

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Тақырыбы:

Остеомиелит Жедел гемотогені остеомиелит Сүйек-буын туберкулезі

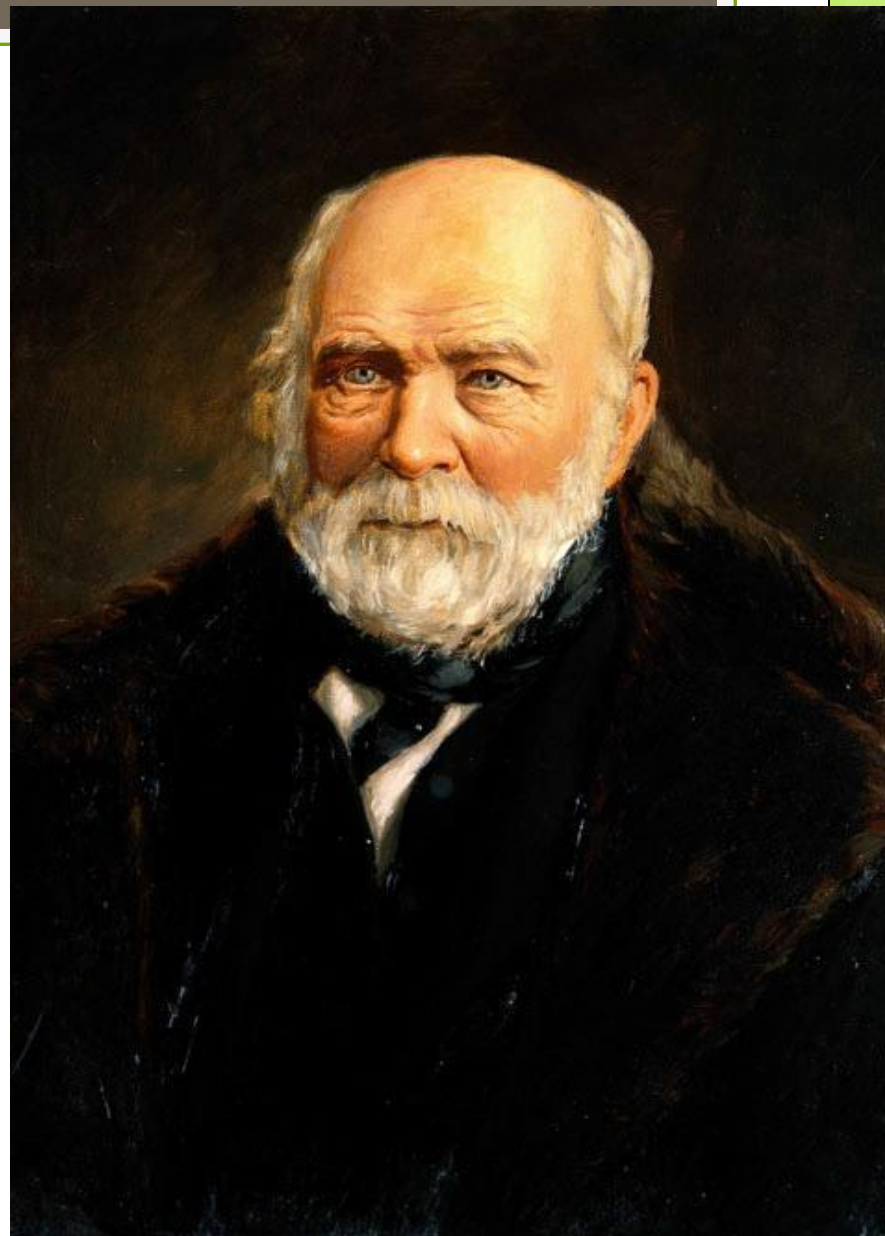
Орындаған: Дауренбекова А

Ешимбетов А

Закирова Д



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.



Классификациясы:

- **I. Инфекция ену жолдары бойынша:**
- А) Гемотогенді
- В) Гемотогенді емес
- 1) Ашық сынықтар нәтижесінде дамитын -
жарақаттық
- 2) Оқ (огнестрельный)
- 3) Операциядан кейінгі
- 4) Контакт арқылы
- **II. Ағымына байланысты:**
- А) Жедел
- В) Созылмалы

Классификациясы

□ III. Атипті остеомиелит

- 1) Броди абцессі
- 2) Склероздаушы Гарре остеомиелиті
- 3) Альбуминоздаушы Олье остеомиелиті
- 4) Антибиотиктік остеомиелит

□ IV. Этиологиясына байланысты:

- а) спецификалық емес (гноеродные микробы);
- б) спецификалық (туберкулезді, сифилистік, лепрозды, бруцеллез).



