



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 5 (128) 2024

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 20183-9983П
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 420 від 15.04.2021 р.)

Рекомендовано вченою радою
ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»
(Протокол № 8 від 23.09.2024 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарьова

Підписано до друку 28.09.2024 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 11.
Тираж 120 прим.

Адреса редакції:
61018, м. Харків,
в'їзд Лікарський, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-39
715-33-45

Видання віддруковане
у ТОВ фірма «НТМТ»
61072, м. Харків,
вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2024

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
Заступники головного редактора
П. М. Замятін, док. мед. наук, професор
І. А. Криворучко, док. мед. наук, професор
І. А. Тарабан, док. мед. наук, професор

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

П. А. Бездітко, док. мед. наук, професор
Р. В. Бондарев, док. мед. наук, професор
О. В. Бучнева, докторка мед. наук, доцент
Г. І. Гарюк, док. мед. наук, професор
Д. О. Євтушенко, док. мед. наук, професор
Ю. В. Іванова, док. мед. наук, професорка
Ю. І. Караченцев, док. мед. наук, професор
О. М. Клімова, докторка біологічних наук, професорка
О. В. Кравцов, док. медичних наук
І. В. Криворотько, док. мед. наук, професор
В. М. Лихман, док. мед. наук, професор
В. В. Макаров, док. мед. наук, професор
М. В. Панченко, док. мед. наук, професор
В. П. Польовий, док. мед. наук, професор
В. О. Прасол, док. мед. наук, професор
С. О. Савві, док. мед. наук, професор
Р. В. Смачило, док. мед. наук, професор
Т. І. Тамм, док. мед. наук, професор

ПОЧЕСНІ ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

Аксендиус Калангос, M.D., PhD, Professor, Greece
В. К. Гринь, док. мед. наук, професор (Донецьк – Київ, Україна),
Б. М. Даценко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
М. Ф. Дрюк, док. мед. наук, професор (Київ, Україна),
S. Filip, M.D., PhD, Professor, Slovakia, EU
І. В. Іюффе, док. мед. наук, професор (Луганськ – Рубіжне, Україна)
П. Г. Кондратенко, док. мед. наук, професор (Донецьк – Краматорськ, Україна)
М. Г. Кононенко, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)
В. П. Кришень, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
П. Лабаш, M.D., Professor, Slovakia, EU
В. М. Лісовий, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
В. І. Лупальцов, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
І. А. Лурін, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
Н. В. Пасечнікова, док. мед. наук, професорка членкіня-кор. НАМН України
A. Sivetz, M.D., PhD, Professor, Polska, EU
В. О. Шапринський, док. мед. наук, професор (Вінниця, Україна)
С. І. Шевченко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
О. Ю. Усенко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
І. П. Хоменко, док. мед. наук, професор, член-кореспондент НАМНУ

РЕДАКЦІЙНА РАДА

С. А. Андреещев, канд. мед. наук, доцент (Київ, Україна),
Я. С. Березницький, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
М. М. Велигоцький, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. Б. Давиденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. Г. Дуденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
І. Д. Дужий, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)
О. В. Малоштан, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
К. Ю. Пархоменко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. О. Сипливий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. І. Стариков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
С. В. Сушков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)



