

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Мальсагов Руслан Юсупович

**ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПОДГОТОВКИ К РАДИКАЛЬНЫМ
МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ,
ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

14.01.17 – хирургия

Диссертация
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
профессор Тотиков В.З.

Владикавказ - 2015

ПЛАН ДИССЕРТАЦИИ:

Список сокращений	3
Введение	4
ГЛАВА 1. Литературный обзор	
1.1. Диагностика у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью	11
2.1. Способы декомпрессии, предоперационная подготовка и лечение больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью	18
ГЛАВА 2. Характеристика клинических наблюдений и методы исследования	
2.1. Методы исследования	34
2.3. Методы статистического анализа	47
ГЛАВА 3. Результаты декомпрессионной терапии у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью	
3.1. Уточненная диагностика рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью	48
3.2. Влияние размеров ракового канала и уровня локализации опухоли на развитие острой непроходимости	58
ГЛАВА 4. Результаты различных способов декомпрессии у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью	
	63
Заключение	114
Выводы	135
Практические рекомендации	137
Список литературы	139

Список сокращений

ВБД - внутрибрюшное давление

ИАГ - интраабдоминальная гипертензия

КТ - компьютерная томография

ЛИИ - лейкоцитарный индекс интоксикации

МСМ - молекулы средней массы

МТС - метастазы

РРС - ректороманоскопия

УЗИ - ультразвуковое исследование

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Одним из наиболее сложных вопросов неотложной хирургии и онкологии остается лечение рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью. Несмотря на внедрение в медицинскую практику за последние 20-25 лет современных диагностических и лечебных технологий, летальность при данной патологии по данным различных авторов колеблется от 15 до 25 % и не имеет тенденции к снижению [1,12, 138,169, 170, 181, 182, 189, 266, 281].

При лечении больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью перед хирургами встает вопрос не только спасения жизни пациента от острой хирургической патологии, но и по возможности избавление его от онкологического заболевания, что требует проведения радикальных оперативных вмешательств и комбинированных методов лечения [4,8,9].

Однако, у большинства больных возраст которых превышает 60 и более лет, наряду с тяжестью самого процесса имеются множество сопутствующих заболеваний, которые сами могут осложнять интра- и послеоперационный период и приводить к летальным исходам [74,167,176,192,225,229,230,266,281]. Поэтому выполнение радикальных оперативных вмешательств увеличивает риск развития осложнений и летальных исходов, в связи с чем часть хирургов предпочитает у большинства больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью при поступлении проводить консервативную терапию, обосновывая это тем, что опухоль почти никогда не вызывает полной обструкции просвета кишки [141, 198, 213, 256].

По данным других авторов, устойчивый положительный эффект консервативного лечения наблюдается лишь в 10-25% случаев [2,67,95, 208, 127,173, 224].

В настоящее время нет единого мнения и в отношении длительности предоперационного периода [204, 284].

Часть авторов считает, что при раке толстой кишки осложненном непроходимостью, консервативное лечение не следует продолжать более 2-3 часов, за это время необходимо провести декомпрессию верхних и нижних отделов кишечника, восполнить вводно-электролитные нарушения, а более длительное консервативное лечение уменьшает шансы на благоприятный исход операции [4,47,78,80,85,118,192].

По данным ряда хирургов после оперативных вмешательств, выполненных более чем через 24 часа, количество послеоперационных осложнений и летальных исходов достоверно выше [78, 85, 204]. Некоторые рекомендуют продолжать предоперационную подготовку в течение 24 часов [49,219,222], другие допускают проведение предоперационной подготовки до 2 суток [47, 114, 131, 145, 217], считая, что при обтурационном нарушении проходимости толстой кишки в большинстве случаев сравнительно медленно нарастает клинико-рентгенологическая семиотика.

Наиболее сложной в тактическом плане остается группа больных, у которых на фоне проведения консервативного лечения временно удается добиться улучшения общего состояния, частичного отхождения стула и газов. Это наталкивает многих хирургов на мысль об успешности декомпрессионной и инфузионной терапии, которую они продолжают даже при повторных приступах непроходимости. В связи с этим, благоприятный момент для оперативного вмешательства бывает упущен, и значительно возрастают показатели летальности и послеоперационных осложнений [151,204]. Для улучшения результатов хирургического лечения этого контингента больных многие авторы предлагают разрешить на первом этапе непроходимость консервативными или малоинвазивными методами, а уже на втором этапе при максимально благоприятных условиях выполнить радикальное оперативное вмешательство [1,6, 276].

Однако, несмотря на достаточно четкую задачу, предлагаемые решения довольно противоречивы. Одни авторы рекомендуют вначале выполнять консервативные методы декомпрессии, другие - с помощью эндоскопов

использовать различные технологии для реканализации ракового канала, третьи - на первом этапе выполнять лапаротомии и накладывать разгрузочные проксимальные стомы, четвертые - на первом этапе накладывают проксимальные стомы лапароскопическим доступом или через мини доступ [10, 15, 65, 196, 285, 311].

При адекватно проведенной декомпрессии у больных с осложненным раком толстой кишки создаются благоприятные условия для комплексного лечения, что, несомненно, позволяет улучшить не только ближайшие, но и отдаленные результаты лечения

Цель исследования: Разработать рациональную программу использования различных способов декомпрессии у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью.

Задачи исследования:

1. Оценить диагностические возможности специальных методов используемых в диагностике рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью, в том числе для выбора наиболее эффективного способа декомпрессии.
2. Определить размеры стриктур у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью и их влияние, а так же влияние локализации опухоли на эффективность проведения декомпрессионной терапии.
3. Изучить динамику изменений уровня интоксикации, показателей внутрибрюшного давления и размеров кишечной стенки при использовании различных способов декомпрессионной терапии.
4. Изучить возможности малоинвазивных способов декомпрессии в зависимости от размеров стриктуры у больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью, и усовершенствовать их.

5. Усовершенствовать существующие малоинвазивные способы декомпрессии при раке толстой кишки, осложненном острой непроходимостью.
6. Разработать рациональную программу применения различных способов декомпрессии у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью.

Научная новизна исследования:

Уточнены возможности современных специальных методов используемых в диагностике рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью, и разработана рациональная программа их использования.

Впервые у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью изучена эффективность проведения консервативных способов разрешения непроходимости в зависимости от размеров ракового канала и локализации стриктуры.

Впервые у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью в сравнительном аспекте дана оценка эффективности использования различных способов разрешения непроходимости с использованием эндоскопов.

Усовершенствованы малоинвазивные способы декомпрессии, позволяющие более эффективно проводить декомпрессионную и дезинтоксикационную терапию.

Впервые изучена динамика развития изменений кишечной стенки, внутрибрюшного давления и интоксикационного синдрома у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью в зависимости от способа декомпрессии.

Разработана рациональная программа применения различных способов декомпрессии у больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью.

Практическая значимость работы:

1. Разработанная диагностическая программа позволяет в короткие сроки определить длительность предоперационной подготовки, выбрать индивидуально для каждого больного необходимый способ декомпрессии, способствует более успешному его выполнению, определить в дооперационном периоде объем оперативного вмешательства и других методов лечения.
2. Проведенное исследование зависимости течения острого нарушения проходимости на фоне декомпрессионной терапии от размеров ракового канала, состояния его стенки, позволяет уточнить показания к проведению консервативных и малоинвазивных методов разрешения непроходимости.
3. Исследования эффективности проведения реканализации ракового канала у больных с различными размерами стриктуры с помощью эндоскопических методов позволяет уточнить показания к их использованию, снизить количество осложнений и материальные затраты.
4. Использование способа принудительной ранней послеоперационной эвакуации кишечного содержимого и орошения просвета кишки позволяет в более ранние сроки снизить уровень интоксикации и вероятность развития воспалительных осложнений.
5. Разработанная на основании изучения развития интоксикационного синдрома, метаболических нарушений и изменений кишечной стенки программа интра-и послеоперационной коррекции этих нарушений позволяет оптимизировать предоперационную подготовку к радикальному вмешательству, снизить количество послеоперационных воспалительных осложнений, несостоятельности анастомозов и летальных исходов.

Положения выносимые на защиту:

1. Острая непроходимость при раке толстой кишки может развиваться уже при стриктуре менее 17 мм, но полной обтурации просвета кишки опухолью не наступает, ни в одном случае. У больных с раковым каналом более 50 мм в средней его части развиваются некротические изменения и распад опухоли.

2. Алгоритм использования наиболее эффективных способов декомпрессии у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью.

3. Способы более эффективной ликвидации интоксикационного синдрома, интраабдоминальной гипертензии и коррекции метаболических и сердечно-сосудистых нарушений у больных с прицельными стомами, наложенными по поводу рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью.

Личный вклад автора

Лично автором проведен анализ отечественных и зарубежных источников литературы по теме диссертации. Автор лично участвовал в составлении плана диссертационного исследования, разработке компьютерной базы данных и обработке медицинской документации, статистической обработке полученной информации. Автор лично принимал участие в диагностике и лечении больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, внедрял в практику разработанные способы лечения.

Материалы диссертации доложены и обсуждены на: заседании общества хирургов РИ (2010г.); Совместном заседании общества хирургов РСО-Алании и кафедры госпитальной хирургии Северо-Осетинской государственной медицинской академии (2010г.); На Научно-практической конференции хирургов и анестезиологов-реаниматологов Северо-Кавказского Федерального Округа с международным участием «Малоинвазивные технологии в хирургии и их анестезиологическое обеспечение» (Владикавказ 2013); на Научно-практической конференции хирургов и анестезиологов-реаниматологов Северо-Кавказского Федерального Округа с международным участием «Малоинвазивные технологии в хирургии и их анестезиологическое обеспечение» (Владикавказ 2014).

Внедрение результатов

Результаты исследования внедрены в работу Республиканской клинической больницы г. Назрань Республики Ингушетия, клинической больницы скорой помощи г. Владикавказа. Результаты используются в учебном и научном процессе кафедры хирургических болезней № 2 Северо-Осетинской государственной медицинской академии, кафедры хирургических болезней лечебного факультета Ингушского государственного университета.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, из них 8 – в журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Объем и структура диссертации

Диссертация состоит из 163 страниц компьютерного текста, и включает введение, обзор литературы, 4 глав, содержащих результаты собственных исследований, выводы, практические рекомендации и указатель литературы, содержащего 234 работ отечественных и 87 работ зарубежных авторов, иллюстрирована 27 таблицами и 14 рисунками.

ГЛАВА 1.

(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Диагностика у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью

Одним из наиболее сложных вопросов неотложной хирургии и онкологии остается лечение рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью [78, 164, 204,205,206,242, 251,25 2, 257,284, 300]. Несмотря на внедрение за последние 20-25лет, современных диагностических и лечебных технологии летальность при данной патологии по данным различных авторов варьирует от 15 до 40 % и не имеет тенденцию к снижению [9, 44, 78, 96, 107, 119,121,126, 128,161, 164,174, 205,206,212, 216].

Несмотря на высокую эффективность современных диагностических методов и выраженность клинических признаков диагностика острого обтурационного нарушения проходимости ободочной кишки сопряжена со значительными трудностями [68,78, 166, 224]. По данным Е.А. Ерохиной и соавт. (2011) примерно у 9% пациентов, госпитализированных с клиникой острой обтурационной толстокишечной непроходимости, были допущены ошибки в диагностике, которые привели к развитию перитонита.

Диагностика кишечной непроходимости, безусловно, должна базироваться на тщательном учёте анамнестических данных, результатов физикальных, рентгенологических, эндоскопических и лабораторных исследований [8,18,47,77, 78, 114, 144, 181,182, 209,281].

Грамотно собранный анамнез, по мнению Н.Н. Александрова (1980) во многом облегчает диагностику не только кишечной непроходимости, но и ее причины – рака толстой кишки. Для данной патологии анамнез имеет особо важное значение, так как данные, полученные при опросе больного помогают не только сузить круг вероятных заболеваний и заподозрить наличие злокачественной опухоли, но и в ряде случаев высказать предположение о ее локализации и возможных осложнениях.

Несмотря на наличие современных специальных инструментальных методов диагностики острой толстокишечной непроходимости, где как правило причиной ее развития бывает запущенная форма рака, довольно ценным методом остаётся пальпаторное исследование живота, позволяющее скорректировать поиск опухоли. Новообразования, расположенные в доступных для пальпации местах, обычно удаётся прощупать. По наблюдениям Н.Н. Александрова (1980) при обтурационной непроходимости обусловленный раком правой половины ободочной кишки, опухоль определялась при пальпации у 59% больных, сигмовидной кишки – у 32,1%. По данным И.А. Ерюхина и соавт. (1999) опухоль в животе можно прощупать примерно у каждого третьего пациента, поступающего в клинику с кишечной непроходимостью при раке толстой кишки. Л.И. Швидлер и А.Л. Чехов (2003) смогли определить пальпируемую опухоль у 40% пациентов. С.Д. Атаев и соавт. (2011) определяли пальпируемую опухоль у 62% больных.

По мнению многих хирургов не потеряла своей значимости при диагностике рака толстой кишки, осложнённого непроходимостью и пальцевое исследование прямой кишки, так как у 8-15 % больных опухоль располагается в пределах доступности пальцевого исследования. При этом можно не только диагностировать опухоль, но и пальпаторно определить размеры дистальной ее части, степень подвижности и диаметр ракового канала. [4,47,60,99,104,114,143,144,205].

Следует отметить, что если по поводу клинических методов есть относительно одинаковые взгляды и рекомендации, то об использовании специальных методов нет единого мнения [231, 236, 261,279, 303]

Единственный из специальных методов диагностики применение которого практически не вызывает дискуссии при острой обтурационной толстокишечной непроходимости является обзорная рентгенография брюшной полости [7, 18, 63,78,103,144, 148,157,164,228, 232,238,299]. Хотя мнения о ее эффективности разнятся.

Топузов Э.Г. (1986,1989), Р.А. Мельников (1987), А.С. Балалыкин и соавт. (1989), В.Н. Блохин и соавт. (2005), W.G. Cheadle et. al. (1989) считают, что у 25-30% больных рентгенологические методы исследования не позволяют установить точный диагноз. По данным Б.М. Даценко и соавт. (2005) информативность обзорной рентгенографии брюшной полости не превышает 66%, аналогичные данные приводит и Т.И. Тамм и соавт. (2011). По мнению М.П. Захараш и соавт. (2009) информативность рентгенологического исследования у пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью составляет 55%.

В то же время о высокой эффективности обзорной рентгенографии брюшной полости свидетельствуют работы большинства хирургов [18,19, 77,78,147,164,181, 221, 226,281].

А Ольшанский А.А. и соавт. (1982) считает несвоевременное рентгенологическое обследование одной из главных причин диагностических ошибок при острой кишечной непроходимости.

По мнению В.З.Тотикова (1993) при помощи обзорной рентгенографии брюшной полости можно не только диагностировать наличие острой толстокишечной непроходимости, но у 91-100 % приблизительно определить уровень локализации опухоли, оценить эффективность декомпрессионной терапии и прогнозировать динамику развития непроходимости на ее фоне.

Особое значение для диагностики толстокишечной непроходимости имеет ирригоскопия. По данным большинства авторов цель исследования при ирригоскопии достигается в 87,4-91,9% [46,47,81,94,164,188,197, 226]. В.П. Зиневич (1985) отмечает стопроцентную диагностическую эффективность ирригоскопии при острой толстокишечной непроходимости. По мнению И.А. Ерюхина и соавт. (1999) ирригоскопию необходимо проводить во всех случаях клинического подозрения на толстокишечную непроходимость. Это исследование позволяет не только установить наличие непроходимости, но и выявить ее локализацию.

В.З. Тотиков (1993) с помощью ирригоскопии определял помимо наличия препятствия в толстой кишке и ее локализации, размеры ракового канала.

Однако, вопрос о допустимости рентгенологического исследования с помощью контрастного вещества у больных с кишечной непроходимостью до сих пор не имеет однозначного решения. Н.Н. Александров (1980) считает приемлемым использование данного метода при сомнении в диагнозе или при наличии у больного симптомов частичной кишечной непроходимости. По данным А.И. Перевозникова (1999), экстренная ирригоскопия в 60% наблюдений бывает неэффективна, что объясняется недержанием бариевой клизмы, плохой подготовкой толстой кишки и до 30% диагностических ошибок. V. Radunovic (1979) и N. Addison (1983) считают, что при четких симптомах кишечной непроходимости можно оперировать без ирригоскопии.

При диагностике толстокишечной непроходимости многими хирургами используется ректороманоскопия [4,7, 47,60,104,110,114, 143, 182, 264, 288].

Данный способ позволяет при дистальных раках толстой кишки не только выявить наличие и уровень препятствия, но и определить диаметр сужения, провести попытку декомпрессии [28, 62, 70, 204,205,206, 321]. В то же время А.А. Балалыкиным (1989) считает, что при подозрении на обтурационное нарушение проходимости толстой кишки, эндоскопическое исследование нужно проводить с помощью колоноскопа. Это позволяет осмотреть все отделы толстой кишки, тогда как при помощи ректоскопа можно осмотреть только дистальные отделы сигмовидной кишки, в связи с чем, это исследование бывает эффективным только у 2-15% больных и в большинстве случаев приходится дополнительно производить колоноскопию.

Большое значение в распознавании рака толстой кишки, осложнённого непроходимостью, имеет эндоскопическое исследование [25,40,74,75,106,147,148,150,151,178,179,210,211,217,221,228,240,244,264,267,307,321].

По мнению В.П. Петрова и соавт. (1984), В.И. Стручкова и соавт. (1984), Л.У. Назарова и соавт. (1986), Т.Е. Brothers et. al. (1987) более чем у 94%

больных удаётся выявить причину непроходимости, ее уровень и степень сужения ракового канала. В наблюдениях Y.S. Zhong et al. (2011) экстренная колоноскопия позволила в 100% случаев установить причину толстокишечной непроходимости. По данным Б.Н. Курьязова и соавт. (2011) экстренная колоноскопия была эффективна у 16 из 18 пациентов которым она проводилась с целью уточнения диагноза. Колоноскопия позволяет наряду с визуализацией опухоли произвести забор материала для гистологического исследования, являющегося необходимым атрибутом предоперационной диагностики [283]. По мнению С.Г. Белова и соавт. (2000), F. Turegano-Fuentes et al. (1998), Y.S. Zhong et al. (2011) в некоторых случаях данный метод может преследовать и лечебные задачи, такие как проведение выше стенозирующей просвет кишки опухоли зонда с целью декомпрессии и попытки, таким образом, разрешения явлений непроходимости.

Несмотря на столь высокую эффективность колоноскопии при диагностике обтурационной толстокишечной непроходимости, Э.Г. Топузов (1989), Г.В. Пахомова (1987, 2009) и другие рекомендуют относиться к данному методу исследования осторожно, считая, что инсуффляция воздуха может привести к прогрессированию кишечной непроходимости или перфорации кишки. В.И. Юхтин (1988) отмечает, что колоноскопия на высоте кишечной непроходимости тяжело переносится больными, а количество диагностических ошибок и неудачных исследований достигает 10-15%. А Н.И. Коротков (2003) считает, что проведение колоноскопии в условиях острой кишечной непроходимости представляет значительные трудности, кроме того, информативность данного метода при острой кишечной непроходимости ниже, чем при хронической форме.

По мнению И.Ю.Олейникова и соавт. (1993), А.И.Перевозникова (1999), А.Е. Борисова и соавт. (2000), А.И.Брегеля и С.Б.Пинского (2000), К.Л. Старосельцева (2005) лапароскопический метод при диагностике рака толстой кишки осложнённого непроходимостью является высокоэффективным и безопасным способом позволяющим выявить причину непроходимости в 88%

случаев, определить локализацию опухоли, наличие прорастания ее в соседние органы, наличие перифокального воспаления и сопутствующих заболеваний.

В.И. Петров и О.Э. Луцевич (1982) считают, что лапароскопическое исследование позволяет выявить до 50% не диагностированных традиционными методами заболеваний брюшной полости. Однако, по мнению И.А. Ерюхина и соавт. (1999), резкое вздутие кишечных петель не только препятствует осмотру, но и представляет опасность в связи с возможностью повреждения органов брюшной полости. После экстренных лапароскопий, по данным Ю.П. Атанова (1981), летальность достигает 2%. И, следовательно, при использовании этого метода у больных раком толстой кишки, осложнённым нарушением проходимости, в большинстве случаев сопровождающимся спаечным процессом вокруг опухоли и в брюшной полости, количество осложнений несомненно будет выше.

В то же время, по мнению А.В. Пугаева и Е.Е. Ачкасова (2005), суждения о диагностической ценности этого метода в настоящее время противоречивы, поскольку авторы, обсуждающие необходимость применения лапароскопии при острой толстокишечной непроходимости, приводят небольшое число наблюдений.

Значительное распространение при диагностике рака толстой кишки и его осложнений получила и ультразвунографическое исследование. Обладая высокой разрешающей способностью и информативностью, УЗИ является практически безвредным диагностическим методом [25,33,68,69,83,94,104, 109, 111,122,129,164,248,270,294,314].

Несмотря на широкое внедрение УЗИ в диагностике рака толстой кишки, осложнённого острой непроходимостью до настоящего времени одни авторы используют ультразвунографическое исследование только для констатации непроходимости, другие помимо этого для выявления самой опухоли и метастазов [68,69,94,104,109,111, 122, 164,204,205,206,207] . Часть исследователей отмечают эффективность применения УЗИ для определения

размеров опухоли и отношения ее к окружающим органам и тканям, наличие перифокального воспалительного процесса [41,60,109,207,214,220]. Есть сообщения, где описываются размеры ракового канала, наличие выпота и выраженность изменений кишечной стенки [41, 60,83,109,173,207,214,220 285,286,294].

Тотиков В.З. и соавторы (2011,2013) использовали ультрасонографическое исследование для прогнозирования развития острой непроходимости на фоне декомпрессионной терапии.

В наблюдениях М.П. Захараш и соавт. (2009) и Т.И. Тамм и соавт. (2011), информативность УЗИ при диагностике обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза составила 100%, при этом в 70% и 64,8% случаев соответственно удалось выявить локализацию опухоли. По данным Б.М. Даценко (2005) информативность УЗИ в диагностике острой кишечной непроходимости составляет 97%. В то же время, по мнению С. Ю. Двойникова (2003), УЗИ, как самостоятельный метод не может решить многих важных проблем диагностики острой толстокишечной непроходимости, в связи с чем, его применение рационально только в постоянном взаимодействии с другими методами исследования.

В последние годы в дифференциально-диагностических целях при заболеваниях органов брюшной полости с успехом применяют компьютерную томографию [8,42,75,132,270,276]. По мнению Е.И. Брехова и соавт. (2011) компьютерная томография является значительно более информативным методом определения границ опухоли, ее локализации и степени прорастания в соседние органы и ткани по сравнению с другими диагностическими методами у больных с толстокишечной непроходимостью.

В последнее время появились работы, где авторы при острой толстокишечной непроходимости достаточно чётко описывают размеры не только самой опухоли, наличие метастазов и отношение опухоли к окружающим органам и тканям, но и размеры опухолевого канала, толщину стенок опухоли и кишечника.

Наиболее современным методом получения изображения является ЯМР. Этот метод позволяет без ионизирующего излучения получить изображение любого органа ткани человека и рассмотреть его под любым углом и в новой проекции. Если с помощью КТ изображение, получается, по одному параметру, то ЯМР – изображение, позволяет характеризовать ткани по пяти показателям.

Анализ литературы свидетельствует, что ЯМР - томография является одним из самых перспективных методов получения изображения внутренних органов, вместе с неинвазивностью данное исследование выдвигается на ведущее место в диагностическом комплексе.

Однако дороговизна аппаратуры не позволяет большинству общеклинических стационаров иметь КТ и ЯМР в своём диагностическом арсенале, в связи с чем в диагностике рака толстой кишки, осложнённого непроходимостью данный метод используется крайне редко, а работы посвящённые этому методу исследования единичны.

2.1. Способы декомпрессии, предоперационная подготовка и лечение больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью

При лечении больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью перед хирургами встает вопрос не только спасения жизни пациента от острой хирургической патологии, но и по возможности избавление его от онкологического заболевания, что требует проведения радикальных оперативных вмешательств и комбинированных методов лечения [6, 7,9, 13, 78, 121, 265, 272, 285].

Для улучшения результатов хирургического лечения этого контингента больных многие авторы предлагают разрешить на первом этапе непроходимость консервативными или малоинвазивными методами, а уже на втором этапе при максимально благоприятных условиях выполнить радикальное оперативное вмешательство [20, 27, 50,54, 64,65, 91,115, 164,184, 195, 216, 217, 255, 255, 269, 275, 312].

Однако, несмотря на достаточно четкую задачу, предлагаемые решения довольно противоречивы. Одни авторы рекомендуют вначале выполнять консервативные методы декомпрессии, другие - с помощью эндоскопов использовать различные технологии для реканализации ракового канала, третьи - на первом этапе выполнять лапаротомии и накладывать разгрузочные проксимальные стомы, четвертые - на первом этапе накладывают проксимальные стомы лапароскопически или через мини доступ [20, 27, 50,54, 64,65, 91,115, 164,184, 195, 216, 217, 255, 255, 269, 275, 312].

Из консервативных способов наиболее часто для разрешения непроходимости применяют очистительные или сифонные клизмы и удаление желудочного содержимого. Целесообразность применения этих способов у подавляющего большинства хирургов не вызывает сомнения, однако об эффективности их использования мнения разнятся [31,47,51,58, 95,106, 136, 171, 192, 200, 217, 295].

По мнению Ю.М. Дедерера (1971) с помощью клизм удается опорожнить только часть кишечника, расположенного ниже препятствия, которая не подверглась перерастяжению, что может способствовать уменьшению вздутия кишечника в послеоперационном периоде. А удаление желудочного содержимого предотвращает рвоту и аспирацию рвотных масс во время операции или проведения интубации, уменьшает перерастяжение кишечника путём удаления его содержимого.

Многие хирурги достаточно сдержано относятся к возможностям очистительных и сифонных клизм при разрешении острых форм непроходимости, рекомендуя применять эти способы только у больных с хроническими формами непроходимости [7, 308].

Наиболее эффективными для разрешения непроходимости по мнению Н.Н.Александрова и соавт. (1980) , И.А.Ерьюхина и соавт. (1999) являются сифонные клизмы, которые можно использовать и для пробы Цеге–Майнтейфеля.

Есть хирурги, которые считают, что очистительные и сифонные клизмы надо производить с определенной осторожностью, так как неконтролируемое введение жидкости может привести к перерастяжению в супрастенотическом отделе кишки и к ее разрыву [7, 308]. Клизмы так же не рекомендуют и больным со сниженной перистальтической активностью [59, 185].

Различны мнения и о длительности проведения консервативных способов разрешения непроходимости и предоперационной подготовки. Одни авторы предлагают ограничиваться 2-3 часами, считая, что если за это время не наступило улучшение состояния, то в последующем проводимая терапия будет неэффективна. В то же время за этот период можно выполнить декомпрессию верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта и восполнить водно-электролитные нарушения [5,14, 34,47, 55, 56, 57, 78, 80, 84, 85, 89, 98, 118].

Другие авторы предлагают консервативные методы лечения острого нарушения проходимости толстой кишки проводить в течение 24 часов [49, 123, 219, 222].

В то же время многие хирурги считают, что при раке толстой кишки, осложненном непроходимостью, сравнительно медленно нарастают клинко-рентгенологические симптомы. В связи с чем, рекомендуют продолжать консервативные способы лечения непроходимости в течение 2 суток [145, 156, 293].

На наш взгляд вряд ли подобные однозначные рекомендации приемлемы для лечения больных с острым обтурационным нарушением проходимости толстой кишки. Так как при поступлении больных в стационар у разных больных длительность заболевания и выраженность явлений кишечной непроходимости бывают различны. А тяжелые изменения могут наступать как через несколько часов, так и через несколько суток с момента поступления [204, 297, 306] .

При затягивании длительности консервативных методов декомпрессии и предоперационной подготовки даже у больных с невыраженной клиникой непроходимости и достаточно стабильном общем состоянии, но с

прогрессирующим течением заболевания, увеличивается и количество летальных исходов. Аналогичная тенденция имеет место и при попытке сократить сроки предоперационной подготовки у больных с выраженной клиникой непроходимости [57, 89, 102, 204, 287].

Но наибольшие проблемы возникают при поступлении больных, у которых на фоне проводимой консервативной декомпрессионной и интенсивной терапии удается улучшить общее состояние и добиться частичного опорожнения кишечника. В таких случаях многие хирурги считают проводимую терапию эффективной и продолжают ее до повторных приступов непроходимости и ухудшения общего состояния, а иногда и после них. В результате у этого контингента больных отмечается наибольший процент летальных исходов (26-45%) и послеоперационных осложнений (41-78%) [7,78, 152,153, 201, 202, 204] .

Часть авторов индивидуализируют предоперационную тактику, предлагая определять длительность декомпрессионной и корригирующей терапии в зависимости от эффективности проводимого лечения [10,15, 45, 61,66, 75,88, 117,120, 133, 139, 142, 191,193] . Но подобная тактика может быть эффективной только в тех случаях, когда имеются явные признаки нарастания или разрешения кишечной непроходимости [77,152,153,154 , 204].

Многие хирурги проводят предоперационную подготовку в зависимости от стадий обтурационной толстокишечной непроходимости, используя классификацию Э.Г. Топузова (1986) или ГНЦ Колопроктологии (1994). Выделяя 3 стадии нарушения проходимости толстой кишки: I — компенсированная, II — субкомпенсированная, III — декомпенсированная. [11,30, 48, 62,90, 114, 115,120,122,131,162, 164, 227]

Однако у этих авторов при определении длительности предоперационной подготовки мнения расходятся. Одни авторы предлагают декомпрессионную и интенсивную терапию проводить в течение 3-6 часов, другие 12-24 часов, третьи - 3 и более суток[115,116,121,123, 131,162,164, 174, 227].

Наряду с этим часть хирургов предлагает по экстренным показаниям в течение 3-6 часов оперировать только декомпенсированные формы непроходимости. А компенсированные и субкомпенсированные формы лечить только консервативно [30,131, 162, 175]. Есть сторонники оперировать без декомпрессионной терапии в экстренном порядке больных с субкомпенсированными и декомпенсированными формами. А больным с компенсированной стадией разрешить непроходимость консервативными способами и только после этого выполнять радикальный этап [65,180].

В.З. Тотиков (1993) основываясь на разработанном им способе прогноза развития непроходимости на фоне декомпрессионной терапии и классификации, предложил при прогнозируемом разрешении непроходимости (1 стадия) декомпрессионную терапию продолжать до полного ее разрешения. При прогнозируемом персистирующем течении (2 стадия) декомпрессионную терапию и терапию, направленную на коррекцию метаболических нарушений и сопутствующей патологии проводить до 24 часов. При прогнозируемом прогрессировании непроходимости (3 стадия) консервативное лечение проводить до 12 часов.

Хирурги, придерживающиеся тактики консервативной декомпрессии как первого этапа лечения обтурационной толстокишечной непроходимости, считают, что полной обтурации просвета кишки опухолью не бывает. Просвет ракового канала закрывается, как правило, плотными каловыми комками, инородными телами, кожей от фруктов или грубой клетчаткой, в связи с чем, возможно временное, но частичное или полное разрешение непроходимости [141,198, 210,211, 213, 256, 280].

Временное, но полное разрешение непроходимости после консервативных способов разрешения отмечается по данным различных авторов у 15-75 % больных, улучшение общего состояния и частичное разрешения непроходимости у 25-80%, у 30-35% отмечается нарастание явлений кишечной непроходимости и ухудшение общего состояния [74,78,141,154,198, 204,205,206, 208, 213].

Столь большой разброс результатов консервативной терапии на наш взгляд объясняется различным объемом применяемой консервативной терапии и длительностью ее проведения. То есть отсутствием четких показаний к объему и длительности проводимой терапии.

Попытки увеличить количество больных оперированных в отсроченном порядке, то есть после разрешения явления острого нарушения проходимости толстой кишки привели к разработке новых малоинвазивных способов декомпрессии.

Некоторые авторы предлагают разрешить непроходимость с помощью ректоскопа, путем проведения через него в раковый канал и выше желудочного зонда и с помощью последнего производить удаление кишечного содержимого [25, 155, 163, 201, 219].

В то же время проведение через раковый канал диаметром менее 5-6 мм желудочного зонда представляется практически невозможным [3, 62].

Для больных с узким раковым каналом С.П.Нешитов (1984) с помощью колоноскопа через раковый канал проводил в вышележащие отделы силиконовый стент. За тем через стент вводил вазелиновое масло. В результате у части больных временно удалось разрешить явления толстокишечной непроходимости. В.З. Тотиков (1993) успешно осуществил эндоскопическую реканализацию ракового канала у больных с помощью специального «шарящего» зонда, который проводил по каналу выше опухоли, а за тем по нему силиконовый стент. После установки стента в проксимальные отделы вводил вазелиновое масло и парциально опорожнял кишечник. В.З.Тотиков (1993) так же предлагал через колоноскоп вводить в раковый канал силиконовый стент диаметром до 3-4 мм и по нему под давлением небольшими порциями (до 5-10мл) вводить вазелиновое масло и за тем продвигать силиконовый катетер выше, до полного прохождения канала.

По данным различных авторов эндоскопическое разрешение обтурационной толстокишечной непроходимости возможно в 11,5-73,3% случаев [25, 38, 39,

106, 316]. При этом у подавляющего большинства больных хирурги описывают хроническую форму непроходимости и не указывают размеры ракового канала.

Есть работы, где сообщается об успешной реканализации и декомпрессии у больных с раковым каналом менее 5 мм [93, 218]. Так А.Е. Калинин (2012) успешно осуществил реканализацию и декомпрессию кишечника у 47 больных с раковым каналом 2-5 мм, при этом отмечая, что у подавляющего большинства больных имелось так называемое частичное нарушение проходимости.

По данным Ю.Г. Шапкина и соавт. (2010) полная реканализация толстой кишки была достигнута у 16 (34,8%) пациентов, частичная реканализация – у 17 (37,0%) пациентов, а 13 (28,3%) случаев реканализация оказалась неэффективной. Кровотечение из опухоли возникло в 13% случаев, перфорация толстой кишки имела место у 6,5% больных. По мнению авторов технически сложной и чаще всего неэффективной, эндоскопическая реканализация была в случаях отсутствия видимого устья канала в опухоли. Преимущественно инфильтративного характера роста опухоли, невозможности зафиксировать эндоскоп на одной оси с опухолевым каналом, а также выраженной болезненности при инсуффляции и «перераздувания» вышележащих отделов толстой кишки из-за формирования клапана в зоне опухолевого канала.

R. Bergamaschi et al. (1999) производили трансанальную резекцию опухолей прямой кишки с целью восстановления пассажа кишечного содержимого и ликвидации непроходимости у неоперабельных больных, при этом осложнения развились у 10%, у 2% пациентов это привело к летальному исходу.

Значительно меньшую результативность в своих наблюдениях отмечает А.М. Беляева и соавт. (2011). Успешную эндоскопическую реканализацию опухолевого стеноза методом электрокоагуляционной деструкции при непроходимости им удалось осуществить только у 6 из 25 больных, у остальных данная методика оказалась неэффективной. У пациентов с преимущественно инфильтративным ростом опухоли, отсутствием видимого канала в опухоли и возможности установить и зафиксировать эндоскоп на одной оси с опухолевым

каналом данный метод авторами даже не использовался в виду неэффективности. Аналогичные данные дают и другие авторы [291,309,310].

В последнее время появилась множество работ указывающих на успешное использование специальных металлических стентов устанавливаемых в раковом канале с помощью колоноскопа [38,39,70,71,247 254, 291, 318]. Так В.В. Дворниченко и соавт. (2007) произвели реканализацию ракового канала и разрешили непроходимость у 12 из 88 больных, и подготовили их к химиолучевой терапии и радикальным методам лечения. При этом многие авторы у большей части больных фиксируют хроническую или так называемую частичную форму непроходимости [70,71,93, 106, 155, 218].

J.E. Van Hoof et al. (2011) проведя многоцентровое рандомизированное исследование установили, что стентирование у больных с опухолями левых отделов толстой кишки и явлениями непроходимости может быть альтернативой urgentной операции, однако не имеет значительных преимуществ перед последней.

По мнению R.T. Grundmann (2013) клинические и технические показатели эффективности стентирования у больных раком дистальных отделов толстой кишки, осложненным непроходимостью, оказались несколько ниже, чем ожидалось и связано это в первую очередь с высокой частотой перфораций стенки кишки. Стентирование, как альтернатива петлевой колостоме, по мнению автора, может быть рекомендовано только тогда, когда в клинике имеется большой опыт выполнения подобных манипуляций. В то же время петлевая колостомия может быть выполнена в любой urgentной клинике и не требует специальной подготовки хирурга.

По данным литературы успешное стентирование как правило имеет место у пациентов с непротяженным опухолевым стенозом и диаметром опухолевого канала более 10 мм, кроме того данные методики чаще применяются с паллиативной целью у пациентов с 4 стадией заболевания [239, 246, 263, 298, 311].

По мнению G.F. Esparrach (2010) стентирование следует проводить только тем пациентам, которым в течение недели после установки предстоит хирургическое лечение. Обосновывая свои рекомендации тем, что из 47 наблюдаемых им больными у 21 в долгосрочной перспективе наблюдались различные осложнения.

Большое количество различных осложнений (от 3 до 47%) в том числе перфорации стенки толстой кишки, перфорация опухоли, кровотечения и дислокацию стента у 2-11 % больных приводящие к летальному исходу отмечают многие зарубежные и отечественные авторы обладающие большим опытом использования стентов [237, 243, 246, 277, 291, 309, 310, 311, 315].

По мнению А.В. Козлова и соавт. (1999) и А.В. Шелехова и соавт. (2005) к факторам, способствующим повышению риска осложнений эндоскопической реканализации и стентирования, относят такие характеристики опухолевого стеноза, как увеличение протяженности зоны стеноза от 5 см до 15 см, наличие параканкрозного гнойного воспаления и свищей, полная окклюзия просвета толстой кишки.

Таким образом, до сих пор не предложены четкие рекомендации для использования эндоскопических способов декомпрессии при лечении рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью. А более широкому их использованию мешают, такие частые осложнения как: перфорация стенки толстой кишки, дислокация стента из зоны опухолевого стеноза, диастатический разрыв области стеноза. А так же достаточно дорогостоящие технологии недоступные для многих хирургических стационаров [70, 101, 216, 243, 274, 291, 295, 310, 315].

До настоящего времени многие хирурги для разрешения непроходимости придерживаются классического варианта трехэтапного лечения рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью. То есть на первом этапе с целью декомпрессии производят лапаротомию и накладывают на приводящие отделы толстой кишки стому. Считая, что минимальные по объему оперативные вмешательства разгрузочного типа, производимые на высоте непроходимости,

позволяют снизить количество послеоперационных осложнений и летальных исходов, как на первом, так и на последующих этапах лечения. Обосновывая это тем, что в последующем, после ликвидации интоксикации и воспалительных явлений, коррекции метаболических и сердечнососудистых нарушений, можно приступить к ликвидации опухоли [20, 25, 26, 27, 29, 32, 53 57, 64, 65, 86, 97, 105, 169, 177, 225, 233,249, 253,255, 266, 275, 292, 302 , 317].

Частота паллиативных операций при раке толстой кишки с обтурационной непроходимостью у некоторых авторов колеблется в пределах 25-80%, при этом количество послеоперационных осложнений достигает 35-85% [1,12, 57, 58, 75, 138, 167, 169, 170, 181, 182, 189,192, 225, 229, 230, 266, 281].