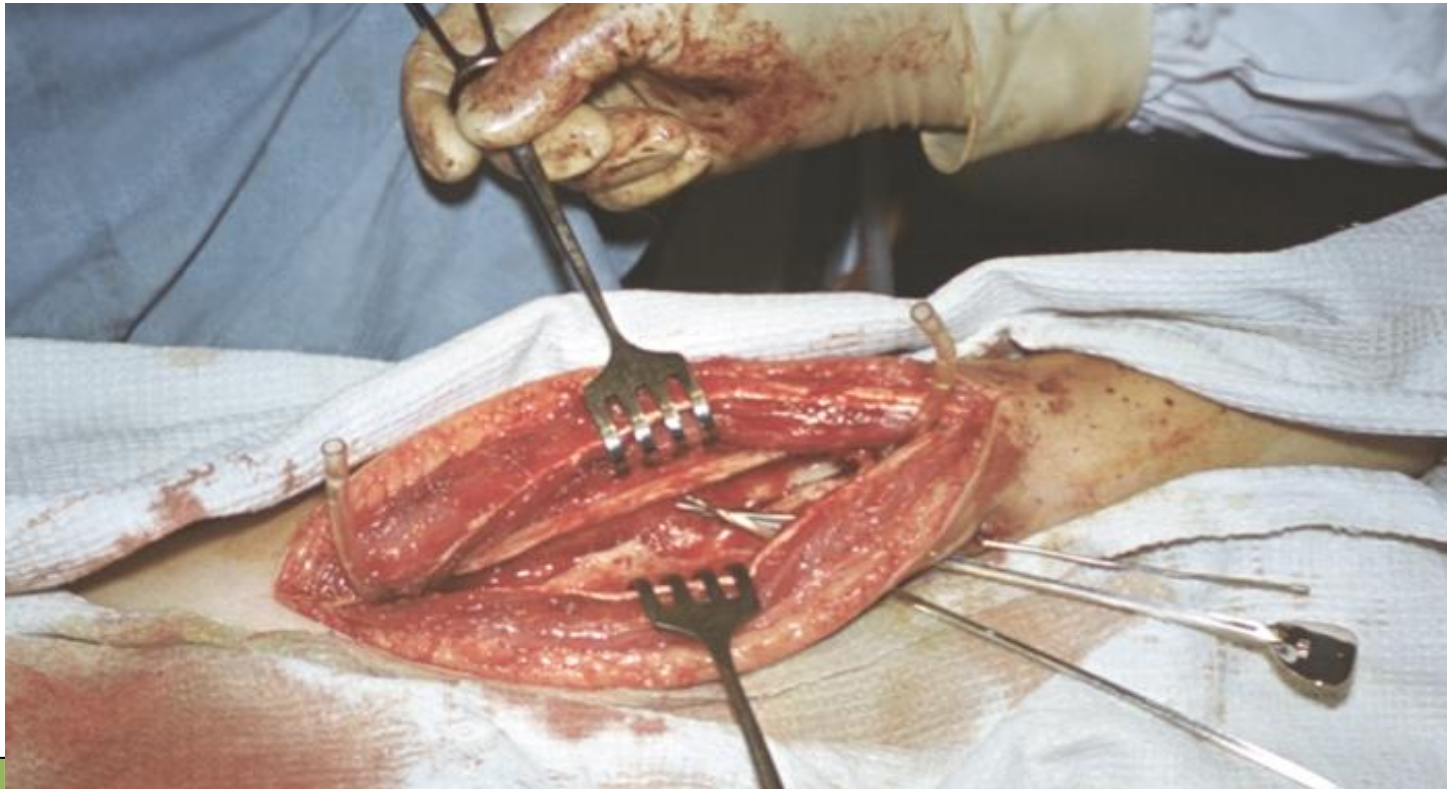
Рис. 64. Гематогенный остеомиелит лицевых костей.

а — ребенок 1 мес. Острый остеомиелит верхней челюсти, флегмона полости глазницы; б — ребенок 4 лет. Хронический остеомиелит лицевых костей, давность заболевания 4 года.

Гематогенді остеомиелит — зақымдаушы ошағынан алыста орналасқан ошақтан гематогенді жолмен сүйекке инфекцияның таралуы нәтижесінде дамитын сүйектің қабынуы. Гематогенді остеомиелит кезінде сүйек майының ғана емес, сүйектің басқа да анатомиялық структураларының іріңді — некроздық қабынуын тудырады. Бұл ауыр инфекциялық ауру.

СОЗЫЛМАЛЫ ОСТЕОМИЕЛИТ

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



Жарақаттық 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.

1. Жергілікті **Асқынулар**

- анкилоз и контрактура сустава;
- перелом кости;
- гнойный артрит;
- образование ложного сустава;
- деформация кости;
- малигнизация тканей в области свища.

2. Жалпы

- амилоидоз почек;
- дистрофические изменения внутренних органов;
- сепсис.

Жедел гематогенді остеомиелит.

