

Шахрай С.В., Гаин М.Ю.

ЛАЗЕРНАЯ ТРАНСФИСТУЛЯРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
Белорусского государственного медицинского университета, г. Минск.*

Введение.

Оперативная хирургическая тактика в отношении интрасфинктерных и низких трансфинктерных свищей является общепризнанной и заключается в иссечении свища в просвет кишки. Подобный способ применяется широко в мире и обеспечивает хорошие ближайшие и отдаленные результаты с небольшим количеством осложнений и рецидивов. С точки зрения выбора оптимальной методики хирургического вмешательства, обеспечивающей минимум осложнений, проблемными для хирургов-проктологов до настоящего времени продолжают оставаться «высокие свищи» (трансфинктерные, экстрасфинктерные, супрасфинктерные). Частота послеоперационных осложнений и рецидивов после хирургических вмешательств у этой категории пациентов продолжает оставаться достаточно высокой, достигая в отдельных случаях 50% и больше. Суммарная длительность стационарного периода и послеоперационной реабилитации у лиц после вмешательств с «высокими свищами» варьирует от 1,5 до 4-х месяцев. Около 70% пациентов находятся в трудоспособном возрасте, что говорит о важной социально-экономической проблеме патологии. Поэтому разработка и практическое внедрение в практику эффективных алгоритмов диагностики и лечения свищей прямой кишки с применением малоинвазивных технологий является актуальной медико-социальной задачей в разделе общей проктологии.

Цель.

Оценка клинической эффективности метода трансфистулярной лазерной коагуляции свищей прямой кишки.

Материалы и методы.

Выполнено ретроспективное исследование результатов лечения 69 пациентов с «высокими» трансфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки. Всем пациентам помощь оказывалась в амбулаторных условиях или в дневном стационаре. Алгоритм оказания медицинской помощи состоял из 3-х 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 эхоскопическую диагностику, МРТ, фистулоскопию, 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 гибкий световод с радиальной эмиссией, соединенный с инструментом Mediola Colibri лазерного аппарата Mediola Compact, рабочую головку световода до вну-

тренного отверстия; накладывали П-образный шов в проекции внутреннего 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 со скоростью 2мм в секунду.

Послеоперационная реабилитация включала в себя применение мазевых трансанальных аппликация 2 раза в день в течение 14 дней с анестетиками, противовоспалительными препаратами, рациональный алгоритм питания и физической активности, контроль специалиста за течением раневого процесса.

Результаты и обсуждение.

Болевая реакция у всех пациентов в первые сутки была незначительная и не превышала 3 баллов по ВАШ, дискомфортные ощущения в промежности и индуцированные дефекацией боли у всех пациентов наблюдались в течение 3-х недель послеоперационного периода, однако их интенсивность не была значительной и не требовала системного применения НПВС. Выделения серозной жидкости в первую неделю из зоны наружного отверстия свища наблюдались у 75% пациентов, объем выделения за сутки не был значительным (следовые изменения на десмургическом материале). Нагноение в области клетчатки в зоне трансфистулярной коагуляции наблюдали в 1 случае на 6 суток (1%). В течение 2-х лет наблюдений в 6 случаях развился рецидив заболевания (9%). Все рецидивы сформировались в первые 6 месяцев. В 5 случаях повторное проведение трансфистулярной деструкции позволило вылечить пациентов без последующего рецидива, пятый пациент отказался от повторной операции.

Выводы.

Полученные результаты позволяют утверждать, что использование у пациентов с высокими свищами прямой кишки технологии трансфистулярной лазерной коагуляции в предложенном авторами алгоритме является эффективным малоинвазивным лечебным методом.