

Проводятся важные научные разработки по созданию новых современных конкурентоспособных конструкций эндопротезов с использованием высококачественных материалов. В институте им. проф. М.И. Ситенко совместно с НПО «Монокристалл» и ООО «Сумарал-Мед» разработана и прошла клиническую апробацию новая конструкция эндопротеза тазобедренного сустава с применением пары трения из монокристаллического корунда (сапфира). В Киевском ИТО НАМНУ разработана конструкция полного ревизионного бесцементного эндопротеза тазобедренного сустава с титановым покрытием.

Важным проблемным нерешенным вопросом остается анализ количества и качества выполненных операций эндопротезирования суставов в Украине.

Это касается прежде всего ежегодной регистрации выполненных операций по единой форме для проведения детального анализа и формирования банка данных.

На сегодняшний день в Украине создана специальная компьютерная программа «Реестр», которая без особых сложностей позволяет вводить информацию об операции эндопротезирования. Но в силу организационных и экономических факторов ее реализация находится еще не на должном уровне.

Наряду с этим важным и нерешенным вопросом в Украине является проблема операций ревизионного эндопротезирования, потребность в которых ежегодно увеличивается. Если в странах Западной Европы количество ревизионных эндопротезирований составляет 20 %, то в Украине — до 10 %. Эта важная социально-экономическая проблема требует своего решения на государственном уровне.

В то же время положительно следует отметить тот факт, что Министерство здравоохранения и Национальная академия медицинских наук Украины, несмотря на сложные экономические трудности, активно проводят работу по обеспечению населения Украины эндопротезами суставов. Несомненно, для успешного решения этого вопроса требуются значительные финансовые затраты, и это также является прерогативой государства.

УДК 616-089.843-06:616.9-036.2-071-08

Марущак А.П., Танькут А.В., Гетьман А.П.
ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов
им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины»,
г. Харьков, Украина

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАННЕЙ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Введение. Перипротезная инфекция является одним из наиболее тяжелых осложнений в эндопротезировании. И хотя частота инфекционных осложнений составляет около 1 % при операциях на тазобедренном суставе и около 2 % при операциях на коленном суставе, лечение этой категории пациентов — процесс сложный и очень дорогой. Ранняя диагностика и своевременное лечение инфекционных осложнений дают возможность сохранить эндопротез и значительно снизить стоимость лечения.

Цель: изучить результаты применения ранних санитизирующих операций в случае развития инфекционных осложнений при эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов.

Материалы и методы. В клинике ортопедической артрологии и эндопротезирования ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко НАМНУ» с 2012 по 2015 г. было зарегистрировано 29 случаев инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов. Для определения степени патологического процесса использовали классификацию перипротезной инфекции Coventry — Tsukayama (1975, 1996) и классификацию ИОХВ, разработанную CDC (США). Из 29 случаев 21 был поверхностным, 8 — глубокими. Из 21 поверхностного случая 11 выявлены в срок менее 4 недель, 10 — до 8 недель. Из 8 глубоких случаев 3 были I типа (до 1 месяца) а 5 — II типа (позже 1 месяца).

Всем пациентам выполнялись санитизирующие оперативные вмешательства. При поверхностных формах — фистулнекрэктомия, при глубоких — открытый дебридмент, ирригация с сохранением эндопротеза и заменой полиэтиленовых вкладышей. Срок наблюдения после этих операций — 0,5–2,5 года.

Результаты. Использование санитизирующих операций при развитии поверхностных ИОХВ после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов в 21 случае дало положительный результат, рецидивов не отмечалось. В случае глубоких ИОХВ: при I типе во всех случаях рецидивов не наблюдалось, при II типе в 2 случаях ремиссия стойкая, в 3 случаях — рецидив инфекции, что потребовало удаления эндопротеза и установки металлоцементного спейсера, импрегнированного антибиотиками, с последующим ревизионным эндопротезированием.

Выводы. Использование санитизирующих операций при развитии ИОХВ после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов дает удовлетворительные результаты при условии их выполнения в сроке до 4 недель с момента появления симптомов инфекции в случаях глубокой ИОХВ и до 8 недель при поверхностной ИОХВ. При использовании данного вида операций при глубокой поздней инфекции частота рецидивов достигает 60 %.

УДК 616.717/.718-001-085:615.811

Науменко Л.Ю., Горегляд А.М., Маметьев А.А.,
Кострица К.Ю.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины», г. Днепр, Украина

ПРИМЕНЕНИЕ ВАК-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОТКРЫТЫХ ПОЛИСТРУКТУРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Актуальность. Несмотря на современные достижения в лечении пострадавших с наличием массивных полиструктурных травм конечностей, проблема терапии таких больных остается открытой и требует даль-

нейшого изучения. Тяжелые полиструктурные травмы конечностей, особенно высокоэнергетические, часто сопровождаются обширными дефектами и некрозами мягких тканей, что приводит к проблеме декомпенсации кровоснабжения тканей, замедленному сращению переломов, образованию медленно заживающих ран и опасности инфицирования, к трудностям закрытия обширных дефектов ран конечностей. На сегодняшний день одним из самых современных методов лечения открытых ран является метод ВАК-терапии.