Жоспары

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

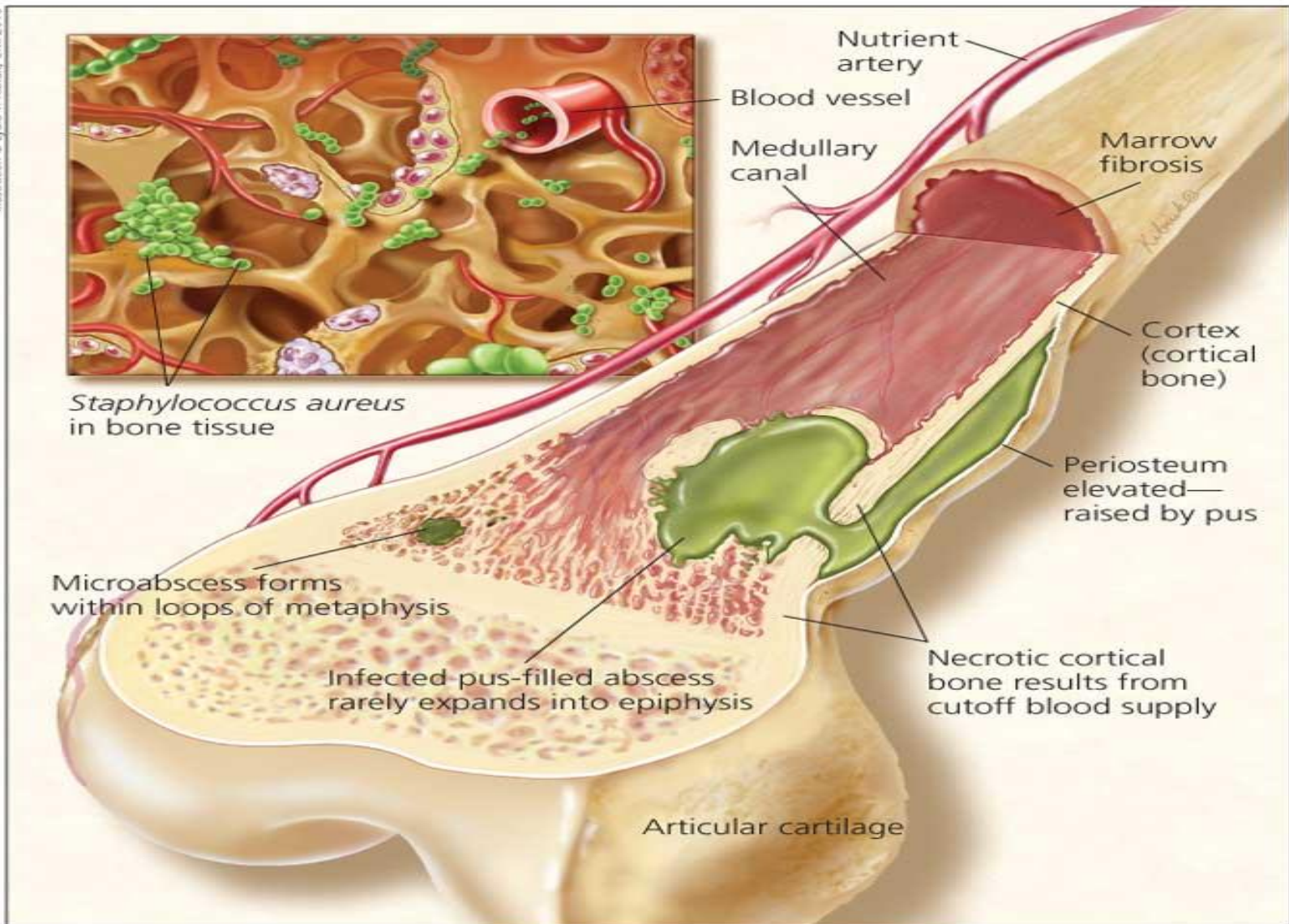


Figure 1 – This diagram shows hematogenous osteomyelitis of a tubular bone in a child.

Клиникалық көрінісі

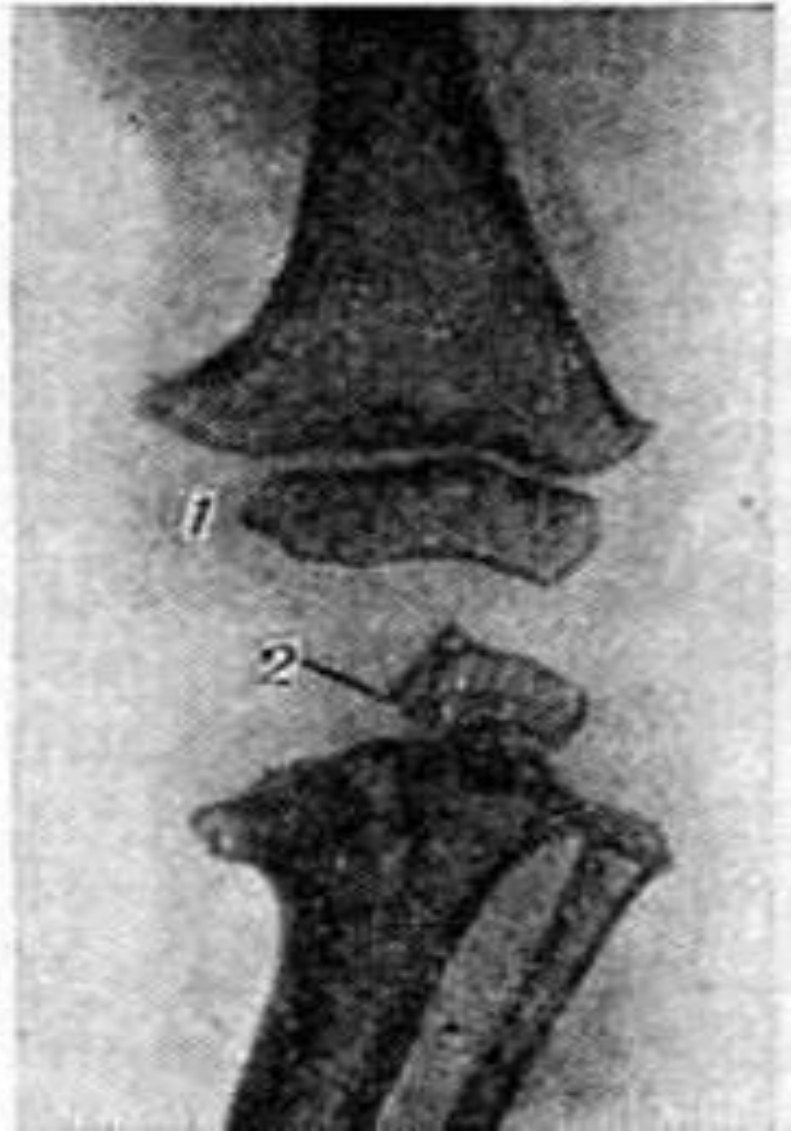
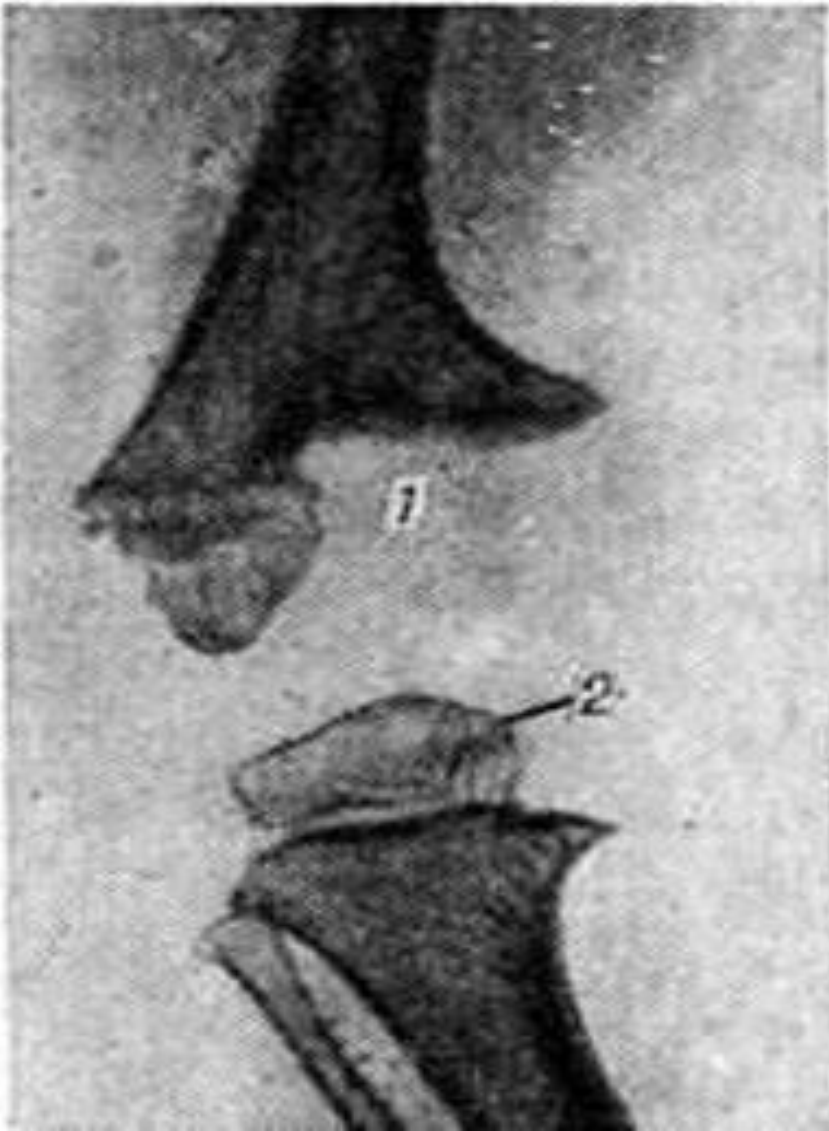
- АҚ төмендейді, тамыр ішілік қан ұю синдромы қосылуына байланысты, перифериялық қан ағымының кедергісі жоғарылайды, бұл жағдай жүректің кіші қан айналым көлемінің азаюына әкеледі. Тамыр ішілік қан ұю синдромы, теріде гемолитикалық анемия түрінде болады.
- Іріңді метастазға ең жиі ұшырайтын ағза_өкпе. 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:

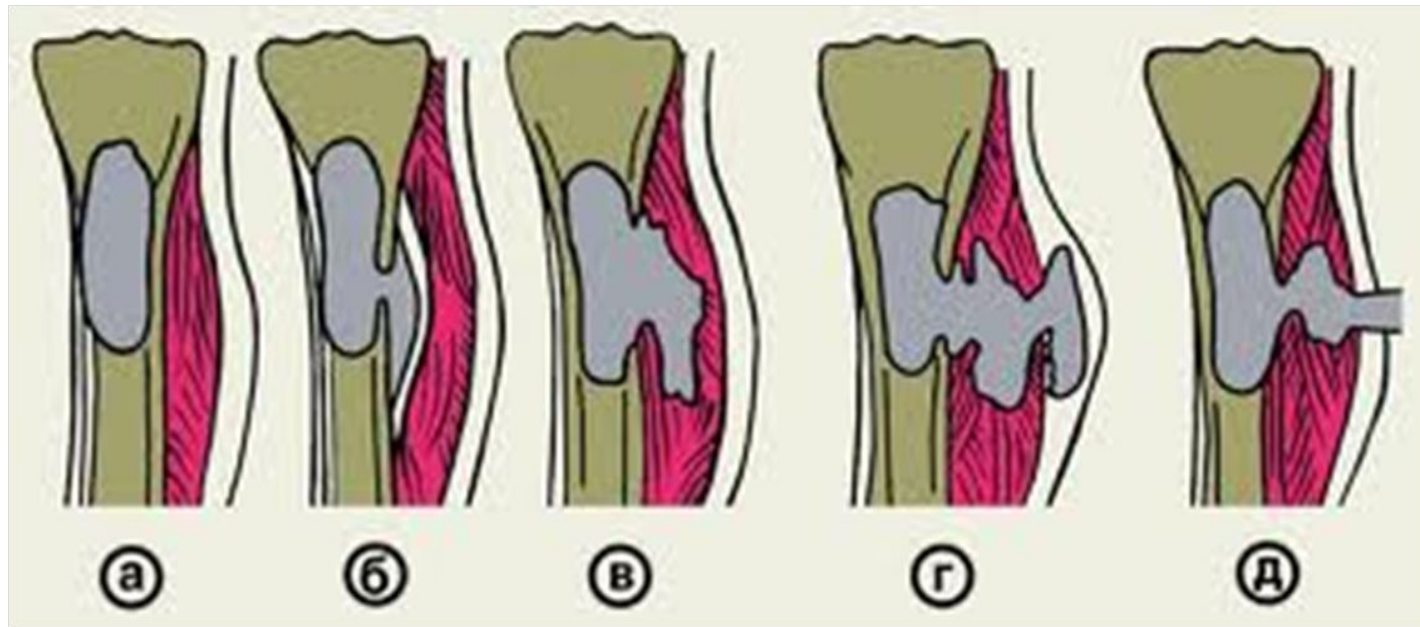
- Остеомиелитті келесі топтарға жіктейді:
- **I. Этиологиясы бойынша:**
 - 1) спецификалық емес;
 - 2) спецификалық остеомиелиттер.
- **II. Инфекция түсу жолдарымен:**
 - 1) Гематогенді;
 - 2) Гематогенді емес: а) жарақат арқылы; б) оқ – дәрі арқылы; в) жұғысу арқылы.
- **III. Клиникалық ағымы бойынша:**
 - 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-эктастық 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 кезеңді 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 – іріңді экссудатты түзу сатысына ауысады. Бұл процесс метаэпифиз аймағына таралып, іріңді артрит дамуымен жұмсақ тіндердің флегмонасымен асқынады. Қабыну процесінің таралуынан сепсис дамуы мүмкін.

Клиникалық көрінісі

- **Жергілікті процесс** кезінде баланың жалпы жағдайы бұзылмайды. Жергілікті зақымдалу симптомы: 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 іріңді 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 іріңді 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.