Зміст

ЗАГАЛЬНА ТА НЕВІДКЛАДНА ХІРУРГІЯ

Особливості діагностики та хірургічного лікування ускладнень некротичного панкреатиту	5
<i>В. В. Бойко, А. О. Меркулов, А. М. Шевченко, С. В. Ткач, Г. В. Зеленова, О. І. Догадайло, М. В. Радченко</i>	
Використання контактної стоми під час оперативних втручаннях на правій половині товстої кишки на тлі гострої кишкової непрохідності	10
<i>С. О. Савві, П. М. Замятін, Є. А. Новіков, В. В. Жидецький, С. Ю. Битяк, Д. П. Замятін, С. С. Руденко, Р. В. Нікулін, З. А. Пирогова, Е. В. Сущенко, О. С. Лобанов, О. Ю. Скібо</i>	
Профілактика розвитку неспроможності товстокишкових анастомозів	14
<i>Д. О. Євтушенко, Д. В. Оклей, С. О. Неменко</i>	
Вплив способу хірургічного лікування хворих з діастазом прямих м'язів живота на інтенсивність больового синдрому в ранньому післяопераційному періоді	18
<i>К. Л. Гафт, В. В. Цілюрик, Є. В. Наконечний</i>	
Передочеревинна пахвинна герніопластика у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу	21
<i>В. І. Горовий, В. О. Шапринський, С. Д. Хімич, О. Г. Костюк</i>	
Порівняння безпосередніх та віддалених результатів одномоментної залобкової та черезміхурової простатектомії у хірургічному лікуванні доброякісної гіперплазії простати великих розмірів (більше за 80 мл)	28
<i>В. І. Горовий, В. О. Шапринський, О. М. Капшук, М. Д. Соснін, Р. Г. Церковнюк, Р. П. Морару-Бурлеску, О. Р. Балацький, І. І. Довгань, О. С. Меташоп, В. Р. Тагеев</i>	
Лапароскопічний адгезіолізис під час лапароскопічної герніопластики TAPP у поєднанні зі злуковою хворобою черевної порожнини	36
<i>В. М. Іванцок, Р. В. Бондарев</i>	

Contents

GENERAL AND EMERGENCY SURGERY

Features of diagnostic surgical treatment of complications of necrotic pancreatitis	5
<i>V. V. Boyko, A. O. Merkulov, A. M. Shevchenko, S. V. Tkach, G. V. Zelenova, O. I. Dogadailo, M. V. Radchenko</i>	
The use of contact stoma in surgical interventions on the right side of the colon in the context of acute intestinal obstruction	10
<i>S. O. Savvi, P. M. Zamyatin, E. A. Novikov, V. V. Zhydetskyi, S. Yu. Bityak, D. P. Zamyatin, S. S. Rudenko, R. V. Nikulin, Z. A. Pyrogova, O. V. Suschchenko, O. S. Lobanov, O. Yu. Skibo</i>	
Prevention of the development of failure of colon anastomoses	14
<i>D. O. Yevtushenko, D. V. Okley, S. O. Nemenko</i>	
Influence of the method of surgical treatment of patients with rectus abdominis diastasis on the intensity of pain in the early postoperative period	18
<i>K. L. Gaft, V. V. Tsiliurk, Ye. V. Nakonechnyi</i>	
Preperitoneal inguinal hernioplasty in patients with benign prostatic hyperplasia and inguinal hernia	21
<i>V. I. Horovyi, V. O. Shaprynskyi, S. D. Khimich, O. G. Kostyuk</i>	
Comparison of immediate and long-term results of simultaneous pubic and transvesical prostatectomies in surgical treatment of large benign prostatic hyperplasia (more than 80 ml)	28
<i>V. I. Horovy, V. O. Shaprynskyi, O. M. Kapshuk, M. D. Sosnin, R. G. Tserkovnyuk, R. P. Moraru-Burlesku, O. R. Balatskyi, I. I. Dovgan, O. S. Metashop, V. R. Tageev</i>	
Laparoscopic adhesiolysis in laparoscopic TAPP hernioplasty in combination with peritoneal disease	36
<i>V. M. Ivanțok, R. V. Bondariev</i>	



С. О. Савві^{1,2},
П. М. Замятін^{1,2},
Є. А. Новіков¹,
В. В. Жидецький¹,
С. Ю. Битяк², Д. П. Замятін²,
С. С. Руденко¹, Р. В. Нікулін³,
З. А. Пирогова⁴,
Е. В. Сущенко²,
О. С. Лобанов¹,
О. Ю. Скібо¹

¹ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ», м. Харків

²Харківський національний медичний університет МОЗ України

³Університетська клініка ХНМУ МОЗ України

⁴Запорізький державний медичний університет

© Колектив авторів

ВИКОРИСТАННЯ КОНТАКТНОЇ СТОМИ ПІД ЧАС ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ПРАВІЙ ПОЛОВИНІ ТОВСТОЇ КИШКИ НА ТЛІ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Резюме. *Мета.* Аналіз ефективності двох різних методів хірургічного розрішення ГКН, таких як формування термінальної ілеостоми та одномоментне формування термінальної ілеостоми та контактної асцендо- або трансверзостоми, після виконання резекції ілеоцекального сегмента товстої кишки або правобічної геміколектомії, а також дослідити їхній вплив на якість життя та метаболічний статус пацієнтів.

