

ОПЫТ ДВУХЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО КОКСИТА

Халид Габиб оглы Исмаилов*, Анатолий Филиппович Маздыков, Батал Алексеевич Шушания

3-й центральный военно-клинический госпиталь им. А.А. Вишневого
Министерства Обороны Российской Федерации, г. Москва

Реферат

Коксит — воспалительный процесс в тазобедренном суставе, лечение которого бывает длительным и трудоёмким. Иногда коксит сопровождается тяжёлыми последствиями вплоть до инвалидизации больного при разрушении головки бедренной кости. Цель лечения — добиться купирования воспалительного процесса для дальнейшего эндопротезирования с восстановлением функций в тазобедренном суставе. При эндопротезировании используют заводские артикулирующие цементные спейсеры с антибиотиком. В статье представлен ряд клинических примеров двухэтапного оперативного лечения гнойных кокситов артикулирующими спейсерами с последующим эндопротезированием тазобедренного сустава. Эффективность двухэтапного лечения оспаривается в научной литературе и клинической практике, в том числе отечественными специалистами. Представлен опыт успешного применения фабрично изготовленных спейсеров из костного цемента с антибиотиками. Метод позволяет купировать воспалительный процесс, избежать значительного укорочения конечности, заполнения вертлужной впадины рубцовыми тканями, сохранить функции тазобедренного сустава и возможность опираться с частичной нагрузкой на оперированную ногу в период ожидания эндопротезирования, улучшает условия для имплантации эндопротеза тазобедренного сустава. После подавления воспалительного процесса этот метод, давая умеренную нагрузку на больную кость, способствует укреплению плотности костной ткани как бедра, так и вертлужной впадины. Двухэтапное лечение гнойного коксита снижает риск развития инфекционных осложнений после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

Ключевые слова: коксит, артикулирующий спейсер, эндопротезирование.

TWO-STAGED SURGICAL TREATMENT OF HIP SEPTIC ARTHRITIS H.G. Ismailov, A.F. Mazdykov, B.A. Shushaniya. 3rd Central hospital of military medicine of Ministry of Health of Russian Federation named after A.A. Vishnevskiy, Moscow, Russia. Hip arthritis (coxitis) is the inflammatory process in the hip, requiring complicated and lengthy treatment. At some cases it is associated with serious complications, up to patient's disability due to the femoral head destruction. The treatment goal is to halt inflammation for further hip arthroplasty and functional rehabilitation. Arthroplasty is performed using the commercially available cement antibiotic-impregnated articulating spacers. The article reviews a number of clinical examples of two-staged surgical treatment of hip septic arthritis using articulating spacers with further hip arthroplasty. Experts, including native specialists, in the periodicals and clinical practice question the effectiveness of two-staged treatment. The experience of effective use of commercially available bone cement antibiotic-impregnated articulating spacers is presented. The method allows to halt the inflammation, to avoid the significant femoral shortening and acetabulum filling by scar tissue, to preserve hip function and provides the patient an opportunity to move with a partial load on the operated limb while waiting for the arthroplasty, as well as improves the conditions for hip implant consolidation. After suppressing the inflammation, the described method, providing a moderate load on the affected bone, enhances the bone mineral density increase both of femur and acetabulum. Two-staged treatment of septic coxitis decreases the risk for infective complications after the total hip replacement. **Keywords:** hip arthritis, articulating spacer, hip arthroplasty.

Коксит — воспалительный процесс в тазобедренном суставе. Различают коксит неспецифический (гнойный), специфический (туберкулёзный, гонорейный, сифилитический), инфекционно-аллергический, возникающий как осложнение инфекционных болезней (дизентерии, бруцеллёза, кори и др.), асептический, например при ревматоидном артрите, болезни Бехтерева и др. Наиболее часто встречается туберкулёзный коксит, на втором месте по частоте — острый неспецифический гнойный коксит [4]. Различают первичный и вторичный коксит. Первичный чаще возникает при открытом травматическом повреждении суставов с проникновением инфекции через рану, реже — в связи с операцией на суставе. При вторичном коксите сустав инфицируется гематогенным или лимфогенным путём из различных очагов гнойного воспаления [5, 11].

