

ПАРАПРОТЕЗНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Проанализированы результаты лечения 27 больных с гнойно-воспалительными процессами в области тазобедренного сустава после перенесенного эндопротезирования. Лечебная программа в данной категории больных включала в себя мероприятия, направленные на купирование гнойного процесса, а именно удаление всех компонентов протеза с последующим дренированием очага воспаления. Ортопедическое лечение заключалось в удлинении бедра методом Илизарова. Полученные данные свидетельствуют, что применяемая тактика лечения дает удовлетворительные результаты. **Ключевые слова:** гнойное воспаление, тазобедренный сустав, операция, эндопротезирование, реабилитация.

Введение

Купирование гнойно-воспалительного процесса в области тазобедренного сустава после эндопротезирования чрезвычайно сложная задача и требует больших материальных и физических затрат по восстановлению опорной функции конечности.

Количество эндопротезирований крупных суставов с каждым годом увеличивается. По данным разных авторов, ежегодно в мире выполняется до 1,5 миллионов тотальных замещений тазобедренного сустава [4].

В Украине в настоящее время больные оперируются не только в специализированных центрах по эндопротезированию, но и в некоторых центральных районных больницах. Это приводит к тому, что не всегда соблюдается адекватный отбор больных на операцию, нет соответствующих условий для проведения вмешательств, нарушается тактика послеоперационного ведения больных. Некоторые хирурги при принятии решения об эндопротезировании игнорируют данные о наличии хронического воспалительного процесса в организме [2].

В современных условиях частота гнойно-воспалительных осложнений после имплантации искусственных тазобедренных суставов колеблется от 0,2 до 0,9 %. При планировании эндопротезирования необходимо учитывать факторы риска развития инфекции (возраст пациента, особенности конституции организма, наличие сопутствующих заболеваний, особенно хронических инфекций, предшествующее введение кортикостероидов в сустав или параартикулярную область, ранее выполненные операции на суставе) [1]. Раз-

витие гнойного осложнения после эндопротезирования требует чаще всего удаления эндопротеза, санации гнойно-воспалительного очага и в последующем возможности проведения повторного ревизионного эндопротезирования или же создания условий для формирования неартроза.

Цель работы: разработка тактики оперативного лечения и послеоперационного ведения больных с использованием реабилитационных мероприятий при гнойно-воспалительных осложнениях эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материал и методы

В клинике костно-гнойной инфекции кафедры травматологии и ортопедии ЗМАПО с 2007 по 2012 год лечилось 27 больных с нагноениями после эндопротезирования тазобедренного сустава. Средний возраст лечившихся составлял 67 лет. Мужчин было 18 (66,6 %), женщин 9 (33,4 %). Эндопротезирование выполнялось как в лечебных учреждениях Украины, так и за рубежом.

Анализируя варианты инфицирования в области эндопротеза можно заключить, что в большинстве случаев имелось позднее нагноение, через 1,5–3 года после оперативного лечения. Наибольший риск развития гнойных осложнений связан с эндопротезированием у больных, в анамнезе которых отмечался гнойно-воспалительный процесс или имелись послеоперационные рубцы в области сустава. Положительный результат лечения можно получить в случае соблюдения и выполнения определенных лечебно-реабилитационных мероприятий включающих в себя удаление эндопротеза и некротизированных тканей, раскрытие гнойных затеков, налаживание ирригационно-вакуумного дренирования послеоперационной раны, назначение антибактериальной терапии перед операцией и в послеоперационный период с учетом данных антибиотикограмм, проведение дезинтоксикационной терапии и коррекции гомеостаза, функциональное лечение, направленное на создание опорности конечности.

Прямым показанием для удаления протеза является гнойное отделяемое из свищей, нестабильность (наличие положительного симптома «поршня») в области ножки протеза. Перед опе-

рацией всем больным в обязательном порядке выполняется фистулография.

Во время операции удаляются все части эндопротеза, после этого иссекаются нежизнеспособные ткани. После выполненного цементного эндопротезирования определенные сложности имеются при удалении цемента, так как в цемент вростают костные структуры бедренной кости. Поэтому необходимо трепанировать бедренную кость продольно на всю длину ножки протеза с целью тщательного удаления цемента. Оставшиеся участки не удаленного цемента могут поддерживать воспалительный процесс. После удаления протеза раневая полость обильно промывается антисептиками и дренируется полихлорвиниловыми трубками. Слепой дренаж подводится в вертлужную впадину, второй слепой дренаж вводится в просвет бедренной кости, на место ножки протеза. Сквозными трубками послойно дренируются гнойные затеки.

После операции до колена накладывается деротационный гипсовый сапог для исключения ротационных движений конечности. Конечность в постели укладывается в положении отведения до 45°. В таком случае околосуставные мышцы подтягивают проксимальный конец бедра к вертлужной впадине, а образующиеся рубцы удерживают его возле впадины.

Длительность постельного режима составляет четыре недели. Показателем формирования крепкой рубцовой ткани является свободное удержание стопы в правильном положении после снятия деротационного гипсового сапога. После этого пациентам разрешается становиться на костыли в обуви с набойкой на подошве для коррекции укорочения конечности. В комплекс реабилитационных мероприятий входит лечебная физкультура. ЛФК для оперированной конечности начинается в постели как можно раньше после операции с минимального числа упражнений. Выполняются шадящие пассивно-активные сгибания в коленном суставе, изометрические упражнения для мышц здоровой и оперированной конечности и мышц туловища. В дальнейшем к этим упражнениям добавляется сидение в постели и разгибание туловища с отрывом таза от плоскости постели. К концу четвертой недели разрешается активно сгибать ноги в коленных суставах и «отрывать» от постели оперированную ногу в положении разгибания. Перед выпиской из стационара больные обучаются ходьбе на костылях с отведением конечности и увеличением нагрузки.

