

12-20-2019

## CLINICAL FEATURES AND TREATMENT COXITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

B.X. Hamidov

*Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan., ndm2@mail.ru*

E.G. Butovchenko

*Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan.*

A.A. Kurbonov

*Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan.*

S.SH. Yakhshimuratov

*Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan.*

Follow this and additional works at: <https://uzjournals.edu.uz/pediatrics>

---

### Recommended Citation

Hamidov, B.X.; Butovchenko, E.G.; Kurbonov, A.A.; and Yakhshimuratov, S.SH. (2019) "CLINICAL FEATURES AND TREATMENT COXITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS," *Central Asian Journal of Pediatrics*: Vol. 2 : Iss. 4 , Article 2.

Available at: <https://uzjournals.edu.uz/pediatrics/vol2/iss4/2>

This Article is brought to you for free and open access by 2030 Uzbekistan Research Online. It has been accepted for inclusion in Central Asian Journal of Pediatrics by an authorized editor of 2030 Uzbekistan Research Online. For more information, please contact [sh.erkinov@edu.uz](mailto:sh.erkinov@edu.uz).

---

## CLINICAL FEATURES AND TREATMENT COXITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

### Cover Page Footnote

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan.

ХАМИДОВ Б.Х., БУТОВЧЕНКО Е.Г., КУРБОНОВ А.А., ЯХШИМУРАТОВ С.Ш.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ КОКСИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Цель исследования.** Изучить клинические особенности течения и лечения коксита у детей и подростков.

**Материалы и методы.** Проведен анализ историй болезни у 88 детей и подростков (в возрасте от 1-18 лет), лечившихся в отделении гнойной хирургии ГКХДБ №2, в течение 2006-2016 гг. по поводу коксита тазобедренного сустава. В работе использованы методы обследования: клинические, рентгенологические, УЗИ, МРТ, лабораторно-биохимические, ревмопробы.

**Результаты.** По сравнению с предыдущими годами, в настоящее время, удельный вес осложнений у детей, поступающих в клинику с острыми и подострыми формами увеличился. Осложненное течение инфекционно-воспалительного процесса развивается в результате проникновения в полость сустава патогенной микрофлоры (у 93,4%). При своевременно начатой рациональной противовоспалительной, антибактериальной терапии клинический эффект достигается у 98,8% детей и подростков.

Коксит является тяжелым заболеванием тазобедренного сустава, сопровождающийся интоксикацией всего организма и нарушением функции сустава вплоть до его тугоподвижности [1,2]. В зависимости от пути проникновения микроорганизмов, инфекционный коксит тазобедренного сустава может быть первичным и вторичным. Первичный инфекционный развивается при повреждениях сустава: травмах, пункциях, введении в полость сустава лекарственных препаратов, оперативных вмешательствах на суставе. Вторичный коксит возникает вследствие проникновения в полость сустава патогенной микрофлоры гематогенным и лимфогенным путем из отдаленных очагов воспаления различной локализации (тонзиллит, отит, пиелонефрит, парапроктит, абсцесс, фурункул, гайморит, карбункул, лимфаденит) [1,3-5].

Возбудителем инфекционного коксита тазобедренного сустава чаще всего является наличие неспецифической микрофлоры — *Staphylococcus aureus*, *E.coli*, *Streptococcus spp.*, *Candida albicans*, *Enterobacter*, *Salmonella spp.*, реже специфической — *M.tuberculosis*, *Chlamydia trachomatis*. Наиболее тяжелые гнойные артриты вызываются гемолитическим стрептококком [1,3,6,8]. Поскольку полость тазобедренного сустава представляет собой герметичное пространство и выстлана изнутри синовиальной оболочкой с обширной капиллярной сетью, инфекция попадает в благоприятные условия и в короткие сроки распространяется на все структуры сустава [7].

Клиническое течение коксита у детей зависит от распространенности воспалительного процесса. Синовит-воспалительный очаг располагается только в синовиальной оболочке и образующийся экссудат может быть серозным, серозно-фибринозным или гнойным, которые не распространяются на другие структуры сустава. Панартрит — воспалительный процесс переходит на другие мягкотка-

ные структуры сустава. Остеоартрит — воспалительный процесс распространяется на внутрисуставной хрящ и эпифизы бедренной кости. На стадии синовита нет деструктивных изменений хряща и костных структур [8,9]. Именно эта форма инфекционного коксита, при своевременно начатом лечении, имеет наиболее благоприятный прогноз [9,10]. Отложения фибрина и рост грануляций на месте воспалительного процесса, приводит к формированию рубцов, развивается тугоподвижность сустава. Поэтому, при подозрении на развитие инфекционного коксита тазобедренного сустава, следует незамедлительно начинать комплекс лечебных мероприятий [5,7-9].