Сүйек буын туберкулезі

Жоспары:

I.Кіріспе

- ❖ Анықтамасы.
- ❖ Локализациясы

II.Негізгі бөлімі

- ❖ Сүйек-буын туберкулезінің патогенезі.Этаптары
- ❖ Сүйек-буын туберкулезінің клиникалық көріністері, диагностикасы, емі мен алдын-алуы.

III. Қорытынды

- ❖ Қолданылған әдебиеттер.

Сүйек-буын туберкулезі

Сүйек-буын туберкулезі дегеніміз- бұл сүйек және буынның барлық бөлімдерінің спецификалық қабынуын айтамыз.



Патогенезі және патологиялық анатомиясы

ТМБ алғашқы рет жүкқанда инфекция лимфогематогенді жолымен таралады. Сонымен қатар жазылған туберкулез ошақтарының асқынуы кезінде гематогенді жолмен инфекцияның кеш жайылуы нәтижесінде сүйек және буын туберкулезі дамиды.

Сүйек-буын туберкулезінің дамуы 4 сатыға ажыратылады

- ❖ I саты артрит, спондилит алдындағы сатысы деп аталады, бұнде туберкулез ошағы қалыптасады, сүйек тіні өзгермейді
- ❖ II-III сатылары артрит, спондилит фазалырының басталған және мейлінше өршіген кезі ; туберкулез үрдісі синовиальды қабыққа , буынның сүйекті беткейіне , көрші жатқан омыртқаларға жайылады.
- ❖ IV сатысында-артрит соңындағы (артриттен кейінгі) спондилит, соңындағы (спондилиттен кейінгі)-туберкулез өршуінің бәсеңдеп, тұрақталуы (стабилизация), скелеттің пішінінде елеулі өзгерістер(деформациялары) анықталады.

СҮЙЕК ТУБЕРКУЛЕЗІ ДАМУЫНА БЕЙІМДЕУШІ ФАКТОРЛАР

- ¹ **Жарақаттар**
- ² **Тірек қимыл жүйесіне түсетін жүктемелер**
- ³ **Суықтау**
- ⁴ **Қайталамалы инфекциялық аурулар**
- ⁵ **Еңбек пен тұрмыстық қолайсыз жағдайлар**

Локализациясы

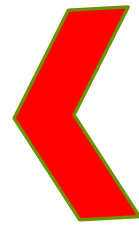
- Сүйек-буын туберкулезі көбінесе омыртқада орналасады, сирек жағдайда сан-жамбас буынында және тізе буынында, өте сирек шынтақ және иық, табан сүйек, саусақ және басқа сүйектерде орналасды.



Клиника

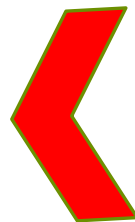
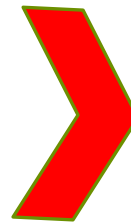


- Интоксикация
- Салмағының төмендеуі
- ұйқының бұзылысы,
- тәбеттің төмендеуі,
- дене температурасының жоғарылауы
- арқа бұлшықеттерінің немесе буындарда ауру сезімі
- шаршағыштық,
- бұлшықеттерінің тартылуы



СПОНДИЛ
ИТ

ГОНИ
Т



КОКСИТ



Омыртқа туберкулезі(спондилит)



Спондилит сүйек буын туберкулезінің 40% — құрайды. Омыртқа туберкулезімен көбінесе жас балалар ауырады. 2, 4 — кеуде омыртқалары жиі зақымдалады. Қабыну кезеңдері **СПОНДИЛИТ АЛДЫ**, СПОНДИЛИТТІК ЖӘНЕ **СПОНДИЛИТТЕН КЕЙІНГІ** деп бөлінеді

