

УДК 616.352-007.257-089.85

*И.Е. Верхулецкий, А.Л. Вороной, А.И. Григорьян, Е.И. Верхулецкий, П.М. Носко***ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КСЕНОГРАФТОВ-ОБТУРАТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ***Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

Хирургическое лечение пациентов с высокими трансфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки является актуальной проблемой проктологии. В настоящем сообщении рассмотрены первые непосредственные результаты применения ксенографтов-обтураторов у 4 пациентов с хроническим парапроктитом. Среди пациентов было 3 мужчин и одна женщина в возрасте от 26 до 69 лет. Высокий трансфинктерный свищ прямой кишки выявлен у двух пациентов, еще у двух – экстрасфинктерные свищи 1 и 4 степени сложности. Пациентам имплантированы обтураторы-ксенографты по стандартной технике. Болевой синдром в первые послеоперационные сутки не превышал  $3,3 \pm 0,62$  баллов по визуальной аналоговой шкале. У всех пациентов достигнуто заживление свища в сроки от 22 до 56 суток. При контрольном осмотре через 3 месяца рецидива свищей выявлено не было, уровень фекальной континенции составлял от 0 до 7 баллов по шкале Векснера, таким образом непосредственные результаты операций следует признать удовлетворительными. Обтурация свищей прямой кишки ксенографтом может быть рекомендована к применению, в случаях, когда другие методы не могут быть использованы, или сопряжены с высоким риском развития калового недержания.

**Ключевые слова:** хронический парапроктит, ксенографт-обтуратор, каловое недержание.

Пациенты с острым и хроническим парапроктитом составляют более 30% больных проктологических стационаров, а операции по поводу парапроктита являются одной из наиболее частых причин калового недержания [1, 3]. Лигатурный способ до настоящего времени является наиболее популярным в лечении высоких трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки, несмотря на его явно неудовлетворительные функциональные результаты. Способы с перемещением слизисто-мышечного лоскута, к сожалению, имеют ограниченное применение и сопровождаются достаточно большой частотой рецидивов. В этой связи, появление любой альтернативной техники, позволяющей сохранить целостность замыкательного аппарата прямой кишки, заслуживает внимания.

В 2006 году Johnson E.K. и соавт. [4] опубликовали первые результаты обтурации свищей прямой кишки ксенографтами Anal Fistula Plug производства COOK inc. (США). Биопротез конусовидной формы изготовлен из коллагена подслизистого слоя кишечника свиней, и в результате специфической обработки практически лишен антигенных свойств и устойчив к инфекционной агрессии. Обтуратор имеет волокнистую структуру, и функционирует как коллагеновая матрица, способствующая быстрому закрытию свищевого хода собственной соединительной тканью. За

короткое время метод приобрел достаточно широкую популярность, вопросам непосредственных и отдаленных результатов его применения посвящено большое количество масштабных исследований. Особую актуальность метод приобретает у пациентов, имеющих высокий риск развития калового недержания, при высоких трансфинктерных и экстрасфинктерных, в том числе рецидивных свищах, ректовагинальных свищах, а также у пациентов с перианальными проявлениями болезни Крона.

**Цель работы** – представление первых непосредственных результатов применения ксенографтов-обтураторов для лечения свищей прямой кишки.

**Материал и методы**

В период с июля по ноябрь 2010 г. в клинике оперировано 4 пациента с хроническим парапроктитом, которым был установлен ксенографт-обтуратор (КО). Среди них было 3 мужчин и одна женщина, в возрасте от 26 до 69 лет. Все пациенты ранее перенесли вскрытие острого парапроктита, в сроки от 3 месяцев до 5 лет назад. Один из пациентов дважды перенес рассечение параректального свища лигатурным способом. Дооперационное клиничко-инструментальное обследование включало общеклинические анализы крови и мочи, ректороманоскопию, ано-

скопию, инструментальную ревизию свища с хромофистулографией, трансперинеальную ультрасонографию конвексным датчиком 2,0-5,0 МГц. Предоперационная очистка кишечника достигалась с помощью клизмы «Нормалкол». Антибиотикопрофилактика включала назначение одной суточной дозы цефтазидама за 30 минут до вмешательства, и пероральный прием метронидазола 1200 мг/сут в течение трех дней после операции.