Основной причиной отказа от первичного радикального оперативного вмешательства является тяжелое общее состояние больного и прорастание опухоли в соседние органы и ткани и ее метастазы [1, 12, 44, 46, 54, 82, 87, 95, 102, 127,171, 181,182, 209, 259, 260, 273, 283, 278, 296, 297, 301, 320].

Сторонники оперативных вмешательств, по типу операции Цейдлера-Шлоффера, обосновывают своё отношение к вопросу тем, что наложение проксимальной стомы на первом этапе лечения менее травматично и выполнимо практически всеми хирургами [20, 26, 57, 105, 233, 249, 292, 302].

Однако как показали многочисленные наблюдения, такие оперативные вмешательства чаще сопровождаются большим числом гнойно-септических осложнений, нарастанием интоксикации, оставлением опухоли в брюшной полости, которая является источником интоксикации и иммунодепрессии. В следствии все это приводит ухудшению ближайших и отдалённых результатов лечения. Количество осложнений и летальных исходов, после паллиативных операций выполненных через срединную лапаротомию достигает 45-85% и 39,4-50% соответственно [22,23,34,35,36, 43, 67, 75, 79, 84, 108, 150, 164,176, 183, 224, 262, 271, 305, 319)

В наблюдениях П.Г. Бронштейна и соавт. (2007) В.Н. Шиленок и соавт. (2011) О.В. Попкова и соавт. (2011), Ф.Ш. Ахметзянова и соавт. (2004)

летальность после радикальных операций на высоте непроходимости составила от 17-27,8%, после паллиативных - 23-72,2%.

В последние годы появилось достаточно много сообщений об эффективном разрешении острого нарушения проходимости толстой кишки путём наложения прицельных или лапароскопических колостом [27, 50, 54, 91, 115, 164, 184, 195, 216, 217, 253,255, 269, 275,312].

По мнению сторонников малоинвазивных оперативных вмешательств, которые можно производить в том числе под местной и внутривенной анестезией, выполнение таких вмешательств способствует уменьшению травматичности, снижению количества послеоперационных осложнений и летальных исходов, а так же способствует сокращению сроков реабилитации [52, 64, 65, 125, 164, 313]. По данным Е.Г. Григорьева и соавт. (2007) проекционная колостомия по сравнению с лапаротомными операциями позволила снизить частоту осложнений с 47,5% до 5% и летальность 21,1% до 4,4%.

По мнению В.М. Цмайло и соавт. (2007) колостомия из минидоступа под местной анестезией разрешает опухолевую толстокишечную непроходимость с низкой летальностью, в сравнении с операциями из срединного доступа и предпочтительна у больных с полиорганной дисфункцией. В то же время стабилизация состояния больного после устранения симптомов непроходимости позволяет решать вопросы диагностики, лечения злокачественной опухоли и реабилитации в более выгодных условиях. По данным А.М. Ажави и С.С. Слесаренко (2005) при декомпрессии толстой кишки малоинвазивным способом летальность составила 3%, при выполнении лапаротомии – 26,1%. П.В. Мельников и соавт. (2012) достоинствами миниинвазивного разрешения обтурационной толстокишечной непроходимости считают: быстрое устранение кишечного стаза, минимизация хирургической травмы, уменьшение риска загрязнения операционной раны и брюшной полости от неподготовленной кишки, а так же возможность организовать консилиум с привлечением необходимых специалистов для определения

дальнейшей тактики и подготовке больного к радикальной операции. Кроме того, по мнению авторов, колостомия из минидоступа не требует дорогостоящего эндоскопического оборудования, необходимого для выполнения транстуморальной декомпрессии и лапароскопических колостомий и может быть освоена хирургами-дежурантами.

По мнению П.В. Мельникова и соавт. (2012) колостомию из минидоступа возможно производить только при условии точного определения проекции приводящего отдела толстой кишки на переднюю брюшную стенку.

Эту задачу, как считают некоторые авторы, можно решить путем использования при выполнении минилапаратомной колостомы, видеолапароскопии [24,50,54,130,165,194,195,196,234].

Однако, по мнению М.Ш. Хубутя и соавт. (2011) М.В. Тимербулатова и соавт. (2012) противопоказаниями к выполнению лапароскопических вмешательств у больных с острой кишечной непроходимостью являются: крайне тяжёлое состояние, сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации, полиорганная недостаточность, разлитой перитонит, канцероматоз, декомпенсированная кишечная непроходимость и спаечная болезнь брюшины. Аналогичного мнения придерживаются и многие другие авторы [37,72,78,116,158,172]

В.П. Сажин и соавт. (2010), А.Е. Борисов (2000) и И.А. Ерюхин (1999) отмечают, что резкое вздутие кишечных петель при непроходимости не только препятствует осмотру, но и представляет опасность повреждения органов брюшной полости во время лапароскопии.

По мнению Р.И. Расулова и соавт. (2010) лапароскопический вариант позволяет на этапе формирования стомы осуществить ревизию брюшной полости и более точно оценить распространённость опухолевого процесса, что, по мнению авторов затруднительно при формировании стомы из местного доступа.

По мнению А.В. Пугаева и Е.Е. Ачкасова (2005), суждения о диагностической ценности лапароскопического метода в настоящее время

противоречивы, поскольку авторы, обсуждающие необходимость применения лапароскопии при острой толстокишечной непроходимости, приводят небольшое число наблюдений. Кроме того, у пациентов ранее неоднократно оперированных лапароскопические обследования и вмешательства крайне затруднительны.

На сегодняшний день нет единого мнения о месте наложения разгрузочной стомы. Одни авторы предлагают накладывать стому как можно ближе к опухоли, что позволяет, по их мнению, легко устранить на втором, радикальном этапе операции [160,196, 199, 203]. Другие считают, что лучше колостому накладывать проксимальнее опухоли вне зоны предстоящей резекции, и после выполнения радикальной операции оставить колостому для декомпрессии области анастомоза. А устранение колостомы предполагается на третьем этапе лечения [20,24,99,282]. По мнению Г.В. Бондарь и соавт. (2009) тактика формирования колостомы значительно различается в специализированных отделениях и хирургических стационарах общелечебной сети. Так по данным авторов большое количество больных поступает в специализированный стационар с трансверзостомами, сформированными по срединной линии живота, в верхнем углу лапаротомной раны или из отдельного разреза. При этом, по справедливому замечанию авторов, оперировавший хирург, спасший пациента от кишечной непроходимости зачастую совершенно не заботится об условиях выполнения радикальной операции.

При локализации опухоли в правых отделах, чаще используют цеко- или илеостому [24,64,65,91, 99,164,208, 304]. При локализации опухоли в поперечной ободочной кишке чаще стому накладывают на правую половину ободочной кишки, при левосторонних опухолях – трансверзостому, при локализации опухоли в дистальных отделах сигмовидной кишки или в прямой кишке – сигмостому [24, 27, 50,113, 164, 196, 255,289,290]. M. Gutman et al., (1989) при левосторонней локализации опухоли предпочитает накладывать колостому на правые отделы ободочной кишки. По мнению В.И. Помазкина (2011) у пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью

обусловленной опухолью дистальных отделов толстой кишки целесообразнее на первом этапе формировать петлевую двустольную колостому проксимальнее обструкции, а в последующем осуществлять резекцию толстой кишки вместе с опухолью и стомированным участком с одновременным восстановлением целостности кишечного тракта. По мнению Г.В. Бондарь и соавт. (2009) формирование сигмостомы при опухолях прямой кишки исключает возможность использования сигмовидной кишки для низведения на промежность и тем самым обрекает больного и хирурга на выполнение значительно более травматичной, расширенной, с мобилизацией левой половины ободочной кишки операции. По мнению авторов, травматизм подобного оперативного вмешательства не имеет никакого сравнения с ликвидацией трансверзостомы.

Одним из наиболее важных факторов способствующих более правильному выбору вида разрешения непроходимости несомненно является уточнённая диагностика. То есть на наш взгляд, уже на этапе выбора способа декомпрессии специальные способы диагностики должны дать информацию о локализации опухоли, ее размерах, размерах ракового канала, приводящих и отводящих отделах толстой кишки, отношения опухоли к окружающим органам, наличии региональных и отдалённых метастазов, наличии сопутствующих заболеваний, эффективности проводимой декомпрессионной терапии.

Важность рационального применения современных способов исследования ни кем не оспаривается и по поводу клинических методов есть относительно одинаковые взгляды и рекомендации. В то же время, об использовании специальных методов при раке толстой кишки, осложнённом острой непроходимостью нет единого мнения [204,205]. Неоднозначно и отношение к самой проблеме. По мнению А.М.Ганочкина (1984,1988), Н.Н.Александрова (1980) и других, диагностика острой толстокишечной непроходимости не вызывает затруднений. Однако с ними вряд ли можно

согласиться, так как количество диагностических ошибок по данным Ю.М.Шапошникова(1981) достигает 5-20 %.

Одной из причин противоречивости сообщений, в том числе большого колебания процента диагностических ошибок, является то, что часть хирургов в своих работах отражает материалы, где преобладают больные с хроническими формами заболевания [204,205,206]. А другие анализируют группы, где доминируют больные с острой формой кишечной непроходимости [204,205,206].

Причиной разброса мнений и столь большого расхождений в процентах диагностических ошибок, является ещё и то, что разные авторы при остром нарушении проходимости толстой кишки предъявляют различные требования к этим методам обследования. Одни, ограничиваются уточнением наличия обтурационной толстокишечной непроходимости, другие считают необходимым определить отношение опухоли к окружающим органам и тканям, выявить наличие или отсутствие перифокального воспалительного процесса, наличие или отсутствие региональных и отдалённых метастазов[204,205,206]. В последнее время в связи с более активным внедрением различных способов реканализации ракового канала с целью декомпрессии, появились работы в которых с помощью специальных способов диагностики определяют размеры опухолевой стриктуры [28,70,205,206,223].

Безусловно для выбора способа декомпрессии у больных с острым нарушением проходимости толстой кишки необходимо в минимально короткие сроки параллельно с коррекцией метаболических нарушений и сопутствующих заболеваний решить вопрос о выборе способа декомпрессии, для чего необходимо иметь точную информацию о размерах ракового канала и самой опухоли и возможной эффективности проводимой декомпрессионной терапии. Однако как показал анализ литературы имеются лишь сообщения о применении различных способов реканализации, тогда как размеры ракового канала, толщину стенок опухоли у больных которым производились эти вмешательства описывают единицы [205,206].

Таким образом, проведенный анализ литературы показал, что до настоящего времени остается открытым вопрос о целесообразности и эффективности использования различных способов декомпрессии у больных с острым нарушением проходимости толстой кишки. Не разработаны алгоритмы их использования, отсутствуют обоснованные показания к длительности проведения консервативной декомпрессионной терапии. Неопределенны так же показания и противопоказания к использованию эндоскопических способов реканализации ракового канала. В анализируемой литературе имеются только единичные работы, где авторы использовали специальные способы диагностики для определения диаметра ракового канала. Тогда как в развитии острого нарушения непроходимости, а так же эффективности проведения декомпрессионной терапии и реканализации ракового канала, определения прогноза развития непроходимости на фоне этой терапии не меньшую роль играет и диаметр опухолевой стриктуры. Наряду с этим в представленных работах не акцентировано внимание на определении конфигурации опухолевого канала и толщины стенок опухоли, на наш взгляд являющиеся необходимой информацией для более эффективного и безопасного производства реканализации ракового канала.

ГЛАВА 2

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами изучены результаты декомпрессионной терапии у 462 больных раком толстой кишки, госпитализированных в экстренном порядке с клиникой острой непроходимости в хирургические отделения Республиканской клинической больницы г. Назрани и Клинической больницы скорой помощи г. Владикавказа с 2000 по 2014 годы.

В течение 6 часов с начала заболевания поступило только 14 (3,03%) больных, от 6 до 24 часов 72 (15,6%), от 1 до 3 суток 223 (48,3%) и 4 и более суток 153 (33,1%).

Из них мужчин было 269 (58,2%), женщин 193(41,8%). Средний возраст больных составил 65 лет (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст больных (лет)					Всего больных
	До 40	40-49	50-59	60-69	70 >	
ж	4 (2,6%)	9(4,7%)	52(26,9%)	87(45,1%)	41(21,2%)	193(41,8%)
м	9(3,3%)	29(10,7%)	74(27,5%)	106(39,4%)	51(18,9%)	269(58,2%)
Итого	13(3,8%)	38(8,2%)	126(27,3%)	193(41,8%)	92(19,9%)	462 (100%)

Пожилой возраст у исследуемых больных обусловил и большое количество сопутствующих заболеваний.

У 68,4 % больных выявлены сердечнососудистые заболевания, в том числе ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический коронарокардиосклероз, гипертоническая болезнь. У 14,5% заболевания сердечнососудистой системы сопровождались нарушением ритма, у 8,6 % нарушением кровообращения, у 11,5% сердечнососудистой недостаточностью.

Из заболеваний органов дыхания чаще встречались хронический бронхит (11,%) , хроническая пневмония (3,4%), у 2,2% больных бронхиальная астма, у 1,2% - бронхоэктатическая болезнь и у 1,5% - острая пневмония.

Среди заболеваний органов мочеполовой системы чаще всего отмечены заболевания гениталий (8,4%), мочекаменная болезнь (3,5%) и аденома простаты у (5,7 %).

Из сопутствующих заболеваний органов пищеварения гастрит или дуоденит выявлен у 6,8%, желчнокаменная болезнь у 12,6% , хронический панкреатит у 8,8% и у 2,3% дивертикулярная болезнь толстой кишки.

Среди заболеваний органов внутренней секреции чаще отмечены сахарный диабет у 8,7% больных и заболевания щитовидной железы у 1,8% больных.

У 16,2% пациентов выявлены различные аллергические заболевания, в том числе непереносимость к антибиотикам (табл.2).

Таблица 2

Характер и частота сопутствующих заболеваний у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью

Сопутствующие заболевания	Абс.число	%
Сердечнососудистой системы	316	68,4
Дыхательной системы	85	18,4
Мочеполовой системы	72	15,6
Пищеварительной системы	113	24,5
Желез внутренней секреции	39	8,4
Аллергические заболевания	75	16,2

У всех 462 больных проводили общеклинические и лабораторные методы исследований по общепринятым методикам, что позволяло установить состояние гомеостаза и уровень интоксикации, а так же следить за их динамикой.

Комплекс лабораторных исследований включал: Клиническое исследование капиллярной крови с определением количества эритроцитов, содержания гемоглобина, цветного показателя, лейкоцитов, моноцитов, лейкоцитарной формулы, скорости оседания эритроцитов и подсчетом лейкоцитарного уровня интоксикации.

Клиническое исследование мочи с определением содержания белка, количества лейкоцитов, эритроцитов и клеток эпителия.

Биохимическое исследование плазмы крови с определением пула средних молекул, уровня общего белка, альбумина, небелковых азотистых компонентов (мочевины, креатинина) и электролитного состава (калий, натрий).

В подавляющем большинстве случаев рак толстой кишки, осложненный острой непроходимостью, сопровождался развитием различных метаболических нарушений (табл. 3).

Таблица 3

Лабораторные показатели у больных раком толстой кишки, осложнённым острой непроходимостью

Виды нарушения	Число больных	%
Анемия: гемоглобин: ниже 80 г/л	77	16,7
80-110 г/л	295	63,8
Гипокалиемия	339	73,4
Гипокальциемия	105	22,7
Гипохлоремия	182	39,3
Гипопротенемия	201	43,5

Учитывая множество факторов, влияющих на состояния больного при раке толстой кишки, осложнённом острой непроходимостью, мы сочли целесообразным оценивать состояние больных по классификации М.В.Галагорского (табл. 4)

Таблица 4

Тяжесть физического состояния у больных раком толстой кишки, осложнённым острой непроходимостью

Пол	Тяжесть физического состояния					Всего
	1 степень Абс.ч.(%)	2 степень Абс.ч.(%)	3 степень Абс.ч.(%)	4 степень Абс.ч.(%)	5 степень Абс.ч.(%)	
женщины	12(6,4)	90(46,5)	74(38,2)	17 (8,9)	-	193
мужчины	25(9,3)	96(35,6)	128(47,6)	20(7,3)	-	269
итого	37(8,0)	186(40,2)	202(43,7)	37(8,0)		462

С целью объективной оценки эффективности проводимой декомпрессионной терапии мы всем больным тяжесть физического состояния и степень операционного риска оценивали при поступлении. В последующем у больных с консервативным и эндоскопическим способами декомпрессии через 6-12-24 часа, затем через 3-5-7 и при необходимости через 10 суток.

У больных, которым декомпрессия осуществлялась путем оперативного вмешательства, то есть накладывалась проксимальная двуствольная стома через минидоступ или производилась лапаротомия с резекцией участка кишки и наложением стом оценка тяжести физического состояния производилась как при поступлении, так и перед оперативным вмешательством, после операции через 6-12-24 часа, затем через 1-3-5-7 и 10 суток.

В наших наблюдениях при поступлении преобладали больные с 2 и 3 степенью тяжести физического состояния.

Наиболее часто непроходимость осложняла течение рака при его локализации в дистальных отделах толстой кишки (табл. 5).

Таблица 5

Частота локализации рака у больных с острой толстокишечной непроходимостью

Локализация опухоли	Абс. ч.	(%)
Ободочная кишка:	261	(56,5%)
восходящая кишка	33	(12,6%)
поперечно-ободочная кишка	16	(6,1%)

нисходящая кишка	50	(19,1%)
сигмовидная кишка	162	(62,1%)
Прямая кишка:	201	(43,5%)
до 7 см.	29	(12,9%)
7-12 см.	46	(22,9%)
выше 12 см	129	(64,2%)
ВСЕГО	462	

У 261 (56,5%) больных рак локализовался в ободочной кишке, в том числе у 33 (12,6%) пациентов в восходящей ободочной кишке, у 16 (6,1%) в поперечной ободочной, в нисходящей у 50 (19,1%) и в сигмовидной кишке у 162 (62,1%). У 201 (43,5%) пациента опухоль локализовалась в прямой кишке, в том числе у 26 (12,9%) больных до 7 см от края анального канала, у 46 (22,9%) - от 7 до 12 см и выше 12 см у 129 (64,2%) больных.

Из 462 больных у 394(85,2%) выявлена аденокарцинома, у 31 (6,7%) недифференцированный рак, у 27 (5,8%) муцинозная аденокарцинома, у 11(2,3%) перстневидно-клеточный рак.

У 205(44,4%)больных раком толстой кишки, осложнённым острой непроходимостью имелись региональные или отдалённые метастазы или имело место распространение опухоли на соседние органы (табл. 6)

Таблица 6

Частота метастазирования и местнораспространенного процесса у больных раком толстой кишки, осложнённым непроходимостью

Характеристика опухоли	Число больных	%
T4N-Mo (Местнораспространенный процесс)	96	20,8
T4Nx+M1(Местнораспространенный процесс +MTs)	36	7,9
T1-3 Nx+M1	73	15,8
T1-3Nx-Mo	257	55,6

Всего	462	100
-------	-----	-----

Причиной обтурации у 132(28,6%) больных был местнораспространенный рак толстой кишки. Однако истинное прорастание опухоли, выявленное только при микроскопическом исследовании, отмечено у 84(63,6 %) пациентов, у остальных 48(36,4%) имело место сращение с окружающими органами за счёт воспалительного процесса.

У 58 (12,5%) больных клиническое течение рака толстой кишки осложнялось перифокальным воспалительным процессом.

С помощью данных ректороманоскопии, колоноскопии, ирригоскопии, интраоперационного и макро-морфологического описания опухоли у 359 больных были определены размеры опухолевого канала.

У 103 больных информации о размерах ракового канала в медицинской документации не имелось. В том числе у 78 больных, которые по различным причинам после короткой предоперационной подготовки были выполнены лапаротомии с наложением проксимальной колостомы. Из них сигмостомы были выполнены у 46 больных с раком дистальных отделов толстой кишки, трансверзостомы у 27 больных раком левых отделов, и у 5 пациентов петлевые илеостомы с опухолями правых отделов.

Декомпрессионная терапия по разработанному в клинике алгоритму была проведена 384 больным. Начинали ее сразу же после выполнения обзорной рентгенографии и продолжали в течение 6 часов, затем выполняли повторную обзорную рентгенографию брюшной полости.

Данная терапия включала в себя дренирование желудка и введения через назогастральный зонд, вазелинового масла в первоначальной дозе 50-60 мл и в последующем в дозе 30 мл через каждые 2 часа, продлённую эпидуральную блокаду, стимуляцию кишечной моторики (церукал 2 мл (20 мг) в/м, прозерин 0,05 % - 2 мл в/м, гипертонический раствор NaCl 10 % - 20 мл в/в) сифонные и гипертонические клизмы. Наряду с этим параллельно проводилась коррекция водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного

состояния, микроциркуляции, введение спазмолитиков, ненаркотических анальгетиков, инфузионно-дезинтоксикационная терапия.

Исходы декомпрессионной терапии оценивались по изменению лабораторных данных, клинических проявлений, рентгенологической и ультразвуковой картины, динамике интраабдоминальной гипертензии.

Для определения уровня общей интоксикации и эффективности различных методов декомпрессии были использованы способы расчётов лейкоцитарных индексов интоксикации ЛИИ по С.Ф.Химич и ЛИИ по А.А.Чиркину у больных перед началом декомпрессионной терапии, через 24 часа и на 3, 5, 7 и 10 сутки. Всего исследование произведено у 117 больных, в том числе у 32 пациентов после консервативных способов декомпрессии.

Обзорная рентгенография брюшной полости выполнена всем 462 больным, всего произведено 1401 исследований, в среднем 3 ± 2 . Производили обзорную рентгенографию брюшной полости по стандартной методике на аппарате DIAGNOST 56 Philips с использованием плёнки Retina, размером 30X40. Обзорную рентгенографию брюшной полости в своей работе мы так же использовали для прогнозирования развития непроходимости на фоне декомпрессионной терапии. Для чего применяли способ прогнозирования развития острой обтурационной толстокишечной непроходимости на фоне декомпрессионной терапии предложенный В.З.Тотиковым (1993г.) Способ осуществлялся следующим образом, при поступлении больным выполнялась обзорная рентгенография брюшной полости, за тем проводилась декомпрессионная терапия в течение 6 часов по окончании которой выполнялось повторное рентгенологическое исследование. За тем производили сравнение площади газа над уровнями жидкости на первой и второй рентгенограммах (рис 1 и 2 рентгенограммы)

Определения площади газа над уровнями жидкости на рентгенограммах проводилось по двум методикам:

С помощью специального приспособления, состоящего из прозрачной пластины размером 30x40 см и расчерченной квадратами размером 1x1 см,

которая после наложения на рентгенологические снимки позволяло проводить математический подсчёт площади газа над уровнями жидкости (рисунок плёнки). Обязательным условием в этом случае является использование рентгеновских плёнок одинакового размера.

С помощью специальной компьютерной программы, для этого рентгенологическое изображение выводилось на экран компьютера, курсором обводился газ над уровнями жидкости, проводился подсчёт его площади и последующим сохранением результатов в базе данных (рисунок).

Ультразвуковое исследование брюшной полости было произведено всем 384 больным, которым выполнялись консервативные или малоинвазивные методы декомпрессии. Однако с целью динамического контроля, то есть при поступлении, после окончания декомпрессионной терапии и в стадии разрешения непроходимости, это исследование выполнено 246 пациентов.

Ультразвуковое исследование производили на аппарате LOGIQ™ α 200 General Electric С° с использованием видеопринтера SONY UP-895 MOW. Исследования проводили с использованием линейного датчика с частотой 7,5 МГц и конвексного датчика с частотой 3,5 МГц. Обследование производили без предварительной подготовки. Выполняли поперечные, косые и продольные сечения по ходу проекции толстой кишки на переднюю брюшную стенку. С помощью УЗИ помимо определения метастазов в паренхиматозных органах и выявления опухоли, мы определяли ее размеры, толщину стенок опухоли и размеры ракового канала. Определяли диаметр толстого кишечника, толщину его стенки, объем секвестрированной в просвет кишечника жидкости, характер перистальтики, наличие или отсутствие выпота в брюшной полости. А так же динамику изменений последних показателей на фоне декомпрессионной терапии.

Нами так же при раках дистальных отделов толстой кишки, использован усовершенствованный способ УЗИ диагностики. В просвет кишки через ректоскоп на расстоянии 5-6 см от опухоли, а при более высоком расположении опухоли на максимально близком расстоянии устанавливали зонд с

раздувающимся баллончиком на рабочем конце. Зонд раздували до полной obturации просвета кишки и под небольшим давлением в просвет кишки после удаления ректоскопа вводили жидкость и производили ультрасонографическое исследование опухоли. Наличие жидкости проксимальнее и дистальнее опухоли, а так же в раковом канале позволяло более чётко визуализировать опухоль.

Колоноскопия была выполнена 178 больным, в том числе у 31 пациента с помощью колоноскопа и специального способа произведена попытка реканализации ракового канала. С помощью колоноскопии определялось наличие опухоли, ее характер, уровень локализации, размеры ракового канала, брали биопсийный материал.

У 138 больных выполнена РРС с целью определения причины непроходимости, ее уровня, характера опухоли, размеров ракового канала и у 37 произведена попытка реканализации ракового канала.

У 275 больных выполнена ирригоскопия с целью уточнения диагноза: определения причины и уровня препятствия, его размеров и размеров ракового канала.

Компьютерная томография органов брюшной полости с целью уточнения диагноза, наличия метастазов, размеров опухоли выполнена 21 больному.

С целью объективизации эффективности декомпрессионной терапии сочли необходимым определять внутрибрюшное давление, которое измеряли по методу Burch (1999) у 164 больных (табл. 7)

Таблица 7

Способы декомпрессии у больных раком толстой кишки, осложнённым острой непроходимостью

Виды декомпрессии	Количество больных (абс.ч.)
Консервативный способ декомпрессии	32
Эндоскопические способы:	23
по оригинальному способу	14
саморасширяющиеся стенты	9

Лапаротомическая колос тома:	17
без удаления содержимого кишки	7
с удалением содержимого кишки	10
Минилапаротомическая трансверзостома:	37
без удаления содержимого кишки	15
с удалением содержимого кишки	22
Минилапаротомическая сигмостома:	15
без удаления содержимого кишки	8
с удалением содержимого кишки	7
Минилапаротомическая илеостома:	19
без удаления содержимого кишки	12
с удалением содержимого кишки	7
Трансверзостома после гемиколэктомии:	21
без удаления содержимого кишечника	9
с удалением содержимого кишечника	12
Всего	164

Исследования производились при поступлении и через 5-6 часов от начала декомпрессионной терапии. За тем при консервативном способе декомпрессии через каждые 12 часов и до полной нормализации показателей. При выставлении показаний к оперативным вмешательствам, в том числе малоинвазивным способам, интраабдоминальную гипертензию повторно определяли после установления стадии нарушения проходимости, перед оперативным вмешательством и сразу же после его осуществления, за тем через каждые 12 часов до полной нормализации показателей внутрибрюшной гипертензии.

В результате клинико-рентгенологического и УЗИ исследования у 136 (35,4%) больных выявлена 1 стадия нарушения проходимости, у 248 (64,6%) больных с 2 и 3 стадия. Последним в последующем в течение 12-24 часов была произведена декомпрессия с помощью специального способа (В.З.Тотиков

1993г.), у 11 больных с 2 и 3 стадией нарушения выполнена реканализация с помощью саморасширяющихся стентов, у 29 после наложения двуствольной илеостомы и у 142 больных после наложения двуствольной трансверзостомы.

После установления стадии нарушения проходимости у 136(35,6%) больных с первой стадией продолжали эту терапию до полного разрешения непроходимости, или прекращали в течение 12-24 часов у 248 (64,4%) пациентов со 2 и 3 стадией.

У 41 больного раком ободочной кишки после попытки проведения консервативной декомпрессионной терапии и установления 2 или 3 стадии нарушения проходимости были выполнены первичные резекции с наложением стом, в связи с чем, из дальнейшего анализа они были исключены.

Из остальных 207 больных со 2 и 3 стадией нарушения проходимости у 37 произведена попытка реканализации ракового канала с помощью ректоскопа и разработанного в клинике госпитальной хирургии способа и устройства для его осуществления.

Способ осуществлялся следующим образом, через ректоскоп к наружному отверстию ракового канала подводится специальное устройство, через которое в раковый канал вводится «шарящий» зонд. Последний представляет полужёсткий металлический зонд диаметром 2 мм. Рабочий конец которого выполнен из гибкого полимера в виде спирали, длиной 15-20 мм. «Шарящий» зонд без усилий ввинчивающими движениями проводят в проксимальном направлении через раковый канал. Затем из ректоскопа извлекается устройство и по металлическому зонду проксимальнее опухоли проводят силиконовый трубчатый зонд. После проведения силиконового зонда за пределы опухоли из ее просвета извлекается металлический и затем из прямой кишки убирается ректоскоп, и производят удаление содержимого толстой кишки. Через зонд в проксимальные отделы вводится вазелиновое масло и вода вначале небольшими порциями до 100-150 мл, за тем по мере отхождения содержимого кишечника дозы вводимой жидкости увеличиваются, но при этом строго контролируются ее объем. При положительном эффекте зонд оставляется в

просвете кишки и периодически через 6-8 часов через него в проксимальные отделы вводят 50-100 мл вазелинового масла.

Ещё у 31 больного попытка реканализации ракового канала произведена с помощью колоноскопа и выше описанных устройств и технологий. Или путём проведения через манипуляционный канал колоноскопа в раковый канал, в проксимальном направлении, по возможности максимально, вводится силиконовая трубка. За тем к противоположному концу силиконовой трубки подключается 20 граммовый шприц и в просвет ракового канала вводится вазелиновое масло, через колоноскоп контролируют поступление масла.

Критерием реканализации ракового канала служит свободное поступление масла после введения определённого его количества под давлением и отсутствие поступление масла в отделы дистальнее опухоли. Данный способ, как правило, использовали только у больных с диаметром ракового канала менее 10 мм.

У 11 больных произведена попытка декомпрессии с помощью металлических саморасширяющихся стентов, вводимых через раковый канал с помощью колоноскопа.

У 171 больного декомпрессия осуществлялась с помощью наложения проксимальных стом через минидоступ, из них у 21 больного место локализации стомы определяли с помощью лапароскопии, у 150 пациентов наложены так называемые прицельные стомы. В последнем случае место локализации минидоступа и стомы определялось с помощью обзорной рентгенографии брюшной полости.

У 31 больного с раком дистальных отделов толстой кишки были наложены двуствольные колостомы непосредственно выше опухоли, в том числе у 19 пациентов с диагностированными неоперабельными формами. У 6 больных с операбельным низким раком прямой кишки одноствольные сигмостомы, и у 105 больным проксимальную петлевую трансверзостому в правом подреберье по наружному краю прямой мышцы живота. У 29 больных

были сформированы прицельные петлевые илеостомы в правой подвздошной области.

Для более быстрого уменьшения внутрибрюшного давления и интоксикационного синдрома нами использованы 2 способа интраоперационного удаления кишечного содержимого и орошения просвета кишки специальными растворами предложенные клиникой госпитальной хирургии СОГМА. Первый способ использовался при наложении колостомы, второй при выполнении двуствольной илеостомы для декомпрессии приводящих отделов толстой кишки.

Первый способ осуществлялся следующим образом, после выполнения минидоступа и выведения в рану петли ободочной кишки, через переднюю стенку в просвет вводится специальный троакар с диаметром просвета 12-15 мм., герметично фиксируют переднюю стенку. После удаления стилета к троакару подсоединяется полиэтиленовый рукав с клапаном в 5-10 см от проксимального конца. Дистальный конец опускается в замкнутый сосуд. Через клапан, а затем через троакар в проксимальную петлю вводится зонд и производится удаление содержимого кишечника, промывание и орошение его просвета специальными растворами или сорбентами. Аналогичным способом удаляется содержимое отводящей петли.

Второй способ осуществляется следующим образом, после производства минолапаротомии и выведения петли подвздошной кишки на расстоянии 15-20 см от Баугиниевой заслонки на противобрыжеечном крае накладывается кисетный шов, посередине которого делается разрез, в который вводится одним концом специальное металлическое или пластмассовое устройство в виде тройника, над устройством кисетный шов герметично завязывается. К одному из противоположных концов тройника прикрепляется полиэтиленовый рукав, опущенный в замкнутый сосуд. На втором конце имеется клапан, через который в восходящий отдел толстой кишки вводится двух- или однопросветный зонд на расстоянии 2-3 см превышающем длину отводящей петли. Затем после опорожнения газов и частично кишечного содержимого, по

нарастающей дробно производят введение жидкости и удаление содержимого. При необходимости зонд без усилий продвигается в дистальном направлении и выше описанная процедура повторяется. После очистки в просвет кишки вводится сорбент, и устройство удаляется с сохранением зонда в просвете толстой кишки и формируется двуствольная илеостома. Через 1-2 часа в просвет толстой кишки вводится вазелиновое масло.

Статистическая обработка полученных результатов

Полученные данные обрабатывались параметрическим методом сравнения средних величин с помощью t – критерия Стьюдента, где M – средняя арифметическая, $m \pm$ - коэффициент достоверности средней арифметической, p – вероятность ошибки или достоверность ошибки, n – число степеней свободы и непараметрическим методом с помощью критерия согласия χ^2 по компьютерной программе «Microsoft Excel».

Таким образом, в соответствии с поставленными задачами использовались современные методы исследования, позволяющие получить научно обоснованный, достоверный результат.

ГЛАВА 3

3.1.УТОЧНЕННАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Для уточнённой диагностики рака толстой кишки, осложнённого острой непроходимостью, мы из специальных диагностических методов использовали обзорную рентгенографию брюшной полости у 462 больных, ирригоскопию у 275 (71,6%), колоноскопию у 178(46,4%), ректороманоскопию у 138 , компьютерную томографию 21, ультрасонографию 384 пациентам.

При поступлении сразу же после общеклинических и лабораторных методов обследования назначали обзорную рентгенографию брюшной полости и только после этого использовали другие специальные методы. У больных раком толстой кишки, осложнённым острой непроходимостью мы старались придерживаться принятой в клинике последовательности использования специальных методов диагностики, то есть производилась обзорная рентгенография брюшной полости. После подтверждения наличия непроходимости и определения ориентировочного уровня препятствия при дистальных раках производилась РРС, а при проксимальных колоноскопия. При невозможности выполнить эти исследования или их не информативности или по другим причинам, выполнялась ирригоскопия, затем ультрасонография и при необходимости компьютерная томография.

С помощью обзорной рентгенографии брюшной полости у 409 (88,5%) больных с клиникой острой кишечной непроходимости при поступлении выявлены уровни жидкости или выраженный пневматоз кишечника. У остальных 53 (11,5%) на обзорных рентгенограммах брюшной полости имелось скопление газа в толстой кишке, что не позволяло с уверенностью подтвердить предполагаемый диагноз.

Приблизительно одинаково эффективно обзорная рентгенография позволяла диагностировать острую обтурационную непроходимость при различных локализациях рака толстой кишки. Так диагноз острого нарушения

проходимости толстой кишки с помощью данного исследования был установлен у 29 (87,9 %) больных с раком восходящего отдела, у 15 (93,7%) поперечно-ободочной кишки, у 43(86%) пациентов с раком нисходящего отдела, у 149 (91,9%) - раком сигмовидной кишки и у 186 (92,5%) - раком прямой кишки.

У 313 (67,7%) имелись признаки острой толстокишечной непроходимости, у остальных 149 (32,3%) - толсто-тонкокишечной.

Таким образом, обзорная рентгенография брюшной полости позволяет в 88,5 % случаев с уверенностью установить диагноз острой механической толстокишечной непроходимости, у 11,5% больных предположить только наличие острого нарушения проходимости толстой кишки.

С помощью обзорной рентгенографии органов брюшной полости, при наличии уровней жидкости и газа над ними можно так же, хотя и ориентировочно, предположить уровень локализации стриктуры. Но для уточнённого диагноза у этого контингента больных необходимы более информативные методы обследования.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости нами была использована так же для оценки эффективности консервативной декомпрессионной терапии и прогноза течения острого нарушения проходимости у больных раком толстой кишки. Для этого мы использовали способ, предложенный В.З. Тотиков (2003г.) «Способ прогнозирования исхода декомпрессионной терапии».

Обзорные рентгенограммы, производимые на фоне декомпрессионной терапии, были изучены у 384 больных с острым нарушением проходимости толстой кишки. В том числе контрольные исследования через 6 часов были выполнены всем, через 24 часа у 64 больных и через 48 часов только у 23 пациентов с первой стадией острого нарушения проходимости.

Так из 384 больных, которым были выполнены контрольные исследования через 5-6 часов у 132(34,4%) больных на обзорных рентгенограммах отмечено снижение уровней жидкости и газа более чем на 30%. (рис 1 и 2).



**Рис. 1. Рентгенограмма при
поступлении**



**Рис. 2. Рентгенограмма
после терапии**

У этих больных на фоне проводимой терапии и клинически отмечалась довольно чёткая картина эффективности проводимой терапии. Повторные контрольные исследование через 24 часа были выполнены у 43 больных, в том числе у 28 больных с клинически недостаточно выраженной эффективностью декомпрессионной терапии в течение этого времени, и у 15 больных не выполнявших в полном объёме декомпрессионную терапию. Пациентам, которым по различным причинам не удалось в рекомендуемом объёме провести декомпрессионную терапию, четвёртое контрольное исследование было выполнено в течение 36-48 часов.

У 155 (40,1%) больных на повторных рентгенограммах, выполненных на фоне рекомендуемого объёма декомпрессионной терапии, через 6 часов, выявлено уменьшение площади газов над уровнями жидкости менее чем на 30 %. У этих больных согласно используемой в клинике классификации установлена 2 стадия острого обтурационного нарушения проходимости толстой кишки. (рис. 3 и 4)



Рис. 3. Рентгенограмма при поступлении

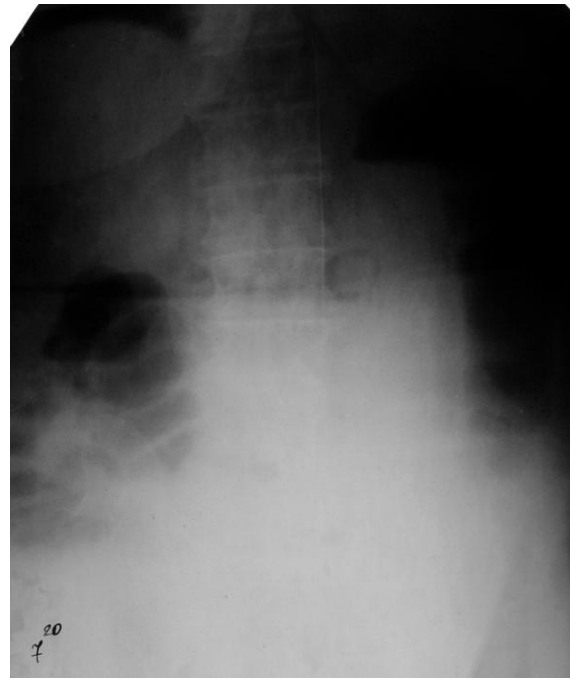


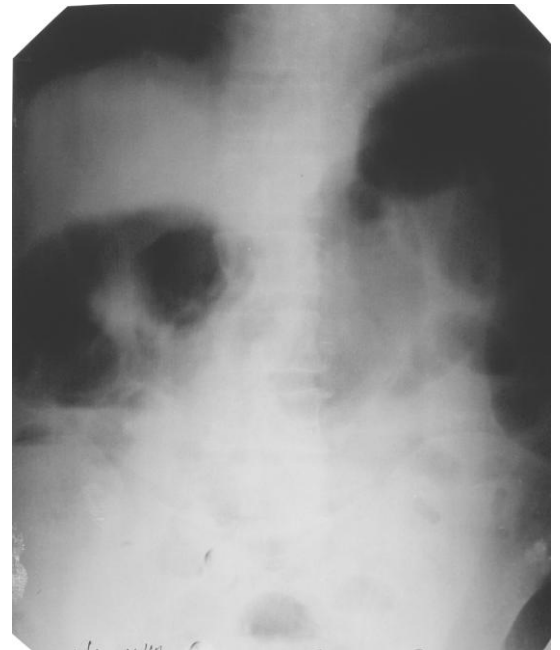
Рис. 4. Рентгенограмма после терапии

У этих больных в связи с планированием эндоскопической реканализации ракового канала с целью декомпрессии или наложения стомы из минидоступа не назначались повторные обзорные рентгенографии брюшной полости. Однако у 27 больных из-за отказа пациентов от оперативного вмешательства в предложенные сроки 6-24 часа или при сомнениях у дежурных хирургов, были выполнены контрольные обзорные рентгенограммы. У больных на контрольных рентгенограммах площадь газа над уровнями жидкости или нарастала или уменьшалась незначительно. То есть прогнозируемое развитие острого нарушения проходимости толстой кишки у этих больных было подтверждено.

