

### *Уважаемые читатели!*

Последний в уходящем году номер является тематическим и посвящен проблеме диагностики и лечения периимплантной инфекции в ортопедии.

В выпуске представлены статьи наиболее авторитетных отечественных и зарубежных специалистов в этой области. Это сделано не случайно. С момента последней Согласительной конференции прошло почти полтора года, а проблем, требующих решения, не уменьшилось. Более того, появились новые проблемы, специфичные для нашей отечественной ортопедии.

Открывает выпуск статья наших зарубежных коллег S. Yacovelli и J. Parvizi, в которой они проанализировали существующие подходы к организации лечения пациентов с перипротезной инфекцией (ППИ) и предприняли попытку определить наиболее эффективную стратегию. Представленные материалы демонстрируют отсутствие единого ответа на вопрос: кто должен лечить пациентов с ППИ, однако совершенно четко обосновывают необходимость мультидисциплинарного подхода к лечению инфекционных осложнений после эндопротезирования.

В продолжение этой актуальной темы А.П. Середа с соавторами также пытаются дать ответ на вопрос: кто и где лечит ППИ? На наш взгляд, авторы взвешенно и всесторонне подошли к этому вопросу, проанализировали состояние проблемы в некоторых «ортопедически развитых» странах, провели анкетирование врачей и пришли к выводу, что сегодня целесообразно лечить ППИ там, где есть условия и специалисты, причем не только опытные хирурги, но и микробиологи, и клинические фармакологи. Отдельно обсуждается вопрос об острых состояниях (абсцессах, флегмонах), и авторы разумно делают вывод о необходимости оказания неотложной помощи в хирургических стационарах с последующим направлением в ортопедические центры.

Актуальной остается проблема своевременной диагностики ППИ, так как известно, что раннее начало лечения обеспечивает лучшие результаты. Некоторым аспектам этой темы посвящена статья С.Б. Карбышевой с соавторами, в которой представлены результаты сравнительного анализа нескольких современных методик диагностики ППИ, в том числе при субклиническом течении инфекционного процесса. Полученные авторами данные помогут лечащему врачу лучше ориентироваться

в диагностической значимости новых методик, хотя по-прежнему наибольшую ценность имеют результаты микробиологических исследований.

Г.А. Куковенко с соавторами рекомендуют выполнять трехкратное бактериологическое исследование аспирата у пациентов, поступающих для ревизионного эндопротезирования, что позволяет выявить микробный возбудитель у большего количества пациентов в дооперационном периоде, рационально спланировать тактику хирургического лечения и тем самым улучшить исходы.

В статье С. Romano с соавторами подчеркивается клиническая значимость и экономическая эффективность применения гелевого антибактериального покрытия, предупреждающего в течение нескольких суток адгезию бактерий к поверхности имплантатов.

Другим злободневным вопросом является профилактика рецидивов ППИ и повышение эффективности ее лечения. В.В. Павлов с соавторами демонстрируют среднесрочные результаты лечения относительно небольшой группы пациентов с использованием наиболее распространенной в ортопедии двухэтапной методики. Работа мультидисциплинарной команды позволила авторам по итогам двух этапов лечения в 80% случаев купировать инфекционный процесс. С учетом значимого процента рецидивирования глубокой ППИ крайне интересны современные взгляды на возможности повышения эффективности лечения этой группы больных.

Повышению эффективности первого этапа двухэтапной ревизионной артропластики при ППИ посвящена работа Н.С. Николаева с соавторами. Использование имплантатов, покрытых двумерно-упорядоченным линейно-цепочечным легированным серебром углеродом, позволило значительно улучшить результаты санирующего этапа операции. На наш взгляд, эффективная локальная антибиотикотерапия в сочетании с тщательной хирургической обработкой позволят изменить подход к лечению пациентов с ППИ и чаще использовать одноэтапную ревизию.

И все же данные регистра РНИИТО им. Р.Р. Вредена, которые анализируют в своей статье И.И. Шубняков с соавторами, возвращают нас на землю: нарастает число ранних ревизий, и основная их причина — инфекционные осложнения. Не столь оптимистичны результаты хирургиче-

ского лечения — доля эрадикации не превышает 70%, а с каждой последующей операцией прогноз на выздоровление значительно ухудшается. Кроме того, участие микробных возбудителей с высоким уровнем устойчивости к системным антибактериальным препаратам приводит к неудачам saniрующих операций с установкой антимикробного спейсера почти в половине случаев. Именно поэтому резекционная артропластика в сочетании с несвободной мышечной пластикой, которая изначально применялась при лечении хронического остеомиелита, может быть операцией выбора в таких случаях. Да, существенно страдает функция конечности, однако, как показывают авторы, это реальный шанс достичь стойкой ремиссии гнойного процесса, и при этом не исключается последующее реэндопротезирование.

Несмотря на разнонаправленность статей в этом тематическом выпуске, остались неосвещенными вопросы о том, как лечить ППИ, обусловленную панрезистентными штаммами или вызванную редкими возбудителями с природной устойчивостью практически ко всем антибиотикам. Остается открытым вопрос о тактике ведения пациентов с обширным, а иногда и тотальным поражением костей: всегда ли требуется калечащая операция или возможна установка онкологического эндопротеза?

В целом назрела необходимость в пересмотре старых и разработке современных клинических рекомендаций по диагностике и лечению ППИ, которые бы обобщили рекомендации Согласительной конференции с учетом отечественных реалий, а также результаты последних исследований.

*Профессор Р.М. Тихилов  
Д-р мед. наук С.А. Божкова*