

Жашуев Аслан Жамалович

Интегральная оценка состояния больных и прогноза
в выборе тактики хирургического лечения
колоректального рака.

14.00.17 – «хирургия»

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Работа выполнена в ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова» (КБГУ).

Научный руководитель: **Мизиев Исмаил Алимович,**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Павленко Сергей Георгиевич,**
доктор медицинских наук, профессор
кафедры хирургических болезней
НОЧУ ВПО Минобрнауки РФ
«Кубанский медицинский институт»,
Федоров Владимир Эдуардович,
доктор медицинских наук, профессор
кафедры факультетской хирургии
и онкологии ГОУ ВПО Саратовского
государственного медицинского университета
им. В.И. Разумовского МЗ РФ

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Ростовский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «15» мая 2015 г. в 12-00 часов часов на заседании [диссертационного](#) совета Д 212.076.10 по защите диссертаций на соискание ученой степени при ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарском государственном университете им. Х.М. Бербекова» по адресу: 360004, г. Нальчик, ул. Чернышевского, 173, корп. №11, ауд.602.
Факс: +7(495)3379955, e-mail: bsk@kbsu.ru

С [диссертацией](#) можно ознакомиться в библиотеке Кабардино-Балкарского государственного университета им. Х.М. Бербекова и на официальном сайте университета (<http://www.kbsu.ru>)

[Автореферат](#) разослан «__» _____ 2015 г.

Ученый секретарь [диссертационного](#) совета
кандидат медицинских наук, доцент

Захохов Р.М.

Общая характеристика работы

Актуальность темы. Проблема опухолевых поражений толстой кишки остается острой в клинической медицине в связи с широкой распространенностью и тенденцией к росту заболеваемости, отсутствием эффективных методов предупреждения и лечения часто развивающихся многочисленных осложнений.

В России за последние 10 лет колоректальный рак (КРР) переместился в онкологических регистрах с 6-го на 3-е место. Количество больных раком ободочной и прямой кишки за период с 2002 по 2012 год увеличилось на 22,2 %. За 2012 год среди заболевших злокачественными новообразованиями мужчин рак толстой встречается в 8,7% случаев, прочно занимая третье место после рака легкого (26,5%) и желудка (14,2%), среди женщин - в 11,1% случаев, вслед за раком молочной железы (18,3%) и кожи (Аксель Е.М. и др., 2011, Мартынюк В.В., 2010; 2011).

В структуре смертности населения России от злокачественных новообразований колоректальный рак занимает второе место после рака легкого. Показатели смертности от колоректального рака в России с 2002 по 2012 годы увеличились на 18 % . Тревожным является тот факт, что на 100 новых больных раком ободочной и прямой кишки приходится более 70 умерших, из них на 1-м году с момента установления диагноза умирают около 40%. Данное обстоятельство обусловлено тем, что при первичном обращении пациентов к врачу запущенные формы рака (III–IV стадии) диагностируются у 71,4% больных раком ободочной кишки и у 62,4% в случаях заболевания раком прямой кишки (Соловьев И.Е., 2010; Напалков А.Н. и др., 2010; Mandava N., 2010).

Колоректальный рак распространен не только в России, им заболевают люди во всех развитых странах, особенно государствах старого Света. Например, в Великобритании в 2009 году было выявлено 38608 новых случаев колоректального рака (Yilmazlar T. et al., 2010; Alcobendas F. et al., 2010; Ceriati F. et al., 2011) . Подобная картина наблюдается и в других странах Европы, а так же в США. Напротив, в развивающихся странах, где уровень жизни ниже, колоректальный рак встречается значительно реже. Несмотря на то, что распространенность этого заболевания в России ниже, чем в Европе, — смертность от него в нашей стране выше. Это связано с тем, что в Европе значительно лучше решена проблема выявления колоректального рака на ранних стадиях (Виячки И.В., 2009; Алиев С.А., 2010; Gullino D. et al., 2010)

Отсутствие объективной оценки физиологического состояния больного по шкалам объективизации при опухолевом поражении толстой кишки, частые послеоперационные

осложнения, а главное высокая летальность диктует необходимость поиска путей улучшения результатов лечения данной патологии.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с колоректальным раком путем выбора оптимальной тактики, основанной на оценке степени тяжести состояния и цитокинового статуса больного.

Для достижения поставленной цели сформулированы следующие задачи:

1. Исследовать изменения цитокинового профиля в динамике заболевания, установить роль иммунологических нарушений в патогенезе осложнений колоректального рака.
2. Изучить прогностическую ценность использования шкал объективизации состояния больных в оптимизации методов диагностики и лечения колоректального рака и его осложнений.
3. Разработать на основе полученных результатов дифференцированную тактику диагностики и лечения больных с колоректальным раком, с учетом балльной оценки их состояния во взаимосвязи с клинико-лабораторными параметрами.
4. Оптимизация раннего энтерального зондового питания в послеоперационном периоде у больных с КРР.
5. Изучение эффективности лапароскопических методов в хирургическом лечении КРР.

Научная новизна исследования:

1. У больных с колоректальным раком наряду с его осложнениями, впервые изучены клинико-лабораторные параметры тяжести состояния по балльной системе APACHE II, SAPS. Установлена возможность и необходимость использования интегральных шкал объективизации состояния больных в выборе метода и тактики лечения.
2. Впервые изучен цитокиновый профиль у больных с колоректальным раком как метод оценки состояния иммунной системы в динамике.
3. Оптимизирован алгоритм дифференциальной тактики лечения больных колоректальным раком и послеоперационных осложнений, с обязательным учетом тяжести физиологического состояния, оцененной интегральными шкалами и показателем цитокинового статуса.
4. Впервые в КБР в оперативном лечении КРР использовалась методика малоинвазивной хирургии.
5. Роль мафусола в послеоперационном ведении больных с КРР.

Практическая значимость работы.

Результаты проведенных исследований имеют важное значение для онкологии и хирургии в целом.

1. Хирургам и онкологам практического здравоохранения предложен алгоритм хирургической тактики, диагностики и лечения колоректального рака и ее осложнений.
2. Использование интегральных шкал объективизации состояния больных в диагностике и интерпретация полученных результатов позволяет повысить эффективность диагностики и лечения колоректального рака, а также снизить процент общей и послеоперационной летальности, что существенно повысит экономическую эффективность лечения.
3. Показана целесообразность широкого применения в клинической практике определения объективности физиологического состояния по шкалам APACHE II, SAPS как критерия степени компенсации организма.
4. Предложен метод оценки иммунного статуса путем определения уровня концентрации в сыворотке крови цитокина - ИЛ-6.

Научные положения, выносимые на защиту:

1. Исследование клинико-лабораторных параметров по шкалам APACHE II, SAPS с балльной оценкой тяжести состояния и исследование уровня интерлейкина – 6 в качестве диагностических критериев полиорганной недостаточности, позволило оптимизировать лечебную тактику при КРР.
2. Предложенный новый подход к обследованию и лечению пациентов с КРР позволяет уменьшить число осложнений и количество летальных исходов.
3. Использование данного метода позволяет выбрать оптимальные сроки и объем оперативного вмешательства в зависимости от состояния пациента.

Реализация полученных результатов.

