байланысты, перифериялық қан ағымының кедергісі жоғарылайды, бұл жағдай жүректің кіші қан айналым көлемінің азаюына әкеледі. Тамыр ішілік қан ұю синдромы, теріде гемолитикалық анемия түрінде болады.
- Іріңді метастазға ең жиі ұшырайтын ағза_өкпе. Ондағы метастаздар ұсақ, көптеген және өкпенің перифериялық бойында орналасады. Клиникалық және рентгенологиялық зерттеулерде екіншілік, деструктивті пневмония анықталады. Екінші орында іріңді метастаздар қаңқа скелеті, ал үшінші орында – тері және тері асты жасұнығы, одан кейін бүйрек және басқа ағзалар.

Остеомиелитті келесі топтарға жіктейді:

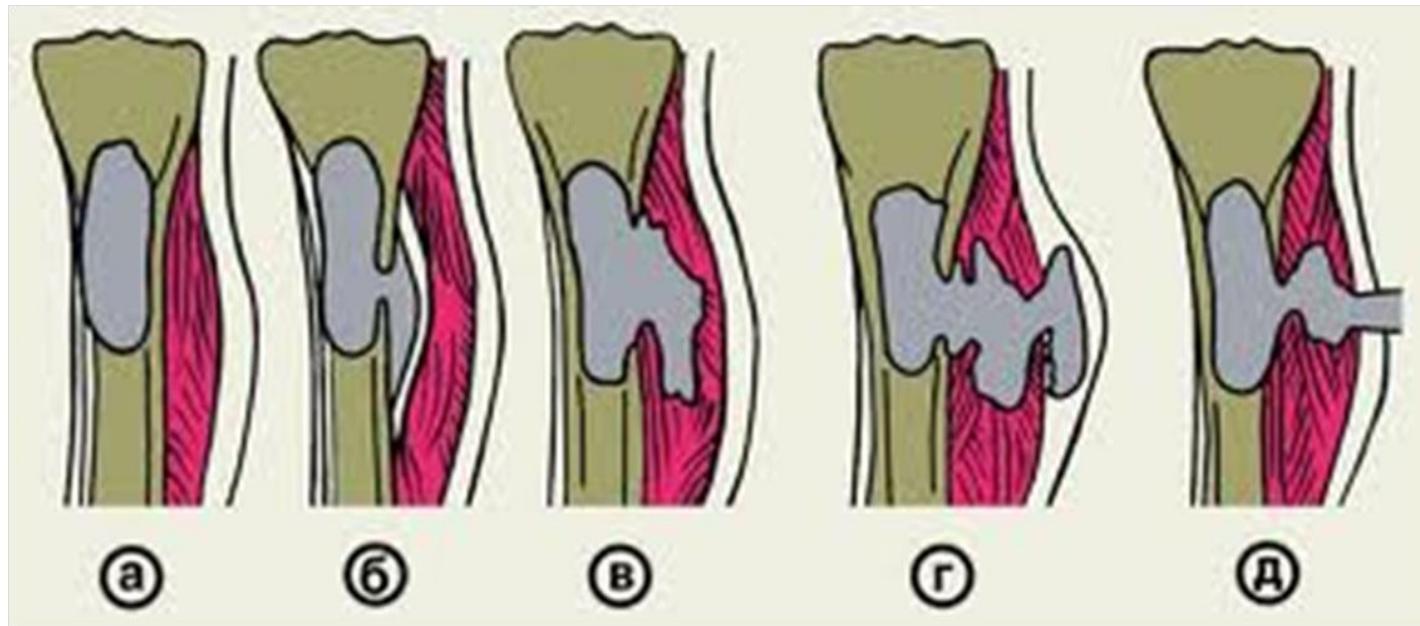
- Остеомиелитті келесі топтарға жіктейді:
- **I. Этиологиясы бойынша:**
 - 1) спецификалық емес;
 - 2) спецификалық остеомиелиттер.
- **II. Инфекция түсу жолдарымен:**
 - 1) Гематогенді;
 - 2) Гематогенді емес: а) жарақат арқылы; б) оқ – дәрі арқылы; в) жұғысу арқылы.
- **III. Клиникалық ағымы бойынша:**
 - 1) Гематогенді: а) жедел (улану түрі, септикопиемиялық, жергілікті түрі); б) біріншілік созылмалы; в) екіншілік созылмалы;
 - 2) Гематогенді емес: а) жедел; б) созылмалы.

Жедел Гематогенді остеомиелит

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

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

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.