Выделяют первично синовиальный коксит, когда изначально поражается синовиальная сумка (ревматизм, последствия инфекционных болезней), и первично костный — при воспалительном поражении костей, сочленяющих сустав (туберкулёз, неспецифические инфекции), которое постепенно переходит на синовиальную оболочку. Нередко встречается реактивный коксит, связанный с распространением гнойного процесса из близлежащих не дренированных очагов (спондилит, сакроилеит, трохантерит).

Неспецифический коксит часто сопровождается эмпиемой сустава, распространяющейся по межмышечным пространствам в виде гнойных затёков. Для неспецифического и туберкулёзного коксита также характерна обширная деструкция головки бедренной кости и вертлужной впадины, которая обычно завершается анкилозом, патологическим подвывихом или вывихом бедра.

Диагностика коксита основана на клинических (лихорадка, ограничение движений

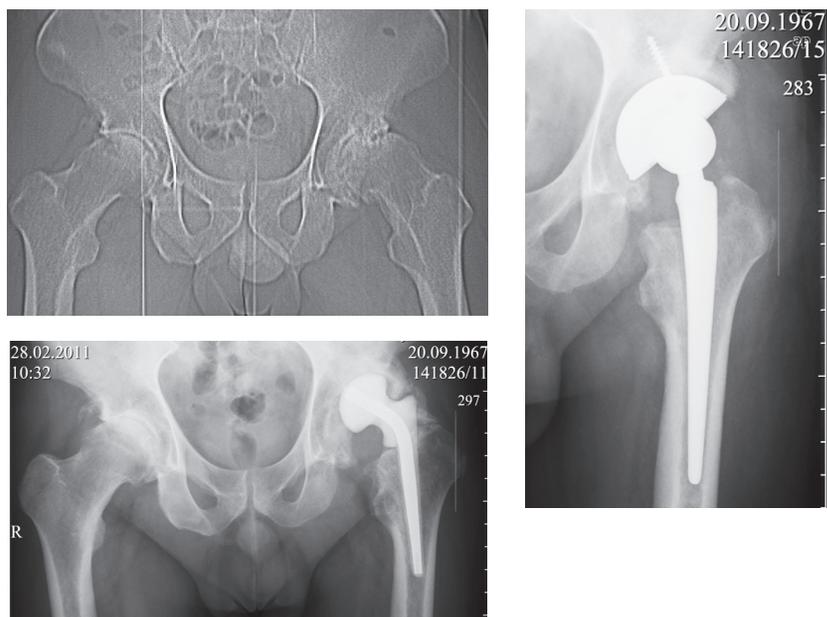


Рис. 1. Рентгенограммы пациента Б. 43 лет на этапах лечения.

из-за болей в поражённом суставе, отёк окружающих тканей, спонтанный вывих бедра, наставание интоксикации), лабораторных (высокий лейкоцитоз, увеличение скорости оседания эритроцитов, анемия) и рентгенологических (степень разрушения тазобедренного сустава) данных. Существенную роль в диагностике коксита при неясной рентгенологической картине играет компьютерная и магнитно-резонансная томография [6, 10]. Для уточнения диагноза проводят пункцию сустава, выполняют микробиологические и цитологические исследования пунктата и определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

При безуспешности консервативной терапии выполняют артродомию и резекцию головки бедренной кости. После этого отмечается выраженное укорочение нижней конечности с формированием неоартроза или анкилоза, что ведёт к нарушению функций конечности [4, 8].

