

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ



МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНОВИАЛЬНЫХ КИСТ (инструкция по применению)

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница №3»

АВТОРЫ:

Лызиков А.Н., Скуратов А.Г., Березаев П.А., Слизько С.И.,
Якушенко Ю.А., Берещенко В.В.

Гомель, 2015

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод хирургического лечения синовиальных кист, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на лечение пациентов с синовиальными кистами различной локализации (коды МКБ-10: М71.3, М71.9, М70.2, М70.4). Метод основан на применении высокоэнергетического лазерного излучения с целью необратимой деструкции эпителиальной выстилки и последующей облитерации полости кисты.

Применение метода позволит улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов с синовиальными кистами: снизить частоту осложнений и рецидивов заболевания и повысить качество жизни пациентов, а также позволит получить значимый экономический эффект за счет сокращения сроков стационарного пребывания и временной нетрудоспособности пациентов.

Метод включает технику проведения хирургического вмешательства пациентам с синовиальными кистами при помощи медицинского лазерного аппарата.

Инструкция предназначена для врачей-хирургов амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров с краткосрочным пребыванием пациентов.

Перечень необходимого оборудования, реактивов, препаратов, изделий медицинской техники:

1. Стерильные салфетки, пеленки, бинт.
2. Антисептический раствор для обработки кожи пациента.
3. Раствор для местной анестезии (лидокаина гидрохлорид 10 г/л или новокаин 5 г/л).
4. Шприц одноразовый объемом 5–10мл.
5. Скальпель №11 или стерильная пункционная игла G13-14.

6. Аппарат лазерный медицинский с длиной волны лазерного излучения 1,34 мкм или 1,56 мкм; лазерный световод с торцевым или радиальным типом излучения.

7. Ортопедический эластический фиксатор сустава или эластический бинт длиной 1–1,5 м.

Показания к применению:

M71.3 Другая киста синовиальной сумки (синовиальная киста БДУ); M71.9 Бурсопатия неуточненная (бурсит БДУ); M70.2 Бурсит локтевого отростка; M70.4 Препателлярный бурсит.

Противопоказания к применению:

Сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации (МКБ-10):

I25 Ишемическая болезнь сердца, I10 Эссенциальная [первичная] гипертензия, J96 Дыхательная недостаточность, N17-N19 Почечная недостаточность пневмония, K72 Печеночная недостаточность, E10-E11 Сахарный диабет, F00-F99 Психические расстройства и расстройства поведения, R64 Кахексия и др. C80 Злокачественное новообразование без уточнения локализации, A49 Бактериальная инфекция неуточненной локализации, B34 Вирусная инфекция неуточненной локализации, K92.2 Желудочно-кишечное кровотечение неуточненное.

А также противопоказания, соответствующие таковым к назначению лекарственных средств, необходимых для реализации метода, изложенного в настоящей инструкции.

Описание технологии использования метода

Предварительно маркером намечаются границы кисты и удобная точка для пункции в проекции одного из полюсов образования. Кожа обрабатывается антисептиком, обкладывается стерильными салфетками.

Производится местная инфильтрационная анестезия области кисты. Особое внимание уделяется гидропрепаровке стенок кисты от окружаю-

щих тканей для надежной анестезии и защиты от термического поражения тканей, особенно при локализации кисты в проекции сосудисто-нервных образований.

Стерильной иглой G13-14 производится пункция кисты или остроконечным скальпелем №11 в проекции одного из полюсов кисты производится прокол кожи и одновременно капсулы кисты. Содержимое кисты аспирируется через иглу (выдавливается наружу через минитомическое отверстие в случае густой желеобразной консистенции), через просвет иглы или кожный дефект в полость кисты вводится световод с торцевым или радиальным (предпочтительно) типом излучения медицинского лазерного аппарата. Длина волны лазерного излучения устанавливается 1,56 мкм или 1,34 мкм (максимальное поглощение в водной среде), мощность 10 Вт. Конец световода направляется из точки прокола по направлению хорд к различным точкам окружности, образованной краями полости кисты (всего от 3 до 7–10 хорд в зависимости от размеров кисты, расстояние между ними составляет 2–3 мм). Лазерная деструкция производится по мере обратного извлечения световода по каждой из хорд. Скорость трaкции световода составляет 0,5–1 мм/с. О достижении достаточной температуры для деструкции внутренней оболочки кисты судят по появлению характерный звуков-щелчков («микровзрывы»), образующихся при вапоризации эпителия стенок кисты и ощущаемых пальцем при легкой компрессии на кисту во время проведения процедуры. Необходимо обязательно контролировать положение конца световода по свечению пилотного луча.