Матеріали та методи. У роботі представлено результати 38 пацієнтів, які проходили лікування на базі ДУ «ІЗНХ ім. В. Т. Зайцева НАМНУ» у м. Харків з 2017 по 2023 роки. 20 пацієнтів проходили лікування після оперативного втручання з приводу ГКН без формування контактної трансверзостоми в подальшому, друга група — 18 пацієнтів були прооперовані з приводу ГКН, в результаті чого була сформована термінальна ілеостома і контакту трансверзостома. Підтримка водно-електролітного балансу у другій групі пацієнтів здійснювалася за допомогою очищення та проціджування отриманого вмісту із попередньо сформованої ілеостоми та введення отриманої рідини в контактну трансверзостому задля компенсації можливих втрат рідини та електролітів через виключення товстої кишки як основного місця для всмоктування рідини в організмі. Для контролю електролітної рівноваги та порівняння вивчався вміст калію, натрію, кальцію і магнію у сироватці крові в першій та другій групах пацієнтів. Статистична обробка результатів проводилася з використанням методів варіаційної статистики і оцінкою вірогідності відмінностей за Стьюдентом-Фішером.

Результати. Отримані результати в першій групі хворих свідчать про підвищену втрату рідини, солей та білку разом з ілеосекретом, що в свою чергу відображається зміною кислотно-лужного балансу в сторону алкалозу та гіповолемії, ексикозу. Про це свідчить значне зниження рівню калію на 64 %, натрію на 22 % і зміна рН крові до $(7,45 \pm 0,02)$ у венозній крові у порівнянні із групою пацієнтів, у яких була сформована контакту стома, ($p \leq 0,05$). В групі пацієнтів, яким проводилася гідратація за допомогою контактної стоми відмічається стабільна позитивна динаміка та відсутність істотних змін показників кислотно-лужної рівноваги. Варто зауважити, що за іншими показниками електролітного балансу значущої різниці не виявлено.

Висновки. За результатами проведеного дослідження та спостереження можемо зробити висновки, що обрана хірургічна тактика окрім формування традиційної ілеостоми, а також формування контактної трансверзостоми мала певні успіхи у корекції водного балансу та скорочення термінів передопераційної підготовки перед наступним етапом хірургічного втручання у хворих у порівнянні з пацієнтами, яким було проведено оперативне втручання та накладання ілеостоми у традиційній тактиці.

Ключові слова: товстокишкова непрохідність, ілеостома, трансверзостома, асцендостома, правобічна геміколектомія.



Вступ

В останнє десятиріччя спостерігається зростання кількості ургентних оперативних втручань з приводу ГКН (гострої кишкової непрохідності), а саме в тих випадках, коли мова йде про патологію правої половини товстої кишки. Незважаючи на постійне вдосконалення хірургічної тактики при лікуванні ГКН, залишаються остаточно не вирішеними питання відновлення адекватного пасажу їжі через шлунково-кишковий тракт. При лікуванні ГКН формування ілеостоми є досить радикальним втручанням, яке має серйозні наслідки, зокрема виключення товстої кишки з адекватного пасажу хімусу та рідини, що в свою чергу впливає на процес всмоктування мікронутрієнтів та рідини, сприяє розвитку важкої трофологічної недостатності, дефіциту вітамінів, мінералів, мікроелементів. Такий стан може призвести до значних порушень водно-електролітного балансу та потенційно до суб- або декомпенсації загального стану пацієнтів, які страждають на ГКН різного походження [1].

