

ИНФЕКЦИОННЫЕ АРТРИТЫ ГРУДИННО-КЛЮЧИЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

***Tatur A.A.¹, Ross A.I.², Popov M.N.², Protasevich A.I.¹,
Plandovskiy A.V.¹, Скачко В.А.¹, Килимиченко А.В.²***

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

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

INFECTIOUS ARTHRITIS OF THE STERNOCLAVICULAR JOINT: DIAGNOSIS AND SURGICAL TACTICS

***Tatur A.A.¹, Ross A.I.², Popov M.N.², Protasevich A.I.¹,
Plandovsky A.V.¹, Skachko V.A.¹, Kilimichenko A.V.²***

¹UE "Belarusian State Medical University"

²UZ "10th City Clinical Hospital" in Minsk

Актуальность. Инфекционные артриты грудинно-ключичного сочленения (ИАГКС) являются редкой малознакомой врачам торакальной патологией. Их частота в структуре артритов различной локализации не превышает 1%. Своевременно диагностированные серозные ИАГКС достаточно эффективно лечатся консервативно. На практике же они диагностируются, как правило, уже при развитии гнойных осложнений: остеомиелит рукоятки грудины и ключицы, глубокая флегмона шеи, медиастинит, эмпиема плевры, которые требуют хирургического вмешательства, что увеличивает длительность лечения и ухудшает прогноз реабилитации пациентов трудоспособного возраста.

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

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 45 пациентов, находившихся в 2012- 24г.г. на лечении в гнойном торакальном отделении (ГТО) Республиканского центра торакальной хирургии (РЦТХ) на базе УЗ «10-я ГКБ» г. Минска с диагнозом ИАГКС. 20 пациентов (44,4%) были направлены в РЦТХ из других стационаров г. Минска, 14 (31,1%) - поликлиническими учреждениями, 8 (17,8%) были доставлены бригадой скорой медицинской помощи и 3 (6,7%) обратились в приемное отделение самостоятельно

Результаты и их обсуждение. Если в период с 2012 до 2019 г.г. нами госпитализировалось в среднем 3,5 (2;5) пациентов в год, в 2020-24 – 3 (1; 5). Среди пациентов, 2/3 из которых трудоспособного возраста, было 25 мужчин (55,6%) и 20 женщин (44,4%). Пациенты предъявляли жалобы на боль в плечевом суставе и нарушение его функции, отек и гиперемию кожи в зоне сустава и повышенную температуру тела. ИАГКС справа наблюдался у 28 пациентов (62,2%), слева - у 13 (28,9%), двухсторонний - у 4 (9,9%). При поступлении артрит серозного характера был выявлен у 12 пациентов (26,7%). Превалировали пациенты с гнойным артритом (n=33; 73,3%) с наличием свища с гнойным отделяемым у 14 (42, 4%). При

бактериологическом исследовании отделяемого из раны или пунктата установлено, что чаще всего этиологическим агентом явился золотистый стафилококк (62,2%). Стерильные посевы были у 7 пациентов. Синдром системного воспалительного ответа выявлен у 32 пациентов (71,1%), а у 18 пациентов был диагностирован сепсис (40%) с бактериемией (золотистый стафилококк- 71,4%, ацинетобактер – 21,4%, стафилококк гоминис – 14,2%, гемолитический стафилококк- 14,2%). Инструментальная диагностика ИАГКС включала рентгенографию ОГК (100%), КТ ОГК с болюсным усилением (100%) и радиоизотопную сцинтиграфию (10%) при которых у 33 пациентов выявлены деструкция рукоятки грудины, ключицы, а также хрящевых отрезков 1 и 1-2 ребер. Нами установлено, что у 75% пациентов инфицирование сустава происходило гематогенно, у 10% - контактным путем, у 15% механизм инфицирования выявить не удалось.

При поздней диагностике большие гнойные осложнения ИАГКС включали передний верхний гнойный медиастинит (21,2%), апикальную эмпиему плевры 4 (12,1%), флегмону шеи и грудной стенки 4 (12,1%), которые потребовали выполнения соответствующих дренирующих вмешательств. Лечение ИА ГКС с учетом коморбидности (сахарный диабет-51,1%; ВИЧ-8,9%; парентеральный гепатит- 8,9%, наркомания – 6,7% и др.) было комплексным, этапным, длительным. Одна госпитализация потребовалась 66,7% пациентов, две – 23,3%, три- 10%. Из 12 пациентов с серозным артритом антибактериальная терапия (АБТ) была эффективной у 9 (75%), а у 3-х (25%) развилось нагноение с развитием деструкции костной ткани, т.е. в целом лечение гнойно-деструктивного процесса нами проведено у 36 пациентов. На 1-м этапе после вскрытия и дебридмента открытое дренирование выполнено 16 пациентам и VAC-терапия – 20. У 17 пациентов раны при местной терапии репарировали вторичным натяжением или были наложены вторичные швы. У 19 пациентов выполнено радикальное хирургическое лечение в объеме краевой резекции рукоятки грудины, грудинного конца ключицы, 1-2-го ребер в пределах здоровых тканей с пластикой пострезекционного дефекта грудной стенки мобилизованным лоскутом ипсилатеральной большой грудной мышцы.

Медиана длительности консервативного лечения составила 24 (14; 35) дня, дренирующих вмешательств - 26 (8; 84) с развитием летальных исходов у трех пациентов при открытом ведении ран от сепсиса с полиорганной недостаточностью на 7, 10 и 36 сутки после проведения дренирования. При применении VAC – терапии длительность лечения составила 35 (25; 132) суток, а после резекционного этапа и миопластики – 45 (9; 203), причем все пациенты были выписаны на амбулаторный этап лечения. Госпитальная летальность составила 6,7%, а послеоперационная – 8,3%.

Выводы. 1) Диагностическая программа при ИАГКС должна включать КТ ОГК и бактериологическое исследование раневого

отделяемого и гемокультуры; 2) Консервативное лечение эффективно у 75% пациентов с серозным артритом; 3) При гнойно-деструктивных артритах показано вскрытие и дренирование гнойников с применением VAC-терапии с проведением этиотропной АБТ с персонифицированным определением показаний к резекции грудино-ключичного сустава, 1-2 ребер с пластикой дефекта грудной стенки васкуляризированным лоскутом ипсилатеральной большой грудной мышцы.