

М. Ю. Гаин, С. В. Шахрай, Ю. М. Гаин

**МЕТОД КОМБИНИРОВАННОЙ ТРАНСФИСТУЛЯРНОЙ
ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЫСОКИХ
ТРАНССФИНКТЕРНЫХ И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ
ПРЯМОЙ КИШКИ**

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Ключевые слова: свищ прямой кишки, проктология, лазер.

M. Yu. Gain, S. V. Shakhrai, Yu. M. Gain

**METHOD OF COMBINED TRANSFISTULAR LASER COAGULATION
IN THE TREATMENT OF HIGH TRANSSPHINCTERIC
AND EXTRASPHINCTERIC RECTAL FISTULAS**

Belarusian State Medical University, Minsk

Key words: rectal fistula, proctology, laser.

Актуальность. Хирургическая тактика в лечении пациентов с интрасфинктерными и низкими трансфинктерными свищами является общепризнанной и заключается в иссечении свищевого хода в просвет кишки (операция Габриэля). Подобный метод лечения хронического парапроктита применяется широко в мире и обеспечивает хорошие ближайшие и отдалённые результаты с относительно 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 от-

дельных 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: 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 68 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 пациентов или стационара с краткосрочным пребыванием. Алгоритм оказания медицинской помощи состоял из 3 основных этапов: предоперационная диагностика, хирургическое вмешательство, послеоперационная реабилитация.

Предоперационная диагностика включала в себя осмотр пациента врачом-проктологом с определением необходимых методов инструментальной диагностики, целью которых являлось определение анатомических особенностей и архитектоники свища, соответствие конкретного клинического случая критериям отбора пациентов (полный высокий трансфинктерный или экстрасфинктерный свищ 1–2 степени сложности). Объём применяемых методов инструментальной диагностики у конкретного пациента мог варьировать, что определялось опытом специалиста, инструментальными диагностическими возможностями, особенностями анатомического строения прямой кишки и свищевого хода. 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 установку катетера-проводника через свищ до внутреннего отверстия; по катетеру-проводнику устанавливали цитощётку и производили механическую, а затем антисептическую (пульсирующей струей) санацию свищевого хода; затем проводили световод с радиальной эмиссией лазерного излучения от аппарата «Mediola Compact» (производства Республики Беларусь), соединённого с инструментом «Mediola Colibri», до внутреннего отверстия свища; накладывали П-образный шов в проекции внутреннего свищевого отверстия, шов не затягивался до окон-

чания процедуры лазерной коагуляции; выполняли трансфистулярную лазерную коагуляцию свища излучением 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. Болевая реакция у всех пациентов в первые сутки была не выраженной и не превышала медианного показателя 4 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 требовала применения обезболивающих препаратов. Выделения серозной жидкости в первую неделю из зоны наружного отверстия свища наблюдались у 52 (76,5 %) пациентов, объём отделяемого за сутки — в следовых количествах на повязке. Инфицирование и нагноение в подкожной клетчатке в зоне трансфистулярной коагуляции наблюдали у 1 (1,5 %) пациента на 6-е сутки после операции. В течение 2 лет наблюдений в 7 случаях развился рецидив заболевания (10,3 %). Все рецидивы сформировались в первые 6 месяцев после операции. В 6 случаях было выполнено повторное проведение трансфистулярной коагуляции, что позволило добиться ремиссии заболевания, 1 пациент отказался от повторной операции.

Заключение. 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сравнительный анализ результатов лечения транс- и экстрасфинктерных свищей прямой кишки методом термооблитерации свищевого хода с помощью диодного лазера или монополярной электрокоагуляции / И. В. Костарев, Д. О. Киселев, Л. А. Благодарный [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2020. – № 179 (4). – С. 36–43.
2. Laser ablation of fistula tract (LAFT) and complex fistula-in-ano: “the ideal indication” is becoming clearer / G. De Bonnechose, J. H. Lefevre, M. Aubert [et al.] // Tech. Coloproctol. – 2020. – Vol. 24 (7). – P. 695–701.
3. A systematic review and meta-analysis of the safety and efficacy of fistula laser closure / H. Elfeki, M. Shalaby, S. H. Emile [et al.] // Tech. Coloproctol. – 2020. – Vol. 24 (4). – P. 265–274.
4. Isik, O., Gulcu B., Ozturk E. // Dis. Colon Rectum. – 2020. – Vol. 63 (6). – P. 831–836.
5. Anal Fistula Laser Closure: the length of fistula is the Achilles’ heel / A. Lauretta, N. Falco, E. Stocco // Tech. Coloproctol. – 2018. – Vol. 22 (12). – P. 933–939.