Жергілікті түрі

- Жедел остеомиелиттің жергілікті түрі кезінде бір сүйек қана зақымдалады, сондықтан клиникасында жергілікті симптомдар басым болады. Септико-пиемиялық ошақтар болмайды, бірақ та, жеңіл түрі деуге болмайды. Болгар зияткерлерімен аталған, “антибиотиктік” остеомиелиттің ғана, жеңіл ағымы болады. Ол кезде басқа бір ауруға байланысты балаға антибиотиктер берілгендіктен, сүйекте қабыну үрдісі үзіледі.

*Жедел гематогендік
остеомиелиттің клиникалық қан
талдамасында:*

- Гиперлейкоцитоз;
- Нейтрофильді формуланың солға жылжуы;
- Токсикалық дәнді цитоплазма;
- ЭТЖ жоғарылауы; анықталады.

Рентгенограмма

- 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- әктастық 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.

I. Острый гематогенный остеомиелит:



А

Б

*А - дистальный
метафиз бедра,*

*Б - проксимальный
метадиафиз
бедра ребенка*

Ажыратулық диагностика

- Жедел гематогендік остеомиелитті ең алдымен артриттен ажырату керек. Жедел гематогендік остеомиелиттегі ең қате диагноз – ол ревматизм. Педиатрға келгенде бала буындағы ауырсынуға шағымданады. Дәрігер аяқ қолдың ауырсынуын, жалпы жағдайының ауырлығын, жоғары температурасын және тахикардияны байқайды. Үдеріс генерализациясы кезінде септикопиемия дамиды. Қан анализі мен ревмосынама аса көмек бермейді. Бірақ гиперлейкоцитоз ревматизмге тән болмаса да, остеомиелиттің бірінші күндерінде ЭТЖ жоғары байқалмаса да, нақты және қарапайым диагностикалық белгілер бар: ревматизм дәнекер тін және синовиальды қабықтарды зақымдайды, ал сүйекі зақымдамайды. Ревматизмде буынның ауырсынуы қимыл кезінде болады.

Емі

- Жедел гематогендік остеомиелитке **хирургиялық ем** қажет. Мақсаты-сүйек ішілік қысымды төмендету. Ол үшін сүйек ішінен сыртқа қабыну экссудатына жол салу керек.
- Операция жалпы наркозбен жүргізіледі. Тері және тері асты май қабаты сүйектің зақымдалған метафизі аймағында тілінеді. Бұлшықеттері кесілмейді ажыратылады. Содан кейін, сүйек тысы ашылады, оны скальпельмен кеседі. Егер операция уақытында жасалса, сүйек тысының астынан серозды-геморрагиялық экссудат алынады, егер кеш болса, ірің алынады. Осы кезде хирург сүйекті жалаңаш түрінде байқайды, Бұл “жалаңаш” сүйек сезімі- жедел гематогендік остеомиелитке тән тағы бір тұжырым болады. Сүйек тысын кескеннен кейін 0,5 см мөлшермен, сүйек трепанациясы жүргізіледі. Немесе кіші диаметрлі құралдармен бірнеше теіктер жасалады. Сүйектен қысыммен геморрагиялық экссудат немесе ірің ағады. Оны себуге алып, қоздырғыштарды және антибиотиктерге олардың сезімталдығын анықтайды. Сүйекке операциядан кейінгі кезде антибиотиктер енгізу үшін, метафизге тері арқылы, жуан ине қойылады. Жара дренаждалады, құрғатылады, кептіретін антисептиктермен таңулар қойылады. Аяқ немес қолға терең гипстік лангета қойылады. Операциядан кейін науқаста ауырсынулар дереу басылады.

Бала өмірінің алғашқы айларындағы остеомиелит ерекшеліктері

- Жедел гематогенді остеомиелит немесе жаңа туған баладағы артрит сүйек тінін немесе синовиалды қабатын зақымдайтын жедел қабынулы ауруы.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Қабыну процесі ілкі, белгілі бір жағдай фонында, салдарлық – антибиотикті терапия жүргізілгеннен кейін инфекциялық процесс (кіндіктік, өкпелік, ішектік сепсис) жалғасуының әсерінен дамиды. Ілкі процесстің қоздырғышы 90% жағдайда алтын стафилококк, ал салдарлық – коккты немесе грамм теріс микрофлора. Бірақ, сүцекте бір ғана бактерияның болуы остеомиелит дамуын шақырмайды. Қажетті факторлар: венозды лакуналарда тамырлы стаздар, қан ұйындыларының және сүйек миының синусоидында тіндер некрозының болуы, иммуноглобулин титрі деңгейінің жеткіліксіздігі.