Учитывая низкое качество жизни пациентов на этапах оперативного лечения и неудовлетворительные функциональные результаты, мы решили применить, опираясь на данные литературы и опыт нашего отделения по лечению перипротезной инфекции, двухэтапный метод оперативного лечения с использованием заводского цементного артикулирующего спейсера с антибиотиком для лечения гнойного коксита [1-3, 7, 9, 12]. Отметим крайнюю скудность литературных данных об использовании артикулирующих спейсеров на этапах оперативного лечения гнойных кокситов.

Приводим клинические примеры из нашего опыта лечения перипротезной инфекции

1. Пациент Б. 43 лет госпитализирован в клинику 04.04.2010 с выраженными болями в левом

тазобедренном суставе. В анамнезе с 2007 г. двусторонний коксартроз, асептический некроз головок бедренных костей; 16.02.2010 оперирован по поводу гнойного бурсита правого локтевого отростка. При поступлении в стационар отмечались постоянные выраженные боли в левом тазобедренном суставе, вынуждающие пациента принимать антальгическую позу, повышение температуры тела до 39 °С, отёчность мягких тканей в проксимальном отделе левого бедра, сдвиг лейкоцитарной формулы влево при отсутствии лейкоцитоза, высокая скорость оседания эритроцитов, анемия (содержание гемоглобина в крови 108 г/л). На компьютерной томограмме – увеличение объёма очагов деструкции (по сравнению с данными от 16.02.2010) как в области левой вертлужной впадины, так и в головке левой бедренной кости с наличием краевой узурации. В суставной сумке – увеличение объёма жидкости, суставная сумка уплотнена и инфильтрирована. Выявлена картина остеомиелита головки левой бедренной кости и крыши вертлужной впадины. Данное состояние расценено как гнойный коксит слева. 09.04.2010 выполнена операция: ревизия, санация полости левого тазобедренного сустава, резекция головки бедренной кости с установкой заводского артикулирующего спейсера фирмы «TECRES» с антибиотиком (гентамицином), налажена активно-промывная система. Левая нижняя конечность фиксирована в тазобедренном ортезе. Дренажи удалены на 4е сутки. После заживления раны больной выписан на амбулаторное лечение, рецидивов гнойного процесса не зарегистрировано. 04.03.2011 выполнена операция: тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава бесцементным эндопротезом

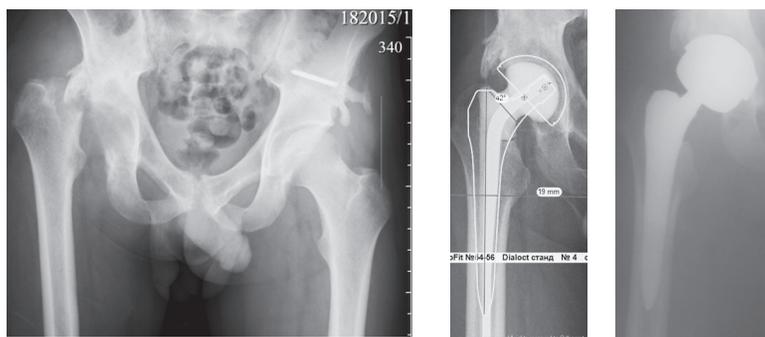


Рис. 2. Рентгенограммы пациента Г. 27 лет на этапах лечения.

«Varioloc» (рис. 1) фирмы «ААР» (Германия). Рана зажила первичным натяжением. Больной в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение под наблюдение специалистов по месту жительства.

