

Альтернативные подходы к хирургическому лечению осложненных форм рака ободочной кишки

Канд. мед. наук С.А. АЛИЕВ

Alternative approaches to surgical treatment of complicated forms of cancer of the colon

S.A. ALIEV

Кафедра хирургических болезней N 1 (зав. проф. Г.А. Султанов) Азербайджанского медицинского университета им. Н.А. Нариманова, Баку

В последние годы повсеместно регистрируется неуклонный рост заболеваемости раком ободочной кишки [3, 5, 8, 9, 34, 41, 55, 69, 70, 81, 203, 213, 223, 226, 239]. Несмотря на совершенствование методов диагностики этого заболевания, осложненные формы рака ободочной кишки составляют 60–88,9% [2, 3, 23, 27, 34, 35, 42, 43, 50, 51, 65, 69, 70, 79, 82, 126, 136, 142, 178]. Подобные обстоятельства оказывают существенное влияние на результаты лечения, частоту послеоперационных осложнений и летальность. Послеоперационная летальность при осложненном течении рака ободочной кишки достигает 25–54,5% [8, 13, 32, 43, 50, 65, 82, 133, 171]. Термин "осложненный рак" применительно к ободочной кишке встречается в литературе нечасто, но он целесообразен, поскольку подобная трактовка имеет важное значение в прогнозировании течения и результатов лечения заболевания [3, 13, 23, 27, 34, 35, 43, 49, 79, 136].

Клиническая картина, диагностика и тактика хирургического лечения при осложненном течении рака ободочной кишки имеют свои особенности. Лечение больных проводится преимущественно в хирургических стационарах общего профиля, как правило, в порядке неотложной помощи. Большинство оперативных вмешательств по поводу осложненных форм рака ободочной кишки является паллиативным из-за тяжести состояния больных, обусловленной запущенностью опухолевого процесса. В связи с этим требуется разработка эффективных мер по устранению инвалидности, реабилитации и восстановлению трудоспособности таких больных [84, 98, ПО, 129, 130, 136, 155]. Большинство авторов [3, 15, 23, 35, 42, 43, 50, 70, 79, 126, 134, 178, 219] к осложненным формам рака ободочной кишки относят обтурационную кишечную непроходимость, перфорацию опухоли или кишечной стенки, перифокальный воспалительный инфильтрат, кишечное кровотечение, прорастание опухоли в соседние органы и окружающие ткани. Хирургическая тактика при осложненном течении рака ободочной кишки носит дифференцированный характер и зависит от вида и особенности осложнений, характера опухолевого роста, стадии заболевания, выраженности нарушения гомеостаза, тяжести состояния и возраста больного [39, 75, 131, 191, 226].

Обтурационная кишечная непроходимость является одним из наиболее частых и тяжелых осложнений рака ободочной кишки, составляя от 15 до 49% [3, 4, 6, 10, 22, 23, 25, 34, 50, 87, 119, 136, 173, 192, 210, 211]. Другие авторы приводят более высокий показатель данного осложнения — до 57,7–76,8% [15, 42, 43, 75, 88, 97, 130].

Такие широкие колебания частоты обтурационной непроходимости, по-видимому, объясняются демографическими особенностями наблюдений, профилем лечебных учреждений и разным подходом к оценке кишечной непроходимости в связи с отсутствием общепринятой классификации

[3, 8, 22, 34]. Несмотря на более чем двухвековую историю хирургического лечения больных с обтурационной непроходимостью ободочной кишки опухолевого генеза, вопросы классификации, объема и срока оперативного вмешательства, предоперационной подготовки, послеоперационного ведения и реабилитации далеки от окончательного решения и являются предметами обсуждения и дискуссий.

Обсуждение этих вопросов на последних двух хирургических форумах, состоявшихся в мае 1991 г. (V съезд хирургов республик Средней Азии и Казахстана и Всесоюзная конференция по неотложной хирургии), еще раз свидетельствует об актуальности проблемы. Это обусловлено возросшей частотой данного осложнения в общей структуре механической кишечной непроходимости, явным преобладанием ее среди других осложнений рака ободочной кишки, высокой летальностью [3, 8, 23, 34, 82, 136]. По данным разных авторов [3, 15, 32, 45, 65, 70, 82, 87, 88, 90, 123, 171, 177, 187, 189, 201, 239], летальность после паллиативных операций колеблется от 17 до 54,5%, после радикальных — от 9,2 до 46,1%. Общая летальность составляет 31,3–43,5% [15, 43, 45, 131].

До настоящего времени мнения хирургов о выборе метода и объема оперативного вмешательства у больных этой категории расходятся. Некоторые авторы [18, 19, 127] предпочитают консервативное разрешение острой непроходимости ободочной кишки, а операцию выполняют в отсроченном порядке при более благоприятных условиях с меньшим риском. По мнению этих авторов, отсроченные операции после консервативного разрешения непроходимости позволяют значительно увеличить число радикальных операций и снизить летальность. Другие хирурги, учитывая тяжесть состояния большинства больных, обусловленную интоксикацией, вызванной опухолевым процессом и кишечной непроходимостью, опасность возникновения грозных осложнений после радикальных и первично-восстановительных операций (несостоятельность швов кишечного анастомоза, перитонит и т. п.), считают целесообразным выполнение паллиативных вмешательств на высоте острой обтурации ободочной кишки, мотивируя их объемом необходимостью спасения жизни больного [3, 7, 16, 17, 29, 45, 66, 67, 70, 72, 77, 80, 92, 115, 131, 143, 146, 150, 156, 182]. Эти хирурги предлагают много(двух, трех)этапные операции. Хирургическое лечение начинают с формирования декомпрессионных колостом, а опухоль рекомендуют удалять после улучшения состояния больного и соответствующей подготовки. В последнее время большинство хирургов отдают предпочтение выполнению двухэтапных первично-радикальных операций, предусматривающих ликвидацию кишечной непроходимости с одномоментным радикальным удалением опухоли без первичного восстановления кишечной непрерывности. Эти авторы, учитывая опасность оставления опухоли (прогрессирование ракового процесса, метастазирование.

©С.А. Алиев, 1998

нарастание интоксикации и т. п.), рекомендуют производить резекцию сегмента кишки вместе с опухолью и наложение разгрузочной колостомы на первом этапе лечения, восстановление кишечной непрерывности — на втором [2, 4, 15, 50, 62-65, 78, 79, 82, 87, 90, 91, 107-109, 111-114, 116-118, 126, 134-136, 149, 167, 171, 176, 195, 201, 207, 215, 229].

В последние годы среди хирургов появилась тенденция расширения показаний к выполнению радикальных и первично-восстановительных операций — одномоментной резекции опухоли и наложению межкишечного анастомоза на высоте острой обтурации ободочной кишки [10, 11, 18, 19, 25, 26, 32, 34, 46, 48, 68, 71, 73, 105, 123, 127, 137, 138, 140, 157, 163, 206, 210, 216, 224, 229, 231, 237, 239]. Такая разноречивость, порой и противоречивость высказываний хирургов относительно объема оперативного вмешательства обусловлена локализацией опухоли и характером ее роста, стадией заболевания, наличием осложнений (местное распространение злокачественного процесса, перитонит и т. п.), общим состоянием, возрастом больного и другими факторами [51, 58, 95].

Локализация опухоли в том или ином сегменте ободочной кишки диктует необходимость дифференцированного выбора объема и характера операции как в тактическом, так и в техническом отношении. Вопрос выбора оперативного лечения при правосторонней локализации обтурирующей опухоли в настоящее время считается практически решенным. В таких ситуациях при наличии резектабельной опухоли больные во хирургах являются сторонниками первично-радикальной операции — правосторонней гемиколэктомии, которая предусматривает одномоментное устранение кишечной непроходимости, резекцию кишки вместе с опухолью и восстановление кишечной непрерывности путем наложения илеоанастомоза [1, 3, 6, 7, 12, 14, 21, 22, 34, 35, 47, 70, 82, 100, 112-114, 124, 126, 132-136, 142, 150, 162, 167, 172]. По мнению ряда хирургов, при правосторонней локализации опухоли гемиколэктомия служит операцией выбора.

Для выполнения правосторонней гемиколэктомии у больных с обтурационной непроходимостью непременным условием является наличие резектабельной опухоли и отсутствие перитонита, в противном случае такая операция сопряжена с большим риском развития несостоятельности швов анастомоза [3, 111, 144, 158], поэтому некоторые авторы [104, 113, 165] при правосторонней локализации обтурирующей опухоли все еще рекомендуют применять многоэтапные вмешательства в различных модификациях. В качестве первого этапа выполняют декомпрессионную операцию, которой может быть наложение цеко(илео)стомы или обходного анастомоза, а вторым этапом — правостороннюю гемиколэктомию. Р.Т. Панченков и соавт. [82] считают, что правосторонняя гемиколэктомия у этих больных оправдана лишь при отсутствии у них тяжелых сопутствующих заболеваний. Другие хирурги [92, 119, 121, 122, 136, 158] при тяжелом общем состоянии больного, наличии перитонита, при перерастянутых петлях тонкой кишки считают целесообразным выполнение операции в два этапа: сначала гемиколэктомия с терминальной илеостомией, затем ликвидация илеостомы с наложением илеоанастомоза [37, 44, 132, 133]. Некоторые авторы рекомендуют операцию Лахей: выведение обоих концов кишки по типу двустольной илеоколостомы, затем формирование впутрибрюшинного иивагинационного илеотрансверзоанастомоза конец в конец [21, 40]. По мнению ряда авторов [22, 80, 113, 119], у крайне тяжелобольных с перерастянутой газом и жидким содержимым тонкой кишки на первом этапе целесообразно формирование илеостомы. При поражении правой половины ободочной кишки с дистальной локализацией опухоли, а также при невозможности выполнения радикального оперативного вмешательства на первом этапе рекомендуют наложение плоской цекостомы [3, 22, 113, 119].