Характер воспалительных изменений в суставе может носить характер эмпиемы, капсульной флегмоны, гнойного остеоартрита, остеомиелита. Коксит сопровождается образованием гнойных затёков чаще, чем при заболеваниях других суставов. Затёки бывают: задние — под большую ягодичную мышцу, откуда гной может проникать в полость малого таза с развитием ретроперитонеальной флегмоны; передние — под четырёхглавую мышцу, и тогда образуются глубокие затёки. Они могут распространяться на бедро. Хотя частота возникновения подобных кокситов относительно невелика, они представляют серьезную проблему для результатов их лечения.

**Цель работы** — изучение клинических особенностей течения, данных инструментальных, лабораторных исследований и лечения коксита у детей и подростков.

### Материал и методы

Проанализированы истории болезни у 88 больных от 1 года до 18 лет, лечившихся в гнойном отделении ГКХДБ №2 в течение 2006 — 2016 гг. по поводу коксита тазобедренных суставов. Мальчиков было 57, девочек — 31. В результате комплексного обследования установлено, что у 85(96,6%) де-

тей процесс носил односторонний характер, слева — 27(31%), справа — 58(65%), у 3(3,4%) — двухсторонний коксит.

Лабораторная диагностика коксита включала определение в крови общих показателей воспалительного процесса (лейкоцитоз, сдвиг палочкоядерных лейкоцитов влево, лимфоцитоз, повышение СОЭ, наличие С-реактивного белка, повышение уровня фибриногена). Помимо этого обязательно проводилось исследование крови, взятой на пике «температуры, на стерильность» и содержание эндотоксинов. Для уточнения этиологии патологического процесса и подбора антибиотиков с учетом чувствительности микрофлоры проводили микробиологическое исследование полученной суставной жидкости. У 23 (26%) больных был обнаружен золотистый стафилококк, у 53 (60%) эпидермальный стафилококк, у 6 (7%) детей патологическая микрофлора не выявлена.

Из инструментальных методов диагностики использовали рентгенографию тазобедренного сустава, компьютерную и магнитно-резонансную томографию.

Рентгенологическое обследование позволяет определить расширение суставной щели с одной стороны. Компьютерная томография позволяла с большей точностью, чем рентгенография, оценить состояние костных структур тазобедренного сустава.

#### **Результаты и обсуждение**

Одним из первых симптомов была боль, усиливающаяся при движениях в тазобедренном суставе. Клиническая картина в значительной степени зависит от анатомических особенностей этой области — мощный слой мышц, покрывающий тазобедренный сустав, препятствует внешним проявлениям воспаления. Активные движения в тазобедренном суставе резко болезненны. Но, поскольку большинство больных после травмы или простудных заболеваний в области тазобедренного сустава принимали противовоспалительные и антибактериальные препараты, клинические проявления у многих из них носили стёртый, слабо выраженный характер; воспалительный процесс в суставе протекал вяло. В подобных случаях припухлость сустава была малозаметна. При пальпации определялось слабое или умеренное повышение местной температуры и незначительная болезненность. Для уточнения локализации болезненности, необходимо исследовать ребенка в горизонтальном положении. Одной рукой берут ребёнка за голень, а другой, в области коленного сустава, и осторожно сгибают конечность в коленном суставе, почти до прямого угла. Затем также осторожно начинают производить вращательные движения в тазобедренном суставе. При воспалении сустава движения вызывают боль.

У детей старшего возраста, при легких ударах по пятке, при полностью выпрямленной больной ноге, отмечали боли в тазобедренном суставе. Увеличение в объеме верхней трети бедра наблюдалось у 13 (15%) детей, поступивших на 8-10 день от начала заболевания. При пальпации область

тазобедренного сустава становится более теплой на ощупь по сравнению со здоровой стороной. Однако гиперемия кожи и флюктуация обычно не определяются.

Параллельно с местной реакцией отмечалась и общая реакция организма, выраженность которой зависела от количества бактериальных токсинов, от направления и глубины инфицирования, а также от сопротивляемости организма. Общее состояние больных расценивалось как средней тяжести или тяжелое из-за поздних сроков поступления. У 17 (19%) отмечены нарастающие симптомы интоксикации, в результате чего развивалась анемия и изменение состава белой крови.

Применялся консервативный метод лечения, предусматривающий пункцию с удалением экссудата и промывание полости сустава раствором антисептиков (фурацилина и 1% раствор диоксида) и введением антибиотиков. Лечение дополнялось постельным режимом, иммобилизацией нижней конечности гипсовой лонгетой, антибактериальной, противовоспалительной, иммуностимулирующей и инфузионной терапией.

Пункцию производили под местной анестезией (0,5% раствором новокаина) широкой иглой (0,8-1,1 мм) по передней и наружной поверхности. При скоплениях серозной жидкости в тазобедренном суставе мы использовали пункцию на ранних стадиях заболевания. У 63 больных применялся пункционный метод. Ежедневно, в течение 3 дней пункции проводились у 17 больных, у 46 больных — через день №5. После санации в полость сустава через иглу вводили антибиотики.

