

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО И ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВОВ

Филиппенко В.А., Мезенцев В.А., Краснобай В.В.

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины», г. Харьков

Цель работы: выбор оптимальной тактики выявления и комплексного лечения инфекционных осложнений после эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения больных с септической нестабильностью эндопротезов коленного и тазобедренного суставов.

Критериями диагностики инфекционного осложнения являлись:

1) клинические симптомы – повышение общей и локальной температуры, возникновение или усиление боли, нарушение функции оперированного сустава, появление локальной гиперемии, образование свища;

2) данные лабораторных исследований – выявление микроорганизмов по данным микробиологического исследования содержимого в области имплантата, CRP-реакция показателя СОЭ.

Использовалась известная клиническая классификация Coventry-FitzgeraldTsukayama, согласно которой выделяют 4 типа парапротезной инфекции – глубокую раннюю и позднюю инфекции, гематогенную инфекцию и бессимптомную контаминацию поверхности эндопротеза. После удаления эндопротеза с целью восполнения объема ткани в области поражённого сустава устанавливали временный металлоцементный спейсер, изготавливавшийся непосредственно в операционной. В некоторых случаях выполнялась операция Гирдлестоуна. В послеоперационном периоде проводилась длительная антибиотикотерапия.

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях выявления нестабильности эндопротеза показаны пункция и последующее бактериальное исследование содержимого полости сустава. При I типе инфекции (ранняя глубокая – до 1 месяца после эндопротезирования) – ревизия с некрэктомией, желательной заменой полиэтиленового вкладыша и сохранением компонентов эндопротеза. При II и III типах (развиваются в сроки от 1 месяца до 1 года после операции) – ревизия с некрэктомией и обязательным удалением эндопротеза. При выявлении бессимптомной контаминации поверхности эндопротеза – попытка консервативного лечения – супрессивная парентеральная антибиотикотерапия в течение шести недель, при отсутствии успеха – удаление эндопротеза. Установка цементного спейсера позволяет быстрее заживить рану (отсутствует полость больших размеров, создаётся депо антибиотика), сохранить суставную щель и возможность ревизионного эндопротезирования в случаях с септической нестабильностью коленного сустава, предотвратить проксимальную дислокацию бедренной кости и облегчить реэндопротезирование тазобедренного сустава. Возможными осложнениями являются перелом цементного спейсера, его вывих. Обязательной является длительная антибиотикотерапия – от 2 до 6 месяцев. Первые 2-4 недели после операции показан парентеральный путь введения антибиотика (в соответствии с имеющимися антибиотикограммами, причём желательно сочетать два антибиотика из разных фармакологических групп), в дальнейшем – пероральное использование цефалоспоринов и/или рифампицина. Группа наблюдения составила 15 больных (5 коленных и 10 тазобедренных суставов), имели место переломы спейсера (3 случая), подвывих спейсера тазобедренного сустава (1 пациентка), однако контроль над инфекцией достигнут у всех больных, что позволило провести реэндопротезирование поражённых суставов.

Выводы. Критериями успешного лечения инфекции после эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов являются максимально радикальное и наиболее

раннее хирургическое очищение раны, удаление из очага инфекции всех составных частей эндопротеза (в особенности полиэтилена и костного цемента), создание депо антибиотика в виде цементного спейсера, адекватная по патогномоничности и продолжительности антибиотикотерапия.