Выбор рациональной хирургической тактики является сложным и дискуссионным в экстренной хирургии осложненного рака левой половины ободочной кишки. До настоящего времени среди хирургов нет единого мнения о хирургической тактике при раке левой половины ободочной кишки, осложненном непроходимостью. По-видимому, такое положение обусловлено большими возможностями для выбора [122]. Диапазон оперативных вмешательств при обтурирующей опухоли данной локализации довольно широк. Применяются первичные радикальные вмешательства с одномоментным восстановлением кишечной проходимости:

- первичные радикальные операции без формирования анастомоза, с выведением одностольной проксимальной колостомы и ушиванием дистального сегмента;
- первичные радикальные операции без формирования анастомоза и выведением двустольной колостомы;
- первичные радикальные операции с формированием анастомоза и наложением проксимальной коло- или цекостомы;
- многоэтапные радикальные операции с предварительным формированием коло- или цекостомы;
- паллиативные резекции ободочной кишки;
- симптоматические операции.

Продолжающаяся на протяжении многих десятилетий дискуссия относительно выбора метода операции при левосторонней локализации обтурирующей опухоли далека от завершения. Анализ литературы свидетельствует о том, что в последнее время заметна тенденция к большему радикализму и в ряде наблюдений к отказу от паллиативных и многоэтапных операций у больных с обтурационной непроходимостью при опухолевом поражении левой половины ободочной кишки.

На Всесоюзной конференции хирургов (Казань, 1958 г.) при обтурационной кишечной непроходимости была рекомендована трехэтапная операция Цейллера—Шлоффера при левосторонней локализации опухоли, двухэтапная — при стенозирующих опухолях правой половины ободочной кишки. Одновременно подчеркивалась недоступность первичных резекций при обтурационной непроходимости опухолевого генеза. На IV Всероссийском съезде хирургов (Пермь, 1973 г.) при лечении больных с обтурационной непроходимостью, обусловленной опухолью правой половины ободочной кишки, была признана целесообразность выполнения одномоментной правосторонней гемиколэктомии. При левосторонней локализации обтурирующей опухоли были высказаны мнения в пользу многоэтапных вмешательств (операции Цейллера—Шлоффера, Микулича, Грекова, Гартмана). На Всероссийской конференции хирургов в Туле (1984 г.) все были единодушны в том, что операцией выбора при правосторонней локализации обтурирующей опухоли ободочной кишки является правосторонняя гемиколэктомия. Однако некоторые авторы считают, что при тяжелом течении заболевания могут быть применены двухэтапные вмешательства [138, 44]. Предложены различные способы формирования первичного анастомоза с обязательными декомпрессионными стомами — У-образным анастомозом при осложненном раке левой половины ободочной кишки, который за последнее время находит все больше сторонников [13, 49, 56]. В.Г. Рябцев и соавт. [90], Ю.Г. Шапошников и Е.А. Решетников [128] считают необходимым одномоментное радикальное удаление опухоли во время экстренного хирургического вмешательства по поводу обтурационной непроходимости ободочной кишки.

На V съезде хирургов республик Средней Азии и Казахстана (Ташкент, 1991 г.) и Всесоюзной конференции по неотложной хирургии (Ростов-на-Дону, 1991 г.) было принято решение о целесообразности соблюдения принципов хирургической тактики, принятых на Всероссийской конференции (Тула, 1984 г.). Подчеркнута целесообразность расширения показаний к одномоментным радикальным и первично-восстановительным оперативным вмешательствам

при этом виде кишечной непроходимости.

Независимо от уровня обтурации толстой кишки опухолью часть хирургов считают целесообразным многоэтапное хирургическое лечение [61].

В последние годы отмечается заметное увеличение сторонников первично-радикальных операций при обтурационной непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза.

Ряд хирургов при стенозирующей опухоли левой половины ободочной кишки, учитывая низкую послеоперационную летальность, считают целесообразным выполнение многоэтапных оперативных вмешательств, в первую очередь наложение декомпрессионных цекко-или колостом с последующим удалением опухоли и восстановлением естественного кишечного пассажа [16, 28, 29, 77, 92]. Такой тактики придерживаются у больных с повышенным операционным риском, обусловленным тяжелым состоянием, выраженной интоксикацией, наличием декомпенсированных сопутствующих заболеваний, в пожилом и старческом возрасте.

Однако в литературе имеются противоречивые суждения о показаниях к декомпрессионным вмешательствам. Одни хирурги считают, что цекостома, наложенная на высоте острой непроходимости, не всегда обеспечивает адекватную декомпрессию желудочно-кишечного тракта [20, 42, 110, 122, 172, 179], поэтому ее применение нецелесообразно. Другие полагают, что цекостома является достаточно эффективным вмешательством при острой кишечной непроходимости [189]. Основной недостаток многоэтапных операций — оставление в брюшной полости опухоли, которая представляет собой потенциальный источник интоксикации, серьезных осложнений и удлиняет сроки лечения. Сторонники трехэтапной операции подчеркивают, что наложение проксимальной декомпрессионной колостомы в качестве первого этапа вмешательства относительно легко выполнимо и менее травматично [59, 169, 179, 189, 234, 236]. Эти мотивы служат по сути дела единственным и далеко не всегда обоснованным оправданием для ее выполнения. Как показали многочисленные исследования, расчленение операции на несколько этапов при левосторонней локализации обтурирующей опухоли приводит не только к ближайшим неудовлетворительным результатам, но и существенно ухудшает отдаленные результаты лечения. Нередко цекостома в послеоперационном периоде не обеспечивает адекватную декомпрессию проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта, а значит не выполняет функцию, ради которой она сделана. Кроме того, многоэтапные операции чаще сопровождаются большим числом гнойно-септических осложнений, поэтому последующие этапы операции задерживаются на неопределенный срок, что в свою очередь приводит к дальнейшей генерализации опухолевого процесса, развитию вторичных осложнений, нарастанию интоксикации, нередко опухоль становится неоперабельной [172, 187]. Следует добавить, что восстановительные операции на ободочной кишке более рискованны, технически сложны и трудно выполнимы. Нередко в тех случаях, когда по онкологическим соображениям выполнение второго этапа операции представляется возможным, у хирурга возникают трудности в определении показаний к повторному вмешательству. После второго и заключительного этапов операции еще больше возрастает риск послеоперационных осложнений, увеличивается показатель летальности [145, 154, 214, 218, 227]. Лишь 30% больных имеют шансы пережить все три этапа операции [187]. Большинство больных, оперированных многоэтапно, умирают в сроки до 1 года от рецидива и метастазов опухоли, а 5-летняя выживаемость у них намного хуже, чем у больных, перенесших двухэтапную операцию типа Гартмана [74, 76, 90, 191, 228]. На неэффективность операции Цейдлера—Шлоффера указывают и другие авторы [60, 92, ПО, 111].

Таким образом, данные литературы свидетельствуют о том, что ближайшие и отдаленные результаты хирургиче-

ского лечения больных с обтурационной непроходимостью ободочной кишки и левосторонней локализацией опухоли при применении трехэтапных вмешательств неудовлетворительны. Такое положение заставляет хирургов в последнее время чаще прибегать к выполнению двухэтапной радикальной операции типа Гартмана, так как эта операция обладает некоторыми преимуществами перед операцией Цейдлера—Шлоффера. Во-первых, операция Гартмана позволяет решить сразу две задачи: после удаления опухоли устраняется источник интоксикации и метастазирования, после наложения колостомы ликвидируется кишечная непроходимость. Во-вторых, эта операция более радикальна, 5-летняя выживаемость после нее значительно превышает этот показатель после операции Цейдлера—Шлоффера.

По данным Н. Umpleby [226], 5-летняя выживаемость при наложении декомпрессионной стомы в качестве первого этапа вмешательства составляет 18%, после первичной резекции опухоли и операции Гартмана — 48—50%. По мнению В.П. Петрова [87], В.Л. Маневича и А.В. Богданова [70], В.Г. Рябцева и соавт. [90], Э.Г. Топузова [111], В.Д. Федорова [119], J. Kjaergaard и соавт. [193], L.Ling и Th. Aberg [198], операция Гартмана является лучшим видом оперативного вмешательства при осложненных формах рака левой половины ободочной кишки. Несмотря на очевидные преимущества, операция Гартмана также не лишена недостатков. Прежде всего она требует от хирурга высокой квалификации. По этой причине многие хирурги выполняют ее лишь при наличии соответствующих условий; у больных молодого возраста, при относительно небольшом сроке заболевания и удовлетворительном состоянии пациента [31, 32, 87, 111, 193, 198]. Многие авторы считают, что формирование колостомы в ближайшем послеоперационном периоде при этом виде операции сопровождается развитием не меньшего числа осложнений, чем при наложении цекостомы, высока частота параколостомических осложнений (грыжа, эвентрация, абсцесс, флегмона) и стенозов [161, 184, 186, 200], что значительно снижает возможности социально-трудовой реабилитации больных [155]. Существенный недостаток операции Гартмана — необходимость повторной операции для восстановления кишечной непрерывности [188]. Поданным литературы [198, 200, 217], восстановление непрерывности кишки в 40—72% наблюдений становится невозможным. При выполнении заключительного этапа операции возникают серьезные послеоперационные осложнения, отмечается высокая летальность [168, 186, 235].

