



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

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.

© 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

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-

больших кратерообразных узураций в пателлофemorальном отделе.

У 4 больных видимых изменений хрящевой ткани и связочного аппарата, а также повреждения менисков не отмечено, однако обнаружены умеренная гипертрофия синовиальной оболочки, наличие синовиальной жидкости. Генез синовита у этих больных остался неясным, но в дальнейшем во всех случаях он быстро купировался.

Повреждения медиального мениска были разнообразными по характеру: паракапсулярные разрывы, поперечные, отрывы у переднего и заднего рога. У 6 больных имелась блокада сустава. В этих случаях проводилась оперативная артроскопия: парциальная резекция мениска (успешно выполнена у 3 больных). При возникновении технических трудностей или длительности артроскопии производили мини-артротомию и устраняли патологию.

Повреждения латерального мениска в основном были представлены небольшими поперечными разрывами в области переднего рога и тела. Оперативная тактика была идентична таковой при повреждениях медиального мениска.

У пациентов с болезнью Кенига в случае отсутствия свободного тела выполняли механическую обработку хряща, заключающуюся в удалении формирующегося секвестра, сглаживании хряща. Свободные хрящевые тела удаляли в зависимости от размеров через артроскопический доступ или через дополнительные разрезы. В одном случае выявлен хондроматоз коленного сустава: множество мелких свободных хрящевых тел, а также определяющихся под синовиальной оболочкой.

У 2 больных диагностическая артроскопия была проведена при неясной клинической картине. Обнаружены воспалительное утолщение синовиальной оболочки, гипертрофия и значительная гиперемия ее складок, наличие в полости сустава мутной синовиальной жидкости с хлопьями и нитями фибрина. У одного больного из синовиальной жидкости высеян стафилококк. Оба эти случая расценены (несмотря на отсутствие классической клинической картины) как инфекционный артрит (видимо, вялотекущая форма).

После операции больным накладывали гипсовую шину на 7 дней. Проводили обезболивающую терапию. Со 2-го дня начинали физиолечение (УВЧ, по снятии гипса — озокеритотерапия, электростимуляция прямой мышцы бедра при ее гипотрофии, массаж, ЛФК). Применяли препараты индолового ряда, больным с деформирующим артрозом назначали соответствующую комплексную терапию. При артрите (2 случая) вводили в сустав антибиотики, осуществляли его промывание. Если послеоперационный период протекал гладко, швы снимали на 9-е сутки. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после артроскопии составила 10—12 дней. Пункция сустава в послеопераци-

онном периоде потребовалась только в 4 случаях, что говорит о лечебном эффекте промывания сустава в конечной стадии артроскопии.

Осложнение после артроскопии наблюдалось у одного больного: нагноившаяся подкожная гематома в области сустава (видимо, следствие попадания углекислого газа в подкожную клетчатку) и артрит с выраженной клинической картиной. Произведены вскрытие, дренирование гематомы, внутрисуставно установлена проточно-промывная система, применена медикаментозная терапия. Осложнение удалось устранить, но пребывание больного в стационаре затянулось до 24 дней.

Общая продолжительность нетрудоспособности больных после артроскопии составила от 3 нед до 1,5 мес.

Приводим одно из наблюдений.

Б о л ь н о й П., 55 лет, 4.05.95 переведен из терапевтического отделения, где прошел курс лечения язвенной болезни желудка. 5.05.95 оперирован по поводу повреждения латерального мениска, деформирующего артроза правого коленного сустава. При артроскопическом осмотре полости сустава обнаружены повреждение хрящевого покрова внутренней поверхности надколенника щелевидной формы, не достигающее поверхности кости; паракапсулярный разрыв латерального мениска в области его тела длиной 1 см. Края разрыва сглажены. Произведена артроскопическая парциальная менискэктомия. 6.05.95 состояние удовлетворительное. Болей, выпота в суставе нет. Имобилизация состоятельна. При перевязке воспалительных явлений в области швов не отмечено. Учитывая хорошее состояние операционного поля, хорошее общее состояние, проживание в городе и наличие телефона, больной выписан на амбулаторное лечение. Осуществлялся ежедневный контроль за состоянием пациента по телефону. Проводилась магнитотерапия. На 5-е сутки после операции на приеме снята гипсовая повязка: выпота, болей, гиперемии кожи нет. На 7-е сутки сняты швы, начаты занятия лечебной гимнастикой. На 9-й день пациент самостоятельно и безболезненно согнул ногу в коленном суставе до 90°. Пользовался бандажной повязкой для коленного сустава из ткани «трикор». Приступил к прежней работе (машинист электровоза) на 37-й день после выписки из отделения.

Наш опыт применения артроскопии в условиях травматологического отделения городской медсанчасти подтверждает, что она является высокоэффективным, малотравматичным диагностическим и оперативным методом, дающим возможность значительно более точно, чем обычные методы обследования, диагностировать характер и степень внутрисуставных поражений. Применение артроскопии позволяет значительно сократить длительность пребывания больного в стационаре, а также общий срок нетрудоспособности.