Однією з ключових проблем є метаболічні розлади та нутритивний статус пацієнтів на фоні основного захворювання. Внаслідок цього у пацієнтів часто розвивається кахектичний стан, виснаження адаптаційних механізмів та ресурсів організму, що значно обмежує можливості для обсягу хірургічного втручання. У таких випадках потрібне застосування особливої хірургічної тактики та поетапних методів відновлення і реабілітації хворих у післяопераційний період. Додатково, слід враховувати, що формування ілеостоми може призвести до значних порушень якості життя та загального стану пацієнтів. Порушення кислотно-лужного балансу та електролітного складу крові можуть призводити до ряду серйозних ускладнень, наприклад слабкість м'язів, аритмії та інші серцево-судинні проблеми, неврологічні симптоми, такі як судоми та сплутаність свідомості.

Також суттєві зміни у способі життя, включаючи необхідність постійного догляду за стомою та адаптацію до нових умов харчування іноді стають причинами психологічних та соціальних проблем, які потребують комплексного підходу до лікування та реабілітації. Ще одним важливим аспектом є підвищений ризик інфекційних ускладнень, які можуть виникнути після формування ілеостоми. Порушення бар'єрної функції кишківника та змінений склад мікрофлори можуть призвести до інфекцій, що ускладнюють процес одужання та вимагають додаткових терапевтичних заходів. У зв'язку з цим, актуальним завданням є розробка нових підходів до лікування та реабілітації пацієнтів з ГКН. Це включає вивчення та впровадження менш інвазивних методів хірур-

гічного втручання, які б дозволили мінімізувати травматичність операції та зберегти функціональність шлунково-кишкового тракту. Також важливо розробляти методи, що сприяють більш швидкому відновленню пацієнтів після операції та покращують їх якість життя [2].

Необхідно також акцентувати увагу на мультидисциплінарному підході до лікування пацієнтів з ГКН. Взаємодія хірургів, дієтологів, фізіотерапевтів та психологів є ключовим фактором для досягнення оптимальних результатів лікування [3]. Це дозволяє забезпечити комплексну підтримку пацієнтів на всіх етапах лікування та реабілітації, враховуючи індивідуальні потреби та особливості кожного пацієнта.

Мета досліджень

Проаналізувати ефективність двох різних методів хірургічного розрішення ГКН, таких як формування термінальної ілеостоми та одномоментне формування термінальної ілеостоми та контактної асцендо- або трансверзостоми, після виконання резекції ілеоцекального сегмента товстої кишки або правобічної геміколектомії, а також дослідити їхній вплив на якість життя та метаболічний статус пацієнтів.

Матеріали і методи досліджень

У статті представлені результати лікування 38 пацієнтів, які були госпіталізовані до клініки ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України» в місті Харків з 2017 по 2023 роки. Пацієнти були розподілені на дві групи: перша група включала 20 пацієнтів, які проходили лікування після оперативного втручання з приводу гострої кишкової непрохідності (ГКН) з формуванням термінальної ілеостоми, але без формування контактної стоми; друга група складалася з 18 пацієнтів, яким була проведена операція з приводу ГКН з формуванням термінальної ілеостоми і контактної асцендо- або трансверзостоми. В обох групах в ранньому післяопераційному періоді нутритивний статус та водно-електролітний баланс підтримувався за рахунок інфузійної терапії та введення емульсійних розчинів для парентерального харчування.

Згодом через 7-14 днів корекція стану в обох групах проводилася за рахунок інфузії кристалічних розчинів, додатково у другій групі пацієнтів підтримка водно-електролітного балансу здійснювалася за допомогою збору та введення отриманого вмісту із попередньо сформованої ілеостоми та введення її у контактну стому, що дозволяє компенсувати можливі втрати рідини та електролітів, які виникають через виключення товстої кишки з адекватного пасажу їжі, яка є основним місцем для всмоктування рідини в організмі.



Такий підхід дозволяє знизити ризик розвитку зневоднення та порушень електролітного балансу у пацієнтів. Для контролю електролітної рівноваги та порівняння ефективності методів лікування вивчалися рівні калію, натрію, кальцію і магнію у сироватці крові обох груп пацієнтів. Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою методів варіаційної статистики з оцінкою вірогідності відмінностей за критерієм Стьюдента-Фішера.

