

УДК 616.72-002.155

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕРОЗНЫХ БУРСИТОВ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

А.Л. Чарышкин, Д.А. Мелкий, Л.В. Глущенко

Ульяновский государственный университет

Исследовано 62 пациента с острым локтевым бурситом в период с 1998 по 2009 г. Средний возраст пациентов – $34,9 \pm 6,5$ года. В зависимости от способа лечения локтевого бурсита больные разделены на две группы. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии. Применение разработанного способа лечения локтевого бурсита с введением склерозантов экономически выгодно ввиду сокращения сроков временной нетрудоспособности в среднем в 2 раза.

Ключевые слова: хирургия, амбулаторная хирургия, травматология, локтевой бурсит, прошивной метод, склерозанты.

Введение. Серозный бурсит локтевого сустава – часто встречающееся в амбулаторно-хирургической практике патологическое состояние. По статистическим данным, годовая заболеваемость составляет минимум 10 случаев на 100 тыс. чел. [1]. Средний возраст больных находится в пределах 44 лет, мужчины страдают бурситом чаще (88 %) [1].

Острый серозный бурсит характеризуется умеренной болезненностью, инфильтрацией стенки бурсы, часто без наличия свободной жидкости в ней, иногда с ограничением подвижности в суставе из-за болей [2]. При присоединении гноеродной флоры, что бывает в 20 % случаев [7], острый серозный бурсит переходит в гнойный, и это чревато такими серьезными осложнениями, как частичный некроз сумки, подкожные и межмышечные флегмоны, гнойные артриты, остеомиелиты [2]. Особенно опасны эти осложнения с учетом возрастающей устойчивости возбудителей к антибиотикам [8]. Смешанная микрофлора затрудняет антибактериальную терапию и требует назначения нескольких антибиотиков или антибиотиков широкого спектра действия [6].

Причиной гнойных бурситов чаще является нагноение его серозной формы вследствие повторных травм области бурсы, особенно открытых (ссадины, царапины). Гноеродная флора может проникать по лимфатическим путям из расположенных вблизи гнойных очагов, таких как фурункул, карбункул, остеомиелит [3].

Анализируя данные зарубежной и отечественной литературы, посвященной хирургическому лечению бурситов локтевого сустава различной этиологии, необходимо отметить, что наиболее эффективный способ их лечения – это пункционный метод [1]. Среди описанных способов нет четких показаний к применению каждого из них, а также анализа отдаленных результатов оперированных больных по каждому из методов операций [1].

Все изложенное говорит о том, что проблема лечения локтевых бурситов не утратила своей актуальности и требует дальнейшей разработки рациональной лечебной тактики и эффективных способов лечения с сокращением сроков нетрудоспособности.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения серозного локтевого бурсита в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением с 1998 по 2009 г. на базе Симбирского клинико-диагностического центра находилось 62 пациента с острым локтевым бурситом. Мужчин – 45 (73 %), женщин – 17 (27 %). Средний возраст пациентов – $34,9 \pm 6,5$ года. Продолжительность заболевания у исследуемых пациентов составила от 4 до 5 нед.

Всем больным проводились общеклинические исследования, диагностическая пункция с забором синовиальной жидкости, УЗИ. В норме стенка синовиальной сумки при УЗИ не визуализируется, так как микроскопически тонка. Визуализируется лишь полоска жидко-

сти в сумке толщиной 1 мм. В норме ее толщина не более 2 мм [5]. При воспалении стенка сумки утолщается, полость ее расширяется; эхогенность ее зависит от консистенции содержимого: оно становится неоднородным, появляются гиперэхогенные включения [4].

В зависимости от способа лечения локтевого бурсита больные были разделены на две группы. Первую группу составили 56 больных, которым проводили антибиотикотерапию (ципрофлоксацин 0,5 по 2 раза в день и доксициклин 0,1 по 2 раза в день в течение 7 дней). Кроме того, к ним был применен прошивной метод лечения. Методика оперативного лечения в первой группе заключалась в следующем. Проводилась местная анестезия 0,5 % раствором новокаина или 1 % – лидокаина всей площади кожи над локтевой сумкой методом ползущего инфильтрата. Затем толстой иглой пунктировалась локтевая сумка, и удалялась экссудативная жидкость. Для увеличения давления на синовиальную сумку и предотвращения накопления серозной жидкости проводилось прошивание периметра проекции кожными швами под синовиальной сумкой. Через 14 дней швы снимались. В послеоперационном периоде назначались анальгетики и перевязки (1 раз в 3 дня). Вторую группу составили 6 больных, которым также проводили антибиотикотерапию (ципрофлоксацин 0,5 по 2 раза в день и доксициклин 0,1 по 2 раза в день в течение 7 дней), но к которым применялся предложенный метод лечения серозного локтевого бурсита с использованием склерозанта: перед проведением швов в синовиальную сумку вводилось склерозирующее вещество – этоксисклерол 1 %.

Для купирования боли в послеоперационном периоде всем больным в обеих группах назначался 50 % раствор анальгина (2 мл) внутримышечно.