У 97 (25,5%) больных на контрольных обзорных рентгенограммах выполненных через 6 часов отмечено увеличение размеров площади газа над уровнями жидкости, хотя у части больных после стимуляции кишечника, слабительных и клизм отмечено отхождение газов и кишечного содержимого. У этих больных установлена 3 стадия острого обтурационного нарушения проходимости толстой кишки (рис 5 и 6).



**Рис. 5.Рентгенограмма при
поступлении**



**Рис. 6. Рентгенограмма после
терапии**

У 138 больных из 384 для уточнения диагноза рака толстой кишки, осложнённого острой непроходимостью, была выполнена ректороманоскопия. Данное исследование планировали выполнять только в тех случаях, когда на обзорных рентгенограммах брюшной полости уровни жидкости локализовались на уровне проекции дистальной трети нисходящей, а так же сигмовидной кишок. У 57 (41,3%) больных ректороманоскопия как метод диагностики оказалась мало эффективной, опухоли небыли обнаружены. В том числе у 41 больного в связи с локализацией рака вне зоны досягаемости ректоскопа (более 30 см), у остальных 16 пациентов при проведении ректоскопа в вышележащие отделы появились боли и они отказались от продолжения исследования.

У 81 пациента, которым удалось обнаружить опухоль при ректороманоскопии, была взята биопсия, определены размеры наружного отверстия, изучены его визуальные особенности. С помощи ректоскопа у 37 произведена попытка реканализации ракового канала по разработанному в клинике методу, а у 12 пациентов контрастное рентгенологическое исследование по оригинальной методике.

У 58 больных с помощью ректоскопа в прямую кишку и дистальную треть сигмовидной кишки до уровня локализации стриктуры введён ректальный датчик и произведено ультразвуковое исследование опухоли и окружающих органов и тканей. Из их у 11 больных ультразвуковое исследование опухоли дистальных отделов толстой кишки осуществлялось по оригинальному способу. В прямую и дистальные отделы сигмовидной кишки вводился специальный катетер с раздувающимся баллончиком на конце, который устанавливался в 5-6 см от опухоли. После его установления баллончик раздувался до плотного соприкосновения со стенками кишки, ректоскоп извлекался и под небольшим давлением в кишку вводили жидкость и производили УЗИ.

С помощью колоноскопии выявить причину развития механической толстокишечной непроходимости удалось у 158 (88, 8%) больных которым это исследования было выполнено. При исследовании было установлено место локализации опухоли, взята биопсия, изучены визуальные характеристики, определён диаметр наружного отверстия ракового канала.

У 20 (11,2%) больных колоноскопию выполнить не удалось из-за выраженного болевого синдрома при проведении аппарата по кишечнику и отказа больных от дальнейшего исследования.

Наибольшее количество неудачных попыток имело место при раках правых отделов. Так при раке восходящего отдела выявить опухоль удалось только у 12 из 16 больных, при раке поперечной ободочной кишки у 4 из 7 пациентов. У больных раком нисходящего отдела у 17 из 19, при раке сигмовидной кишки у 81 из 84 пациентов и при раке прямой кишки у всех 52 (100%) больных, которым выполнены колоноскопии.

Ирригоскопия выполнена у 275 больных раком толстой кишки, осложнённым острой непроходимостью, у 244 (88,7%) выявлены причины непроходимости и локализация опухоли. В том числе у 67 (27,5%) больных определен диаметр ракового канала, его протяженность и конфигурация (рис.7)

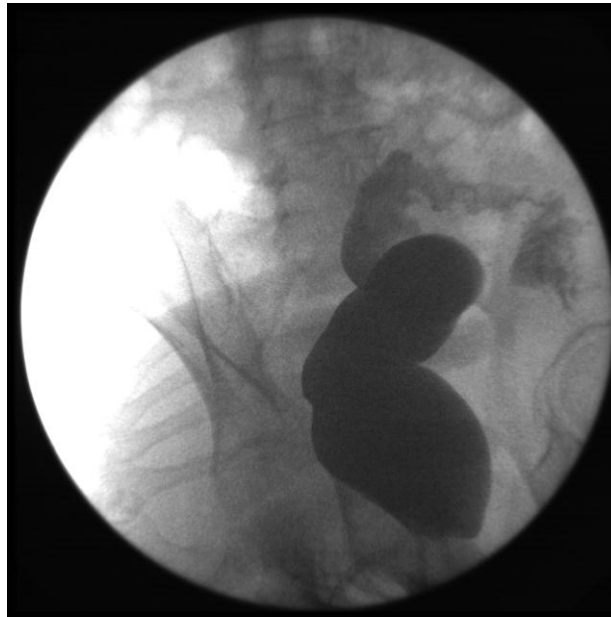


Рис.7 Ирригограмма. Опухоль сигмовидной кишки.

У 138 (56,%) пациентов контраст заполнил только дистальное отверстие и часть ракового канала. И у 39 (15,9%) больных при ирригоскопии удалось установить только уровень препятствия без чёткого контрастирования просвета ракового канала (рис.8)

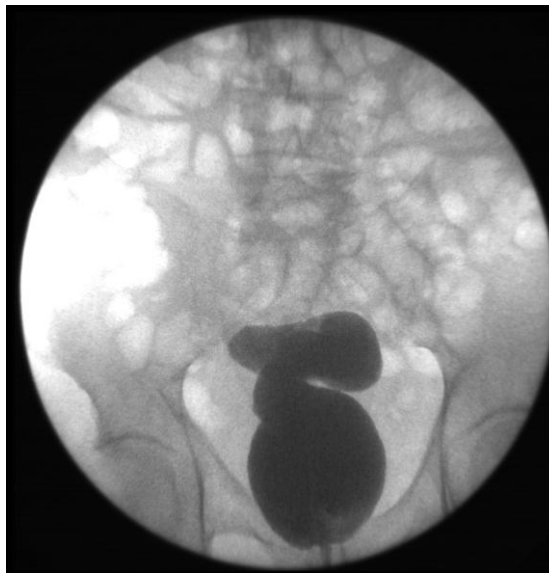


Рис. 8. Ирригограмма. Опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки.

Так же как и при колоноскопии менее информативной ирригоскопия была при локализациях опухоли в правых отделах. Только у 15 из 21 больного с помощью этого метода в правых отделах выявлено наличие препятствия и его

уровень (рис.9). У 4 больных определены его размеры и констатирована проходимость препятствия. У 6 пациентов контраст заполнил только дистальные отделы ракового канала.



Рис. 9. Ирригограмма. Опухоль слепой кишки.

При раке поперечной ободочной кишки наличие препятствия и его локализация с помощью ирригоскопии определены у 8 из 11 больных. В том числе у 3 больных стриктура прослеживалась на всем протяжении и констатирована ее проходимость. У остальных больных контрастировано только наружное отверстие ракового канала.

Более информативным контрастное исследование толстой кишки было при опухолях нисходящего отдела. С помощью ирригоскопии наличие препятствия и его уровень локализации выявлены у 29 из 34 обследованных больных. У 12 пациентов определена протяжённость ракового канала и констатирована его проходимость, у остальных 17 пациентов контрастное вещество заполнило только дистальное отверстие ракового канала.

Наиболее информативным этот метод исследования был при раках сигмовидной и прямой кишок, осложненных непроходимостью. При раке сигмовидной кишки наличие препятствия и его расположение в толстой кишке с помощью ирригоскопии удалось определить у 86 (94,5%) из 91 больного и у 114(96,6%) из 118 больных раком прямой кишки. Ирригоскопию в программу

диагностики рака прямой кишки, осложненного острой непроходимостью, мы включали только в том случае если по техническим или другим причинам невозможно было выполнить РРС или колоноскопию, а так же для определения диаметра и протяженности ракового канала. Размеры и проходимость ракового канала установлены у 26(28,6%) пациентов с опухолями сигмовидной и у 37(31,3%) с опухолями прямой кишки. Диаметр наружного отверстия ракового канала был определен у 65(71,4%) больных раком сигмовидной кишки и у 81(68,7%) раком прямой кишки.

Ультрасонографическое исследование было применено у 384 больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью. Производилось оно с помощью кожного и ректального датчика. С помощью УЗИ у 350 (91,1%) больных подтверждено наличие непроходимости, у 224(58,3%) выявлена опухоль, у 205 (53,4%) описаны ее размеры, размеры ракового канала и толщина стенок опухоли (рис 10.11.).



Рис.10. Утолщение и отек стенки нисходящей, ободочной кишки проксимальнее опухоли.



Рис.11. Опухоль селеночного угла ободочной кишки в просвете сиквестрированная жидкость.

У 124(32,3%) выявлено прорастание в соседние органы или перифокальный воспалительный процесс. У 74(19,2%) определены метастазы в печени, параортальных и брыжеечных лимфоузлах. У больных с выраженной клиникой непроходимости четко определялись уровни жидкости и скопление газа над ними. У 286(74,5%) больных при помощи контрольных исследований

производимых через 6-12-24 часа и их сравнения отслежена динамика развития острой непроходимости толстой кишки на фоне декомпрессионной терапии.

Наряду с вышесказанным нами у 11 больных с опухолями дистальных отделов толстой кишки был использован усовершенствованный способ ультразвуковой диагностики. У этих пациентов определены размеры опухоли и толщина ее стенок, размеры ракового канала и его конфигурация, наличие местного распространения у 3 пациентов, перифокального воспалительного процесса у 2 больных.

Полученные результаты исследования возможностей специальных методов диагностики у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, показали, что обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ и РРС или колоноскопия позволяют не только диагностировать острую кишечную непроходимость, провести дифференциальную диагностику между механической и динамической непроходимостью, между толсто и тонкокишечной непроходимостью, но и установить локализацию опухоли, определить ее размеры, наличие перифокального воспалительного процесса и прорастание опухоли в соседние органы и ткани, а так же размеры ракового канала и толщину стенок кишки и опухоли. Выявить наличие отдаленных и местных метастазов. Достаточно четко оценить состояние кишечной стенки и определить размеры кишки, толщину ее стенок и выраженность перистальтической активности. Наряду с этим проводить объективный динамический контроль эффективности декомпрессионной терапии и прогнозировать исход этой терапии. А предложенные усовершенствованные способы позволяют повысить диагностические возможности вышеописанных методов диагностики, индивидуально для каждого больного определять возможности реканализации ракового канала и сразу же по окончании исследования произвести попытку ее осуществления.

При неэффективности или невозможности произвести эндоскопические методы исследования более рационально для уточнённой диагностики применение ирригоскопии.

Таким образом, информация, полученная при использовании обзорной рентгенографии брюшной полости, ультрасонографического исследования, РРС или колоноскопии при диагностике рака толстой кишки, осложнённого острой непроходимостью, позволяет прогнозировать развитие непроходимости на фоне декомпрессионной терапии, определить длительность декомпрессионной терапии и предоперационной подготовки, индивидуально для каждого пациента определить возможность эндоскопической реканализации и создает условия для ее более успешного осуществления. Позволяет достаточно четко определить место наложения двуствольной колостомы через минидоступ, позволяют в предоперационном периоде определить объем планируемого оперативного вмешательства. То есть достаточно четко спланировать алгоритм выполнения лечебного процесса у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью.

3.2. Влияние размеров ракового канала и уровня локализации опухоли на развитие острой непроходимости.

В результате макроскопического исследования удаленных участков кишки с опухолью, ирригоскопии, колоноскопии и ультрасонографии опухоли и ее канала, проведенных у 354 больных, госпитализированных в экстренном порядке с клиникой острой обтурационной толстокишечной непроходимости, нами ни в одном случае не выявлено полного закрытия просвета кишки опухолью. Максимальный размер ракового канала, который мы выявили у больных с острой кишечной непроходимостью, достигал 17 мм, минимальный составил 3 мм. Следует отметить, что во всех случаях у исследуемых больных имели место запущенные формы рака Т3-Т4.

Полная обтурация просвета кишки независимо от размеров стриктуры в наших наблюдениях наступала в следствие заполнения просвета ракового канала плотными каловыми массами, грубой клетчаткой, семечками или кожурой от фруктов.

Следует отметить, что у подавляющего большинства больных с диаметром ракового канала более 10 мм в анамнезе в течение последних месяцев до поступления отмечены запоры. Больные с меньшим диаметром ракового канала начали отмечать склонность к запорам, как правило, в течение последних 6-12 месяцев, разрешая их различными способами.

При поступлении ни у одного из 354 больных анализируемой группы поступивших в экстренном порядке с клиникой острой непроходимости и установленными размерами ракового канала диаметр сужения не превышал 17 мм (табл. 8)

Таблица 8

Диаметр и протяженность стриктуры при раке толстой кишки, осложненном непроходимостью

	до 5 мм	6-10 мм.	11-15 мм	16-17 мм	Всего
25-50 мм	36(10,2%)	4(1,1%)			40(11,1%)
51-100 мм	62(17,5%)	69(19,5%)	49(13,8%)	4(2,5%)	184(52,6%)
101-150мм	48(13,6%)	41(11,6%)	37(10,4%)	4(1,1%)	130(36,2%)
Итого	146(41,2%)	114(32,2%)	86(24,2%)	8(2,2%)	354(100%)

Однако только у 8 (2,2%) больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью размеры стриктуры достигали 16-17 мм, у всех 8 больных опухоль локализовалась в прямой кишке. С уменьшением диаметра ракового канала отмечено и увеличение количества больных с явлениями острого нарушения проходимости толстой кишки. Так при диаметре просвета стриктуры 11-15 мм с клиникой острой непроходимости поступило 86 (23,9%) больных, при сужении просвета 6-10 мм - 114(31,7%) пациентов. Но больше всего больных - 146 (40,7%), поступивших с явлениями острого нарушения проходимости толстой кишки отмечено при стриктурах менее 5 мм.

Достаточно четко отмечена и другая тенденция, чем дистальнее располагалась опухоль, тем чаще имело место развитие острой непроходимости при одном и том же или даже большем диаметре стриктуры (табл. 9).

Таблица 9

Частота развития острой непроходимости в зависимости от локализации опухоли и размеров ракового канала

Локализация опухоли	Диаметр ракового канала (в мм)	Протяженность ракового канала (в мм)			Всего наблюдений
		до 50 мм	51-100 мм	101 -150 мм	
Восходящая n=25	> 5	2	8	2	12
	6-10	-	7	5	12
	11-15	-	-	1	1
	15-17	-	-	-	-
Поперечная ободочная n=12	>5	2	2	-	4
	6-10	1	3	3	7
	11-15	-	-	1	1
	16-17	-	-	-	-
Нисходящая n=39	>5	2	7	12	21
	6-10	1	9	7	17
	11-15	-	1	-	1
	16-17	-	-	-	-
Сигмовидная n=124	>5	16	19	14	49
	6-10	0	20	9	29
	11-15	-	27	19	42
	16-17	-	-	-	-
Прямая n=154	>5	14	26	20	60
	6-10	2	30	17	49
	11-15	-	21	16	37
	16-17	-	4	4	8
ИТОГО		40	184	130	354

Так у всех 8 больных с наибольшим диаметром сужения (до 16-17 мм) опухоль локализовалась в прямой кишке. В то же время только у одного больного раком восходящих отделов толстой кишки, осложнённым острой непроходимостью, диаметр ракового канала превышал 10 мм, но следует отметить, что у этого больного протяженность стриктуры достигала 120 мм. Так же только у одного из 12 больных раком поперечной ободочной и у одного из 39 больных раком нисходящей кишок диаметр стриктуры превышал

10 мм. В то время как при раке сигмовидной и прямой кишок у 42 и 37 соответственно. Таким образом, чем дистальнее локализовалась опухоль, тем чаще развивалось острое нарушение проходимости толстой кишки.

Из 354 больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, которым были определены размеры ракового канала, у 184 (52,6%) пациентов длина ракового канала колебалась в пределах 60-100 мм. У 130 (36,2%) пациентов протяженность стриктуры достигала от 100 до 150 мм. И значительно меньше больных с острым нарушением проходимости толстой кишки мы выявили с длиной ракового канала менее 50 мм, всего их было 40 (11,1%) пациентов.

Как видно из представленной таблицы в исследуемой нами группе больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, только 36 (10,2%) пациентов имели хотя и узкий (<5мм), но непротяженный (до 50 мм) раковый канал. У подавляющего большинства пациентов размеры ракового канала были от 6 до 10мм в диаметре и протяженностью 60 -150 мм. При этом канал имел извитой характер и чем протяженнее он был, то есть чем больше были размеры опухоли, тем более были выражены макроморфологические признаки распада опухоли в большей степени выраженные в центральной части канала (рис12).

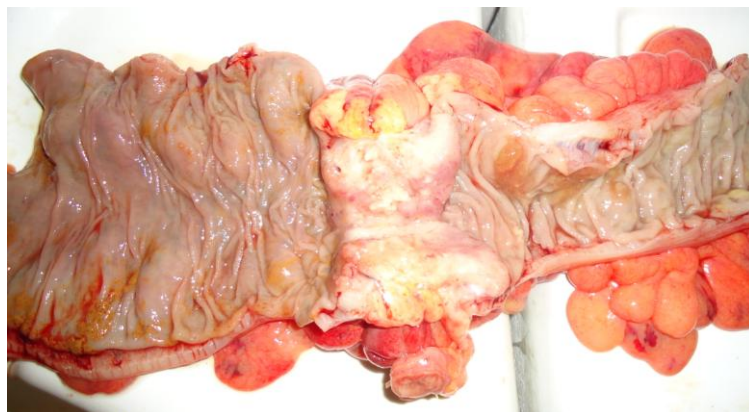


Рис. 12. Опухоль сигмовидной кишки с узким и коротким раковым каналом

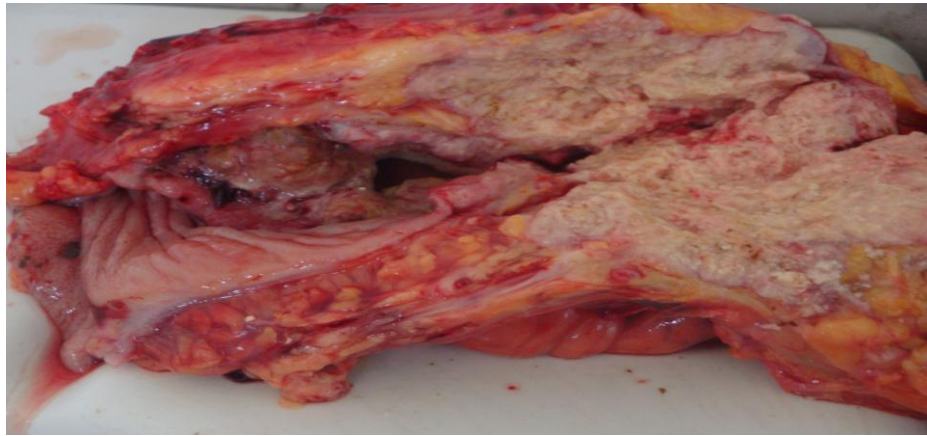


Рис.13 Опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки. Протяженный раковый канал с признаками распада в центральной части.

При микроскопическом исследовании тканей опухоли расположенных по стенке ракового канала практически во всех случаях, когда раковый канал был длиннее 60-70 мм, имелись признаки распада опухоли, так же более выраженные в центральных отделах ракового канала. При этом толщина стенки опухоли в отдельных места не превышала 10-15 мм и легко нарушалась ее целостность.

Таким образом, острая непроходимость у больных раком толстой кишки может развиваться уже при сужении кишки до 17 мм, в то же время полной обтурации опухолью просвета кишки не наступает из-за распада опухоли по ходу ракового канала. Причиной развития острого нарушения проходимости толстой кишки при стенозирующем раке является закупорка ее просвета плотными каловыми массами, грубой клетчаткой, кожурой от фруктов и другими включениями каловых масс. В то же время, чем уже просвет ракового канала, тем больше вероятность развития острого нарушения проходимости толстой кишки. Из 354 больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью у 146 (41,2%) раковый канал был менее 5 мм в диаметре, у 114 (32,2%) составил 6-10 мм, у 86(24,2%) был 11-15 мм, и только у 8 (2,2%) больных составил 16-17 мм.

Исходя из вышесказанного у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью сохраняется возможность разрешения непроходимости консервативными или малоинвазивными способами.

Глава 4.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ
ДЕКОМПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ,
ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.**

Полученные данные проведенного макроморфологического исследования удаленных препаратов опухолей толстой кишки, а так же данные ирригоскопии, колоноскопии и данные УЗИ позволили получить достаточно четкую информацию о диаметре и протяженности ракового канала, о толщине и состоянии стенки опухоли. С учетом полученных результатов исследования нами были изучены результаты декомпрессионной терапии у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью. Влияние размеров ракового канала на течение непроходимости на фоне проводимой консервативной декомпрессионной терапии мы изучили у 354 больных (табл. 10).

Таблица 10

Варианты исхода декомпрессионной терапии у больных с раком толстой кишки, осложненным непроходимостью в зависимости от диаметра и протяженности ракового канала

Диаметр (мм)	3-5мм	6-10мм	11-15мм	16-17мм	Всего больных
Протяженность (мм)					
25-50 мм.	n=36	n=4			40
1	20 (55,5%)	4(100%)			
2	1(30,5%)	0			
3	5 (13,9%)	0			
60-100 мм	n= 62	n=69	n=49	n=4	184
1	2 (3,2%)	10(14,5%)	45(91,8%)	4(100%)	
2	9(46,8%)	44(63,8%)	4(8,7 %)	0	
3	2(51.6%)	7 (10,1%)	0	0	
110-150 мм	n=48	n=41	n=37	n=4	130
1	1-0	0	25(67,6%)	4(100%)	
2	21(43,7%)	28(68,3%)	1 (2,7%)	0	
3	27(56,2%)	13(31,7%)	1 (2,7%)	0	
Итого	146	114	86	8	354

- 1 -первый вариант исхода декомпрессионной терапии**
2 - второй вариант исхода декомпрессионной терапии
3- третий вариант исхода декомпрессионной терапии

Комплексную декомпрессионную и коррегирующую терапию мы начинали проводить сразу же после установления диагноза. Она включала в себя дренирование желудка и введение через назогастральный зонд вазелинового масла в первоначальной дозе 50-60 мл и в последующем в дозе 30 мл через каждые 2 часа, продленную эпидуральную блокаду, стимуляцию кишечной моторики (церукал 2 мл (20 мг) в/м, прозерин 0,05 % - 2 мл в/м, гипертонический раствор NaCl 10 % - 20 мл в/в) сифонные и гипертонические клизмы. Наряду с этим параллельно проводили коррекцию водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния, микроциркуляции, введение спазмолитиков, ненаркотических анальгетиков, инфузионно-дезинтоксикационную терапию.

Из 354 больных, у которых нами были четко определены размеры ракового канала, после использования консервативной декомпрессионной и коррегирующей терапии, полностью, но временно разрешить непроходимость удалось у 124 (35,02%) больных. У 138 (39,9%) пациентов заболевание приняло волнообразное течение, и у 92 (25,9%) отмечено только замедление развития непроходимости.

Наиболее эффективным консервативный способ декомпрессии оказался при диаметре ракового канала более чем 10 мм и любой протяженности. У 88 (93,6%) пациентов из 94 удалось временно, но полностью разрешить явления острой непроходимости. Временно разрешить непроходимость удалось так же всем 4 пациентам с диаметром ракового канала 5-10мм и протяженностью до 50 мм.

У 55,5% больных с сужением ракового канала менее чем 5 мм и с протяженностью его не более 50 мм так же отмечено полное, но временное разрешение непроходимости. Значительно реже (14,5%) разрешалась непроходимость при диаметре ракового канала 6-10мм и протяженности 50-100 мм. И только в 2 (3,2%) случаях при диаметре стриктуры 5мм и протяженности 6-100 мм.

У остальных пациентов непроходимость приняла персистирующий или нарастающий характер.

Следует отметить, что эффективность терапии направленной на разрешение непроходимости в большей степени зависела от размеров ракового канала, чем от длительности и степени выраженности кишечной непроходимости. Так только у 3 (12,5%) больных из 24 с диаметром ракового канала более 10 мм и диаметром толстой кишки более 10 см не удалось разрешить непроходимость. В то же время ни у одного больного из 14 с диаметром ракового канала менее 5 мм, протяженностью более 100 мм и диаметром толстой кишки до 5 см не удалось разрешить непроходимость.

Всего первый вариант течения острой обтурационной непроходимости при раке толстой кишки выявлен у 124 (35,03%) больных.

При первом варианте течения острой непроходимости, то есть когда прогнозировалось временное, но полное разрешение непроходимости больным в течение 24 часов выше описанная терапия продолжалась в полном объеме. Затем на фоне коррекции метаболических и сердечно-сосудистых нарушений, лечения сопутствующих заболеваний, дезинтоксикационной и при необходимости противовоспалительной терапии, бесшлаковой диеты и нутритивной поддержки, продолжали назначать вазелиновое масло по 30 мл 5-6 раз в сутки, вплоть до оперативного вмешательства которое, как правило, выполнялось в течение 7-10 дней. Накануне оперативного вмешательства вновь назначали очистительные клизмы (2 вечером и 2-3 утром).

Проводимая терапия была эффективна у всех больных этой группы (табл. 11)

Таблица 11

Динамика основных клинических показателей у 124 больных с 1 стадией острой толстокишечной непроходимости

Показатель	При поступлении		Через 6 часов терапии		Через 12 часов		Через 24 часа	
		%		%		%		%
Боль*	104	83,8	64	51,71	25	20,1	-	-
Тошнота*	81	65,3	8	6,4	-	-	-	-

Рвота*	61	49,2	2	1,6	-	-	-	-	
Вздутие живота*	112	90,3	36	29,03	12	9.7	5	4.03	
Сухость во рту*	56	45,2	7	5,6	-	-	-	-	
Отхождение стула и газов*	20	16,5	124	100	124	100	124	100	
ЧСС	до 80 ударов в минуту*	19	15,3	54	43,6	86	69.3	107	86,3
	от 80 до 100 ударов в минуту*	97	78,2	70	56,4	38	30.6	17	13.7
	более 100 ударов в минуту*	8	6,45	-	-	-	-	-	-
Высокий тимпанит*	104	83,8	80	23,74	11	-	-	-	
Перистальтика кишечника	ослабленная*	12	9,7	-	-	-	-	-	-
	усиленная	112	90,3	124	100	124	100	124	100

* - $p < 0,05$ (достоверные отличия)

Уже через 6 часов после декомпрессионной и корригирующей терапии отмечено улучшение клинических показателей. Наряду с уменьшением вздутия живота у подавляющего большинства больных уменьшился болевой симптом, прекратилась тошнота и рвота, уменьшилась тахикардия и сухость во рту. У всех больных отмечено усиление перистальтической активности, отхождение газов и стула. К 24 часам практически у всех больных с 1 стадией острого нарушения проходимости толстой кишки клинические показатели оказались в пределах нормы.

Достаточно четкая тенденция прослеживается при исследовании интоксикационного синдрома на фоне проводимой консервативной декомпрессионной, дезинтоксикационной и корригирующей терапии у больных с прогнозируемым разрешением непроходимости. При контрольных исследованиях лейкоцитарного индекса интоксикации и молекул средней массы (МСМ) произведенного через 24 часа отмечено их снижение, однако у 4 больных с местнораспространенным раком осложненным перифокальным воспалительным процессом эти показатели оставались высокими (табл. 12)

Таблица 12

Динамика основных лабораторных показателей у больных с первым вариантом исхода декомпрессионной терапии ($M \pm m$)

Показатель	при поступлении	на 2-е сутки	p
ЛИИ, расч.ед.	3,24±0,21	2,66±0,18	<0,05

МСМ, усл.ед.	0,26±0,016	0,21±0,012	<0,02
Общий белок, г/л	74,56±3,48	75,47±2,73	>0,1
Альбумин, г/л	37,84±1,76	32,19±2,14	<0,05
Мочевина, ммоль/л	7,69±0,43	6,32±0,47	<0,05
Креатинин, кмоль/л	93,55±6,18	70,46±5,62	<0,02
Калий, ммоль/л	3,92±0,17	4,54±0,23	<0,05
Натрий, ммоль/л	142,92±1,16	146,56±1,32	<0,05
Гемоглобин, г/л	137,36±1,88	128,43±1,69	<0,001
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,22±0,35	4,25±0,27	>0,1
Моноциты, *10 ⁹ /л	56,84±4,75	58,47±3,88	>0,1

p < 0,05 - достоверные отличия

Из 124 больных с первым вариантом течения острой непроходимости при поступлении у 105 (84,7%) на рентгенограммах определялись уровни жидкости и газ. В том числе у 41 тонко-толстокишечные и у 63 толстокишечные. У остальных 19 (15,3%) пневматоз толстой кишки.

Размеры площади газа над уровнями жидкости были различны, от 5-10 до 300-500 квадратных сантиметров.

После контрольного рентгенологического исследования произведенного через 5-6 часов у 43(34,7%) больных рентгенологические признаки полностью исчезли, у остальных они разрешились в течение 6-48 часов на фоне продолжения в полном объеме проводимой терапии.

Аналогичная динамика отмечена и при УЗИ исследовании. Из 82 больных с первым вариантом течения непроходимости, у которых с помощью УЗИ отслежена динамика течения заболевания, у 29(35,4%) при проведении контрольного ультразвукового исследования через 5-6 часов с момента начала декомпрессионной терапии в просвете толстой кишки нами не выявлена секвестрированная жидкость. Уменьшились так же размеры кишки и толщина ее стенок, в среднем диаметр с 7,43±0,32см, до 4,64±0,25 см (p<0,01), уменьшилась так же толщина стенки кишки с 5,24±0,22мм до 3,1±0,18 мм (p<0,02).

У всех 4 больных с ранее не регистрируемой перистальтической активностью кишечника начали определяться активные перистальтические

волны. На контрольных рентгенограммах, произведенных в это же время, отмечена ликвидация уровней жидкости и газов над ними.

У остальных 53 (64,6%) больных с 1 вариантом течения непроходимости при контрольном ультразвуковом исследовании, произведенном через 6 часов, выявлены уровни жидкости и газ над ними. Однако объем жидкости определяемый при поступлении уменьшился практически у всех больных больше чем на 30%. Хотя не всегда одинаково. У 38 больных это уменьшение объема жидкости составило от 30 до 50%, у остальных более 50 %. Параллельно уменьшению объёма жидкости в просвете кишки при ранее гипертрофированных стенках так же отмечалось уменьшение диаметра с $8,3 \pm 0,45$ см до $5,7 \pm 0,35$ см ($p < 0,16$) и толщины с $5,1 \pm 0,27$ мм до $3,6 \pm 0,16$ мм ($p < 0,02$).

У 5 больных с ранее резко расширенным толстым кишечником и дилатированной стенкой выявлено увеличение толщины стенки с $2,1 \pm 0,17$ мм до $3,4 \pm 0,23$ мм ($p < 0,02$), уменьшение ее размеров с $9,7 \pm 0,34$ мм до $4,8 \pm 0,45$ мм ($p < 0,5$), появление перистальтических волн.

Из 124 больных с 1 вариантом течения непроходимости у 52 нами на фоне декомпрессионной терапии были в динамике выполнены исследования внутрибрюшного давления.

У 11 (21,1%) пациентов внутрибрюшное давление не превышало 12 мм. рт.ст., средний уровень составил $9,2 \pm 0,51$ мм.рт.ст. У этих больных нами на рентгенограммах зарегистрированы единичные уровни с незначительным количеством газа над ними, от 30 до 70 см² или только пневматоз.

У 18 (36,5%) больных внутрибрюшное давление достигало 12-15 мм рт.ст (1 степень ИАГ) средний уровень составил $13,6 \pm 0,25$ мм рт.ст. У всех больных на обзорных рентгенограммах выявлены четкие уровни жидкости и наличие газа над ними. Площадь газа над уровнями жидкости у этих больных колебалась от 50 см² до 150 см²

У 14 (26,9%) больных внутрибрюшное давление достигало 16-20 мм рт.ст. (2 степень ИАГ) средний уровень составил $21,1 \pm 0,51$ мм рт.ст. У этих

больных на рентгенограммах площадь газа над уровнями жидкости колебалась от 95 до 180 см².

С 3 степенью ИАГ (внутрибрюшное давление 21-25 мм.рт.ст. (со средним уровнем $29,8 \pm 0,67$ мм.рт.ст.) выявлено 7(13,5%) больных. Размеры площади газа над уровнями жидкости у этих больных колебались от 165 до 280 см².

И у 2 (3,8%) пациентов внутрибрюшное давление составило 27 и 31 мм рт.ст. (IV степень ИАГ) соответственно, у одного из них площадь газа над уровнями жидкости составила 320 см², у другого 450 см².

На фоне проводимой декомпрессионной и корригирующей терапии после повторного исследования через 6-7 часов у всех 41 больных с ИАГ отмечено снижение внутрибрюшного давления. В том числе ниже 12 мм.рт.ст. у 16 пациентов, у 11 пациентов с 1 ст. ИАГ, и у 5 больных со 2 степенью ИАГ (табл. 13)

Таблица 13

Сроки нормализации ВБД на фоне декомпрессионной терапии у больных с 1 стадией острого нарушения проходимости толстой кишки

Сроки Степень ИАГ в часах	Через 6 часов	Через 12 часов	Через 24 часа	24-48 часов	Всего
1 степень ИАГ	11	6	2	-	19
2 степень ИАГ	5	4	2	2	13
3 степень ИАГ	-	2	3	2	7
4 степень ИАГ	-	-	-	2	2
Итого	16	12	7	6	41

В течение 12 часов внутрибрюшное давление снизилось ниже 12 мм рт.ст. еще у 12 (28,6%) пациентов, у 6 больных с 1 степенью ИАГ, у 4 больных со 2 степенью ИАГ, и у 2 больных с 3 степенью ИАГ.

В течение 24 часов нормализация показателей внутрибрюшного давления отмечена еще 7 больных, из них у 2 больных с 1 степенью ИАГ, у 2 пациентов со 2 степенью ИАГ и еще у 2 больных с 3 степенью ИАГ.

И в течение 24-48 часов с начала декомпрессионной терапии внутрибрюшное давление нормализовалось у оставшихся 6 больных, из них у 2 пациентов при поступлении зарегистрирована 2 степень ИАГ, у 2 больных 3 степень ИАГ и еще у 2 пациентов 4 степень.

Следует отметить, что после первого контрольного исследования внутрибрюшного давления у больных с 1 степенью ИАГ показатели снижались от 2 до 6 мм.рт.ст., в среднем на $4,1 \pm 0,25$. У больных со 2 степенью от 3 до 8 мм.рт.ст., в среднем на $5,8 \pm 0,46$. У больных с 3 степенью ИАГ от 6 до 10 мм.рт.ст., в среднем $7,7 \pm 0,58$. И при 4 степени у одного на 12 мм.рт.ст., у другого на 14 мм.рт.ст.

Пример: Больной М., 78 лет, госпитализирован в клинику 14.08.09. с жалобами на боли в животе и вздутие живота, задержку стула и газов в течение 3 суток, тошноту, рвоту, сухость во рту. Считал себя больным в течение 5 месяцев, когда впервые стал отмечать примесь крови в кале, периодические запоры, общую слабость. При поступлении состояние больного расценено как тяжелое. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Язык сухой, обложен налетом. ЧД – 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 116 в мин., АД – 150/90 мм.рт.ст. Живот вздут, симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный во всех отделах. Симптом Склярова положительный. Симптомов раздражения брюшины нет. При перкуссии определяется высокий тимпанит в проекции поперечной, нисходящей и сигмовидной ободочной кишки, притупления в отлогах местах нет, перистальтика кишечника усиленна. Внутрибрюшное давление составляет 21 мм.рт.ст., ЛИИ — 3,27 расч. ед., МСМ - 0,25 ус.ед. При обзорной рентгенографии брюшной полости определяются единичные уровни жидкости и газ в петлях тонкой кишки. Более выраженный пневматоз и уровни жидкости выявлены по ходу толстой кишки вплоть до нисходящего отдела толстой кишки. При УЗИ – уровни жидкости в петлях тонкой кишки, в восходящей, поперечной и нисходящей ободочной кишки. Диаметр кишки в дистальных отделах ободочной кишки увеличен до 8-10 см, стенки утолщены до 4-5 мм. В

области проекции сигмовидной кишки, по нижней границе секвестрированной жидкости определяется опухолевидное образование размерами 90-100 мм в длину, 50-60 мм в ширину. В печени МТС не выявлено, параортальные и региональные лимфоузлы не визуализируются из-за пневмотоза. При ректороманоскопии в сигмовидной кишке на расстоянии 23 см от края ануса определялось бугристое опухолевидное образование циркулярно-суживающее просвет кишки до 8-9 мм. Степень тяжести физического состояния расценена как 3. Больному проводилась декомпрессионная терапия в течение 6 часов, по истечении которой состояние больного значительно улучшилось: обильно отошли каловые массы и газы, уменьшилось вздутие живота и болевой синдром. На контрольной обзорной рентгенографии брюшной полости через 6 часов отмечалось уменьшение площади газа над уровнями жидкости на 45-50%. ВБД снизилось до 14 мм.рт.ст. Выставлен диагноз: Рак нижней трети сигмовидной кишки T4NxMo, осложненный острой непроходимостью, первая стадия. Выставлены показания к отсроченному оперативному вмешательству и продолжена декомпрессионная терапия по рекомендуемой схеме. Через 24 часа отмечено полное разрешение клинической и рентгенологической картины острой кишечной непроходимости, нормализации ВБД (7 мм.рт.ст.), на 2 сутки ЛИИ-2,61расч. ед., МСМ-0,22 ус.ед. На 4 сутки больному было выполнено УЗИ, на котором выявлено опухолевидное образование в левой подвздошной области, инфильтрирующее все слои кишечной стенки. В печени МТС не выявлено, параортальные и региональные узлы не визуализируются. Через 8 дней больному, после коррекции водно-электролитных, метаболических и сердечнососудистых нарушений выполнена левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзо-ректального анастомоза. Степень тяжести физического состояния перед оперативным вмешательством расценена как первая.

У 138 больных со вторым, персистирующим вариантом течения острого обтурационного нарушения проходимости после установления диагноза или выполнялась попытка реканализации ракового канала эндоскопическими способами или проводилась предоперационная подготовка. Предоперационная

подготовка проводилась в зависимости от необходимости от 6-7 до 24 часов и была направлена на снижение интоксикации, коррекцию водно-электролитных и сердечнососудистых нарушений и профилактику воспалительных осложнений.

