

ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКИХ ТРАНССФИНКТЕРНЫХ И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ КОМБИНИРОВАННОЙ ТРАНСФИСТУЛЯРНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ СВИЩЕВОГО ХОДА

Гаин М. Ю., Шахрай С. В., Гаин Ю. М.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Хирургическая тактика в лечении пациентов с интрасфинктерными и низкими трансфинктерными свищами является общепризнанной и заключается в иссечении свищевого хода в просвет кишки. Подобный метод лечения хронического парапроктита применяется широко в мире и обеспечивает хорошие ближайшие и отдаленные результаты с небольшим количеством осложнений и рецидива заболевания. С точки зрения выбора оптимального метода хирургического вмешательства, обеспечивающего минимальный риск осложнений, проблемными для хирургов и проктологов до настоящего времени продолжают оставаться

высокие трансфинктерные и экстрасфинктерные свищи прямой кишки. Частота послеоперационных осложнений и рецидива после хирургических вмешательств у пациентов с высокими свищами прямой кишки продолжает оставаться достаточно высокой, достигая в отдельных случаях 50 % и больше. Суммарная длительность стационарного периода и послеоперационной реабилитации у лиц после вмешательств с данной патологией варьирует от 1,5 до 4 месяцев. Около 70 % пациентов находятся в трудоспособном возрасте, что говорит о высокой социально-экономической важности этой проблемы. Поэтому разработка и практическое внедрение в практику эффективных алгоритмов диагностики и лечения свищей прямой кишки с применением малоинвазивных технологий является актуальной задачей в разделе общей проктологии и хирургии.

Цель исследования: оценка клинической эффективности метода комбинированной трансфистулярной лазерной коагуляции свищевого хода при высоких трансфинктерных и экстрасфинктерных свищах прямой кишки.

Материалы и методы. Выполнено ретроспективное исследование результатов лечения 58 пациентов с высокими трансфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки, которые проходили лечение в ЛКЦ ООО «Медандровит» (г. Минск, Республика Беларусь) и Минском городском центре амбулаторной и малоинвазивной хирургии УЗ «11-я клиническая больница» (г. Минск, Республика Беларусь). Всем пациентам помощь оказывалась в амбулаторных условиях, условиях дневного пребывания или стационара с краткосрочным пребыванием пациентов. Алгоритм оказания медицинской помощи состоял из 3 основных этапов: предоперационная диагностика, хирургическое вмешательство, послеоперационная реабилитация.

Предоперационная диагностика включала в себя осмотр пациента проктологом с определением необходимых методов инструментальной диагностики, целью которых являлось определение фистулярной архитектоники и соответствие конкретного клинического случая критериям отбора (полный высокий трансфинктерный или экстрасфинктерный свищ 1–2 степени сложности). Объем

применяемых методов инструментальной диагностики у конкретного пациента мог варьировать, что определялось опытом специалиста, инструментальными диагностическими возможностями, особенностями строения свища. Применяли ультразвуковую диагностику, МРТ, фистулоскопию, а также фистулографию.

Хирургическое вмешательство: все операции проводились под местной инфильтрационной анестезией, потенцированной внутривенной седацией на спонтанном дыхании; выполняли канюлирование свищевого хода через наружное свищевое отверстие, производили трансфистулярную постановку катетера-проводника до внутреннего отверстия; по катетеру-проводнику устанавливали цитощетку и производили механическую, а затем антисептическую (пульсирующей струей) санацию свища; затем проводили световод с радиальной эмиссией лазерного излучения аппарата Mediola Compact, соединенного с инструментом Mediola Colibri до внутреннего отверстия свища; накладывали П-образный шов в проекции внутреннего свищевого отверстия, шов не затягивался до окончания процедуры лазерной коагуляции; выполняли трансфистулярную лазерную коагуляцию свища длиной волны 1,56 мкм, мощностью 10 Вт в непрерывном режиме с извлечением световода в реверсном режиме со скоростью 2 мм в секунду.

Послеоперационная реабилитация включала в себя применение мазевых аппликаций в анальный канал, кратностью 2 раза в день в течение 14 дней с анестетиками, противовоспалительными препаратами, коррекция диеты и физической активности, контроль и этапное наблюдение специалиста за течением раневого процесса.

Результаты и обсуждение. Болевая реакция у всех пациентов в первые сутки была не выраженной и не превышала медианного показателя 3 баллов по визуальной аналоговой шкале боли. Дискомфортные ощущения в промежности и индуцированные дефекацией боли у всех пациентов наблюдались в течение 3 недель послеоперационного наблюдения, однако их интенсивность не была значительной и не требовала применения обезболивающих препаратов. Выделения серозной жидкости в первую неделю из

зоны наружного отверстия свища наблюдались у 75 % пациентов, объем выделения за сутки — в следовых количествах на повязке. Нагноение в области клетчатки в зоне трансфистулярной деструкции наблюдали у 1 пациента на 6 сутки (1,7 %). В течение 2 лет наблюдений в 6 случаях развился рецидив заболевания (10,3 %). Все рецидивы сформировались в первые 6 месяцев. В 5 случаях было выполнено повторное проведение трансфистулярной коагуляции позволило добиться ремиссии, 1 пациент отказался от повторной операции.

Выводы. Полученные результаты позволяют утверждать, что использование у пациентов с высокими свищами прямой кишки комбинации трансфистулярной лазерной коагуляции свищевого хода в сочетании с ушиванием внутреннего отверстия свища является достаточно эффективным малоинвазивным лечебным методом, имеющим относительно низкие риски рецидива при данном виде патологии.