Результаты лечения оценивали при контрольном осмотре на 14-й день, через 6 мес. и через 1 год после лечения.

Критериями оценки были уменьшение или купирование следующих клинических признаков: боль, отек, гиперемия в области сустава, ограничение его подвижности, а также локальное снижение температуры.

Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру основного заболевания и сопутствующей патологии.

Все больные давали информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Статистическая обработка данных проведена при помощи пакета программ Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. При поступлении 54 (87 %) пациента расценивали боль в области бursы как умеренную и 8 (13 %) характеризовали болевые ощущения как сильные, распирающие, требующие применения ненаркотических анальгетиков. В первой группе пациентов продолжительность боли в среднем составила $4,5 \pm 0,8$ сут, а во второй – $3,5 \pm 1,5$ сут, что на 1 сут меньше, чем в первой группе. На купирование боли в среднем на каждого больного было потрачено $27,2 \pm 4,9$ мл анальгетиков в обеих группах пациентов.

Динамика выраженности отека была такова, что у первой группы больных отек исчезал на $4,0 \pm 1,0$ сут, а у второй группы – на $3,4 \pm 1,0$ сут.

В первой группе больных локальная гиперемия локтевого сустава наблюдалась в течение $5,5 \pm 1,3$ сут, а во второй группе – $4,2 \pm 0,8$ сут, что в среднем на 1 сут меньше.

В обеих группах пациентов при УЗ-диагностике обнаруживалось увеличение стенки синовиальной сумки от 3 до 7 мм. У одного пациента 42 лет отмечалось наличие гиперэхогенных включений в бурсе.

При исследовании синовиальной жидкости у пациентов отмечалось: уменьшение прозрачности; приобретение желтоватого оттенка; снижение вязкости и способности образовывать муциновый сгусток; увеличение содержания белка от 45 до 65 г/л; повышение количества лейкоцитов от 6×10^9 до 15×10^9 ед. Клеточный состав изменялся в сторону роста фракции нейтрофилов до 5–10 %. Данный показатель говорит об экссудативной характеристике синовиальной жидкости.

При ультразвуковом исследовании в динамике наблюдали положительные изменения – отсутствие признаков серозного бурсита у всех больных через 14 дней.

Средний срок временной нетрудоспособности в первой группе составил $11,6 \pm 2,2$ сут, а во второй группе – $5,5 \pm 1,5$ сут, что в 2 раза меньше.

Для оценки отдаленных результатов через 6 мес. и 1 год нами обследовано 36 (69 %) пациентов из первой группы и 3 (50 %) чел. из второй. 23 чел. на контрольные осмотры не явились. В первой и во второй группах пациентов при контрольных осмотрах через год рецидивов бурсита локтевого сустава не обнаружено.

Таким образом, улучшение клинических результатов у исследуемых больных происходит благодаря предложенному способу лечения локтевого бурсита, ранней активизации и адекватной послеоперационной терапии.

Заключение. Разработанный способ лечения локтевого бурсита с введением склерозантов экономически выгоден ввиду сокращения сроков временной нетрудоспособности в среднем в 2 раза.

1. Способ лечения локтевого и препателлярного бурсита / В. К. Островский [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 1997. – № 1. – С. 58–59.

2. Стручков В. И. Руководство по гнойной хирургии / В. И. Стручков, В. К. Гостищев, Ю. В. Стручков. – М. : Медицина, 1984. – С. 262–268.

3. Стручков В. И. Хирургическая инфекция / В. И. Стручков, В. К. Гостищев, Ю. В. Стручков. – М. : Медицина, 1991. – С. 560.

4. Ультразвуковая диагностика в травматологии / под ред. А. В. Зубарева. – М. : ООО Фирма «Стром», 2003. – С. 88.

5. Ультразвуковая диагностика : руководство для врачей / под ред. Г. Е. Труфанова, В. В. Розанова. – СПб. : ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2009. – С. 719–759.

6. Burges D. S. Pharmacodynamics principles of antimicrobial therapy in the prevention of resistance / D. S. Burges // Chest. – 1999. – Vol. 25. – P. 129.

7. Grance W. J. Diseases of bones and joints infections / W. J. Grance // Short Practice of Surgery. – London : Chapman and Hall, 1995. – P. 267.

LOW-INVASIVE TREATMENT SEROUS BURSTITIS OF THE ELBOW JOINT

A.L. Charyshkin, D.A. Melky, L.V. Glushchenko

Ulyanovsk State University

62 patients with the diagnosis sharp elbow bursitis during the period with 1998 on 2009 are investigated year. Average age of patients – $34,9 \pm 6,5$ years. Depending on a way of treatment elbow bursitis patients are divided into two groups. Between groups it wasn't revealed significant distinctions on a sex, age, character of accompanying pathology. Application of the developed way of treatment elbow bursitis with introduction of sklerozant it is economic in view of reduction of terms of temporary disability on the average twice.

Keywords: surgery, out-patient surgery, traumatology, elbow bursitis, proshivny method, sklerozant.