

наиболее часто встречается в период от 3 до 15 лет, чаще болеют мальчики. До настоящего времени, несмотря на существование большого количества консервативных методов и разнообразных хирургических, а также «лазерных» способов, неудовлетворительный результат лечения, включая рецидив заболевания, отмечают от 15% и до 50% случаев, что связано с неэффективностью большинства из них. Существующие «лазерные» способы лечения гигром не обеспечивают полное отсутствие рецидива заболевания, а при использовании относительно большой мощности и длительности воздействия не исключает значительное термическое повреждение окружающих тканей и развитие деформирующих рубцов с нарушением функции сустава.

Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения гигром путем использования нового, специально разработанного для этого способа эндокавитальной лазерной фототермодеструкции гигром.

Материалы и методы. В работе применен лазерный аппарат с длиной волны 1,96 мкм ЛСП «ИРЭ-Полнос», Россия. Манипуляцию, эндокавитальную фототермодеструкцию гигром выполняли с использованием непрерывного режима данного лазерного излучения мощностью от 1 Вт до 3 Вт в течение 3 ± 2 секунды. Выбор режимов лазерного излучения, мощность и время экспозиции осуществляли в зависимости от размеров кистозного образования по данным ультразвукового исследования (УЗИ) и на основании объема удаленной пункционной жидкости. В конце манипуляции иглу со световодом удаляли и накладывали повязку с пелотом.

Эффективность способа была подтверждена в НИИ НДХиТ клиническими результатами и данными контрольного ультразвукового исследования при лечении 24 пациентов с гигромой, из них 18 детей и 6 взрослых. Гигромы у 20 пациентов имели локализацию в области кисти и стопы, а у 4 пациентов была киста Бейкера. Всем пациентам под местной комплексной аппликационной и инъекционной анестезией соответствующими препаратами была выполнена однократная манипуляция, после которой при динамическом наблюдении отмечен хороший клинический результат, подтвержденный данными УЗИ.

Результаты. После однократной манипуляции эндокавитальной лазерной фототермодеструкции у всех пациентов при контрольных осмотрах был отмечен хороший клинический результат, подтвержденный данными УЗИ.

Заключение. Результаты клинического использования способа эндокавитальной лазерной фототермодеструкции показали эффективность однократной манипуляции, его реализующей для достижения радикального результата лечения гигром, и определили перспективу его применения в стационарных и амбулаторных условиях у детей и взрослых.

Шишменцев Н.Б.¹, Грекова Н.М.², Ковалев А.В.¹, Мягкова Ю.Ф.¹, Попов В.П.¹

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПРИ ПОМОЩИ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА С УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ И БЕЗ УЛЬТРАЗВУКОВОГО КОНТРОЛЯ

¹ ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Челябинск», г. Челябинск, Россия;

² ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Shishmentsev N.B., Grekova N.M., Kovalev A.V., Myagkova Y.F., Popov V.P. (Chelyabinsk, RUSSIA)

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TREATMENT OF PILONYDAL SYNUS WITH DIODE LASER LIGHT UNDER ULTRASONIC CONTROL AND WITHOUT IT

Цель. Провести анализ результатов лечения пациентов с эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ) с использованием диодного лазера под ультразвуковым контролем (УЗ-контроль) и без него, и иссечения ЭКХ с ушиванием раны наглухо. Длительный период реабилитации, включающий в себя ограничение физических нагрузок и необходимость избегать положения сидя в течение 3–4 недель после операции, длительность пребывания в стационаре, болевой синдром побуждают к использованию малоинвазивных технологий в лечении данной патологии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 50 пациентов с ЭКХ, поступивших для плановых операций в период с 2015-го по 2020 г. Пациентов мужского пола – 34 (68%), женского пола – 16 (32%). Средний возраст – $24,1 \pm 6,5$ года. Пациентов разделили на три группы: первая группа 9 (18%) человек, операция которым проведена с использованием диодного оптоволоконного лазера «Лахта Милон 970/40» с длиной волны 970 нм, под УЗ-контролем; во второй группе 13 (26%) пациентов, операция которым была проведена с использованием диодного лазера без УЗ-контроля. Всем пациентам перед введением оптоволоконного световода выполнялся кюретаж свищевых ходов. Группа сравнения 28 (56%) пациентов получила радикальное иссечение ЭКХ с ушиванием раны и активным дренированием через контраптертуру.

Результаты. Выраженность болевого синдрома у пациентов после операции с применением лазера составила $3,2 \pm 1,8$ балла, в группе сравнения $6,5 \pm 2,3$ балла по 10 балльной ВАШ. Длительность стационарного лечения в группах с использованием лазера составила $3,1 \pm 1,2$ сут, в группе сравнения $8,2 \pm 2,1$ сут. Восстановление трудоспособности групп с использованием лазера наступило через $8,2 \pm 2,2$ сут, а в группе сравнения – через $25,6 \pm 7,2$. После радикального иссечения ЭКХ рецидив заболевания отмечен у 6,8%, а после операции с использованием лазера без УЗ-контроля – у 30,76%, с использованием УЗ-контроля – у 22,22%. Удовлетворенность результатами лечения в группах с лазерным лечением составила отмечена у 97,1%, а в группе сравнения – у 89%.

Таким образом, использование лазера для лечения ЭКХ позволяет значительно сократить пребывание пациентов в стационаре, уменьшить срок послеоперационной реабилитации. Низкая выраженность болевого синдрома, отсутствие ограничений в послеоперационном периоде значительно повышают удовлетворенность лечением. Выполнение лазерной операции с помощью УЗ-контроля позволяет более радикально обработать все затеки и свищевые ходы, что уменьшает частоту рецидивов.