2. Пациент Г. 27 лет 27.12.2008 получил кататравму: закрытый перелом верхней и нижней челюстей, перелом таза с повреждением целостности тазового кольца, повреждения внутренних органов. Лечился по поводу перелома костей таза аппаратом внешней фиксации. Травма осложнилась перитонитом, была выполнена санационная лапаротомия. В августе 2011 г. после переохлаждения отметил резкие боли в правом тазобедренном суставе, повышение температуры тела до 39 °С. Госпитализирован с диагнозом «сепсис, правосторонний гнойный коксит». 24.08.2011 выполнена артротомия, гнойное содержимое эвакуировано из полости сустава, удалены остатки некротизированной головки правой бедренной кости, проведены санация и дренирование. При интраоперационном посеве отделяемого из раны выявлен золотистый стафилококк. Проводилась интенсивная терапия, в том числе антибактериальная (ванкомицин, меропенем). Состояние больного улучшилось, больной активизировался в кокситной повязке. Однако 07.11.2011 гнойный процесс рецидивировал, в области послеоперационного рубца открылись свищи с гнойным отделяемым. 17.11.2011 для дальнейшего лечения переведён в отделение гнойной хирургии. 23.11.2011 пациенту выполнена очередная операция: санация полости правого тазобедренного сустава с иссечением свищевых ходов, резекцией остатков шейки бедренной кости и установкой заводского артикулирующего цементного спейсера с антибиотиком. Налажена активно-промывная система на 5 дней, активизировался с фиксацией оперированной нижней конечности в тазобедренном ортезе. В результате последней операции и проводимой антибактериальной терапии гнойный процесс купирован. 15.10.2012 выполнена операция: тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава бесцементным эндопротезом «DIALOC» с чашкой «ACCIS» (рис. 2) фирмы «Implantcast» (Германия). Рана зажила

первичным натяжением. Больной в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение под наблюдение специалистов по месту жительства.

3. Больной Д. 66 лет госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом: «гастропатия, индуцированная приёмом нестероидных противовоспалительных препаратов, язва желудка». В 2007 г. диагностированы подагра и правосторонний коксартроз, по поводу чего пациент принимал нестероидные противовоспалительные препараты и аллопуринол. При поступлении повышение температуры тела до 39 °С, выраженные боли в правом тазобедренном суставе, отёк проксимального отдела бедра, лабораторно высокая скорость оседания эритроцитов, лейкоцитоз, анемия (концентрация гемоглобина 80 г/л). В связи с подозрением на сепсис проведены неоднократные посевы крови, мочи, полости правого тазобедренного сустава (рост микрофлоры не определялся). Выполнена компьютерная и магнитно-резонансная томография, выявлено разрушение головки правой бедренной кости с формированием перифокального отёка окружающих мягких тканей и его распространением по наружной поверхности правого бедра. Несмотря на отрицательные результаты посевов на микрофлору, заболевание расценено как гнойный коксит. Из-за наличия язвы желудка от оперативного лечения воздержались, проведена массивная антибактериальная терапия, которая купировала системные проявления и болевой синдром в правом тазобедренном суставе. После нормализации показателей крови и заживления язвы желудка 19.02.2009 пациент прооперирован: выполнена операция с установкой заводского артикулирующего спейсера фирмы «TECRES» с антибиотиком (гентамицином). Полость тазобедренного сустава промыта, налажена активно-промывная система на 5 сут. Оперированная нижняя конечность фиксирована в тазобедренном ортезе, что способствовало активизации пациента. Рецидивов инфекционного процесса не было, и 26.10.2010 выполнена операция – тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава цементным эндопротезом «Exeter» фирмы