Все это в определенной степени сдерживает хирургов от выполнения заключительного этапа операции, поэтому операция Гартмана, являясь двухэтапным вмешательством, в ряде наблюдений превращается в незавершенную одномоментную операцию. В настоящее время при обтурационной непроходимости ободочной кишки, обусловленной левосторонней локализацией опухоли, продолжают поиски оптимальных оперативных вмешательств. Некоторые хирурги во избежание повторного и восстановительного этапов после операции Гартмана и уменьшения частоты интра- и послеоперационных осложнений при осложненном течении рака левой половины ободочной кишки рекомендуют выполнение одномоментной левосторонней гемиколэктомии с первичным восстановлением кишечной непрерывности и формированием Y-образного терминалолатерального анастомоза. Преимущества этой операции заключаются в том, что, во-первых, удаление опухоли и устранение кишечной непроходимости производятся в один этап, во-вторых, одномоментно восстанавливается непрерывность толстой кишки; в-третьих, наложенная проксимальная колостома, создавая декомпрессию проксимальных отделов кишечного тракта, обеспечивает профилактику несостоятельности швов толстокишечного анастомоза; в-четвертых, закрытие колостомы производится внебрюшинным способом [13, 49, 56].

С.П. Сугробов [106] предложил первично-отсроченный коло-колоанастомоз с временной проксимальной колосто-

мой при обтурирующей опухоли левой половины ободочной кишки. При этой методике после резекции опухоли оральный и аборальный концы кишки перевязывают и погружают в кистные швы, после чего эти же концы кишки сшивают между собой по периметру узловыми серозно-мышечными швами по типу конец в конец. Выше накладывают двустольную колостому по Майдлю. Через 3–4 нед после операции производят транссинтегинальное восстановление непрерывности кишки путем эндоскопической реканализации межкишечной перегородки. Заключительным этапом закрывают колостому вбрюшинным способом. О.К. Скобелкин и соавт. [101, 102] применяют этот способ с некоторыми видоизменениями. После резекции ободочной кишки вместе с опухолью оральный конец ее перевязывают со стороны серозной оболочки. Аборальный конец кишки подшивают к оральному концу узловыми серозно-мышечными швами по периметру и формируют анастомоз.

Затем накладывают проксимальную пристеночную или двустольную колостому, через которую в приводящий сегмент "отсроченного анастомоза" заводят двухпросветную трубку для проведения внутрикишечного лаважа. Через некоторое время по линии "перегородки" наступает реканализация межкишечного анастомоза. Закрывание колостомы также осуществляют вбрюшинным способом.

По мнению этих авторов, такая методика может служить в качестве альтернативы операции Гартмана, значительно улучшая функциональные результаты оперативного лечения больных с обтурирующей опухолью левой половины ободочной кишки. Одним из наиболее интересных направлений в экстренной хирургии ободочной кишки явилась разработка и внедрение в клиническую практику нового метода хирургического вмешательства при лечении больных с обтурационной непроходимостью левой половины ободочной кишки опухолевого генеза — одномоментной тотальной и субтотальной колэктомии с восстановлением непрерывности кишечного тракта [57, 83–86, 96–98, 152, 159, 166, 174, 180, 190, 194, 209, 225, 232] путем наложения первичного илеодесцендо-, илеосигмо- или илеоректоанастомоза. Послеоперационная летальность составляет 11,5–13,8% [159, 190, 209]. Являясь первично-восстановительным вмешательством, данная операция отличается высоким онкологическим радикализмом, а также возможностью ранней социальной и трудовой реабилитации оперированных. Кроме того, авторы считают, что применение тотальной и субтотальной колэктомии снижает риск рецидива опухоли и отсутствует необходимость выполнения повторных вмешательств [30, 83, 85, 136, 139, 164, 166, 180, 196, 209, 222, 232]. Частота послеоперационных осложнений и летальность при выполнении этой операции значительно ниже по сравнению с аналогичными показателями после многоэтапных вмешательств, а отдаленные результаты лучше. Если принять во внимание то обстоятельство, что терминальный отдел подвздошной кишки отличается богатым кровоснабжением и анастомоз между тонкой и толстой кишкой по особенностям заживления почти не отличается от тонко-тонкокишечного, выполнение субтотальной колэктомии при обтурационной толстокишечной непроходимости представляется вполне обоснованным.

По мнению J. Hoffman и соавт. [187], наложение анастомоза между терминальным отделом подвздошной кишки и дистальной, почти интактной частью толстой кишки гораздо более безопасно, чем между участками толстой кишки.

При раке поперечной ободочной кишки, осложненном непроходимостью, возможны четыре варианта хирургического лечения [3, 18, 34, 132, 133]. Если опухоль расположена в средней трети поперечной ободочной кишки или ближе к правой ее трети и общее состояние больного позволяет произвести радикальную операцию, то показана правосторонняя гемиколэктомия с частью поперечной ободочной кишки вместе с опухолью и наложением илеотранс-

верзоанастомоза. Второй вариант — резекция поперечной ободочной кишки с обязательной мобилизацией правого и левого изгибов и наложением асцендодесцендоанастомоза. Третий вариант операции применяется у больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, которые могут не перенести одномоментную радикальную операцию, или у больных с декомпенсированной стадией непроходимости и перитонитом, когда наложение анастомоза будет под реальной угрозой несостоятельности. В этом случае в качестве первого этапа возможно наложение широкой разгрузочной цекстомы, а в дальнейшем, после стихания перитонита и улучшения состояния больного, следует произвести радикальную операцию. Четвертый вариант операции рекомендуется в тех же ситуациях, что и третий, является более рациональным, так как производится резекция поперечной ободочной кишки с выведением двустольной колостомы.

В хирургии осложненного рака ободочной кишки особый интерес представляют способы декомпрессии кишечника. В настоящее время большинством хирургов признается возможность различных видов декомпрессии желудочно-кишечного тракта при осложненном раке ободочной кишки как в пред- и послеоперационном периоде, так и во время операции [84, 111, 153, 170].

Разгрузка кишечного тракта — основной элемент одноэтапных и многоэтапных оперативных вмешательств. При многоэтапных операциях у большинства больных она является мерой подготовки к выполнению последующих этапов, а у наиболее тяжелобольных служит единственным оперативным пособием для ликвидации непроходимости [156]. В.Д. Федоров [121] рекомендует для правосторонней гемиколэктомии завершать операцию формированием декомпрессионной илеостомы. Все реже возникают показания к разгрузочной цекстомии, поскольку, по мнению большинства хирургов, она не обеспечивает адекватной декомпрессии кишечного тракта [110, 160, 172, 179, 189]. В последнее время широко применяется трансанальная декомпрессия кишечника с помощью толстых резиновых или полимерных трубок, проводимых через анус за линию анастомоза, что позволяет осуществлять промывание просвета кишечника антисептическими растворами и активную аспирацию содержимого [34, 84]. Эффективность данного способа увеличивается за счет назоинтестинальной декомпрессии путем зондирования верхних отделов желудочно-кишечного тракта [157, 84, 85, 175, 237]. Сочетание трансанальной и трансапальной декомпрессии способствует уменьшению интоксикации, быстрому восстановлению функции кишечника и процессам всасывания. Работами некоторых авторов показана возможность декомпрессии у ряда больных в послеоперационном периоде эндоскопическим методом с целью разгрузки ободочной кишки выше места обтурации опухолью и разрешения непроходимости [105, 209]. В последнее время некоторые авторы указывают на возможность эндоскопической реканализации (туннелирования) обтурирующих раковых опухолей ободочной кишки методами лазерной и электрокоагуляции, интубации супрастенотических отделов ободочной кишки зондом с целью лаважа и дренирования при толстокишечной непроходимости [89, 105, 212, 238].

Поданным Ю.В. Синева и соавт. [93, 94], подобные лечебные мероприятия у больных с непроходимостью ободочной кишки с помощью колоноскопа представляются весьма сложной задачей. Стенозирование просвета ободочной кишки до 0,2–0,3 см опухолью препятствует проведению зонда для декомпрессии ободочной кишки выше места обтурации при колонофиброскопии. Форсированное проведение этих манипуляций без четкого представления о протяженности опухолевого поражения кишки авторы считают нецелесообразным ввиду возможности опасных осложнений (перфорация кишечной стенки, перитонит и т. п.). Эти вопросы проблематичны и требуют дальнейшей разработки. Перфорация ободочной кишки является одним из грозных осложнений опухоли данной локализации [3, 8, 103, 143,

147, 181, 199, 202, 204, 205, 220, 221]. Частота этого осложнения колеблется в пределах 2,1–27% [3, 8, 15, 29, 40, 42, 43, 126, 136], послеоперационная летальность достигает 26–100% [90, 99], особенно она высока после паллиативных вмешательств. Большинство авторов различают два вида перфорации: перфорация опухоли и диастатический разрыв кишечной стенки проксимальнее опухоли [3, 34]. Диастатическая перфорация встречается относительно редко. По данным некоторых авторов, диастатический разрыв составляет 50–60% всех перфораций толстой кишки опухолевого генеза [143, 147, 238]. Наиболее часто диастатические разрывы происходят на слепой кишке у больных с левосторонней локализацией опухоли ободочной кишки [34, 42, 103, 126, 148, 202, 233], тогда как перфорация кишечной стенки в зоне опухоли не зависит от ее локализации и наблюдается одинаково часто у больных с левосторонним и правосторонним опухолевым поражением [1136]. По мнению большинства авторов, в механизме диастатической перфорации кишечной стенки обтурационная непроходимость как ведущий этиопатогенетический фактор не вызывает сомнений [3, 22, 29, 219, 220].

