

ИНФЕКЦИОННЫЙ АРТРИТ ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ: ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

*Татур А.А.¹, Протасевич А.И.¹, Росс А.И.²,
Попов М.Н.², Тимошенко К. Н.²*

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

²УЗ «10-я городская клиническая больница г. Минска»

Введение. Инфекционный артрит грудино-ключичного сустава (ИАГКС) не имеет специфической симптоматики, является редкой и мало знакомой практическим врачам патологией. Анатомические особенности грудинно-ключичного сустава (ГКС) способствуют распространению гнойного процесса за его пределы, приводя к развитию параартикулярных флегмон, хондрита 1-2-го ребер, а также – эмпием плевры и переднего медиастинита. Наиболее тяжелое клиническое течение характерно для пациентов, у которых ИАГКС является осложнением септикопиемии. В лечении ИАГКС в условиях специализированного стационара применяются консервативные методы, дренирующие вмешательства, VАС-терапия, одномоментные и отсроченные резекционно-пластические операции, частота раневых осложнений после которых составляет 7,7- 50%, а летальность достигает 4-15%.

Целью исследования явились анализ причин развития и оценка результатов диагностики и лечения пациентов с ИАГКС.

Материал и методы. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 38 пациентов с ИАГКС, госпитализированных в 2012-23 г.г. в Республиканский центр торакальной хирургии (РЦТХ) на базе гнойного торакального отделения УЗ «10-я ГКБ» г. Минска. Всем пациентам выполнено клиничко-лабораторно-лучевое обследование и проведено персонифицированное комплексное лечение с оценкой его непосредственных результатов.

Результаты и обсуждение. Медиана количества пациентов с ИАГКС, госпитализированных в РЦТХ, в период с января 2012 по сентябрь 2023 г.г. составила 3,3 (1; 5) в год. Большинство из больных были переведены после консультации торакального хирурга из других стационаров г. Минска (16; 42%). 13 пациентов были направлены поликлиническими учреждениями (34%), а 9 были доставлены бригадой скорой помощи (24%). Мужчин (23; 61 %) было в 1,5 раза больше, чем женщин (15; 39%). В возрасте <20-40 лет было 7 пациентов (18,4%), 71-80 лет – 3 пациента (7,9%), 81-90 лет (7,9%). Преобладали пациенты в возрасте 41-70 лет (25; 65,8%). Односторонний ИАГКС справа выявлен у 25 пациентов (65,8%), слева - у 9 (23,7%), двухсторонний - у 4 (10,5%). В структуре коморбидного фона наиболее часто отмечен сахарный диабет (15; 39,5%). Наркомания и первичный иммунодефицит были выявлены у 3 пациентов (7,9%), ИБС, артериальная гипертензия, аритмии – у 5 (13,2%), парентеральный гепатит – у 4 (10,5%),

бронхиальная астма, полиноз - у 3 (7,9%), рак мочевого пузыря, простаты, молочной железы – у 3 (7,9%), травма шеи – у 2 (5,2%), переохлаждение – у 2 (5,2%) и др. У всех пациентов были жалобы на гипертермию (37,5-39° С) и боли в области пораженного сустава, в зоне которого имелись отек и инфильтрация мягких тканей (100%), гиперемия (84%), нарушение функции плечевого сустава (78%), флюктуация (42%), наличие гнойного свища (19%) или дренированной раны с гнойным отделяемым (19,4%). У пациентки с двухсторонним артритом имелась цервикотомная рана слева после дренирования флегмоны шеи и передне-верхнего медиастинита, а у пациентки с постлучевым артритом после мастэктомии в проекции правого ГКС была язва 3x4 см с гнойным отделяемым. Методы лучевой визуализации, основными из которых явились КТ и УЗИ, позволили при поступлении у 31 пациента (81%) выявить признаки острого гнойного артрита и клавикулостеральной остеодеструкции, которая сочеталась с **гнойным хондритом 1 ребра (80,6%) или 1-2-го ребер (6,5%)**. У 17 пациентов (54,8%) при КТ установлено наличие, оценены характер и распространенность передне-верхнего медиастинита (45%), апикально-парамедиастинальной эмпиемы плевры (24%), флегмоны шеи и (или) грудной стенки (26%). При анализе температурной реакции и лейкограмм крови при поступлении синдром системного воспалительного ответа выявлен у всех пациентов. **Бактериологическое исследование** отделяемого из раны, язвы или свища проведено у 19 пациентов, пунктатов – также у 19, из которых у 4 с серозным артритом они были стерильные. Рост микроорганизмов получен у всех пациентов с наличием свищей (ран) и у 78,9% после выполнения пункции ГКС. Наиболее частым этиологическим агентом развития гнойного артрита явился *Staph. aureus* (77,8%), причем у половины больных в ассоциации с *Ac. Baumannii* (29%), *Ps. aeruginosa* (16%) и *Kl. pneumoniae* (10,5%). Бактериологическое исследование венозной крови проведено у 100% пациентов. Стерильными посевами крови были у 22 пациентов (57,9%). У 16 больных выявлена бактериемия (42,1%) с превалированием в гемокультуре стафилококков – 85%. Установлено, что гематогенное инфицирование ГКС было у 79% пациентов, контактным путем - у 7,9%, а у 13,2% нам не удалось уточнить этиологию ИАГКС. Лечение пациентов с ИАГКС проводилось с учетом индивидуальных особенностей клинического течения, тяжести общего состояния и коморбидного фона, характера осложнений. Из 9 пациентов с серозным артритом на фоне антибактериальной и противовоспалительной терапии у 3 клинико-сонографически верифицировано развитие абсцедирования, что явилось показанием к пункции и дренирующему вмешательству, а у 6 из них в сроки от 14 до 33 (Me=21) суток воспалительный процесс купировался без развития рецидива заболевания после выписки. Хирургическое лечение проведено 32 пациентам (84,2%) с гнойным артритом ГКС, достоверными предикторами которого считаются локальная боль и гиперемия, синдром системного воспалительного ответа, наличие свища с гнойным отделяемым, гипертермия в течение 3-х суток, положительные