Результати досліджень та їх обговорення

Отримані результати в першій групі хворих свідчать про значну втрату рідини, солей та білку. Це в свою чергу призводить до зміни кислотно-лужного балансу в бік алкалозу та розвитку гіповолемії й ексікозу. Такі зміни підтверджуються зниженням рівня калію на 64 %, натрію на 22 % і зміною рН крові до $(7,45 \pm 0,02)$ у венозній крові, порівняно з даними передопераційного дослідження, а також відзначалася негативна динаміка у порівнянні з групою пацієнтів, у яких була сформована контактна трансверзостама ($p \leq 0,05$).

В групі пацієнтів, яким проводилося введення отриманого тонкокишкового вмісту за допомогою катетера Фолея в контактній стомі, відзначалася стабільна позитивна динаміка. У цих пацієнтів не було значних змін показників кислотно-лужної рівноваги. Рівень калію та натрію у їхній крові залишався у межах норми, що свідчить про ефективність методу живлення через контактну стому. Слід зазначити, що за іншими показниками електролітного балансу значущої різниці між групами не виявлено.

Збереження товстої кишки поліпшує ферментацію харчових волокон до коротколанцюгових жирних кислот, що підвищує всмоктування енергетичних субстратів. При збереженні товстої кишки не спостерігається вираженого порушення всмоктування вуглеводів та жирів. Крім того, було відзначено, що пацієнти другої групи мали краще загальне самопочуття і менше скарг на симптоми, пов'язані з порушеннями електролітного балансу.

Вони рідше страждали від зневоднення, слабкості, м'язових судом та інших симптомів, що свідчить про позитивний вплив методу на загальний стан пацієнтів. Це свідчить про те, що контактна стома ефективно допомагає підтримувати саме водно-електролітний баланс у пацієнтів, які проходять відновлення після оперативного втручання з приводу гострої кишкової непрохідності.

Ефективність використання контактної стоми для підтримки нутритивного статусу пацієнтів після операції з приводу гострої кишкової непрохідності підкреслює важливість цього методу в сучасній хірургічній практиці. Забезпечення адекватного водно-електролітного балансу є критично важливим для запобігання розвитку ускладнень і покращення загального стану пацієнтів.

Результати дослідження показали, що пацієнти, яким була сформована контактна трансверзостама, демонстрували стабільні показники водно-електролітного балансу та кислотно-лужної рівноваги, на відміну від групи з традиційною тактикою лікування, де спостерігалися значні втрати рідини, електролітів і білків, що призводило до алкалозу та гіповолемії. Методика з використанням контактної стоми виявилася ефективнішою для підтримки загального стану пацієнтів і зменшення ризику розвитку ускладнень, що робить її перспективною для подальшого впровадження в клінічну практику [4].

Висновки

Таким чином впровадження контактної стоми як методу забезпечення оптимального водно-електролітного балансу пацієнтів з гострою кишковою непрохідністю має значний потенціал для поліпшення результатів лікування. Подальші дослідження та клінічні випробування допоможуть підтвердити ці висновки та сприяти широкому впровадженню цього методу у клінічну практику.

Вивчення довгострокових результатів використання контактної стоми, а також порівняння цього методу з іншими підходами до ведення пацієнтів у післяопераційному періоді може надати цінну інформацію для вдосконалення лікування пацієнтів з гострою кишковою непрохідністю.

Варто також зазначити, що використання контактної стоми може зменшити необхідність у додаткових медичних утручаннях та знизити витрати на лікування. Це робить даний метод привабливим з точки зору економічної ефективності та зручності для пацієнтів і медичного персоналу.

Отже, представлений підхід до лікування гострої кишкової непрохідності з використанням контактної трансверзостоми має значний потенціал для впровадження в клінічну практику. Він дозволяє забезпечити більш ефективний контроль водно-електролітного балансу та знизити ризик ускладнень, що є важливим кроком у покращенні якості медичної допомоги пацієнтам з цією патологією.



