

Провальская А.Ю., Рамонович К.А.

ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АРТРИТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОТДЕЛЕНИЕ РЕВМАТОЛОГИИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Михневич Э.А.

Кафедра внутренних болезней, гастроэнтерологии и нутрициологии

с курсом повышения квалификации и переподготовки

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Бактериальный артрит (БакА) относится к тяжёлым заболеваниям суставов в связи с его последствиями, такими как остеомиелит, потеря сустава и летальный исход. Значительные трудности может вызывать диагностика БакА на начальном этапе, что определяет прогноз.

Цель: изучить особенности клинико-лабораторной диагностики БакА при сравнении с реактивным (РеА) и подагрическим артритами (ПА).

Материалы и методы. Проведено одноцентровое, ретроспективное исследование, где основную группу составили 20 пациентов с верифицированным БакА, госпитализированных в ревматологическое отделение УЗ «11-я ГКБ» г. Минска, у которых в синовиальной жидкости (СЖ) был выделен *St. aureus*. Изучались индексы воспаления (отношения абсолютных цифр L - лимфоцитов, N - нейтрофилов, С - Срп): NLR, CLR. Проводилось сравнение с группой 1 - 23 пациента с РеА, группой 2 - 44 пациента с ПА. Группы были сравнимы по возрасту и полу ($p > 0,05$).

Результаты и их обсуждение. В группе БакА преобладали мужчины - 65 % ($n=13$), средний возраст составил 60 ± 12 лет. Длительность заболевания до госпитализации составила $9 \pm 3,7$ дня. Время до начала антибиотикотерапии: 4 пациента - при поступлении; 16 – после получения результатов посева СЖ. Амбулаторно БакА не был заподозрен ни у одного пациента, в клинике ревматологом при первичном осмотре - у 30% из них. Среди факторов риска (ФР) преобладали инфекции разной локализации - 16 пациентов, ревматоидный артрит (РА) - 4, СД - 3, цитостатики (ЦС) и ГИБП - 10, внутрисуставные инъекции (ВС) – 5, комбинация ФР – у 5. Лихорадка была у 30% ($n=6$) пациентов. Чаще других поражался коленный сустав (КС) - 11 человек, по 2 случая для тазобедренного, голеностопного, лучезапястного суставов, олигоартриты - 3. НОШ в среднем составила $7 \pm 1,3$ балл, от 7 и выше баллов - у 80% ($n=16$) обследуемых. В СЖ цитоз составил 24350 (19025-27687), % нейтрофилов 94 (86-95).

В отличие от группы РеА при БакА наблюдались характерные ФР: РА, СД, приём ЦС и ГИБП, ВС инъекции – 17 случаев ($p < 0,001$). Кроме этого, чаще отмечался моноартрит ($p < 0,001$), чаще высокий НОШ > 7 ($p < 0,05$) и отсутствие эффекта НПВС ($p < 0,01$). Индексы NLR, CLR у пациентов с БакА были статистически выше, чем у пациентов с РеА ($p < 0,05$ для всех), в СЖ более выраженный цитоз и % нейтрофилов ($p < 0,05$).

При БакА в отличие от ПА также отмечались характерные ФР: инфекционные очаги ($p < 0,001$), ВС инъекции ($p < 0,05$), РА ($p < 0,05$). АГ встречалась реже, чем при ПА ($p < 0,05$). Типичнее для БакА был моноартрит КС и ТЗБ ($p < 0,05$), чем артрит суставов стопы ($p < 0,01$), неэффективность НПВС ($p < 0,001$), более высокие индексы воспаления крови ($p < 0,001$ для всех), сдвиг формулы влево ($p < 0,001$), чаще отсутствовала гиперурикемия ($p < 0,001$).

Выводы. БакА, диагностированный в отделении ревматологии, отличался сложностью диагностики на всех этапах. Для него в отличие от других артритов характерным были: особые ФР (РА, ВС инъекции, в лечении ЦС и ГИБП), чаще моноартрит КС, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и высокие индексы воспаления крови (NLR, CRL), визуальные и лабораторные изменения СЖ, неэффективность НПВС. Данные параметры могут помочь в формировании гипотезы вероятного БакА, что позволяет начать лечение до верификации возбудителя. Поэтому при любом вновь развившемся моноартрите крупных суставов особенно при наличии типичных ФР, в первую очередь, следует думать о БакА.