

проблемы онихокриптоза, так как частота рецидивов составляет 50–70%.

Цель исследования – повышение эффективности хирургического лазерного лечения пациентов с онихокриптозом, снижение частоты послеоперационных осложнений за счет снижения травматичности оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Для выполнения коррекции онихокриптоза использовали лазерный хирургический аппарат «Лазермед 10-01» производства г. Тула – диодный лазер с длиной волны излучения 1,06 мкм, с мощностью регулируемого излучения 0,1–10 Вт. Использовали гибкий световод с диаметром лазерного пятна 0,6 мм в непрерывном режиме работы. Операцию проводили под местной анестезией в амбулаторных условиях. Удаляли непосредственно врастающую часть ногтя, гипергрануляции, расширенную ростковую зону ногтя и проводили санацию воспалительного очага.

В амбулаторных условиях лазерная коррекция онихокриптоза выполнена 235 пациентам: 160 (68,1%) мужчинам и 75 (31,9%) женщинам. У 68 (28,9%) пациентов отмечался двусторонний процесс.

Результаты. Сроки реабилитации составили в среднем 5–7 дней. Пациенты отмечали быстрое купирование воспалительных явлений на пальце, болевого синдрома. Рецидивы заболевания отмечены у 11 (4%) пациентов, что потребовало повторной лазерной коррекции с хорошим результатом в ближайшем и отдаленном периодах.

Заключение. Лазерная коррекция онихокриптоза является мини-инвазивным методом и позволяет добиться хороших результатов лечения, а также улучшить качество медицинской помощи.

Крочек И.В., Сергийко С.В., Крочек Г.В., Николаева О.Н.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С ПОМОЩЬЮ ОПТОВОЛОКОННОГО ЛАЗЕРА

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский ГМУ», г. Челябинск, Россия

Krochek I.V., Sergiyko S.V., Krochek G.V., Nikolaeva O.N. (Chelyabinsk, RUSSIA)

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF EPITHELIAL COCCYGEAL PASSAGE USING FIBER LASER LIGHT

Цель исследования. Оценить эффективность разработанного нами метода лазерного лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ) в сравнении с традиционной операцией.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 211 пациентов с ЭКХ. Мужчин было 159 (75,4%), женщин – 52 (24,6%). Средний возраст – 29,8 ± 8,3 года. Пациенты разделены на 2 репрезентативные группы. У 107 пациентов основной группы проведена операция с использованием оптоволоконного лазера длиной волны 1900 нм. 104 пациентам контрольной группы проведено традиционное радикальное иссечение всех элементов ЭКХ с наложением первичного шва. Сущность предложенного нами метода заключается в следующем: перед операцией проводится УЗИ области ЭКХ с маркировкой границ. Ложкой Фолькмана через первичное отверстие удаляем содержимое копчикового хода (волосы, некротизированные ткани). По всей маркированной зоне через 1,5–2,0 см гибким кварцевым световодом диаметром 0,4 мм, используя импульсный режим генерации излучения мощностью 10 Вт, производим перфорацию мягких тканей до костной основы таким образом, чтобы вошла зона ЭКХ со всеми карманами. Далее производим лазерную термотерапию полости (непрерывный режим, мощность 2,5 Вт). Продолжительность лечения составляет 7,8 ± 3,4 мин. Для контроля за репаративным процессом на 2, 7, 10, 20-е сутки выполняется УЗИ зоны лазерного воздействия, на которой отмечается отчетливое формирование соединительно-тканного рубца.

Результаты. У пациентов основной группы практически отсутствовал болевой синдром, в то время как в контрольной

группе он составлял 3,8 ± 1,9 балла по международной визуально-аналоговой шкале. Длительность стационарного лечения в основной группе составила 2,1 ± 0,3 дня, в контрольной – 11,9 ± 2,2 дня. Пациенты основной группы могли свободно передвигаться, чего нельзя было сказать о группе контроля. Трудоспособность пациентов восстанавливалась в основной группе через 4,9 ± 1,4 дня, а в группе сравнения – через 17,3 ± 2,4. Рецидив заболевания отмечен у 4 пациентов в основной группе, а в группе контроля – у 8 пациентов.

Заключение. Отсутствие болевого синдрома, хорошая переносимость и косметический эффект, удовлетворительные отдаленные результаты лечения позволяют рекомендовать метод лазерного лечения у пациентов без длительного анамнеза заболевания.

Крочек И.В., Сергийко С.В., Крочек Г.В., Николаева О.Н.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ И ТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский ГМУ», г. Челябинск, Россия

Krochek I.V., Sergiyko S.V., Krochek G.V., Nikolaeva O.N. (Chelyabinsk, RUSSIA)

MINIMALLY INVASIVE AND TRADITIONAL METHODS FOR HEMORRHOIDECTOMY

Цель исследования: провести сравнительный анализ малоинвазивных и традиционных методов геморроидэктомии и предложить наиболее рациональный.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 446 больных с 3–4-й стадиями геморроя за 5 лет. Мужчин – 242 (54,3%), женщин – 204 (45,7%), средний возраст – 45,3 ± 16,8 года. Пациенты распределены на 5 групп. 188 пациентам первой группы выполнена операция Лонго. 85 больным второй группы проведена разработанная нами бесшовная лазерная геморроидэктомия. У 98 пациентов третьей группы выполнено сочетание операции Лонго с лазерным удалением наружных узлов. 39 больным четвертой группы проведена геморроидэктомия аппаратом «Сургитрон». Операция Миллигана–Моргана выполнена 36 пациентам 5-й группы.

Результаты. Продолжительность операции в первой группе составила 13,1 ± 2,6 мин, во второй – 22,5 ± 3,3 мин, а в третьей группе – 28,7 ± 4,4 мин, в четвертой – 31,3 ± 3,2 мин, а в 5-й группе – 46,6 ± 7,4 мин. Наибольшая болезненность в первые сутки (3,9 ± 1,0 балла) отмечена после традиционной операции. Наименьшая (1,0 ± 0,8 балла) – после радиоволновой и степлерной геморроидэктомии. Умеренные болевые ощущения отмечены во второй и третьей группах (2,1 ± 1,1 и 2,3 ± 1,0 балла). На 2-е и 3-и сутки болевой синдром купирован полностью в первой, третьей и четвертой группах, во второй группе держался до 4 суток, а в пятой – до 7. Кровотечение, задержка мочеиспускания, стула отмечались во всех группах, но в первой группе количество осложнений было 7,4%, во второй – 7,8%, в третьей – 3,6%, в четвертой – 7,3%, в пятой – 19,1%. После операции Лонго пациенты выписывались на 2-е сутки, приступали к труду на 6–8-е сутки. Во второй, третьей и четвертой группах выписка осуществлялась на 3–4-е сутки, а восстановление трудоспособности наступало на 13–14-й день. После традиционных операций больные выписывались на 5–6-е сутки, трудоспособность восстанавливалась к 4-й неделе. Рецидив заболевания отмечен у 3,4% пациентов первой группы, у 3,8% больных второй, у 1,6% четвертой группы. В третьей группе рецидивов не отмечено. После традиционных операций в 15,9% отмечен рецидив. Субъективная удовлетворенность пациентов составила 77,8% после традиционной операции и 95,7% после малоинвазивных.

Заключение. Малая травматичность, незначительный болевой синдром, сокращение сроков госпитализации позволяют рекомендовать операции Лонго, лазерную и радиоволновую геморроидэктомии как операции выбора при лечении хронического геморроя 3–4-й ст.