

Жилинский Н. С., Слепченко П. В.
**ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫХ
АНАСТОМОЗОВ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ИЛЕОСТОМИИ**

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Рычагов Г. П.

Кафедра общей хирургии

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. Резекция кишечника до настоящего времени является одной из самых травматичных операций в абдоминальной хирургии. В случае несостоятельности наложенных толсто-толсто и тонко-толсто кишечных анастомозов у пациентов могут развиваться различные осложнения, одно из самых тяжелых – несостоятельность швов анастомоза, что может приводить к разлитому перитониту. При несостоятельности швов лечебная тактика окончательно не определена. Одни авторы предлагают повторно разъединять анастомозирующие петли кишки, дистальные – закрывать наглухо, проксимальные – выводить на переднюю брюшную стенку в виде илеостомы или колостомы. Другие авторы при данном осложнении прибегают к ушиванию несостоятельности анастомоза с формированием выше его петлевой илеостомы в надежде наступления заживления несостоятельности, а последующие операции по поводу ликвидации илеостомы приведет к выздоровлению пациента. Использование илеостомы позволяет уменьшить вероятность возникновения осложнений, снижая нагрузку на толстый кишечник, путем уменьшения поступающего содержимого. Немаловажным является послеоперативное течение болезни, выбор закрытия или сохранения илеостом.

Цель: оценка возможности применения илеостом для профилактики, лечения несостоятельности толсто-толсто кишечных анастомозов и оценка результатов закрытия илеостом в относительно отдаленном периоде.

Материалы и методы. Для получения генеральной выборки отбирались медицинские карты пациентов, находящихся на стационарном лечении в проктологическом отделении УЗ 3 ГKB за период с 01.2015 по 12.2016гг, которым устанавливались илеостомы, накладывались толсто-толсто или тонко-толсто кишечные анастомозы. Пациенты были разделены по трем группам: первая группа – наложение превентивных илеостом, вторая группа - наложение лечебных илеостом, третья – закрытие илеостом. По данным группам проведен анализ и статистическая обработка данных с помощью программы Microsoft Excel 2007.

Результаты и их обсуждение. Было проанализировано 96 медицинских карт, средний возраст пациентов составил 55 ± 17 лет. Мужчины составили 51 (53%). У 42(44%) пациентов было выполнено удаление патологического очага (опухоль, дивертикулярная болезнь и др.), резекция кишок с образованием тонко-тонко и тонко-толстых кишечных анастомозов. У 26 (27%) в связи с риском возможности несостоятельности анастомоза вследствие анатомических, возрастных и прочих причин были наложены превентивные илеостомы. С лечебной целью по несостоятельности анастомозов накладывались у 18 пациентов (19%), закрытие илеостомы проводили у 52(54%) пациентов. Также у 5 пациентов (5,2%) была обнаружена несостоятельность анастомоза, которая была устранена, и выведена петлевая илеостома на переднюю брюшную стенку. У 31 пациентов, которым закрывали илеостомы спустя 2-3 месяца после операции, в отдаленном послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Концевые илеостомы накладывали у 11 пациентов при язвенных колитах.

Выводы. При наличии условий, которые могут привести к несостоятельности толсто-толсто и тонко-толсто кишечных анастомозов, необходимо применять петлевые илеостомы. В случае несостоятельности анастомоза оправдано применение петлевой илеостомы с лечебной целью, которая защищает анастомоз и обеспечивает успешное лечение пациента. Спустя 2-3 месяца после формирования илеостомы целесообразно ее закрытие из местного доступа, что является безопасным методом и подтверждается результатами нашего исследования.