

# ИНФЕКЦИОННЫЕ АРТРИТЫ ГРУДИННО-КЛЮЧИЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

*Татур А.А.<sup>2</sup>, Росс А.И.<sup>1</sup>, Попов М.Н.<sup>1</sup>, Протасевич А.И.<sup>2</sup>, Куптель М.А.<sup>1</sup>,  
Жемло М.М.<sup>1</sup>, Тимошенко К.Н.<sup>2</sup>, Повелица Г.Э.<sup>2</sup>, Пландовский А.В.<sup>2</sup>*

*УЗ «10-я городская клиническая больница»<sup>1</sup>,*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>2</sup> Минск*

**Актуальность.** Частота инфекционных артритов грудинно-ключичного сочленения (ИАГКС) в структуре 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 после хирургического вмешательства.

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

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 30 пациентов, находившихся в 2012-19 г.г. на лечении в гнойном торакальном отделении (ГТО) Республиканского центра торакальной хирургии (РЦТХ) на базе УЗ «10-я ГКБ» г. Минска 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 скорой медицинской помощи.

**Результаты и их обсуждение.** За период с 2012 до 2019 г.г. госпитализировалось в среднем 3,5 [2;5] пациентов в год. Среди пациентов было 20 мужчин (66,7%) и 10 женщин (33,3%), 60% из которых были трудоспособного возраста. Пациенты предъявляли жалобы на боль, отек и гиперемию кожи в зоне сустава и повышенную температуру тела. Нами установлено, что инфицирование сустава происходило на фоне сепсиса гематогенным (n=23; 76,7%) и реже - 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 арт-

**Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.**

ритом (n=26; 86,7%) с наличием свища с гнойным отделяемым (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. Синдром системного воспалительного ответа выявлен у 20 пациентов (66,7%), а у 14 был диагностирован сепсис (46,7%) с бактериемией (Золотистый стафилококк-71,4%, ацинетобактер – 21,4%, стафилококк гоминас – 14,2%, гемолитический стафилококк- 14,2%). Инструментальная диагностика ИАГКС включала рентгенографию (100%), КТ ОГК с болюсным усилением (96,7%), радиоизотопную сцинтиграфию (10%) и МРТ ОГК (3,3%), при которых у 76,7% пациентов выявлены деструкция рукоятки грудины, ключицы, хрящевых отрезков 1-2 ребер. Большие осложнения ИАГКС включали гнойный медиастинит (23,3%), апикальную эмпиему плевры (13,3%), флегмону шеи и грудной стенки (13,3%). Лечение ИА ГКС с учетом коморбидности (сахарный диабет-46,7%; ВИЧ-10%; парентеральный гепатит-10%, наркомания – 6,7% и др.) было комплексным, этапным, длительным. Одна госпитализация потребовалась 66,7% пациентов, две – 23,3%, три- 10%. Из 7 пациентов консервативное лечение было эффективным у 4 (20%) 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, VAC-терапия – 10. У 14 пациентов раны при местной терапии репарировали вторичным натяжением. У 12 пациентов выполнено радикальное хирургическое лечение в объеме резекции рукоятки грудины, грудинного конца ключицы, 1-2-го ребер с пластикой пострезекционного дефекта грудной стенки мобилизованным лоскутом большой грудной мышцы. Медиана длительности консервативного лечения составила 25 (14; 33) суток, дренирующих вмешательств 25 (7; 84) суток с развитием летальных исходов у трех пациентов, при применении VAC – терапии 36 (28; 132) суток, после резекционного этапа и миопластики – 43 (7; 203) суток. Умерли 3 пациента от сепсиса с полиорганной недостаточностью на 7, 10 и 36 сутки после проведения открытого дренирования (10%).

**Выводы.**

1. Диагностическая программа при ИАГКС должна включать КТ ОГК и бактериологическое исследование раневого отделяемого и гемокультуры;
2. Наиболее частым этиологическим агентом развития ИАГКС явился золотистый стафилококк (66,7%);
3. Консервативное лечение эффективно при серозных артритах; 4. При гнойно-деструктивных артритах показано их вскрытие и дренирование с применением VAC-терапии с проведением этиотропной антибактериальной терапии с персонифицированным определением показаний к резекции грудинно-ключичного сустава, 1-2 ребер с пластикой дефекта грудной стенки васкуляризованным лоскутом большой грудной мышцы.