Основные положения диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность хирургического отделения №1 ГБУЗ Республиканской клинической больницы, хирургического отделения ГБУЗ ГКБ №1, онкохирургического отделения № 1 ГБУЗ онкологического диспансера МЗ КБР.

Внедрение результатов исследования в клиническую практику и учебный процесс. Основные положения диссертации используются при чтении лекций и проведении практических занятий на кафедре факультетской и эндоскопической хирургии КБГУ.

Апробация.

Диссертационная работа апробирована на совместной научно - практической конференции кафедр факультетской и эндоскопической хирургии, госпитальной хирургии, и общей хирургии Кабардино-Балкарского государственного университета, а также врачей хирургических отделений №1, №2 Республиканской клинической больницы, хирургического отделения ГКБ №1, и онкохирургического отделения №1 ГБУЗ онкологического диспансера г. Нальчика 2014 г. (протокол №)

Публикации.

По теме диссертации опубликовано 12 печатных работ, в том числе две статьи напечатаны в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК МОН РФ («Анналы хирургии», №4, 2008, стр. 36-41. и «Вестник хирургической гастроэнтерологии», №4, 2008, стр.111).

- Материалах VI научно-практической конференции с международным участием «Санкт-Петербургские научные чтения». (Санкт-Петербург, 2004).
- Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Перспектива-2007» (Нальчик, 2006, 2007);
- Журнале «Анналы хирургии» (№4, 2008, стр.36-41).
- Журнале «Вестник хирургической гастроэнтерологии» (№4, 2008, стр. 111).
- Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Перспектива-2008» (Нальчик, 2008);
- Вестнике КБГУ, серии «Медицинские науки» (Нальчик, 2007);
- Материалах Международного конгресса студентов, аспирантов и молодых ученых, серии «медицина» Перспектива (Нальчик, 2007).
- Научно – практическом журнале «Врач – аспирант», выпуски 4 (19), 5 (20) (Воронеж, 2007 г.).
- II Всероссийской научной конференции «Наука и устойчивое развитие», (Нальчик, 2008 г.)
- Материалах третьей международной конференции «Российская школа колоректальной хирургии». (Москва, 2010).

Структура и объем диссертации.

Диссертация изложена на 153 страницах компьютерного текста, состоит из введения, четырех глав, включающих обзор литературы, характеристики материала и методов исследования, результатов исследования с обсуждением, заключения, выводов и практических рекомендаций.

Список литературы содержит 83 отечественных и 104 зарубежных источников. Диссертация иллюстрирована 34 таблицами и 7 рисунками.

Диссертационное исследование выполнялось с 2006 по 2013 годы на кафедре факультетской и эндоскопической хирургии Кабардино-Балкарского Государственного Университета.

Материал и методы исследования

Работа выполнена на кафедре факультетской и эндоскопической хирургии Кабардино-Балкарского государственного университета (зав. кафедрой д.м.н. проф. Мизиев И. А.) на базе хирургического отделения №1 ГБУЗ Республиканской клинической больницы (гл. врач - к.м.н. Кажаров Х.Х.) и онкохирургического отделения №1 ГБУЗ Онкологического диспансера г. Нальчика (гл. врач к.м.н. – Канцалиев А.Л.).

Кроме изучения клинических аспектов и ведения больных, в ходе работы изучались истории болезни, протоколы операционных журналов, протоколы инструментальных и гистологических исследований. Изучаемые параметры заносились в анкету обследуемого больного с последующим составлением базы данных на персональном компьютере.

В основу данного исследования положен анализ хирургического лечения 546 пациентов с колоректальным раком за период с 2000 по 2013 гг.

Нами ретроспективно изучены результаты наблюдения 391 больного, лечение которых проводилось в клинике за период с 2000 по 2005 гг., по поводу колоректального рака в экстренном и плановом порядке. Эта группа больных – контрольная группа или группа сравнения.

Вторая группа – основная, включает наблюдение 155 больных, лечение которых проводилось в клинике с 2006 по 2013 гг., по разработанной нами методике.

Контрольная и основная группы подобраны по принципу аналогов, т.е., сопоставимы по полу и возрасту, наличию сопутствующей патологии, стадиям опухолевого поражения ободочной кишки и являются статистически однородными по основным анализируемым параметрам.

Среди оперированных больных контрольной группы преобладали лица женского пола (212 человек, 54,2%), лиц мужского пола -179 человек (45,7 %).

В контрольной группе большинство пациентов были ранее обследованы и лечились амбулаторно в поликлиниках по месту жительства, где в процессе профилактических осмотров проводились ректальный и вагинальный осмотры, ректоскопия, ректороманоскопия или лечились в условиях других стационаров и клиник, где также подвергались осмотру урологом, хирургом, проктологом и гинекологом. Это позволило выявить опухолевые поражения дистальных органов в ранней стадии, с последующим направлением в хирургический стационар на оперативное лечение.

Средний возраст больных контрольной группы составил 62,1 лет. Больные в возрасте от 50 лет и более составили 344 больных (88%). (Таблица 1)

Это говорит о геронтологическом значении проблемы.

В основную группу наблюдаемых вошли 155 пациентов в возрасте от 30 до 80 лет. Средний возраст составил 62,3 года. Из них, мужчин 67 (43,2%), женщин - 88 (56,7%).

Таблица 1

**Возрастной состав пациентов контрольной группы (n=391)
и основной группы (n=155)**

Возраст Больных	Основная группа		Контрольная группа		Всего
	плановые	экстренные	плановые	экстренные	
до 30 лет	2 (2,4%)	1 (1,4%)	1 (0,5%)	7 (3,6%)	11 (2%)
30-39	5 (6,1%)	4 (5,5%)	8 (4,1%)	6 (3,1%)	23 (4,2%)
40-49	10 (12,2%)	8 (11%)	20 (10,3%)	5 (2,6%)	43 (7,9%)
50-59	16 (19,5%)	13 (17,8%)	40 (20,5%)	37 (18,9%)	106 (19,4%)
60-69	31 (37,8%)	26 (35,6%)	80 (41%)	67 (34,2%)	204 (37,4%)
70-79	10 (12,2%)	16 (22%)	39 (20%)	60 (30,6%)	125 (22,9%)
80 лет и более	8 (9,8%)	5 (6,9%)	7 (3,6%)	14 (7,1%)	34 (6,2%)
Итого	82 (100%)	73 (100%)	195 (100%)	196 (100%)	546 (100%)

Распределение групп по локализации опухолевого процесса

Анализ локализации опухолевого процесса у больных обеих групп показал, что преобладающей локализацией рака толстой кишки явились дистальные отделы ободочной кишки: сигмовидная - 29,03 % в основной и 29,16% в контрольной, и прямая - 23,87% в основной и 22,25% в контрольной группах.

Кроме того, общее состояние пациентов с колоректальным раком, помимо опухолевого процесса, определяло наличие одного и более сопутствующих заболеваний.

Анализ сопутствующих патологий показал, что пациенты сравниваемых групп являются достаточно тяжелым контингентом больных.

Общее количество выявленных интеркуррентных заболеваний не соответствует количеству больных, так как большинство пациентов основной, так и контрольной групп имели по несколько заболеваний одновременно.

Из сопутствующих патологий преобладали заболевания сердечно - сосудистой системы, органов дыхания, мочевыделительного тракта и ЖКТ, эндокринной системы, сосудов нижних конечностей.

