

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии и проктологии, и касается способов течения при восстановлении непрерывности толстой кишки у больных с колостомами.

Операции удалений части или всей ободочной и прямой кишки относятся к одним из самых сложных и рискованных вмешательств в хирургии, которые часто заканчиваются наложением искусственного противоестественного заднего прохода-колостомией. Нередко колостомия сопровождается различными осложнениями: стриктуры, выпадения кишки, параколостомические грыжи, воспалительные процессы в параколостомической области, брюшной полости и малом тазе. Эти явления, в основном, обусловлены отсутствием нормального пассажа, изменением состава микрофлоры в просвете кишки и другими факторами.

Наиболее близким к заявляемому является способ лечения толстой кишки у больных с колостомой при восстановлении ее непрерывности путем введения в брюшную полость и в просвет толстой кишки растворов антисептиков, например, фурацилина, диоксида, которые берут в соотношении 1:5000.

К причинам, препятствующим в прототипе и аналогах получению технического результата, достигаемого в заявляемом способе, следует отнести наличие возможности травматизации (вплоть до перфорации) толстой кишки, дополнительному инфицированию зоны оперативного воздействия, развитию дисбактериоза, в свою очередь требующего дополнительного лечения.

Вышеуказанные способы лечения ограничены в применении, особенно при резких изгибах прямой кишки и значительной деформации вследствие рубцовых изменений в зоне культи, создают возможность перитонита, флегмоны прямой кишки, что повышает риск летального исхода.

Техническая задача, поставленная в заявляемом изобретении, заключается в создании способа лечения, в котором благодаря комплексному применению комбинированных пенных препаратов на всех этапах лечения при восстановлении непрерывности кишечника у больных с колостомами обеспечивается значительное повышение эффективности диагностики, профилактики и лечения больных с одновременным устранением негативных факторов, сопровождающих другие способы лечения.

Сущность заявляемого изобретения заключается в том, что способ лечения при восстановлении непрерывности толстой кишки у больных с колостомами осуществляется путем введения лекарственных препаратов в просвет толстой кишки в предоперационный, интраоперационный и послеоперационный периоды, причем в качестве лекарственных препаратов используют аэрозольные препараты противовоспалительного антибактериального и ранозаживляющего действия, которые в предоперационный период вводят за 7-10 дней до операции, в интраоперационный - за 20-30 минут до и во время операции, в послеоперационный период - в течение 5-7 дней по 1 разу в день и после дефекации.

Технический результат, достигаемый при осуществлении заявляемого изобретения, выражается в значительном снижении гнойно-воспалительных "осложнений, возникающих на различных стадиях болезни, в исключении возможности травматизации, а также инфицирования зоны оперативного воздействия, что в конечном счете снижает риск летального исхода, сокращает сроки и повышает надежность лечения.

Способ осуществляется следующим образом.

Для снятия воспаления в отключенной прямой кишке и в ее функционирующих приводящих отделах за 7-10 дней до операции 1-2 раза в день вводят ректально и через колостому пену одного из аэрозольных препаратов: аэрозоля нитазола, аэрозоля "Кортонизоль", аэрозоля "Гипозоль-АН", аэрозоля "Гипозоль-Н".

Способ введения пены в зависимости от состояния больного может быть разным: непосредственно из баллона по насадке, по предварительно введенному зонду (катетеру), из шприца, куда пена предварительно вводится по насадке.

Пена вышеуказанных препаратов при введении в заднепроходной канал за 7-10 дней до операции осуществляет массаж отключенной прямой кишки, так как оказывает давление на ее стенки и заставляет их рефлекторно сокращаться, тем самым восстанавливая тонус мышечных стенок отключенной прямой кишки.

В день операции за 20-30 минут до лапаротомии колостоме и отключенную прямую кишку заполняют пеной одного из препаратов (аэрозоль "Сульйодовизоль", аэрозоль мирамистина), что приводит к снижению уровня бактериальной обсемененности сегментов толстой кишки, участвующих в формировании анастомоза.