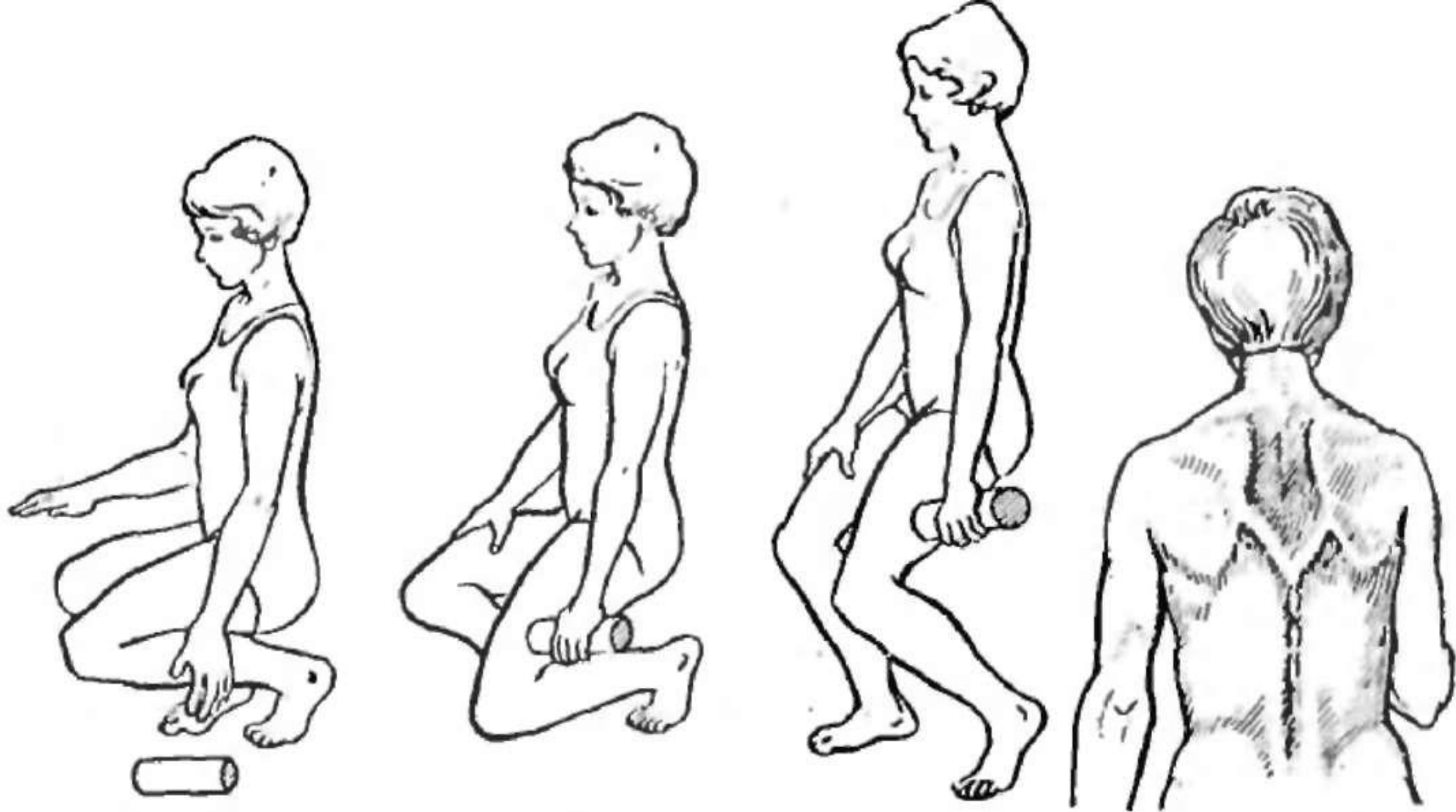
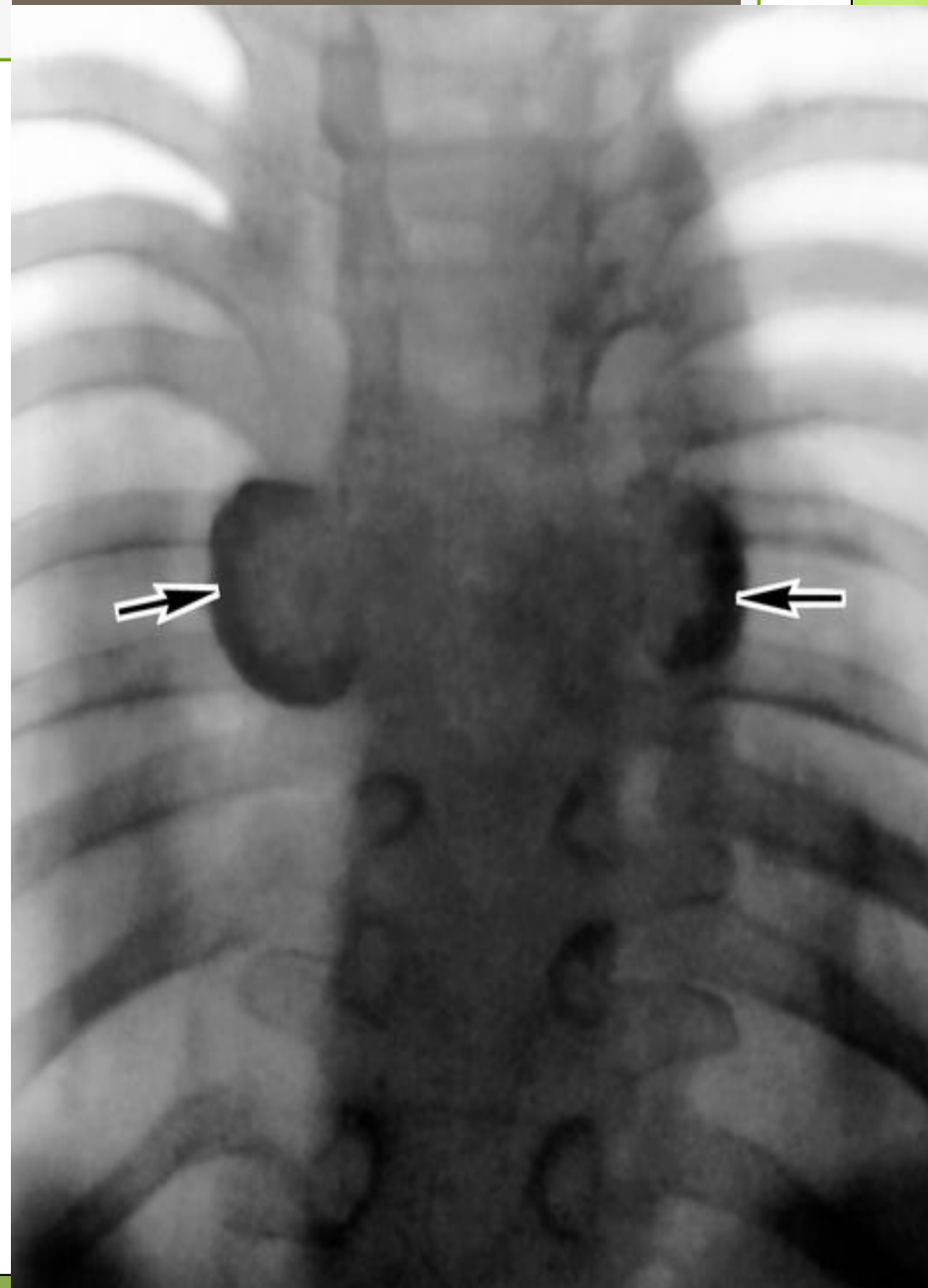


Рис. 167. Признак поражения туберкулезным процессом пояснично-грудного отдела позвоночного столба: при поднимании предмета с пола больной не наклоняется, а приседает.

Рис. 168. Симптом «вожжей» Корисва — гипертонизированные мышцы спины, фиксирующие позвоночный столб при туберкулезном спондилите.

- ❖ Туберкулез қоздырушы таяқша омыртқаға, әдетте, қан ағымымен (гематогендік жол) жетеді. Бұл жағдайда науқастың кеуде омыртқасында, мерез болған спондилитте – мойын омыртқада, ал Бехтерев ауруынан болған спондилитте – бел омыртқада өзгеріс болады.

- ❖ Аурудың қай түрі болса да баяу дамиды.

