

ИЛЕОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*¹Жидков С.А., ¹Клюйко Д.А., ²Гершанов В.В., ²Лозаиш Е.И.,
³Евсеев Г.М.*

*¹ Военно-медицинский институт в учреждении образования
«Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск,
Республика Беларусь*

*² Учреждение здравоохранения «2-я городская клиническая больница
г. Минска»*

³ Медицинская служба Республики Беларусь

Актуальность. Несмотря на быстро растущие технические возможности медицины, выполнение операций на органах брюшной полости не редко требует для спасения жизни пациента не совсем «физиологических» вариантов завершения вмешательства. Речь идет о сохранении непрерывности кишечника. Большинство хирургов спокойно воспринимают наложение колостомы при заболеваниях ободочной и прямой кишки, обосновано считая, что данная операция не приведет к нарушению гомеостаза.

Но отношение к илеостомии в хирургов часто отрицательное. Многие считают, что тонкокишечный свищ приводит к быстрой потере электролитов и белка, которые могут привести к печальным результатам. Не совсем ясно что опаснее: плановая или экстренная илеостомия.

Цель. Определить место илеостомии в хирургии живота, а также влияние срочности операции на ближайшие результаты лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ оперативного лечения 45 пациентов по поводу различных заболеваний органов брюшной полости в отделении экстренной хирургии и проктологии УЗ «2-я ГКБ г. Минска» в течении 2022-23 годов. Всем им операцию завершили наложением илеостомии в экстренном или плановом порядке. В экстренном порядке илеостомию производили при наличии перитонита или невозможности удаления опухоли. В плановом для прекращения пассажа по ободочной кишке для профилактики несостоятельности анастомоза. Мужчин было 21 (46,7%), женщин 26 (53,3%). В возрасте до 60 лет 18 пациентов (40,0%), старше 60 – 27 пациентов (60%). Изучались показатели биохимического анализа крови, как проявление гомеостаза, сроки проведенные после операции в отделении реанимации, результаты лечения.

Результаты. Чаще всего в 24 случаях (53,3%) илеостомия проводилась при опухолях ободочной и прямой кишки, в 6 случаях (13,3%) дивертикулярной болезни, в 5 (11,4%) при тромбозе брыжеечной артерии, в 3 случаях (6,6%) при полипозе ободочной кишки, еще в 7 (15,5%) случаях при других заболеваниях

(долихосигма, ишемический колит, рак поджелудочной железы). У 100% лиц старше 60 лет была сопутствующая терапевтическая патология, в основном, со стороны сердечно-сосудистой системы. В плановом порядке оперировано 33 пациента (73,3%), в экстренном 12 (26,7%). В отделении реанимации после операции лечилось 30 (66,6%) пациентов, после плановой 20 (60,6%), после экстренной 10 (83,0%).

Незначительное снижение гемоглобина и ионов калия наблюдались на 2-3 сутки после операции у пациентов пожилого и старческого возраста. Уровень белка соответствовал дооперационному. В послеоперационном периоде местные осложнения (нагноение раны, кровотечение) возникли в 12 случаях (26,6%), общие (ТЭЛА, пневмония, кишечное кровотечение, аритмия и т.д.) в 20 (44,4%). Причем срочность операции не влияла на частоту осложнений. После операции умерло 11 пациентов (24,4%): 5 после плановых операций, 6 после экстренных. В 7 случаях (63,6%) причиной смерти был продолжающийся перитонит.

Выводы. 1. Чаще всего потребность в илеостомии возникает при опухолях ободочной и прямой кишки у лиц старше 60 лет.

2. Пациенты после экстренной илеостомии чаще нуждаются в лечении в отделении реанимации.

3. Незначительные изменения гомеостаза после операции позволяют рекомендовать илеостомию, как более щадящую операцию в хирургии живота.

4. Наибольшее число летальных исходов (63,6%) после илеостомии от продолжающегося перитонита.