

ИНТЕНСИВНОСТЬ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С КОРОТКИМИ И СЛОЖНЫМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В МОДИФИКАЦИИ МЕТОДИКИ FiLAC

Шеховцов С.А.¹, Усмонова Н.У.²

¹Шеховцов Станислав Александрович – врач хирург,
Ведущая многопрофильная клиника города Адду,
г. Адду, Мальдивская Республика;

²Усмонова Нигинабону Усмоновна студент,
Кафедра факультетской и госпитальной хирургии, урологии,
Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино,
г. Бухара, Республика Узбекистан

Аннотация: в статье представлены результаты оценки интенсивности и продолжительности болевого синдрома у больных, перенесших классическую и модифицированную нами процедуру FiLAC при лечении коротких и сложных прямокишечных свищей. Показана потенциальная безопасность применения разработанной нами модификации методики FiLAC.

Ключевые слова: короткие прямокишечные свищи, сложные прямокишечные свищи, лазерная облитерация прямокишечных свищей, методика FiLAC, интенсивность болевого синдрома, продолжительность болевого синдрома.

Введение. В последнее время, с целью лечения криптогенных анальных свищей, получили широкое распространение альтернативные классическим методики лечения. Обусловлено это желанием минимизировать риск возникновения послеоперационного недержания кала путем применения минимально инвазивных способов лечения [7]. Как правило, к этим методикам относят: перевязку межсфинктерного свищевого хода (LIFT) с использованием биосинтетической сетки [20], методы закрытия свища клипсом [1] видеоассистированное лечение анальных свищей (VAAFT) [10], заглушки анальных свищей [5], различные инъекционные формы биоматериалов [15]. Технология лазерной облитерации свищей прямой кишки (FiLAC) была разработана германской фирмой Biolites и изначально показала обнадеживающие результаты [2,3,7,9]. Основой этой технологии является применение диодного лазера с длиной волны 1470 нм. Лазерный луч вызывает фототермический эффект, который разрушает как эпителиальный слой свищевого хода, так и анальную крипту. Основные причины рецидива после использования биопротезов или различных видов клея достаточно хорошо изучены. К ним относятся: не обработанные внутренние отверстия, недостаточное дренирование межсфинктерного пространства, пропущенные боковые ходы, оставшиеся остатки эпителия свища, грануляционная ткань [6,7,14,15]. Касательно причин возникновения рецидива после применения технологии FiLAC однозначного мнения по этому вопросу до сих пор не выработано. Особенно, это касается случаев рецидива после применения этой технологии в лечении коротких и сложных прямокишечных свищей. С целью улучшения качества лечения пациентов с короткими и сложными прямокишечными свищами, технология FiLAC была нами модифицирована (Патент на изобретение Республики Узбекистан № IAP 07346). Классическая технология FiLAC подразумевает использование диодного лазера с длиной волны 1470 нм и мощностью 12W. При этом, каждый 1 мм свищевого хода подвергается воздействию лазерного излучения в течении 1 секунды. В соответствии с нашей методикой, мы применяли диодный лазер с длиной волны 1470 нм и мощностью 14 W. При этом, каждый 1 мм свищевого хода подвергался воздействию лазерного излучения в течении 3 секунд. Классическая технология FiLAC прочно зарекомендовала себя как относительно «безболезненная» в послеоперационном периоде процедура, что дает возможность широко применять ее в стационарах одного дня. Данная работа посвящена анализу интенсивности и продолжительности болевого синдрома в послеоперационном периоде у больных, перенесших модифицированную нами технологию FiLAC.

Цель исследования: Улучшение качества лечения пациентов с короткими и сложными прямокишечными свищами. Показать потенциальную безопасность применения разработанной нами модификации методики FiLAC.

Материалы и методы исследования. Данное исследование выполнено на 62 пациентах с транссфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки с применением аппарата Cherylas-15N (фирма производитель Wuhan Dimed Laser Technology Co., Ltd., Китай) и световода Lightguide SA600 с радиальным излучением энергии той же фирмы производителя.