Некоторые авторы [29, 185] указывают на относительно невысокий процент обтурации просвета ободочной кишки и перфорации ее стенки одновременно. В вопросах хирургической тактики при перфоративных опухолях и диастатических разрывах ободочной кишки до настоящего времени нет единства мнений. Одни авторы, учитывая высокую частоту летальности после паллиативных вмешательств, являются сторонниками радикальной операции — резекции сегмента кишки вместе с перфоративной опухолью и наложения первичного анастомоза [3, 22, 72, 202, 216]. Большинство хирургов рекомендуют резекцию кишки с опухолью без восстановления естественного кишечного пассажа. Другие [29, 204, 220] допускают возможность выполнения первичной резекции при относительно удовлетворительном состоянии больного, в молодом возрасте, при отсутствии разлитого перитонита и метастазов опухоли. Некоторые хирурги считают, что объем оперативного вмешательства при перфорации опухоли должен быть минимальным. М. Adloff и соавт. [143], J. Moreaux и соавт. [208], M. Saare [219], P. Verhaeghe [2281] подчеркивают целесообразность использования перфоративного отверстия в качестве декомпрессионной колостомы с последующим удалением опухоли, другие [3, 42, 50] рекомендуют ушивание перфоративного отверстия с оментопластикой и дренированием брюшной полости. При IV стадии раковой опухоли допустима паллиативная резекция перфоративной опухоли [3, 234].

Ушивание перфоративного отверстия с наложением проксимальной колостомы и удаление опухоли вторым этапом рекомендуют Г.А. Ушаков и соавт. [34], J. Kjaergaard и соавт. [193], J. Louque [199]. P. Lataix [197] предлагает отграничение перфоративного отверстия тампонами при невозможности удаления или выведения опухоли в рану. Y. Bervar [152] и E. Sapisochin [221] при хирургическом лечении перфоративных опухолей и диастатических разрывов ободочной кишки применяют операцию Микулича. При перфорации кишечной стенки в зоне опухолевого роста большинство хирургов резецируют участок кишки с перфоративной опухолью без восстановления кишечной непрерывности. При перфоративных опухолях правой половины ободочной кишки некоторые авторы рекомендуют гемиколэктомиию, при левосторонней локализации поражения — операцию типа Гартмана [3, 34, 50, 99, 120, 134, 136, 183, 193, 208]. Иногда [125] при перфорации опухоли сигмовидной кишки предлагают первичную внебрюшинную резекцию. Преимущества такого способа заключаются в том, что внебрюшинное расположение анастомоза предупреждает развитие перитонита в случае несостоятельности швов, а образовавшийся свищ, как правило, закрывается после проведения консервативной терапии.

Одним из частых осложнений рака ободочной кишки является гнойно-воспалительный процесс как в самой опу-

холи, так и в окружающих ее тканях. По сообщениям разных авторов [3, 8, 22, 29, 34, 35, 42, 43, 126, 133, 135, 136], частота внутриопухолевых и перифокальных воспалительных процессов составляет от 0,8 до 21,6%. Большинство авторов указывают на более частое развитие воспалительных осложнений у больных с правосторонней локализацией опухолевого процесса [3, 8, 22, 29, 34, 36, 42, 151]. По вопросам хирургической тактики при лечении больных с перифокальным воспалительным процессом нет единства взглядов.

При правосторонней локализации опухоли, осложненной воспалительным процессом, многие хирурги считают оправданным выполнение одноэтапных радикальных операций [3, 24, 42, 136]. Такой подход объясняется тем, что радикальная операция соответствует онкологическим принципам и позволяет достичь у большего числа больных благоприятных отдаленных результатов, снижения частоты послеоперационных осложнений и летальности. Другие авторы [22, 29] предлагают выполнять правостороннюю гемиколэктомию. При абсцедировании нерифокального инфильтрата большинство хирургов считают необходимым вскрытие и дренирование гнойника с наложением цекостомы или проксимальной колостомы [3, 29, 34, 136]. При левосторонней локализации опухоли ободочной кишки, осложненной воспалительным процессом, большинством авторов признана целесообразной операция Гартмана [3, 34, 136].

Кишечные кровотечения осложняют рак ободочной кишки и встречаются в 4–15,3% наблюдений [8, 22, 34, 35, 42, 103, 136]. Хотя профузные, угрожающие жизни кровотечения наблюдаются сравнительно редко, анемия различной степени выраженности часто сопутствует этому осложнению. G. Adam и соавт. [1141] указывают на особую тяжесть течения рака ободочной кишки, осложненного профузным кровотечением, у больных старших возрастных групп. Н.А. Яицкий [136] отмечал массивное кровотечение у больных с локализацией опухоли в левой половине ободочной кишки. Учитывая эффективность гемостатической и заместительной терапии, в большинстве наблюдений многие хирурги придерживаются консервативной тактики при лечении больных раком ободочной кишки, осложненным кровотечением [3, 8, 22]. Методом выбора считается удаление опухоли. При иноперабельности процесса рекомендуется наложение колостомы [30]. Оптимальный вариант оперативного вмешательства при профузном кровотечении у больных с левосторонней локализацией опухоли — операция Гартмана [33, 70].

Распространение рака ободочной кишки на прилежащие ткани и соседние органы является одной из характерных особенностей осложненного течения опухолевого процесса. Прорастание может наблюдаться при любой локализации опухоли. Частота этого осложнения составляет 2–22,1% [29, 34, 136, 205]. Прорастание опухоли в соседний орган может привести к образованию внутренних свищей [8, 29, 230].

Лечение больных раковой опухолью ободочной кишки, прорастающей в соседние органы, представляет сложную задачу, что обусловлено трудностями определения истинной границы опухолевого роста, идентификации анатомических структур и т. п. По мнению большинства авторов, переход опухоли на соседние органы и ткани при отсутствии отдаленных метастазов не служит противопоказанием к выполнению расширенного и комбинированного радикального оперативного вмешательства. Современное развитие хирургии, анестезиологии и онкологии еще более расширило эти возможности, в связи с чем применение таких радикальных операций при данном осложнении находит все большее число сторонников [8, 29, 148, 205]. Одним из нерешенных вопросов хирургии осложненного рака ободочной кишки являются профилактика и лечение послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, частота которых составляет от 38,6 до 80% [52–54]. Если учесть, что среди причин послеоперационной летальности гнойно-септические осложнения играют ведущую роль, то значение поиска но-

вых методов и средств предупреждения и снижения указанных осложнений очевидно.

Таким образом, многие вопросы хирургической тактики при осложненных формах рака ободочной кишки оста-

ются спорными и далеки от окончательного решения. Несомненно, вопросы рациональной хирургической тактики, профилактики и лечения послеоперационных осложнений нуждаются в дальнейшей разработке.

