

# СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ В ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ

## Грицай М.П.

Державна установа «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ

При будь-якому хірургічному втручанні існує певна вірогідність виникнення інфекційних ускладнень. Досить суттєвою (1-3%) така вірогідність є при оперативному лікуванні ортопедо-травматологічної патології, що в першу чергу зумовлено застосуванням при цьому масивних імплантатів-фіксаторів, ендопротезів та пластичних матеріалів, а також відносно поганим кровопостачанням кісток, особливо при їх пошкодженні чи захворюванні. Окрім вищезазначеного, де хірург мало що може змінити, є ціла низка суттєвих факторів, ігнорування якими лікар створює ятрогенні передумови виникнення інфекційних ускладнень.

Беззаперечно, що найсуттєвішою проблемою кістково-гнійної хірургії є гнійно-некротичні ускладнення після метало остеосинтезу (МОС). Одразу слід сказати, що не має жодного фіксатора (внутрішньокісткового, накісткового чи черезкісткового), який би не давав певних ускладнень. Однак важливо підкреслити, що найбільш тяжкими, обширними гнійнонекротичні процеси бувають при остеосинтезі пластинками. При аналізі причин виникнення гнійних ускладнень в переважній більшості випадків присутні одне або кілька НЕ Т...: тобто було зроблено НЕ ТАК (порушення технології лікування, травматична техніка операції), НЕ ТИМ (фіксатором, руками, ...), НЕ ТУДИ (технічні огріхи), НЕ ТОДІ (час виконання МОС, термін видалення фіксатора, неадекватність навантаження на оперовану кінцівку, ...).

Суттєва роль в розвитку гнійно-некротичних ускладнень та функціональних порушень кінцівки належить недіагностованому чи неадекватно лікованому місцевому гіпертензійношемічному синдрому.

Набирає обертів проблема сьогодення – гнійні ускладнення після ендопротезування крупних суглобів. Власні спостереження свідчать про недостатнє обстеження багатьох хворих-претендентів на ендопротезування (чи остеосинтез); часто не виявляють або просто нехтують наявними протипоказами до цієї операції у конкретного хворого в даний час. Ліквідувати гнійний процес у більшості випадків без видалення ендопротезу неможливо. Хворий же не розуміє цієї великої драми, бо йому гарно поставили самий сучасний і дорогий ендопротез, він ще не ходив на ньому, а ми говоримо що ендопротез треба видаляти. На жаль фінансовий рівень держави і самого хворого не дають можливості скористатись спейсером (коштує близько 1тис.\$) та провести після гарної санації реендопротезування. Тут, мабуть, потрібно ставити питання про страхування пацієнтів від можливих ускладнень, особливо при наявності суттєвої супутньої патології.

Звісно, хто не працює, той не має ускладнень. Але маючи ускладнення, хотілось би щоб лікування його було раннім і адекватним. Без сумніву, найкраще з цими проблемами справляться фахівці спеціалізованого відділення кістково-гнійної хірургії. На жаль, і сьогодні часто колеги проводять малокваліфіковане довготривале лікування. При цьому, нерідко не досягається ліквідація гнійного процесу і в той же час виникають додатково тяжкі нейросудинні порушення, що суттєво зменшує вірогідність гарного результату лікування.

Додають складнощі в отриманні сприятливих результатів лікування інфекційних ускладнень проблеми антибіотикорезистенті мікрофлори та її біоплівкові форми існування, що потребує суттєвих фінансових витрат, особливо технічного забезпечення.

Важливим є виявлення та врахування супутньої патології, шкідливі звички та тривалий прийом медикаментів (гормональних, імунодепресантів, нестероїдних протизапальних та ін.).