После окончания лазерной деструкции из просвета кисты дополнительно удаляется содержимое, место прокола не ушивается, накладывается асептическая компрессионная повязка, местная гипотермия на 30 минут. Перевязка на следующий день. Постоянную эластическую компрес-

сию и ограничение движений в суставе рекомендуется пролонгировать до 14 дней.

Возможные ошибки, осложнения и пути их устранения.

Возможные ошибки, осложнения	Причины их возникновения	Пути устранения
Термическое повреждение окружающих тканей: кожи, сосудов, нервов и др.	Контакт интимно прилежащих тканей с разогретыми оболочками кисты.	Тщательная гидротермоизоляция окружающих тканей при проведении местной инфльтрационной анестезии. Местная гипотермия после операции на 30 минут.
Отек дистальной части конечности с нарушением кровообращения и кожной чувствительности.	Излишне тугое бинтование.	Правильное наложение компрессионной эластической повязки. Предпочтительно использовать специальные ортопедические эластические фиксаторы на суставы.
Рецидив кисты	Недостаточное поглощение лазерного излучения стенкой кисты с последующей репаративной регенерацией эпителия. Несоблюдение режима физических нагрузок на сустав и эластической компрессии.	После пункции кисты до проведения лазерной деструкции необходимо достаточно полно удалить содержимое полости. Лазерной деструкции должна подвергаться вся площадь оболочек кисты. Фиксация сустава и компрессионная повязка на 14 дней.

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНОВИАЛЬНЫХ КИСТ

Проблема лечения синовиальных кист сохраняет свою актуальность ввиду отсутствия единых взглядов на этиопатогенез и хирургическую тактику, высокой частоты рецидивов и неожиданностью исчезновения кист без вмешательства [1]. В настоящее время основными методами лечения данных образований остаются оперативный и консервативный [2, 3]. При оперативном лечении используются различные методики: прошивание ножки без иссечения кисты; полное иссечение кистозного образования; удаление гигромы с прошиванием, перевязкой ножки и др. Тонкие оболочки кисты и наличие спаек с окружающими тканями затрудняет выделение образования полностью и, как правило, целостность их нарушается, что приводит к истечению содержимого кисты в рану. Неполное удаление оболочек кисты ставит под сомнение радикальность операции и является одной из причин рецидивов. Кроме того после традиционного оперативного удаления остается рубец, что не удовлетворяет часть пациентов в эстетическом плане. Консервативное лечение заключается в пункции и последующем введении различных склерозирующих или гормональных препаратов в полость кисты. При этом внутренняя поверхность оболочки кисты проходит через стадию асептического воспаления и в дальнейшем облитерируется. Однако в ряде случаев происходит репаративная регенерация эпителия оболочек и повторный рост кисты. Анализ различных результатов лечения показал, что процент рецидивов синовиальных кист, и при оперативном, и при консервативном лечении, по данным различных авторов, достигает до 40%, что требует выполнения повторных вмешательств [4]. В последние годы в мировой практике стали широко вне-

дряться малоинвазивные хирургические вмешательства с применением высокоэнергетических лазерных аппаратов. Появляются сообщения об эффективности лазерной деструкции синовиальных кист [5].

Однако отсутствие единых критериев в тактике и методической инструкции по применению лазерных аппаратов при лечении синовиальных кист может привести к недостаточной эффективности метода или к развитию осложнений.

Таким образом, целесообразна разработка инструкции по применению метода хирургического лечения синовиальных кист с помощью лазерной деструкции для использования хирургами амбулаторного звена и стационаров с краткосрочным пребыванием пациентов.

Литература:

1. Беленький, А.Г. Периартикулярные поражения мягких тканей области кисти / А.Г.Беленький // Справочник поликлинического врача. — 2015. — №3. — С.36–38.
2. Сажин, В.П. Хирургическое лечение заболеваний кисти в поликлинике / В.П.Сажин [и др.] // Амбулаторная хирургия. — 2007. — №2. — С.76–78.
3. Леонтьева, Ю.П. Лечение гигром у детей. Автореферат дис. ... канд. мед. наук / Ростовский государственный медицинский университет. Ростов на Дону, 2005.
4. Анохин, А.А. Рецидивирующая гигрома (сухожильный ганглий) — диагностика и лечение / А.А.Анохин, П.А.Анохин // Медицина и образование в Сибири.— 2013, № 3.
5. Шахрай, С.В. Применение диодно-волоконного лазерного медицинского аппарата в «хирургии краткосрочного пребывания»: учеб-методическое пособие / С.В.Шахрай, В.Л.Денисенко, М.Ю.Гаин. — Мн.: БелМАПО, 2011. — 20с.