На фоне проводимой декомпрессионной терапии и коррекции водно-электролитных и сердечнососудистых нарушений практически у всех больных отмечено улучшение общего состояния (табл. 14)

Таблица 14

Динамика основных клинических показателей у 138 больных со 2 стадией острой толстокишечной непроходимости

Показатель		При поступлении		Через 6 часов терапии		Через 12 часов	
		N	%	n	%	n	%
Боль*		119	86,2	79	57,2	62	44,9
Тошнота*		96	69,6	44	31,9	37	26,8
Рвота*		71	51,4	21	15,2	17	12,3
Вздутие живота*		128	92,7	106	76,8	89	64,5
Сухость во рту*		67	48,5	38	27,5	27	19,6
Отхождение стула и газов*		19	13,8	138	100	124	100
ЧСС	до 80 ударов в минуту*	22	15,9	47	34,1	51	36,9
	от 80 до 100 ударов в минуту*	105	76,1	89	64,5	87	63,1
	более 100 ударов в минуту*	11	7,98	2	1,4	-	-
Высокий тимпанит*		119	86,2	68	49,3	59	42,7
Перистальтика кишечника	ослабленная	16	11,6	-	-	-	-
	усиленная	122	88,4	138	100	138	100

* - $p < 0,05$ (достоверные отличия)

Стабилизировалось давление, снизилась тахикардия, уменьшилась интенсивность болевого симптома, а у 29% больных он полностью прошел, исчезли тошнота и рвота. Отмечено отхождение стула и газов, нормализация или усиление перистальтической активности.

При исследовании уровня интоксикации, которое проведено у 53 больных, так же отмечена некоторая тенденция к ее снижению в течение 24 часов.

Наряду с клиническими проявлениями уменьшения сухости во рту, урежения пульса, снизились, хотя и незначительно, показатели лейкоцитарного индекса интоксикации и МСМ (табл. 15)

Таблица 15

Динамика основных лабораторных показателей у больных со вторым вариантом исхода декомпрессионной терапии (M±m)

Показатель	при поступлении	на 2-е сутки	p
ЛИИ, расч.ед.	3,92±0,28	3,34±0,35	<0,001
МСМ, усл.ед.	0,31±0,018	0,29±0,025	<0,05
Общий белок, г/л	69,33±2,82	67,94±3,45	>0,1
Альбумин, г/л	36,26±1,41	31,88±1,63	<0,05
Мочевина, ммоль/л	7,62±0,38	7,12 ±0,52	<0,05
Креатинин, кмоль/л	102,58±6,26	98,36±7,15	<0,01
Калий, ммоль/л	3,84±0,18	4,24±0,13	<0,05
Натрий, ммоль/л	141,26±1,04	137,18±1,22	<0,02
Гемоглобин, г/л	136,35±1,42	141,85±1,73	<0,02
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,04±0,48	4,0±0,52	>0,1
Моноциты, *10 ⁹ /л	42,18±3,94	40,52±4,16	>0,1

p < 0,05 - достоверные отличия

У всех 138 больных с волнообразным течением непроходимости при контрольном рентгенологическом исследовании, выполненном через 5-6 часов, независимо от степени пневмотизации кишечника отмечено уменьшение площади газа над уровнями жидкости меньше чем на 30% от изначального

Внутрибрюшное давление параллельно с рентгенологическим контролем у больных с персистирующим течением непроходимости нами изучено у 43(31,2%) пациентов. Из них у 6 (13,9%) пациентов несмотря на наличие клинических и рентгенологических признаков непроходимости внутрибрюшное давление не превышало 12 мм.рт.ст. Из остальных 37 больных 1 степень ИАГ выявлена у 16 (37,2%), у 11 (25,6%) -2 степень, у 7(16,3%) больных – 3 степень ИАГ и у 3 (6,9%) больных 4 степень ИАГ.

На фоне проводимой декомпрессионной терапии при контрольном исследовании внутрибрюшного давления через 6-7 часов у всех 37 больных с повышенным ВБД отмечено снижение внутрибрюшного давления.

Следует отметить, что после контрольного исследования внутрибрюшного давления проведенного через 6-7 часов у больных с 1 степенью ИАГ показатели снижались от 1 до 3 мм.рт.ст., в среднем на $2,2 \pm 0,19$. У больных со 2 степенью от 1 до 5 мм.рт.ст., в среднем на $2,8 \pm 0,48$. У больных с 3 степенью ИАГ от 2 до 6 мм.рт.ст., в среднем на $4,2 \pm 0,89$. И при 4 степени у одного на 2 мм.рт.ст., у второго на 4 мм.рт.ст. и у третьего на 5 мм.рт.ст. Снижение ниже 12 мм.рт.ст. отмечено у 9 больных, во всех случаях это были больные с 1 степенью ИАГ.

Однако уже при повторном исследовании через 12 часов у этих же больных независимо от степени ИАГ вновь отмечено нарастание внутрибрюшного давления, параллельно нарастанию клинических симптомов и рентгенологической картины острой толстокишечной непроходимости.

Пример: Больной А. 63 лет поступил в стационар 23.09.10г. в экстренном порядке с жалобами на боли в животе, вздутие живота, отсутствие стула и задержку отхождения газов в течение 2 суток. Считает себя больным в течение 4 месяцев, когда появились запоры и примесь слизи и крови в кале.

В анамнезе ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический коронарокардиосклероз, инфаркт миокарда.

При поступлении общее больного состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Язык умеренно обложен беловатым налетом, суховат. АД 145\90 мм.рт.ст., пульс 108 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом Склярова положительный. При перкуссии определяется высокий тимпанит в проекции восходящей, поперечной и нисходящих отделов ободочной кишки, притупления в отлогах местах нет, перистальтические шумы кишечника усилены. Внутрибрюшное давление

составляет 19 мм.рт.ст., ЛИИ- 3,17 расч. ед., МСМ -0,26 ус.ед. Степень тяжести физического состояния оценена как вторая. При обзорной рентгенографии брюшной полости: множество толстокишечных уровней, крайний на уровне дистальных отделов нисходящей кишки. На УЗИ – уровни жидкости и скопления большого количества газов в толстой кишке. В левой подвздошной области в проекции дистальной трети нисходящей кишки на нижней границе секвестрированной в просвете кишки жидкости, определяется опухолевидное образование размерами 80 на 50 мм. Диаметр кишки над опухолью достигает 70-80 мм, толщина стенки 4-5 мм. Установлен предварительный диагноз: Острая обтурационная толстокишечная непроходимость. Больному назначена в течение 6 часов декомпрессионная и корректирующая терапия. Через 6 часов произведена контрольная обзорная рентгенография брюшной полости. При сравнении с рентгенограммами, сделанными при поступлении, отмечено уменьшение уровней жидкости и объема скопления газа над ними на 20-25%. На фоне проведенной декомпрессионной и корригирующей терапии состояние больного улучшилось, отошли каловые массы и газы, уменьшилось вздутие живота и болевой синдром. РС-90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ВБД- 18 мм.рт.ст. Сразу же после контрольной обзорной рентгенографии брюшной полости с целью уточнения диагноза выполнена колоноскопия. При колоноскопии в верхней трети сигмовидной кишки выявлено бугристое опухолевидное образование, плотной консистенции, суживающее просвет кишки до 5-6 мм.

Установлен диагноз: Рак сигмовидной кишки (T4NxMo), осложненный острой обтурационной непроходимостью второй стадии. Выставлены показания к эндоскопической декомпрессии, в случае отсутствия эффекта к наложению проксимальной прицельной трансверзостомы в течение 24 часов после проведения адекватной предоперационной подготовки.

У 92 больных при прогнозируемом прогрессировании непроходимости (3 стадия) после установления диагноза проводилась предоперационная

подготовка в течение 12 часов, у части больных выполнялась попытка эндоскопической реканализации ракового канала. В течение этого времени больным проводилась коррекция водно-электролитных и сердечнососудистых нарушений и дезинтоксикационная терапия.

На фоне проводимой декомпрессионной и коррегирующей терапии общее состояние у больных с подобным течением так же улучшилось, однако, в меньшей степени, чем у больных с другими вариантами течения непроходимости (табл. 16).

У всех 92 больных с прогнозируемым прогрессированием непроходимости на обзорных рентгенограммах произведенных через 5-6 часов во всех случаях независимо от исходного уровня пневмотизации отмечена стабилизация или увеличение площади газа над уровнями жидкости.

Внутрибрюшное давление у больных с 3 стадией острого нарушения проходимости толстой кишки нами в динамике изучено у 34 пациентов. Из них ИАГ ниже 12 мм.рт.ст. при поступлении зафиксировано у 5 (14,7%) больных, 1 степень ИАГ у 11 (32,3%) пациентов, 2 степень у 8(23,5%), 3 степень у 5 (14,7%) и 4 степень у 4 (11,8%) больных.

Таблица 16

Динамика основных клинических показателей у 92 больных с 3 стадией острой толстокишечной непроходимости

Показатель		При поступлении		Через 6 часов	
		п	%	п	%
Боль*		81	88,04	63	68,5
Тошнота*		60	65,2	39	42,4
Рвота*		45	48,9	15	16,3
Вздутие живота*		87	94,6	81	88,04
Сухость во рту*		47	51,1	18	19,6
Отхождение стула и газов*		8	8,7	15	16,3
ЧСС	до 80 ударов в минуту*	13	14,1	21	22,8
	от 80 до 100 ударов в минуту*	71	77,2	68	73,9
	более 100 ударов в минуту*	8	8,7	3	3,3
Высокий тимпанит*		81	88,04	74	80,4
Перистальтика кишечника	ослабленная*	15	16,3	7	7,6
	усиленная	77	75,7	85	92,4

* - $p < 0,05$ (достоверные отличия)

При контрольном исследовании, произведенном у больных с 3 стадией острого нарушения проходимости толстой кишки через 6-7 часов, снижение внутрибрюшного давления от 1 до 5 мм рт.ст., в среднем на $2,8 \pm 0,38$ мм рт.ст., отмечено у 16 больных, в том числе у 7 больных с 1 степенью ИАГ от 1 до 3 мм рт. ст., в среднем на $2,1 \pm 0,14$ мм рт.ст. У 6 пациентов со 2 степенью ИАГ от 1 до 5 мм рт.ст., в среднем на $3,2 \pm 0,36$ мм рт.ст. У больных с 3 степенью ИАГ в одном случае на 2 мм рт.ст., в другом на 3 мм рт.ст. И у 1 больного с 4 степенью ИАГ до 4 мм рт.ст. У 8 больных за это время внутрибрюшное давление оставалось в пределах исходных данных и только у 5 отмечено нарастание внутрибрюшного давления на 2-5 мм рт.ст., в среднем на $3,3 \pm 0,58$ мм. рт.ст. Что на наш взгляд подтвердило неэффективность декомпрессионной терапии.

Из 28 больных которым вычислен лейкоцитарный индекс интоксикации при поступлении и через 12 часов у 11 он снизился с $3,87 \pm 0,26$ до $3,65 \pm 0,31$ расчетных единиц ($p < 0,05$), у 12 оставался в пределах исходных данных $3,74 \pm 0,27$ ($p < 0,05$) и у 5 повысился всего с $3,77 \pm 0,36$ до $3,83 \pm 0,21$ расч. единиц ($p < 0,05$)

В то же время больные отмечали значительное улучшение самочувствия. При клиническом осмотре вздутие живота несколько уменьшилось, так же как и болевой синдром. Отмечено снижение частоты пульса практически у всех больных.

Пример: Больная М. 72 лет госпитализирована в стационар 03.06.11г. в экстренном порядке с жалобами на вздутие живота, боли, отсутствие стула и задержку отхождения газов в течение 2 суток. Считает себя больной в течение 3 месяцев, когда появились запоры.

В анамнезе отдышка при физических нагрузках, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический коронарокардиосклероз, сахарный диабет.

При поступлении общее состояние больной тяжелое, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Язык умеренно обложен беловатым налетом, суховат. АД $140/90$ мм.рт.ст., пульс 98 ударов в минуту, отмечается аритмия.

Живот участвует в акте дыхания, вздут, мягкий, болезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом Склярова положительный. При перкуссии определяется высокий тимпанит в проекции восходящей, поперечной и нисходящей ободочной кишки, перистальтические шумы кишечника усилены. Внутрибрюшное давление составляет 17 мм.рт.ст., ЛИИ — 3,21 расч. ед., МСМ - 0,28 ус.ед. Степень тяжести физического состояния оценена как третья. На обзорных рентгенологических снимках брюшной полости: толстокишечные уровни жидкости и скопление газа по ходу толстой кишки, до дистальной части нисходящего отдела. Просвет толстой кишки расширен до 10 см. На УЗИ в восходящей, поперечной и нисходящих отделах ободочной кишки уровни жидкости и скопления большого количества газов. Слева в проекции дистальной трети нисходящей кишки, на нижней границе секвестрированной в просвете кишки жидкости, определяется опухолевидное образование размерами 120 на 60 мм. Диаметр кишки над опухолью достигает 70-80мм, толщина стенки 4-5 мм. Установлен предварительный диагноз: Острая обтурационная толстокишечная непроходимость. Больной в течение 6 часов проведена декомпрессионная и корригирующая терапия. Через 6 часов выполнена контрольная обзорная рентгенография брюшной полости. На контрольной рентгенограмме размеры газа над уровнями жидкости и размеры кишки без существенных изменений. После проведенной декомпрессионной и корригирующей терапии больная отмечает улучшение общего состояния, уменьшение болевого синдрома, вздутия живота, отхождение каловых масс и газов. РС-88 ударов в минуту, сохраняется аритмия. ВБД- 19 мм.рт.ст. Сразу же после контрольной обзорной рентгенографии брюшной полости с целью уточнения диагноза выполнена колоноскопия. При колоноскопии в нисходящем отделе толстой кишки выявлено бугристое опухолевидное образование, плотной консистенции, суживающее просвет кишки до 4-5 мм.

Установлен диагноз: Рак нисходящего отдела ободочной кишки (T4NxMo), осложненный острой обтурационной непроходимостью третья

стадия. Выставлены показания к эндоскопической декомпрессии, в случае отсутствия эффекта к наложению проксимальной прицельной трансверзостомы в течение 12 часов после проведения адекватной предоперационной подготовки.

После установления прогноза развития острой непроходимости у больных раком толстой кишки на фоне декомпрессионной терапии у пациентов со второй стадией острого обтурационного нарушения проходимости толстой кишки (персистирующим течением) или третьей стадией, то есть нарастающим вариантом течения непроходимости, мы производили попытку реканализации ракового канала.

Попытку реканализации ракового канала мы производили с помощью ректоскопа и разработанного в клинике специального силиконового стента. А так же с помощью саморасширяющихся стентов, вводимых через эндоскопы (табл.17)

Таблица 17

Результаты эндоскопических методов декомпрессии

Размеры ракового канала в мм.	5мм.	5мм	5мм	6-10 мм	6-10 мм	11-15мм	11-15 мм
	25-50 мм.	60-100 мм	100-150 Мм	60-100 мм	100-150 мм	60-100 мм	100-150 мм
Эндоскопические способы							
PPC n=37	4 / 0	2 / 5	0 / 9	8/3	2/4	-	-
Колоноскопия n=31	4/1	1/5	0/8	5/3	1/1	2/0	
Саморасширяющиеся стенты n=11	3/0	0/1	-	3/1	-	2/0	1/0

в числителе удачные попытки / в знаменателе неудачные попытки

С помощью ректоскопа и разработанного в клинике способа и специального устройства, острые явления нарушения проходимости толстой кишки удалось разрешить у 16 (43,2%) больных, в том числе практически у всех больных с узким, но коротким раковым каналом, то есть до 5 мм в диаметре и протяженностью от 25 до 50 мм. При раковом канале длиной 50-

100 мм и диаметром до 5 мм провести стент удалось у 2 из 7 пациентов, у этих 2 больных длина канала не превышала 60-70мм. При протяженности более 100 мм и аналогичном диаметре ни в одном случае из 9. Попытка проведения силиконового стента у больных с диаметром ракового канала 6-10 мм и протяженностью его 60-100 мм была успешной у 8 из 11 больных. При диаметре стриктуры 6-10 мм и длине ракового канала 100-150 мм удалось разрешить непроходимость у 2 из 6 пациентов.

Следует отметить, что у больных с протяженными раковыми каналами, то есть большими опухолями склонными к распаду, мы при малейшем сопротивлении прекращали проведение зонда.

Ни у одного из 37 больных, которым нами была предпринята попытка реканализации ракового канала с помощью ректоскопа и предложенных способов, осложнений и летальных исходов не было.

Колоноскопия с использованием разработанной в клинике госпитальной хирургии СОГМА технологии для разрешения непроходимости была успешной у 11 (32,2%) больных. Во всех случаях «щарящий» зонд, а по нему и силиконовый стент, был проведен в выше лежащие отделы. Удалось временно разрешить острую непроходимость и у 4 пациентов из 5 с диаметром ракового менее 5 мм и протяженностью его 25-50 мм, так же у 1 из 5 больных с диаметром ракового канала менее 5 мм, а длиной 60-100 мм. Но, ни в одном случае из 8 с таким же диаметром, но протяженностью более 100 мм. Более успешной оказалась попытка разрешить непроходимость у больных с диаметром стриктуры 5-10 мм. При протяженности ее до 50 мм она оказалась успешной у всех 4 больных, при протяженности 50-100 мм у 5 из 8, а при протяженности более 100 мм у 1 из 2 больных.

Летальных исходов и осложнений при попытке стентировать раковый канал не было. Следует отметить, что мы отказывались от попытки проведения зонда выше опухоли, если в процессе ее выполнения отмечалось заметное сопротивление.

У всех 27 больных которым произведена реканализация ракового канала с помощью усовершенствованных нами эндоскопических способов отмечено улучшение клинических показателей (табл. 18).

Таблица 18

Динамика основных клинических показателей у 27 больных после эндоскопических (колоноскопия и РРС) способов реканализации

Показатель		Перед началом декомпрессии		Через 6 часов терапии		Через 12 часов		Через 24 часа	
		n	%	N	%	n	%	n	%
Боль*		39	57,3	4	48,6	1	1,5	-	-
Тошнота*		24	35,3	8	11,8	-	-	-	-
Рвота*		10	14,7	4	5,9	-	-	-	-
Вздутие живота*		51	75	22	32,3	7	10,3	2	2,9
Сухость во рту*		12	17,6	5	7,3	-	-	-	-
Отхождение стула и газов*		38	55,9	68	100	68	100	68	100
ЧС С	до 80 ударов в минуту*	19	27,9	33	48,5	51	75	56	68,5
	от 80 до 100 ударов в минуту*	47	69,1	35	51,	17	25	12	17,6
	более 100 ударов в минуту*	2	2,9	-	-	-	-	-	-
Высокий тимпанит*		44	64,7	18	26,5	11	-	-	-
Перистальтика кишечника	ослабленная*	2	2,9		-	-	-	-	
	усиленная	66	97,1	68	100	68	100	68	100

* - $p < 0,05$ (достоверные отличия)

На обзорных рентгенограммах, произведенных через 6 часов, отмечена четкая тенденция к разрешению непроходимости. К 24 часам рентгенологические признаки непроходимости полностью разрешились у 21 больного, у остальных в течение 24-48 часов.

Внутрибрюшное давление нами после эндоскопических способов реканализации было исследовано у 14 пациентов. У всех 14 больных, в том числе у 6 больных с 1 степенью ИАГ, 5 пациентов со 2 степенью ИАГ, 2 больных с 3 степенью ИАГ и одного с 4 степенью ИАГ, через 6 часов после реканализации ракового канала и принудительной эвакуации кишечного содержимого произведено исследование внутрибрюшного давления.

У 4 больных с 1 степенью ИАГ отмечено снижение внутрибрюшного давления на 3-8 мм.рт.ст., в среднем на $5,6 \pm 0,59$ мм.рт.ст., то есть во всех случаях до нормальных цифр.

У больных со 2 степенью ИАГ внутрибрюшное давление снизилось на 6-8 мм.рт.ст., в среднем на $7,1 \pm 0,42$ мм.рт.ст. До нормальных величин у 3 из 5 больных.

Из 2 больных с 3 степенью ИАГ у одного внутрибрюшное давление снизилось с 23 до 15 мм.рт.ст., у другого с 24 до 17 мм.рт.ст., следует отметить, что в обоих случаях в непроходимость была вовлечена еще и тонкая кишка.

И у одного пациента с 4 степенью ИАГ через 6 часов после реканализации, промывания и принудительной эвакуации кишечного содержимого внутрибрюшное давление снизилось с 27 до 19 мм.рт.ст.

К 12 часам у оставшихся 2 больных с первой степенью ИАГ и у одного из 2 со 2 степенью ИАГ так же внутрибрюшное давление нормализовалось.

К 24 часам внутрибрюшное давление было ниже 12 мм.рт.ст. и у оставшихся 2 больных.

У всех больных параллельно с улучшением клинико-рентгенологических показателей отмечено снижения и уровня интоксикации (табл. 19.)

Таблица 19

Динамика основных лабораторных показателей у больных после эндоскопических (колоноскопия и РРС) способов реканализации ($M \pm m$)

Показатель	Перед операцией	Через 24 часа	p
ЛИИ, расч.ед.	$3,24 \pm 0,21$	$2,66 \pm 0,18$	$<0,05$
МСМ, усл.ед.	$0,26 \pm 0,016$	$0,21 \pm 0,012$	$<0,02$
Общий белок, г/л	$74,56 \pm 3,48$	$75,47 \pm 2,73$	$>0,1$
Альбумин, г/л	$37,84 \pm 1,76$	$32,19 \pm 2,14$	$<0,05$
Мочевина, ммоль/л	$7,69 \pm 0,43$	$6,32 \pm 0,47$	$<0,05$
Креатинин, кмоль/л	$93,55 \pm 6,18$	$70,46 \pm 5,62$	$<0,02$
Калий, ммоль/л	$3,92 \pm 0,17$	$4,54 \pm 0,23$	$<0,05$
Натрий, ммоль/л	$142,92 \pm 1,16$	$146,56 \pm 1,32$	$<0,05$
Гемоглобин, г/л	$137,36 \pm 1,88$	$128,43 \pm 1,69$	$<0,001$
Эритроциты, $10^{12}/л$	$4,22 \pm 0,35$	$4,25 \pm 0,27$	$>0,1$
Моноциты, $*10^9/л$	$56,84 \pm 4,75$	$58,47 \pm 3,88$	$>0,1$

p < 0,05 - достоверные отличия

Лейкоцитарный индекс интоксикации через 24 часа с момента реканализации снизился на 0,58 единиц и полностью показатели нормализовались на 5-7 сутки у 21 из 27 больных. И только у 6 больных с местнораспространенным раком, осложненным перифокальным воспалительным процессом, сохранялись признаки интоксикации.

Пример: Больная Г 76 лет госпитализирована в стационар 05.09.10г. в экстренном порядке с жалобами на боли в животе, вздутие живота, отсутствие стула и задержку отхождения газов в течение 2 суток. Считает себя больным в течение 5 месяцев, когда впервые начала отмечать запоры.

В анамнезе одышка при физических нагрузках, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический коронарокардиосклероз, сахарный диабет.

При поступлении общее больного состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Язык умеренно обложен беловатым налетом, суховат. АД 140\90 мм.рт.ст., пульс 110 ударов в минуту, отмечается аритмия. На ЭКГ-заключение. Живот участвует в акте дыхания, вздут, мягкий, болезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом Склярова положительный. При перкуссии определяется высокий тимпанит в проекции восходящей, поперечной и нисходящих отделах ободочной кишки, перистальтические шумы кишечника усилены. Внутрибрюшное давление составляет 19 мм.рт.ст., ЛИИ — 3,34 расч. ед. , МСМ -0,38 ус.ед.. Степень тяжести физического состояния оценена как третья. На обзорной рентгенограммах брюшной полости: уровни жидкости и скопление газа по ходу толстой кишки, до дистальной части нисходящего отдела. Просвет ободочной кишки расширен до 10 см.. На УЗИ – в восходящей, поперечной и нисходящих отделах ободочной кишки уровни жидкости и скопления большого количества газов. С лева, в проекции дистальной трети нисходящей кишки, на нижней границе секвестрированной в просвете кишки жидкости, определяется опухолевидное образование размерами 110 на 70 мм.. Диаметр кишки над опухолью достигает 90мм., толщина стенки 6мм.. Установлен предварительный диагноз: Острая обтурационная толстокишечная

непроходимость. Больному проведена декомпрессионная и корригирующая терапия в течении 6 часов, и выполнена контрольная обзорная рентгенография брюшной полости. Заметных изменений размеров газа над уровнями жидкости и размеров кишки на контрольных рентгенограммах не выявлено. После терапии направленной на разрешение непроходимости, дезинтоксикации и коррекции метаболических и сердечно-сосудистых нарушений отмечено улучшение общего состояния, уменьшение болевого синдрома, вздутия живота, отхождения каловых масс и газов. РС-88 ударов в минуту, сохраняется аритмия. ВБД- 19 мм.рт.ст.. Сразу же после контрольной обзорной рентгенографии брюшной полости с целью уточнения диагноза выполнена колоноскопия. При колоноскопии в верхней трети сигмовидной кишки (50см) выявлена бугристое опухолевидное образование, плотной консистенции, суживающий просвет кишки до 5 мм.

Установлен диагноз: Рак сигмовидной кишки ($T_4N_xM_0$), осложнённый острой обтурационной непроходимостью третья стадия. Выставлены показания к эндоскопической декомпрессии.

При помощи колоноскопа через раковый канал, выше опухоли проведён «шарящий» зонд, по которому установлен силиконовый катетер с диаметром просвета до 5 мм.. После удаление проводника, произведено поэтапное удаление кишечного содержимого. Уже во время удаления кишечного содержимого больная начала отмечать уменьшение вздутия живота, болевого синдрома, улучшение общего состояния. Через 6 часов больная отмечает значительное уменьшение вздутия живота, улучшение самочувствия, отсутствие болевого синдрома, сухости во рту, снижение пульса до 86 уд. в минуту, уменьшение ВБД с 19 мм.рт.ст. до 13 мм.рт.ст. . К 24 часам снижение ЛИИ с $3,24 \pm 0,21$ до $2,66 \pm 0,18$, МСМ с $0,26 \pm 0,016$ до $0,21 \pm 0,012$. Учитывая эффективность декомпрессионной терапии, решено радикальное оперативное вмешательство выполнить в отсроченном порядке после адекватной предоперационной подготовки.

Попытка установления саморасширяющихся стентов была предпринята у 11 больных. У всех трех больных с диаметром ракового канала менее 5 мм и протяженностью 25-50 мм она оказалась успешной, во всех случаях удалось разрешить непроходимость. У одного больного с раковым каналом до 5 мм в диаметре и протяженностью до 60-100 мм попытка провести саморасширяющийся стент через раковый канал не удалась. У больных с диаметром стриктуры 5-10 мм и протяженностью ее 60-100 мм произвести реканализацию ракового канала с помощью саморасширяющегося стента удалось у 3 из 4 пациентов. Удалось установить саморасширяющиеся стенты и у всех 3 больных с диаметром ракового канала более 10 мм.

Учитывая дороговизну саморасширяющихся стентов и предыдущий опыт реканализации ракового канала с помощью полужестких металлических зондов и силиконовых стентов, мы не пытались использовать металлические саморасширяющиеся стенты у больных с длинным раковым каналом и узким просветом. Выше описанный фактор являлся так же причиной установки саморасширяющихся стентов, как правило, только для постоянной декомпрессии у больных с неоперабельными формами рака толстой кишки.

Из 9 больных, которым произведена реканализация ракового канала с помощью саморасширяющихся металлических стентов на обзорной рентгенограмме, произведенной через 6 часов, отмечена четкая тенденция к разрешению непроходимости. К 24 часам рентгенологические признаки непроходимости полностью разрешились у всех 9 больных. У всех 9 больных сразу же после установления стента отмечено отхождение газов и жидкого кишечного содержимого, снижение внутрибрюшного давления.

У 3 больных с 1 степенью ИАГ отмечено снижение внутрибрюшного давления на 3-8 мм.рт.ст., в среднем на $5,6 \pm 0,59$ мм.рт.ст., то есть во всех случаях до нормальных цифр.

У 4 больных со 2 степенью ИАГ внутрибрюшное давление снизилось на 6-8 мм.рт.ст., в среднем на $7,1 \pm 0,42$ мм.рт.ст. До нормальных величин у 3 из 4 больных.

Из 2 больных с 3 степенью ИАГ у одного внутрибрюшное давление снизилось с 23 до 15 мм.рт.ст., у другого с 24 до 17 мм.рт.ст., следует отметить, что в одном случае в непроходимость был вовлечен еще и тонкий кишечник.

К 12 часам у оставшегося больного со второй степенью ИАГ внутрибрюшное давление нормализовалось. К 24 часам внутрибрюшное давление было ниже 12 мм.рт.ст. и у оставшихся 2 больных.

У всех больных параллельно с улучшением клинико-рентгенологических показателей отмечено снижения и уровня интоксикации Лейкоцитарный индекс интоксикации через 24 часа с момента реканализации снизился на 0,83 единиц и полностью показатели нормализовались на 3-5 сутки у всех. Такая же тенденция отмечена при исследовании МСМ (табл.20,21).

Таблица 20

Динамика основных клинических показателей у 9 больных после установки саморасширяющихся стентов

Показатель		Перед установкой		Через 6 ч. после		Через 12ч после	
		п	%	п	%	п	%
Боль*		7	63,6	3	27,3	-	-
Тошнота*		6	54,5	-	-	-	-
Рвота*		4	36,4	-	-	-	-
Вздутие живота*		10	90,9	3	27,3	-	-
Сухость во рту*		4	36,4	-	-	-	-
Отхождение стула и газов*		2	18,2	11	100	11	100
ЧС С	до 80 ударов в минуту*	3	27,3	7	63,6	9	81,8
	от 80 до 100 ударов в минуту*	8	72,7	4	36,4	2	18,2
	более 100 ударов в минуту*			-	-	-	-
Высокий тимпанит*		9	81,8	2	18,2	-	-
Перистальтика кишечника	ослабленная*	-	-	-	-	-	-
	Усиленная или норма	11	100	11	100	11	100

p < 0,05 (достоверные отличия)

Динамика основных лабораторных показателей у больных после эндоскопического стентирования (M±m)

Показатель	при поступлении	на 2-е сутки	p
ЛИИ, расч.ед.	3,54±0,21	2,71±0,22	<0,05
МСМ, усл.ед.	0,32±0,018	0,23±0,01	<0,02
Общий белок, г/л	74,56±3,48	75,47±2,73	>0,1
Альбумин, г/л	37,84±1,76	32,19±2,14	<0,05
Мочевина, ммоль/л	7,69±0,43	6,32±0,47	<0,05
Креатинин, кмоль/л	93,55±6,18	70,46±5,62	<0,02
Калий, ммоль/л	3,92±0,17	4,54±0,23	<0,05
Натрий, ммоль/л	142,92±1,16	146,56±1,32	<0,05
Гемоглобин, г/л	137,36±1,88	128,43±1,69	<0,001
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,22±0,35	4,25±0,27	>0,1
Моноциты, *10 ⁹ /л	56,84±4,75	58,47±3,88	>0,1

p < 0,05 (достоверные отличия)

У 29 больных с целью разрешения острого нарушения проходимости толстой кишки мы выполнили илеостомию через минидоступ. В 14 случаях оперативные вмешательства были выполнены под эпидуральной анестезией, у 4 больных под местной и у 11 под общим обезболиванием.

Из 29 больных у 22 стомы были наложены в правой подвздошной области путем выполнения минидоступа параректальным разрезом. Оперативные вмешательства у 15 больных были выполнены под общим наркозом, у 9 под эпидуральной анестезией, у 5 под местным обезболиванием. У 5 больных с опухолями нисходящих отделов или прямой кишки, которым планировалось в последующем выполнение радикального этапа лапароскопическим способом, мы операционный доступ смещали латеральной на область проекции дистальной трети восходящей кишки. У 2 больных с опухолями восходящего отдела толстой кишки, которым планировалось выполнение лапароскопической правосторонней гемиколэктомии, были наложены одноствольные илеостомы через минидоступ. В обоих случаях минилапаротомный доступ располагался в подвздошной области на 5-7 см ниже проекции купола слепой кишки. Размеры раны для илеостом, как

правило, не превышали 3-4 см. Время, затраченное на наложение двухствольной петлевой илеостомы, как правило, не превышало 20-30 минут.

Из 29 больных, которым мы для декомпрессии сформировали двухствольные петлевые илеостомы, у 21 пациента после выведения петли тонкой кишки производили принудительное удаление содержимого толстого кишечника и санацию его просвета, у 8 пациентов эта процедура не была выполнена. После наложения двухствольной петлевой илеостомы летальных исходов не было, воспалительные осложнения выявлены 4 (13,8%) больных. Илеостома начинала функционировать в течение 9 часов у всех больных. Приблизительно в это же время начали прослушиваться и кишечные шумы (табл. 22)

Таблица 22

Динамика основных клинических показателей у 29 больных после наложения проксимальных двухствольных илеостом через минидоступ

Показатель		Перед операцией		Через 6 часов		Через 12 часов		Через 24 часа		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Боль*	1	12	57,1	3	14,3	-	-	-	-	
	2	4	50	3	37,5	-	-	-	-	
Тошнота*	1	6	28,6	-	-	-	-	-	-	
	2	3	37,5	-	-	-	-	-	-	
Рвота*	1	3	14,3	-	-	-	-	-	-	
	2	1	12,5	-	-	-	-	-	-	
Вздутие живота*	1	16	76,2	4	19,04	2	9,5	-	-	
	2	6	75	3	37,5	2	37,5	1	12,5	
Сухость во рту*	1	4	19,04	1	4,8	-	-	-	-	
	2	1	12,5	-	-	-	-	-	-	
Отхождение стула и газов*	1	13	61,9	21	100	21	100	29	100	
	2	5	62,5	8	100	8	100	8	100	
ЧСС	до 80 ударов в минуту*	1	6	28,6	8	38,1	14	66,7	21	100
		2	2	25	2	25	3	37,5	6	75
	80 - 100 ударов в минуту*	1	15	71,4	13	61,9	7	33,3	-	10,3
		2	6	75	6	75	5	62,5	2	25
	более 100 ударов в минуту*	1	-	-	-	-	-	-	-	-
		2	-	-	-	-	-	-	-	-
Высокий тимпанит*	1	13	61,9	1	4,8	-	-	-	-	
	2	5	62,5	1	12,5	-	-	-	-	
Перистальт	Ослабленная*	1	2	9,5	-	-	-	-	-	

ика		2	-	-	-	-				
кишечника	Усиленная	1	19	90,5	-	-		100	124	100
	или норма	2	8	100	-	-				

* - $p < 0,05$ (достоверные отличия)

1- больные с принудительным удалением кишечного содержимого

2- больные со спонтанным удалением кишечного содержимого

Контрольное рентгенологическое исследование после наложения двуствольной петлевой илеостомы через 12 часов мы выполнили у 7 больных с сохраняющимся вздутием живота. В том числе у 3 больных после принудительного удаления кишечного содержимого и у 4 пациентов, которым содержимое не удалялось. Только у 2 больных, которым мы содержимое кишки не эвакуировали, в просвете сохранялись единичные уровни жидкости и газа, но значительно меньших размеров.

Ультразвуковое исследование через 12 часов после наложения илеостомы выполнено у 17 больных, в том числе у 13 больных с принудительной эвакуацией кишечного содержимого и у 4 без нее. При УЗИ исследовании перистальтика кишечника зарегистрирована у всех 17 больных. Размеры кишечника уменьшились до нормы у 9 больных с принудительной эвакуацией и у 2 без нее. У 4 больных после принудительного удаления кишечного содержимого и у 2 пациентов без удаления размеры кишки оставались увеличенными, снеки отечными, толщиной до 3-4 мм. Следует отметить, что у этих больных при клиническом осмотре сохранялось вздутие живота. В последующем уже через 24 часа у этих больных при контрольном УЗИ исследовании явления кишечной непроходимости не были выявлены.

Внутрибрюшное давление после наложения двуствольной петлевой илеостомы через минидоступ было измерено у 19 больных, в том числе у 14 пациентов после принудительной декомпрессии и у 5 без нее. У 5 из 14 больных с принудительной эвакуацией кишечного содержимого перед оперативным вмешательством выявлена ИАГ 1 степени, средний уровень внутрибрюшного давления составил $13,9 \pm 0,58$ мм.рт.ст. ИАГ 2 степени выявлена 5 пациентов, средний уровень ВБД составил $18,2 \pm 0,32$ мм.рт.ст. 2 больных с ИАГ 3 степени, у одного из них ВБД составило 22 мм.рт.ст., у

второго 23 мм.рт.ст.. 4 степень ИАГ, имела место у 2 больных, показатели ВБД у одного 27 мм.рт.ст., у другого 29 мм.рт.ст.

Из 5 больных, которым после наложения двухствольной петлевой илеостомы содержимое ободочной кишки не удалялось, у 2 выявлена ИАГ 1 степени, в обоих случаях ВБД было 12 мм.рт.ст. Еще у 2 выявлена ИАГ 2 степени, у одного из них ВБД составило 17 мм.рт.ст., у другого 19 мм.рт.ст. И у одного больного имела место 3 степень ИАГ, ВБД составило 21 мм.рт.ст.

После наложения двухствольной петлевой илеостомы наиболее быстрый эффект был получен после антеградной интубации и эвакуации кишечного содержимого. Через 6 часов у всех больных с первой и второй степенью ИАГ, кроме одного со второй степенью, ВБД снизилось ниже 12 мм.рт.ст. У этого больного на рентгенограмме и УЗИ выполненном при поступлении выявлено расширение правых отделов толстой кишки до 15-17 см без вовлечения в процесс тонкой кишки. При выполнении радикального этапа через 8 дней выявлен некроз слизистой в слепой кишке.

У одного больного с 3 степенью ИАГ ВБД снизилось на 9 мм.рт.ст., у другого на 11 мм.рт.ст. У больных с 4 степенью ИАГ в одном случае отмечено снижение ВБД на 8 мм.рт.ст., в другом на 14 мм.рт.ст.

Через 12 часов ВБД нормализовалось у остальных кроме одного с 4 степенью ИАГ, хотя показатели у этого больного так же снизились на 6 мм.рт.ст., но стали ниже 12 мм.рт.ст. после контрольного исследования через 24 часа.

Из 5 больных, которым не было произведено принудительное удаление кишечного содержимого при наложении двухствольной петлевой илеостомы через минидоступ через 6 часов только у одного пациента с 1 степенью ИАГ ВБД снизилось ниже 12 мм.рт.ст. У второго больного с 1 степенью ИАГ, показатели нормализовались через 12 часов. Со 2 степенью ИАГ через 6 часов внутрибрюшное давление снизилось у одного больного на 3 мм.рт.ст., у другого на 5 мм.рт.ст. Однако часам у обоих эти показатели оказались в пределах нормы уже к 24 часам. У больного с 3 степенью ИАГ ВБД через 6

часов снизилось только на 3 мм.рт.ст., к 12 часам еще на 6 мм.рт.ст., к 24 часам еще на 7 мм.рт.ст. и только на вторые сутки на фоне активного функционирования стомы давление в брюшной полости снизилось до 7 мм.рт.ст.

При исследовании уровня токсемии у больных с двустольными илеостомами наложенными через минидоступ во всех случаях отмечено уменьшение уровня интоксикации, но наиболее выраженный эффект получен после принудительной эвакуации кишечного содержимого и орошения просвета кишки сорбентами (табл. 23).