Необходимо отметить, что у большинства пациентов выявлялось по несколько сопутствующих заболеваний. Последние усугубляют тяжесть общего состояния пациентов с КРР, а также значительно осложняют и в ряде случаев ограничивают диагностические возможности в распознавании основного заболевания. Также возникают трудности в процессе сбора анамнеза при снижении слуха, ослаблении памяти особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Становится ясным, что наличие сопутствующих заболеваний, существенно влияет на тактику лечения, частоту послеоперационных осложнений, неблагоприятных исходов, а также продолжительность пребывания в стационаре. При этом удлиняются сроки дооперационного и послеоперационного периода, т. к. интеркуррентные заболевания требуют привлечения врачей других специальностей, что имеет огромное значение для рациональной подготовки пациента к оперативному вмешательству и адекватного ведения его в послеоперационном периоде.

При изучении анамнестических данных, а именно появление первых клинических проявлений в сравниваемых группах выявлено, что у большинства пациентов контрольной и основной группы со сроком до 3-х месяцев поступило -168 (43%) и 71 (45.6%) пациентов, сроком от 3-х до 6-ти месяцев - 57 (14,6%) и 21 (13,5%), сроком от 6-ти месяцев и более - 166 (42.5%) и 63 (40,6%), соответственно .

Более позднее поступление пациентов в клинику связано с особенностями клинического течения заболевания и трудностями ранней диагностики колоректального рака, а также пожилым и преклонным возрастом пациентов.

Клиническая стадия рака свидетельствует о степени распространенности опухолевого процесса и имеет большое значение в возникновении и развитии осложнений и течении основного процесса. При распределении пациентов в зависимости от клинической стадии заболевания использовалась Международная классификация TNM (6 издание, 2002).

С I стадией рака ободочной кишки прооперированы в основной группе: с I стадией - планово 1 (1,2%), со II стадией: планово - 21 (25,6%), экстренно - 18 (24,7%), с III стадией:

планово -34 (41,5%), экстренно -23(31,5%), с IV стадией: планово - 26 (31,7%), экстренно - 32 (43,8%).

В контрольной группе: с I стадией - планово - 2 (1,02%), со II стадией: планово - 25 (12,8%), экстренно - 43 (21,9%), с III стадией: планово -147 (75,4%), экстренно -82 (41,8%), с IV стадией: планово - 21 (10,8%), экстренно - 71 (36,2%).

Таким образом, у большинства обследованных пациентов колоректальный рак был диагностирован в III и IVстадии.

Патоморфологические исследования показали, что значительное большинство опухолей толстой и прямой кишки как у больных основной, так и контрольной групп имели строение аденокарцином различной степени дифференцировки.

В основной и контрольных группах была выявлена аденокарцинома различной степени дифференцированности - 154 (99,4%) и 386 (98,7%).

Высоко-дифференцированная аденокарцинома была выявлена у 87 (56,1%) больных основной группы и 174 (44,5%) контрольной группы, умеренно-дифференцированная аденокарцинома у 29 (18,7%) больных основной группы и 38 (9,7%) контрольной группы. Низкодифференцированная аденокарцинома у 32 (20,6%) основной группы и 160 (40,9%) контрольной группы. Среднедифференцированная аденокарцинома у 6 (3,9%) основной и 13 (3,9%) контрольной группы

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка состояния больных КРР с помощью интегральных шкал

Полиорганная недостаточность (ПОН) является основной причиной смерти больных с КРР, у которых развиваются осложнения. Именно поэтому основной задачей при лечении больных с КРР, является своевременная диагностика и профилактика развития ПОН.

Нами изучена возможность применения ее для разработки лечебно – диагностического алгоритма у больных с колоректальным раком.

Всех пациентов с колоректальным раком мы разделили на 3 группы по степени тяжести состояния:

- по шкале АРАСНЕ II - 1) легкая - от 0 до 10 баллов; 2) средняя – 11-20 баллов; 3) тяжелая – 21 и более баллов;

- по шкале SAPS - 1) легкая - от 0 до 6 баллов; 2) средняя – 7-11 баллов; 3) тяжелая – 12 и более баллов.

Тяжесть состояния по шкалам, у больных с колоректальным раком, оценивали при поступлении в стационар для хирургического лечения и в раннем послеоперационном периоде. Формирование банка данных осуществляли с помощью компьютерной информационной системы. Результаты исследований по оценке тяжести состояния и эффективности выполнения операций обработаны статистически с использованием метода Стьюдента.

Мы провели оценку тяжести состояния плановых и экстренных больных по системам АРАСНЕ II и SAPS перед операцией – на 1 сутки, и на 1, 3, 5 сутки после операции и проанализировали исход и отдаленные результаты лечения. Согласно данным объективного, инструментального, лабораторных исследований, выделено 3 группы по степени тяжести состояния (табл. 2).

Таблица 2

**Показатели по шкале АРАСНЕ II
при поступлении пациентов (1 сутки).**

Степень тяжести при поступлении	Основная группа n=155			
	Экстренные n=73 (%)	Баллы	Плановые n=82 (%)	Баллы
1 степень (легкая)	16 (21,9%)	9,8 ± 0,5	33 (40,3%)	6,3 ± 0,9
2 степень (средняя)	27 (37,0%)	19,9 ± 0,6	38 (46,3%)	16,7 ± 0,6
3 степень (тяжелая)	30 (41,1%)	23,3 ± 0,6	11(13,4%)	21,6 ± 0,4

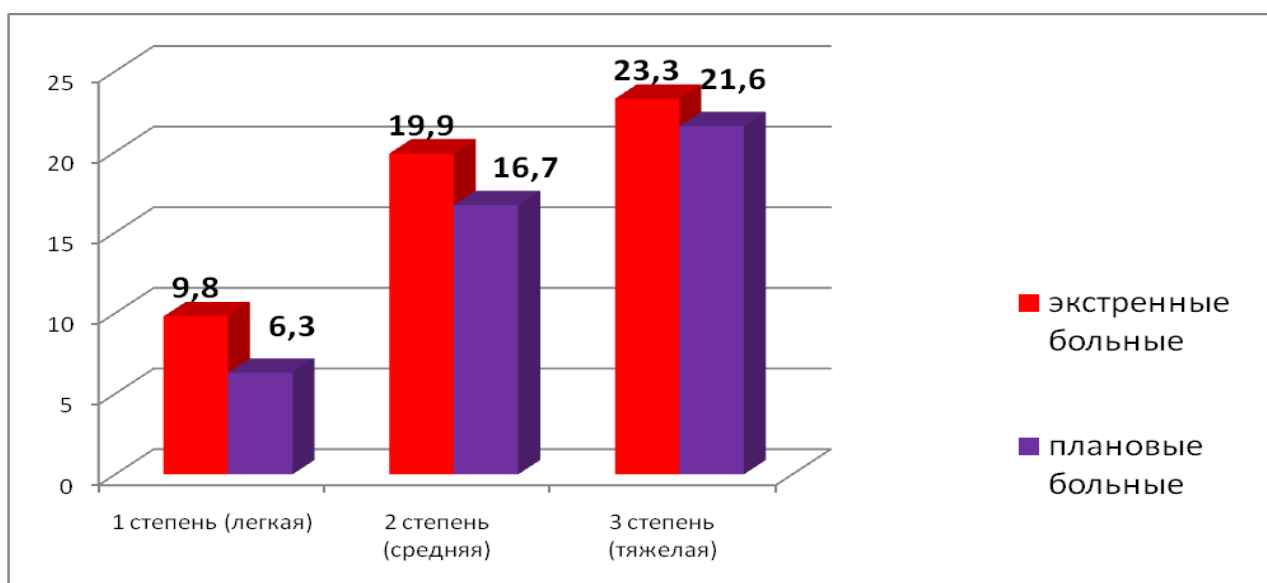


Рисунок 1. Показатели по шкале АРАСНЕ II при поступлении пациентов (1 сутки)

