

імплантована в 11 (84,6%) пацієнтів, середня кількість шунтів 2,5 на одну операцію. Перебування в палаті інтенсивної терапії після операції в середньому була 2,6 доби, тоді як в стаціонарі перебували в середньому 9 діб. У віддаленому періоді через 6 місяців у пацієнтів з пластикою МК спостерігалась регургітація I ступеня у 2-х пацієнтів, у решти – мінімальна. Функція штучних клапанів була не порушена, ФВ зросла в середньому до $52,8 \pm 4,5\%$.

Висновок: Оптимальна стратегія хірургічного лікування ІМР базується на повній реваскуляризації міокарду в поєднанні з адекватним відновленням функції мітрального клапана.

УДК 616.727-002.3-06-089

Перцов В. І., Телушко Я. В., Савченко С. І.

ГНІЙНИЙ АРТРИТ ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНОГО СУГЛОБУ: ДІАГНОСТИКА, ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ, ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Запорізький державний медичний університет

Гнійний артрит грудино-ключичного суглобу (ГА ГКС) – хірургічна патологія, що діагностується, в більшості випадків пізно, а віддаленні результати лікування залежать від обраної хірургічної тактики. Інфекція ГКС, головним чином, асоційована з імунодефіцитними станами різного походження. Дебют захворювання супроводжується незначними місцевими змінами, а діагностика включає нехірургічні захворювання. Додаткові методи, переважно променеві, на початку не мають специфічної симптоматики, лише аналіз непрямих ознак дозволяє своєчасно встановити ГА ГКС. Застосовується різна хірургічна тактика: консервативна (на стадії серозного запалення); потім – розкриття капсули суглобу з видаленням гною та антибіотикотерапією; активна хірургічна – резекція ключиці, грудини. Так само, різні підходи використовуються і при закритті рани: первинне, відтерміноване, вторинне, в тому числі з використанням VAC-терапії.

Мета роботи: вдосконалення лікувально-діагностичної тактики у хворих з ГА ГКС та оцінювання віддалених результатів.

Матеріали та методи. До одноцентрового проспективного дослідження залучені 30 пацієнтів з ГА ГКС та його ускладненнями: основна група (N=20), що оперовані відповідно до запропонованої хірургічної тактики, та контрольна (N=10). Для діагностики використані фізикальні (ознаки запальних змін місцевого рівня), лабораторні (загальні запальні зміни), бактеріологічні (визначення імовірного збудника та його чутливості до антибіотиків), променеві (рентгенографія, УЗД та КТ з аналізом та динамікою патологічних

змін), статистичні методи. Безпосередні та віддалені результати лікування оцінювалися на підставі динаміки післяопераційного періоду, показників візуальної аналогової шкали, наявності рецидивів при довготривалому спостереженні, оцінці амплітуди рухів та функціонального відновлення верхньої кінцівки. Оперативне втручання виконувалося з анатомічним обґрунтуванням зони резекції ключиці (Запорізький медичний журнал, 2020, Том 22, № 6, с. 804-810) та профілактикою прогресування та рецидиву за власним способом (Патент на корисну модель №141843).

Результати. Причиною ГА ГКС, в більшості випадків (n=22, 73,3 %), була гематогенна дисемінація мікробної інфекції на тлі супутніх захворювань. Критерії оцінки безпосередніх результатів лікування, таких як, тривалість операції, об'єм крововтрати, строки припинення ексудації та видалення дренажних трубок, час перебування в стаціонарі, динаміка змін маркерів запальної відповіді, кількість післяопераційних ускладнень в обох групах не мали достовірної різниці.

Динаміка больового синдрому за ВАШ не відрізнялась на другу добу 66,5 (65,0; 67,0) проти 64,5 (61,0; 69,0), $p=0,201$). Аналогічні показники отримані й на 5 добу: 49,5 (47,5; 54,0) проти 53,5 (51,0; 54,0), $p=0,314$. Однак вони змінювалися на 10 добу 27,0 (23,5; 30,0) проти 37,5 (34,0; 39,0), $p=0,005$. Менша інтенсивність больового синдрому сприяла ранньому початку (з 5-7 дня) повноцінної функціональної реабілітації та кращому відновленню пацієнтів основної групи. Вивчення віддалених результатів лікування визначило відновлення амплітуди рухів (згинання: $82,0^\circ$ ($78,0^\circ$; $83,0^\circ$); розгинання: $41,0^\circ$ ($39,0^\circ$; $42,0^\circ$); відведення: $155,5^\circ$ ($151,5^\circ$; $158,0^\circ$)) та достовірно кращі функціональні результати в основній групі ($p=0.017$ за шкалою QuickDASH); в контрольній групі амплітуда рухів достовірно ($p<0,05$) менша (згинання: $77,5^\circ$ ($77,0^\circ$; $78,0^\circ$); розгинання: $37,0^\circ$ ($35,0^\circ$; $38,0^\circ$); відведення: $149,0^\circ$ ($148,0^\circ$; $150,0^\circ$)) та вищі показники порушення функції верхньої кінцівки.

Висновки. Діагностика ГА ГКС складається з аналізу клінічної картини захворювання зі співставленням результатів комплексної діагностики. Запроваджений підхід до діагностики та одномоментного анатомічно обґрунтованого хірургічного лікування ГА ГКС сприяє отриманню кращих функціональних результатів у порівнянні з багатоетапною тактикою.