

ПРИМЕНЕНИЕ FISTULA PLUG С ФИБРИНОВЫМ КЛЕЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

П. Р. Айдынова, Е. А. Алиев

Кафедра хирургических болезней № 3 (зав. — чл.—кор. НАН Азербайджанской Республики Н. Ю. Байрамов)
Азербайджанского медицинского университета, г. Баку, Республика Азербайджан

APPLICATION OF FISTULA PLUG WITH THE FIBRIN ADHESIVE IN TREATMENT OF RECTAL FISTULAS

P. R. Aydinova, E. A. Aliyev

Свищи прямой кишки (СПК) составляют 20 — 35% в структуре заболеваний прямой кишки. Этиология и патогенез заболевания недостаточно изучены. Основной причиной образования СПК является несвоевременное, неадекватное и нерадикальное лечение острого парапроктита [1 — 3].

Наибольшую хирургическую проблему составляют так называемые сложные СПК — высокие транс— и экстрасфинктерные [2 — 4]. Это обусловлено тем, что каждая радикальная операция, выполняемая в целях устранения СПК, почти всегда связана с нарушением в той или иной степени целостности сфинктерного аппарата прямой кишки [5, 6]. Радикальным методом лечения больных по поводу СПК является хирургическое вмешательство. В настоящее время известны более 100 хирургических методов лечения СПК [7], что свидетельствует о неудовлетворенности результатами лечения сложных, особенно транс— и экстрасфинктерных СПК, а также отсутствии единого подхода к выбору метода операции. Частота неудовлетворительных результатов оперативного лечения составляет от 7 до 40% [8, 9]. Это обусловлено упорным течением заболевания, трудностью определения внутреннего отверстия свища, рубцовыми изменениями и деформацией в параректальной клетчатке и области промежности, наличием дополнительных гнойных полостей, сложностями их диагностики и адекватного дренирования, трудностью выбора тактики, метода, объема и техники оперативного вмешательства,

Реферат

Изучены результаты хирургического лечения 21 больного по поводу высоких трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки (СПК). У больных I группы свищевой ход закрывали obturator fistula plug; II группы — его предварительно обрабатывали фибриновым клеем. Применение obturator fistula plug, обработанного фибриновым клеем, обеспечивало герметичность свищевого отверстия, предотвращало образование грубых рубцов в зоне операционной раны, способствовало лучшей фиксации биопластического материала.

Ключевые слова: свищ прямой кишки; хирургическое вмешательство; fistula plug; фибриновый клей; анальная инконтиненция.

Abstract

Results of surgical treatment of 21 patients, suffering high transsphincteric and extrasphincteric rectal fistulas, were studied. In patients of Group I the fistula passage was closed, using fistula plug obturator; and in patients of Group II — by the same, but preprocessed by fibrin adhesive. The fistula aperture hermeticity, prophylaxis of rude cicatrices development in operative wound zone, promotion of better fixation of bioplastic material were guaranteed, using fistula plug obturator with preprocessing, using fibrin adhesive.

Key words: rectal fistula; surgical intervention; fistula plug; adhesive, made of fibrin; anal incontinence.

недостаточной квалификацией оперирующего хирурга [4, 7, 9].

Разработка дифференцированного подхода к выбору метода хирургического лечения СПК и обоснование целесообразности применения миниинвазивного способа лечения по поводу высоких транс— и экстрасфинктерных СПК с использованием современных технологий позволит значительно улучшить результаты лечения и качество жизни таких больных.

Цель исследования: оценить возможность и эффективность применения obturator fistula plug, обработанного фибриновым клеем и без такого, при лечении СПК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с 2011 по 2015 г. на базах кафедры хирургических болез-

ней № 1 Азербайджанского медицинского университета — в Клиническом медицинском центре управления здравоохранением г. Баку и Учебно—хирургической клинике проведено обследование и лечение 21 больного по поводу СПК криптогландулярного генеза и их рецидивов. Пациентов, у которых выявлены СПК при болезни Крона, туберкулезе, других специфических заболеваниях, ректовагинальные свищи, свищи опухолевой природы, стома, не обнаружено внутреннее отверстие свища, а также больные, с которыми не удалось связаться за период наблюдения, исключены из исследования. У 18 (85,7%) больных свищ был первичным, у 3 (14,3%) — рецидивным. Мужчин было 14 (66,7%), женщин — 7 (33,3%), возраст больных от 16 до 78 лет, в среднем (40,9 ± 1,6) года. Диагностика

СПК включала аноскопию, ректороманоскопию, зондирование, пробы с пенным красителем, контрастную фистулографию, при наличии сложных и рецидивных свищей применяли обзорное и контрастное эндоректальное ультразвуковое исследование с использованием конвексного датчика с частотой 7,0 — 10,0 МГц (2D и 3D), магниторезонансную томографию таза. По результатам исследований у 14 (66,7%) больных диагностирован высокий транссфинктерный, у 7 (33,3%) — экстрасфинктерный СПК.

