

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ КОКСИТОВ

Хвисиук А.Н., Черепов, Д.В., Власова А.И., Ковалев С.И., Бабалян В.А.,

Гурбанова Т.С., Кальченко А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Харьковская городская клиническая многопрофильная больница №17 Украина, Харьков

Широкое распространение инъекционной наркомании, снижение толерантности к инфекционным агентам привело к учащению случаев гнойных кокситов у лиц трудоспособного возраста. Считается, что гнойные кокситы относятся к первично-костной группе артритов и соответственно инфекция попадает гематогенным путем в костную ткань с последующим обсеменением синовиальной оболочки. Однако инъекции в нестерильных условиях в паховую область могут способствовать развитию артрита в виде первичносиновиальной формы.

Цель: выработать оптимальную тактику лечения пациентов с неспецифическим гнойным кокситом.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находилось 7 пациентов, пятеро (все лица мужского пола) имели эпизоды инъекций в паховую область, средний возраст составил 32 года, у трех пациентов период между развитием артрита и последней инъекцией в паховую область составлял более 4 лет у одного пациента ремиссия наркомании была 1 год, один пациент продолжал инъекции в тайне от медицинского персонала в период пребывания в стационаре!. У одного пациента (53 года) гнойный коксит развился на фоне нагноившейся забрюшинной гематомы и остеомиелита подвздошной кости. Одна пациентка женского пола проходила лечение по поводу бесплодия и коксит развился через 20 дней после гидротубации.

Все пациенты находились на лечении в Харьковской городской клинической многопрофильной больнице №17. Пациенты госпитализировались в зависимости от тяжести в отделение гнойно-хирургическое, токсикологическое или травматологическое отделение. Диагноз устанавливался на основании клинической картины: приводящая, сгибательная контрактура тазобедренного сустава, выраженный болевой синдром, симптомы интоксикации. Данных рентгенологического, сонографического, томографического обследования; иммунологических тестов для исключения специфического характера воспаления. Бактериологического обследования крови и суставной жидкости.

Тактика лечения в остром периоде предполагала адекватную хирургическую санацию очага воспаления, комплексную пролонгированную антибактериальную терапию до 4 мес, гравитационные методы дезинтоксикации. У всех пациентов достигнуто купирование воспалительного процесса, что подтверждалось мониторингом количественного содержания С-реактивного белка на протяжении 1 года с момента хирургической санации. Во всех случаях выполняли резекционную артропластику по Гирдлестону с полным удалением некротизированных тканей и созданием плотного контакта между шейкой бедра и крышей вертлужной впадины с последующим созданием опорного неоартроза. Данная методика позволяла в максимальной степени сохранить длину конечности и предотвращало формирование мертвого пространства. Операция завершалась установкой активного дренирования и промыванием растворами антисептиков (Декасан, Диоксидин) в течение 5-7 дней. Цементные спейсеры не применяли.

Пятеро пациентов были эндопротезированны в сроках от 10 до 15 месяцев с момента санацирующей операции. Устанавливались бесцементные эндопротезы с парой трения керамика-керамика, как наиболее биологически инертные системы. Через 6 месяцев после эндопротезирования функциональный результат составил 80-90 баллов по W.H. Harris 1969г.

Выводы:

1 Тактика лечения неспецифических гнойных кокситов предполагает комплексное воздействия на очаг воспаления системными антибиотиками, методами гравитационной дезинтоксикации и первичного адекватного хирургического санирования

2. Количественное определение С-реактивного белка позволяет объективизировать купирование воспалительного процесса.

3. Успех лечения возможен только при тщательной координации действий травматологов, токсикологов и реаниматологов, а также адекватном контакте с пациентом.

Реферат: проанализированы результаты лечения 7 пациентов с верифицированным неспецифическим гнойным кокситом, проводилась двухэтапное лечение согласно предложенной методики состоящей из санации очага воспаления и последующего тотального эндопротезирования. Достигнут функциональный результат составил 80-90 баллов по W.H. Harris

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ГНІЙНИХ КОКСИТІВ

**Хвисьюк О.М., Черепов Д.В., Власова А.І., Ковальов С.І., Бабалян В.О.,
Гурбанова Т.С., Кальченко А.В.**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Харківська міська клінічна багатопрофільна лікарня №17, Харків, Україна

Реферат: проаналізовані результати лікування 7 хворих з верифікованим неспецифічним гнійним кокситом, проводили двухступеневе лікування згідно запропонованої методики яка складалося з санації вогнища запалення та наступного тотального ендопротезування. Досягнуто результату у 80-90 балів за шкалою W.H. Harris

CLINICAL MANAGEMENT OF NON-SPECIFIC PURULENT KOKSITIS

**Khvisyuk A.M., Cherepov D.V., Vlasova A.I., S.I.Kovalyov, V.A.Babalyan, T.S.Gurbanova,
A.V.Kalchenko**

Kharkiv Medical academy of postgraduate education

Karkiv clinical multifactorial department №17, Kharkiv, Ukraine,

Abstract: Results of treatment of 7 patients with established non-specific purulent hip inflammation (koksitis), conducted a two-stage treatment method according to the prepositional phrase consisting of a rehabilitation focus of inflammation and subsequent total hip replacement. Functional result was achieved 80-90 scores by W.H. Harris