

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 1995 по 2010 г. в отделении ортопедии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского наблюдалось 90 пациентов с глубоким нагноением крупных суставов после тотального эндопротезирования. Наибольшую группу составили пациенты с гнойным поражением тазобедренного сустава (71), коленного сустава (19).

В исследовании иммуномодулятора «Галавит» включено 22 пациента с перипротезной инфекцией крупных суставов после тотального замещения. Осложнения развивались через 2–8 лет после основной операции. Оценку иммунного статуса проводили по таким критериям, как уровень сывороточных иммуноглобулинов, фагоцитоз (латекс-тест, НСТ-тест), основные субпопуляции лимфоцитов. 8 больных получали стандартную антибактериальную терапию с учетом чувствительности выявленной микрофлоры, 14 больным дополнительно вводили галавит по разработанной нами схеме (внутримышечно и через дренажи) перед санирующей операцией и после нее.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Те или иные изменения в иммунном статусе отмечались примерно у половины пациентов. Наиболее часто встречалось повышение спонтанного НСТ-теста (66,6 %), дисбаланс CD4/CD8 лимфоцитов (45,5 %). Сравнительный анализ показал, что у больных, получавших галавит, более благоприятно протекал послеоперационный период: отсутствие лихорадки, достоверно ($p < 0,05$) сокращались сроки антибактериальной терапии и установки дренажей. Наблюдение в течение 1 года показало, что у 5 пациентов контрольной группы был рецидив гнойно-воспалительного процесса, причем у 2 потребовалось повторное хирургическое вмешательство. В группе, получавших галавит, таких рецидивов не зарегистрировано, что позволило у части пациентов провести следующую реконструктивную операцию в более ранние сроки.

ВЫВОДЫ

Включение галавита в комплекс лечебных мероприятий у больных с хроническими воспалительными процессами в области эндопротеза коленного или тазобедренного суставов улучшает результаты хирургического лечения и снижает риск рецидивов в отдаленном периоде.

В.П. Волошин, А.В. Еремин, В.С. Зубиков, С.А. Ошкуров

ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского (Москва)*

Цель исследования: возможность проведения двухэтапного метода лечения у пациентов с нагноением области эндопротезов тазобедренного и коленного суставов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ортопедо-травматологическом отделении МОНИКИ выполнен двухэтапный метод лечения перипротезной инфекции тазобедренного сустава в 16 клинических случаях и коленного сустава в 4 случаях.

Операция заключалась в проведении широкой ревизии и санации очагов инфекции. В случае расшатывания вертлужного компонента при стабильном состоянии бедренного компонента, выполнялось изолированное удаление чашки эндопротеза. После санации и формирования цементного спейсера в соответствии с формой и размерами вертлужной впадины, проводилось его крепление к проксимальному отделу бедренной кости. При этом осуществлялось также цементное покрытие выступающей металлической части ножки эндопротеза. После вправления, временно имплантированная головка прочно удерживается в вертлужной впадине, восстанавливая взаимоотношения в суставе. Для изготовления цементного спейсера применен *Refobaicin Bone Cement* с гентамицином.

В случаях дестабилизации обоих компонентов эндопротеза после их удаления использован артикулирующий цементный спейсер, импрегнированный антибиотиками. В послеоперационном периоде в течение 10–12 дней проводилось фракционное аспирационно-промывное дренирование очага воспаления с использованием раствора Лавасепта и Галавита. При выборе двухэтапного метода лечения учитывали возраст пациентов, примененный ранее метод имплантации, конструктивные особенности эндопротеза, наличие сопутствующей патологии, анатомическое состояние вертлужной впадины и проксимального отдела бедренной кости, а также, возможность проведения длительной реабилитации и антибиотикотерапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При катamnестическом наблюдении у 16 пациентов после двухэтапного метода лечения с установкой цементного спейсера рецидива нагноения не отмечается до 5 лет после повторного эндопротезирования. Одна пациентка продолжает удовлетворительно пользоваться конечностью с временным имплантатом в течение 3 лет, ходит с помощью костылей и отказывается от проведения второго этапа.

В одном случае после удаления спейсера тазобедренного сустава произведена резекционная артропластика, еще в одном случае после удаления спейсера коленного сустава выполнен компрессионный артродез.

ВЫВОДЫ

Метод двухэтапного хирургического лечения с установкой артикулирующего цементного спейсера, импрегнированного антибиотиками, улучшает условия реабилитации, сохраняя возможность движений в суставе, и предупреждает мышечную атрофию, компенсирует укорочение конечности, поддерживает необходимую концентрацию антибиотика и уменьшает риск рецидива воспалительного процесса после реимплантации сустава.

И.В. Вотьев, Н.И. Богомолов

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)

Целью нашего исследования было изучение резидуального холедохолитиаза и выработка современной рациональной тактики лечения данной группы больных.

Холедохолитиаз по оценкам разных специалистов наблюдается у 7 – 15 % пациентов с желчнокаменной болезнью. В течение последних 4-х лет мы выявили холедохолитиаз у 22,5 % больных желчнокаменной болезнью. Это в значительной степени связано с улучшением диагностики желчных путей. По данным литературы, в отношении лечения этой категории пациентов единого мнения нет, что показывает актуальность рассматриваемой проблемы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За последние 4 года в клинике оперированы 96 больных с холедохолитиазом, из которых у 64 больных нами были применены малоинвазивные методы лечения. Среди пациентов были 57 женщин и 16 мужчин в возрасте от 28 до 59 лет. 23 человека были старше 60 лет. Длительность заболевания варьировала — от 4 месяцев до 11 лет.

Инструментальные методы исследования применяли в такой последовательности: УЗИ, КТ, фиброгастродуоденоскопия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная, чреспеченочная холангиография, а во время операции — интраоперационная холангиография, фиброхоледохоскопия. Сочетанное использование указанных методов позволило установить точный диагноз до операции в 98,1 % случаев. Помимо холедохолитиаза, у 81,3 % больных были диагностированы такие осложнения желчнокаменной болезни, как стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (24 %), острый холецистит (28 %), острый гнойный холангит (22 %), острый панкреатит (26 %), протекающие почти в половине наблюдений в форме различных сочетаний. Синдром Миризи был выявлен у 3,1 % больных: 1-я форма синдрома в 2 случаях и 2-я форма — в одном случае.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия позволяет удалить камни из желчных протоков. При этом вмешательстве сфинктер общего желчного протока рассекается проволочным электродом, прикрепленным к катетеру. Мы выполнили в 46 случаях эндоскопическую папиллосфинктеротомию, в различных вариантах ее исполнения; больные поступали с клиникой механической желтухи и холангита. Канюляционным способом данное вмешательство выполнено в 87 % случаев, в 5 % — неканюляционным, а у 8 % больных использовалась комбинированная методика. В большинстве случаев (74 %) декомпрессия холедоха проведена одномоментно, в остальных случаях за 2 – 3 исследования.

Мы являемся сторонниками активной тактики удаления конкрементов, поэтому практически во всех случаях холедохолитиаза использовали литоэкстракцию с помощью корзинки Dormia — 86 %, или баллонного катетера — 14 %.

Осложнения (кровотечение, перфорация, панкреатит, холангит) наблюдались в 5 % случаев, а летальность составила 0,5 %. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия применялась для разрешения обструкции желчных путей камнями в 98 % и санации протоков — в 2 % случаев.