Перед операцией всем больным назначали щадящее питание, слабительные средства (фортранс или флиит), применяли очистительные клизмы и промывание толстого кишечника.

Fistula plug производства Cook Surgis® Biodesign™ является биоадсорбирующим конусоподобным трансплантатом, изготовлен из подслизистой оболочки тонкого кишечника свиньи. Он биологически индифферентен, вследствие специфической обработки практически лишен антигенных свойств, устойчив к инфекциям. Обтуратор имеет волокнистую структуру, функционирует как коллагеновая матрица, что способствует быстрому закрытию свищевого хода собственной соединительной тканью, через 8 нед замещается местной тканью.

Методика применения fistula plug. Положение больных литотомическое, применяли эпидуральную, спинальную, у некоторых больных — многокомпонентную внутривенную анестезию. Операционное поле обрабатывали 10% раствором йодсепта, с помощью ректального зеркала металлическим зондом повторно исследовали свищевой ход, фистулоэкстрактором осуществляли кюретаж, санацию раствором антисептика (3% раствор перекиси водорода). Свищевой ход расширяли в пределах возможного. Fistula plug за 5 мин до использования помещали в изотонический раствор натрия хлорида, вводили из внутреннего отверстия свища до наружного. В соответствии с выполненной операцией больные распределены на 2

группы: у 9 больных (I группа) обтуратор размещали в свищевом ходе и подвешивали к внутреннему отверстию свища; у 12 больных (II группа) — применяли способ размещения обтуратора в свищевом ходе и его фиксации после предварительного нанесения фибринового клея.

В целях дренирования рану в направлении наружного отверстия оставляли открытой.

Антибиотикопрофилактика включала внутривенное введение цефалоспорины III поколения в суточной дозе за 30 мин до вмешательства и внутривенное введение метронидазола 100 мл 2 раза в сутки в течение 3 сут после операции.

После операции больным рекомендовали диету с повышенным содержанием пищевых волокон, ограничение физической активности в течение 2 нед, водный туалет после стула.

Для оценки интенсивности послеоперационной боли использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), для оценки степени недержания кала — шкалу Wexner.

Все пациенты повторно осмотрены в сроки 3, 6 и 24 мес после операции. Критериями удовлетворительного результата считали отсутствие субъективных жалоб, полное заживление свища, сохранение достаточного уровня анальной континенции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все пациенты активизированы в 1—е сутки после операции. Болевой синдром умеренно выражен, что не требовало назначения наркотических анальгетиков, в среднем (3,3 ± 0,62) балла по ВАШ в первые сутки после операции. Осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не было. Продолжительность лечения больного в стационаре составляла от 1 до 5 сут, в среднем (3,6 ± 1,2) сут, продолжительность периода нетрудоспособности — (18,3 ± 4,2) сут.

В основном полное заживление свища у пациентов отмечено в сроки от 22 до 56 сут, в среднем — (41,4 ± 6,8) сут. При контрольном осмот-

ре через 3 мес жалоб не было, по данным клинико—инструментальных исследований рецидив не обнаружен, кроме 2 больных I группы и 1 — II группы (рецидив возник вследствие выпадения обтуратора). В целях контроля в свищевой ход этих больных помещен рыхлый сетон, впоследствии замененный обтуратором. Повторных рецидивов не было.

Анальной инконтиненции не наблюдали.

По данным литературы, применение fistula plug эффективно в лечении СПК разной локализации. Так, из 45 больных при лечении 55 высоких транссфинктерных СПК с использованием fistula plug в сроки наблюдения от 1 до 24 мес у 83% — достигнуты положительные результаты [10]. При применении фибринового клея и биологической пробки (fistula plug) по поводу транссфинктерных СПК через 3 мес удовлетворительные результаты достигнуты при использовании фибринового клея — у 40%, fistula plug — у 87% пациентов [8]. Отмечены преимущества использования plug по сравнению со стандартным (фистулотомия, использование рыхлого и режущего сетона) и радикальным хирургическим лечением при высоких сложных СПК. В рандомизированном проспективном исследовании, проведенном в нескольких центрах, изучены результаты лечения с транспозицией слизистой оболочки и использованием fistula plug.