ЛИТЕРАТУРА

- Абшиев Б.А., Борисов А.И., Сейсенбаев М.Б. Факторы снижения летальности при острой кишечной непроходимости опухолевой этиологии. Съезд хирургов республик Средней Азии и Казахстана, 5-й: Тезисы докладов и сообщений (20—22 мая 1991). Ташкент 1991; 126-128.
- Акинчев С.Л. Факторы хирургического риска в лечении больных осложненными формами рака ободочной кишки: Дис. ... канд. мед. наук. Л 1985.
- Александров Н.Н., Лыткин М.И., Петров В. П. и др. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск 1980.
- Алипов В. В. Вести хир 1985; 8: 44—48.
- Араблинский В.М., Мушников В.И. Хирургия 1983; 11: 91—94.
- Ашурков М.Г. Тактика и комплексное лечение обтурационной непроходимости ободочной кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1991.
- Бережковский Е.Б. Клиника, диагностика и лечение обтурационной непроходимости толстой кишки раковой этиологии: Дис. ... канд. мед. наук. Краснодар 1979.
- Блохин Н.Н. Диагностика и лечение рака ободочной и прямой кишки. М: Медицина 1981.
- Бобров М.Я., Патютко Ю.М. Хирургия 1986; 9: 62—65.
- Бондарь Г.В., Яковец Ю.И., Башеев В.Х., Звездин В.П., Куприенко В.Н. Хирургия 1990; 7: 94-97.
- Бондарь Г.В., Хараберюш В.А., Башеев В.Х. и др. Тактика лечения полной кишечной непроходимости. Съезд хирургов республик Средней Азии и Казахстана, 5-й: Тезисы докладов и сообщений (20-22 мая 1991). Ташкент 1991; 136-137.
- Брискин Б.С., Смаков Г.М., Антонин С.Т. Вести хир 1989; 10: 123—125.
- Булынин В.И., Вдовин К.П., Наливкин А.И. Тактика в выборе метода операции при толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 22-23.
14. Булынин В.И., Наливкин А.И., Этков В.Н., Романов А.М. Варианты правосторонней гемиколэктомии в лечении острой обтурационной кишечной непроходимости. Острые хирургические заболевания брюшной полости: Тезисы докладов пленума Комиссии АМН СССР и Всесоюзной конференции по неотложной хирургии. Ростов-на-Дону 1991; 24—26.
15. Ванцян Э.Н., Богомолова Н.С., Данзанов Б.С. Хирургия 1988; 11: 3-8.
16. Васильевский И. И., Маркелов Е.М., Пампулис Н.П., Лисин А. Д. Обоснование расчлененных операций при обтурационном илеусе толстой кишки. В кн.: Острые хирургические заболевания брюшной полости: Тезисы докладов пленума Комиссии АМН СССР и Всесоюзной конференции по неотложной хирургии. Ростов-на-Дону 1991; 27-28.
- Васютков В.Я., Блохин В.Н., Панков СМ. Лечение кишечной непроходимости, обусловленной раком толстой кишки. В кн.: Острые хирургические заболевания брюшной полости: Тезисы докладов пленума Комиссии АМН СССР и Всесоюзной конференции по неотложной хирургии. Ростов-на-Дону 1991; 29—30.
- Виллвин Г.Д. Хирургия 1986; 9: 76-79.
- Вилявин Г.Д. Наша тактика хирургического лечения рака толстой кишки при острой непроходимости. Съезд хирургов Азербайджана, 2-й: Тезисы докладов, 2-й. Баку 1986; 130—132.
20. Виноградова О.И. Хирургическая тактика при лечении непроходимости на почве рака толстой кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1967.
- Воробьев Г.И., Жученко А.П., Саламов К.П., Хорунжий А.П. Вести хир 1990; 5: 42-46.
22. Ганичкин А.М. Рак толстой кишки. Л: Медицина 1970.
23. Ганичкин А.М., Яицкий Н.А. Осложненные клинические формы рака толстой кишки. Клин хир 1977; 5: 19—22.
24. Ганичкин А.М., Яицкий Н.А., Кицай С.А. Вести хир 1983; 3: 72—77.
25. Ганичкин А.М., Яицкий Н.А., Хателашвили В.М., Канаан Х.Ф. Обтурационная непроходимость как осложнение рака ободочной кишки. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 25-26.
26. Ганичкин А.М., Яицкий Н.А., Кицай С.А. Вестн хир 1988; 1: 55—57.
27. Гатаулин Н.Г., Хунафин С.Н., Мингазов Н.А. Хирургическая помощь при осложненных формах рака толстой кишки. Диагностика и лечение опухолей органов пищеварения: Тезисы докладов. Уфа 1988; 112-114.
28. Гаусман Б.Я., Хубезов А.Т., Левушкина А.И. и др. Лечение рака прямой и ободочной кишок, осложненного кишечной непроходимостью. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 26—27.
29. Голод В.Н. Рак толстой кишки. Особенности морфологии, клиники, диагностики и лечения осложненных форм: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Свердловск 1972.
30. Гулякин М.Ф., Зеркалов В.И. Воен-мед журн 1983; 7: 63—65.
31. Гусев В.И., Мимистов В.А., Шихатов Н.И. Особенности хирургического течения острой кишечной непроходимости. Новые технические решения в диагностике и лечении патологии органов брюшной полости. Куйбышев 1983; 19—21.
32. Доценко А.П., Зайчук А.И. Клин хир 1989; 4: 19—22.
33. Ефимов Г.А., Ушаков Ю.М., Щеглов В.В. Хирургия 1980; 10: 69-73.
34. Ефимов Г.А., Ушаков Ю.М. Осложненный рак ободочной кишки. М: Медицина 1984.
35. Ефимов В.Г. Хирургическая тактика при осложненном раке ободочной кишки у больных пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1990.
36. Жадкевич М.М., Бурневич С.З. Вести хир 1993; 3—4: 147—150.
37. Завгородний Л.Г., Буценко В.Н., Кухто Г.К. Клин хир 1977; 7: 14—18.
38. Завгородний Л. Г., Новикова Р. И., Гюльмамедов Ф.И. и др. Особенности хирургической тактики и лечения больных раком правой половины толстой кишки, осложненным кишечной непроходимостью. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 30—31.
39. Завгородний Л.Г., Буценко В.И., Курапов Е.П. и др. Клин хир 1983; 2: 18-21.
40. Завгородний Л.Г., Гюльмамедов Ф.И., Кухто Г.К. и др. Особенности хирургического лечения больных с толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии. Съезд хирургов Азербайджана, 2-й: Тезисы докладов, 2-й. Баку 1986; 135—138.
41. Змеул В.К. Хирургия 1984; 6: 53-56.
42. Зиневич В.П., Иванова Р.М., Бабкин В.Я. и др. Клин хир 1985; 5: 34-36.
43. Зиневич В.П., Бабкин В.Я. Вестн хир 1991; 2: 127—131.
44. Иванов П.А., Слывко В.Л., Панькова М.Р., Станкевич Л.К. Лечение непроходимости ободочной кишки опухолевой этиологии. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 33-34.
45. Иноятв И.М., Николаев Н.М., Варданян В.К., Фидаров Э.З. Хирургия 1991; 4: 61-65.
46. Каланов Р.Г., Тимербулатов В.М., Акмалов Ю.М. и др. Пути улуч-

- шения результатов лечения больных толстокишечной непроходимостью: В кн.: Острые хирургические заболевания брюшной полости: Тезисы докладов пленума Комиссии АМН СССР и Всесоюзной конференции по неотложной хирургии. Ростов-на-Дону 1991; 63-64.
47. Канаан Халед Фаез. Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненном кишечной непроходимостью: Автореф. дис. канд. мед. наук. Л. 1987.
 48. Каншин Н.Н., Хамидов А.И. Вестн хир 1981; 12: 52-57.
 49. Карякин А.М., Сусла П.А., Иванов М.А. Сравнительная оценка анастомозов при резекции правых отделов толстой кишки по поводу опухолевой непроходимости. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 84-85.
 50. Клемперт А.Я., Мартынюк В.В., Демин В.Н. Вестн хир 1986; 9: 38-41.
 51. Клешишвили В.П., Меженев А.М. Пути снижения летальности при опухолях толстой кишки, осложненных кишечной непроходимостью: В кн.: Актуальные проблемы онкологии. Петрозаводск 1980; 99-101.
 52. Кныш В.И., Смолянская А.З., Ананьев В.С., Триненко Г.И. Хирургия 1981; 4: 30-35.
 53. Кныш В.И., Ананьев В.С., Ожиганов Е.Л. Хирургия 1983; 9: 103-106.
 54. Кныш В.И., Ананьев В.С. Хирургия 1985; 3: 138-143.
 55. Кныш В.И., Пророков В.В., Ананьев В.С., Черкес В.Л. Хирургия 1986; 1: 54-57.
 56. Кныш В.И., Тимофеев Ю.М., Ананьев В.С. Хирургия 1990; 12: 61-62.
 57. Комаров Б.Д., Утешев Н.С., Пахомова Г.В., Романов Л.В. Современные принципы комплексного лечения обтурационной кишечной непроходимости. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 39-40.
 58. Королев Б.А., Сумин С.В. Острая непроходимость при раке ободочной кишки. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 40-42.
 59. 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; 42-43.
 60. 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; 43-44.
 61. Кукош В. И., Учуги на А.Ф., Мамаев Ю.П., Бударина Е.М. Хирургическая тактика при острой обтурационной кишечной непроходимости, обусловленной раком толстой кишки. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 46-47.
 62. Куланбаев М.К., Султанбаев Т.Ж., Шниц А.Г. Обтурационная кишечная непроходимость. V съезд хирургов республик Средней Азии и Казахстана: Тезисы докладов и сообщений. Ташкент 1991; 184-185.
 63. Кулемин В.В., Короткое Н.И., Альбицкий В.Б. Острая обтурационная непроходимость при раке толстой кишки. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 46-50.
 64. Кулемин В.В., Альбицкий В.Б., Точилов А.А. и др. Хирургическая тактика при острой кишечной непроходимости. Острые хирургические заболевания брюшной полости: Тезисы докладов пленума Комиссии АМН СССР и Всесоюзной конференции по неотложной хирургии. Ростов-на-Дону 1991; 69-71.
 65. Кутяков М.Г., Баскаков В.А., Ермолаев В.А. Хирургия 1987; 4: 79-81.
 66. Лисицын К.М., Ревской Н.К. Неотложная хирургия при онкологических заболеваниях органов брюшной полости. М: Медицина 1986.
 67. Луцевич Э.В., Долина О.А., Птушкина С.Т., Васильев В.Ю. Хирургия 1982; 8: 25-30.
 68. Макшанов И.Я., Мороз С.В., Дубровский О.И., Полинский А.А. Здоровье Белоруссии 1992; 5: 52-53.
 69. Малиновский Н.Н., Решетников Е.А., Кобцева Л.Ф., Зазюк И. Г. Хирургия 1986; 1: 7-14.
 70. Маневич В.Л., Богданов А.В. Хирургия 1984; 6: 79-83.
 71. Маргулис Ф.Б., Ахмедов Б.П., Хайдаров А.Х. Об одномоментной резекции при толстокишечной непроходимости. V съезд хирургов республик Средней Азии и Казахстана: Тезисы докладов и сообщений. Ташкент 1991; 187-188.
 72. Матяшин И.М. Клини хир 1977; 7: 1-8.
 73. Матяшин И.М., Войтенко А.А., Заеерий Л.Г., Жельман В.А. Клини хир 1978; 4: 30-36.
 74. Мельников Р.А., Правосудов И.В. Вестн хир 1983; 3: 66-72.
 75. Милославский И.М., Дышлева Л.И. Клини хир 1980; 2: 1-3.
 76. Мохнюк Ю.Н. Клини хир 1981; 5: 49-50.
 77. Нестеренко Ю.А., Дубровский А.А., Серочкин Г.Г. Хирургия 1978; 11: 66-69.
 78. Нихинсон Р.А., Томнюк И.Д., Кононыхина В.С. Острая кишечная непроходимость в свете хирургической тактики. Острые хирургические заболевания брюшной полости: Тезисы докладов пленума Комиссии АМН СССР и Всесоюзной конференции по неотложной хирургии. Ростов-на-Дону 1991; 97-98.
 79. Павлов К.А., Клемперт А.Я. Неотложные операции при осложненных формах рака толстой кишки. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 67-68.
 80. Павловский М.П., Масляк В.М., Шахова Т.Н. и др. Хирургии 1984; 6: 83-87.
 81. Паляница С.И., Столяр В.Ф., Сывопляс А.Л., Ифтодий А.Г. Клини онкол. Киев: Здоров'я 1987; 7: 12-13.
 82. Паиченков Р.Т., Кулаженков С.А., Семенов В.В. и др. Хирургия 1985; 3: 34-37.
 83. Пахомова Т.В., Утешев И.С., Гурчумелидзе Т.П. Вестн хир 1985; 5: 58-61.
 84. Пахомова Т.В. Хирургическое лечение обтурационной непроходимости ободочной кишки: Дис. ... д-ра мед. наук. М 1986.
 85. Пахомова Г.В., Утешев Н.С., Гурчумелидзе Т.П. и др. Хирургия 1986; 1: 68-73.
 86. Пахомова Т.В. Обтурационная непроходимость ободочной кишки как проблема неотложной хирургии. Острые хирургические заболевания брюшной полости: Тезисы докладов пленума Комиссии АМН СССР и Всесоюзной конференции по неотложной хирургии. Ростов-на-Дону 1991; 102-103.
 87. Петров В. П. Хирургия 1983; 3: 45-49.
 88. Петров В.И., Сытник А.П., Луцевич О.Э., Иззат М.А., Эль Рабаа. Хирургия 1987; 9: 92-97.
 89. Пронин В.И., Стаханов М.Л., Евменов М.Л. и др. Хирургия 1987; 4: 118-121.
 90. Рябцев В.Т., Кобец В.А., Чакветадзе Б.И. Хирургия 1982; 5: 66-71.
 91. Сахаутдинов В.Г., Тиммербулатов В.М., Лопатин В.М. Диагностика и хирургическая тактика при опухолевой непроходимости толстой кишки. Диагностика и лечение опухолей органов пищеварения: Тезисы докладов. Уфа 1988; 108-110.
 92. Серочкин Г.Г. Вестн хир 1985; 10: 30-32.
 93. Синев Ю.В., Коеанев А.В., Смоляк Б.Г., Пахомова Г.В. Хирургия 1987; 3: 27-30.
 94. Синев Ю.В., Коеанев А.В., Пахомова Г.В. Роль эндоскопии в лечебно-диагностическом процессе при острой толстокишечной непроходимости. Острые хирургические заболевания брюшной полости: Тезисы докладов пленума Комиссии АМН СССР и Всесоюзной конференции по неотложной хирургии. Ростов-на-Дону 1991; 122-123.
 95. Силуянов С.В. Факторы риска при острой кишечной непроходимости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1993.
 96. Скворцов А.В., Утешев И.С. Расширенная правосторонняя гемиколэктомия и субтотальная колэктомия в лечении рака левой половины толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью. XXXI Всесоюзный съезд хирургов: Тезисы докладов и сообщений. Ташкент 1986; 246-247.
 97. Скворцов А.В. Выбор, прогнозирование объема оперативного вмешательства и тактика послеоперационного лечения больных с обтурационной непроходимостью ободочной кишки: Автореф. дис. канд. мед. наук. М 1990.
 98. Скворцов А.В., Пахомова Г.В. Выбор, прогнозирование объема оперативного вмешательства у больных с обтурационной непроходимостью ободочной кишки. Острые хирургические заболевания брюшной полости: Тезисы докладов пленума Комиссии АМН СССР и Всесоюзной конференции по неотложной хирургии. Ростов-на-Дону 1991; 125-127.
 99. Скобелкин О.К., Брехов Е.И., Титова Т.М. и др. Хирургии 1977; 10: 95-98.