С целью облегчения поиска и выделения культи отключенной прямой кишки на операционном столе ее туго заполняют пеной аэрозолей "Сульйодовизоль", "Гипозоль-АН", "Гипозоль-Н", аэрозоль мирамистина. Отключенный отдел толстой кишки при этом расправляется под давлением избытка пены и четко дифференцируется от окружающих тканей.

При перегибах достаточно длинной культи отключенной кишки в целях облегчения поиска и ее выделения описанный способ может быть изменен следующим образом: после соответствующей предоперационной подготовки больного за 20-30 минут до реконструктивно-восстановительной операции в отключенную кишку вводят через ректороманоскоп желудочный зонд вплоть до купола кишки и фиксируют его на коже перианальной области лейкопластырем. На операционном столе после лапаротомии отключенную кишку заполняют по зонду избыточным количеством пены, которая выдается из аэрозольного баллона под давлением 3-4 кгс/см<sup>2</sup>, что способствует быстрому и тугому заполнению кишки. Пена, расширяясь, создает давление на стенки - 0,2-0,4 кгс/см<sup>2</sup> (19,6-39,2 кПа). При этом увеличение внутрипросветного давления, независимо от формы и длины культи, обуславливает расправление стенок и четкую ее дифференциацию от окружающих тканей, что позволяет легко ее обнаружить и выделить.

При возникновении микротравм стенки культи в процессе ее выделения окрашенная пена под давлением проникает сквозь дефект наружу, что позволяет обнаружить микроперфорацию и устранить ее. Антимикробные свойства пены предотвращают развитие гнойно-воспалительных осложнений в этих случаях.

После наложения анастомоза с помощью трансанального введения пены проверяется его герметичность. При этом используются аэрозольные препараты "Гипозоль-Н" или "Гипозоль-АН", содержащие в своем составе оранжевого цвета аекол или облепиховое масло и обладающие одновременным противовоспалительным, антибактериальным и ранозаживляющим эффектом, что оказывает непосредственно на анастомоз комплексное лечебное действие.

В случаях инфицирования брюшной полости во время операции с целью предупреждения развития

гнойных осложнений внутрибрюшинно вводят пену аэрозоля "Диоксизоль", эффективно предотвращающего послеоперационное развитие перитонита и остаточных гнояников брюшной полости.

В послеоперационном периоде для предупреждения развития гнойно-воспалительных осложнений, ускорения заживления анастомоза и улучшения пассажа кишечного содержимого в толстую кишку вводят пену аэрозольных препаратов в течение 5-7 дней по 1 разу в день и далее после дефекации. Для этого применяют препараты "Гипозоль-АН", "Гпозоль-Н", аэрозоль мирамистина. Введение осуществляется одним из вышеназванных способов: непосредственно по насадке ректально; из шприца, предварительно заполненного пеной; по катетеру или зонду, которые вводят трансанально немного выше наложенного анастомоза во время операции.

При этом препараты осуществляют комплексное лечебное действие: существенно снижают уровень микробной обсемененности в зоне анастомоза, предотвращая развитие его несостоятельности, снимая воспаление и ускоряя его заживление. Наличие антимикробного эффекта препаратов особенно важно при восстановлении пассажа по толстой кишке. Существенно важно, что анастомоз, обработанный пеной, не травмируется при прохождении каловых масс, так как пена при этом выполняет роль смазки. Кроме того, введение избыточного количества пены предотвращает застой каловых масс в толстой кишке, так как вследствие давления ее на стенки прямой кишки наступает быстрое (в течение 1-2 минут) рефлекторное усиление перистальтики.

Пример 1. Больная Н. 45 лет, оперирована 03.02.93 г. в urgentном порядке по поводу опухоли ректосигмоидного угла, перфорирующей в брюшную полость с образованием диффузного перитонита. Произведена операция Гартмана. Послеоперационный период протекал тяжело с нагноением раны и образованием абсцесса в зоне швов культи прямой кишки. В качестве возбудителя при бактериологическом исследовании была выделена ассоциация протей с синегнойной палочкой. На фоне интенсивной общей или местной антибактериальной терапии наступило медленное выздоровление. Выписана 15.03.93. - Поступила 06.04.94 г. для восстановления непрерывности кишечника. В течение 10 дней перед больной в отключенную прямую кишку вводили 2 раза в сутки аэрозоль "Диоксизоль" с целью стимуляции сократительной деятельности мышц прямой кишки и санации ее в зоне рубца.