В амбулаторных условиях, на фоне продолжающейся реабилитации больной ходит по 30 ми-

нут в сутки отводя оперированную конечность с нагрузкой на ногу до 10-15% от нормы с ежедневным увеличением нагрузки еще на 10-15%, а продолжительности ходьбы на 30 минут. Через 3-4 месяца после операции, когда пациент может свободно оторвать ногу от плоскости постели и удержать ее в таком положении некоторое время нога может быть приведена в функционально правильное положение с соответствующим уменьшением высоты набойки для компенсации анатомического укорочения. К 6-8 месяцу больной постепенно переходит на ходьбу с одним костылем или тростью.

Результаты исследования

В результате комплексного лечения включавшего операцию, антибиотикотерапию, инфузионную терапию и иммунокоррекцию, с дальнейшей правильно организованной в послеоперационный период программой функционального лечения у 29 пациентов удалось купировать гнойный процесс и добиться частичной опорности конечности, достаточной для самообслуживания. У всех оперированных отмечалось укорочение конечности на 6-8 см. 11 (40,7%) больным через восемь месяцев от начала лечения выполнена повторная операция – остеотомия в нижней трети бедра и остеосинтез по Илизарову с целью удлинения конечности. Через 10 месяцев от начала удлинения длина и функция конечности были восстановлены полностью. Пациенты ходят без дополнительной опоры. 6 (22,2%) больным через 1,5-2 года после купирования воспаления произведено повторное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Результат положительный. При наблюдении за больными на протяжении 2 лет не отмечено рецидивов воспаления у всех оперированных. Все пациенты находятся на диспансерном учете и подвергаются контрольному осмотру два раза в год. Во время осмотров вносится коррекция в реабилитационные мероприятия.

Выводы

1. Решающее значение в купировании гнойного процесса при осложнении эндопротезирования тазобедренного сустава имеет радикальная санация гнойного очага с удалением эндопротеза, цемента, некротизированных тканей и налаживания адекватного ирригационно-вакуумного дренирования.
2. Антибактериальная терапия с использованием антибиотиков согласно чувствительности микроорганизмов должна начинаться перед операцией и продолжаться в послеопера-

ционный период до исчезновения признаков воспаления и сочетаться с дезинтоксикационной терапией, иммунокоррекцией и восстановлением гомеостаза организма.

3. Начиная с раннего послеоперационного периода больным назначается программа функционально-реабилитационного лечения с целью восстановления опорной и двигательной функции конечности.
4. Коррекция длины конечности после удаления эндопротеза осуществляется путем удлинения бедра или же с помощью ортопедической обуви.
5. Все больные должны находиться на диспансерном учете и подвергаться плановому осмотру два раза в год.

Литература

1. Волошин В.П., Еремин А.В., Мартыненко Д.В. Способ хирургического лечения гнойных осложнений в области эндопротеза тазобедренного сустава. Патент Российской Федерации. А61В 17/56. – 2006.
2. Загородний Н.В. Эндопротезирование при заболеваниях и повреждениях тазобедренного сустава. Автореф. ... дис. д. мед. н. – М., 2008. – 32 с.
3. Каплан А.В., Махсон Н.Е., Мельникова В.М. Гнойная травматология костей и суставов. – М.: «Медицина», 1985. – С.358 – 370.
4. Нуждин В.И., Кудинов О.А. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава бесцементными имплантатами ЭСИ. Пособие для врачей. – М., 2008. – 26 с.
5. Оноприенко Г.А., Еремин А.В., Савицкая К.И. Хирургическое лечение больных с гнойными осложнениями в области эндопротеза тазобедренного и коленного суставов // Вестник травма. И ортопедии им. Приорова. – 2007. – № 3. – С. 95.

**А.М.Побел, Ю.П. Кляцкий, О.В.Трибушний,
Є.А.Побел, Ю.О.Гордієнко, А.Г.Зубенко**
Державний заклад «Запорізька медична академія
післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я
України»

Парапротезні інфекційні ускладнення при ендопротезуванні кульшового суглоба

В статті проаналізовані результати лікування 27 хворих з гнійно-запальним процесом в області кульшового суглобу після ендопротезування. Лікувальна програма даної категорії хворих включала в себе дії, направлені на гнійний процес, а саме видалення усіх компонентів протезу з подальшим дренажуванням вогнища запалення. Ортопедичне лікування включало в себе я у видовження стегна за методом Ілізарова. Отримані дані свідчать про те, що така тактика лікування сприяє задовільним результатам.

Ключові слова: гнійне запалення, кульшовий суглоб, операція, ендопротезування, реабілітація.

**A.N.Pobel, Y.P.Klyackiy, O.V.Tribushnoy,
E.A.Pobel, Y.A.Gordienko, A.G.Zubenko**
State Institute "Zaporizhzhia Medical Academy of Post-
graduate Education of Ministry of Health of Ukraine"

Paraproteznaya Infection at Hip Replacemnt

In this article the results of treatment are analysed 27 patients with festering – inflammatory procesami in area of thurl after carried endoprotezirovaniya. The program at this category of patients plugged in itself measures, directed on kupirovanie of festering process, namely delete of all of the tools of prosthetic appliance with the subsequent draining of hearth of inflammation. Orthopaedic treatment consisted in lengthening of thigh the method of Ilizarova. Information testify that the applied tactic of treatment gives satisfactory results .

Key words: purulent inflammation, hip, surgery, joint replacement, rehabilitation.