100. Скобелкин О.К., Брехов Е.И., Кудрявцев Н.Г. Хирургия рака ободочной кишки осложненного обтурационной непроходимостью. В кн.: Экстренная хирургическая помощь при острой кишечной непроходимости (опухолевая непроходимость толстой кишки). М 1982; 60-62.
101. Скобелкин О.К., Брехов Е.И., Корепанов В.И. и др. Новые способы восстановления кишечной непрерывности при операциях по поводу рака левой половины толстой кишки, осложненной непроходимостью. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов 1984; 81-82.
102. Скобелкин О.К., Брехов Е.И., Корепанов В.И. и др. Вестн хир 1986; 6: 53-57.
103. Скобелкин О.К., Брехов Е.И., Башилов В.П., Сухорукое В.А. Хирургия 1987; 1: 53-56.
104. Столяров Е.А., Дериенко В.С. Особенности тактики при непроходимости опухолевого генеза правой половины толстой кишки. Острые хирургические заболевания брюшной полости: Тезисы докладов пленума Комиссии АМН СССР и Всесоюзной конференции по неотложной хирургии. Ростов-на-Дону 1991; 130-131.
105. Стручков В.И., Луцевич Э.В., Меграбян Р.А. Актуальные проблемы диагностики и лечения острой непроходимости толстой кишки опухолевого происхождения. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 87-89.
106. Сугровов СИ. Тактика завершения резекции левой половины толстой кишки при раке, осложненном кишечной непроходимостью: Дис. ... канд. мед. наук. М 1986.
107. Тетдоев А.М., Поляков А.В. Хирургия 1990; 4: 64-67.
108. Тимербулатов В.М., Каланов Р.Г., Акмалов Ю.М., Мехдиев Д. И. Лечебно-тактические вопросы при острой толстокишечной непроходимости. V съезд хирургов республик Средней Азии и Казахстана: Тезисы докладов и сообщений. Ташкент 1991; 220-221.
109. Топузов Э.Г., Карчменин Б.А. Вестн хир 1982; 3: 48-51.
110. Топузов Э.Т., Мельников Р.А. Вестн хир 1983; 12: 35-37.
111. Топузов Э.Г. Рак ободочной кишки, осложненный непроходимостью: Дис. ... д-ра мед. наук. Л 1986.
112. Топузов Э.Т., Драгузя М.К., Голубева С.Н. Хирургическая тактика при острой кишечной непроходимости вследствие рака толстой кишки в условиях общехирургического стационара. Актуальные вопросы организации неотложной помощи в хирургии и травматологии: Тезисы докладов областной научно-практической конференции хирургов и травматологов. Новгород 1989; 43-44.
113. Топузов Э.Г. Вести хир 1989; 12: 76-78.
114. Топузов Э.Г. Острая кишечная непроходимость вследствие рака толстой кишки. V съезд хирургов республик Средней Азии и Казахстана: Тезисы докладов и сообщений. Ташкент 1991; 221-222.
115. Тройное Г.В., Ананичева В.Н., Толмачева СВ., Коростелев И.Г. Хирургическая тактика при толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии. Дифференцированный подход к выбору оперативного вмешательства при обтурационной непроходимости ободочной кишки. Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии: Тезисы докладов. Курск 1987; 215-217.
116. Тун В.Г., Шмараев А.П., Марын СВ., Скиданенко ВВ. Острая толстокишечная непроходимость опухолевого происхождения. Острые хирургические заболевания брюшной полости: Тезисы докладов пленума Комиссии АМН СССР и Всесоюзной конференции по неотложной хирургии. Ростов-на-Дону 1991; 149-150.
117. Усков А.Г., Шмаков В.А. Хирургическое лечение рака сигмовидной кишки. Проблемы проктологии. Московский научно-исследовательский онкологический институт им. Н.А. Герцена, НИИ проктологии МЗ РСФСР. Республиканский сборник научных трудов. М 1984; 5: 126-130.
118. Утешев И.С., Токин А.Н., Карасев Н.А., Романов Л.В. Особенности клиники и хирургической тактики при опухолевой непроходимости толстой кишки. Экстренная хирургическая помощь при острой кишечной непроходимости (опухолевая непроходимость толстой кишки). М 1982; 51-57.
119. Федоров В.Д. Клин хир 1977; 7: 9-13.
120. Федоров В.Д., Никишин А.М., Михаянц Г.С. и др. Хирургия 1980; 10: 60-65.
121. Федоров В.Д. Хирургическая тактика при опухолевой непроходимости толстой кишки. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 92-94.
122. Федоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология М: Медицина 1994.
123. Цхай В.Ф. Вестн хир 1987; 8: 46-47.
124. Шаак ТВ., Зиневич В.П., Гаврилов СТ., Бабкин В.Л. Впропкол 1980; 26: 8: 41-45.
125. Шаак ТВ., Джамбулатов Х.У. Вести хир 1980; 12: 44-47.
126. Шапкин В.С., Пирогова Э.С. Хирургия 1978; 11: 61-66.
127. Шапкин В.С. Радикальные одномоментные операции при раке ободочной кишки, осложненной непроходимостью. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 99-100.
128. Шапошников Ю.Г., Решетников Е.А. Пути улучшения результатов лечения больных с острой толстокишечной непроходимостью. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 100-102.
129. Шельгин Ю.А. Некоторые аспекты медицинской реабилитации больных с одноствольной колостомой: Дис.... канд. мед. наук. М 1982.
130. Шулык Н.Б. Патогенетическое обоснование хирургической тактики при обтурационной толстокишечной непроходимости (клинико-экспериментальное исследование): Авторсф. дис. ... канд. мед. наук. Харьков 1988.
131. Эсперов Б. П., Березовский Е.Б. Хирургия 1979; 6: 45-49.
132. Юхтин В.И., Любский А.С., Чадаев А.П., Хромушкин Н. Тактика хирурга при раке толстой кишки, осложненном обтурационной кишечной непроходимостью. Всероссийская конференция хирургов: Тезисы докладов. Тула 1984; 107-108.
133. Юхтин В.И. Хирургия ободочной кишки. М: Медицина 1988; 67-71.
134. Яицкий Н.А. Вестн хир 1981; 3: 56-61.
135. Яицкий Н.А. Вестн хир 1981; 3: 56-59.
136. Яицкий Н.А. Хирургическая тактика при осложненном клиническом течении рака ободочной кишки: Дис.... д-ра мед. наук. Л 1982.
137. Яицкий Н.А., Гелазония Р.В., Хателишвили В.М. Вестн хир 1988; 1: 58-60.
138. Яицкий Н.А., Гелазония Р.В., Хателишвили В.М. Хирургия 1989; 5: 51-54.
139. Яновой В.В. Вестн хир 1983; 11: 81-82.
140. Яновой В.В., Назаров А.А., Тоцкий А.А., Орлов СВ. Первично-восстановительные операции на толстой кишке при обтурационной ее непроходимости. Острые хирургические заболевания брюшной полости: Тезисы докладов пленума Комиссии АМН СССР и Всесоюзной конференции по неотложной хирургии. Ростов-на-Дону 1991; 179-180.
141. Adam G.G., Caiabrese G., Volk H. Colorectal cancer in patients over 80 years of age. Surg. Clin N Amer 1972; 52: 883-890.
142. Adloff M., Lamperl M., Olleni F. Lee cancers du colon compliqués Attitude thérapeutique a propos de 62 observations. Bull Soc inter Chir 1972; 31:62-68.
143. Adloff M., Woeshel A. A propos des perforations des cancers coliques. J Med Strasbourg 1974; 5:4: 333-334.
144. Alexander-Williams J. Management of the obstructed colon. Gastrointestinal surgery — Chicago — London 1979; 515.
145. Anderson E., Carey L.C., Cooperman M. Colostomy closure: a simple procedure? Dis Colon Rectum 1974; 22: 466-468.
146. Anselmetti G. La chirurgia d'urgenza nelle neoplasie del colon. Chir Gastroenterol 1992; 26: 3: 409-418.
147. Asole F. Diastatic perforations of the colon. Abdom Surg 1974; 16: 1: 1-19.
148. Balslev H., Jensen II. E., Nielsen J. Carcinoma of the colon: a review of 554 patients. Acta chir Scand 1971; 137: 2: 175-179.
149. Balique J.G., Chabert M., Porcheron J. et al. Cancer du colon gauche en occlusion. Place et resultats des exereses chez le sujet de plus de 75 ans. (Rapp.) Conf. "Chir grand age (plus 75 ans). Nouv.approches et perspect.". Sain Etienne 1991; Lyon Chir 1992; 88: 4: 331-334.
150. Barlh X., Landrion A., Repellin Ph. et al. Les occlusions algues scene de 163 observations. Lyon Chir 1990; 86: 12-17.