Таблица 23

Динамика основных лабораторных показателей у больных с двустольными илеостомами, наложенными через минидоступ (M±m)

Показатель		При поступлении	На 2-е сутки	P
ЛИИ, расч.ед.	1	3,74±0,21	2,66±0,18	<0,05
	2	3,57±0,19	2,97±0,22	<0,05
МСМ, усл.ед.	1	0,32±0,016	0,21±0,012	<0,02
	2	0,31±0,19	0,27±0,17	<0,05
Общий белок, г/л	1	74,56±3,48	75,47±2,73	>0,1
	2	75,23±4,27	75,28±3,78	>0,1
Альбумин, г/л	1	37,84±1,76	32,19±2,14	<0,05
	2	38,36±1,87	33,42±2,43	<0,05
Мочевина, ммоль/л	1	7,69±0,43	6,32±0,47	<0,05
	2	7,72±0,28	7,21±0,44	<0,05
Креатинин, кмоль/л	1	93,55±6,18	70,46±5,62	<0,02
	2	91,46±5,22	87,38±4,88	<0,03
Калий, ммоль/л	1	3,92±0,17	4,54±0,23	<0,05
	2	3,86±0,21	4,14±0,32	<0,05
Натрий, ммоль/л	1	142,92±1,16	146,56±1,32	<0,05
	2	143,87±1,43	142,42±1,46	<0,05
Гемоглобин, г/л	1	137,36±1,88	128,43±1,69	<0,001
	2	136,43±2,18	127,32±1,76	<0,001
Эритроциты, 10 ¹² /л	1	4,22±0,35	4,25±0,27	>0,1
	2	4,36±0,34	4,22±0,31	>0,1
Моноциты, *10 ⁹ /л	1	56,84±4,75	58,47±3,88	>0,1
	2	55,78±3,98	57,65±3,67	>0,1

p < 0,05 - достоверные отличия

1-больные с принудительным удалением кишечного содержимого

2-больные со спонтанным удалением кишечного содержимого

У 14 больных с принудительным удалением кишечного содержимого показатели ЛИИ нормализовались уже через 48 часов, у остальных на 3-4

сутки. У больных без принудительной эвакуации признаки интоксикации сохранялись более длительное время. Через 48 часов только у 3 больных из 8 при исследовании ЛИИ, отмечена нормализация этих показателей. Во всех случаях имела место маловыраженная клинико-рентгенологическая картина кишечной непроходимости. В то же время практически у всех больных, как с принудительным, так и со спонтанным опорожнением кишечника, к 6-7 суткам лабораторные признаки интоксикации были ликвидированы.

Пример: Больная М. 72 лет госпитализирована в стационар 03.06.11г. в экстренном порядке с жалобами на вздутие живота, боли, отсутствие стула и задержку отхождения газов в течение 2 суток. Считает себя больной в течение 3 месяцев, когда появились запоры.

В анамнезе отдышка при физических нагрузках, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический коронарокардиосклероз, сахарный диабет.

При поступлении общее состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Язык умеренно обложен беловатым налетом, суховат. АД 140\90 мм.рт.ст., пульс 98 ударов в минуту, отмечается аритмия. На ЭКГ-заключение. Живот участвует в акте дыхания, вздут, мягкий, болезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом Склярова положительный. При перкуссии определяется высокий тимпанит в проекции восходящей, поперечной и нисходящих отделах ободочной кишки, перистальтические шумы кишечника усилены. Внутрибрюшное давление составляет 19 мм.рт.ст., ЛИИ — 3,21 расч. ед., МСМ -0,31 ус.ед.. Степень тяжести физического состояния оценена как третья. На обзорной рентгенологических снимках брюшной полости: толстокишечные уровни жидкости и скопление газа по ходу толстой кишки, до дистальной части нисходящего отдела. Просвет толстой кишки расширен до 10 см.. На УЗИ – в восходящей, поперечной и нисходящих отделах ободочной кишки уровни жидкости и скопления большого количества газов. С лева, в проекции дистальной трети нисходящей кишки, на нижней границе секвестрированной в просвете кишки жидкости, определяется опухолевидное образование

размерами 120 на 60 мм.. Диаметр кишки над опухолью достигает 70-80мм., толщина стенки 4-5 мм.. Установлен предварительный диагноз: Острая обтурационная толстокишечная непроходимость. Больному в течении 6 часов проведена декомпрессионная и корригирующая терапия. Через 6 часов выполнена контрольная обзорная рентгенография брюшной полости. На контрольной рентгенограмме размеры газа над уровнями жидкости и размеры кишки без существенных изменений. После проведенной декомпрессионной и корригирующей терапии больная отмечает некоторое улучшение общего состояния, уменьшение болевого синдрома, вздутия живота, отхождения незначительного количества газов. РС-88 ударов в минуту, сохраняется аритмия. ВБД- 19 мм.рт.ст.. Сразу же после контрольной обзорной рентгенографии брюшной полости с целью уточнения диагноза выполнена колоноскопия. При колоноскопии в дистальном отделе толстой кишки выявлено бугристое опухолевидное образование, плотной консистенции, суживающий просвет кишки до 4-5 мм.

Установлен диагноз: Рак нисходящего отдела ободочной кишки (T4NxMo), осложненный острой обтурационной непроходимостью третья стадия. Выставлены показания к эндоскопической декомпрессии. Попытка реканализировать раковый канал и произвести декомпрессию оказалась неудачной, в связи с чем выставлены показания к наложению 2 ствольной петлевой илеостомы через минидоступ. Совместно с анестезиологом и терапевтом проведена коррекция водно-электролитных, метаболических и сердечно-сосудистых нарушений и через 8 часов под общим обезболиванием в правой подвздошной области выполнена операция миналапаротомия с наложением 2 ствольной петлевой илеостомы. Интраоперационно в толстую кишку через отводящую культю с помощью специального приспособления введен зонд и произведено удаление содержимого кишки и орошение просвета сорбентами. Перед наложением 2 ствольной илеостомы ВБД 19 мм.рт.ст., через 6 часов 13 мм.рт.ст. и 12 часов 7 мм.рт.ст. , ЛИИ перед операцией 3,21

расч. ед., через 48 часов 2,58 расч.ед.. МСМ 0,31 ус.ед., через 48 часов 0,26 ус.ед..

У 142 больных раком толстой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью нами были наложены разгрузочные колостомы через минидоступ. В том числе у 105 больных проксимальные двухствольные петлевые трансверзостомы. У 31 пациента с раком дистальных отделов толстой кишки двухствольные петлевые колостомы непосредственно выше опухоли. У 6 больных с нижеампулярным раком прямой кишки одноствольные сигмостомы через минидоступ по разработанному в клинике способу.

У 38(26,8%) больных оперативные вмешательства были выполнены под эпидуральной анестезией, у 11 (7,7%) под местным обезболиванием и у 93(65,5%) под общим обезболиванием.

Размеры раны для двухствольной петлевой колостомы, как правило не превышали 5-6 см. Время, затраченное на наложение двухствольной петлевой колостомы через минидоступ, не превышало 30-40 минут.

Из 142 больных, которым мы для декомпрессии наложили двухствольные петлевые колостомы у 64(45,1%) пациентов после выведения петли толстой кишки производили принудительное удаление содержимого толстой кишки и санацию его просвета.

После наложения колостом через минидоступ умерло 4 (2,8%) больных. У всех 4 больных причиной летального исхода было изначально тяжелое физическое состояние расценено как IV степень тяжести, обусловленное как сопутствующими заболеваниями, так и тяжелой интоксикацией. Из них у одного больного причиной смерти была остановка сердечной деятельности на вводимом наркозе, у одного в послеоперационном периоде развилась тромбоэмболия легочной артерии и у 2 острая сердечнососудистая недостаточность.

У остальных 138 больных отмечена положительная динамика клинических симптомов, более выраженная у больных с принудительным удалением кишечного содержимого.

Послеоперационные параколостомические воспалительные осложнения выявлены у 26 (18,3%) больных.

Обзорная рентгенография брюшной полости в послеоперационном периоде через 24 часа была выполнена у 6 больных после принудительного опорожнения толстой кишки и у 11 больных со спонтанным опорожением. Только у 2 больных с принудительным и у 4 с самостоятельным опорожением через стому выявлены единичные небольшие уровни жидкости и газа над ними, у остальных рентгенологические признаки непроходимости полностью разрешились.

При измерении внутрибрюшного давления у больных с прицельными двуствольными колостомами более выраженный эффект получен у больных с интраоперационным принудительным удалением кишечного содержимого и орошением его просвета. Перед оперативным вмешательством из этих больных у 4 (14,3%) ВБД не превышало 12мм.рт.ст. У 11(39,3%) больных выявлена 1 степень ИАГ, в среднем ВБД составило $13,8 \pm 0,37$ мм.рт.ст.

У 7 (25%) пациентов зарегистрирована 2 степень ИАГ, в среднем ВБД у них составило $17,9 \pm 0,23$ мм.рт.ст. У 4 пациентов имела место 3 степень ИАГ, в среднем ВБД составляло $22,3 \pm 0,75$ мм.рт.ст. И у 2 больных выявлена 4 степень ИАГ, у одного пациента ВБД составляло 26 мм.рт.ст., у другого 27 мм.рт.ст. Всего исследование ВБД выполнено у 28 больных с принудительным опорожением содержимого толстой кишки через стому.

Внутрибрюшное давление так же исследовано у 21 больного с самостоятельным опорожением толстой кишки через стому. У 3 пациентов ВБД не превышало 12 мм.рт.ст., у 8 пациентов выявлена 1 степень ИАГ, в среднем ВБД составило $13,3 \pm 0,37$ мм.рт.ст. У 5 больных имела место 2 степень ИАГ, среднее внутрибрюшное давление составило $17,2 \pm 0,78$ мм.рт.ст. У 3 больных зарегистрирована 3 степень ИАГ, у одного из них ВБД составило 22 мм.рт.ст., у другого 24 мм.рт.ст. Четвертая степень ИАГ имела у одного пациента, ВБД составило 27мм.рт. ст.

При принудительной эвакуации кишечного содержимого у всех больных с 1 степенью и у 4 больных со 2 степенью ИАГ через 6 часов ВБД было в пределах нормы. У остальных больных так же отмечено снижение ВБД. В том числе у оставшихся 3 больных со 2 степенью ИАГ, в среднем на $5,3 \pm 0,53$ мм рт.ст., при 3 степени ИАГ, в среднем на $6,7 \pm 0,53$ мм рт.ст., при 4 степени ИАГ у одного больного на 9 мм рт. ст., у другого на 5 мм рт.ст. Следует отметить, что у всех 6 больных, у которых имело место неполное снижение ВБД, в непроходимость была вовлечена и тонкая кишка.

Через 12 часов ВБД полностью снизилось до нормальных цифр у оставшихся больных со 2 степенью ИАГ и 2 больных с 3 степенью ИАГ.

Из остальных 2 больных с 3 степенью ИАГ ВБД снизилось к этому времени у одного больного ещё на 4 мм.рт.ст, у второго на 5 мм.рт.ст.

У одного из больных с 4 степенью ИАГ так же отмечено снижение ВБД еще на 5 мм.рт.ст. В то время как у другого больного ВБД вновь начало нарастать и увеличилось на 2 мм.рт.ст .

К 24 часам ВБД нормализовалось у оставшихся 2 больных с 3 степенью ИАГ. У одного больного с 4 степенью ИАГ ВБД снизилось ещё на 6 мм.рт.ст., у второго больного ВБД увеличилось ещё на 3 мм.рт.ст.. На вторые сутки больной скончался. Из больных, у которых происходило самостоятельное опорожнение кишки через стому, через 6 часов ВБД снизилось до нормальных значений только у всех больных с 1 степенью ИАГ и у 2 больных со 2 степенью ИАГ. У оставшихся 3 больных со 2 степенью ИАГ в среднем снизилось на $4,2 \pm 0,32$ мм.рт.ст. У больных с 3 степенью в среднем на $5,6 \pm 0,56$ мм.рт.ст. У больного с 4 степенью ИАГ на 6 мм.рт.ст.

Через 12 часов ВБД нормализовалось еще у одного больного из 3 больных со 2 степенью ИАГ. Из оставшихся 2 больных со 2 степенью ИАГ, ВБД снизилось у одного на 2 мм.рт.ст., у другого на 3 мм.рт.ст. Снижение ВБД отмечено так же у 2 больных с 3 степенью ИАГ, у одного на 4 мм.рт.ст. у другого на 5 мм.рт.ст. У третьего больного с 3 степенью ИАГ отмечено

нарастание ВБД на 4мм.рт.ст. Подъем внутрибрюшного давления на 3 мм.рт.ст. отмечен так же у больного с 4 степенью ИАГ.

К 24 часам у последних двух больных ВБД повысилось несмотря на выделение до 150-200 мл жидкого кишечного содержимого. В первом случае ВБД увеличилось на 2 мм.рт.ст., во втором на 3 мм.рт.ст. На вторые сутки больные на фоне нарастающей сердечнососудистой и печеночно-почечной недостаточности, а так же эцефалопатии скончались. Внутрибрюшное давление нормализовалось к 24 часам и у оставшихся 2 больных со 2 степенью и 2 больных с 3 степенью ИАГ.

После наложение прицельных двуствольных колостом практически у всех больных отмечено снижение интоксикационного синдрома, как по клиническим проявлениям, так и по лабораторным данным (табл. 24, 25)

Таблица 24

Динамика основных клинических показателей у 142 больных с двуствольными колостомами

Показатель		Перед операцией		Через 6 часов после		Через 12 часов		Через 24 часа		
		п	%	N	%	п	%	п	%	
Боль*	1	37	57,8	10	15,6		-		-	
	2	44	56,4	23	35,9		-		-	
Тошнота*	1	19	29,7	-	-		-		-	
	2	22	28,2	-	-		-		-	
Рвота*	1	9	14,1	-	-		-		-	
	2	12	15,4	-	-		-		-	
Вздутие живота*	1	49	76,5	12	18,7		-		-	
	2	60	76,9	25	39,01	17	21,9		-	
Сухость во рту*	1	14	21,9	-	-		-		-	
	2	15	18,2	-	-		-		-	
Отхождение стула и газов	1	39	60,9	64	100	100	100	-	100	
	2	46	58,9	78	100	100	100	-	100	
Ч С С	до 80 ударов в минуту*	1	17	26,6	24	37,5	46	71,8	61	95,3
		2	22	28,2	19	24,3	25	32,01	62	79,5
С	от 80 до 100 ударов в минуту	1	47	73,4	-	62,5	18	28,1	3	4,3
		2	56	71,8	-	75,7	53	67,3	16	21,4
С	более 100 ударов в минуту*	1		-	-	-	-	-	-	
		2		-	-	-	-	-	-	
Высокий тимпанит*	1	38	59,4	4	6,3	-	-	-	-	
	2	48	61,5	13	16,6	5	6,4	-	-	

Перистальтика кишечника	ослабленная*								
	1	6	9,3	-	-	-	-	-	-
	2	9	11,5	5	6.4	-	-	-	-
	Усиленная								
	1	58	90,1	-	100	-	100	-	100
	2	69	88,5	-	95.6	-	100	-	100

* - $p < 0,05$ (достоверные отличия)

1-больные с принудительным опорожнением кишечника.

2-больные со спонтанным опорожнением кишечника.

Таблица 25

Динамика основных лабораторных показателей у 142 больных с двустольными петлевыми колостомами наложенными через минидоступ

Показатель		При поступлении	На 2-е сутки	p
ЛИИ, расч.ед	1	3,24±0,21	2,66±0,18	<0,05
	2	3,32±0,19	2,71±0,22	<0,05
МСМ, усл.ед.	1	0,26±0,016	0,21±0,12	<0,02
	2	0,27±0,020	0,23±0,18	<0,02
Общий белок, г/л	1	74,56±3,48	75,47±2,73	>0,1
	2	75,22±3,36	74,56±3,32	>0,1
Альбумин, г/л	1	37,84±1,76	32,19±2,14	<0,05
	2	38,76±2,12	32,46±1,98	<0,05
Мочевина, ммоль/л	1	7,69±0,43	6,32±0,47	<0,05
	2	7,72±0,32	7,21±0,42	<0,05
Креатинин, кмоль/л	1	93,55±6,18	70,46±5,62	<0,02
	2	92,46±6,12	86,63±5,34	<0,03
Калий, ммоль/л	1	3,92±0,17	4,54±0,23	<0,05
	2	3,86±0,23	4,46±0,26	<0,05
Натрий, ммоль/л	1	142,92±1,16	146,56±1,32	<0,05
	2	143,68±2,21	144,48±1,45	<0,05
Гемоглобин, г/л	1	137,36±1,88	128,43±1,69	<0,001
	2	138,34±1,94	134,66±1,98	<0,001
Эритроциты, $10^{12}/л$	1	4,22±0,35	4,25±0,27	>0,1
	2	4,36±0,42	4,41±0,26	>0,1
Моноциты, $*10^9/л$	1	56,84±4,75	58,47±3,88	>0,1
	2	57,24±4,66	58,28±3,64	<0,1

$p < 0,05$ - достоверные отличия

В более ранние сроки это происходило при принудительном опорожнении и санации просвета кишки. Из 42 больных с принудительным опорожнением кишечника, которым было проведено исследование лейкоцитарного индекса интоксикации и МСМ, 28 (66,7%) больных уже на вторые сутки нормализовались эти показатели, у 16 (38,1%) больных на 3-4 сутки и у 8(19,04%) больных с перифокальным воспалительным процессом эти показатели хотя и снизились, но не нормализовались.

При спонтанном опорожнении на вторые сутки ЛИИ и МСМ нормализовались только у 12(33,3%) больных, на 3-4 сутки у 11 (30,5%) пациентов, на 7 сутки у 8 (22,2%) больных и у 6 больных с перифокальным воспалительным процессом в процессе лечения эти показатели хотя и снизились, но оставались выше нормы.

Пример: Больной В. 78 лет поступил в стационар 03.06.11г. в экстренном порядке с жалобами на выраженное вздутие живота, боли, отсутствие стула и задержку отхождения газов в течение 3 суток. Считает себя больным в течение 5 месяцев, когда появились запоры.

В анамнезе отдышка при физических нагрузках, многократные госпитализации по поводу заболевания сердце.

При поступлении общее больного состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Язык умеренно обложен беловатым налетом, суховат. АД 140\90 мм.рт.ст., пульс 116 ударов в минуту, отмечается аритмия. На ЭКГ-заключение. Живот участвует в акте дыхания, вздут, мягкий, болезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом Склярова положительный. При перкуссии определяется высокий тимпанит в проекции ободочной кишки, перистальтические шумы кишечника ослаблены. Внутривнутрибрюшное давление составляет 23 мм.рт.ст., ЛИИ — 3,32 расч. ед. , МСМ -0,35 ус.ед.. Степень тяжести физического состояния оценена как третья . На обзорной рентгенологический снимках брюшной полости: уровни жидкости и скопление газа по ходу толстой кишки, до дистальных отделов нисходящей кишки. Просвет толстой кишки расширен до 12 см.. На УЗИ – в петлях

тонкого и толстого кишечника множество уровни жидкости и скопления большого количества газов . В проекции сигмовидной кишки на нижней границе секвестрированной в просвете кишки жидкости, определяется опухолевидное образование размерами 110 на 60 мм.. Диаметр кишки над опухолью достигает 90мм., толщина стенки 5-6 мм.. , Петли тонкой кишки расширены до 5-6 см, толщина стенок до 4-5 мм. В печени метастазов не выявлено, из за выраженного пневматоза визуализировать региональные и параортальные лимфоузла не представляется возможным.

Установлен предварительный диагноз: Острая обтурационная толсто-тонкокишечная кишечная непроходимость. Больному в течении 6 часов проведена декомпрессионная и корригирующая терапия. Через 6 часов выполнена контрольная обзорная рентгенография брюшной полости при которой рентгенологическая картина не претерпела существенных изменений. Субъективно больной отмечает некоторое улучшение общего состояния, уменьшение болевого синдрома, вздутия живота, отхождения газов. Ps-96 ударов в минуту, сохраняется аритмия. ВБД- 22 мм.рт.ст.. После контрольной обзорной рентгенографии брюшной полости с целью уточнения диагноза выполнена РРС. При РРС на 25 см. от края ануса определяется опухолевидное образование плотной консистенции, суживающий просвет кишки до 6 мм.

Установлен диагноз: Рак нижней трети сигмовидной кишки ($T_4N_xM_0$), осложненный острой обтурационной непроходимостью третья стадия. Попытка разрешить непроходимость эндоскопический не увенчалось успехом, в связи с чем совместно с анестезиологом и терапевтом проведена коррекция водно-электролитных, метаболических и сердечно-сосудистых нарушений и через 8 часов под общим обезболиванием в правом подреберье через минидоступ сформирована 2 ствольная трансверзостома. Во время оперативного вмешательства из приводящего и отводящего отделов толстой кишки, с помощью 2 просветного зонда произведено удаление содержимого толстой кишки и оращение просвета сорбентами. Перед оперативным вмешательством ВБД составило 23 мм.рт.ст., через 6 часов 18 мм.рт.ст. , 12

часов 13 мм.рт.ст. и через 24 часа 7 мм.рт.ст., ЛИИ перед операцией 3,23 расч. ед., через 48 часов 2,49 расч. ед.. МСМ-0,32 ус. ед., через 48 часов 0,25 ус. ед..

У 78 больных раком толстой кишки, осложненным острым нарушением проходимости толстой кишки по различным причинам оперативные вмешательства были завершены лапаротомией с наложением двустольных петлевых стом. В том числе у 73 пациентов были наложены двустольные петлевые колостомы и у 5 больных двустольные петлевые илеостомы.

Колостомы при раках сигмовидной или прямой кишки накладывались, как правило, над опухолью: на сигмовидную или нисходящий отдел ободочной кишки. При раках поперечной ободочной кишки на печеночный угол ободочной кишки, а при раках восходящего отдела выполняли двустольную петлевую илеостому.

Все оперативные вмешательства были выполнены под эндотрахеальным наркозом. В послеоперационном периоде умерло 12 (22,2%) больных, у 29 (37,2%) развились воспалительные осложнения. Длительность оперативного вмешательства составила 80-90 минут.

При клиническом осмотре через 6-12-24 часа практически у всех больных отмечено вздутие живота различной степени выраженности. Перистальтические шумы ни у одного больного не прослушивались. Так же не отмечено функционирование стом.

Через 48 часов вздутие живота сохранялось у всех больных, у 27 пациентов отмечено незначительное подтекание кишечного содержимого, в том числе у 3 из 5 больных с илеостомами. Единичные перистальтические шумы зарегистрированы так же у этих же 27 больных. Из них у 19(24,3%) пациентов было произведено интраоперационное удаление кишечного содержимого.

Через 72 часа после оперативного вмешательства уменьшение вздутия живота отмечено у 42(53,8%) пациентов, в том числе у 19 больных с интраоперационным удалением кишечного содержимого.

У этих же 42 больных начали прослушиваться кишечные шумы и отмечено отхождение кишечного содержимого через стому (табл. 26).

Таблица 26

Динамика основных клинических показателей у 78 больных после лапаротомии с наложением двустольной петлевой колостомы

Показатель		Перед операцией		Через 24 часов		Через 48 часов		Через 72 Часа		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Боль*	1	33	55,9	57	100	56	100	54	100	
	2	11	57,9	18	100	17	100	15	88,2	
Тошнота*	1	16	26,9	17	28,8	12	20,3	9	15,2	
	2	5	26,3	6	31,8	3	17,6	2	11,2	
Рвота*	1	8	13,5	9	15,7	9	11,5	2	3,7	
	2	3	15,8	3	16,6	2	11,8	-	-	
Вздутие живота*	1	49	83,1	57	100	56	100	54	100	
	2	15	78,9	18	100	17	100	17	100	
Сухость во рту*	1	20	33,3	28	49,1	11	19,4	12	22,2	
	2	5	26,3	7	38,8	2	11,8	2	11,8	
Отхождение стула и газов*		1	28	47,4	-	-	-	-	31	57,4
		2	8	42,1	-	-	3	17,6	11	64,7
Ч С С	до 80 ударов в минуту*	1	16	27,1	-	-	-	-	21	26,9
		2	5	26,3	-	-	3	17,6	6	35,3
	от 80 до 100 ударов в минуту*	1	39	66,1	43	75,4	45	80,3	33	61,1
		2	12	61,1	12	66,7	11	76,5	10	58,8
	более 100 ударов в минуту*	1	4	6,4	19	24,3	14	17,9	9	11,5
		2	2	10,5	5	27,7	3	17,6	1	5,9
Высокий тимпанит*	1	35	58,9	57	100	51	91,1	43	79,6	
	2	11	57,4	14	77,8	8	47,0	6	35,3	
Перистальтические шумы	Отсутствуют	1	7	11,5	57	100	56	100	35	64,8
		2	2	10,5	18	100	12	70,6	7	41,2
	Имеются	1	53	88,5	-	-	-	-	19	35,2
		2	15	78,9	-	-	5	29,4	10	76,5

* - $p < 0,05$ (достоверные отличия)

В течение первых 3 суток на фоне выраженного интоксикационного синдрома и сердечнососудистой и печеночно–почечной недостаточности умерло 7 больных. В том числе 2 больных с интраоперационным опорожнением содержимого толстой кишки.

Через четверо суток у 53 (67,9%) больных отмечено заметное клиническое улучшение, уменьшение вздутия живота появление достаточно чётких перистальтических шумов, в полном объёме функционирование колостомы. Еще у 13 больных хотя и было отмечено улучшение общего состояния, но сохранялись явления пареза кишечника. У оставшихся 5 пациентов на фоне прогрессирования интоксикационного синдрома и воспалительных изменений отмечено нарастание паралитической кишечной непроходимости.

В течение 5 суток клинические проявления пареза кишечника практически полностью разрешились у 66 больных, у оставшихся 5 пациентов динамическая непроходимость, а так же интоксикационный синдром и сердечнососудистая недостаточность прогрессировали и эти больные скончались в течение 5-7 суток.

Обзорные рентгенографии брюшной полости у больных с лапаротомическими двуствольными стомами через 48 часов были выполнены у 22 больных. У всех больных на рентгенограммах определялись признаки пареза кишечника различной степени выраженности. При контрольном исследовании через 72 часа у 17 из них на рентгенограммах отмечена положительная динамика, у 5 пациентов картина нарастания рентгенологических признаков пареза кишечника.

Ультразвуковое исследование после наложения лапаротомических стом с целью контроля эффективности декомпрессионной терапии и активности кишечной перистальтики мы производили через 24-48-72 часа и на 5 сутки. Всего это исследование в динамике выполнено у 26 больных, в том числе у 9 больных с интраоперационным удалением кишечного содержимого.

Через 24 часа после контрольного УЗИ у всех 9 больных с интраоперационным удалением кишечного содержимого нами в просвете толстой кишки не выявлено наличие жидкости и газа. Тогда как у других больных отмечено небольшое уменьшение газа и жидкости в незначительном объеме.

Исследование ВБД после лапаротомических стом было выполнено у 27 больных. Перед оперативным вмешательством у 5 из них ВБД не превышало 12 мм.рт.ст, у 9 больных диагностирована 1 стадия ИАГ, средний уровень давления составил $13,3 \pm 0,27$ мм.рт.ст., у 7 больных 2 стадия, средний уровень давления составил $18,7 \pm 0,58$ мм рт. ст., у 4 больных 3 стадия, среднее давление составило $23,2 \pm 0,23$ мм.рт.ст. и 4 стадия ИАГ выявлена была у 2 больных, у одного больного ВБД достигало 28 мм.рт.ст., у другого 31 мм.рт.ст.

Через 6 часов после оперативного вмешательства у 5 больных с исходными нормальными показателями и 4 больных с 1 степенью ИАГ показатели ВБД были в пределах нормы. У оставшихся 5 больных с 1 степенью ИАГ средний показатель давления составил $12,7 \pm 0,35$ мм.рт.ст. У больных со 2 степенью ИАГ снизился в среднем на $1,2 \pm 0,21$ мм.рт.ст., у больных с 3 стадией ИАГ - на $2,3 \pm 0,32$ мм.рт.ст. и у одного с 4 степенью ИАГ на 5 мм.рт.ст., у другого на 3 мм.рт.ст.

Через 12 часов после оперативного вмешательства, показатели ВБД снизились до нормальных ещё у 4 больных с 1 степенью ИАГ, у одного повысилось на 1 мм.рт.ст. У всех 7 больных со 2 степенью ИАГ отмечено снижение ВБД в среднем на $2,6 \pm 0,67$ мм.рт.ст. У 3 больных с 3 степенью ИАГ так же отмечено снижение ВБД в среднем на $1,3 \pm 0,23$ мм.рт.ст., у четвертого отмечено увеличение давления на 1 мм.рт.ст. У одного из 2 больных с 4 степенью ИАГ ВБД снизилось на 1 мм.рт.ст., у другого наоборот увеличилось на 2 мм.рт.ст.

Через 24 часа показатели нормализовались у всех больных с изначально невысокими цифрами ВБД и с ИАГ 1 степени, а так же у 3 пациентов со 2 степенью ИАГ.

У 4 больных ВБД снизилось в среднем на $1,8 \pm 0,43$ мм.рт.ст. Снижение в среднем на $2,1 \pm 0,56$ мм.рт.ст. отмечено и у 3 пациентов с 3 степенью ИАГ, у которых и ранее отмечалась тенденция к снижению. У четвертого вновь ВБД увеличилось на 1 мм.рт.ст. Увеличение ВБД к концу первых суток имело место у обоих больных с 4 степенью ИАГ, у одного выросло на 1 мм.рт.ст., у другого на 2 мм.рт.ст.

Через 48 часов ВБД нормализовалось еще у 3 больных со 2 степенью ИАГ, а у последнего из них снизилось на 1 мм.рт.ст. У 3 больных с 3 степенью ИАГ за это время продолжало снижаться в среднем на $4,1 \pm 0,76$ мм.рт.ст., у четвертого отмечен рост на 2 мм.рт.ст. и больной скончался на фоне прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности. К 48 часам рост ВБД продолжился и у больных с 4 степенью, у одного на 1 мм.рт.ст., у другого на 3 мм.рт.ст. Один из пациентов умер на 3 сутки, второй на 4 сутки.

Через 72 часа показатели ВБД нормализовались у последнего больного со 2 степенью ИАГ, а так же у 2 больных с 3 степенью. У одного больного с 3 степенью показатели ВБД опустились ниже 12 мм.рт.ст. только по истечении 4 суток. Некоторое снижение уровня интоксикации на вторые сутки, хотя и незначительное, отмечено только у больных с интраоперационным удалением кишечного содержимого (табл. 27).

Таблица 27

Динамика основных лабораторных показателей у больных после лапаротомии с наложением двухствольных петлевых стом

Показатель		Перед операцией	на 2-е сутки	P
ЛИИ, расч.ед	1	$3,36 \pm 0,21$	$3,27 \pm 0,18$	$<0,05$
	2	$3,26 \pm 0,19$	$3,31 \pm 0,21$	$<0,05$
МСМ, усл.ед.	1	$0,34 \pm 0,016$	$0,35 \pm 0,12$	$<0,02$
	2	$0,35 \pm 0,22$	$0,34 \pm 0,18$	$<0,03$
Общий белок, г/л	1	$74,56 \pm 3,48$	$75,47 \pm 2,73$	$>0,1$
	2	$74,29 \pm 3,39$	$74,66 \pm 3,$	$<0,01$
Альбумин, г/л	1	$37,84 \pm 1,76$	$32,19 \pm 2,14$	$<0,05$
	2	$37,71 \pm 1,64$	$36,22 \pm 2,54$	$<0,05$
Мочевина, ммоль/л	1	$7,69 \pm 0,43$	$6,32 \pm 0,47$	$<0,05$

	2	7,76±0,58	7,21±0,27	<0,05
Креатинин, кмоль/л	1	93,55±6,18	70,46±5,62	<0,02
	2	94,32±7,12	87,35±4,52	<0,05
Калий, ммоль/л	1	3,92±0,17	4,54±0,23	<0,05
	2	3/89±0,19	4,11±0,34	<0,05
Натрий, ммоль/л	1	142,92±1,16	146,56±1,32	<0,05
	2	143,89±1,22	145,48±1,28	<0,05
Гемоглобин, г/л	1	137,36±1,88	128,43±1,69	<0,001
	2	141,24±2,12	132,36±1,43	<0,001
Эритроциты, 10 ¹² /л	1	4,22±0,35	4,25±0,27	>0,1
	2	4,21±0,33	4,18±0,31	>0,1
Моноциты, *10 ⁹ /л	1	56,84±4,75	58,47±3,88	>0,1
	2	58,76±4,65	57,36±3,76	>0,1

p < 0,05 - достоверные отличия

1.-больные с интраоперационным удалением кишечного содержимого

2-больные со спонтанным удалением кишечного содержимого

Тогда как при спонтанном опорожнении у большинства больных интоксикационный синдром сохранялся до 5-7 суток.

Пример: Больной А. 69 лет доставлена в стационар 13.11.12г. Каретой скорой помощи с жалобами на боли в животе, вздутие живота, отсутствие стула и задержку газов в течение 3 суток. Считает себя больным в течение 2 месяцев, когда появились примесь слизи и крови в кале.

В анамнезе бронхиальная астма, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический коронарокардиосклероз.

При поступлении общее больное состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Язык умеренно обложен беловатым налетом, суховат. АД 150\100 мм.рт.ст., пульс 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот участвует в акте дыхания, вздут, мягкий, болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Симптом Склярова положительный. При перкуссии определяется высокий тимпанит в проекции ободочной кишки, перистальтические шумы кишечника усилены. Внутрибрюшное давление составляет 17 мм,рт.ст., ЛИИ — 3,22 расч. ед. , МСМ -0,28 ус.ед.. Степень

тяжести физического состояния оценена как вторая. При обзорной рентгенографии брюшной полости: уровни жидкости и газ над ними в толстой кишке, крайняя на уровне средней трети нисходящей кишки. На УЗИ – уровни жидкости и скопления большого количества газов в толстой кишке. В левой подвздошной области в проекции средней трети нисходящей кишки на нижней границе секвестрированной в просвете кишки жидкости, определяется опухолевидное образование размерами 60 на 50 мм.. Диаметр кишки над опухолью 80мм., толщина стенки 5 мм.. В печени МТС не выявлены. Установлен предварительный диагноз: Острая обтурационная толстокишечная непроходимость. Больному в течении 6 часов проведена декомпрессионная и корригирующая терапия. Через 6 часов выполнена контрольная обзорная рентгенография брюшной полости, на которой выявлено уменьшение площади газа над уровнями на 20-25%. На фоне проведённой декомпрессионной и корригирующей терапии состояние больного улучшилось, отошли каловые массы и газы, уменьшилось вздутие живота и болевой синдром. РС-90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ВБД- 19 мм.рт.ст.. Сразу же после контрольной обзорной рентгенографии брюшной полости с целью уточнения диагноза выполнена колоноскопия. При колоноскопии в дистальном отделе нисходящей кишки выявлено бугристое опухолевидное образование, плотной консистенции, суживающий просвет кишки до 5-6 мм.

Установлен диагноз: Рак нисходящего отдела ободочной кишки (T4NxMo), осложненный острой обтурационной непроходимостью второй стадии. Эндоскопическая попытка реканализации оказалась неэффективной в связи с чем больному после корой предоперационной подготовки выполнена левосторонняя гемиколэктомия. Через 6 часов после операции ВБД у больного снизилась с 17 мм.рт.ст до 15 мм.рт.ст. Через 12 еще отмечено увеличение внутрибрюшного давления на 2 мм.рт.ст., к 24 часам еще на 1 пункт. К 48 часам отмечено снижение до 16 мм.рт.ст. К 72 часам до 11 мм.рт.ст.. К 24 часам отмечено нарастание клинических симптомов пареза кишечника, вздутие

живота, отсутствие перистальтические шумов, тахикардия. Некоторое увеличение ЛИИ с 3,22 расч.ед. До 3,24 ., МСМ с 0,28 ус.ед. До 0,31 ус.ед..

Таким образом, при раке толстой кишки, осложненном острой кишечной непроходимостью, выполнение лапаротомии с наложением проксимальных стом с целью декомпрессии приводит к большому количеству послеоперационных осложнений, летальных исходов и затягивает выполнение радикального этапа.

Проведенное исследование позволило оценить эффективность и целесообразность использования консервативных, эндоскопических и малоинвазивных оперативных вмешательств с целью декомпрессии у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, и разработать наиболее оптимальный алгоритм их применения у этого контингента больных.(Рис14.)

Лечебно-диагностическая программа при раке толстой кишки, осложнённом острой непроходимостью



При поступлении больным с клиникой кишечной непроходимости, кроме больных у которых она сочетается с перитонитом, после клинического осмотра, лабораторных исследований, ЭКГ и осмотра терапевта, необходимо выполняется обзорная рентгенографию и УЗИ брюшной полости. Рентгенологическое исследование и УЗИ производится с целью подтверждения диагноза острой толстокишечной непроходимости, определения

приблизительного уровня препятствия, диаметра кишки и толщины кишечной стенки, объема газа и секвестрированной жидкости в просвете кишки. Наряду с этим определяли внутрибрюшное давление.

После получения запланированной информации необходимо проводить декомпрессионную терапию и коррекцию водно-электролитных и сердечнососудистых нарушений и кислотно-щелочного состояния.

Для этого накладывается катетер для продленной эпидуральной блокады, производится декомпрессия верхних отделов ЖКТ, стимуляция кишечной моторики, введение спазмолитиков, ненаркотических анальгетиков, инфузионно-дезинтоксикационная терапия, выполняются сифонные или очистительные клизмы. Данные лечебные мероприятия проводятся в течение 6-7 часов.

Затем вновь выполняется обзорная рентгенография и УЗИ брюшной полости. При повторном обзорном рентгенографическом исследовании брюшной полости определяется диаметр толстой кишки, размеры площади газа над уровнями жидкости, в том числе тонкого кишечника при вовлечении его в непроходимость. Сравниваются эти показатели с предыдущими.

При контрольном УЗИ исследовании так же определяется диаметр кишки толщина ее стенки, степень перистальтической активности, наличие или отсутствие метастазов, размеры опухоли и ракового канала. Для последнего исследования, дополнительно в толстую кишку с помощью клизмы или с помощью специального устройства введённого в толстую кишку несколько дистальнее опухоли вводится жидкость. Полученные УЗИ данные сравниваются с предыдущими.

С целью исследования эффективности декомпрессионной терапии так же производится контрольное исследование внутрибрюшного давления.

В результате проведенных клинико–рентгенологического и УЗИ исследований, а так же лечебно–диагностического теста у всех 384 больных на этом этапе был подтвержден диагноз острой obturационной толстокишечной непроходимости. У 136 (35,4%) выявлена 1 стадия, у 155(40,1%) больных 2

стадия и 97 (25,%) пациентов 3 стадия острого нарушения проходимости толстой кишки. Это же подтверждено и УЗИ исследованием. На ряду с этим у 74(19,2%) выявлены метастазы в печени, в региональных и параортальных лимфоузлах, у 205(53,4%) определены размеры опухоли и ракового канала. При контрольном исследовании внутрибрюшного давления наибольший эффект от декомпрессионной терапии отмечен у больных с 1 и с 2 стадией нарушения проходимости, менее выражены у больных с 3 стадией.

У больных с 1 стадией после контрольных обзорной рентгенографий и УЗИ исследования брюшной полости декомпрессионная и корригирующая терапия в предложенном объеме продолжается до полного, но временного разрешения непроходимости. С этой целью после установления стадии непроходимости больным назначается поддерживающую терапию в виде трех или четырехкратного приёма 30-50 мл вазелинового масла, ежедневных клизм и корригирующей терапии имеющихся метаболических нарушений и сопутствующих заболеваний в течение 7-10 дней и готовятся к радикальному оперативному вмешательству. Параллельно с целью уточнения диагноза производится колоноскопия (РРС) или ирригоскопия, УЗИ и КТ - исследование опухоли и органов брюшной полости.