Цель исследования: изучение и анализ клинического воздействия метода ВАК-терапии в лечении открытых обширных полиструктурных травм конечностей и его влияния на сроки закрытия раневого дефекта.

Материалы и методы исследования. В клинике ДОКБ им. И.И. Мечникова за период с мая 2014 по февраль 2016 г. были прооперированы 34 пациента с открытыми массивными полиструктурными повреждениями конечностей с наличием дефектов мягких тканей, сухожилий, кожных покровов, открытых многооскольчатых высокоэнергетических переломов костей, с повреждением магистральных сосудов и нервных стволов. Все пациенты мужского пола. 7 — с ранениями верхней конечности, 27 — нижней конечности. У 26 пациентов были открытые переломы костей конечностей, у 8 — повреждения мягких тканей без перелома кости. При локальном осмотре у 5 пациентов раны после проведенной фасциотомии, у 29 — первичные раны.

Пациенты распределены на 2 группы. Исследуемая группа включила 18 пациентов, методом лечения которых являлась ВАК-терапия. ВАК-повязка накладывалась после тщательного проведенного дебридмента раны с обильным промыванием стерильным физиологическим раствором или раствором антисептика (декасан) до 8 л. Один сеанс ВАК-терапии проходил непрерывно 4 дня (± 1 день). Проводилась терапия в импульсном (3 минуты работы/5 минут покоя) режиме. Рабочее давление системы — 125 мм рт.ст. При смене повязок проводились этапные некрэктомии, клиническая оценка готовности раневого дефекта к закрытию. В среднем количество сеансов составило 4 ± 2 .

В контрольной (16 пациентов) группе применялся традиционный метод лечения ран: повязки с гипертоническим раствором и растворами антисептиков.

Результаты. В группе исследования отмечалось уменьшение перифокального отека после 3–4-дневного сеанса (1 непрерывная процедура) против 7–10 дней в контрольной группе.

Образование мелкозернистых «сочных» грануляций происходило на 6–8-е сутки (после 2 процедур ВАК-терапии), в контрольной группе образование грануляций наблюдалось с 11–12-го дня. Динамика образования грануляций в исследуемой группе значительно превышала таковую в контрольной группе.

При каждой процедуре замены ВАК-повязки определялось уменьшение площади раневой поверхности

и глубины раневого дефекта, что позволило у 5 пациентов закрыть кожные дефекты местными тканями, не прибегая к свободной пластике. В контрольной группе данным методом удалось закрыть дефекты у 2 пациентов.

Применение ВАК-терапии позволило избежать тяжелых гнойно-некротических изменений у всех пациентов в исследуемой группе. В группе контроля у 1 пациента с открытым переломом бедра и обширным мягкотканым дефектом развились явления сепсиса, что обусловило его дальнейший перевод в отделение гнойно-септической реанимации.

Несращение перелома в исследуемой группе наблюдалось у 2 пациентов, в то время как в группе контроля — у 5.

Выводы. Применение метода ВАК-терапии в импульсном режиме у пациентов с открытыми полиструктурными повреждениями позволяет подготовить раневой дефект к дальнейшему закрытию в среднем на 3–7 дней раньше в сравнении с традиционными методами ведения открытых повреждений, избежать тяжелых генерализованных гнойных осложнений, сократить сроки пребывания пациента в стационаре.

УДК 616-001-035-089

Тяжелов О.А., Біцадзе М.З., Карпінський М.Ю.
ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф.
М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків, Україна

АЛГОРИТМ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ЩОДО ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ BANKART ТА HILL-SACHS

Грунтуючись на результатах проведених досліджень із вивчення механізму реалізації вивиху плечової кістки та розробленій методиці обчислення параметрів дефекту суглобової поверхні головки плечової кістки, нами була розроблена схема визначення тактики хірургічного втручання при нестабільності плечового суглоба при поєднаних пошкодженнях Bankart та Hill-Sachs.

Мета роботи: розробити алгоритм прийняття рішення щодо хірургічного втручання при ушкодженні Hill-Sachs плечового суглоба.

Матеріали та методи. Проведене теоретичне (статистичне) моделювання щодо ймовірності прийняття вірного рішення оперативного втручання на основі успішно проведених операцій та рекомендацій до реоперацій із приводу неправильно прийнятих попередніх рішень при ушкодженнях Hill-Sachs плечового суглоба.

Результати та їх обговорення. За результатами теоретичного моделювання було доведено, що тип та обсяг фіксації залежать від відношення площин дефекту головки плечової кістки й гленоїду та відповідно кута заклинювання сполучення «гленоїд — дефект».