Данные об этих пациентах были разделены на две равнозначные группы. Первая группа - Основная Группа (ОГ). В ней, воздействие на свищевой ход осуществлялось диодным лазером с длиной волны 1470 нм. и

мощностью 14 Вт. При этом, каждый 1 мм свищевого хода подвергался воздействию лазерного излучения в течении 3 секунд. Вторая группа - Группа Сравнения (ГС). В ней, воздействие на свищевой ход осуществлялось по классической методике, диодным лазером с мощностью 12 Вт и длиной волны 1470 нм. При этом, каждый 1 мм свищевого хода подвергался воздействию лазерного излучения в течении 1 секунды. В обеих группах, длина свищевого хода не превышала 4-х сантиметров.

Пациенты, вошедшие в исследование, отбирались на следующих принципах:

- пациенты с трансфинктерными свищами;
- пациенты с экстрасфинктерными свищами 1-2 степеней сложности;
- наличие свищевого хода, не превышающего 4-х сантиметров в длину;
- пациенты с первичными и рецидивными свищами;
- отсутствие дополнительных свищевых ходов и затеков;
- отсутствие грубой рубцовой деформации слизистой в области внутреннего отверстия свищевого хода;
- ширина внутреннего отверстия свищевого хода, не превышающая 5 мм.

В итоге, в обе группы было включено по 31 пациенту, которые полностью соответствовали вышеописанным критериям.

Всем больным, подвергшимся лазерной облитерации свищевого хода, с первых суток послеоперационного периода проводилось анкетирование интенсивности и длительности болевого синдрома с помощью бланка-опросника Числовой Рейтинговой Шкалы Боли (рис. 1). Анкетирование показало, что основная масса пациентов из Основной Группы (84%) в первые 3 суток, на фоне назначения препаратов Бруфен и Парацетамол в среднесуточных дозировках, набирали в среднем 4 балла Числовой Рейтинговой Шкалы Боли. Оставшиеся пациенты (16%) набирали не более 6 баллов, что требовало назначение более сильнодействующих препаратов (Напроксен).

Сходные результаты получены и при анализе пациентов из Группы Сравнения. У 88% из них анкетирование показало наличие не более 3-4 баллов Числовой Рейтинговой Шкалы Боли. Оставшиеся 12% из них набрали не более 6 баллов. Начиная с 5-го дня послеоперационного периода, у 95% всех пациентов, интенсивность болей не превосходила 2-х баллов. К 8 суткам происходила отмена обезболивающих препаратов у 96% пациентов. Полученные результаты говорят о том, что применение лазерного излучения мощностью в 14 Вт на фоне длительного воздействия им на стенки свищевого хода не оказывает существенного влияния на течение послеоперационного болевого синдрома.

Выводы. Полученные результаты говорят о том, что применение лазерного излучения мощностью 14 Вт на фоне длительного воздействия им на стенки свищевого хода не оказывает существенного влияния на течение послеоперационного болевого синдрома, продолжая при этом сохранять все положительные качества классической методики FiLAC.

Список литературы

1. *Рустамов М. и др.* Результаты хирургического лечения больных острым гангренозно-некротическим парапроктитом //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 65-68.
2. *Шеркулов К.У. и др.* Совершенствование диагностики и хирургического лечения свищей прямой кишки //Gospodarka i Innowacje. – 2023. – Т. 37. – С. 103-106.
3. *Шеховцов С.А., Давлатов С.С.* Сравнительный анализ факторов, влияющих на результаты применения методики лазерной облитерации (Filac) коротких и сложных прямокишечных свищей// Медицинский журнал Узбекистана. 2023 №01. - С. 37-42.
4. *Шеховцов С.А., Давлатов С.С.* Анализ влияния воздействия подпороговых мощностей диодного лазера с длиной волны 1470 нм на функцию запирающего аппарата прямой кишки при выполнении лазерной облитерации коротких и сложных прямокишечных свищей по технологии filac// Медицинский журнал Узбекистана. 2023 №01. - С. 43-47.
5. *Alexandre L.* FiLAC – Fistula – Tract Laser Closure: a sphincter-preserving procedure for the treatment of complex anal fistulas / L. Alexandre, F. Eduardo [et al.] // JCOL. - 2012. - No. 37 (2). - P. 160-162.
6. *Altomare D.F.* Anal Fistula closure with FiLaC: new hope or the same old story? / D.F. Altomare. – DOI 10.1007/s10151-015-1347-9 // Tech Coloproctol. – 2015.
7. *Arroyo A.* Fistulotomy and sphincter reconstruction in the treatment of complex fistula-in-ano: long-term clinical and manometric results / A. Arroyo, J. PérezLegaz, P. Moya. – DOI 10.1097/SLA.0b013e31824e9112.// Ann. Surg. - 2012. - No. 255 (5). – P. 935–939.