Больным со 2 и 3 стадией острого обтурационного нарушения проходимости толстой кишки после контрольного рентгенологического и УЗИ исследования с целью уточнения диагноза целесообразнее выполнять колоноскопию, что и было осуществлено у 178 больных. У 138 больных с предполагаемым раком дистальных отделов толстой кишки была выполнена РРС. И у 279 пациентов из-за невозможности выполнить колоноскопию на первом этапе, или уточнения размеров ракового канала, выполнялась ирригоскопия.

У больных с протяженностью ракового канала до 50 мм, и с любой протяженностью и диаметром ракового канала более 5 мм целесообразно эндоскопическая реканализация ракового канала с использованием специальных зондов. Эти способы реканализации у этих больных эффективны в 39,7% случаев. В течение 12-48 часов в случае успеха удваивается разрешить

явления непроходимости. В последующем при приеме поддерживающих доз вазелинового масла (30-50 мл 3 раза в сутки) и коррекции имеющихся метаболических нарушений в течение 7-10 суток создать условия аналогичные плановым, что позволяет подготовить больных к радикальным методам лечения.

Реканализацию ракового канала саморасширяющимся стентом следует производить у больных при протяженности ракового канала не более 50 мм и любого диаметра, когда практически у всех больных удаётся установить стент. Но учитывая то, что у этого контингента больных удастся временно восстановить пассаж кишечного содержимого значительно более дешевыми эндоскопическими способами, целесообразнее устанавливать саморасширяющиеся стенты у больных, которым в последующем не планируется радикальный этап (с неоперабельными формами рака толстой кишки).

При неэффективности эндоскопических способов декомпрессии у больных с 2 и 3 стадией острого обтурационного нарушения проходимости толстой кишки, в течение 12 часов у больных с 3 стадией непроходимости, и 24 часов со 2 стадией непроходимости, необходимо проведение коррекции имеющихся водно-электролитных и сердечнососудистых нарушений. Затем выполнять формирование илео- или колостом через минидоступ под местным или общим обезболиванием. Кроме больных раком правых отделов и поперечной ободочной кишки и низким анестезиологическим риском. У этих больных рациональнее выполнять радикальные оперативные вмешательства.

При высоком операционно-анестезиологическом риске при такой же локализации и любой тяжести физического состояния у больных с опухолями нисходящих отделов ободочной кишки и прямой кишок на первом этапе наиболее рационально выполнять наложение через минидоступ проксимальной двуствольной илеостомы в правой подвздошной области, или проксимальной двуствольной трансверзостомы в правом подреберье. При раке нижнеампулярного отдела прямой кишки или анального канала, то есть при

планируемой в последующем экстирпации прямой кишки, наложение одноствольной сигмостомы по разработанному в клинике способу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В основу работы положены результаты лечения 462 больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью. Из 462 больных госпитализированных в экстренном порядке в течение 6 часов с начала заболевания поступило только 14(3,03%) больных, от 6 до 24 часов - 72 (15,6%), от 1 до 3 суток – 223 (48,3%) и 4 и более суток - 153 (33,1%) пациента.

Из них мужчин было 269 (58,2%), женщин 193(41,8%). Средний возраст больных составил 65 лет. У 68,3 % выявлены сердечнососудистые заболевания, у 18,4% - заболевания дыхательной системы, у 15,6% - мочеполовой, у 24,5 % - пищеварительной, у 8,4% - желез внутренней секреции и у 16,2% аллергические заболевания.

У 7,9% больных выявлена 1 степень тяжести физического состояния, у 41,5% - вторая, у 42,9 % - третья и 8,1% четвертая степень.

У 261 (56,5%) больных опухоль локализовалась в ободочной кишке, в том числе у 33 (12,6%) пациентов в восходящей ободочной кишке, у 16 (6,1%) в поперечной ободочной, в нисходящей - у 50 (19,1%) и в сигмовидной кишке - у 162 (62,1%) больных. У 201 (43,5%) пациента опухоль локализовалась в прямой кишке, в том числе у 26 (12,9%) больных до 7 см от края анального канала, у 46 (22,9%) - от 7 до 12 см, и выше 12 см у 129 (64,2%) больных.

Из 462 больных у 394 (85,2%) выявлена аденокарцинома, у 31 (6,7%) недифференцированный рак, у 27 (5,8%) муцинозная аденокарцинома, у 11(2,3%) перстневидно-клеточный рак.

У 205 (44,4%)больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью имелись региональные или отдаленные метастазы или имело место распространение опухоли на соседние органы.

С помощью данных ректороманоскопии, колоноскопии, ирригоскопии, интраоперационного и макро-морфологического описания опухоли у 359 больных были определены размеры опухолевого канала.

У 103 больных информации о размерах ракового канала в медицинской документации не имелось. В том числе у 78 больных, которым по различным причинам после короткой предоперационной подготовки были выполнены лапаротомии с наложением проксимальных колостом.

Декомпрессионная терапия по разработанному в клинике алгоритму была проведена 384 больным. Начинали ее сразу же после выполнения обзорной рентгенографии и продолжали в течение 6 часов, затем выполняли повторную обзорную рентгенографию брюшной полости.

Исходы декомпрессионной терапии оценивались по изменению лабораторных данных, клинических проявлений, рентгенологической и ультразвуковой картины, динамике интраабдоминальной гипертензии.

Для определения уровня общей интоксикации и эффективности различных методов декомпрессии были использованы способы расчетов лейкоцитарных индексов интоксикации ЛИИ по С.Ф.Химич и ЛИИ по А.А.Чиркину у больных перед началом декомпрессионной терапии, через 24 часа и на 3, 5, 7 и 10 сутки. Всего исследование произведено у 117 больных, в том числе у 32 пациентов после и на фоне консервативных способов декомпрессии.

Для уточненной диагностики рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью, мы при поступлении сразу же после общеклинических и лабораторных методов обследования назначали обзорную рентгенографию брюшной полости и только после этого использовали другие специальные методы. С помощью обзорной рентгенографии брюшной полости у 409 (88,5%) больных с клиникой острой кишечной непроходимости при поступлении выявлены уровни жидкости или выраженный пневматоз. У остальных 53 (11,5%) на обзорных рентгенограммах брюшной полости имелось скопление газа в толстой кишке, что не позволяло с уверенностью подтвердить предполагаемый диагноз.

Диагноз острого нарушения проходимости толстой кишки с помощью обзорной рентгенографии брюшной полости был установлен у 29

(87,9%) больных раком восходящего отдела, у 15 (93,7%) поперечной ободочной кишки, у 43(86%) пациентов с раком исходящего отдела, у 149 (91,9%) раком сигмовидной кишки и у 186 (92,5%) раком прямой кишки.

У 313 (67,7%) имелись признаки острой толстокишечной непроходимости, у остальных 149 (32,3%) - толсто-тонкокишечной.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости позволяла ориентировочно установить уровень локализации стриктуры. Но для уточненного диагноза у этого контингента больных необходимы были более информативные методы обследования.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости нами была использована так же для оценки эффективности декомпрессионной терапии и прогноза течения непроходимости. Для этого мы использовали способ, предложенный В.З.Тотиков (2003) «Способ прогнозирования исхода декомпрессионной терапии».

Из 384 больных, которым были выполнены контрольные исследования через 6-7 часов, у 132 (34,4%) больных на обзорных рентгенограммах отмечено снижение уровней жидкости и газа более чем на 30%. У этих больных нами выставлена 1 стадия нарушения проходимости толстой кишки. У 155(40,1%) больных на повторных рентгенограммах выявлено уменьшение площади газов над уровнями жидкости менее чем на 30%. У этих больных установлена 2 стадия обтурационной толстокишечной непроходимости. У 97 (25,5%) больных отмечено увеличение площади газа над уровнями жидкости и выставлена 3 стадия обтурационной толстокишечной непроходимости.

У 138 больных из 384 пациентов, для уточнения диагноза рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью, была выполнена РРС, у 57 (41,3%) больных этот метод оказался малоэффективным, опухоли не были обнаружены. В том числе у 41 больного в связи с локализацией рака вне зоны досягаемости ректоскопа, у остальных 16 пациентов при проведении ректоскопа появились боли и они отказались от продолжения исследования.

У 81 пациента, которым удалось обнаружить опухоль при РРС, была взята биопсия, определены размеры наружного отверстия опухолевого канала, изучены его визуальные особенности. С помощью ректоскопа у 37 произведена попытка реканализации ракового канала по разработанному в клинике методу.

С помощью колоноскопии выявить причину развития механической толстокишечной непроходимости удалось у 158 (88, 8%) больных, которым это исследования было выполнено. При исследовании было установлено место локализации опухоли, взята биопсия, изучены визуальные характеристики, определен диаметр наружного отверстия ракового канала. У 20 (11,2%) больных колоноскопию выполнить не удалось из-за выраженного болевого синдрома при проведении аппарата по кишечнику и отказа больных от дальнейшего исследования.

При раке восходящего отдела данный метод был эффективен у 12(75%) больных, поперечной ободочной кишки у 4 (57,1%) пациентов, нисходящего отдела у 17 (89,5%), сигмовидной кишки у 81(96,4%) и при раке прямой кишки у всех 52 (100%) больных.

Ирригоскопия выполнена у 275 больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, у 244 (88,7%) выявлены причины непроходимости и локализация опухоли. В том числе у 67(27,5%) больных определен диаметр ракового канала и его протяженность и конфигурация, у 138(56,%) пациентов контраст заполнил только дистальное отверстие и часть ракового канала. И у 39(15,9%) больных при ирригоскопии удалось установить только уровень препятствия без четкого контрастирования просвета ракового канала.

У 15(71,4%) больных с помощью этого метода исследования в правых отделах выявлено наличие препятствия и его уровень. У 4 больных определены его размеры и констатирована его проходимость. У 6 пациентов контраст заполнил только дистальные отделы ракового канала.

При раке поперечной ободочной кишки наличие препятствия и его локализация с помощью ирригоскопии определены у 8(72,7%) больных. В том

числе у 3 больных структура прослеживалась на всем протяжении и констатирована ее проходимость. У остальных больных контрастировано только наружное отверстие ракового канала.

При опухолях нисходящего отдела у 29 (85,3%) пациентов выявлено наличие препятствия и уровень его локализации. У 12 (35,3%) больных определена протяженность ракового канала и констатирована его проходимость. У остальных 17 (50%) пациентов контрастное вещество заполнило только дистальное отверстие ракового канала.

При раке сигмовидной кишки с помощью ирригоскопии удалось определить наличие препятствия и его расположение у 86(94,5%) больных, размеры и проходимость ракового канала у 26(28,6%) пациентов. При раке прямой кишки у 114(96,6%) из 118 и у 26(28,6%) пациентов соответственно. Диаметр наружного отверстия ракового канала был определен у 65(71,4%) больных раком сигмовидной кишки и у 81(68,7%) раком прямой кишки.

Ультрасонографическое исследование было применено у 384 больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью. С помощью УЗИ у 350(91,1%) больных подтверждено наличие непроходимости, у 224(58,3%) выявлена опухоль, у 205(53,4%) описаны ее размеры, размеры ракового канала и толщина стенок опухоли. У 124(32,3%) выявлено прорастание в соседние органы и перифокальный воспалительный процесс. У 74(19,2%) определены метастазы в печени, параортальных и брыжеечных лимфоузлах. При помощи контрольных исследований производимых через 6-12-24 часов и их сравнения отслежена динамика развития острой непроходимости на фоне декомпрессионной терапии.

Полученные результаты исследования возможностей специальных методов диагностики у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью показали, что обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ и РРС или колоноскопия позволяют диагностировать острую кишечную непроходимость, провести дифференциальную диагностику между механической и динамической непроходимостью, между толсто - и тонко-

кишечной непроходимостью и установить локализацию опухоли. Определить ее размеры, наличие перифокального воспалительного процесса и прорастание опухоли в соседние органы и ткани, а так же размеры ракового канала и толщину стенок кишки и опухоли. Выявить наличие отдаленных и местных метастазов. Достаточно четко оценить состояние кишечной стенки и определить размеры кишки, толщину ее стенок и выраженность перистальтической активности. Наряду с этим проводить объективный динамический контроль за эффективностью декомпрессионной терапии и прогнозировать исход этой терапии. А предложенные усовершенствованные способы позволяют повысить диагностические возможности выше описанных методов диагностики, индивидуально для каждого больного определить возможность реканализации ракового канала и сразу же по окончании исследования произвести попытку его осуществления.

Для определения влияния размеров ракового канала на развития ОТКН у 354 больных с клиникой острой обтурационной толстокишечной непроходимости проведено макроскопическое исследование удаленных участков кишки с опухолью, ирригоскопии, колоноскопии и УЗИ опухоли и ее канала. Ни в одном случае не выявлено полного закрытия просвета кишки опухолью, максимальный размер ракового канала достигал 17 мм, минимальный составил 3 мм. У всех больных были запущенные формы рака (Т3-Т4). Полное закрытие просвета кишки наступало вследствие заполнения просвета ракового канала плотными каловыми массами, грубой клетчаткой, семечками или кожурой от фруктов.

С уменьшением диаметра ракового канала отмечено и увеличение количества больных с явлениями острого нарушения проходимости толстой кишки. Так только у 8 (2,2%) больных с ОТКН размеры стриктуры достигали 16-17 мм, у всех этих пациентов опухоли локализовались в прямой кишке.

У 86(23,9%) больных с ОТКН выявлены стриктуры диаметром 11-15 мм, у 114 (32,2%) пациентов 6-10 мм и у наибольшего количество больных 146(40,7%) выявлены сужения ракового канала до 5мм.

Чем дистальнее располагалась опухоль, тем чаще имело место развитие острой непроходимости при одном и том же или даже большем диаметре стриктуры.

Из 354 больных с ОТКН, которым были определены размеры ракового канала, у 184(52,6%) пациентов протяженность стриктуры составила 60-100мм, у 130(36,2%) пациентов 100 - 150 мм. И только 40 (11,1%) пациентов с ОТКН имели длину ракового канала менее 50 мм.

Только 36 (10,2%) пациентов имели хотя и узкий (<5мм), но не протяженный (до 50мм) раковый канал. У подавляющего большинства пациентов размеры ракового канала были от 6 до 10 мм в диаметре и протяженностью 60-150 мм. При этом канал имел извитой характер и чем протяженнее он был, то есть чем больше были размеры опухоли, тем в большей степени были выражены макроморфологические признаки распада опухоли, более выраженные в центральной части канала.

При микроскопическом исследовании тканей опухоли, расположенных по стенке ракового канала, практически во всех случаях, когда опухолевый канал был длиннее 60-70 мм, имелись признаки распада опухоли, так же более выраженные в центральных отделах ракового канала. При этом толщина стенки опухоли в отдельных места не превышала 10-15 мм, и легко нарушалась ее целостность.

Таким образом, острая непроходимость у больных раком толстой кишки может развиваться уже при сужении кишки до 17 мм, в то же время полного закрытия опухолью просвета кишки не наступает, из-за распада ее по ходу ракового канала. Причиной развития острого нарушения проходимости толстой кишки при стенозирующем раке является закупорка ее просвета плотными каловыми массами, грубой клетчаткой, кожурой от фруктов и другими включениями каловых масс. В то же время чем уже и длиннее раковый канал и дистальнее расположена опухоль, тем больше вероятность развития острого нарушения проходимости толстой кишки.

Динамику развития непроходимости на фоне проводимой декомпрессионной терапии в зависимости от размеров ракового канала мы изучили у 354 больных

Временно, но полностью (1 стадия ОТКН) разрешить непроходимость удалось у 124(35,02%) больных. В том числе у 88 (93,6%) пациентов с диаметром ракового канала более 10 мм и любой протяженностью, всем 4 больным с диаметром стриктуры 5-10 мм и протяженностью до 50 мм, у 20 (55,5%) с диаметром менее 5мм и протяженностью не более 50 мм.

При стриктуре 6-10 мм и протяженности 50-100 мм непроходимость разрешалась у 10 (14,5%) случаях и только в 2(3,2%) случаях при диаметре стриктуры 5 мм и протяженности 6-100 мм. У остальных пациентов непроходимость приняла волнообразный или нарастающий характер.

У больных с 1 стадией ОТКН вышеописанная терапия продолжалась в полном объеме до полного разрешения непроходимости. Затем на фоне коррекции метаболических и сердечнососудистых нарушений, лечения сопутствующих заболеваний, дезинтоксикационной и при необходимости противовоспалительной терапии, бесшлаковой диеты и нутритивной поддержке, продолжали назначать вазелиновое масло по 30 мл 5-6 раз в сутки, вплоть до оперативного вмешательства, которое, как правило, выполнялось в течение 7-10 дней. Накануне оперативного вмешательства вновь назначали очистительные клизмы (2 вечером и 2-3 утром). Проводимая терапия была эффективна у всех больных этой группы. Если при поступлении болевой синдром был отмечен у 83% больных, через 6 часов только у 51,7% , через 12 часов - у 20,1%, а через 24 часа боли наблюдались ни у одного больного. Тошнота, рвота и сухость во рту, которые имелись при поступлении у 65% и 49,2 % и 45,2% больных соответственно, через 12 часов не выявлены ни у одного. Вздутие живота к 24 часам отмечено только у 4% из 90,3% больных поступивших с этим симптомом. С первых часов начала декомпрессионной терапии практически у всех больных отмечено отхождение стула и газов, усиление перистальтической активности, нормализация пульса. То есть

отмечалась достаточно четкая клиническая картина разрешения непроходимости. Что подтверждается и при контрольных исследованиях лейкоцитарного индекса интоксикации и молекул средней массы произведенных через 24 часа. За это время отмечено их снижение соответственно с $3,24 \pm 0,21$ до $2,66 \pm 0,18$ ($p < 0,05$) и с $0,26 \pm 0,016$ до $0,21 \pm 0,012$ ($p < 0,02$). Кроме 4 больных с местнораспространенным раком, осложненным перифокальным воспалительным процессом, у которых эти показатели оставались высокими.

Из 124 больных с 1 стадией ОТКН при поступлении у 105(84,7%) на рентгенограммах определялись уровни жидкости и газ. В том числе у 41 тонко-толстокишечные и у 63 толстокишечные. У остальных 19(15,3%) пневматоз толстой кишки. После контрольного рентгенологического исследования произведенного через 5-6 часов, у 43(34,7%) больных рентгенологические признаки полностью исчезли, у остальных они разрешились в течение 6-48 часов на фоне продолжения в полном объеме проводимой терапии.

Аналогичная динамика отмечена и при УЗИ исследовании. Из 82 больных у 29 (35,4%) при проведении контрольного УЗИ через 5-6 часов в просвете толстой кишки нами не выявлена секвестрированная жидкость. Уменьшились так же размеры кишки и толщина ее стенок, в среднем диаметр с $7,43 \pm 0,32$ см до $4,64 \pm 0,25$ см ($p < 0,01$), толщина стенки кишки с $5,24 \pm 0,22$ мм до $3,1 \pm 0,18$ мм ($p < 0,02$). У всех 4 больных с парезом кишечника начали определяться перистальтические волны.

У остальных 53(64, 6%) больных с 1 стадией ОТКН при контрольном УЗИ произведенном через 6 часов так же выявлено уменьшение объема жидкости в просвете кишки, у 38 пациентов от 30% до 50%, у остальных - 50 % и более. Отмечено так же уменьшение диаметра кишки с $8,3 \pm 0,45$ см до $5,7 \pm 0,35$ см ($p < 0,16$) и толщины стенки с $5,1 \pm 0,27$ мм до $3,6 \pm 0,16$ мм ($p < 0,02$). У 5 больных с дилатированной кишкой, выявлено увеличение толщины стенки с $2,1 \pm 0,17$ мм до $3,4 \pm 0,23$ мм ($p < 0,02$), уменьшение ее размеров с $9,7 \pm 0,34$ мм до $4,8 \pm 0,45$ мм ($p < 0,5$), появление перистальтических волн.

После первого контрольного исследования внутрибрюшного давления у больных с 1 степенью ИАГ показатели снижались в среднем на $4,1 \pm 0,25$. У больных со 2 степенью в среднем на $5,8 \pm 0,46$. У больных с 3 степенью ИАГ в среднем $7,7 \pm 0,58$. И при 4 степени у одного на 12 мм.рт.ст., у другого на 14 мм. рт.ст. К 48 часам ВБД нормализовалось у всех 41 больного с ИАГ.

У 138 больных со второй стадией ОТКН на фоне проводимой декомпрессионной терапии и коррекции водно-электролитных и сердечнососудистых нарушений практически у всех больных отмечено отхождение газов и кишечного содержимого, усиление перистальтической активности, снижение частоты пульса. Из 128 (92,7%) пациентов - 39 больных не предъявляли жалобы на вздутие, у остальных отмечено их уменьшение. Болевой синдром, тошнота и рвота через 12 часов имели место соответственно у 44,9% из 86,2%, 26,8 % из 69,6%, и у 12,3% из 51,4% больных.

При исследовании уровня интоксикации, которое проведено у 53 больных, так же отмечена некоторая тенденция к ее снижению в течение 24 часов (с $3,92 \pm 0,28$ до $3,34 \pm 0,35$; $p < 0,001$) и МСМ (с $0,31 \pm 0,018$ до $0,29 \pm 0,025$; $p < 0,05$).

На контрольном рентгенологическом исследовании, выполненном через 6-7 часов, независимо от степени пневмотизации кишечника, у всех 138 больных отмечено уменьшение площади газа над уровнями жидкости меньше чем на 30% от изначального.

После контрольного исследования ВБД проведенного через 6-7 часов у больных с 1 степенью ИАГ показатели снижались в среднем на $2,2 \pm 0,19$ мм рт. ст. У больных со 2 степенью в среднем на $2,8 \pm 0,48$ мм рт.ст. У больных с 3 степенью ИАГ в среднем на $4,2 \pm 0,89$ мм рт.ст. И при 4 степени у одного больного на 2 мм рт. ст., у второго на 4 мм.рт.ст. и у третьего на 5 мм рт.ст. Снижение ниже 12 мм.рт.ст. отмечено у 9 больных, во всех случаях это были больные с 1 степенью ИАГ.

При повторном исследовании через 12 часов у этих же больных независимо от степени ИАГ вновь отмечено нарастание ВБД.

У всех 92 больных с 3 стадией ОТКН на обзорных рентгенограммах, произведенных через 5-6 часов, независимо от исходного уровня пневмотизации отмечена стабилизация или увеличение площади газа над уровнями жидкости.

При контрольном исследовании произведенном через 6-7 часов снижение ВБД в среднем на $2,8 \pm 0,38$ мм.рт.ст. отмечено у 16 больных, в том числе у 7 из 11 больных с 1 степенью ИАГ (в среднем на $2,1 \pm 0,14$ мм.рт.ст.) У 6 из 8 пациентов со 2 степенью ИАГ (в среднем на $3,2 \pm 0,36$ мм.рт.ст.). У 2 из 5 больных с 3 степенью ИАГ в одном случае на 2 мм.рт.ст., в другом на 3 мм.рт.ст. И у 1 из 4 больных с 4 степенью ИАГ до 4 мм.рт.ст. У 8 больных за это время внутрибрюшное давление оставалось в пределах исходных данных и только у 5 отмечено нарастание ВБД в среднем на $3,3\% \pm 0,58$ мм.рт.ст.

Из 28 больных которым вычислен лейкоцитарный уровень интоксикации при поступлении и через 12 часов, у 11 он снизился с $3,87 \pm 0,26$ до $3,65 \pm 0,31$ расчетных единиц ($p < 0,05$), у 12 оставался в пределах исходных данных $3,74 \pm 0,27$ ($p < 0,05$) и у 5 повысился всего с $3,77 \pm 0,36$ до $3,83 \pm 0,21$ расчетных единиц ($p < 0,05$).

В то же время больные отмечали значительное улучшение самочувствия. При клиническом осмотре практически у всех больных отмечено снижение частоты пульса, уменьшение вздутие живота и болевого синдрома, тошноты и рвоты. У 16,3% отмечено отхождение стула и газов, у 92,4% усиление перистальтических шумов, у 4 имело место их снижение.

Попытку реканализации ракового канала мы производили у больных со 2 и 3 стадией ОТКН после предоперационной подготовки.

С помощью ректоскопа и разработанного нами способа и специального устройства острые явления нарушения проходимости толстой кишки удалось разрешить у 16 (43,2%) больных, в том числе практически у всех больных с раковым каналом до 5 мм в диаметре и протяженностью от 25 до 50 мм. При раковом канале длиной 50-100 мм и диаметром до 5 мм провести стент удалось у 2 из 7 пациентов, у этих 2 больных длина канала не превышала 60-70

мм. При протяженности более 100 мм и аналогичном диаметре ни в одном случае из 9 попытка не удалась. Попытка проведения силиконового стента у больных с диаметром ракового канала 6-10 мм и протяженностью его 60-100 мм была успешной у 8 из 11 больных. При диаметре стриктуры 6-10 мм и длине ракового канала 100-150 удалось разрешить непроходимость у 2 из 6 пациентов.

Следует отметить, что у больных с протяженными раковыми каналами, то есть большими опухолями склонными к распаду, мы при малейшем сопротивлении прекращали проведение зонда.

Ни у одного из 37 больных, которым нами была предпринята попытка реканализации ракового канала с помощью ректоскопа и предложенных способов, осложнений и летальных исходов не было.

Колоноскопия с использованием разработанной нами технологии для разрешения непроходимости была успешной у 11 (32,2%) больных. Во всех случаях «шарящий» зонд, а по ней и силиконовый стент был проведен в выше лежащие отделы. Удалось временно разрешить острую непроходимость и у 4 пациентов из 5 с диаметром ракового менее 5 мм и протяженностью его 25-50 мм, так же у 1 из 5 больных с диаметром ракового канала менее 5 мм и длиной 60-100 мм. Но, ни в одном случае из 8, с таким же диаметром, но протяженностью более 100 мм. Более успешной оказалась попытка разрешить непроходимость у больных с диаметром стриктуры 5-10 мм. При протяженности ее до 50 мм она оказалась успешной у всех 4 больных, при протяженности 50-100 мм у 5 из 8, а при протяженности более 100 мм у 1 из 2 больных.

Летальных исходов и осложнений при попытке стентировать раковый канал не было. Следует отметить, что мы отказывались от попытки проведения зонда, если в процессе ее выполнения отмечалось заметное сопротивление.

У всех 27 больных, которым производилась реканализация ракового канала с помощью усовершенствованных нами эндоскопических способов, клинические проявления острой непроходимости начали разрешаться сразу же

во время реканализации. Болевой синдром, тошнота и рвота, сухость во рту были ликвидированы у всех больных уже в течение 6-12 часов, вздутие живота в течение 24 часов. У всех больных так же отмечено отхождение каловых масс и газов, регистрация кишечных шумов в течение первых часов с начала реканализации и нормализация пульса к 12-24 часам практически у всех больных.

На обзорных рентгенограммах, произведенных через 6 часов, отмечена четкая тенденция к разрешению непроходимости. К 24 часам рентгенологические признаки непроходимости полностью разрешились у 21 больного, у остальных в течение 24-48 часов.

При исследовании ВБД через 6 часов после реканализации ракового канала у 6 больных с 1 степенью ИАГ отмечено снижение ВБД в среднем на $5,6 \pm 0,59$ мм.рт.ст. У 5 больных со 2 степенью в среднем на $7,1 \pm 0,42$ мм.рт.ст., до нормальных величин у 3 пациентов. Из 2 больных с 3 степенью у одного на 8 мм.рт.ст., у другого на 7 мм.рт.ст. В обоих случаях в непроходимость была вовлечена еще и тонкая кишка. И у 1 пациента с 4 степенью снизилось ВБД на 8 мм.рт.ст. К 24 часам у всех больных с эндоскопическими способами раканализации ВБД было ниже 12 мм.рт.ст.

Лейкоцитарный индекс интоксикации через 24 часа с момента реканализации у этих больных снизился на 0,58 единиц и полностью показатели нормализовались на 5-7 сутки у 21 из 27 больных. И только у 6 больных с местнораспространенным раком осложнившимся перифокальным воспалительным процессом сохранялись признаки интоксикации.

Попытка установления саморасширяющихся стентов была предпринята у 11 больных. Успешной она была у всех 3 больных с диаметром ракового канала менее 5 мм и протяженностью 25-50 мм. Но была не эффективна у 1 больного с раковым каналом до 5 мм в диаметре и протяженностью до 60-100 мм. У больных с диаметром стриктуры 5-10 мм и протяженностью ее 60-100 мм произвести реканализацию ракового канала с помощью данного способа

удалось у 3 из 4 пациентов, так же у всех 3 больных с диаметром ракового канала более 10 мм.

Учитывая дороговизну саморасширяющихся стентов и предыдущий опыт реканализации ракового канала с помощью полужестких металлических зондов и силиконовых стентов, мы не пытались использовать металлические саморасширяющиеся стенты у больных с длинным раковым каналом и узким просветом. Вышеописанный фактор являлся так же причиной установки саморасширяющихся стентов, как правило, только для постоянной декомпрессии у больных с неоперабельными формами рака толстой кишки.

У всех 9 больных сразу же после установления стента отмечено отхождение газов и жидкого кишечного содержимого, усиление перистальтической активности, исчезновения тошноты, рвоты и сухости во рту. Отмечена тенденция к нормализации показателей пульса. На контрольных рентгенограммах, произведенных через 6 часов четкая положительная динамика, а к 24 часам ликвидация рентгенологических признаков непроходимости. Наряду с этим четкое снижение ВБД у 3 больных с 1 степенью ИАГ в среднем на $5,6 \pm 0,59$ мм рт.ст., то есть во всех случаях до нормальных цифр. У всех 4 больных со 2 степенью ИАГ в среднем на $7,1 \pm 0,42$ мм.рт.ст., до нормальных величин у 3 больных. Из 2 больных с 3 степенью ИАГ у одного ВБД снизилось на 8мм.рт.ст., у другого на 7 мм.рт.ст. К 24 часам ВБД нормализовалось у всех больных.

У всех больных параллельно с улучшением клинико-рентгенологических показателей отмечено снижение и уровня интоксикации. Лейкоцитарный индекс интоксикации через 24 часа с момента реканализации снизился с $3,54 \pm 0,21$ до $2,71 \pm 0,22$ ($<0,05$) и полностью показатели нормализовались на 3-5 сутки у всех больных. Такая же тенденция отмечена при исследовании МСМ - с $0,32 \pm 0,018$ до $0,23 \pm 0,01$ ($p < 0,02$).

Из 29 больных с илеостомами у 22 пациентов они были наложены в правой подвздошной области путем выполнения минидоступа параректальным разрезом. Оперативные вмешательства у 15 больных были выполнены под

общим наркозом, у 9 под эпидуральной анестезией, у 5 под местным обезболиванием.

Из 29 больных у 21 пациента после выведения петли тонкой кишки производили принудительное удаление содержимого толстого кишечника и санацию его просвета, у 8 пациентов эта процедура не была выполнена.

После наложения двустольной петлевой илеостомы летальных исходов не было, воспалительные осложнения выявлены 4 (13,8%) больных.

Илеостома начала функционировать в течение 9 часов у всех больных. Приблизительно в это же время начали прослушиваться и кишечные шумы. В течение 6-12 часов был ликвидирован болевой синдром, тошнота, рвота и сухость во рту. Отмечена явная тенденция к нормализации пульса. Следует отметить, что тенденция к стиханию клинических проявлений острой непроходимости имела место у больных с принудительным опорожнением кишечного содержимого. Контрольное рентгенологическое исследование через 12 часов мы выполнили у 3 больных после принудительного удаления кишечного содержимого и у 4 пациентов без него. Только у 2 больных, которым содержимое кишки не эвакуировали, на снимках сохранялись единичные уровни жидкости и газа, но значительно меньших размеров.

Ультразвуковое исследование через 12 часов после наложения илеостомы выполнено у 17 больных, в том числе у 13 больных с принудительной эвакуацией кишечного содержимого и у 4 без нее. При УЗИ исследовании перистальтика кишечника зарегистрирована у всех 17 больных. Размеры кишечника уменьшились до нормы у 9 больных с принудительной эвакуацией и у 2 без нее. У 4 больных после принудительного удаления кишечного содержимого и у 2 пациентов без удаления размеры кишки оставались увеличенными, стенки отечными, толщиной до 3-4 мм. В последующем через 24 часа, у этих больных при контрольном УЗИ явления кишечной непроходимости не были выявлены.

Исследование ВБД было выполнено у 19 больных, в том числе у 14 пациентов после принудительной декомпрессии и у 5 без нее. После

наложения двухствольной петлевой илеостомы наиболее быстрый эффект был получен после антеградной интубации и эвакуации кишечного содержимого. Через 6 часов у всех больных с первой и второй степенью ИАГ кроме одного больного со второй степенью, ВБД снизилось ниже 12 мм.рт.ст. У одного больного с 3 степенью ИАГ ВБД снизилось на 9 мм.рт.ст., у другого на 11 мм.рт.ст. У больных с 4 степенью ИАГ в одном случае отмечено снижение ВБД на 8 мм.рт.ст., в другом на 14 мм.рт.ст. Через 12 часов ВБД нормализовалось у остальных пациентов кроме одного с 4 степенью ИАГ, хотя показатели у этого больного так же снизились на 6 мм.рт.ст., но стали ниже 12 мм.рт.ст. после контрольного исследования через 24 часа.

Из 5 больных, которым не было произведено принудительное удаление кишечного содержимого при наложении двухствольной петлевой илеостомы через минидоступ через 6 часов только у одного пациента с 1 степенью ИАГ ВБД снизилось ниже 12 мм.рт.ст. У второго больного с 1 степенью ИАГ, показатели нормализовались через 12 часов. Со 2 степенью ИАГ через 6 часов внутрибрюшное давление снизилось у одного больного на 3 мм.рт.ст., у другого на 5 мм.рт.ст. Однако у обоих эти показатели оказались в пределах нормы уже к 24 часам. У больного с 3 степенью ИАГ ВБД через 6 часов снизилось только на 3 мм.рт.ст., к 12 часам еще на 6 мм.рт.ст. к 24 часам на еще на 7 мм.рт.ст., и только на вторые сутки на фоне активного функционирования стомы давление в брюшной полости снизилось до 7 мм.рт.ст.

У 14 больных с принудительным удалением кишечного содержимого показатели ЛИИ (с $3,74 \pm 0,212$ до $2,66 \pm 0,18$ $p < 0,05$) МСМ (с $0,32 \pm 0,016$ до $0,21 \pm 0,012$; $p < 0,05$) нормализовались уже через 48 часов, у остальных на 3-4 сутки. У больных без принудительной эвакуации признаки интоксикации сохранялись более длительное время (ЛИИ с $3,57 \pm 0,19$ до $2,97 \pm 0,22$ расчетных единиц ; $p < 0,05$; МСМ с $0,31 \pm 0,19$ до $0,27 \pm 0,17$; $p < 0,05$). Только у 3 из 8 больных через 48 часов отмечена нормализация показателей ЛИИ и МСМ, у остальных 2 только на 7 сутки.

С целью декомпрессии у 142 больных раком толстой кишки, осложненным обтурационной кишечной непроходимостью, были через минидоступ сформированы разгрузочные колостомы. В том числе у 105 больных двухствольные петлевые трансверзостомы, у 31 пациента двухствольные петлевые колостомы непосредственно выше опухоли. Одноствольные сигмостомы, по разработанному в клинике способу, сформированы у 6 больных с нижеампулярным раком прямой кишки.

Из 142 больных у 64(45,1%) пациентов выполнено принудительное удаление содержимого толстой кишки и санация его просвета. После наложения колостом через минидоступ умерло 4 (2,8%) больных, воспалительные осложнения выявлены у 26 (18,3%) больных.

Только у 2 больных из 6 с принудительным и у 4 из 11 с самостоятельным опорожнением на рентгенограммах, выполненных через 24 часа, выявлены единичные небольшие уровни жидкости и газ над ними, у остальных рентгенологические признаки непроходимости полностью разрешились.

При принудительной эвакуации кишечного содержимого у всех больных с 1 степенью и 4 больных со 2 степенью ИАГ через 6 часов ВБД было в пределах нормы. У остальных больных так же отмечено снижение ВБД. В том числе у оставшихся 3 больных со 2 степенью ИАГ, в среднем на $5,3 \pm 0,53$ мм.рт.ст. При 3 степени ИАГ в среднем на $6,7 \pm 0,53$ мм.рт.ст. При 4 степени ИАГ у одного больного на 9 мм рт. ст., у другого на 5 мм.рт.ст. Следует отметить, что у всех 6 больных, у которых имело место не полное снижение ВБД в непроходимость была вовлечена и тонкая кишка. Через 12 часов ВБД полностью снизилось до нормальных цифр у оставшихся больных со 2 степенью ИАГ и 2 больных с 3 степенью ИАГ. Из оставшихся 2 больных с 3 степенью ИАГ ВБД снизилось к этому времени у одного больного еще на 4 мм.рт.ст., у второго на 5 мм.рт.ст. У одного из больных с 4 степенью ИАГ так же отмечено снижение ВБД еще на 5 мм.рт.ст. В то время как у другого больного ВБД вновь начало нарастать и увеличилось на 2 мм.рт.ст. К 24 часам

ВБД нормализовалось у оставшихся 2 больных с 3 степенью ИАГ. У одного больного с 4 степенью ИАГ ВБД снизилось ещё на 6 мм.рт.ст., у второго больного ВБД увеличилось еще на 3 мм. рт.ст. На вторые сутки больной скончался.

При спонтанном опорожнении кишки через 6 часов ВБД снизилось до нормальных значений только у всех больных с 1 степенью ИАГ и у 2 больных со 2 степенью ИАГ. У оставшихся 3 больных со 2 степенью ИАГ в среднем снизилось на $4,2 \pm 0,32$ мм.рт.ст. У больных с 3 степенью в среднем на $5,6 \pm 0,56$ мм. рт.ст. У больного с 4 степенью ИАГ на 6 мм.рт.ст. Через 12 часов ВБД нормализовалось еще у 1 больного со 2 степенью ИАГ. Снизилась у оставшихся 2 больных со 2 степенью ИАГ, у одного больного на 2мм.рт.ст., у другого на 3 мм рт.ст. Снижение ВБД отмечено так же у 2 больных с 3 степенью ИАГ, у одного на 4 мм рт. ст., у другого на 5 мм.рт.ст. У третьего больного с 3 степенью ИАГ отмечено нарастание ВБД на 4мм.рт.ст. Подъем ВБД на 3мм.рт.ст. отмечен так же у больного с 4 степенью ИАГ. К 24 часам у последних 2 больных ВБД увеличилось. На вторые сутки больные на фоне нарастающей сердечно сосудистой и печеночно-почечной недостаточности, а так же энцефалопатии скончались. Внутривнутрибрюшное давление нормализовалось к 24 часам и у оставшихся 2 больных со 2 степенью и 2 больных с 3 степенью ИАГ.

После наложения прицельных двуствольных колостом практически у всех больных отмечено снижение интоксикационного синдрома, как по клиническим проявлениям, так и по лабораторным данным. Так же отмечено отхождение кишечного содержимого и газов, ликвидация в течение 6-12 часов болевого синдрома, тошноты, рвоты, сухости во рту и вздутия живота, усиление перистальтической активности, тенденция к нормализации пульса. Но в более короткие сроки эти симптомы были ликвидированы у больных с принудительной эвакуацией кишечного содержимого.

Из 42 больных с принудительным опорожнением кишечника у 28 (66,7%) больных уже на вторые сутки ЛИИ снизился с $3,24 \pm 0,21$ до $2,66 \pm 0,18$

($p < 0,05$), а МСМ с $0,26 \pm 0,016$ до $0,21 \pm 0,12$ ($p < 0,02$), то есть до нормы. Еще у 6 (14,3%) больных эти показатели нормализовались на 3-4 сутки и только у 8 (19,04%) больных с перифокальным воспалительным процессом они хотя и снизились, но оставались выше нормы.