посевы крови в течение 4-х суток, КТ-признаки остеодеструкции. 24 пациентам выполнено вскрытие капсулы сустава, дебридмент гнойной полости, открытое дренирование или редренирование. 8 пациентов поступили уже после вскрытия гнойников в других стационарах. Одновременно с вскрытием и дренированием зоны ГКС у 8 пациентов выполнено активное дренирование трубчатыми дренажами передне-верхнего гнойного медиастинита (25%), у 5 - флегмоны шеи и (или) грудной стенки (15,6%), у 4 - апикально-парамедиастинальной эмпиемы плевры (12,5%). 17 пациентам проведена интенсивная посиндромная терапия сепсиса у (53%). У 11 пациентов после вскрытия зоны гнойного артрита ГКС, некрэктомии и кюретажа костных тканей проведена терапия отрицательным давлением длительностью -16 [3; 30] суток с развитием репарации у 3. У 8 пациентов (25%) этой группы на фоне антибактериальной терапии (АБТ) и местного лечения в сроки от 7 до 84 (Me= 22,5) суток раны репарировали без развития рецидива. У 15 пациентов (после разрешения медиастинита, эмпиемы плевры, субпекторальной флегмоны, сепсиса и санации гнойной полости была выполнена односторонняя резекция ГКС с удалением передних отрезков 1, 2 ребер с одномоментной пластикой пострезекционного дефекта грудной стенки ипсилатеральным (93,3%) или у пациентки после мастэктомии по Холстеду контрлатеральным (6,7%) васкуляризированным пекторальным мышечным лоскутом. После операции нагноение раны, потребовавшее рerezекции ключицы и ремиоластики, развилось у 1 пациента. Медиана длительности резекционно-пластического этапа лечения составила 16 [10;43] суток. 4 пациента с развитием клавикуло-стернальной остеодеструкции (100%), передне-верхнего гнойного медиастинита (100%), эмпиемы плевры (66,7%) и флегмоны шеи (25%), медиана возраста которых была 80 (75; 87) лет, умерли от сепсиса с прогрессирующей полиорганной недостаточностью на 7, 10 и 36 и 104 сутки после вскрытия и дренирования сустава. Летальность составила 12,5%.

Выводы.

1. Диагностическая программа при ИАГКС должна включать КТ ОГК, пункцию сустава под УЗИ-контролем и бактериологическое исследование раневого отделяемого, пунктата и гемокультуры;
2. *Staph. aureus* является наиболее частым этиологическим агентом гнойного артрита ГКС (77,8%) и сепсиса (85%);
3. При серозном артрите ГКС АБТ эффективна 66,7% пациентов;
4. При гнойных артритах ГКС на первом этапе показано дренирующее вмешательство с применением VAC-терапия с последующим после разрешения сепсиса и купирования местного воспалительного процесса у 47% пациентов проведением резекционно-пластического вмешательства.