

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЛОКТЕВОГО БУРСИТА

*И. С. Савка, В. В. Бондаренко,
С. А. Цивина, Д. П. Николук, Т. П. Бондаренко*

Главный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ»
Киев, Украина

В статье представлен опыт хирургического лечения 72 пациентов с диагнозом хронический рецидивирующий локтевой бурсит, находившихся на лечении в ГВМКЦ «ГВКГ» с 2006 по 2012 г. В 1 группе (43 пациента) было выполнено иссечение локтевой сумки. Во 2 группе (29 пациентов) выполнялась эндоскопическая бурсэктомия. Проанализированы результаты лечения, выявлены преимущества и недостатки оперативных методик, даны рекомендации.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий локтевой бурсит, артроскопия локтевого сустава, хирургическое лечение.

Введение

Проблема лечения пациентов с травмой и заболеваниями локтевого сустава остается важной и одной из самых сложных в травматологии [1]. На область локтевого сустава приходится около 3,5% патологии опорно-двигательного аппарата [6], при этом у 19% пациентов выявляется локтевой бурсит [5, 8].

Хронический рецидивирующий локтевой бурсит встречается, по данным отечественных и зарубежных авторов, в 0,2-7,9% наблюдений [4, 9]. При этом у мужчин данная патология наблюдается в 92% наблюдений, средний возраст составляет 48,3 года [2], средний срок нетрудоспособности — 24,5 дня [3]. В 20% случаев при хроническом рецидивирующем бурсите развиваются гнойно-септические осложнения (остеомиелит, гнойный артрит, флегмона мягких тканей), тогда средний срок нетрудоспособности достигает 60 дней [6, 8].

Высокая частота встречаемости в поликлинической и стационарной хирургической практике хронического рецидивирующего локтевого бурсита, длительная нетрудоспособность пациентов и развитие у них гнойно-септических осложнений указывает на необходимость разработки рациональной хирургической тактики при данной патологии [7, 10].

Материалы и методы исследования

В клинике повреждений Главного военно-медицинского клинического центра «ГВКГ» с 2006 по 2012 г. находились 72 пациента с диагнозом хронический рецидивирующий локтевой бурсит. Мужчин было 55 (76,4%), женщин — 17 (23,6%), в возрасте от 34 до 65 лет. Средний возраст пациентов составил 42,4 года.

Всем больным проводилось комплексное обследование: сбор анамнеза, осмотр, пальпация, клиническое тестирование заболеваний и травм локтевого сустава, рентгенография локтевого сустава в двух проекциях, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма. По показаниям выполнялись инструментальные исследования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование локтевого сустава.

Все пациенты были условно разделены на две группы. 1 группу составили 43 пациента, прооперированные до 2009 г. Этим больным было выполнено иссечение локтевой сумки. 2 группу составили 29 пациентов, оперированных с 2010 по 2012 г. Этим больным выполнялась эндоскопическая бурсэктомия.

Открытая бурсэктомия выполнялась стандартным полулунным разрезом с последующим дренированием остаточной полости активным дренажем через контрапертуру.

Эндоскопическая бурсэктомия выполнялась при помощи артроскопа фирмы «Контакт» (Россия) диаметром 2,7 мм с углом обзора 30 градусов, визуализация — при помощи эндовидеокомплекса ЭКОНТ-2301 фирмы «Контакт» (Украина). Бурсоскопию проводили через два порта — латеральный и медиальный — шириной 3 мм. Техника эндоскопической бурсэктомии заключалась в удалении фиброзных спаек при помощи кусачек, тотальной вапоризации стенок синовиальной сумки по часовой стрелке со сменой инструментального и обзорного порта. Вапоризацию синовиальной сумки проводили при помощи системы высокочастотной биполярной абляции VAPR 3 (США). В конце операции устанавливался активный

дренаж через порт. Дренаж в 1 и во 2 группах пациентов удалялся после прекращения поступления содержимого по нему, иммобилизация локтевого сустава при помощи эластического бинта продолжалась до снятия швов.

Результаты исследования и их обсуждение

Средняя продолжительность операции в 1 группе составила 25 минут, во 2 группе — 53 минуты. Средняя длина операционного разреза в 1 группе составила 13,5 см, во 2 группе — 0,6 см. Увеличение времени операции при эндоскопической бурсэктомии обусловлено тщательным выполнением тотальной вапоризации синовиальной оболочки локтевой сумки. Среднее время нахождения пациента в стационаре составило в 1 группе 5,2 дня, во 2 группе — 3,4 дня. Увеличение срока нахождения в стационаре в 1 группе обусловлено более поздним удалением дренажа из остаточной полости локтевого сустава.

