

ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПРОЦЕДУРУ FiLAC ПО ПОВОДУ КОРОТКИХ И СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ



Шеховцов Станислав Александрович¹, Давлатов Салим Сулаймонович²

1 - Ведущая многопрофильная клиника города Адду, Мальдивская Республика, г. Адду;

2 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ТЎҒРИ ИЧАКНИНГ ҚИСҚА ВА МУРАККАБ ОҚМАЛАРИ ТУФАЙЛИ FiLAC МУОЛАЖАСИНИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА ОҒРИҚ СИНДРОМИНИНГ ДАВОМИЙЛИГИ ВА ИНТЕНСИВЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Шеховцов Станислав Александрович¹, Давлатов Салим Сулаймонович²

1 - Адду шаҳри кўп тармокли етакчи клиникаси, Мальдив Республикаси, Адду ш.;

2 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

EVALUATION OF THE INTENSITY AND DURATION OF PAIN SYNDROME IN PATIENTS UNDERGOING THE FiLAC PROCEDURE FOR SHORT AND COMPLEX RECTAL FISTULAS

Shekhovtsov Stanislav Alexandrovich¹, Davlatov Salim Sulaymonovich²

1 - A leading multi-specialty clinic Addu City, Republic of Maldives, Addu;

2 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: pro.ilmiy@bsmi.uz

Резюме. Мақолада қисқа ва мураккаб тўғридан-тўғри оқмаларни даволашда классик ва модификация қилинган FiLAC муолажасини ўтказган беморларда оғриқ синдромнинг интенсивлиги ва давомийлигини баҳолаш натижалари ҳавола этилган. Муаллифлар ишлаб чиққан FiLAC методикасини қўллашнинг салоҳиятли хавфсизлиги кўрсатилди.

Калим сўзлар: қисқа тўғридан-тўғри оқмалар, мураккаб тўғри оқмалар, тўғри оқмаларнинг лазер обитерацияси, FiLAC методикаси, оғриқ синдромнинг интенсивлиги, оғриқ синдромнинг давомийлиги.

Abstract. The article presents the results of assessing the intensity and duration of the pain syndrome in patients who underwent the classic and modified by us FiLAC procedure in the treatment of short and complex rectal fistulas. The potential safety of using the modification of the FiLAC method developed by us is shown.

Keywords: short rectal fistulas, complex rectal fistulas, laser obliteration of rectal fistulas, FiLAC technique, intensity of pain syndrome, duration of pain syndrome.

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] видео-ассистированное 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 Biolitec 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, грануляционный ткани [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.



Рис. 1. Пример бланка-опросника числовой рейтинговой шкалы боли

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 трансфинктерными 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 назначения 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.

Литература:

1. Dubois A, Carrier G, Pereira B et al (2015) Therapeutic management of complex anal fistulas by installing a nitinol closure clip: study protocol of a multicentric randomised controlled trial—FISCLOSE. *BMJ Open* 16:e009884
2. Giamundo P, Geraci M, Tibaldi L, Valente M (2013) Closure of fistula-in-ano with laser—FiLaC™: an effective novel sphincter-saving procedure for complex disease. *Colorectal Dis* 16:110–115
3. Giamundo P, Esercizio L, Geraci M, Tibaldi L, Valente M (2015) Fistula-tract laser closure (FiLaC™): long-term results and new operative strategies. *Tech Coloproctol* 19:449–453
4. Han JG, Wang ZJ, Zheng Y et al (2016) Ligation of Intersphincteric Fistula Tract vs Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract plus a bioprosthetic anal fistula plug procedure in patients with transsphincteric anal fistula: early results of a multicenter prospective randomized trial. *Ann Surg* 264:917–922 (PMID: 26606429)
5. Köckerling F, Alam NN, Narang SK, Daniels IR, Smart NJ (2015) Treatment of fistula-in-ano with fistula plug—a review under special consideration of the technique. *Front Surg* 16:55
6. Lunnis PJ, Sheffield JP, Talbot IC, Thomson JP, Phillips RK (1995) Persistence of idiopathic anal fistula may be related to epithelialisation. *Br J Surg* 82:32–33
7. Limura E, Giordano P (2015) Modern management of anal fistula. *World J Gastroenterol* 21:12–20
8. Litza EM, van Wijk JJ, Gosselink MP, Doornebosch P, Zimmerman DDE, Schouten WR (2010) Seton drainage prior to transanal advancement

flap repair: useful or not? *Int J Colorectal Dis* 25:1499–1502

9. Iukhvidova ZhM, Makeeva NS, Zinov'eva OI, Sidorova TA (1978) Use of lasers in the treatment of diseases of the anorectal region. *Sov Med* 2:86–90
10. Meinero P, Mori L, Gasloli G (2014) Video-assisted anal fistula treatment: a new concept of treating anal fistulas. *Dis Colon Rectum* 57:354–359
11. Meinero P, Mori L (2011) Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas. *Tech Coloproctol* 15:417–422
12. Narang SK et al (2017) A systematic review of new treatments for cryptoglandular fistula in ano. *Surgeon* 15:30–39
13. Öztürk E, Gülcü B (2014) Laser ablation of fistula Tract: a sphincter-preserving method for treating fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum* 57:360–364
14. Salim AS, Ahmed TM (2001) KTP-Laser and fibrin glue for treatment of fistulae in ano. *Saudi Med J* 22:1022–1024
15. Scoglio D, Walker AS, Fichera A (2014) Biomaterials in the treatment of anal fistula: hope or hype? *Clin Colon Rect Surg* 27:172–181
16. Slutzki S, Abramsohn R, Bogokowsky H (1981) Carbon dioxide laser in the treatment of high anal fistula. *Am J Surg* 141:395–396
17. Sygut A et al (2010) How the location of the internal opening of anal fistulas affect the treatment results of primary transsphincteric fistulas. *Langenbecks Arch Surg* 395:1055–1060
18. Tasci I (2003) The fistulectome: a new device for treatment of complex anal fistulas by “Core-Out” fistulectomy. *Dis Colon Rectum* 46:1566–1571
19. Wilhelm A (2011) A new technique for sphincter-preserving anal fistula repair using a novel radial emitting laser probe. *Tech Coloproctol* 15:445–449
20. Zirak-Schmidt S, Perdawood SK (2014) Management of anal fistula by ligation of the intersphincteric fistula tract—a systematic review. *Dan Med J* 61:A4977

ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПРОЦЕДУРУ FiLAC ПО ПОВОДУ КОРОТКИХ И СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Шеховцов С.А., Давлатов С.С.

Резюме. 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.