

и 11 (15,3%) больных контрольной группы. Средняя длительность госпитализации составила $12,7 \pm 4,3$ койко-дня в основной группе и $16,3 \pm 9,4$ дней в контрольной группе. Летальных исходов в обеих группах не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Раннее кормление оперированных больных является эффективным элементом протокола ERAS, обеспечивая снижение осложнений послеоперационного периода, влияя на сокращение пребывания в стационаре.

СПОСОБЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ЛИКВИДАЦИИ ОДНОСТВОЛЬНЫХ ИЛЕОСТОМ

Калицова М.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Медоев В.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Для лечения острых заболеваний органов брюшной полости, требующих формирования временной одноствольной илеостомы, применяется ряд способов, каждый из которых имеет свои недостатки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработка способов формирования одноствольной илеостомы, позволяющих на восстановительном этапе ликвидацию одноствольной илеостомы местным доступом, наложение анастомоза лишь на $\frac{1}{2}$ окружности, и, тем самым, сокращение сроков лечения, риска развития послеоперационных осложнений и летальных исходов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В основу работы положены результаты лечения 27 больных с острой кишечной непроходимостью, которым требовалось формирование временной одноствольной илеостомы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Нами были разработаны и внедрены в практику два способа формирования одноствольной илеостомы с последующим упрощенным восстановительным этапом, позволяющие ликвидировать стому из местного окаймляющего доступа. 27 больным сформированы илеостомы по разработанным нами методикам: после резекции спаечных конгломератов, находящихся в зоне илеоцекального угла и десеро-зирования проксимальных отделов кишечника – 18 больным, после резекции нежизнеспособного кишечника, в условиях перитонита – 9 больным. В послеоперационном периоде у 1 больного отмечено нагноение послеоперационной раны, летальных исходов не было. Всем 27 больным в течение 2 месяцев проведен восстановительный этап. В ближайшем послеоперационном периоде послеоперационных осложнений и летальных исходов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предлагаемые способы технически просты, позволяют ликвидировать одноствольные илеостомы местным доступом, и накладывать на восстановительном этапе анастомоз лишь на $\frac{1}{2}$ окружности, тем самым сокращаются сроки лечения, уменьшается число послеоперационных осложнений, улучшается реабилитация в послеоперационном периоде.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ МАРКИРОВКИ МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ

Худякова К.А., Калашникова И.А., Орлова Л.П.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Современная методика маркировки основана на визуальной и пальпаторной оценке передней брюшной стенки, что не дает возможности

точно определить ее анатомические и количественные параметры, влияющие на развитие осложнений стомы. В связи с чем был разработан и запатентован метод объективной маркировки местоположения стомы с использованием УЗ-визуализации передней брюшной стенки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Объективизация предоперационной маркировки местоположения кишечной стомы с использованием УЗ-визуализации передней брюшной стенки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Предоперационная маркировка местоположения стомы с УЗ-визуализацией передней брюшной стенки была выполнена 31 пациенту с использованием УЗИ линейного датчика при частоте 7,5-10 МГц в режиме панорамного сканирования.

Каждому пациенту, накануне операции после определения местоположения кишечной стомы по стандартной методике, производилась предварительная разметка, а затем УЗИ передней брюшной стенки с целью визуализации прямых мышц живота, определения величины подкожно-жирового слоя и его смещаемости при перемене положения тела пациента.

Контрольное УЗИ передней брюшной стенки было выполнено в послеоперационном периоде 13 пациентам в сроки 3-6-12 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Коррекция предварительно проведенной маркировки местоположения стомы после проведения УЗИ визуализации передней брюшной стенки понадобилась 16 пациентам, преимущественно с избыточной массой тела и ввиду выявленной при УЗИ десомы в проекции предполагаемого местоположения илеостомы маркировка была дополнительно проведена с противоположной стороны.

По данным клинического осмотра и УЗИ исследования, у 7 (53,8%) из 13 пациентов не было выявлено парастомальных осложнений, стома располагалась трансректально, диаметр отверстия в прямой мышце соответствовал диаметру кишки, несущей стому. Умеренный, без нарушения функции стомы, подкожный пролапс развился у 3 пациентов. Бессимптомная парастомальная грыжа выявлена у 3 (23,8%) из 13 пациентов, у которых, по данным УЗИ, несмотря на расположение кишки трансректально, отмечено увеличение отверстия в мышце и наличие петель тонкой кишки в грыжевом мешке.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. УЗ-визуализации передней брюшной стенки является доступным методом для адекватного выбора местоположения стомы, что способствует профилактике развития парастомальных осложнений, а также позволяет выявить их на ранних стадиях и скорректировать тактику ведения пациента со стомой.