REFERENCES

1. Ohira G, Miyauchi H, Hayano K, Kagaya A, Imanishi S, Tochigi T, Maruyama T, Matsubara H. Incidence and risk factor of outlet obstruction after construction of ileostomy. *J Anus Rectum Colon*. 2018
2. Wuletaw Chane Zewude, Tilahun Derese, Yisihak Suga, Berhanetsehay Teklewold. Quality of Life in Patients Living with Stoma. *Ethiopia J Health Sci*. 2021
3. Utrilla Fornals A, Costas-Batlle C, Medlin S, Menjyn-Lajusticia E, Cisneros-González J, Saura-Carmona P, Montoro-Huguet MA. Metabolic and Nutritional Issues after Lower Digestive Tract Surgery: The Important Role of the Dietitian in a Multidisciplinary Setting. *Nutrients*. 2024
4. Zhu A, Bao X, Agarwala A. Perioperative Fluid Management in the Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Pathway. *Clin Colon Rectal Surg*. 2019.

THE USE OF CONTACT STOMA IN SURGICAL INTERVENTIONS ON THE RIGHT SIDE OF THE COLON IN THE CONTEXT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

S. O. Savvi, P. M. Zamyatin, E. A. Novikov, V. V. Zhydetskyi, S. Yu. Bityak, D. P. Zamyatin, S. S. Rudenko, R. V. Nikulin, Z. A. Pyrogova, O. V. Suschchenko, O. S. Lobanov, O. Yu. Skibo

Abstract. *Aim.* To analyze the effectiveness of two different surgical methods for resolving acute intestinal obstruction (AIO), such as the formation of a terminal ileostomy and the simultaneous formation of a terminal ileostomy with a contact ascending or transverse colostomy, following resection of the ileocecal segment of the colon or right hemicolectomy. The study also aimed to investigate their impact on the quality of life and metabolic status of patients.

Materials and Methods. A case series of 38 patients treated at the V. T. Zaytsev Institute of General and Emergency Surgery in Kharkiv from 2017 to 2023 is presented. Of the full cohort, fifteen patients underwent treatment after surgery for AIO without the formation of a contact transverse stoma, and the remaining eight had the formation of a terminal ileostomy and a contact transverse stoma. Fluid and electrolyte balance support in the stoma group was achieved by cleansing and filtering the contents obtained from the previously formed ileostomy and introducing the obtained fluid into the contact transverse stoma to compensate for potential fluid and electrolyte losses through the exclusion of the large intestine as the main site for fluid absorption in the body. To monitor electrolyte balance and compare, the levels of potassium, sodium, calcium, and magnesium in serum were studied in the first and second groups of patients. Statistical analysis of the results was performed using methods of variational statistics and probability estimation by Student's t-test.

Results. The results in the non-stoma group of patients indicated increased fluid, salt, and protein loss along with ileosecretion, reflecting changes in the acid-base balance towards alkalosis and hypovolemia, and dehydration. This is evidenced by a significant decrease in potassium levels by 64 %, sodium by 22 %, and a change in blood pH to (7.45±0.02) in venous blood compared to the group of patients with a formed contact stoma ($p \leq 0.05$). In the group of patients who underwent hydration using a contact stoma, stable positive dynamics and no significant changes in acid-base balance indicators were observed. Significant differences in other electrolyte balance indicators were not found.

Conclusions. Based on the results of the study and observation, we can conclude that the chosen surgical tactic, in addition to forming a traditional ileostomy, also involves creating a contact transverse stoma for further hydration of patients with oncological diseases of the right half of the colon complicated by acute intestinal obstruction, has achieved certain success in correcting the water balance and reducing the preoperative preparation time before the next stage of surgical intervention in patients compared to those who underwent surgery and ileostomy application in traditional tactics. The proposed method of cleaning and reusing ileosecretion for restoring electrolyte balance has great potential for development in colorectal surgery as an optimal method of supporting patients with excluded chyme and fluid from the large intestine passage.

Keywords: *bowel obstruction, ileostomy, transversostomy, ascending colostomy, right hemicolectomy.*