

Тимошенко К. Н., Повелица Г. Э.

ИНФЕКЦИОННЫЕ АРТРИТЫ ГРУДИННО-КЛЮЧИЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Татур А. А.

1-я кафедра хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Частота инфекционных артритов грудинно-ключичного сочленения (ИАГКС) в структуре инфекционных артритов различной локализации не превышает 1%, что обуславливает трудности их диагностики ввиду недостаточной осведомленности врачей разных специальностей об этой редкой патологии. ИАГКС, как правило, диагностируются уже при развитии таких осложнений, как остеомиелит рукоятки грудины и ключицы, медиастинит, глубокая флегмона шеи, эмпиема плевры, которые усложняют лечебную тактику и ухудшают прогноз медико-социально-трудовой реабилитации пациентов.

Цель: анализ причин развития, результатов диагностики и лечения ИАГКС.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 30 пациентов, находившихся в 2012 - 2019 г.г. на лечении в гнойном торакальном отделении (ГТО) Республиканского центра торакальной хирургии (РЦТХ) на базе УЗ «10-я ГКБ» с диагнозом ИАГКС. 14 пациентов (46,7%) были направлены в РЦТХ из других стационаров г. Минска, 10 пациентов (33,3%) - поликлиническими учреждениями, 6 пациентов (20%) были доставлены бригадой СМП. Среди пациентов было 20 мужчин (66,7%) и 10 женщин (33,3%), 60% пациентов были трудоспособного возраста.

Результаты и их обсуждение. За период с 2012 до 2019 г.г. госпитализировалось в среднем 3,5 [2;5] пациентов в год. Нами установлено, что инфицирование сустава происходило гематогенным (n=23; 76,7%) и контактным путем (n=3; 10%). Источник инфицирования не удалось уточнить у 4 пациентов (13,3%). ИАГКС справа наблюдался у 18 пациентов (60%), слева - у 8 (26,7%), двухсторонний - у 4 (13,3%). Артрит серозного характера был выявлен только у 4 пациентов (13,3%). Превалировали пациенты с гнойным артритом (n=26; 86,7%) с наличием свища с гнойным отделяемым (n=12; 40%). При бактериологическом исследовании отделяемого из раны (n=12) или пунктата (n=18) установлено, что чаще всего этиологическим агентом явился золотистый стафилококк (66,7%). Стерильные посевы были у 4 пациентов. Инструментальная диагностика ИАГКС включала рентгенографию (100%), КТ (96,7%), радиоизотопную скинтиграфию (10%) и МРТ (3,3%), при которых у 76,7% пациентов выявлены деструкция рукоятки грудины, ключицы и 1-2 ребер. Большие осложнения ИАГКС включали гнойный медиастинит (23,3%), апикальную эмпиему плевры (13,3%), флегмону шеи и грудной стенки (13,3%). Синдром системного воспалительного ответа выявлен у 20 пациентов (66,7%), а у 14 был диагностирован сепсис (46,7%) с бактериемией. Лечение ИАГКС с учетом коморбидности (сахарный диабет - 46,7%; ВИЧ - 10%; парентеральный гепатит - 10% и др.) комплексное, длительное, этапное. Из 7 пациентов консервативное лечение было эффективным у 4-х с серозным артритом, у 3-х развилось нагноение с развитием деструкции костной ткани. На 1-м этапе после вскрытия и дебридмента открытое дренирование выполнено 16 пациентам, VАС-терапия – 10. У 14 пациентов раны репарировали, у 12 потребовалось радикальное лечение в объеме резекции рукоятки грудины, грудинного конца ключицы, 1-2-го ребер с пластикой мобилизованной большой грудной мышцы (40%). Умерли 3 пациента после 1-го, дренирующего этапа лечения от сепсиса со СПОН (10%).

Выводы. 1) Диагностическая программа при ИАГКС должна включать КТ и бактериологическое исследование; 2) Консервативное лечение эффективно при серозных артритах; 3) При гнойно-деструктивных артритах показано их вскрытие и дренирование с применением VАС-терапии с проведением этиотропной антибактериальной терапии с персонифицированным определением показаний к резекции грудино-ключичного сустава, 1-2 ребер с пластикой лоскутом большой грудной мышцы.