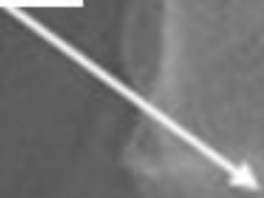




Жамбас сүйегінің туберкулезі (Коксит)

- Коксит сүйек-буын туберкулезінің 20%- қамтиды.
- 3-7 жасар балаларда жиі кездеседі.
- Туберкулезді интоксикация салдарынан бала әлсіреп, тез шаршайды, жамбас буынындағы ауырсыну тізеге де тарайды. Науқас ауырған аяқты жартылай бүгіп, салмақ түсірмеуге тырысады.
- Рентгенографияда ортан жіліктің басында остеопороз, деструкция, буын саңылауның тарылуы көрінеді.

нормальная
суставная
щель



бедренная
кость

костные
"шпоры"



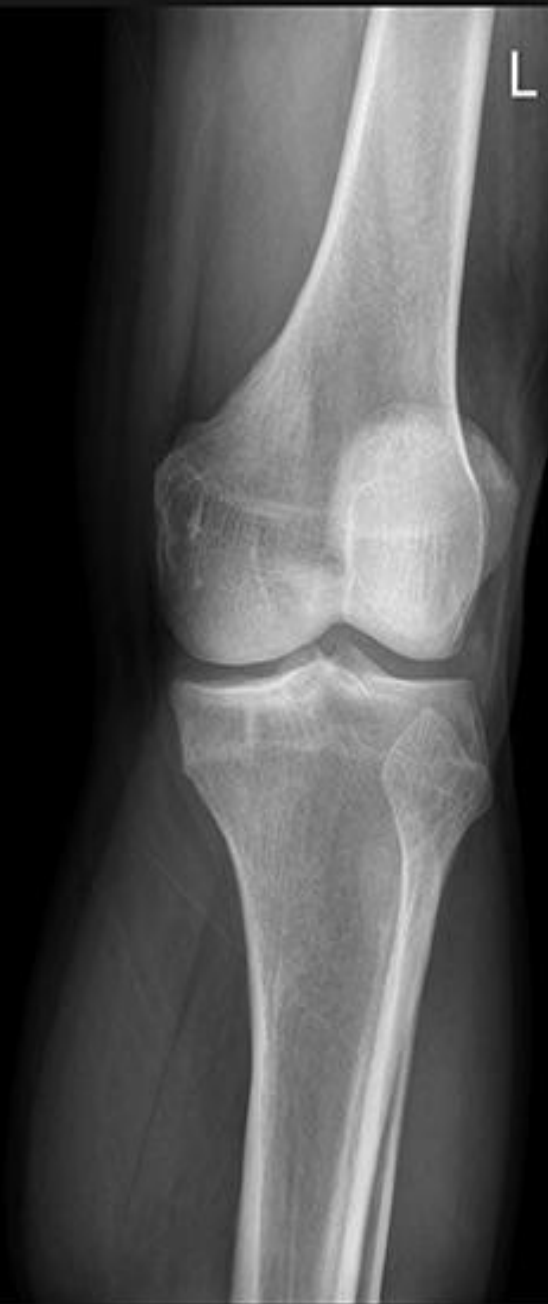
сужение
суставной
щели



Тізе туберкулезі(Гонит)

- ▣ **Туберкулезді гонит** сүйек-буын туберкулезінің 15-20%- кездеседі.
- ▣ Клиникасы туберкулезді кокситке ұқсас келеді. Айырмашылығы тізе буынының ісігі айқын көрінеді және буын пішіні ұршық тәріздес болып келеді, бетіндегі тері жабындысы ісікпен кернелгендіктен бозарады. Бұл белгіні ақ ісік деп атайды (tumor alba).