151. Berk J., Sadowsky N., Levensen S. Carcinoma of the caecum and ascending colon. *Am J Surg* 1962; 104: 27—32.
152. Bervar Y. One — Stade colectomy in acute carcinomatus obstruction of the left colon. *Abdomen Surg* 1974; 16: 2: 39-44.
153. Bizer L.S., Deiny R.W., Liebling R.W., Gliedman M.L. Small bowel obstruction. *Surgery* 1981; 89: 4: 407-413.
154. Cabasares H. V., Schooffstalle R.O. Low complication rate of colostomy. *South Med J* 1980; 73: 1527-1575.
155. Canlone G. La riabilitazione tardiva del paziente colostomizzato. La nostra esperienza. *Minerva med* 1985; 76: 5: 143—147.
156. Caronia F., De Siefani S., Marlorana F. et al. Il cancro del colon in occlusione. Considerazioni clinico — patologiche e contributo casistico. *Acta chir mediterr* 1988; 4: 175—182.
157. Chabert M., Bonnard O., Le Meur P. et al. Place de l'exerese en urgence dans les cancers du colon gauche en occlusion. A propos de 27 cas. *Lyon Chir* 1989; 85: 217-220.
158. Champaul G, Adloff M., Arnaud I. P. et al. Les occlusions coliques. Etude retrospective cooperative de 497 cas. *J Chir (Paris)* 1983; 120: 1: 47-56.
159. Chapnis P.H., Pheils M.T., Dunn D. et al. Mortality, morbidity and survival after colectomy for colon cancer. *Aust N Z Surg* 1983; 53: 223-225.
160. Clark J., Halle A. W., Moosa A.R. Treatment of obstructing cancer of the colon ant rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 141: 541—544.
161. Cola B., Farella S., Bacilini G.C. et al. Le dermatiti peristamoli. Considerazioni eziopato genetiche, cliniche e terapeutiche a proposito di 102 casi. *Minerva chir* 1984; 39: 22: 1565-1570.
162. Corbueci Vitolo G, Nardo B., Manara G. et al. Occlusionc neoplastics del colon destro. *Minerva chir* 1990; 45: 7: 461—462.
163. Grooms J. W., Kovalcik P.J. Obstructing left — sided colon carcinoma. Appraisal of surgical options. *Am J Surg* 1984; 50: 1: 15—19.
164. Cunliffe W.J., Ilasleion P.S., Tweede D.E.F., Schofield P.F. Incidence of synchronous and metachronous colorectal carcinoma. *Br J Surg* 1984; 71: 12: 941-943.
165. Daniele G.M., Dragone G., Ledda P. Considerazioni sui trattamento chirurgo delle occlusions acute da cancro del colon Reassegna Med Sarda 1980; 83: 479-495.
166. Deutsch A.A., Zeikiowski A., Sternberg A., Reins A. One-Stage subtotal colectomy with anastomosis for obstructing carcinoma of the left colon. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 227-230.
167. Dodanda J., Popescu J. L'attitude chirurgicale dans l'occlusion intestinale partumeurs du colon. *Arch Union Med balkan* 1988 (1989); 26: 5-6: 417.
168. Do/an P., Caldwell F., Thompson C et al. Problems of colostomy closure. *Am. J Surg* 1979; 137: 188-191.
169. Drouard F., Moussalier K, Ben Salamia T. et al. Is there still an indication for emergency cecostomy. *Bordeaux Med* 1981; 14: 1301 — 1304.
170. Dudley H.A.F., Raddiffe A. G. Mc Gecluin D. Intraoperative irrigation of the colon permit prymary anastomoses. *Br J Surg* 1980; 67: 80—81.
171. Farfaglia J?., Salerni B., Iaffranchini G, Lojacono L. Effetto dcila complicitanza occlusiva sulla prognosi delle neoplasie del colonretto. *Acta chir ital* 1989; 45: 3: 581-593.
172. Fielding L.P., Wells B.W. Survival after prymary and after staged resection for large bowel obstruction caused by cancer. *Br J Surg* 1974; 61: 16-18.
173. Fielding L.P., Slewari—Brown J., Blesovsky I.. Large bowel obstruction caused by cancer: a perspective study. *Br Med J* 1979; 2: 515—517.
174. Fortier A., Baranger B., Darheus H. et al. Cancer du colon. Aspects chirurgicaux et pronostiques sur unc serie del 112 patients Med et armees 1992; 20: 5: 391-397.
175. Fraser I.D., Condon R.E., Schulte W.J. et al. Bowel motility after primary' resection for colonic obstruction. *Br J Surg* 1981; 68: 113—116.
176. Gangura M., Palade B., Priscu Al. Occlusion intestinale per cancer du colon, considerations sur le traitement chirurgical. *Arch Union Red balkan* 1988 (1989); 26: 5-6: 262-263.
177. Gennaro A.R., Tyson R.R. Obstructive colonic cancer. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 346-351.
178. Georgiev G., Yordanov S., Trifanova D. Preoperative risk factors in patients with complicated forms of colorectal carcinoma. 3 rd. Nat ConfColoproctol. Varna 1991; Bulg Surg Soc. Varna 1991; 17.
179. Gierson E.D., Storm F.K. Blowhole cecostomy for cecal decompression. *Arch Surg* 1975; 110: 444-445.
180. Glass R.L., Smith L.E., Cochran R.C. Subtotal colectomy for obstructing carcinoma ofthe left colon. *Am J Surg* 1983; 145: march. 335—336.
181. Glenn F., Mc. Sherry Ch.K. Obstruction and perforation in colorectal cancer. *Ann Surg* 1971; 173: 6: 983—992.
182. Gulman M., Kaplan (.), Skornick Y. et al. Proximal colostomy: still an effective emergency measure in obstructing carcinoma of the large bowel. *J Surg Oncol* 1989; 41:3: 210-212.
183. Hay J., Pourel J. Les perforations coliques neoplastigucs en peritone libre. *Lyon Chir* 1973; 69: 44-46.
184. Hedberg S., Welch C. Complications in surgery and their management. Philadelphia: Sannders W.B. 1982; 620-664.
185. Hickey R.C., Hydl H.P. Neoplastic obstruction ofthe large bowel. *Surg Clin N Amer* 1965; 45:10: 1157-1163.
186. Hines J., Harris G. Colostomy and colostomy closure. *Surg Clin N Amer* 1977; 57:1379-1392.
187. Hoffman J., Jensen H.E. Tube cecostomy and staged resection for obstructing carcinoma ofthe left colon. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 24-32.
188. Hollender L.F., Meyer G., Atexion D., Seguin J. Therapeutic principles in emergency colonic surgery. *Int Surg* 1981; 66: 4: 307—310.
189. Hopkins J.E. Acute colon obstruction: cecostomy or colostomy? *Am J Proctol Gastroenterol* 1979; 30: 2: 24-28.
190. Hughes E.S.R., Mc. Dermoti H.F.T., Polglase A.L., Nottle P. Total and Subtotal colectomy for colonic obstruction. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 162-165.
191. Irvin T.T., Greaney M.G. The treatment of colonic cancer presenting with intestinal obstruction. *Br J Surg* 1977; 64: 741-744.
192. Kelly W.E., Brown P.W., Lawrence W., TerzLJ. Penetrating, obstructing and perforating carcinomas of the colon and rectum. *Arch Surg* 1981; 116: 4: 381-384.
193. Kjaergaard J., Fischer A. B., Baden H. Hartmans operation as ofthe sigmoid colon. *Acta chir Scand* 1984; 150: 255—257.
194. Klatt G.R., Marlin W.H., Gillespil J.T. Subtotal colectomy with prymary anastomosis without diversion in the treatment ofthe left colon. *Am Surg* 1981; 141: 5: 577-578.
195. Kukoch M. Emergency theatment of occlusive left colonic cancer. 3 rd. Nat Conf Colo-Proctol. Varna 1991/ Bulg Surg Soc. Varna 1991; 29.
196. Iasser A. Synchronous prymary adenocarcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 20—22.
197. Lalaix P. La perforation des cancers sigmoide. *Gaz Med France* 1970; 75: 30: 6067-6072.
198. Ling L., Aberg Th. Hartmann procedure. *Acta chir Scand* 1984; 150: 413-417.
199. Loyque J. Les complications occlusives et perforatives des tumeurs de cadre colique. *J Med Strasbourg* 1974; 5: 4: 293—298.
200. Lubbers E.J.C, Boerde H.H.M. Inherent complications of Hartman's operations. *Surg Gynecol Obstet* 1982; 155: 717-719.
201. Lucev M., Lovolti D., Bottoni G. Le occlusioni eoliche ncoplastiche. *Minerva chir* 1988; 43: 20: 1695-1698.
202. Madden J.L. Prymary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesions ofthe colon. *Am J Surg* 1965; 31: 12: 781—786.
203. Melolii G, Nalalini G, Tamborrino E. et al. Il cancro del colon dopo 75 anni. *Chin Triv* 1989; 29: 1-2: 75-77.
204. Miller C.A. A plea for primary hemicolectomy in perforated cancer ofthe right colon. *Jnt Surg (Chic)* 1969; 52: 3: 234-239.
205. Miller L.D., Boruchow LB., Fills W. T. An analysis of 284 patients with perforative carcinoma ofthe colon. *Surg Gynec Obstet* 1966; 123: 6: 1212-1218.
206. Mingazzini P., Ventura P., Fumagalli M. et al. Trattamento in tempo unico dell occlusione da cancro del colon sinistra. *Minerva med* 1989; 80: 7: 717-719.
207. Moreaux J., Catala M. Les cancers coliques. Resultats du traitement chirurgical et pronostic. Cing cent soixante-dixneut observations. *Presse Med* 1985; 14: 8: 463-466.
208. Moreaux J., Couloigner J. Les perforations diastatiques du coecum et du colon. *J Chir (Paris)* 1963; 85: 199-215.
209. Morgan W.P., Jenkins N., Lewis P. Aubrey D.A. Management of obstructing carcinoma ofthe left colon by extended right hemicolectomy. *Am J Surg* 1985; 149: 3: 327-329.