При спонтанном опорожнении на вторые сутки ЛИИ и МСМ нормализовались только у 12 (33,3%) больных на 3-4 сутки (ЛИИ снизился с $3,32 \pm 0,19$ до $2,71 \pm 0,22$ ($p < 0,02$), а МСМ с $0,27 \pm 0,20$ до $0,23 \pm 0,18$ ($p < 0,05$)), у 11 (30,5%) пациентов на 7 сутки, у 8 (22,2%) больных и у 6 больных с перифокальным воспалительным процессом в процессе лечения эти показатели хотя и снизились, но оставались выше нормы.

У 78 больных раком толстой кишки, осложнённым ОТКН, по различным причинам оперативные вмешательства были завершены лапаротомией с наложением над опухолью двуствольных петлевых стом. В том числе у 73 пациентов были наложены двуствольные петлевые колостомы и у 5 больных двуствольные петлевые илеостомы.

В послеоперационном периоде умерло 12 (22,2%) больных, у 29 (37,2 %) развились воспалительные осложнения. В течение первых 24 часов положительной клинической симптоматики нами не выявлено практически ни у одного больного. Хотя у всех больных сразу же после наложения лапаротомической колостомы отмечено отхождение кишечного содержимого и газов. Но, в последующем перистальтические шумы у них начинали регистрироваться только на 3-4 сутки. Уменьшение вздутия живота так же отмечено в те же сроки, так же как и тенденция к нормализации пульса.

При обзорной рентгенографии брюшной полости у всех 22 больных, которым было выполнено контрольное исследование через 48 часов, на рентгенограммах определялись признаки пареза кишечника различной степени выраженности. При контрольном исследовании через 72 часа у 17 из них на рентгенограммах отмечена положительная динамика, у 5 пациентов картина нарастания рентгенологических признаков пареза кишечника.

После контрольного УЗИ, выполненного через 24 часа, у всех 9 больных с интраоперационным удалением кишечного содержимого нами в просвете толстой кишки не выявлено наличие жидкости и газа. Тогда как у других 17 больных отмечено уменьшение газа и жидкости в незначительном объёме. Из 9 больных с 1 степенью ИАГ через 6 часов после оперативного вмешательства показатели ВБД пришли в норму у 4 пациентов. У оставшихся 5 больных ВБД уменьшилось в среднем на $1,4 \pm 0,22$ мм.рт.ст. Через 12 часов оно нормализовалось ещё у 4 пациентов и к 24 часам у последнего больного. У всех 7 больных со 2 степенью ИАГ через 6 часов ВБД снизилось в среднем на $1,2 \pm 0,21$ мм.рт.ст., через 12 часов в среднем на $2,6 \pm 0,67$ мм.рт.ст. и к 24 часам нормализовалось у 3 пациентов. Ещё у 3 пациентов ВБД нормализовалось в течение 48 часов. И у последнего через 72 часа. У 3 больных с 3 стадией ИАГ ВБД через 6 часов уменьшилось в среднем на $2,3 \pm 0,32$ мм.рт.ст., через 12 часов на $1,3 \pm 0,23$ мм.рт.ст., через 24 часа на $2,1 \pm 0,56$ мм.рт.ст., через 48 часов еще на $4,1 \pm 0,76$ мм.рт.ст. и нормализовалось у 2 больных на 3, и у одного на 4 сутки. У четвёртого пациента с первых суток отмечалось нарастание ВБД и больной скончался в течение 2 суток. При 4 степени ИАГ ВБД через 6 часов у одного больного понизилось на 1 мм рт.ст., у другого повысилось на 2 мм.рт.ст. К 24 часам ВБД у одного из них выросло на 1 мм рт. ст., у другого на 2 мм.рт.ст. В дальнейшем рост ВБД продолжался и один из больных скончался на 3 другой на 4 сутки.

Снижение ЛИИ с $3,36 \pm 0,21$ до $3,27 \pm 0,18$ ($p < 0,05$), МСМ с $0,34 \pm 0,016$ до $0,35 \pm 0,12$ ($p < 0,02$) на вторые сутки, хотя и незначительное, отмечено только у больных с интраоперационным удалением кишечного содержимого.

При спонтанном опорожнении у большинства больных интоксикационный синдром сохранялся до 5-7 суток. Через 48 часов ЛИИ увеличился с $3,26 \pm 0,19$ до $3,31 \pm 0,21$ ($p < 0,05$), МСМ с $0,35 \pm 0,22$ до $0,34 \pm 0,18$ ($p < 0,02$). Проведённое исследование позволило оценить эффективность и целесообразность использования консервативных, эндоскопических и малоинвазивных оперативных вмешательств с целью декомпрессии у больных

раком толстой кишки, осложнённым острой непроходимостью. И разработать наиболее оптимальный алгоритм их применения у этого контингента больных.

Лечебно-диагностическая программа при раке толстой кишки, осложнённом острой непроходимостью



ВЫВОДЫ

1. Использование обзорной рентгенографии брюшной полости по предложенной схеме, УЗИ, колоноскопии или ирригоскопии позволяет больным раком толстой кишки, осложнённым острой непроходимостью установить наличие непроходимости, динамику ее развития на фоне декомпрессионной терапии, уровень препятствия, размеры опухоли и ее канала, наличие местного распространения или перифокального воспалительного процесса, региональных и отдалённых метастазов.

2. Острая толстокишечная непроходимость развивается уже при сужении ракового канала до 17мм, но никогда не происходит полной обтурации просвета кишки. Наиболее часто острая непроходимость толстой кишки развивается при сужении ракового канала от 10 до 5 мм и менее и протяжённости его от 50 до 100 мм. У всех больных с раковыми стриктурами длиной более 50 мм в центральной части ракового канала отмечается развитие некротических изменений и распад опухоли.

3. На фоне декомпрессионной и корригирующей терапии у 34,4% больных отмечается временное, но полное разрешение непроходимости, у 40,3 % отмечается персистирующее течение и у 25,5% непроходимость стабилизируется или нарастает. При этом, как при полном так и при персистирующем или нарастающем варианте, в течении рекомендуемого предоперационного периода, у всех больных отмечается улучшение самочувствия, клинических показателей и показателей сердечнососудистой деятельности, снижение внутрибрюшного давления и интоксикационного синдрома.

4. У больных со 2 и 3 стадией острого обтурационного нарушения проходимости толстой кишки и раковым каналом протяжённостью менее 50 мм и любого диаметра показаны эндоскопические способы реканализации. Достаточно эффективны эндоскопические методы декомпрессии у больных с диаметром ракового канала 5-10 мм и протяжённостью до 100 мм, произвести

реканализацию удаётся у 39,7 % больных. Целесообразность их использования у больных с диаметром 5мм и протяжённостью до 100мм снижается, так как успеха удаётся достичь только у 21,4%, тогда как возрастает вероятность развития перфорации стенки ракового канала. Учитывая дороговизну и одинаковую эффективность саморасширяющихся стентов и выше описанных эндоскопических способов декомпрессии, саморасширяющиеся стенты целесообразно использовать у больных, нуждающихся в длительной декомпрессии с неоперабельными формами рака толстой кишки, осложнённого острой непроходимостью.

5. При неэффективности консервативных и эндоскопических способов декомпрессии у больных раком толстой кишки расположенных выше 6-7 см от анального канала, осложнённого острой непроходимостью, показаны наложения илео- или трансверзостом, соответственно в правой подвздошной области или в правом подреберье. При опухолях расположенных ниже 7 см одноствольной сигмостомы в модификации клиники с использованием интраоперационных способов удаления содержимого кишечника.

Практические рекомендации

1. При раке толстой кишки, осложнённом острой непроходимостью с целью уточнения диагноза непроходимости, прогноза ее развития, определения уровня локализации опухоли, ее размеров, протяжённости и диаметра ракового канала, наличия отдалённых и местных метастазов, после обзорной рентгенографии и УЗИ брюшной полости необходимо через 6 часов после декомпрессионной и корригирующей терапии произвести контрольные рентгенографию и УЗИ брюшной полости и затем РРС или колоноскопию. При неудачном эндоскопическом исследовании ирригоскопию.

2. С целью разрешения непроходимости и прогноза ее развития декомпрессионная терапия должна начинаться сразу же после обзорной рентгенографии и УЗИ брюшной полости параллельно с корригирующей терапией и должна включать в себя установку желудочного зонда, введение в него вазелинового масла до 50-60 мл, установку перидурального блока, назначения спазмолитиков и стимуляции кишечника, очистительных клизм. Через 6-7 часов производится контрольное рентген и УЗИ исследование и определяется стадия острого обтурационного нарушения проходимости толстой кишки. При 1 стадии продолжается декомпрессионная терапия до временного, но полного разрешения непроходимости с коррекцией метаболических нарушений, сопутствующих заболеваний и ликвидации интоксикационного синдрома. У больных с 2 и 3 стадией выполняется РРС или колоноскопия уточняются локализация и размеры опухоли и производится попытка реканализации.

3. Эндоскопические способы реканализации целесообразно производить больным с раковым каналом протяжённостью до 50 мм и любого диаметра, а так же у больных с протяжённостью ракового канала до 100 мм, но диаметром более 5 мм. Саморасширяющиеся стенты целесообразнее устанавливать

больным с теми же размерами ракового канала, но с неоперабельными формами рака толстой кишки.

4. При неэффективности консервативных и эндоскопических способов декомпрессии у больных раком толстой кишки, осложнённым острой непроходимостью и локализацией опухоли выше 6 см от края ануса необходимо наложение проксимальных илео- или колостом через минидоступ соответственно в правой подвздошной области или правом подреберье. У больных с локализацией опухоли на 6 см и ниже от края ануса, наложение одноствольной сигмостомы по разработанному в клинике способу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агавелян А.М., Агавелян М.А. Кишечная непроходимость при колоректальном раке. – I съезд колопроктологов СНГ: Матер. съезда. – Ташкент. – 2009. – С. 354-355.
2. Ажави А.М., Слесаренко С.С. Ассистированные вмешательства в лечении больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. – Международный хирургический конгресс "Новые технологии в хирургии": тез. докладов. – Ростов-на-Дону. – 2005. – С.339.
3. Акопян А.С., Багдасарян Т.Г. Непосредственные результаты субтотальной колэктомии при острой кишечной непроходимости с левосторонней локализацией опухоли. - Научная конференция с международным участием "Актуальные проблемы колопроктологии", посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии: Тез. докл. – Москва. - 2005 - С.155-156.
4. Александров В.Б., Сухов Б.С., Анненков В.Н. и др. Опыт 600 передних резекций прямой кишки при раке. - Хирургия. – 1985. - № 6. – С. 155-156.
5. Александров В.Б. Рак прямой кишки. – М., - 2001. – С.46-48, 89-117.
6. Александров В.Б., Сухов Б.С., Корнев Л.В. Проблемы в лечении осложненного колоректального рака. - Второй съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Уфа.- 2007. - С. 204-205.
7. Александров Н.Н., Лыткин М.И., Петров В.П., Патюшенко Т.А., Касьянова Т.С. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. – Минск; Беларусь. - 1980. – 304 с.
8. Алиев А.Р., Кулиева Н.Г., Искендерова Ш.Р. Хирургическое лечение больных с осложненным клиническим течением колоректального рака. – Колопроктология. – №3 (29). – 2009. – С.36-39.
9. Алиев С.А. Альтернативные подходы к хирургическому лечению осложненных форм рака ободочной кишки. – Хирургия. – 1998. -№8. –С. 58-67.
10. Алиев С.А. Тактика хирургического лечения толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 130.
11. Алиев С. А., Алиев Э. С. Опухолевая толстокишечная непроходимость: унифицированный подход к хирургической тактике. - Второй съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Уфа. - 2007. - С.518-519.
12. Алиев С.А., Алиев Э.С. Выбор метода хирургической тактики при стенозирующем раке левой половины ободочной кишки, осложненном непроходимостью у больных пожилого и старческого возраста. - Научная конференция с международным участием "Актуальные проблемы колопроктологии", посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии: Тез. докл. – Москва. - 2005 - С.159-161.

13. Андреев Г.Н., Ибадильдин А.С., Корабельников А.И. Толстокишечная непроходимость на почве злокачественных опухолей. - IV Всероссийская конференция с международным участием "Актуальные проблемы колопроктологии": Тез. докл. – Иркутск. - 1999. – С. 261-262.
14. Антипова С.В., Е.В. Калинин, В.В. Шляхтин Алгоритм и методы хирургического лечения осложненных форм колоректального рака. – Онкология. – 2009. – №4. – Т11. – 293-297.
15. Атаев С.Д., Абдуллаев М.Р., Абдуллаев А.А. Колоректальный рак, осложненный непроходимостью кишечника: клиническая картина, диагностика и лечение. – Колопроктология. – 2011. - №3 (37). – Приложение. – С.62.
16. Атанов Ю.П. Лапароскопическая семиотика некротического панкреатита // Вестн. хирургии.- 1981.- №6.- С. 33-37.
17. Ахметзянов Ф.Ш.,Валиев Н.А., Гайзатуллин Р.Р. Ближайшие результаты хирургического лечения рака правой половины ободочной кишки, осложненного острой obturационной кишечной непроходимостью. – Страница диссертанта. – 2004. - №4(9). – С.46-47.
18. Бабаджанов Б.Р., Курьязов Б.Н. Хирургическая тактика при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. - Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. – Москва. - 2005. - С. 40.
19. Бабаев А.А., Саатов Р.Р., Игамбердиев Х.Н. Obturационная опухолевая непроходимость толстой кишки. - Мед. жур. Узбекистана. -1991. -№7. – С.70-72.
20. Байсара И.М., Галстян Х.Г., Грясов В.И., Дьяченко Н.Н. Сравнительная оценка 2-х и 3-х этапных методов лечения при раке толстой кишки, осложненном острой obturационной кишечной непроходимостью. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С.128.
21. Балалыкин А.С., Разживина А.А. Роль колоноскопии в неотложной хирургии толстой кишки. – Хирургия. – 1989. - №4. – С.70-75.
22. Баранов А.И., Промзелева Н.В., Палаткин П.П., Бухтияров А.П., Александров Д.С. Хирургическое лечение осложненного колоректального рака. - II съезд колопроктологов стран СНГ, III съезд колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. – Одесса. – 2011. – С. 76-77.
23. Баранов А.И., Промзелева Н.В., Палаткин П.П., Бухтияров А.П., Александров Д.С. Лечение осложненного рака ободочной кишки в неотложной хирургии. - Колопроктология. – 2011. - №3 (37). – Приложение. – С.62-63.
24. Батталов М.Ю., Куляпин А.В., Гайнутдинов Ф.М., Арсланов Р.М., Павлов П.Б. Использование лапароскопических технологий в лечении obturационной толстокишечной непроходимости. – Международный хирургический конгресс "Новые технологии в хирургии": тез. докладов. – Ростов-на-Дону. – 2005. – С.342.

25. Белов С.Г., Бардюк А.Я., Кутепов С.Б. и др. Тактика лечения больных повышенного операционного риска при опухолях толстой кишки, осложненных непроходимостью. - XIX съезд хирургов Украины: Тез. докл. – Харьков. – 2000. – С. 117-118.
26. Белокуров Ю.Н., Давыдов Ю.А., Костюченко В.И. и др. Пути снижения летальности при опухолях толстой кишки, осложненных острой кишечной непроходимостью. - Всероссийская конференция хирургов: Тез. докл. – Тула. - 1984. – С. 18-20.
27. Белый В.Я., Конев В.Г., Чернев В.Н., Бурка В.А. Новый подход к хирургической тактике при острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. - Эндоскопическая хирургия. – 1996. - №4. –С. 10.
28. Беляев А.М., Захаренко А.А., Дворецкий С.Ю., Суров Д.А., Бабков О.В., Кондрацов С.А. Тактика лечения больных при острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза с применением эндоскопических методов реканализации. - Medline.ru. – 2011. – Т. 12. Онкология. – С. 620–630.
29. Березовский Е.Б., Клиника, диагностика и лечение обтурационной непроходимости толстой кишки раковой этиологии. – Автореф.дис. канд. наук. – Краснодар. – 1979. – 23 с.
30. Блохин В.Н., Кондратьев А.В., Панков С.М., Чумаков Р.Ю. Обтурационная кишечная непроходимость у больных раком прямой кишки. - Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. – Москва. - 2005. - С. 43
31. Бобров М.Я., Патютко Ю.И. Пути улучшения ранней диагностики рака толстой кишки. - Хирургия. – 1986. - №9. – С. 62-65.
32. Богатов А.И., Иванов П.А. Хирургическая тактика при раке ободочной кишки. – Хирургия. – 1976. - №11. – С.112-115.
33. Богданов А.Е., Ступин В.А., Силуянов С.В., Михальский В.В. Диагностическая тактика при опухолевой кишечной непроходимости. - XI Всероссийский съезд хирургов: Тез. докл. – Волгоград. – 2000. – С.146-147.
34. Бондаренко Н.М., Барвинский В.Н., Яльченко Н.А. и др. Обтурационная кишечная непроходимость опухолевого генеза в клинике неотложной хирургии. - XIX съезд хирургов Украины. – Харьков. – 2000. – С. 125-126.
35. Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Яковец Ю.И., Борота А.В., Псарас Г.Г., Золотухин С.Э., Бондаренко Н.В., А.О. Понсе Прадо, Башеев А.В. Первично-восстановительная тактика хирургического лечения рака толстой кишки, осложненного полной кишечной непроходимостью. - Український журнал хірургії.-2009.- № 1. – С.16-18.
36. Бондарь Г.В., Башеев В.Х., А.О. Понсе Прадо, Золотухин С.Э., Бондаренко Н.В., Пономаренко В.А., Мутык М.Г. Операция Микулича в условиях осложненного рака ободочной кишки. -Український журнал хірургії.-2009.- № 4. – С.19-21.
37. Борисов А.Е., Левин Л.А., Митин С.Е., Старосельцева К.Л. Лапароскопические вмешательства в диагностике и лечении кишечной непроходимости. - XI Всероссийский съезд хирургов: Тез. докл. – Волгоград. – 2000. – С.147-148.

38. Борисов А.Е., Кашенко В.А., Акимов В.П., Распереза Д.В., Тоидзе В.В. Первый опыт эндопротезирования (стентирования) толстой кишки при опухолевой непроходимости. – Второй съезд хирургов ЮФО: Материалы съезда. – Пятигорск. – 2009. – С.129-130.
39. Борисов А.Е., Кашенко В.А., Акимов В.П., Распереза Д.В. Использование эндопротезирования опухоли толстой кишки саморасправляющимися стентами для разрешения острой обтурационной толстокишечной непроходимости. - Материалы Выездного пленума Проблемной комиссии «Неотложная хирургия» и Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы неотложной хирургии». – Пятигорск. – 2011. – С. 141-143.
40. Брегель А.И., Пинский С.Б. Эндоскопическая диагностика острой кишечной непроходимости. - XI Всероссийский съезд хирургов: Тез. докл. – Волгоград. – 2000. – С. 148.
41. Брежнева Л.Э., Надвикова Е.А., Важенин А.В. Ультразвуковое исследование в диагностике рака прямой кишки. - Первый съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Самара. - 2003 - С. 187-188.
42. Брехов Е.И., Витько Н.К., Коробов М.В., Овчинников В.Ю. Оценка эффективности КТ и УЗИ брюшной полости при диагностике инвазии опухоли и регионарных метастазов при раке ободочной кишки, осложненном обтурационной толстокишечной непроходимостью. – XI съезд хирургов Российской Федерации: Тез. докл. – Волгоград. – 2011. – С. 61-62.
43. Брискин Б.С., Смаков Г.М., Бородин А.С. и др. Обтурационная непроходимость при раке ободочной кишки. – Хирургия. – 1999. -№5. – С. 37-40.
44. Бронштейн П.Г., Гусейнов А.З., Истомин Д.А., Петушков Л.Л., Солонский С.С. Хирургическая тактика при обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза. – Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – Т. XIV. - №1. – С. 144.
45. Буценко В.Н., Камеристый Г.А. Оценка способов образования тонко-толстокишечных соустьев при правосторонней гемиколэктомии. – VI съезд онкологов УССР: Тезисы докладов. – Киев. – 1980. – С. 354-355.
46. Васильев И.Т., Качурин С.А. Неотложная хирургия при раке прямой кишки, осложненном кишечной непроходимостью. - Научная конференция с международным участием ” Актуальные проблемы колопроктологии”, посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии: Тез. докл. – Москва. - 2005 - С. 175-176.
47. Васильев И.Т., Мумладзе Р.Б., Скоробогатов М.Б., Гусева С.А. Толстокишечная непроходимость опухолевого генеза: принципы диагностики и лечения. - Международный хирургический конгресс ”Актуальные проблемы современной хирургии” : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 132.
48. Васильев С.В., Попов Д.Е., Соболева С.Н., Клименко А.Н. Интраоперационная ирригация толстой кишки у больных с обтурирующим раком левого фланга ободочной и прямой кишок. Второй съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Уфа. - 2007. - С.231-233.

49. Вилявин Г.Д. Наша тактика хирургического лечения рака ободочной кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью. - Хирургия – 1986. - № 9. – С. 76-79.
50. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А. Фролов С.А., Сорокин В.В. Выбор метода хирургического лечения осложненных и распространенных форм колоректального рака. – IX Всерос. съезд хирургов. Матер. съезда. – Волгоград. – 2000. – С. 154.
51. Гаджиев Дж. Н., Абасов Б.Х., Алиев Р.Я., Гаджиев Н. Дж. Хирургическая тактика при obturational толстокишечной непроходимости. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии": Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 134.
52. Гаджиев М.С. Эндовидеохирургические технологии в лечении obturational толстокишечной непроходимости. - XI съезд хирургов Российской Федерации: Тез. докл. – Волгоград. – 2011. – С.81-82.
53. Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Ахметов И.Х., Меньшиков А.М., Баталов М.Ю., Лопаткин В.М. Лечение осложненных форм колоректального рака. - Первый съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Самара. - 2003 - С. 206-207.
54. Галкин В.Н., Майстренко Н.А., Басов С.Ф. Возможности хирургического лечения пациентов с острой толстокишечной непроходимостью и высоким операционным риском. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии": Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 113.
55. Ганичкин А.М. Рак толстой кишки. – Л: Медицина. -1970.
56. Ганичкин А.М., Яицкий Н.А. Осложненные клинические формы рака толстой кишки. – Клиническая хирургия. – 1977. - №5. – С.19-22.
57. Ганичкин А.М., Яицкий Н.А., Кицай Т.А. Хирургическое лечение осложненных форм рака ободочной кишки. – Проблемы проктологии. – Москва. – 1984. – Вып.5. – С. 132-136.
58. Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Полинский А.А., Хильмончик И.В. Толстокишечная непроходимость опухолевого генеза. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии": Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 132.
59. Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Хильмончик И.В., Жук Д.А. Острая obturational непроходимость при раке ободочной кишки в неотложной хирургии. – Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы неотложной хирургии: Непроходимость кишечника». – Гродно. – 2012. – С. 14-18.
60. Гатауллин И.Г. Рождественский А.И., Родионова И.П. Ультразвуковое исследование в диагностике осложненного колоректального рака. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии": Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 133.
61. Головизнин А.А., Никитин Н.А., Пересторонин И.Н., Злобин А.И. Хирургическая тактика при опухолевой непроходимости толстой кишки. -

- Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии": Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 135.
62. Гончаров Ю.И. Хирургическая тактика при раке прямой кишки, осложненном толстокишечной непроходимостью. – Дис. канд. мед. наук. – Москва. – 1989. – 143 с.
63. Горбашко А.И., Батчаев О.Х., Ильина О.И. и др. Ошибки в диагностике и лечении острой непроходимости кишечника - Вестн. хир. – 1982. - № 5. – С.115-120.
64. Григорьев Е.Г., Цмайло В.М., Нестеров И.В. Этапное хирургическое лечение опухолевой непроходимости толстой кишки. - Второй съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Уфа. - 2007. - С. 255-256.
65. Григорьев Е.Г., Цмайло В.М., Нестеров И.В. Роль проекционной колостомии при опухолевой толстокишечной непроходимости с полиорганной дисфункцией. – Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. -2006. - №4 (50). – С.63-69.
66. Грубник Ю.В., Фоменко В.А., Кравченко А.И., Московченко И.В., Крыжановский В.В., Грубник В.Ю., Норбутова Е.В. Лечение больных с острой кишечной непроходимостью, обусловленной колоректальным раком. - II съезд колопроктологов стран СНГ, III съезд колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. – Одесса. – 2011. – С. 107-108.
67. Данзанов Б.С., Ходкова В.П. Тактика лечения при острой обтурационной кишечной непроходимости. - I съезд колопроктологов СНГ: Матер. съезда. – Ташкент. – 2009. – С. 370-371.
68. Даценко Б.М., Тамм Т.И., Бардюк А.Я. Возможности ранней диагностики и тактика лечения больных острой непроходимостью кишечника. - Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. – Москва. - 2005. - С. 44
69. Двойников С.Ю., Ялова Е.М., Фролова Е.А. Значение трансабдоминального УЗИ в диагностике острой толстокишечной непроходимости. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии": Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 114.
70. Дворниченко В.В., Афанасьев С.Г., Шелехов А.В., Расулов Р.И., Москвина Н.А. Неoadъювантная терапия осложненного рака прямой кишки. – Сибирский медицинский журнал. – 2009. - №3. – С.158-160.
71. Дворниченко В.В., Шелехов А.В., Минакин Н.И., Расулов Р.И. Комбинированное лечение стенозирующего рака прямой кишки. - Сибирский медицинский журнал. – 2007. - №3(23). – С.10-15.
72. Дегонский М.А. Мануально-ассистированные лапароскопические операции при острой кишечной непроходимости. – Автореф.канд.мед.наук. – Москва. – 2008. – 19 с.
73. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника. - М. : Медицина, 1971. - 272 с.
74. Доброквашин С.В., Бондарев Ю.В., Анисимов А.Ю. и др. Хирургическая тактика при обтурационной кишечной непроходимости

- ободочной кишки. – Девятый Всероссийский съезд хирургов. – Волгоград. – 2000. – С. 160.
75. Доброквашин С.В., Воронин В.Н., Мустафин Р.Р., Волков Д.Е. Стратегия и тактика лечения обтурационной толстокишечной непроходимости в условиях неотложной хирургии. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С.129.
76. Ерохина Е.А., Топузов Э.Г., Шишкина Г.А. Тактика лечения острой кишечной непроходимости у больных раком толстой кишки. – Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2011. - №3. – С.61.
77. Ефимов Г.А., Ушаков Ю.М. Осложненный рак ободочной кишки. – Москва: Медицина. -1984. – 151с.
78. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость. Руководство для врачей. – СПб. – 1999. – 448 с.
79. Жебровский В.В., Иванов А.Г., Чемоданов Е.Б. Лечение больных с острой кишечной непроходимостью толстого кишечника опухолевого генеза. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 118
80. Завгороднев С.В., Корниенко В.И. Хирургическое лечение осложнений колоректального рака. - Первый съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Самара. - 2003 - С. 232-233.
81. Запороженко Б.С., Мищенко В.В., Шилов В.И. и др. Алгоритм действий хирурга при острой обтурационной толстокишечной непроходимости. - XIX съезд хирургов Украины. – Харьков. – 2000. – С. 138-139.
82. Затевахин И.И., Крылов Л.Б., Галицкий А.Б. Лечение острой обтурационной непроходимости, вызванной раком толстой кишки. – Тезисы докладов Всероссийской конференции хирургов. – Тула. – 1984. – С. 31-33.
83. Захараш М.П., Захараш Ю.М., Стельмах А.И., Бекмурадов А.Р., Тарасюк Т.В. Перспективы ультразвуковой диагностики обтурационной непроходимости толстой кишки. – I съезд колопроктологов СНГ. – Ташкент. – 2009. – С. 364.
84. Земляной А.Г., Глушков Н.И. Острая обтурационная непроходимость при раке сигмовидной кишки. – Непроходимость кишечника. Матер. конф. – Новосибирск. – 1993. – ч.2. – С. 53-54.
85. Зиневич В.П., Иванов Р.М., Бабкин В.Я. и др. Осложненные формы рака толстой кишки. - Клин. хир. – 1985. - №5. – С.34-36.
86. Иванов В.М., Кутуков В.Е., Пьянков Ю.П. Ближайшие результаты лечения толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. - Первый съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Самара. - 2003 - С. 236-237.
87. Иванов М.А. Выбор тонко-толстокишечного анастомоза при резекции правой половины толстой кишки. – Проблемы совершенствования медицинской помощи населению г. Ленинграда: Тезисы докладов. – Ленинград. – 1988. – С.191.
88. Иванов М.А., Беляева О.А. Результаты оперативных вмешательств при обтурационной толстокишечной непроходимости. - Международный

- хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 127.
89. Иванов П.А., Слывко В.Л., Панькова М.Р. Лечение непроходимости ободочной кишки опухолевой этиологии. – Тезисы докладов Всероссийской конференции хирургов. – Тула. – 1984. - С. 33-34.
90. Игнатъев В.Г., Михайлова В.М., Дягилева Т.С., Никифоров А.Ю., Кривошапкина Л.А., Холтосунов И.А. Непосредственные результаты хирургического лечения больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. – Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. - №4 (86). - Приложение. – С.54-55.
91. Казарова Е.Л., Карапетян М.М., Багдасаров В.В. Выбор хирургической тактики при обтурационной толстокишечной непроходимости. - XI Всероссийский съезд хирургов: Тез. докл. – Волгоград. – 2000. – С. 173-174.
92. Каланов Р.Г. Комплексные методы диагностики, лечения и реабилитации больных толстокишечной непроходимостью. – Дис.докт. мед.наук. – Уфа. – 1994. – 217 с.
93. Калинин А.Е. Метод оптимизации лечения рака прямой кишки, осложненного кишечной непроходимостью. – Онкологическая колопроктология. – 2012. - №4. - С.26-31.
94. Кандаков О.К., Курбонов К.М. Опухолевая толстокишечная непроходимость. - Второй съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Уфа. - 2007. - С. 280-281.
95. Карачевцев И.Е., Короткевич А.Г., Кузнецов В.В., Сташков М.Я. Наш опыт лечения опухолевой обтурационной кишечной непроходимости. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 120.
96. Кечеруков А.И., Чернов А.И., Гюнтер В.Э., Алиев Ф.Ш. и др. Способ формирования компрессионного терминального толстокишечного анастомоза. – Хирургия. – 2005. - №11. –С. 64—70.
97. Кирилков Ю.Б., Хубезов А.Т., Левушкина А.И. Рак ободочной и прямой кишки, осложненный непроходимостью кишечника. – Клиническая хирургия. – 1979. - №2. – С.29-31.
98. Клевцов М.А. Кишечная непроходимость при опухолях толстой кишки. - Bulletin of Medical Internet Conferences. - 2011. - Vol 1. - Issue 1. – С. 74.
99. Ковалев А.И., Цуканов Ю.Т. Школа неотложной хирургической практики. – М., Медицинская книга. – 2004. – 912 с.
100. Козлов А.В., Блохин В.Н., Смоленский А.Б. Возможности эндоскопии в паллиативном лечении рака толстого кишечника. -Паллиативная медицина и реабилитация. -1999. -№ 2.- С. 25.
101. Кондон Р., Найхус Л. Клиническая хирургия: Пер; с англ. — М.: . – Практика; McGraiv-Hill, 1998. - 716 с.
102. Королев Б.А., Сулин С.В. Острая непроходимость при раке ободочной кишки. – В кн: Тезисы докладов конференции хирургов 18-19 октября 1984. – С. 40-42.

103. Коротков Н.И., Ратманов А.М., Циммеринов Б.Е., Бойцов Н.И., Ратманов М.А. Хирургическая тактика при обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. - Москва. - 2003. - С. 134.
104. Коссович М.А., Слесаренко С.С., Мещеряков В.Л. Малоинвазивные паллиативные вмешательства в хирургическом лечении рака прямой кишки - Международный хирургический конгресс "Новые технологии в хирургии": тез. докладов. - Ростов-на-Дону. - 2005. - С.353.
105. Кошуг С.Д., Годит М.В., Руссу И.М., Белев Н.Ф. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. - Всероссийская конференция хирургов:Тезисы докладов. - Тула. - 1984. - С.42-43.
106. Красильников Д.М., Пикуза А.В. Хирургическая тактика у больных с острой обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимостью. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. - Москва. - 2003. - С. 136.
107. Красильников Д.М., Пикуза А.В. Хирургическая тактика при острой толстокишечной непроходимости. - Казанский медицинский журнал. - 2002. - №4. - Т.83. - С. 247-251.
108. Крапивин Б.В., Беспалов А.П., Гершман Б.М., Копирова Н.В. Хирургическая тактика при острой кишечной непроходимости на почве рака толстой кишки. - Всероссийская конференция хирургов:Тезисы докладов. - Тула. - 1984. - С.43-44.
109. Кузнецов Н.А., Харитонов С.В., Зинякова М.В. Новые возможности в диагностике острой кишечной непроходимости опухолевого генеза. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии": Тез. докл. - Москва. - 2003. - С. 120.
110. Кукош В.И., Кукош М.В., Разумовский Н.К., Гомозов Г.И., Емельянов Н.В. Опыт лечения больных опухолевой толстокишечной непроходимостью. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. - Москва. - 2003. - С. 123.
111. Курбонов К.М., Кандаков О.К. Диагностика и лечение обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. - Научная конференция с международным участием " Актуальные проблемы колопроктологии", посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии: Тез. докл. - Москва. - 2005 - С. 248-250.
112. Курьязов Б.Н., Рузметов Б.А., Курбанова З.А., Маткаримов Э, Маткаримов Б.Э. Выбор лечения обтурационной кишечной непроходимости при раке ободочной кишки. - Колопроктология. - 2011. - №3 (37). - Приложение. - С. 77.
113. Лотоков А.М., Комов, И.Г. Комаров, А.П. Лескин, Полтавский А.В. Острая кишечная непроходимость опухолевого генеза. - Вестник Российского онкологического научного центра им Н.Н. Блохина РАМН. - 2006. - Т. 18. - №4. - С. 25-28.

114. Лупальцов В.И., Цупров Ю.В., Вержанский А.П. Острая обтурационная кишечная непроходимость опухолевого генеза. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии": Тез. докл. - Москва. - 2003. - С. 124.
115. Макаров О.Г. Выбор рациональной тактики лечения рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью в условиях областного колопроктологического стационара. - РЖГГК- 2007. - №2. - С. 75- 79.
116. Малков И.С., Толтоев М.М. Диагностическая программа и тактические подходы к лечению больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. - Казанский медицинский журнал. - 2012. - №3. -Т. 93. -С. 426-431.
117. Маневич М.С. Тактика при осложненных формах рака ободочной кишки. - Хирургия. - 1984. - №6. - С. 79-83.
118. Манов Е.Н. К вопросу лечения осложненного колоректального рака. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. - Москва. - 2003. - С. 115.
119. Мартынов В.Л., Семенов А.Г., Рулев В.Н., Рябков М.Г., Орлинская Н.Ю., Лукоянычев Е.Е., Коврыжко В.М., Авдеев А.С. Новые технологии создания межкишечных компрессионных анастомозв в условиях кишечной непроходимости и интраабдоминальной инфекции. - Вестник новых медицинских технологий. - Электронное издание. - 2012. - №1.
120. Маскин С.С., Карсанов А.М., Шамаев З.М., Долгих О.Ю. Толстокишечная непроходимость опухолевого генеза: принципы выбора тактики хирургического лечения. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. - Москва. - 2003. - С. 131.
121. Маскин С.С., Надельнюк Я.В., Карсанов А.М. Диагностика, тактика и хирургическое лечение опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости: современное состояние проблемы. - Вестник ВолгГМУ. - 2008. - №3 (27). - С. 15-21.
122. Маскин С.С., Шварцман И.М., Шамаев З.М. Выбор тактики лечения толстокишечной непроходимости по данным ультразвуковой диагностики. - Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. - Москва. - 2005. - С. 52-53.
123. Маханьков Д.О., Важенин А.В., Сидельников С.Ю. Тактика лечения больных злокачественными новообразованиями левой половины толстой кишки, осложненными обтурационной кишечной непроходимостью. - Сибирский онкологический журнал. - 2007. -№1 (21). - С. 63-66.
124. Мельников Р.А. Диагностические и тактические ошибки в хирургическом лечении рака ободочной и прямой кишки. - Хирургия. - 1987. - №11. - С. 146-149.
125. Мельников П.В., Ачкасов Е.Е., Алекперов С.Ф., Калачев О.А., Каннер Д.Ю. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость: первично-радикальная операция или миниинвазивная декомпрессия ободочной кишки? (обзор литературы). - Колопроктология. - № 2012. - №2(40). - 47-54.

126. Михайлов А.П. Острая кишечная непроходимость при колоректальном раке у больных пожилого и старческого возраста. – Вестник Российской военно-медицинской академии. – Приложение. – 2008. - №4 (24). – С.149-150.
127. Миронов В.И., Фролов А.П., Дертышников Е.Г. Неотложная хирургия осложненного рака толстой кишки. - Научная конференция с международным участием ” Актуальные проблемы колопроктологии”, посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии: Тез. докл. – Москва. - 2005 - С. 256-257.
128. Миронов В.И., Килин А.Г. Хирургическое лечение обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза. - Международный хирургический конгресс ”Актуальные проблемы современной хирургии” : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 136.
129. Митьков В.В., Бахтиозин Р.Ф., Бруслик С.В. и др. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. – IV том. – Москва. – 1997. – 388 с.
130. Можанов Е.В., Шакуров А.Ф., Карпухин О.Ю. Лапароскопические технологии в колопроктологии. – Практическая медицина. -2013. - №2 (67). – С.80-82.
131. Мохов Е.М., Мурадалиев М.А. Особенности лечения опухолевой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста. - Международный хирургический конгресс ”Актуальные проблемы современной хирургии” : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 123.
132. Мумладзе Р.Б., Васильев И.Т., Марков И.Н., Булатов Н.Н., Розиков Ю.Ш., Болдин С.В., Качурин С.А. Диагностика острой толстокишечной непроходимости раковой этиологии. - Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. – Москва. - 2005. - С. 53.
133. Наврузов С.Н., А.М. Хакимов, С.Б. Абдужаппаров Тактика при кишечной непроходимости опухолевого генеза. – I съезд колопроктологов СНГ. – Ташкент. – 2009. – С. 371-372.
134. Назаров Л.У., Агавелян А.М. Хирургическое лечение рака толстой кишки. – Проблемы проктологии. – М., 1986. – Вып. 7. – С. 117-120.
135. Некрасов А.В., Захаров И.Н., Захаров С.И. Острая кишечная непроходимость опухолевого генеза. - Непроходимость кишечника. Матер. конф. – Новосибирск. – 1993. – ч.2. – С. 35-37.
136. Нестеренко Ю.А., Дубровский А.А., Серочкин Г.Г. Хирургия рака ободочной кишки, осложненной непроходимостью. – Хирургия. – 1978. - № 11 – С. 66-69.
137. Нешитов С.П., Деева Ю.П., Ульчнов В.И. Экстренная колоноскопия в диагностике и лечении толстокишечной непроходимости. – Тезисы докладов Всероссийской конференции хирургов. – Тула. – 1984. – С. 60-61.
138. Новиков В.М., Лищенко А.Н. Хирургическая тактика при осложненном раке ободочной кишки. - Первый съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Самара. - 2003 - С. 263-264.
139. Овчинников В.А., Базаев А.В., Абелевич А.И., Безруков С.В. Хирургическое лечение толстокишечной непроходимости опухолевого

- генеза. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 136.
140. Олейников И.Ю., Брегель А.И., Соколов Б.Н., Мутин Н.А. Лапароскопическая диагностика острой кишечной непроходимости. – Непроходимость кишечника. Матер. конф. – Новосибирск. – 1993. – ч.2. – С. 23-25.
141. Осипов А.П., Мальцев В.А., Данилов Б.А., Горшков Ю.В. Тактические особенности при кишечной непроходимости опухолевого происхождения. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 131.
142. Панцырев Ю.М., Гринберг А.А., Кудрявцев Н.Г., Максимов В.И. Диагностика и лечение обтурационной непроходимости при раке толстой кишки. – В кн: Тезисы докладов конференции хирургов 18-19 октября 1984. – С. 68-70.
143. Патютко Ю.И. Рак ободочной кишки - Диагностика и лечение рака ободочной и прямой кишок. – Москва, 1981. – С. 20-98.
144. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С. Неотложная хирургия ободочной кишки. – М: Миклош. – 2009. – 95 с.
145. Пахомова Г.В., Утешев Н.С., Гурчумалидзе Т.П. и др. Лечение острой опухолевой непроходимости ободочной кишки. - Хирургия. – 1986, № 1. – С. 68-73.
146. Пахомова Г.В., Утешев Н.С.,И.А. Кирдянов. Хирургическое лечение обтурационной непроходимости ободочной кишки. - I Конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова: Тез. докладов. –Ташкент. - 1996. - С. 93-94.
147. Перевозников А.И. Возможности колоноскопии в диагностике причин толстокишечной непроходимости. – Автореф. дис. канд. мед. наук. – М. - 1999. - 23 с.
148. Петров В.И. Клинико-рентгенологическая диагностика кишечной непроходимости. – М: Медицина , 1984.
149. Петров В.И., Луцевич О.Э. Диагностическая и лечебная лапароскопия в хирургической практике. - Хирургия. – 1982, № 6. – С. 76-80.
150. Петров В.П. О хирургическом лечении обтурационной непроходимости вследствие рака толстой кишки. – Хирургия. – 1983. - №3. – С. 45-49.
151. Петров В.П. Хирургическая тактика при обтурационной непроходимости толстой кишки. – Тезисы докладов Всероссийской конференции хирургов. – Тула. – 1984. –С. 21-22.
152. Петров В.П. Дискуссия: Обтурационная опухолевая непроходимость толстого кишечника. – Хирургия. – 1987. - №12. –С. 143-144.
153. Петров В.П., Сытник А.В., Луцевич О.Э. Хирургическая тактика при осложненном раке ободочной кишки. – Хирургия. – 1987. - №9. – С. 92-97.
154. Петров В.П., Сытник А.В., Луцевич О.Э., Бегоулов С.М., Барялинин В.В. Хирургическая тактика при осложненном раке ободочной кишки. – В кн: Актуальные вопросы неотложной и реконструктивной хирургии. – Сборник научных трудов. – Москва. -1990.