Как видно из табл.16 и рис.1, у экстренных больных сумма баллов по АРАСНЕ II с легкой степенью тяжести у 16 пациентов составляла $9,8 \pm 0,5$, со средней степенью - у 27 больных - $19,9 \pm 0,6$, с тяжелой степенью – у 30 больных - $23,3 \pm 0,6$; у плановых больных – с легкой степенью у 33 больных - $6,3 \pm 0,9$, средней степенью – у 38 больных - $16,7 \pm 0,6$, с тяжелой степенью – у 11 больных $21,6 \pm 0,4$, соответственно. ($p < 0,05$).

Таблица 3

**Показатели по шкале SAPS
при поступлении пациентов (1 сутки)**

Степень тяжести при поступлении	Основная группа n=155			
	Экстренные n=73 (%)	Баллы	Плановые n=82 (%)	Баллы
1 степень (легкая)	13 (17,8%)	$5,7 \pm 0,2$	31 (37,8%)	$4,3 \pm 0,8$
2 степень (средняя)	35 (47,9%)	$10,3 \pm 0,8$	46 (56,1%)	$9,1 \pm 0,7$
3 степень (тяжелая)	25 (34,3%)	$14,2 \pm 0,6$	5 (6,1%)	$13,3 \pm 0,3$

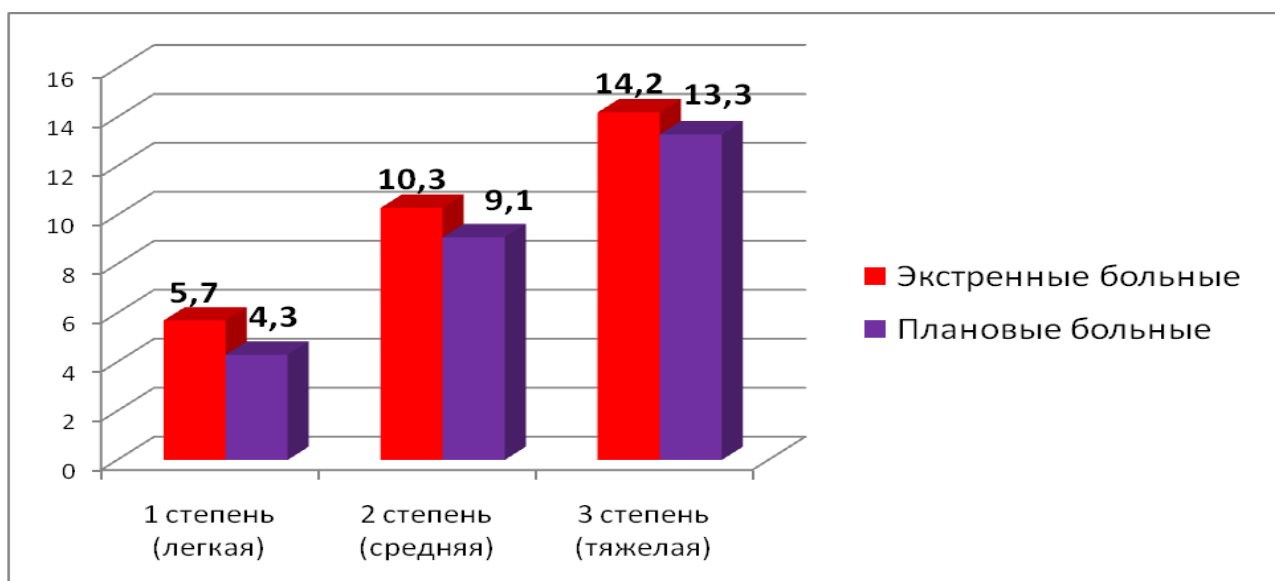


Рисунок 2. Показатели по шкале SAPS при поступлении пациентов (1 сутки)

Как видно из табл. 17 и рис.2, у экстренных больных сумма баллов по SAPS с легкой степенью тяжести - у 13 больных составляла - $5,7 \pm 0,2$, со средней степенью – у 35 больных - $10,3 \pm 0,8$, с тяжелой степенью - у 25 больных - $14,2 \pm 0,6$; у плановых больных с легкой степенью – у 31 больного - $4,3 \pm 0,8$, со средней степенью – у 46 больных, с тяжелой степенью – у 5 больного - $9,1 \pm 0,7$, $13,3 \pm 0,3$, соответственно. ($p < 0,05$).

Исследование уровня интерлейкина -6 (ИЛ-6).

Для оценки изменений уровня ИЛ-6 больных с КРР, необходима стандартизация физиологических компонентов в сыворотке крови у здоровых добровольцев. Она сводится к нахождению с помощью используемых методик пределов колебаний указанных показателей, то есть к установлению «собственной нормы». Для оценки пределов колебания исследуемых показателей под наблюдением находилось 50 практически здоровых человек возрастного диапазона от 18 лет до 50 лет. Данную группу составили доноры станции переливания крови г. Нальчик, в их числе студенты, рабочие и служащие. Добровольцы у которых накануне или в момент исследования выявлены патологические сдвиги, исключены из работы. Полученные данные позволили использовать усредненный показатель уровня ИЛ-6 как критерий нормы при проведении клинических исследований у больных с КРР.

Нормальные показатели уровня ИЛ-6 в сыворотке крови донорской группы (норма $24 \pm 0,8$ пг/мл).

Установлено, что концентрация ИЛ-6 в крови больных с колоректальным раком превышала аналогичные показатели в контроле в 7-15 раз в зависимости от тяжести течения и периода заболевания.

Изучение уровня ИЛ-6 у 155 больных (73 экстренных и 82 плановых) с КРР показало, что при тяжелом течении КРР имеет место дисбаланс в показателях врожденного и специфического иммунитета, который характеризуется лейкоцитозом, палочкоядерным сдвигом, лимфопенией.

