



кафедра: Травматология ,ортопедия және ӘХД

Тақырыбы: Гематогенді остеомиелит

тексерген: м
орындаға
курс: 4
тобы: 09-06-2

2012-2013жыл

Жоспары

I Кіріспе

II Негізгі бөлім

1 Остеомиелит этиологиясы, патогенезі

2 Клиникалық көрінісі

3 Диагностикасы

4 Клиникалық көрінісі

5 Емі

6 Асқынуы

III Қорытынды

- **Остеомиелит** (от грек сөзінен: **osteo, osteon** - «сүйек»; **myelo** - «ми»; **-itis** - «қабыну») — бактериямен немесе микобактериялармен шақырылатын сүйекте немесе сүйек мүйында және оны қоршап жатқан жұмсақ тіндердің іріңді-некротикалық процесі.

Бұл ауру созылмалы болғанда сүйек беріштеніп , пішіні өзгереді. Остеомиелит қандану ерекшелігіне байланысты сирақ, сан, иық сүйегі, омыртқа, жоғарғы және төменгі жақ

Өту жолдары

- ❖ *қан арқылы (гематогенді остеомиелит)*
- ❖ *қабыну ошағы арқылы*
- ❖ *жарақат арқылы, яторогенді себептер арқылы (сынықтарды емдеу, тіс каналын*



ҚС
ОД



Сүйек тіні микроорганизмдермен зақымдалған

 **Потогенезі**

зақымдалған ошаққа лейкоциттер миграцияланады



сүйекті бұзатын литикалық ферменттер бөледі



қан тамырлары арқылы тараған ірің сүйектің секвестрлануына алып келеді және сол жерде созылмалы инфекцияға алып келетін база қалыптасады.

Бұл уақытта организм некроздалған аймақ жанына жаңа сүйек қалыптастыруға тырысады. Пайда болған жаңа сүйекті әрдайым жабынды деп атайды. Мұндай ерекшеліктер гистологиялық зерттеу кезінде жедел немесе созылмалы остеомиелит екенін ажыратуда көмектеседі

Клиникалық белгілері

Клиникалық көрінісі қоздырғыштың түрі мен вируленттілігіне және науқастың жасы мен процестің басталу уақытына байланысты. Жедел гемоторгенді остеомиелит жиі балалар арасында кездеседі. Ең жиі зақымдалу ошағы — ұзын түтікті сүйектер қосымды



Жедел гемотогенді 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 таксикоз басталады, менингиальды симптомдар мен естің жоғалуы, қалтырау, таралған аденамия және АҚ критикалық төмендейді де жүрек-қан тамыр жетіспеушілігі дамиды.

Диагностикасы

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

Рентгенологиялық көрінісі

Патологиялық өзгерістер	Рентгенологиялық көрінісі
Қан тамырлардың обструкциясы мен ісік	Жұмсақ тіндерді ісіктері мен кортурларының өзгеруі
Медулярлы аймақтағы инфекция гиперемияланған, ісінген, абсцестелген және трабекулярлы өзгерген	Остеопороз, деструкцияланған ошақтар
Субпериостальды абцесс	Периостит
Шекараланған кортикальды және медулярлы абцестер	Бірнешеу немесе көптеген склерозданған қабаттар
Метафиз қан тамырының тромбозы, сүйекастындағы қан тамырларының бұзылыстары, кортикальды некроз	Секвестрация
Қабыну ошағының ішкі миграциясы	Жыланкөздер

•Рентгендік белгілері басқа остеомиелит түрлеріне қарағанда ертерек анықалады. Жалпы зақымдану кезінде жиі патологиялық сынықтармен буын шығулары болады. Жиі бірнеше жыланкөздер қосылып жұқтыру өзегін түзеді. Жұмсақ тіндерде зақымдануларда қабыну болады, ремиссия кезеңінде азаяды. Ары қарай анкилоз бен сүйектердің қысқарулары, ұзаруы немесе қисаюы болады.



Ем



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

Жалпы ем

- Антибиотикатерапия (бұшықетке цефалосп 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

Остеомиелит — сүйекті сүйек миымен бірге толықтай зақымдайтын инфекциялық процесс. Бұл процесс созылмалы түріне асқынған кезінде сүйек склерозына және сүйек деформациясына әкелуі мүмкін. Бұл ауруды болдырмау біздің қолымызда! Деніміздің сау болуына баршамыз ат салысайық!

Қолданылған әдебиеттер

- Интернет сайттары
- Патофизиология
- "Денсаулық" журналы
- Медициналық оқулықтар
- **-Травмалогия и ортопедия ,Г.С. Юмашева, Москва 1990г**
- Қ.Ғ.Сапарова Травматология және ортопедия