В колостому вводили пену аэрозоля "Корнитозоль". Непосредственно перед лапаротомией также вводили пену в просвет отключенной кишки, в результате чего во время лапаротомии после разъединения спаек легко выделен из рубцов купол прямой кишки, который представлял собой выпячивание округлой формы, что позволяло быстро его отыскать. Восстановлена непрерывность толстой кишки по типу "конец в конец" однородным швом с помощью атравматичной нити. После окончания формирования анастомоза дополнительно через прямую кишку вводили пену аэрозоля "Диоксизоль", которая легко заполнила просвет анастомоза, частично переместившись в приводящий отдел толстой кишки. Отсутствие белой пены на серозной поверхности кишки свидетельствовало о физической герметичности анастомоза.

В послеоперационном периоде по трансанальному зонду вводили пену аэрозоля "Гипозоль-АН" за линию анастомоза 1 раз в сутки в течение 5 дней.

Послеоперационное состояние больной удовлетворительно. Самостоятельный стул вызван на 8 сутки. На 12 сутки выписана домой в удовлетворительном состоянии. Осложнений гнойно-воспалительного характера не наблюдалось.

Пример 2. Больная П. 53 года. История болезни №8236. Диагноз: Аденокарцинома сигмовидной кишки с прорастанием в левые придатки матки T<sub>3</sub>M<sub>1</sub>N<sub>0</sub>. Под общим обезболиванием произведена операция резекции сигмовидной кишки еловыми придатками матки. Анастомоз сформирован однорядным викриловым швом без захвата слизистой оболочки "конец в конец". Интраоперационно проверена герметичность анастомоза путем трансанального введения пены аэрозоля "Гипозоль-Н" в количестве 56 мл (время введения 8 сек.), Анастомоз герметичен. После этого зонд проведен на 16 см выше уровня наложенного анастомоза и зафиксирован к периаанальной коже.

В послеоперационном периоде осуществлялось введение пены аэрозоля "Гипозоль-АН" с первых суток по 56-63 мл (время введения 8-9 сек.) и продолжилось до третьего дня. На третьи сутки после введения препарата зонд удален. Послеоперационное течение без особенностей. Больная на 10 сутки после операции выписана домой в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через 2 месяца. Желоб нет. При ректороманоскопии по линии швов гладкий эластичный рубец.

В таблице приведены обобщенные данные о результатах наблюдений над группами больных: основная группа - больные, которым при лечении применяли аэрозольные препараты, и контрольная группа - больные, которых лечили другими способами.

Сравнительный анализ результатов свидетельствует о значительном снижении количества гнойных осложнений у больных основной группы (в 5 раз), количества гнойных осложнений, вызвавших летальный исход (в 14,6 раза). В основной группе несостоятельность анастомоза, развившегося на фоне тромбоза сосудов, явилась причиной летального исхода лишь в одном случае (0,68%), а в контрольной группе - в 12 случаях (8,51 %).

Таким образом, лечение, осуществляемое путем комплексного применения аэрозольных препаратов различной направленности действия, значительно снижает количество гнойно-воспалительных осложнений, исключает возможность травматизации, снижает микробную обсемененность зоны оперативного воздействия, сокращает сроки и повышает надежность лечения.

**Обобщенные данные по осложнениям, развившимся после реконструктивно-восстановительных операций у больных проктологического профиля**

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	Абсолютное число	Процент	Абсолютное число	Процент
Оперировано больных	147	100	141	100
Количество осложнений	13	8,84	45	31,91
Количество гнойных осложнений	8	5,44	38	26,95
Количество осложнений со стороны сердечно-сосуди- стой системы	5	3,40	7	4,96
Послеоперационная летальность	4	2,72	16	11,35
Количество гнойных ос- ложнений, вызвавших летальный исход	1	0,68	14	9,93
Количество осложнений со стороны сердечно-сосуди- стой системы, вызвав- ших летальный исход	3	2,04	2	1,42