Вмешательства выполняли под эпидуральной анестезией в положении для промежностного камнесечения. Техника операции не отличалась от рекомендованной [2]. Использовали obturаторы Surgisis Biodesign Anal Fistula Plug фирмы COOK inc. (США). Анальный канал раскрывали зеркалом Фенслер 30 мм. После уточнения анатомии свищевого хода, его отношения к волокнам наружного анального сфинктера, через свищевой ход проводили лигатуру. Канал свища санировали раствором перекиси водорода. Производили 10-минутную регидратацию ксенографта в растворе Рингера. Obturator вводили через внутреннее отверстие свища до «заклинивания». Внутреннее отверстие свища ушивали над obturатором двумя взаимноперпендикулярными швами Vicryl plus 2/0 с захватом внутреннего сфинктера и obturатора. Наружное отверстие свища экономно иссекали и отставляли открытым для дренирования. Избыток obturатора отсекали на уровне кожи.

В послеоперационном периоде рекомендовали диету с повышенным содержанием пищевых волокон, ограничение физической активности в течение 2 недель, водный туалет после стула.

Для оценки выраженности послеоперационной боли использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), для оценки калового недержания – Cleveland Clinic Continence Score (шкала Векснера).

Все пациенты повторно осмотрены в сроки до 3 месяцев после операции. Критериями удовлетворительного результата считали отсутствие субъективных жалоб, полное заживление свища и сохранение достаточного уровня фекальной континенции.

### *Результаты и обсуждение*

При дооперационном обследовании у двух

пациентов выявлены высокие трансфинктерные свищи прямой кишки, у двух – экстрасфинктерные свищи 1 и 4 степени сложности (по классификации ГНЦ Колопроктологии МЗ РФ). Внутреннее отверстие свища у двух пациентов располагалось в передних криптах, у двух – в задне-боковых криптах. У одного из пациентов, ранее дважды перенесшего рассечение свища лигатурным способом, отмечена недостаточность сфинктера заднего прохода 1 степени, 9 баллов по шкале Векснера. У остальных пациентов дооперационный уровень фекальной континенции был достаточным.

Все пациенты активизированы в 1 сутки после операции. Болевой синдром был выражен умеренно, и не требовал назначения опиатов (в среднем  $3,3 \pm 0,62$  баллов по ВАШ в 1 послеоперационные сутки). Осложнений, связанных с операцией, в ближайшем послеоперационном периоде не отмечалось. Средние сроки стационарного лечения составили  $4,8 \pm 1,44$  суток, а продолжительность нетрудоспособности –  $19,5 \pm 4,11$  суток.

У всех пациентов произошло полное заживление свища, в сроки от 22 до 56 суток, в среднем – в течение  $40,3 \pm 7,47$  суток. При контрольном осмотре через 3 месяца пациенты не предъявляли жалоб, клинико-инструментальных данных в пользу рецидива не выявлено. Все пациенты после операции сохранили функционально достаточный уровень калового держания.

Результаты операций представлены в таблице.

В качестве примера приводим клиническое наблюдение.

Пациент П., 69 лет, госпитализирован 08.09.2010 г. с клиникой хронического парапроктита. В марте 2010 г. оперирован по поводу острого парапроктита, во время операции внутреннее отверстие абсцесса не обнаружено. При дооперационном обследовании выявлен экстрасфинктерный свищ прямой кишки с внутренним отверстием в передней крипте до 0,4 см, с рубцовыми краями. Уровень анального держания до операции – 4 по шкале Векснера. Оперирован 08.09.10 под эпидуральной анестезией. Интраоперационно: после контрастирования свища раствором бриллиантового зеленого, выполнена инструмен-

Таблица.

