

Рентгенограммы больной М. с аддукционным переломом шейки левой бедренной кости.

а — до операции; б — после эндопротезирования (четко контурируется кортикальный костный аллотрансплантат); в — через 4 года и 3 мес после операции.

имело место поверхностное нагноение раны с благоприятным исходом. У одной больной спустя 3 нед после операции произошел вывих головки эндопротеза (из-за технической погрешности — несоответствия размеров головки и вертлужной впадины), и она была оперирована повторно. Случаев неустойчивости эндопротеза не отмечалось, отдаленные результаты благоприятные.

Приводим одно из наблюдений.

Б о л ь н а я М., 62 лет, поступила в клинику по поводу субкапитального перелома шейки левой бедренной кости со смещением отломков (см. рисунок, а). Травму получила 12.01.92, упав дома на левый бок с упором на вертельную область. Более 3 нед находилась в травматологическом отделении районной больницы, а 4.02.92 была переведена в нашу клинику для оперативного лечения. Страдает следующими сопутствующими заболеваниями: ишемическая болезнь сердца — коронаро-кардиосклероз атеросклеротический, атеросклероз аорты, недостаточность кровообращения I стадии; хронический бронхит в стадии ремиссии, диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, дыхательная недостаточность I стадии; хронический персистирующий гепатит. После обследования и предоперационной подготовки 17.02.92 под общим обезболиванием произведена операция: протезирование головки и шейки бедренной кости эндопротезом Мура—ЦИТО с фиксацией ножки протеза кортикальным костным аллотрансплантатом по нашей методике (см. рисунок, б). Имобилизация конечности после операции обеспечена гипсовым деротационным сапожком. Сидеть в постели больная начала с 3-го дня. Через 5 нед начала ходить при помощи костылей, частично нагружая оперированную ногу. 28.03.92 выписана на амбулаторное лечение. Спустя еще 3 мес стала ходить с помощью трости. При осмотре через 4 года 3 мес после операции состояние удовлетворительное. Ходит свободно, не хромает, движения в тазобедренном суставе в полном объеме, выполняет всю работу по дому и в огороде. Тазобедренный сустав клинически и рентгенологически стабилен, эндопротез в первоначальном положении, костный аллотрансплантат сросся с медiallyй стенкой костномозгового канала и плотно прилегает к ножке эндопротеза; параартикулярных оссификатов нет (см. рисунок, в).

Таким образом, фиксация ножки эндопротеза Мура—ЦИТО кортикальным костным аллотрансплантатом обеспечивает устойчивость тазобедренного сустава и способствует достижению благоприятных результатов при лечении переломов шейки бедренной кости у пациентов пожилого и старческого возраста.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Каплан А.В. Повреждения костей и суставов. — М., 1979. — С. 385—394.
2. Dalton J.E., Cook S.D., Thomas K.A., Kay J.F. //J. Bone Jt Surg. — 1995. — Vol. 77A, N 1. — P. 97—110.
3. Haddad F., Levell N., Dowd P. et al. //Ibid. — 1995. — Vol. 77B, N 2. — P. 329—330.
4. Karrholm J., Borssen B., Lowenhielm G., Snorrason F. //Ibid. — 1994. — Vol. 76B, N 6. — P. 912—917.
5. Maruyama M. //Ibid. — 1995. — Vol. 77B, N 2. — P. 213—218.
6. Nelissen R.G., Bauer T.W., Weibenhillem L.R. et al. //Ibid. — 1995. — Vol. 77A, N 3. — P. 412—422.

© Коллектив авторов, 1997

В.К. Островский, А.Г. Моздон, А.В. Бессонов

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКТЕВОГО И ПРЕПАТЕЛЛЯРНОГО БУРСИТА

Ульяновский филиал Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова

С 1992 по 1994 г. в поликлинике № 1 медсанчасти Ульяновского автомобильного завода лечились 118 пациентов с бурситом — 111 (94,1%) с локтевым и 7 (5,9%) с препателлярным. Все больные были мужского пола, в возрасте от 26 до 45 лет. У 84 (71,2%) пациентов имел место серозный бурсит, у 34 (28,8%) — гнойный. Травма как причина бурсита установлена у 83 человек. Основным клиническим признаком бурсита было появление мягкой, безболезненной при-

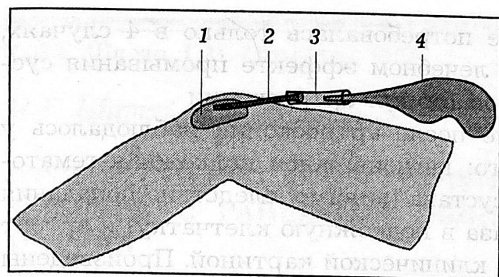


Схема способа активной аспирации содержимого из полости бурсы (объяснения в тексте).