8. Carvalho ALD. FiLAC. Fistula-tract laser closure: a sphincter-preserving procedure for the treatment of complex anal fistulas. / Carvalho ALD, Alves Filho EF, Alcantara RSMD, Barreto MDS // Journal of Coloproctology. - 2017. - No. 37 (2). - P. 160-162.
9. Davlatov S. et al. The choice of surgical tactics for the treatment of patients with acute paraproctitis // Journal of hepato-gastroenterological research. - 2020. - Vol. 1. - No. 2. - P. 26-29.
10. Fathallah N. Treatment of fistula-in-ano with laser FiLACTM (Fistula Laser clousure): a new hope / N. Fathallah, M. Aubert, E. Pommaret, V. de Parades, N. Lemarchand. – DOI 10.1007/s11725-015-0622-2 // Colon Rectum.
11. Garcia-Aguilar J. Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence / Garcia-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, Goldberg SM, Madoff RD. // Dis Colon Rectum. -1996. No. 39(7). P. 723-729.
12. Giamundo P. Closure of fistula-in-ano-with laser – FiLaCTM: an effective novel sphincter-saving procedure for complex disease / P. Giamundo, M. Geraci [et al.] // Colorectal. disease. - 2013. - No. 16. - P. 110–115.
13. Giamundo P. Fistula-tract Closure (FiLacTM): long-term results and new operative strategies /P. Giamundo, L. Esercizio // Tech. Coloproctol. - 2015. - No. 19. - P. 449–453.
14. Johnson E.K. Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas / EK Johnson, JU Gaw, DN Armstrong // Dis. colon. Rectum. - 2006. - No. 49. - P. 371–376.
15. Jordan J. Risk factors for recurrence and incontinence after anal fistula surgery / J. Jordan, V. Roig, J. Garcia-Armengol, E. Garcia-Granero, A. Solana, S. Liedo // Colorectal Dis. - 2010. - No. 33. - P. 254–260.
16. Lauretta A. Anal fstula laser closure: the length of fistula is the Achilles' heel / A. Lauretta, N. Falco, E. Stocco, R. Bellomo, A. Infantino // Tech. Coloproctol. - 2018. - No. 22. - P. 933–939.
17. Rustamov M. et al. Results of surgical treatment of patients with acute gangrenous-necrotic paraproctitis // Journal of hepato-gastroenterological research. - 2020. - Vol. 1. - No. 2. - P. 65-68.
18. Shekhovtsov S.A. Influence of subthreshold power of the diode laser on the function of the rectal obliter during laser obliteration of rectinal fistulas by Filac technology. Journal of hepato-gastroenterology research. 2023. vol. 4, issue 2. pp.78-80
19. Shekhovtsov S.A., Davlatov S.S. Analysis of Factors Influencing the Results of the Laser Obliteration Technique of Short and Complex Rectal Fistulas. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2023, 13(7): -P. 913-916.
20. Shekhovtsov S.A., Davlatov S.S. Analysis of the impact of subthreshold powers of a diode laser with a wavelength of 1470 nm on the function of the obturator apparatus of the rectum during laser obliteration of short and complex rectal fistulas using Filac technology // Medical Journal of Uzbekistan. 2023 №01. - P. 43-47.
21. Shekhovtsov S.A., Davlatov S.S. Comparative analysis of the factors influencing the results of the laser obliteration technique (Filac) in short and complex rectal fistulas// Medical Journal of Uzbekistan. 2023 №01. - P. 37-42.