Таблица 4

Показатель цитокинового профиля (уровень ИЛ-6, пг/мл) у больных основной группы с колоректальным раком в предоперационном периоде (n=155) (1 сутки)

Степень тяжести при поступлении	Основная группа n=155			
	Экстренные n=73 (%)	Уровень ИЛ-6 (пг/мл)	Плановые n=82(%)	Уровень ИЛ-6 (пг/мл)
1 степень (легкая)	14 (19,2%)	$41,4 \pm 0,5$	35 (42,7%)	$32,3 \pm 0,2$
2 степень (средняя)	31(42,5%)	$88,3 \pm 0,6$	39 (47,6%)	$54,1 \pm 0,8$
3 степень (тяжелая)	28 (38,3%)	$138,7 \pm 0,6$	8 (9,7%)	$116,1 \pm 0,5$

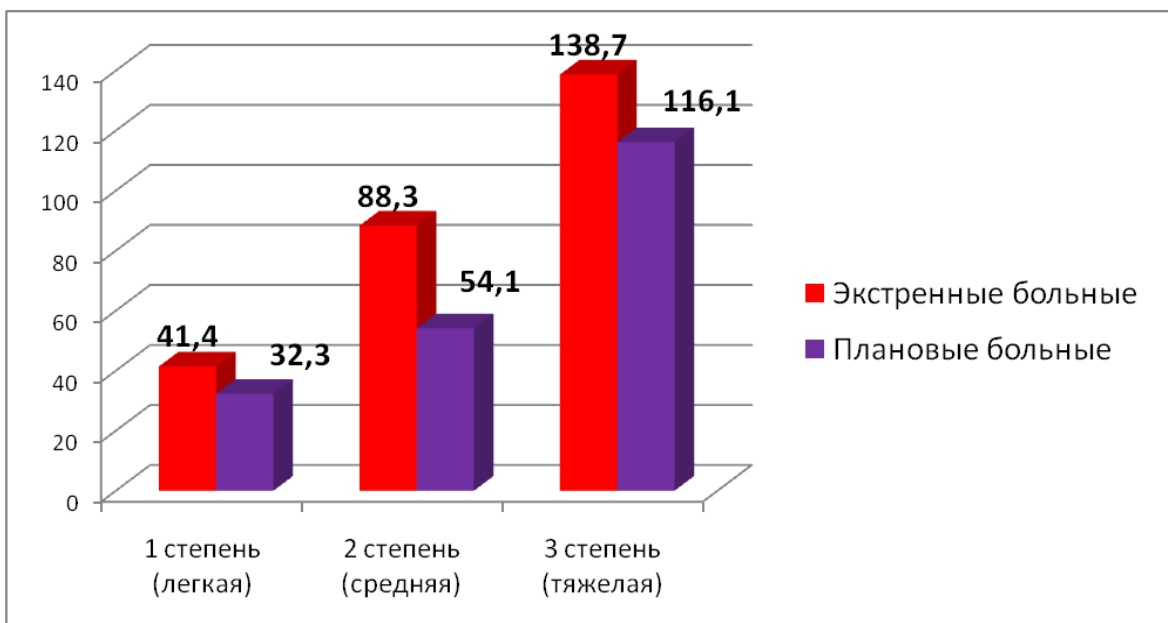


Рисунок 3. Показатель уровня ИЛ-6 (пг/мл) у больных основной группы

Как видно из табл. 18 и рис.3, показатель ИЛ-6 в подгруппе экстренных пациентов на 1 сутки был значительно выше донорской группы и составлял: со первой степенью тяжести у 14 больных - $41,4 \pm 0,5$ пг/мл, со средней степенью (второй) – у 31 больного - $88,3 \pm 0,6$, с тяжелой степенью (третьей) – у 28 больных - $138,7 \pm 0,6$; в плановой подгруппе – с легкой степенью (первой) – у 35 больных - $32,3 \pm 0,2$, со средней степенью (второй) – у 39 больного - $54,1 \pm 0,8$, с тяжелой степенью (третьей) – у 8 больных - $116,1 \pm 0,5$ ($p < 0.001$).

Показатели уровня ИЛ-6 в экстренной и плановой подгруппе пациентов с колоректальным раком, практически в 4 – 6 раза превышали нормальные значения уровня ИЛ -6 крови донорской группы (норма $N = 24 \pm 0,8$).

Выбор тактики лечения с учетом данных полученных в предоперационном периоде

Разработанная тактика выбора метода хирургического лечения отличалась от традиционной тем, что с момента поступления пациентов в стационар, параллельно с клинико-лабораторными исследованиями, производилась исследования цитокинового профиля, как показателя состояния иммунной системы, оценка общего состояния по системам АРАСНЕ II и SAPS.

При выборе тактики лечения больных учитывали степень непроходимости кишечника, стадию опухолевого поражения, степень эндогенной интоксикации оцененной по шкалам тяжести состояния и состояние иммунной системы.

**Выбор тактики лечения больных колоректальным раком
в зависимости от клинического течения КРР
и степени кишечной непроходимости**

Клиническое течение колоректального рака	Степень кишечной непроходимости		
	декомпенсированная	субкомпенсированная	компенсированная
Без осложнений	Предоперационная подготовка 4-6 часов, срочная операция с удалением опухоли	Предоперационная подготовка 12 часов, Срочная радикальная операция	Плановая радикальная операция
С осложнениями	Предоперационная подготовка 2-4 часа, экстренная, паллиативная операция с ликвидацией опухоли при наличии 2 и более осложнений*	Предоперационная подготовка 2-4 часа, экстренная, паллиативная операция с ликвидацией опухоли при наличии 1-2 осложнений*	Срочная паллиативная операция при наличии 1 из осложнений*.

*Осложнения:

1. Острая обтурационная кишечная непроходимость
2. Перитонит
3. Кишечное кровотечение.

Из табл. 5 видно, что клиническое течение колоректального рака с осложнениями в сочетании декомпенсированной и субкомпенсированной степенью кишечной непроходимости является абсолютным показанием для экстренного оперативного вмешательства паллиативного характера, направленное на снижение интоксикации и нормализации гомеостаза и общего состояния.

При клиническом течении колоректального рака без осложнений в сочетании компенсированной степени кишечной непроходимости рекомендовано нами плановая радикальная операция. При сочетании КРР без осложнений и кишечной непроходимости декомпенсированной и субкомпенсированной степени есть время для адекватной предоперационной подготовки и проведения срочного оперативного вмешательства.

Выбор тактики лечения больных колоректальным раком в зависимости от оценки общего состояния по системам APACHE-II и SAPS и уровня интерлейкина-6 в сыворотке крови

Уровень ИЛ-6, пг/мл.	APACHE II	SAPS	APACHE II	SAPS	APACHE II	SAPS
	<i>до 10 баллов</i>	<i>до 6 баллов</i>	<i>11-20 баллов</i>	<i>7-11 баллов</i>	<i>более 21 балла</i>	<i>более 12 баллов</i>
	(1 ст.)		(2 ст.)		(3 ст.)	
<i>ИЛ-6 – от 26 до 50</i>	Радикальная операция (одноэтапно)		Радикальная операция (одноэтапно)		-	
<i>ИЛ-6 – от 51 до 100</i>	Радикальная операция (одноэтапно)		Радикальная операция (одноэтапно)		-	
<i>ИЛ-6 – более 100</i>	-		-		Паллиативная операция, 1-й этап	

Из табл. 20 видно, что радикальная одноэтапная операция выполняется больным при 1 и 2 степени тяжести состояния по шкалам объективизации APACHE II и SAPS, и при уровне интерлейкина – 6 в сыворотке крови от 26 до 100 пг/мл. 3 степень тяжести состояния по шкалам объективизации APACHE II и SAPS, и уровень интерлейкина – 6 в сыворотке крови более 100 пг/мл – являются показанием к экстренной операции как первый этап многоэтапного хирургического лечения. При анализе результатов исследований больных с уровнем ИЛ -6 в крови более 100 пг/мл и 1-2 степенью тяжести состояния по APACHE II и SAPS, а также больных с 3 степенью тяжести по APACHE II и SAPS и уровнем ИЛ -6 в крови до 100 пг/мл не встречалось.