155. Подловченко Т.Г., Пахомова Г.В., Пиньчук Т.П., Ярцев П.А., Оранский А.В. Лечение осложненного рака ободочной кишки в скорпомощном стационаре. - Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2011. - №3. – С. 68.
156. Подолян С.А., Романенко А.А., Агапов М.А., Андреянов А.А., Кривая О.А. Результаты лечения острой кишечной непроходимости по материалам хирургического отделения КБ №101 г. Лермонтов. - Материалы Выездного пленума Проблемной комиссии «Неотложная хирургия» и Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы неотложной хирургии». – Пятигорск. – 2011. – С. 158-159.
157. Поляков П.И. Острая хирургическая патология органов брюшной полости. – Новосибирск: Наука. - 1982. -247 с.
158. Польшинский А.А., Пакульневич Ю.Ф., Курило О.П. Диагностика острой кишечной непроходимости в экстренной хирургии. - Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы неотложной хирургии: Непроходимость кишечника». – Гродно. – 2012. – С.64-68.
159. Помазкин В.И. Влияние тактики лечения опухолевой толстокишечной непроходимости на результаты и качество жизни больных. – Колопроктология. – 2011. - №3(37). – Приложение. – С.84.
160. Помазкин В.И., Мансуров Ю.В. Результаты двухэтапного лечения обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости. – Второй съезд хирургов ЮФО: Материалы съезда. – Пятигорск. – 2009. – С.112.
161. Попков О.В., Рычагов Г.П., Русинович В.М., Бородинец А.Л. Хирургическое лечение осложненного рака ободочной кишки у пациентов пожилого и старческого возраста. - II съезд колопроктологов стран СНГ, III съезд колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. – Одесса. – 2011. – С. 182-183.
162. Попов Д.Е., Семёнов А.В., Григорян В.В., Лисичкин А.В., Васильев С.В. Хирургическое лечение кишечной непроходимости у больных обтурирующим раком левых отделов толстой кишки. – Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – Сер.11. – Вып. 2. – С. 100-107.
163. Псарас Г.Г. Первично-восстановительные оперативные вмешательства при раке толстой кишки, осложненном непроходимостью. – Международный медицинский журнал. – 1999. – 5. - №2. – С. 103-106.
164. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость. – Москва. – 2005. – 223 с.
165. Пучков К.В., Д.А. Хубезов. Использование лапароскопического доступа в лечении кишечной непроходимости опухолевого генеза. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С.115.
166. Разадорин С.С., Сыкал А.С., Шальков Ю.Л. Оказание хирургической помощи больным с кишечной непроходимостью опухолевого генеза. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 121.

167. Ралка Б.В., Андреев А.В. Хирургическая тактика при толстокишечной непроходимости с гнойно-септическими осложнениями. - Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2011. - №3. – С.70.
168. Расулов Р.И., Дворниченко В.В., Шелехов А.В., Пономаренко Д.М., Москвина Н.А. Комбинированное лечение осложненного рака прямой кишки. – Колопроктология. – 2010. -№4. – С. 29-33.
169. Рыбачков В.В., Серебряков В.Н., Тевяшов А.В., Щепин М.А., Фролов А.Н. Колоректальные опухоли в плановой и экстренной хирургии. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии": Тез. докл. – Москва. - 2003. - С.116.
170. Рычагов Г.П., Кремень В.Е. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость. - Первый съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Самара. – 2003. - С. 290-291.
171. Сажин В.П., Госткин П.А., Авдовенко А.Л., Сажин А.В. Лечение обтурационной кишечной непроходимости. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии": Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 119.
172. Сажин В.П., Госткин П.А., Соболева В.И., Сяткин Д.А., Сажин И.В., Бубликов И.Д. Комплексное лечение осложненного колоректального рака. – Хирургия. – 2010. - №7. – С.15-19.
173. Сажин В.П., Юрищев В.А., Госткин П.А., Сяткин Д.А. Хирургическое лечение колоректального рака, осложненного обтурационной кишечной непроходимостью. - Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. – Москва. - 2005. - С. 55-56.
174. Севостьянов В.В., Кутуков В.В. Неотложная хирургия рака толстой кишки. - Вестник Российской военно-медицинской академии. – Приложение. – 2008. - №4 (24). – С.151.
175. Семенов А.В. Методы декомпрессии кишечника при обтурирующем раке левых отделов толстой кишки. – Дисс. канд. мед. наук. – Санкт-Петербург. – 2010. – 187 с.
176. Серочкин Г.Г. Хирургическая тактика при опухолевой непроходимости ободочной кишки. – Вестник хирургии им. Грекова. – 1985. - №10. – С.30-32.
177. Симонов Н.Н., Ушверидзе Д.Г. Состояние в Санкт-Петербурге ургентной хирургической помощи больным осложненными формами колоректального рака. – Проблемы колопроктологии. – Вып. 15. – 1996. – С. 197-199.
178. Синев Ю.В., Кованев А.В., Пахомова Г.В. Роль эндоскопии в лечебно-диагностическом процессе при острой толстокишечной непроходимости. - - Пленум комиссии АМН СССР и Всесоюз. конф. по неотложной хирургии: Тез. докл. – Ростов-на-Дону. – 1991. – ч.2. –С. 122 - 123.
179. Синев Ю.В., Кованев А.В., Смольский Б.Г., Пахомова Г.В. Эндоскопическое исследование при острой толстокишечной непроходимости. - Хирургия. – 1987. - № 3. – С. 27-30.
180. Сипливый В.А., Гузь А.Г., Петренко Г.Д., Петюнин А.Г., Хабусев В.К., Доценко В.В. Хирургическое лечение осложненного рака толстой кишки. - II

съезд колопроктологов стран СНГ, III съезд колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. – Одесса. – 2011. – С.196-197.

181. Слесаренко С.С., Ажави А.М., Гришко А.Б. Результаты лечения обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. - Научная конференция с международным участием ” Актуальные проблемы колопроктологии”, посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии: Тез. докл. – Москва. - 2005 - С. 290-291.

182. Слесаренко С.С., Федоров В.Э. Диагностика острой кишечной непроходимости, обусловленная опухолью толстой кишки. - Научная конференция с международным участием ” Актуальные проблемы колопроктологии”, посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии: Тез. докл. – Москва. – 2005. - С. 291-293.

183. Соловьев И.Е. Результаты лечения больных раком толстой кишки, осложненным кишечной непроходимостью. – Онкология. – 2000. – Т.2., - №1-2. – С.40-42.

184. Сорогин А.Б., Осмокеску К.И., Солдатов Д.В. Ранняя хирургическая реабилитация больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью. – Колопроктология. – 2011. - №3(37). –Приложение. – С.125.

185. Стаканов А.В., Поцелуев Е.А., Заболотских И.Б., Мурунов А.Е. Течение предоперационного периода у лиц с острой толстокишечной непроходимостью при различном уровне постоянного потенциала в условиях эпидуральной анестезии. – Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. - №1 (130). – С. 164-169.

186. Старосельцев К.Л. Лапароскопия в диагностике и лечении острой кишечной непроходимости. – Международный хирургический конгресс ”Новые технологии в хирургии”: тез. докладов. – Ростов-на-Дону. – 2005. – С.368-369.

187. Стручков В.И., Луцевич Э.В., Меграбян Р.А. Актуальные проблемы диагностики и лечения острой кишечной непроходимости толстой кишки опухолевого происхождения. – Тезисы докладов Всероссийской конференции хирургов. – Тула. – 1984. – С. 87-89.

188. Султанов Г.А., Кныш В.И., Алиев С.А. Диагностика и хирургическая тактика при опухолевой непроходимости левой половины ободочной кишки. - Вестн. хир. – 1997, № 2. – С. 40-43.

189. Сусла П.А., Чирицо Б.Г., Панфилов П.В., Лукин С.В., Облапенко П.Г. Хирургическая тактика при осложненных формах рака кишечника различной локализации. - Международный хирургический конгресс ”Актуальные проблемы современной хирургии” : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 135.

190. Тамм Т.И., Бардюк А.Я., Непомнящий В.В., Кутепов С.Б., Хмызов Р.А. Преимущество ультразвукового исследования в диагностике кишечной непроходимости у больных колоректальным раком. - II съезд колопроктологов стран СНГ, III съезд колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. – Одесса. – 2011. – С. 206-207.

191. Тамм Т.И., Даценко Б.М., Богун Е.А., Непомнящий В.В. Профилактика гнойно-септических осложнений при обтурационной кишечной непроходимости. - Колопроктология. – 2011. - №3 (37). – Приложение. – С. 88.
192. Тарасенко В.С., Стрельцов Ю.П., Сафронов Г.А. Хирургическая тактика при колоректальном раке. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 133
193. Тарасенко С.В., Песков О.Д., Зайцев О.В., Копейкин А.А. Хирургическая тактика при опухолевой непроходимости левой половины ободочной кишки. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 135.
194. Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Гареев Р.Н., Тимербулатов Ш.В., Ахмеров Р.Р., Султанбаев А.У. Современные подходы в хирургической тактике при осложненном раке толстой кишки. - Колопроктология. – 2011. - №3 (37). – Приложение. – С. 89.
195. Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Арсланов Р.М. Современные подходы к лечению острой толстокишечной непроходимости. – I съезд колопроктологов СНГ: Матер. съезда. – Ташкент. – 2009. – С. 204-205.
196. Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Р.Л., Кызылбаева А.И., Абдеев А.А. Анализ эндоскопических вмешательств у больных с кишечными стомами. – Казанский медицинский журнал. - 2012. – Т.93. - №5. – 720-725.
197. Тихонов А.А. Эффективность различных методик ирригоскопии в обследовании больных с обструкцией толстой кишки. - Научная конференция с международным участием "Актуальные проблемы колопроктологии", посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии: Тез. докл. – Москва. - 2005 - С. 300-301.
198. Токин А.Н., Чистяков А.А., Желябин Д.Г., Мамалыга Л.А. Особенности клиники обтурационной непроходимости кишечника. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 123.
199. Толпинский А.П., Бахлаев И.Е. Рак ободочной кишки и кишечная непроходимость. - Непроходимость кишечника. - Новосибирск, 1993. - Ч. 2. - С. 38-40.
200. Тоскин Н.Д., Менелау А.Х. Микробная проницаемость кишечной стенки при перитоните и острой кишечной непроходимости. – Труды Крымского медицинского института. – 1984. – Т.19. – С. 3-7.
201. Топузов Э.Г. Рак ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью (диагностика, лечение, хирургическая реабилитация). – Дисс. докт. мед. наук. – Л., 1986. – 372 с.
202. Топузов Э.Г. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости при раке толстой кишки. – Вестник хирургии им.И.И. Грекова. – 1989. - №12. – С. 76-78.

203. Топузов Э.Г. Неотложная хирургия рака прямой кишки. – В кн.: Диагностика и лечение рака прямой кишки. – Ленинград. -1983. – С. 106-111.
204. Тотиков В.З. Хирургическая тактика при обтурационном нарушении проходимости ободочной кишки. – Дис. докт. Мед. наук. – М. – 1993. – 235 с.
205. Тотиков В.З., Тотиков З.В. Рак ободочной кишки, осложненный непроходимостью. Владикавказ: «Изд-во ГБОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития России», 2013. – 220 с.
206. Тотиков В.З., Тотиков З.В. Рак прямой кишки, осложненный острой обтурационной толстокишечной непроходимостью. – Владикавказ. – 2011. – 150 с.
207. Тотиков З.В., Тотиков В.З., Калицова М.В., Медоев В.В. Ультразвуковое исследование в диагностике рака дистальных отделов толстой кишки, осложненного острой обтурационной непроходимостью. // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. - №3 (138). – С. 126-128.
208. Углев Н.Н., Чумаков А.А., Плюта А.В. Современные подходы к диагностике и лечению обтурационной кишечной непроходимости, обусловленной раком левой половины ободочной кишки. – IX Всерос. Съезд хирургов. Матер. съезда. - Волгоград. – 2000. – С. 220.
209. Уханов А.П., Мергенов М.М., Носов А.Ю., Шпенкова А.А., Захаров Д.В. Хирургическое лечение обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. - Научная конференция с международным участием ” Актуальные проблемы колопроктологии”, посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии: Тез. докл. – Москва. - 2005 - С. 308-309.
210. Федоров В.Д., Одарюк Т.С., Амелин В.М., Глухов Е.И. Выбор радикального хирургического лечения больных раком прямой кишки, осложненным перифокальным воспалением или толстокишечной непроходимостью. – В кн.: Актуальные проблемы диагностики и лечения рака прямой кишки. – Ленинград, 1984. – С. 42-43.
211. Федоров В.Д. Хирургическая тактика при опухолевой непроходимости толстой кишки. - Всероссийская конференция хирургов: Тез. докл. – Тула, 1984. – С. 9-10.
212. Ханевич М.Д., Шашолин М.А., Зязин А.А., Агаларова Э.А., Лузин В.В. Диагностика и лечение толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии. - Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. – Москва. - 2005. - С. 63-64
213. Ханевич М.Д., Шашолин М.А., Зязин А.А., Агаларова Э.А. Подготовка толстой кишки к операциям по поводу колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью. - Первый съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Самара. - 2003 - С. 310-311.
214. Холматов У.И., Курбонов К.М., Муххабатов Д.К. Совершенствование путей диагностики и лечения больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью. - Первый съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Самара. - 2003 - С. 312.

215. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А., Ермолов А.С., Гуляев А.А., Самсонов В.Т., Левитский В.Д. Неотложная лапароскопическая хирургия. – Неотложная медицинская помощь. – 2011. - №1. –С. 36-39.
216. Цмайло В.М., Нестеров И.В., Григорьев Е.Г. Сравнение результатов симптоматического хирургического лечения опухолевой толстокишечной непроходимости. – Сибирский медицинский журнал. – 2007. - №1.- С.15-18.
217. Чумаков А.А., Углев Н.Н. Лечебно-диагностическая тактика при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 118.
218. Шапкин Ю.Г., Урядов С.Е., Чалык Ю.В., Потахин С.Н. Эндоскопическая реканализация толстой кишки при опухолевой непроходимости. – Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. - №3. – Т.6. – С. 727-729.
219. Шапошников Ю.Г., Зешетников С.А. Пути улучшения результатов лечения больных с острой толстокишечной непроходимостью. - Всероссийская конференция хирургов: Тез. докл. – 1984. – С. 100-102.
220. Шварцман И.М., Маскин С.С., Шамаев З.М., Карсанов А.М., Долгих О.Ю. Ультразвуковая диагностика в тактике лечения толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 133.
221. Швидлер Л.И., Чехов А.Л. Влияние социально-экологических факторов на структуру опухолевой обтурационной кишечной непроходимости. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 113.
222. Шейнкман М.В., Злобин А.И., Мальцуков В.Н. Осложненный колоректальный рак в экстренной хирургии. - Второй съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Уфа. - 2007. - С. 354-355.
223. Шелехов А.В., Дворниченко В.В., Расулов Р.И., Минакин Н.И. Алгоритм лечения осложненных форм рака толстой кишки. Бюллетень Восточно-Сибирского отделения Российской академии медицинских наук – 2005. – № 1. – С. 110–116.
224. Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Ефимчик Е.Ю., Есев К.Э. Лечение осложненного рака толстой кишки. Возможности более раннего выявления. - Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – Москва. - 2003. - С. 119.
225. Шорох Г.П., Тарун К.Н., Завада Н.В. и др. Лечебная тактика при острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. - Всероссийская конференция хирургов: Тез. докл. – 1984. – С. 102-104.
226. Шулык Б.Н. Патогенетическое обоснование хирургической тактики при обтурационной толстокишечной непроходимости.- Дис. канд. мед. наук. - 1988.- 173 с.

227. Щаева С.Н., Нарезкин Д.В. Современные аспекты хирургического лечения больных осложненным колоректальным раком на региональном уровне. – Онкологическая колопроктология. – 2012. - №4.- С. 36-38.
228. Эктов В.Н. Выбор хирургической тактики и методов интенсивной терапии в лечении обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии (клиническое исследование). – Дис. док. мед. наук. – Воронеж. – 1995. – 226 с.
229. Эсперов Б.Н., Березовский Е.Б. Обтурационная непроходимость толстой кишки раковой этиологии. Хирургия. 1979. - №6.1. С. 45-49 .
230. Эсперов Б.Н., Березовский Е.Б. Обтурационная непроходимость толстой кишки раковой этиологии. - Хирургия. – 1988. - № 6. – С. 45-49.
231. Юхтин В.И., Любский А.С., Бурджанадзе Б.Б. Вопросы диагностики и тактики хирургического лечения рака толстой кишки и его осложнений. – Хирургия. – 1979. - №7. – С. 104-105.
232. Юхтин В.И. Хирургия ободочной кишки. – М.: Медицина. – 1988.
233. Яицкий Н.А. Рак ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью и воспалительным процессом. – Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1981. – Т.126. - №3. – С.56-59.
234. Яновой В.В., Мартынов А.С., Низельник О.Л. и др. Неoadьювантная химиотерапия в комплексном лечении низкой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. - XI Всероссийский съезд хирургов: Тез. докл. – Волгоград. – 2000. – С. 235.
235. Addison N. Pseudo-obstruction of the bowel. – J. Roy. Soc. Med. – 1983. – Vol. 76. - №4. – P. 242-245.
236. Adloff M., Arnaud J.P., Ollier J.C. Emergency one-stage colectomy with anastomosis for obstructing carcinoma of the left colon. – Dis. Surg. – 1984. – Vol.1., № 1. – P. 37-40.
237. Angenete E., Asplund D., Bergström M., Park P.O. Stenting for colorectal cancer obstruction compared to surgery--a study of consecutive patients in a single institution. - Int J Colorectal Dis. – 2012. - May;27(5). –P.665-670.
238. Amodio C., Antico E., Zaccarelli A. et al. Plain radiographic examination and abdominal echography in intestinal occlusion syndrome. Preliminary note - Radiol. Med. (Torino). - 1991. - Vol. 81, - Ms 3. - P. 286-292.
239. Baron T.H. Colonic stenting: a palliative measure only or a bridge to surgery? - Endoscopy. – 2010. - Feb;42(2). P.163-168.
240. Beggs I., Thomos B. Diagnosis of carcinoma of the colon by barium enema. – Clin. Radiol. – 1983. – Vol. 34. - №4. – P. 423-425.
241. Bergamaschi R., Manunta A., Arnaud J.P. Endoscopic trans-anal resection for palliation of acutely obstructed rectal in frail elderly patients. - Techniques in Coloproctology. -1999. -№ 1. -Vol. 3. - P. 15-17.
242. Biondo S, Parés D, Frago R, Martí-Ragué J, Kreisler E, De Oca J, Jaurrieta E. Large bowel obstruction: predictive factors for postoperative mortality. - Dis Colon Rectum. - 2004. - Nov; 47(11). – P. 1889-97.
243. Blake P., Delicata R., Cross N., Sturgeon G., Hargest R. Large bowel obstruction due to colorectal carcinoma can be safely treated by colonic stent

- insertion--case series from a UK district general hospital. - *Colorectal Dis.* -2012. - Dec;14(12). - 1489-1492.
244. Bregel A.I., Hantakov A.M. Colonoscopy at acute colon diseases. . - *Proktologia.* - №1. -2008. – Vol.9. – P. 43.
245. Brothers T.E., Strodel W.E., Eckhauser F.E. Endoscopy in colonic volvulus. – *Ann. Surg.* – 1987. – Vol. 206. – P.1.
246. Brudvik A., Rancinger P., Sundhagen J.O., Hauge T. Endoscopic stenting of malignant colorectal strictures. - *Tidsskr Nor. Laegeforen.* – 2005. - Aug 11;125(15). P. 2011-2013.
247. Campbell K.L., Hussey J.K., Eremin O. Expandable metal stent application in obstructing carcinoma of the proximal colon: report of a case. – *Dis.Colon. Rectum.* – 1997. – Nov; 40 (11). – P. 1391-1393.
248. Ceriati F., Tebala G.D., Ceriati E., Coco C., Tebala D., Verbo A., D’Andrilli A., Picciocchi A. Surgical treatment of the left colon malignant emergencies. A new tool for operative risk evaluation. - *Hepatogastroenterology.* – 2002. – Vol. 49. – P. 961-966.
249. Champault G., Adloff M., Arnaud J.P. et al. Les occlusions coliques. Etude retrospective cooperative de 497 cas. – *J. Chir. (Paris).* – 1983. –V.120.-№1.-P.47-56.
250. Cheadle W.G., Garr E.E., Richardson I.D. The importance of Early Diagnosis of Small Bowel Obstruction. – *Curr. Surg.* – 1989. – Vol. 46. - №5. – P. 429-430.
251. Chen H.S., Sheen-Chen S.M. Obstruction and perforation in colorectal adenocarcinoma: an analysis of prognosis and current trends. - *Surgery.* – 2000. – Vol. 127. – P. 370-376.
252. Chiapa A., Zbar A., Biella F., Staudacher C. One-stage resection and primary anastomosis following acute obstruction of the left colon cancer. - *An. Surg.* – 2000. – vol. 66. – P. 619-622.
253. Choo I.W., Do Y.S., Suh S.W. et al. Malignant colorectal obstruction: treatment with a flexible covered stent. – *Radiology.* – 1998. – Feb; 206(2). – P. 415-421.
254. Corsale I., Foglia E., Mandato M., Rigutini M. Intestinal occlusion caused by malignant neoplasia of the colon: surgical strategy. - *G Chir.* – 2003 - Vol.24(3)-P.86-91.
255. Cugnenc P.H., Berger A., Zinzindohoue F. et al. La chirurgie en deux temps dans les occlusions coliques gauches neoplasiques reste la securite. – *J.Chir.Paris.* – 1997. – Dec; 134(7-8). – P. 275-278.
256. Daneker G., Carlson G., Hohn D. et al. Endoscopic laser recanalization is effective for prevention and treatment of obstruction in sigmoid and rectal cancer. – *Arch. Surg.* – 1991. –Vol.126. – P. 1348-1352.
257. Denis B., Ollier J.C. Management of bowel obstruction in advanced abdominal or pelvic cancer. - *Gastroenterol. Clin. Biol.* – 2002. – Vol. 26. – P. 372-385.
258. Esparrach G.F. The role of stents in obstructive colorectal cancer.- *Gastroenterol Hepatol (N Y).* -2010. - Jun;6(6). P.359-61.

259. Farlaglia R., Salarni B., Laffranchini, Lojacono L. Effetto della Complicanza oclusiva sulla prognosi della neoplasie del Colon retto. – Acta Chir.Stal. – 1989. – Vol 45. - №3.
260. Fasth S., Hedlund H., Svaninger G. Functional results after subtotal colectomy and caccorectal anastomosis. –Acta.Chir.Scand. – 1983. – Vol.149. – P. 623-627.
261. Fekete C.M., Halasz G., Nosko P. Belezarodast okozo baloldali Vastag es vegbelodaganastok Primaer resestiojaval szerzeti tapaszialataink. – Orv. Hetilap. – 1983. – Vol. 124. – P. 2049-2053.
262. Fielding L.P., Wells B.W. Survival after primary and after staged resection for large bowel obstruction caused by cancer. – Br.Med.J. -1974. – Vol.61. – P. 16-18.
263. Foo C.C., Poon J.T., Law W.L. Self-expanding metallic stents for acute left-sided large-bowel obstruction: a review of 130 patients. - Colorectal Dis. -2011. - May;13(5). –P.549-54.
264. Gabriell F., Ginanneschi U., Facio F. Situazione di urgenza nella patologia del colon sinistro validita della fibrosigmoidoscopia nella diagnosi differenziale - Chir. Ital. – 1983. – Vol. 35, N 5. – P.733 – 741.
265. Gatsoulis N., Roukonakis N., Kafetzis I., Mavrakis G. Surgical management of bowel obstruction due to colonic cancer. - Tech. Coloproctol. – 2004. – Vol. 8. – P. 82-84.
266. Greenlee H.B., Pienkos E.J., Vanderbilt P.C., Byrne M.P., Mason J.H., Banich F.E., Freeark R.J. Proceedings: Acute large bowel obstruction. Comparison of county, Veterans Administration, and community hospital populations. - Arch Surg.- 1974. - Apr;108(4). – P.470-476.
267. Groot I.E., Jaspers M.M., Eeftinck-Schattenkerk M. Opheffen van een inoperabele maligne colonstenose door endoscopische plaatsing van een endoprothese. – Ned. Tijdschr. Geneesk. – 1997. – Sep. 27; 141 (39): 1863-7.
268. Grundmann R.T. Primary colon resection or Hartmann's procedure in malignant left-sided large bowel obstruction? The use of stents as a bridge to surgery. - World J Gastrointest Surg. – 2013. - Jan 27;5(1). –P. 1-4.
269. Gutman G.,Perry K., R. Razin. Facs. Proximal colostomy: Still an Effective Emergency Measure in Obstructing Carcinoma of the large Bowel. – I. Surg. Oncol. – 1989. – Vol.41. - №3.
270. Haertel M., Probst P., Schopf R. Stellenwert der Angiographie, Sonographie und Computertomographie bei colorectalen Erkrankungen - Helv. Chir. Acta. – 1982. – Bd. 48, N 6. – S. 733-743.
271. Hoffman J., Jensen H.E. Tube cecostomy and staged resection for obstructing carcinoma of the lft colon. – Dis Colon Rectum. – 1984. – Vol.27. – P.24-32.
272. Hsu T.C. One-stage resection and anastomosis for acute obstruction of the left colon. - Dis. Colon Rectum. - 1998. – Vol. 41. – P. 28-32.
273. Hunter I.A., Ryan I.A., Schultz P. Bloc En. Resection of colon cancer Adherent to Other Organs. – Curr.Surg. – 1988. – Vol. 45. - №5. – P. 421-422.

274. Jakobs R, Miola J, Eickhoff A, Adamek H.E., Riemann J.F. Endoscopic laser palliation for rectal cancer-- therapeutic outcome and complications in eighty-three consecutive patients. – *Z. Gastroenterol.* - 2002 - Aug;40(8). – P.551-556.
275. Jamart J., Detry R., Vandenabeele M., Kestens P.J. Le traitement chirurgical des cancers occlusifs du colon gauche. A propos d'une serie de 66 cas. – *Acta. Chir. Belg.* – 1991. – Jan-Feb; 91(1). – P.1-10.
276. Kanellos I., Zacharakis E., Demetriades H., Betsis D. Surgical management of colorectal cancer. - *Medimond Int. Proc.* – 2003. – Vol. 4. –P.275-277.
277. Khan M.I., Claydon A. Colonic self-expanding metal stents (SEMS) in acute large bowel obstruction. – *N.Z. Med J.* - 2011 - Nov 4;124(1345). P57-63.
278. Khubchandani M. Results of colon and rectal surgery in the elderly. – *Ind.L.Coloproctology.* – 1987. – Vol. 2. – P. 40-44.
279. Keivin Frederiek M., Maglinte Dean D.T., Aephens Brett A. Colorectal Carcinoma Detected Initially with Barium Ehma Examination: Site Distribution and Implications. – *Radiology.* – 1988. – Vol. 169. №3.
280. Kiefhaber P., Kiefhaber K., Hubert F. Preoperative neodimium – Yag laser treatment of obstructive colon cancer - *Endoscopy.* – 1986. – Vol. 18. – Suppl. N 1. – P. 44-46.
281. Kocic M., Inic M., Nikolic S., Zegarac M., Djuriscic I., Buta M. Subacute intestinal occlusion associated with colorectal cancer surgical treatment. - *Proktologia.* - №1. - 2008. – Vol.9. – P. 71-72.
282. Kronborg O. Akut colonileus som folge af venstresiding kolorektal cancer. En randomiseret undersogelse af akut stomi versus resection. – *Ugeskr. Laeger.* – 1995. –Vol. 157. – P. 5858- 5861.
283. Lango W.E., Ballantyne G.H., Bilchik A.I., Molin I.M. Advanced Rectal cancer. What is the best Palliation? – *Dis. Colon Rectum.* – 1988. – Vol. 31. - №11. – P. 842-847.
284. Lee Y.M., Law W.L., Chu K.W., Poon R.T. Emergency surgery for obstructing colorectal cancer: a comparison between right-sided and left-sided lesions. - *J. Am. Col. Surg.* – 2001. – Vol. 192. – P. 719-725.
285. Lim J.F., C-L. Tang., Seow-Choen F., Heah S.M. Prospective, randomized trial comparing intraoperative colonic irrigation with manual decompression only for obstructed left-sided colorectal cancer. - *Dis. Colon Rectum.* – 2005. – Vol. 48, N 2. – P.205-209.
286. Lim J.H., Ko Y.T., Lee D.H. et al. Determining the site and causes of colonic obstruction with sonography - *Amer. J. Roentgenol.*-1994.-Vol. 163, - N 5. - P. 1113-1117.
287. Lucisono E., Cenesi R., Motlaghzadeh R. Riflessioni su 12 pazienti operati in urgenza per carcinoma del cieco. – *Riv. H. Colpract.* - №7. – 1988.
288. Maiorca C., Baldari N., Fot A., Lo Giudice G. Nostra esperienza nel trattamento dela occlusiony da neoplasia del grasso intenstino - *Minerva chir.* – 1982. – Vol. 37, N 20. – 1832-1835.
289. Malafosse M., Goujard F, Gallot D, Sezeur A. Treatment of acute obstruction due to left colonic cancer. - *Chirurgie.* – 1989. –Vol.115. - Suppl 2. – P.123-126.

290. Malafosse M., Fourtanier G. Le traitement des cancers du rectum. – Monographies de l'Association française de chirurgie. – Paris. – Doin. – 1987.
291. Manes G., de Bellis M., Fuccio L., Repici A., Masci E., Ardizzone S., Mangiavillano B., Carlino A., Rossi G.B., Occhipinti P., Cennamo V. Endoscopic palliation in patients with incurable malignant colorectal obstruction by means of self-expanding metal stent: analysis of results and predictors of outcomes in a large multicenter series. - *Arch Surg.* - 2011 -Oct;146 (10). – P.1157-1162.
292. Maurer W., Frey H.P. Cecostomy in the treatment of large intestine ileus. - *Helv Chir Acta.* – 1980. - Feb;46(5-6). – P.763-766.
293. McEntee G.P., Pener D., Mulvin D., Mocullough M., Naeedes S., Parah S., Badurdeen M.S., Ferraro V., Cham C., Gillham P. Current spectrum of intestinal obstruction. – *Gut.* – 1987. – Vol. 10.- P. 1372.
294. Meiser G., Meissner K. Zum Stellenwert der sonographischen Ileusdiagnostik - *Chirurg.* – 1985. – Bd. 56, N 1. – S. 46-49.
295. Miller R.E., Bossart P.M., Tiszenkel H.I., Kimmelstiel F.M. Surgical management of complications of fiberoptic colonoscopy.- *Surg Laparosc Endosc.*- 1991 - Dec;1(4). – P.236-239.
296. Mingazzini P., Pipino G., Cugnasca M., Giordanengo F., Scorza R. Chirurgia del canero del grasso intestine. Risultati a istanza. – *Giom.Chir.* – 1987. - Vol. 8. - №1. – P.95-98.
297. Myrvold Helge E. Surgical Procedures in Colorectal Cancer Emergencies. – *Scand. I. Gastroenterol. Suppl.* – 1988. – Vol. 23. – P. 1499.
298. Nagula S., Ishill N., Nash C., Markowitz A.J., Schattner M.A., Temple L., Weiser M.R., Thaler H.T., Zauber A., Gerdes H. Quality of life and symptom control after stent placement or surgical palliation of malignant colorectal obstruction.- *J Am Coll Surg.* – 2010. - Jan;210(1). –P.45-53.
299. Navarro-Pomares A., Cajigal R., Banet R. et al. Colorectal Cancer: elective vs emergency surgery. – *Br. J. Surg.* – 1994. – Vol. 81. – Suppl. – P. 33-34.
300. Nemes R, Vasile I, Curca T, Paraliiov T, Pasalega M, Mesina C, Dinca N, Valcea D. Acute bowel obstruction - the main complication of colorectal cancer. Therapeutical options. - *Rom J Gastroenterol.* -2004 - Vol.13. P.109–112.
301. Nucci F., Isolani G., Breggio M. et al. La nostra esperienza nel trattamento del carcinoma del colon-retto. – *Acta. Chir. Italica.* – Vol. 44. – 1988. – P. 201-206.
302. Ohman V. Prognosis in patients with obstructing colorectal carcinoma. – *Am.J.Surg.* – 1982. – Vol.143. - №6. – P.742-747.
303. Parthiver V.S., Pandya G.P., Gerst P.H. Which one birst? Barium enema or colonoscopy. – *Amer. Surg.* – 1989. – Vol. 55, №7. – P. 417-480.
304. Perrier G., Peillon C., Liberge N. Cecostomy is useful surgical procedure: stady of 113 colonic obstructions caused by cancer. – *Dis.Colon.Rectum.* – 2000. – Jan; 43(1). – P. 50-54.
305. Raftery T., Samson V. Carcinoma of the colon: a clinical correlation between presenting symptoms and survival - *Amer. Surg.* – 1980. – Vol. 46, N 11. – P.600-606.

306. Roncoroni L., Violz V., Sgolbe G., Montanari M., Pellegrini M., Peracchia A. Occlusione da carcinoma colo-rectale (Esperienza personale). – Acta Chir. Italica. – Vol. 43. – 1987.
307. Schaeter K., Wegener M., Boersch G. et al. Notfallcolonoskopie als Entscheidungshilfe fuer die Operationsindikation. - Lang. Arch. Chir. – 1986. – Vol. 365. –P. 744-747.
308. Smith S.R.A., Connolly I.C., Cilmore O.I.A. The effect of focal loading on colonic anastomotic healing. _ Britt. J. Surg. J. Surg. – 1983. – Vol. 70. - №1. – P. 49-50.
309. Suzuki N., Saunders B.P., Thomas-Gibson et al. Colorectal stenting for malignant and benign disease: outcomes on colorectal stenting. – Dis. Colon Rectum. – 2004. – Vol.47. – P.1201-1207.
310. Tan C.J, Dasari B.V., Gardiner K. Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials of self-expanding metallic stents as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant left-sided large bowel obstruction. - Br J Surg. – 2012. - Apr;99(4). P. 469-476.
311. Tanaka A., Sadahiro S., Yasuda M., Shimizu S., Maeda Y., Suzuki T., Tokunaga N., Ogoshi K. Endoscopic balloon dilation for obstructive colorectal cancer: a basic study on morphologic and pathologic features associated with perforation. - Gastrointest Endosc. – 2010. - Apr;71(4). – P.799-805.
312. Tack J., Gevers A.M., Rutgeerts P. Self-expandable metallic stents in the palliation of rectosigmoidal carcinoma: a follow-up study. – Gastrointest-Endosc. – 1998. – Sep. 48 (3). – P. 267-271.
313. Tejero E., Fernandez-Lobato R., Mainar A. Initial Results of a New Procedure for Treatment of Malignant Obstruction of the Left Colon. – Dis. Colon. Rectum. – 1997. - №4. – P. 432-436.
314. Truona S., Arlt G., Pfinosten F., Schumpelick V. Importance of sonography in diagnosis of ileus. A retrospective study of 459 patients - Chirurg.-1992.-Bd. 63. - N 8.-S. 634-640.
315. Tuca A., Guell E., Martinez-Losada E., Codorniu N. Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution. - Cancer Manag Res. -2012. Vol.4. – P.159-69.
316. Turegano-Fuentes F., Echenagusia-Belda A., Simo-Muerza G., et al. Transanal self-expanding metal stents as an alternative to palliative colostomy in selected patients with malignant obstruction of the left colon. – Br.J.Surg. – 1998. – Feb. 85(2): 232-5.
317. Ucheddu A., Cois A., Cagetti M. La chirurgia della complicanza occlusiva nel carcinoma del colon sinistro. Problematiche cliniche ed esperienza personale su 56 casi operati. – G.Chir. – 1994. – Oct; 15(10). – P.443-449.
318. Van Hooft J.E., Bemelman W.A., Oldenburg B., Marinelli A.W., Holzik M.F., Grubben M.J., Sprangers M.A., Dijkgraaf M.G., Fockens P. Colonic stenting versus emergency surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicentre randomised trial. - Lancet Oncol. – 2011. - Apr; 12(4).- P. 344-352.
319. Vigler L., Tsur N., Huber M. Et. Al. Management of obstructive carcinoma of the left colon - Arch. Surg. -1985. – Vol. 120, N 7. – P.825-828.

320. Walz M.U., Eigler F.W. and Kropft D. Combined surgical and operations for locally advanced colorectal carcinoma. – Acta.Chir.Augtr. – 1991. – Vol.23. - №1.
321. Zhong Y.S., Yao L.Q., Xu J.M., Xu M.D., Zhou P.H., Chen W.F., Qin X.Y. Emergency colonoscopy in the diagnosis and treatment of acute colorectal obstruction. - Zhonghua Yi Xue Za Zhi. – 2011. - Mar 1; 91(8). –P. 524-527.