Результаты лечения прослежены в сроки от 1 до 8 месяцев у 68 из 88 детей и подростков. Средний срок возвращения подростков к прежнему уровню физической активности колебался от 20 дней до 2 месяцев.

Применение пункционных методов удаления выпота и промывание полости сустава через иглу антисептическими растворами, затем введение антибиотиков при лечении инфекционного артрита тазобедренного сустава позволило существенно сократить сроки лечения. Исчезновение болевого синдрома и возможность активных движений в тазобедренном суставе отмечались через 5-7-12 дни лечения.

#### **Выводы**

1. Рациональное консервативное лечение (пункция с промыванием полости сустава растворами антисептиков, противовоспалительная, антибактериальная и иммуностимулирующая, десенсибилизирующая терапия) способствует клиническому излечению на стационарном этапе у 98,8 % детей и подростков.

2. Коксит тазобедренного сустава представляет собой хирургическое заболевание, требующее экстренного начала диагностических и лечебных мероприятий.

3. Применение пункции при инфекционном коксите тазобедренного сустава позволяет существенно сократить сроки лечения больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А., Рoshаль Л.М. Гнойная хирургия у детей: Руководство для врачей. Медицина, 1991.
2. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия: Руководства для врачей. Медицина, 1996.
3. Исаков Ю.Ф., Лолухин Ю.М., Степанов Э.А. и др. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Медицина, 1977.
4. Косинец А.А., Стручков Ю.В. Инфекция в хирургии: Руководство. Витебск, 2004.
5. Стручков В.И., Гостищев В.К., Стручков Ю.В. Хирургическая инфекция: Руководство для врачей. 2-е изд. Медицина, 1991: 295-301.
6. Bettin D., Schul B., Schweriny L. Diagnosis and treatment of joint infections in elderly patents. ActaOrthop. Belg. 1998; 14: 131-135.
7. Brulhart K.B., Kossmann T. Infection of the shoulder joint. Etiology, diagnosis and therapy. Schweiz.Med.Wschr. 1993; 123: 1951-1957.
8. Esterai J., Gelb I. Acute septic arthritis. Orthop. Clin. North Am. 1991; 22: 503-514.
9. Smith J.W. Infections arthritis. Infect. Dis. Clin. North Am. 1990; 4: 523-538.
10. Ziebuhr W. Staphylococcus aureus and Staphylococcus epidermidis; emerging pathogens in nosocomial infections. Centrib, Microbiol. 2001; 8: 102-107.

*Хамидов Б.Х., Бутовченко Е.Г., Курбонов А.А., Яхшимуратов С.Ш.*

**БОЛАЛАРДА ВА ЎСМИРЛАРДА КОКСИТНИНГ ЎЗИГА ХОС  
КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШ**

**Калит сўзлар:** синовит, панартрит, остеоартрит, коксит, эпифиз, фибрин, артрит, пункция, С — реактив оқсил.

Сўнги 10 йил давомида шаҳар 2-сон болалар жарроҳлик клиник шифохонасининг йирингли бўлимида даволанган 88 та бемор болалар ва ўсмирларнинг касаллик тарихини ўрганиш асосида охириги йилларда бўғимлардаги ўткир ва нимўткир шаклдаги яллиғлиниш асоратлари ортиб бориши кузатилган. Болаларда бўғим бўшлиғига инфекция 93,4% қон ва лимфа орқали, 6,6% шикаст жароҳатлар орқали тушган. Ўз вақтида рационал консерватив муолажалар (пункция орқали бўғим бўшлиғини антисептик эритмалар билан ювиш, антибиотикларни юбориш, десенсибилизация қилиш, яллиғлинишга қарши, иммуностимуляторлар) даволаш жараёнини 98,8% ҳолатда клиник соғайишга олиб келди.

*Hamidov B.X., Butovchenko E.G., Kurbonov A.A., Yakhshimuratov S.SH.*

**CLINICAL FEATURES AND TREATMENT COXITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS**

**Key words:** Synovitis, panarthrit, osteoarthritis, coxitis, epiphysis, fibrin, arthritis, puncture, C-reactive protein. The analysis of history cases for 88 patients (children and adolescents) were treated at city department of purulent surgery at clinical surgical pediatrics hospital CCCSPH №2, from 2006 to 2016. Rational conservative treatment (puncture with washing articulation cavities with antiseptic solutions; anti-inflammatory, antibacterial, immunostimulating, desensitizing therapy) promotes to clinical cure on hospital stage at 98,8% children and teenagers.

The complicated course of inflammatory processis developed at the result of penetrating pathogenic microflora, infections in articulation through hematogenic and lymphagenic ways in 93,4% patiens and also through all kinds of traumas in 6,6% cases.