Характер выполненных оперативных вмешательств экстренным и плановым больным основной группы

Характер хирургического вмешательства определяли индивидуально с учетом всего комплекса клинико – лабораторных, биохимических и иммунных исследований.

Вместе с тем, тяжесть состояния пациентов не всегда позволяло произвести радикальную операцию. После установления диагноза и коррекции сопутствующих нарушений гомеостаза больные были прооперированы в сроки от 2 до 12 часов с момента госпитализации. Время предоперационной подготовки у больных оперированных в экстренном поряд-

ке составляло от 2 до 12 часов. В группе больных, оперированных в плановом порядке, время предоперационной подготовки определялось состоянием больных. Во всех случаях характер и время предоперационной подготовки определялся на основании оценки состояния больных по шкалам APACHE II и SAPS. Характер операций выполненных экстренным и плановым пациентам с колоректальным раком представлен в таблице 7.

В 62 (40%) наблюдениях ввиду местной распространенности опухолевого процесса и наличия отдаленных метастазов были выполнены минимальные оперативные вмешательства, направленные на ликвидацию явлений кишечной непроходимости и интоксикации, в объеме сигмостомы- 21, трансверзостомы - 4, обходного илеотрансверзоанастомоза - 8, цекостомии -23, и пробной лапаротомии-6

У 93 (60%) пациентов при наличии компенсированной и субкомпенсированной кишечной непроходимости, а также тяжести состояния по APACHE II и SAPS менее 20 и 12 баллов соответственно и при концентрации уровня ИЛ-6 менее 100 пг/мл, выполнена первичная одномоментная резекция опухоли ободочной кишки.

Характер оперативных вмешательств в основной группе (n=155).

Характер оперативных вмешательств	Основная группа					
	Экстренные больные (n=73)		Плановые больные (n=82)		Всего (n=155)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Резекция сигмовидной кишки (Операция Гартмана)	6	8,2	6	7,3	12	7,7
Эндоскопическая резекция сигмовидной кишки	-		5	6,1	5	3,2
Гемиколэктомия справа	7	9,6	10	12,2	17	11,0
Эндоскопическая гемиколэктомия справа	-		4	4,9	4	2,6
Гемиколэктомия слева	5	6,8	9	11,0	14	9,0
Эндоскопическая гемиколэктомия слева	-		5	6,1	5	3,2
Резекция ПОК	6	8,2	4	4,9	10	6,5
Резекция слепой кишки	2	2,7	5	6,1	7	4,5
БПЭ ПК	3	4,1	10	12,2	13	8,4
Передняя резекция прямой кишки	2	2,7	4	4,9	6	3,9
Сигмостомия	13	17,8	8	9,8	21	13,5
Трансверзостома	2	2,7	2	2,4	4	2,6
Обходной анастомоз	5	6,8	3	3,7	8	5,2
Цекостомия	18	24,7	5	6,1	23	14,8
Пробная лапаротомия	4	5,5	2	2,4	6	3,9
ВСЕГО	73	100	82	100	155	100

Как свидетельствуют данные, приведенные в табл. 21, операция Гартмана проведена 12 (7,7%) больным, эндоскопическая резекция сигмовидной кишки выполнена - 5 (3,2%), гемиколэктомия справа – 17 (11%), эндоскопическая гемиколэктомия справа- 4 (2,6%), гемиколэктомия слева – 14 (9%), эндоскопическая гемиколэктомия слева - 5 (3,2%), резекция поперечно-ободочной кишки – 10 (6,5%), резекция слепой кишки – 7 (4,5%), брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 13 (8,4%), передняя резекция прямой кишки – 6 (3,9%); операция сигмостомия - 21 (13,5%), наложение обходного анастомоза – 8 (5,2%), цекостомия – 23 (14,8%), трансверзостома – 4 (2,6%), пробная лапаротомия – 6 (3,9%).

Большинство оперативных вмешательств были выполнены через лапаротомный доступ.

Необходимо отметить, что лучшие показатели исследуемых критериев у оперированных больных наблюдались у пациентов, которым выполнены лапароскопические операции. Эндоскопические операции, а именно левосторонняя гемиколэктомия слева и резекция сигмовидной кишки, проводились с использованием эндоскопических сшивающих циркулярных аппаратов трансанально.

Правосторонняя лапароскопическая гемиколэктомия заканчивалась наложением анастомоза вручную, т.е. операция в данном случае называется лапароскопически ассистированными.

Лапароскопические хирургические вмешательства на левых отделах толстой кишки более благоприятны из-за возможности использования обычных циркулярных сшивающих аппаратов. Такие операции также могут быть произведены либо полностью лапароскопически, либо с использованием лапароскопически ассистированных методик. В первом случае препарат может быть извлечен трансанально. Увеличения какого-либо из кожных разрезов при этом не требуется, но могут быть травмированы дистальные отрезки кишки, особенно сфинктер.

Лапароскопически ассистированные операции — левосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки, передняя резекция прямой кишки: являются оптимальными. Этапы хирургического вмешательства при этом идентичны. Лапароскопические операции на толстой кишке могут выполняться с приемлимым уровнем осложнений и летальности. При правильном отборе пациентов лапароскопически ассистированные операции дают меньший процент осложнений, в частности инфекционных, более благоприятный послеоперационный период, меньший период госпитализации, чем традиционные операции.

Результаты лечения больных основной группы

О результатах хирургического лечения судили по срокам восстановления перистальтики кишечника и активации больных, частоте развития послеоперационных осложнений, летальности и длительности лечения пациентов в стационаре.

В раннем послеоперационном периоде, по данным, полученным при анализе историй болезни, у 34 больного получавшего хирургическое лечение, наблюдались моторно-эвакуаторные нарушения. У них отмечалось срыгивание, чувство переполнения желудка, тошнота, рвота застойным содержимым, вздутие живота, отсутствие стула и газов. Для ликвидации моторно-эвакуаторных нарушений пациентам ставили назогастральный зонд, проводили промывания желудка раствором мафусола, ставили газоотводную трубку (2). У

остальных перистальтика кишечника восстанавливалась в обычные для операции на толстой кишке сроки [Мизиев И.А., Абдуллаев З.М. 2008].

Сведения о них и активация пациентов после операции изложены в табл. 8.

Таблица 8

Сроки восстановления перистальтики кишечника и активации больных после операции (n=155)

Показатели	Сроки в сутках (M ± m)	
	Экстренные больные n=73	Плановые больные n=82
Появление перистальтики по данным аускультации живота	3,85 ± 0,11	2,84 ± 0,13
Отхождение газов	4,33 ± 0,04	3,34 ± 0,07
Появление самостоятельного стула	5,63 ± 0,08	4,75 ± 0,06
Больные начали самостоятельно ходить	5,75 ± 0,035	4,64 ± 0,045

Из таблицы видно, что у экстренных больных перистальтика кишечника появлялась на третьи сутки после операции ($3,85 \pm 0,11$), а отхождение газов начиналось спустя 4 суток ($4,33 \pm 0,04$). Появление самостоятельного стула отмечалось на пятые сутки после операции.