210. *Note R., Galuppi G., Steinweg M. et al.* Our experience of primary colonic resection for cancer in emergency surgery. *Minerva chir* 1992; 47: 19: 1585-1587.
211. *Ohman V.* Prognosis in patients with obstructing colorectal carcinoma. *Am J Surg* 1982; 143: 6: 742-747.
212. *Ondrejka P., Jakab F., Marlon J. et al.* A coloscopia erteke a/ akut hasi betegsegek diagnosztikajaban. *Magyar Scheszlet* 1983; 36: 1: 39-42.
213. *Panella A., Fraipont G., Fossa M., Priora C.* J tumori del colon nell'etageriatrica. Studio clinico — statistico. *Minerva chir* 1988; 43: 20: 1699-1706.
214. *Parks S.E., Hasting P.H.* Complications of colostomy closure. *Am J Surg* 1998; 149: 672-675.
215. *Planjar M., Kukoch M.* Emergency treatment of occlusive cancer of the left colon. *Acta chir austr* 1991; 23:1: 32.
216. *Praderi R., Delgado B., Maquieira G. et al.* Emergency resection for acute neoplastic obstruction of left colon. *Chor Gastroent* 1974; 8: 4: 291-298.
217. *Re Mine S.G., Dozoir R.R.* Hartmann's procedure. *Arch Surg* 1981; 116: 630-633.
218. *Rosen L., Friedman I.H.* Morbidity and mortality following intraperitoneal closure of transverse loop colostomy. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 508-512.
219. *Saare M., Popovici Ch.* Tratamentui cancerujui colic complical. *Chirurgia* 1975; 2: 181 — 186.
220. *Saegesser F., Tabrizian M.* Les complications occlusives et perforatives des tumeurs du gros intestin: les troubles ischémiques aés parois coliques disten dues. Colites ischémiques occlusives gangrenenses et non gangrenenses. *J Med Strasbourg* 1974; 5: 4: 299-311.
221. *Sapisochin E.* Cancer de colon izquierdo perforado. *Prensa Med Argent* 1972; 59: 16: 595-598.
222. *Shah T.A., Alfsen G.C.* Multiple primary malignant tumors involving the large Bowel. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 798-802.
223. *Sherlock P., Winawer S.J.* Are there markers for the risk of cancer of colon. *N Engl J Med* 1984; 311:2: 118-119.
224. *Sjodahe R., Franzen T.U.E., Nystrom P.-O.* Management of completely obstructing colorectal carcinoma. *Scand J Gastroenterol. Suppl* 1990; 25: 176: 65.
225. *Szybejko ./, Zukowski A., Polakdacko D. et al.* Rozlęqla kolektomia niedroznosu lewej polowy jelita grubego w pr/ypodkach nowotoworowych. *Wiad lek* 1982; 35: 13: 819-825.
226. *Umpleby H.C., Williamson M.D.* Survival in acute obstructing colorectal carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 5: 299-304.
227. *Varneli J., Pemberton L.B.* Risk factors in colostomy closure. *Surgery* 1981; 89: 683-686.
228. *Verhaeghe P., de Fremon J.E., Hourlier H., Stoppa R.* La colostomie dans les occlusions coliques. Etude retrospective multicentrique de 199 observations. *Lyon Chir* 1983; 79: 1: 67-69.
229. *Viale A., Ghisotli E., Ferraris C., Anselmeili G.C.* Le urgenze nella chimurgia delle ncoplasie del colon: Rcvisione della letteratura e contributo casistico. *Minerva chir* 1991; 46: 1-2: 25-30.
230. *Vieia I., Blanco R., Valentini Y.* Malignant duodenocolic fistulo report of two cases each rath one or more other synchronous gastrointestinal cancer. *Dis Colon Rect* 1976; 19: 542-552.
231. *Viqder L., Tzur N. et al.* Management of obstructive carcinoma of the left colon. *Arch Surg* 1985; 120: 7: 825-828.
232. *Wedell J., Banzhaf G., Meierzu Eissen P. et al.* Neu Aspekte in der operativen behandlung des dickdarmileus infolge stenosirenden colon carsinoms. *Langenbucks Arch Chir* 1985; 365: 3-18.
233. *Welch J.P., Donaldson G.A.* Recent experience in the management of cancer of the colon and rectum. *Am J Surg* 1974; 127: 3: 258-266.
234. *Welch J.P., Donaldson G.A.* Management of severe obstruction of the large bowel due to malignant disease. *Am J Surg* 1974; 127: 492-499.
235. *Wheder M., Barker J.* Closure of colostomy: a safe procedure. *Dis Colon Rectum* 1977; 20: 29-32.
236. *Wolff L.H., Wolff W.A.* A reevaluation of tube cecostomy. *Surg Gynecol Obstet* 1980; 151: 257-259.
237. *Woods J.H., Erickson L.W., Condon R.E. et al.* Postoperative ileus a colonic problem? *Surgery* 1978; 84: 527-533.
238. *Zillessen E., Dohmen A.* Ergebnisse der Notfallkoloskopie bei der intestinalen Blutung und beim ileus. *Zcit schrift fur Gastroenterologic.* 1983; 21: 8: 479.
239. *Zlarski G., Balkanski M., Kamenov G., Hristov V.* Obturative colonic ileus of neoplastic origin. New trends in the diagnostic and therapeutic lactic determined by its incidence rate, localization and clinical courze. 3 rd. *Nat Conf Colo-Proctol. Vama* 1991; Abstr. / Bulg Surg Soc. Vama 1991; 13.

Поступила 11.08.95