Симптом Александра

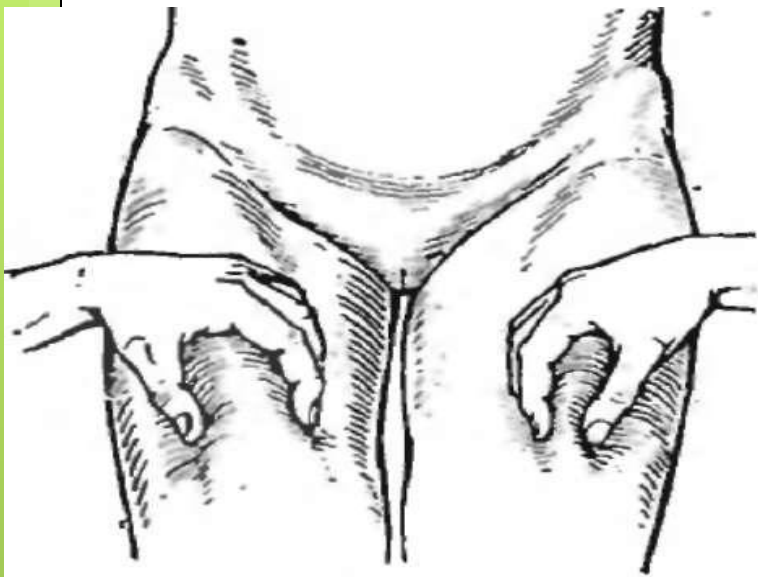


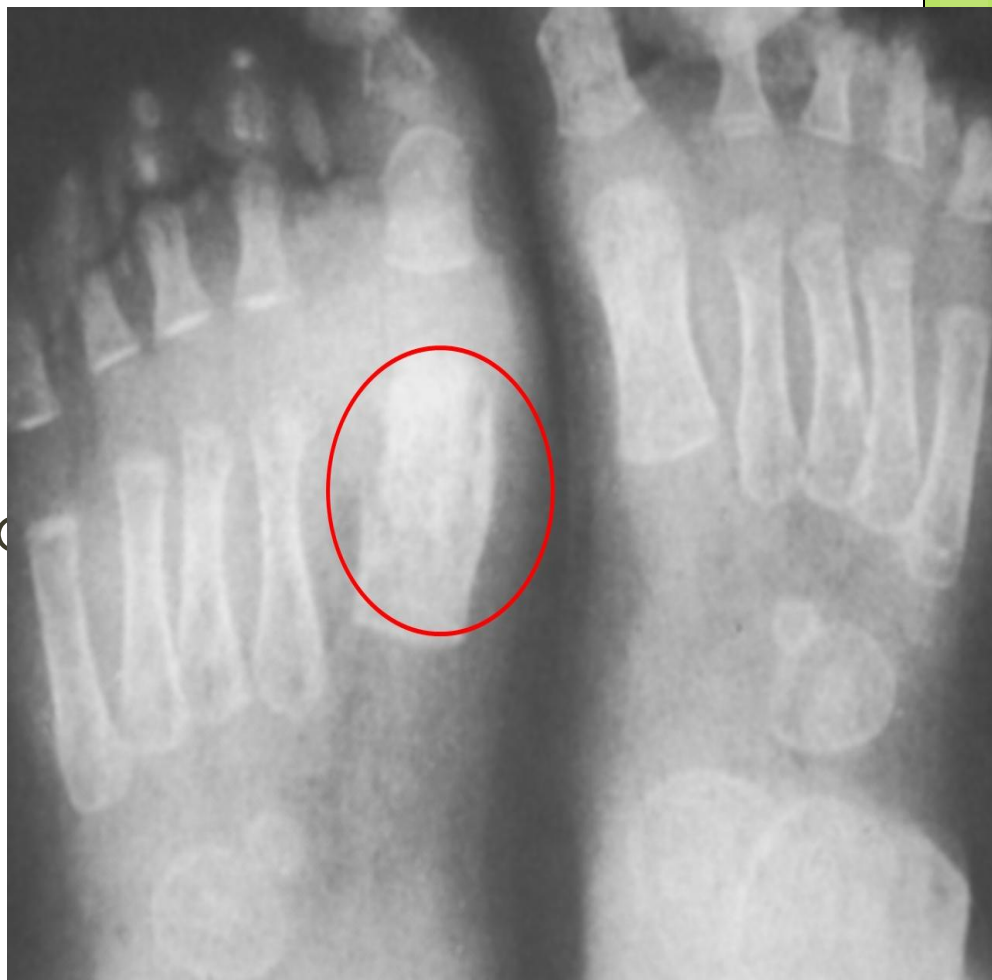
Рис. 164. Симптом Александра (утолщение кожной складки) положительный справа.

- Зақымдалған сан аймағының тері қатпарлары сау тінге қарағанда қалыңдау



Аяқ-қол саусақтары фалангаларының туберкулезі

- Жас өспірім балаларда кездеседі.
- Саусақ ісінеді, ауырады, терісі қызарады.
- Рентген зерттеуде остепороз және фаланга сүйектерінің перисталды қабаты қалыңдайды.





Диафизарлы туберкулез, 2 жас

Көптеген қол фалангаларының зақымдалулары. Қолдың III және IV саусақтарының зақымдалуы . Саусақтардың жұмсақ тінінің көлемі ұлғайған.



Диафизарлы туберкулез, 2 жас 2 ай

Қолдың III саусағының зақымдалуы. Саусақтардың жұмсақ тінінің көлемі ұлғайған.

Шынтақ буынының туберкулезі (оленит)

- Сүйек буын туберкулезі арасында 2,3—2,6% жағдайда кездеседі.
- Оленит 20 жасқа дейінгі адамдарда кездеседі.
- Шынтақ буынының туберкулезінің пайда болуы қолдағы әлсіздік, бүгілудің шектелуі, буындардың ісінуі, бұлшықеттердің атрофиялануымен байланысты.





▣ Туберкулездің бұл түрінде диструкция ошағы иық сүйегі мен шынтақ сүйегінде кездеседі. Созылмалы ағымында казеозды некроз ошақтары сүйек атрофиясы және остеопарозбен көрінеді.

Иық сүйегінің туберкулезі



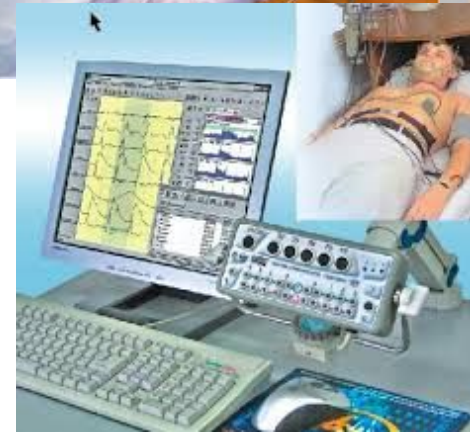
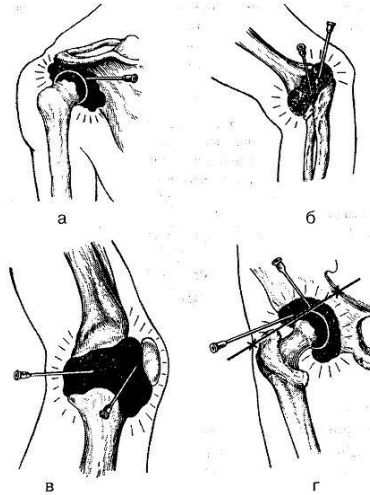
- Протекает обычно в виде т. н. «сухой костоеды», которая характеризуется склерозированием суставной капсулы, образованием узураций в местах ее прикрепления к кости и уменьшением объема полости сустава. Дифференциальная диагностика туберкулеза плечевого сустава проводится с гнойным артритом, остеомиелитом, опухолями – первичными и метастазами, ревматоидным артритом, асептическим некрозом головки плечевой кости.

ДИАГНОСТИКА

Сүйек-буын туберкулезін диагностикалау қиын, әсіресе аурудың ерте кезеңінде.

- КЛИНИКАЛЫҚ,
- рентгенологиялық,
- лабораторлы.
- анамнез.
- Туберкулинодиагностика.
- Артрография и артроскопи
- Термография.
- Реография.

Радионуклеидті зерттеу



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.

Пайданылған әдебиеттер

- 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.



**НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ**