У плановых больных перистальтика кишечника появлялась на вторые сутки после операции ($2,84 \pm 0,13$), а отхождение газов начиналось спустя 4 суток ($3,34 \pm 0,07$). Появление самостоятельного стула отмечалось на четвертые сутки после операции. В эти же сроки пациенты также начинали активизироваться и самостоятельно ходить.

Послеоперационные осложнения в основной группе

Из 155 больных основной группы, получавших хирургическое лечение, послеоперационные осложнения развились у 12 (7,7%) больного. Характер послеоперационных осложнений изложен в табл. 9.

Послеоперационные осложнения в основной группе больных

Виды осложнений	Экстренные больные n=73	Плановые больные n=82	Всего n=155
Пневмония	1 (0,6%)	-	1 (0,6%)
Полиорганная недостаточность	3 (1,9%)	-	3 (1,9%)
Тромбофлебиты	1 (0,6%)	-	1 (0,6%)
Нагноение послеоперационной раны	2 (1,3%)	-	2 (1,3%)
Несостоятельность анастомоза и перитонит	1 (0,6%)	1 (0,6%)	2 (2,6%)
Параколомостомическая флегмона	2 (1,3%)	1 (0,6%)	3 (1,9%)
Итого	10 (6,4%)	2 (1,3%)	12 (7,7%)

Из табл. 26 следует, что наиболее частым осложнением после операции была полиорганная недостаточность – у 3, параколомостомическая флегмона – 3, нагноение послеоперационной раны – у 2 больных, несостоятельность анастомоза и перитонит – 2, пневмония – 1, тромбофлебит – у 1 больного соответственно.

Как показали исследования, у 155 больных оперированных по поводу КРР в послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: несостоятельность кишечных анастомозов и перитонит, нагноение послеоперационной раны, полиорганная недостаточность, острая пневмония, тромбофлебиты, параколомостомическая флегмона.

У пациентов основной группы, благодаря проведению ряда профилактических мероприятий в предоперационном периоде с оценкой состояния по шкалам, а также оценкой иммунной системы путем исследования уровня ИЛ-6, удалось значительно снизить количество осложнений в послеоперационном периоде.

Одним из наиболее распространённых осложнений у больных с КРР, оперированных в нашей клинике в экстренном порядке, являлся ПОН – он развился у 3 больных, на фоне разлитого гнойного перитонита, который развился в результате несостоятельности межкишечных анастомозов, 2 случая послеоперационной пневмонии и 2 случая параколомостомической флегмоны, 1 случай тромбофлебита в экстренной группе больных. Послеоперационный перитонит развился в обеих группах по 1 случаю.

Наиболее часто послеоперационные осложнения наблюдались у лиц пожилого и старческого возраста.

Для оперативных вмешательств использовали лапароскопическую стойку фирмы Karl Storz (Германия) и стандартный набор инструментов. В ходе мобилизации кишки использовали монополярный и биполярный коагуляторы, а также аппараты ForceTriad (Valleylab) и Ultracision (Johnson & Johnson).

Осложнений в ходе лапароскопических операций и в послеоперационном периоде не наблюдали. У всех пациентов отмечено восстановление регулярного самостоятельного стула и работоспособности.

Общий уровень осложнений, по различным литературным данным, составляет от 6 до 28,5%. Такие специфические осложнения как несостоятельность швов анастомоза наблюдаются в 0,94-3,9%, раневая инфекция — в 0,33-3,1%, парез кишечника— в 2,5 - 3,14% наблюдений.

Летальность в основной группе

Из 155 больных (табл. 10) летальный исход наблюдался у 8 (5,16%) пациентов.

Причинами летального исхода были – синдром полиорганной недостаточности (СПОН) – 3 (1,93%), ТЭЛА – 2 (1,3%), острая сердечно - легочная недостаточность – 3 (1,93%) соответственно.

Таблица 10

Летальность в основной группе пациентов

Причина смерти	Экстренные больные n=73	Плановые больные n=82	Всего n=155
СПОН	3 (1,93%)	-	3 (1,93%)
ТЭЛА	2 (1,3%)	-	2 (1,3%)
Острая сердечно-легочная недостаточность	2 (1,3%)	1 (0,6%)	3 (1,93%)
Итого	7 (4,5%)	1 (0,6%)	8 (5,16%)

Снизить послеоперационную летальность, у больных основной группы, по нашему мнению, удалось за счет оптимальной предоперационной подготовки, адекватной оценки состояния по шкалам объективизации, определения уровня ИЛ-6 в сыворотке крови, дифференцированного выбора тактики хирургического лечения и прогноза, что положительно отражалось на общем состоянии пациентов клинически и наблюдалось улучшение иммунно

– клинико - лабораторных показателей крови, что в свою очередь говорит о снижении риска ПОН у больных с колоректальным раком.

Следует отметить, что летальных исходов после применения лапароскопических вмешательств в колоректальной хирургии не было.

Таким образом, использование лапароскопических технологий в колоректальной хирургии позволяет выполнять полноценную ревизию органов брюшной полости, адекватные по объему хирургические вмешательства при наиболее распространенных колоректальных заболеваниях, способствует раннему восстановлению кишечной перистальтики и ранней активизации больных, уменьшает послеоперационный койко-день.

Продолжительность лечения в стационаре

Сведения о продолжительности стационарного лечения больных, контрольной группы представлены в табл. 11.

Таблица 11

Продолжительность лечения в стационаре больных основной группы (n=155)

Периоды лечения	Продолжительность лечения в койко-днях (M±m).	
	Экстренные больные (n=73)	Плановые больные (n=82)
До хирургического вмешательства	1,3±0,11	3,31± 0,13
После хирургического вмешательства	18,4±0,12	14,71 ± 0,16
Всего	19,7 ±0,21	18,02 ± 0,23

Как следует из табл. 28, экстренные больные основной группы находились в стационаре в среднем 1,3±0,11 койко-дня до операции, после операции – 18,4±0,12 койко-дня. Общая продолжительность лечения составила - 19,7 ±0,21 койко-дня. Плановые больные основной группы находились в стационаре в среднем - 3,31± 0,13 до операции, после операции - 14,71 ± 0,16. Общая продолжительность лечения - 18,02 ± 0,23 койко-дней.

Таким образом, при хирургическом лечении колоректального рака, показанием к экстренным операциям паллиативного характера, явились клиническое течение колоректального рака с осложнениями в сочетании с тяжелой степенью эндогенной интоксикации, на-

правленная на снижения степени интоксикации и нормализации гомеостаза и общего состояния.

Плановая радикальная операция рекомендовано нами при клиническом течении колоректального рака в сочетании с легкой и средней степенью эндогенной интоксикации. Характер планового оперативного вмешательства определялся тяжестью состояния больных оцененной по шкалам, в связи с уровнем ИЛ-6 в сыворотке крови, низкой степенью развития эндотоксикоза.

Тактика лечения выбиралась с учетом результатов оценки общего состояния пациентов по системам APACHE II и SAPS, определения цитокинового профиля по уровню концентрации интерлейкина - 6 в сыворотке крови.