В 1 группе у 37 (86,0%) пациентов получен хороший результат, у 4 (9,3%) — удовлетворительный и у 2 (4,7%) — неудовлетворительный. У 4 пациентов в раннем послеоперационном периоде после удаления дренажа возник выпот под кожей, который разрешился после подкожной аспирации. У 2 больных с неудовлетворительным результатом была выполнена повторная бурсэктомия.

Во 2 группе у 28 (96,6%) пациентов получен хороший результат, у 1 (3,4%) — удовлетворительный. У 1 пациента с удовлетворительным результатом в раннем послеоперационном периоде после удаления дренажа возник выпот под кожей, который разрешился после подкожной аспирации.

Применение техники эндоскопической бурсэктомии у пациентов с хроническим локтевым бурситом позволяет добиться хороших и удовлетворительных результатов у 100% больных, при открытой бурсэктомии у 95,3%. Преимущество эндоскопической бурсэктомии: уменьшение время нахождения в стационаре в 2 раза, хороший косметический эффект. Недостатки эндоскопической бурсэктомии: удлинение длительности оперативного лечения, применение дорогостоящего оборудования.

Выводы

1. Применение техники эндоскопической бурсэктомии у пациентов с хроническим локтевым бурситом позволяет добиться хороших и удовлетворительных результатов у 100% больных, при открытой бурсэктомии — у 95,3%.

2. Эндоскопическая вапоризация локтевой бursы с последующим активным дренированием остаточной полости сокращает сроки лечения пациентов в 1,5 раза, достигая хорошего косметического эффекта.

3. Недостатками эндоскопической бурсэктомии являются удлинение длительности оперативного лечения в 2 раза, применение дорогостоящего оборудования.

Литература

1. Гостищев В.К. Инфекция в хирургии: руководство для врачей / В.К.Гостищев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 761 с.
2. Жижин Ф.С. Амбулаторное лечение хирургических заболеваний / Ф.С.Жижин, В.И.Бекмачев. — Ижевск: Экспертиза, 2001. — 140 с.
3. Кубышковский А.Л. Лечение бурситов / А.Л.Кубышковский, Б.Ф.Борисов, А.И.Ломако // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. — 1988. — №8. — С. 128-129.
4. Ламм Э.Я. Травматические профессиональные бурситы / Э.Я.Ламм. — М.: Медицина, 1966. — 267 с.
5. Олекса А.П. Травматологія і ортопедія: підручник / А.П.Олекса. — К.: Вища школа, 1993. — 511 с.
6. Стручков В.И. Хирургическая инфекция / В.И.Стручков, В.К.Гостищев, Ю.В.Стручков. — М.: Медицина, 1991. — 560 с.
7. Федорова Н.Е. Бурсит / Н.Е.Федорова // Медицинская помощь. — 1995. — №1. — С. 19-21
8. Dogo D. Treatment of ganglion using hypertonic solve as sclerotic / D.Dogo, A.V.Hassan, U.Babayo // West.Afr. J. Med. — 2003. — Vol. 22. — P. 13-14.
9. Grance W.J. Diseases of bones and joints infections: [short practice of surgery] / W.J.Grance. — London: Chapman and Hall, 1995. — 267 p.
10. Swit W. Chirurgie der infection / W.Swit, S.Kiene. — Leipzig, 1991. — 768 p.

І.С.Савка, В.В.Бондаренко, С.А.Цівина, Д.П.Ніколюк, Т.П.Бондаренко. Ендоскопічні технології при лікуванні хронічного рецидивуючого ліктьового бурситу. Київ, Україна.

Ключові слова: хронічний рецидивуючий ліктьовий бурсит, артроскопія ліктьового суглоба, хірургічне лікування.

У статті наведений досвід хірургічного лікування 72 пацієнтів з діагнозом хронічний рецидивуючий ліктьовий бурсит, що знаходилися на лікуванні в ГВМКЦ «ГВКГ» з 2006 до 2012 р. У 1 групі (43 пацієнти) було виконано висічення ліктьової сумки. У 2 групі (29 пацієнтів) виконувалася ендоскопічна бурсектомія. Проаналізовано результати лікування, виявлено переваги та недоліки оперативних методик, дані рекомендації.

I.S.Savka, V.V.Bondarenko, S.A.Civina, D.P.Nikoluk, T.P.Bondarenko. Endoscopic techniques for treating chronic relapsing elbow bursitis. Kyiv, Ukraine.

Key words: chronic recurrent elbow bursitis, elbow arthroscopy, surgical treatment.

In the article presents the experience of surgical treatment of 72 patients with a diagnosis of chronic recurrent elbow bursitis treated in the Main military medical clinical centre «MMCH» from 2006 to 2012 years. In group 1 (43 patients) excisions of the ulnar bags were performed. In group 2 (29 patients) endoscopic bunionectomy was performed. The results of treatment were analyzed the advantages and disadvantages of operational procedures were revealed recommendations, were given.