## Результаты проведенных операций

Пациент	Пол	Возраст, лет	Характеристики свища	Баллы по шкале Векснера		Длительность заживления раны
				До операции	Через 3 месяца	
В.	жен.	26	Высокий, передний трансфинктерный свищ	2	0	22 суток
П.	муж.	69	Экстрасфинктерный, передний свищ 4 степени сложности	4	5	56 суток
Л.	муж.	41	Рецидивный экстрасфинктерный, задний свищ 1 степени сложности, недостаточность сфинктера заднего прохода 1 ст.	9	7	48 суток
О.	муж.	35	Высокий, задний трансфинктерный свищ	4	1	35 суток

тальная ревизия канала свища. При введении зонда в наружное отверстие на 9 ч выявлено, что свищевой канал имеет сложное направление, и распространяется параллельно прямой кишке на глубину до 7 см, где открывается в ограниченную полость, из которой свищевой тракт продолжается экстрасфинктерно, окружая прямую кишку справа и спереди, до внутреннего отверстия в передней крипте. Последнее до 0,4 см с грубыми рубцовыми краями. С техническими трудностями удалось провести зонд через весь свищевой тракт до внутреннего отверстия. При пальпации на зонде – свищ полностью окружает глубокую порцию наружного сфинктера заднего прохода, ниже пуборектальной петли. Учитывая наличие экстрасфинктерного свищевого хода 4 степени сложности с остаточной полостью, высоким риском повреждения замыкательного аппарата и нарушения анального держания, принято решение выполнить обтурацию свища ксенографтом. Свищевой ход санирован раствором перекиси водорода. После регидратации в растворе Рингера, ксенографт проведен через свищевой ход до «заклинивания». Внутреннее отверстие свища ушито двумя швами Викрил-плюс 2/0, наложенными перекрестно, с захватом внутреннего сфинктера и обтуратора. С техническими трудностями наружная часть свищевого хода единым блоком с остаточной полостью иссечены радиочастотным током. Резко выражен рубцово-воспалительный процесс в параректальной клетчатке. Дно периаанальной раны ушито редкими швами Викрил-плюс 3/0.

Послеоперационный период протекал бла-

гоприятно. Пациент выписан из стационара на 9 сутки. Полное заживление периаанальных ран отмечено к 56 суткам. Повторно осмотрен через 3 месяца после операции. Жалоб не предъявляет, считает себя здоровым. В периаанальной области на 9-10 часах сформировался послеоперационный рубец. При аноскопии внутреннего отверстия свища, другой патологии не выявлено.

Согласно опубликованным данным, частота рецидивов при использовании ксенографто-обтураторов составляет 6-30% [2-4]. В описанных нами клинических случаях у всех пациентов удалось достичь заживления свища и сохранить континенцию, однако для объективной оценки метода требуется большее количество наблюдений с продолжительным сроком контроля. Тем не менее, не вызывает сомнений, что использование ксенографто-обтураторов может быть адекватной альтернативой лигатурному способу при лечении высоких, сложных трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки, с потенциально высоким риском развития калового недержания. Нужно отметить также высокую комфортность метода для пациента, обусловленную невыраженным болевым синдромом в послеоперационном периоде, короткими сроками стационарного лечения, быстрым восстановлением трудоспособности.

К относительным недостаткам метода относят высокую стоимость обтураторов. Следует заметить, что при сопоставлении стоимости метода с ценой сохранения анального держания, данный вопрос, вероятно, теряет свою актуальность.

**В и в о д и**

1. Непосредственные результаты операций обтурации свищей прямой кишки с помощью ксенографта-обтуратора следует признать хорошими, у всех пациентов достигнуто заживление свища и сохранен функционально достаточный уровень анальной континенции.