При использовании предложенной нами методики хирургического лечения колоректального рака, включающий наружную назоинтестинальную декомпрессию верхних отделов ЖКТ (желудка и тонкой кишки), в сочетании с энтеральным зондовым питанием в раннем послеоперационном периоде, и интестинальной терапии раствором мафусола [Мизиев И.А., Абдуллаев З.М. 2008]., улучшало состояние пациентов к пятым суткам после операции и нормализовала функции тонкой кишки и гемодинамические показатели крови.

В основной группе пациентов наблюдалось, что перистальтика кишечника восстанавливалась на третьи сутки, самостоятельный стул появился на пятые сутки, газы стали отходить вместе с появлением перистальтики кишечника на третьи сутки послеоперационного периода. Активация больных в послеоперационном периоде, начало самостоятельного хождения по палате наблюдалось к концу пятых суток.

Разработанный алгоритм обследования пациентов с колоректальным раком и выбор тактики хирургического лечения с учетом результатов прогнозирования полиорганной недостаточности и органной дисфункции, а также острых физиологических и хронических расстройств, исследования цитокинового профиля по уровню интерлейкина - 6 в сыворотке крови, позволило оказать дифференцированную хирургическую помощь, давая возможность отказаться от необоснованного радикального оперативного вмешательства в одних случаях, и не «упустить» время в других. Тем самым, отмечено, снижение числа осложнений и общей летальности больных и продолжительности лечения пациентов в хирургическом стационаре.

ВЫВОДЫ

1. Дифференцированная тактика лечения больных с колоректальным раком должна основываться на интегральной балльной оценке их состояния с учётом клинико-лабораторных данных, характера осложнений, что даёт возможность определить сроки оперативного вмешательства и её объём.
2. В выборе тактики лечения существенное значение имеет прогноз синдрома полиорганной недостаточности, который определяется степенью эндогенной интоксикации и состоянием иммунной системы, а так же характером осложнений колоректального рака. Наиболее неблагоприятным сочетанием эндогенной интоксикации и высокой концентрации интерлейкина - 6 в сыворотке крови, определяющих высокую степень развития полиорганной недостаточности, являются III, IV стадия рака, ослабление иммунной системы и тяжелое состояние больного, обуславливающая паллиативную хирургическую тактику.
3. Послеоперационные осложнения у больных с КРР составили в экстренной подгруппе у 10 (7,4%), плановых – 2 (1,3%); летальность - в экстренной подгруппе – 7 (4,5%), плановых – 1 (0,6)%. осложнения гнойно-воспалительного характера с развитием ПОН являются наиболее частыми в послеоперационном периоде.
4. При колоректальном раке экстренные операции показаны больным с осложненным течением. Плановые операции необходимо выполнять при наличии колоректального рака со стабильным гемостазом и отсутствии риска развития осложнений. Интегральная балльная оценка состояния больных с колоректальным раком по системе APACHE II и SAPS позволяет выбрать оптимальный объём оперативного вмешательства:
 - при баллах ≥ 20 и уровень концентрации ИЛ-6 более 100 пг/мл соответственно, минимальный, паллиативный объём операции, позволяющий устранить осложнение;
 - при баллах < 20 и уровень концентрации ИЛ-6 менее 100 пг/мл соответственно, расширенные патогенетически обусловленные, радикальные оперативные вмешательства.
5. Лапароскопические операции при хирургическом лечении КРР обладают значительным преимуществом перед традиционными операциями.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для оценки тяжести состояния и выбора тактики лечения у больных с колоректальным раком необходимо использование интегральных шкал APACHE II, SAPS и цитокинового профиля - как индикатора иммунной системы.

2. В комплексном лечении больных, оперированных по поводу колоректального рака наряду с традиционными методами лечения необходимо применение назоинтестинальной интубации как метод внутрикишечной детоксикации, с целью коррекции гипоксии кишечной стенки и восстановления энтерального барьера в комплексном лечении энтеральной недостаточности, целесообразно внутрикишечное применение мафусола и энтерального зондового питания.

3. Полученные показатели концентрации интерлейкина - 6 в сыворотке крови могут быть использованы в качестве исходных критериев при проведении и оценке результатов цитоиммунологических исследований в клинической практике.

4. При хирургическом лечении КРР с развитием осложнений (перфорация, непроходимость, кровотечение, развитие абсцессов в зоне опухоли), целесообразно выполнения операций в 2 этап: 1 этап - обходные анастомозы, разгрузочные стомы, дренирование гнойников, резекции кишечника с опухолью с выведением одноствольной колостомы (по типу Гартмана). 2 этап радикальный объем операции. При отсутствии осложнений – первично -радикальные одноэтапные операции.

Список опубликованных работ по теме диссертации:

1. Мизиев И.А. Мищенко С.Ф. **Жашуев А.Ж.** Неотложная хирургическая помощь при опухолевом поражении толстой кишки. //Материалы международного конгресса студентов, аспирантов и молодых ученых «Перспектива 2007». 2007. - т.4. - С. 120-123.
2. Мизиев И.А. **Жашуев А.Ж.** К вопросу выбора тактики хирургического лечения больных колоректальным раком, осложненным обтурационной кишечной непроходимостью.//Сборник статей «Наука и устойчивое развитие». 2008. - С. 163-167.
3. Мизиев И.А., **Жашуев А.Ж.** . Тактика лечения больных с колоректальным раком с учетом оценки тяжести общего состояния по шкалам объективизации. / Мизиев И.А., **Жашуев А.Ж.** // Научно-практический журнал «Врач - аспирант». №4(19). – 2007. - С.268.
4. Мизиев И.А., **Жашуев А.Ж.** . Принципы подготовки к операции и послеоперационное ведение пациентов, оперируемых по поводу колоректального рака. / Мизиев И.А., **Жашуев А.Ж.** // Научно-практический журнал «Врач - аспирант». №5(20). – 2007. - С.352.
5. Мизиев И.А., **Жашуев А.Ж.** . Кровотечение из опухолей ободочной и прямой кишки как осложнение колоректального рака. / Мизиев И.А., **Жашуев А.Ж.** // Научно-практический журнал «Врач - аспирант». №5(20). – 2007. - С.355
6. Мизиев И.А. Лечение синдрома энтеральной недостаточности у больных с острой кишечной непроходимостью. /И.А. Мизиев, З.М. Абдулаев, **А.Ж. Жашуев** //Материалы Международной научно-практической конференции «Учёные будущего». Одесса, 2004. - С. 90-91.
7. Мизиев И.А., **Жашуев А.Ж.**, Мищенко С.Ф. Выбор тактики хирургического лечения больных колоректальным раком, с учетом оценки тяжести общего состояния по АРАСНЕ II // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. - №4. – С.111
8. Мизиев И.А., **Жашуев А.Ж.** Мищенко С.Ф. К вопросу дифференцированного подхода к тактике лечения больных с колоректальным раком с учетом оценки тяжести общего состояния по шкалам объективизации // Анналы хирургии. – 2008. - №4. – С. 36-41
9. Мизиев И.А., **Жашуев А.Ж.** Клексан как основное средство профилактики ТЭЛА в послеоперационном периоде у больных с колоректальным раком / Материалы международной научной конференции молодых ученых, аспирантов и студентов «Перспектива-2008». КБГУ: Нальчик, 2008. Т. 3. – С. 301-304