© Коллектив авторов, 1997

С.Г. Волков, О.Н. Являнский, В.Н. Зачиняев,
В.М. Зинченко, А.Н. Криволапов, С.М. Куркин

АРТРОСКОПИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА (ПО МАТЕРИАЛАМ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ЧАСТИ ЖЕЛЕЗНОГОРСКА)

Медико-санитарная часть, Железнодорожск Курской области

пухлости на тыльной поверхности локтевого или передней поверхности коленного сустава. Нагноение проявлялось краснотой, отеком, болезненностью, повышением температуры. Лечение проводилось по общепринятой методике (Стручков В.И. и соавт., 1991). Так, окончательным методом лечения у 71 больного была пункция сумки. При этом удаляли ее содержимое, вводили 1—2 мл 70° спирта, после чего делали массаж области сумки и аспирировали остатки спирта. У 6 больных пункции не дали эффекта и бурсит был расценен как хронический, в связи с чем предпринята бурсэктомия. При гнойном бурсите у всех 34 больных произведено вскрытие и дренирование гнойной полости.

С 1994 г. мы применяем при бурситах, не поддающихся лечению пункциями, разработанный нами способ постоянной активной аспирации из полости сумки (см. рисунок). Бурса (1) пунктируется толстой иглой, при этом удаляется ее содержимое и вводится 1—2 мл 70° спирта. Затем через иглу проводится леска от катетера, используемого для катетеризации подключичной вены. После удаления иглы по леске в полость сумки проводится катетер (2) для катетеризации подключичной вены с боковыми отверстиями. Катетер фиксируется к коже шелковым швом. К наружному концу его через промежуточную трубку (3) присоединяется резиновая груша (4) в сжатом (опорожненном) состоянии. Расправляясь, груша создает отрицательное давление в полости сумки и аспирирует ее содержимое. Вместо катетера может быть использована толстая игла с боковыми отверстиями. Постоянная аспирация осуществляется до прекращения отделяемого по катетеру.

Способ применен у 21 больного: у 14 с хроническим и 4 с гнойным бурситом локтевого сустава и у 3 с гнойным препателлярным бурситом. Аспирация при хроническом бурсите продолжалась в среднем 10 дней, при гнойном — 9 дней. Длительность лечения составляла соответственно 12 и 11 дней. (При оперативном лечении эти сроки равнялись 17 и 21 дню.) Рецидивов заболевания у пациентов, лечившихся описанным методом, при наблюдении в сроки от 2 мес до 1 года не выявлено.

Таким образом, предлагаемый способ позволяет лечить гнойные и хронические формы бурсита, не прибегая к оперативному вмешательству. При этом также сокращаются сроки лечения, что имеет немаловажное экономическое значение.

В травматологическом отделении медико-санитарной части Железнодорожска за период с апреля 1992 г. по 1994 г. включительно операции с использованием артроскопической техники произведены 50 больным. Диагностическая и оперативная артроскопия выполнялась с помощью прибора фирмы «Karl Storz» в операционной, с полным соблюдением правил асептики и антисептики. По показаниям использовались спинномозговая анестезия, внутривенный или (в отдельных случаях) эндотрахеальный наркоз.

Среди 50 больных было 38 (76%) мужчин и 12 (24%) женщин. Возраст пациентов составлял от 15 до 65 лет (в среднем 35 лет).

В 1992 г. было выполнено 12 артроскопий, в 1993 г. — 16, в 1994 г. — 22. Необходимо учитывать, что применение артроскопии предполагает наличие у хирурга определенных технических навыков, а также клинического опыта. Из приведенных выше данных видно, что частота использования этого метода постепенно увеличивается. Расширяются и показания к его применению при патологии коленного сустава. Кроме того, за 2 года удалось за счет приобретения навыков сократить время осмотра полости сустава с 40—60 до 15—20 мин. Применение артроскопии позволило более точно выявлять характер патологии и проводить дифференциальную диагностику.

Структура заболеваний и повреждений коленного сустава, выявленных методом артроскопии, была следующей: деформирующий артроз — 17 (34%) больных, синовит (без видимых поврежденных элементов сустава) — 4 (8%), повреждение медиального мениска — 17 (34%), повреждение латерального мениска — 6 (12%), болезнь Кенига в различных стадиях — 4 (8%), неспецифический инфекционный артрит — 2 (4%).

При деформирующем артрозе проводилась диагностическая артроскопия — осмотр полости сустава; иногда при наличии экзостозов или глубоких узураций хряща предпринимались удаление экзостозов и механическая обработка хрящевой ткани с обязательным последующим промыванием полости сустава. Однако в большинстве случаев имелась картина деформирующего артроза I—II стадии, характеризующаяся размягчением хрящевой ткани, наличием неглубоких трещин и не-