Результаты лечения больных по поводу высоких транссфинктерных СПК криптоглангулярной этиологии в сроки 2, 4, 16 нед оценивали по таким критериям: закрытие свищевого хода, недостаточность сфинктера заднего прохода, интенсивность боли после операции, показатели качества жизни [11].

Недостатком этого метода является нарушение герметичности вследствие нарушения кровоснабжения участка слизистой оболочки в месте ее фиксации с широкой частью обтуратора, что чревато возникновением ее некроза, а при выделении слизи или содержимого ки-

шечника — инфицированием свищевого хода, рецидивом свища; еще одним недостатком метода является невозможность проведения биопластического материала при наличии извитых или подковообразных СПК.

Новизна представленного метода заключается в герметичной пломбировке свищевого хода с применением fistula plug, обработанного фибриновым клеем, при лечении больных по поводу СПК. Метод позволяет соблюдать основные принципы лечения СПК — радикализм,

сохранение целостности и функции сфинктерного аппарата.

Относительным недостатком метода является высокая стоимость обтураторов, однако при сопоставлении стоимости метода с ценой сохранения функции сфинктерного аппарата этот фактор теряет свою актуальность.

ВЫВОДЫ

1. Результаты обтурации СПК с использованием fistula plug хорошие. Метод является перспектив-

ным, но требует большего опыта его применения для лучшей оценки эффективности.

2. Применение обтуратора fistula plug, обработанного фибриновым клеем, обеспечивает герметичность пломбированного свищевого отверстия, предотвращает образование грубых рубцов в зоне операционной раны, способствует лучшей фиксации биопластического материала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Shawki S. Idiopathic fistula—in—ano / S. Shawki, S. D. Wexner // *World J. Gastroenterol.* — 2011. — Vol. 17, N 28. — P. 3277 — 3285.
2. Улучшение результатов лечения сложных параректальных свищей / А. Ф. Гумматов, Г. А. Султанов, Э. А. Алиев, Э. М. Гасымов // *Пробл. колопроктологии.* — 2006. — № 19. — С. 87 — 91.
3. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения сложных рецидивных свищей / А. Ф. Гумматов, Г. А. Султанов, Э. А. Алиев, А. Г. Аббасов // *Cardiol. Intern. Med. (Tbil).* — 2009. — N 1. — P. 86 — 92.
4. Qiang Leng. Anal fistula plug vs mucosa advancement flap in complex fistula—in—ano: A meta—analysis / Leng Qiang, Jin Hei—Ying // *World J. Gastrointest. Surg.* — 2012. — Vol. 4, N 11. — P. 256 — 261.
5. El—Gazzaz G. A retrospective review of chronic anal fistulae treated by anal fistulae plug / G. El—Gazzaz // *Colorect. Dis.* — 2010.
6. Long—term results in the treatment of fistula—in—ano with fibrin glue: a prospective study / G. Maralcan, I. Baskonus, A. Gokalp [et al.] // *J. Korean Surg. Soc.* — 2011. — Vol. 81, N 3. — P. 169 — 175.
7. Stamos M. J. Advances in anal fistula repair: minimizing risk for incontinence / M. J. Stamos, E. McConnell // *Gen. Surg. News.* — 2010. — Vol. 37, N 12. — P. 1 — 4.
8. Jonshon E. K. Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas / E. K. Jonshon, J. U. Gaw, D. N. Armstrong // *Dis. Colon Rectum.* — 2006. — Vol. 49. — P. 371 — 376.
9. Gore BioA Fistula Plug in the treatment of high anal fistulas — initial results from a German multicenter—study / A. Ommer, A. Herold, A. Joos [et al.] // *Ger. Med. Sci.* — 2012. — Vol. 10.
10. Efficacy of anal plug in closure of complex cryptoglandular anal fistula / B. J. Champange, L. M. O'Connor, M. E. Shertzer [et al.] // *Annual meeting American Society of Colon and Rectal Surgeons.* — Scattle, 2006. — Abstract book S—30. — P. 193.
11. The Anal Fistula Plug versus the mucosal advancement flap for the treatment of Anorectal Fistula (PLUG trial) / P. J. van Koperen, W. A. Bemelman, P. M. Bossuyt [et al.] // *BMC Surg.* — 2008. — Vol. 8. — P. 11 — 15.