2. Обтурация свищей прямой кишки ксенографтом может быть рекомендована к применению, в случаях, когда другие методы не могут быть использованы, или сопряжены с высоким риском развития калового недержания.

**ПЕРШИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КСЕНОГРАФТІВ-ОБТУРАТОРІВ В ЛІКУВАННІ НОРИЦЬ ПРЯМОЇ КИШКИ**

*І.Є. Верхулецький, О.Л. Вороний, А.І. Григор'ян, Є.І. Верхулецький, П.М. Носко*

Хірургічне лікування пацієнтів із високими трансфінктерними та екстрасфінктерними норицями прямої кишки є актуальною проблемою проктології. В наступному повідомленні розглянуто перші безпосередні результати використання ксенографтів-обтураторів у 4 пацієнтів із хронічним парапроктитом. Серед них було троє чоловіків та одна жінка віком від 26 до 69 років. Високу трансфінктерну норицю прямої кишки виявлено в двох пацієнтів, ще у двох – екстрасфінктерні нориці 1 та 4 ступеня складності. Пацієнтам імплантовано обтуратори-ксенографти за стандартною технікою. Післяопераційний біль в першу добу не перевищував  $3,3 \pm 0,62$  балів за візуальною аналоговою шкалою. У всіх пацієнтів досягнуто загоєння нориці в термін від 22 до 56 діб. При контрольному огляді через 3 місяці рецидиву нориці виявлено не було, рівень фекальної континенції склав від 0 до 7 балів за шкалою Векснера, таким чином безпосередні результати операцій слід визнати задовільними. Обтурація нориць прямої кишки ксенографтом може бути рекомендована до вико-

ристання, у випадках, коли інші методи не можуть бути застосовані, або супроводжуються високим ризиком розвитку калового нетримання.

**Ключові слова:** хронічний парапроктит, ксенографт-обтуратор, калове нетримання.

**THE FIRST EXPERIENCE OF USE OF ANAL FISTULA PLUG FOR CHRONIC PARAPROCTITIS MANAGEMENT**

*I.E. Verhuletsky, A.L. Voronoy, A.I. Grigoryan, E.I. Verhuletsky, P.M. Nosko*

Surgical treatment of high transsphincteric and suprasphincteric anal fistulas is an current problem of proctology. In this report, reviewed the first immediate results of the anal fistula plug use in 4 patients with chronic paraproctitis. Among the patients there were 3 men and one woman aged from 26 to 69 years. High transsphincteric anal fistulas detected in two patients, even at two - suprasphincteric fistulas 1 and 4 degrees of complexity. Fistula plug implanted by the standard technique. Postoperative pain in the first day did not exceed  $3,3 \pm 0,62$  points on a visual analogue score. All patients achieved healing of fistulas in a period of 22 to 56 days. At the control examination after 3 months revealed no recurrence of fistulas. The level of fecal continence ranged from 0 to 7 points on a Wexner score, so the immediate results of operations should be considered satisfactory. Anal fistula plug can be recommended for use in cases where other methods can not be used, or are associated with high risk of fecal incontinence.

**Key words:** chronic paraproctitis, anal fistula plug, fecal incontinence.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Колоректальная хирургия / под ред. Робина К.С. Филлипса. – М.: Гэотар-медиа, 2009. – С. 241-262.
2. The Surgisis AFP anal fistula plug: report of consensus conference. / M.L. Corman, A. Carriero, T. Hager [et al.] // *Colorectal Dis.* – 2008. – № 10 – P. 17-20.
3. Jacob T.J. Surgical intervention for anorectal fistula (Review) / T.J. Jacob, B. Perakath, M.R. Keighley // *The Cochrane Library.* – 2010. – Issue 5. – CD006319.
4. Johnson E.K. Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas. / E.K. Johnson, J.U. Gaw, D.N. Armstrong // *Dis. Colon Rectum.* – 2006. – Vol. 49 (3). – P. 371-376.

Стаття надійшла 15.03.2011