Патогенезі

- Жаңа туған балаларда остеомиелит кезенді ағыммен өтеді. Патогенді микроағзаның артық бір ошақта көбейіп, буын тамырына немесе метаэпифизарлы аймаққа таралып, патологиялық контаминацияға және зақымдалған ошақты колония түзілуіне әкеледі. Патогенді микроағзаның протеолитикалық ферменттерінің әсерінен өсуші аймақтағы шеміршекті тіндердің және буындардың синовиалды қабыршақтары зақымдалады. Қабыну ошағында альтерация процесімен ББЗ бөлінуі жүреді, қабыну медиаторы, кейін қанның реологиялық құрылымы бұзылады, жұмсақ тіндердің ісінуі дамиды. Егер осы этапта диагноз анықталмаса, экссудация кезеңі ауыр сатыға – ірінді экссудатты түзу сатысына ауысады. Бұл процесс метаэпифиз аймағына таралып, ірінді артрит дамуымен жұмсақ тіндердің флегмонасымен асқынады. Қабыну процесінің таралуынан сепсис дамуы мүмкін.

Клиникалық көрінісі

- **Жергілікті процесс** кезінде баланың жалпы жағдайы бұзылмайды. Жергілікті зақымдалу симптомдары: зақымдалған аяқ қолдың псевдопарезі, шектелмелі және белсенді қозғалыстарда ауырсыну, зақымдалған буындар контурының жазылуы. Буындар жұмсақ тінінің ісінуі, қызаруы, жергілікті гипертермия.
- **Токсикалық түрі** жалпы жағдайының нашарлауымен инфекциялық токсикоз симптомдарының қосылуымен сипатталады.
- **Сепсисті пиемия** қабыну ошағында флюктуация белгісімен, жұмсақ тіндердің флегмона тәрізді асқынысы иен патологиялық сынық кезінде крепитация мен іріңді артритпен зақымдалған буын көлемінің үлкеюіне, қызаруына әкеледі.Остеомиелиттің ауыр түрінің клиникалық түрі септикалық шокқа өқсас.

Диагностикасы

- Диагностикасы зақымдалған аяқ қолдың клиникалық көрінісімен негізделеді. Қосымша зерттеу әдістері: рентгенология, УДЗ, радиоизотопты сцинтиграфия.
- Жаңа туған балаларда остеомиелиттің рентгенологиялық көрінісі аурудың 7-10 тәулігінде анықталады. Жергілікті түрінің рентгенологиялық көрінісіне жұмсақ тіндердің және сүйек үстінің тығыздалуы, сүйек тінінің шеткері және ошақты деструкциясы жатады. Зақымдалған ошақты **УДЗ арқылы** буын қуысында сұйықтықтың болуын және қосымша жұмсақ тіндердің болуын анықтайды. **Радиоизотопты диагностика** қабыну реакциясының тамырлық компонентін көрсетеді, қабыну ошағында радиофарм препаратының жинақталуынан қабыну кезеңін анықтауға мүмкіндік береді.

Жалпы емі баланың жасына байланысты жедел ірінді хирургиялық инфекцияны емдеу принципіне негізделеді. Кең спектрлі антибиотиктерді, антикоагулянттарды, дезинтоксикацияны және иммунотерапияны қолданады. Иммобилизация үлкен рол атқарады, ол лейкопластырды тартумен немесе Дезо байламы. Ағымның асқынған түрі ірінді артриттің клиникалық көрінісімен жүреді, емді пункция көмегімен жүргізелі, буынның шығып тұрған бөлігін антибактериалды препарат енгізу арқылы алып тастайды. Үлкен буындардың санациясына қазіргі таңда артроскопия қолданады. Жұмсақ тіндердің флегмонасын ашамыз.

Қорытынды

- ХХ ғасырдың 30-жылдары Т.П. Краснобаев, остеомиелит кезінде сүйекке трепанация жасалуына қарсы болған, ол “аялау” операциясын ұсынған – тек периостотомия. Бұл остеомиелиттен кейінгі өтімділікті 4 есе төмендетті. Бұл операция Т.П. Краснобаевпен 600 жылдарда таңдалған, бұл кезде сүйек трепанациясына қайтып, “аялау” фрездік тесікпен шектелді. Жедел гематогендік остеомиелит ауыр іріңді -септикалық ауру боғандықтан, операциямен қатар, жалпы қарқынды емді қажет етеді.



**НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ**