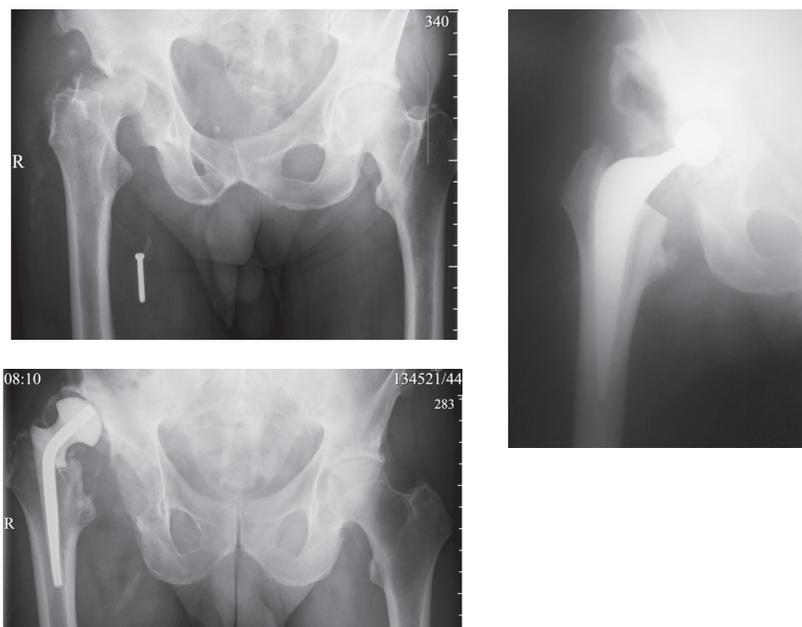


Рис. 3. Рентгенограммы пациента Д. 66 лет на этапах лечения.

«Stryker»), цемент применяли с антибиотиком (рис. 3). Послеоперационное течение без особенностей, рана зажила первичным натяжением. Больной в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение под наблюдение специалистов по месту жительства.

Двухэтапный метод оперативного лечения гнойного коксита с некрозом головки бедренной кости позволяет достичь прогнозируемого результата с максимальным восстановлением функций нижней конечности, при этом на этапах лечения отсутствует краниальное смещение поражённой конечности. После резекции головки бедренной кости не происходит заполнения вертлужной впадины рубцовыми тканями, лучше сохраняются функции тазобедренного сустава, пациент получает возможность передвигаться с частичной нагрузкой на оперированную ногу, упрощается выполнение операции по эндопротезированию сустава и уменьшается вероятность нагноения после эндопротезирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахтямов И.Ф., Кузьмин И.И. Ошибки и осложнения эндопротезирования тазобедренного сустава. — Казань: Центр оперативной печати, 2006. — 328 с.
2. Волошин В.П., Ерёмин А.В., Оноприенко Г.А. и др. Двухэтапное тотальное замещение тазобедренных

суставов в условиях глубокой перипротезной инфекции // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова. — 2012. — №4. — С. 3-9.

3. Ефименко Н.А., Грицук А.А., Серeda А.П. и др. Профилактика инфекций области хирургического вмешательства в травматологии и ортопедии: использование антибиотика в костном цементе // Инфекции в хирургии. — 2009. — №2. — С. 15-27.

4. Ковалёв А.И. Общая хирургия. — М.: МИА, 2009. — С. 456-457.

5. Ковалёв А.И., Чадаев А.П. Пропедевтика хирургической патологии. — М.: Медицинская книга, 2006. — С. 427-429.

6. Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г. Травматология и ортопедия. — СПб.: Гипократ, 2008. — 729 с.

7. Куропаткин Г.В. Костный цемент в травматологии и ортопедии. — Самара: БМВ и К, 2006. — 48 с.

8. Мавшиович И.А. Оперативная ортопедия. — М.: МИА, 2006. — 209 с.

9. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава / Под ред. Р.М. Тихилова, В.М. Шаповалова. — СПб.: Медицина, 2008. — 141 с.

10. Столяров Е.А., Грачёв Б.Д., Колсанов А.В. и др. Хирургическая инфекция. — Самара: Офорт; СамГМУ, 2004. — 139 с.

11. Calhoun J.H., Manning M.M. Adult osteomyelitis // Infect. Dis. Clin. North. Am. — 2005. — Vol. 19. — P. 765-786.

12. Kelm J., Bohrer P., Schmitt E., Anagnostakos K. Treatment of proximal femur infections with antibiotic-loaded cement spacers // Intern. J. Med. Sci. — 2009. — Vol. 6, N 5. — P. 258-264.