



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

6 (68) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (68)

2024

Июнь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.349-089/.345-053.9

ИСТОРИЯ ВОПРОСА, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Мамадиев Х.М. <https://orcid.org/0000-0002-4658-6719>

Мамадиев А.М. <https://orcid.org/0009-0002-6608-473X>

Каххарова Д.М. <https://orcid.org/0000-0001-9771-6352>

¹Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон, Андижон,
Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

²Андижанский филиал Республиканского научного центра скорой медицинской помощи,
Андижанская область, Андижанское ш. ул. Пушкина 59 (ул. Юксалиш-58)

✓ Резюме

Авторы в данном литературном обзоре рассматривают и раскрывают историю вопроса, эпидемиологические и хирургические аспекты острой непроходимости толстой кишки опухолевого генеза. Заключают, что на сегодняшний день сохраняется необходимость проведения дальнейшего исследования и всестороннего углубленного изучения вопросов хирургической тактики. Решение этих вопросов позволит снизить частоту послеоперационных осложнений, летальность, улучшить показатели трудовой и социальной реабилитации, этого контингента тяжёлых больных.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, толстая кишка, онкология, колопроктология, хирургические аспекты.

O'SMA SABABLI O'TKIR YO'G'ON ICHAK TUTILISHI MUAMMOSI, EPIDEMIOLOGIK VA XIRURGIK ASPEKTLARI TARIXI

Mamadiev X.M. <https://orcid.org/0000-0002-4658-6719>

Mamadiev A.M. <https://orcid.org/0009-0002-6608-473X>

Qahhorova D.M. <https://orcid.org/0000-0001-9771-6352>

¹O'zbekiston Davlat tibbiyot instituti Andijon, Andijon, Otabekov ko'chasi 1 Tel: (0-374)223-94-60.
Email: info@adti

²Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Andijon filiali, Andijon viloyati, Andijon shossesi. st.
Pushkina 59 (Yuksalish ko'chasi-58)

✓ Rezyume

Ushbu adabiyotlar sharhida mualliflar o'simta kelib chiqishli yo'g'on ichakning o'tkir obstruksiyasi muammosi, epidemiologik va jarrohlik aspektlarini o'rganish va ochib berganlar. Ularning xulosasiga ko'ra, bugungi kunda jarrohlik taktikasini takomillashtirish uchun qo'shimcha tadqiqotlar va har tomonlama chuqur o'rganishlar zarur. Ushbu muammolarni hal qilish operatsiyadan keyingi asoratlar va o'lim holatlarini kamaytirish, og'ir bemorlarning ushbu kontingentini mehnat va ijtimoiy rehabilitatsiya qilish ko'rsatkichlarini yaxshilash imkonini beradi.

Kalit so'zlar: o'tkir ichak tutilishi, yo'g'on ichak, onkologiya, koloproktologiya, jarrohlik jihatlari.

HISTORY OF THE ISSUE, EPIDEMIOLOGICAL AND SURGICAL ASPECTS OF ACUTE COLON OBSTRUCTION OF TUMOR GENESIS

Mamadiev Kh.M. <https://orcid.org/0000-0002-4658-6719>

Mamadiev A.M. <https://orcid.org/0009-0002-6608-473X>

Kakhharova D.M. <https://orcid.org/0000-0001-9771-6352>

¹Andijan State Medical Institute of Uzbekistan, Andijon, St. Atabekov 1 Tel: (0-374)223-94-60. E-mail:
info@adti

²Andijan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Andijan region, Andijan
highway. st. Pushkina 59 (Yuksalish St.-58)

✓ *Resume*

The authors in this literature review examine and reveal the history of the issue, epidemiological and surgical aspects of acute obstruction of the large intestine of tumor origin. They conclude that today there is still a need for further research and a comprehensive in-depth study of surgical tactics. Solving these issues will make it possible to reduce the frequency of postoperative complications and mortality, and improve the indicators of labor and social rehabilitation of this contingent of seriously ill patients.

Keywords: acute intestinal obstruction, colon, oncology, coloproctology, surgical aspects.

Актуальность

Начало хирургии ободочной кишки заложено более 200 лет назад, когда при кишечной непроходимости, обусловленной раком ободочной кишки, были впервые осуществлены оперативные вмешательства [17]. В 1776 году впервые в мире произведено наложение цекостомы в связи с непроходимостью кишечника при опухоли поперечно-ободочной кишки [Шоге Р.], а в 1833 году Reybard успешно осуществил резекцию слепой кишки по поводу рака [37]. В 1854 году Maisonnive наложил обходной анастомоз с выключением пораженного сегмента толстой кишки при явлениях кишечной непроходимости. Е.В. Павловым в 1886 году в России впервые была выполнена резекция слепой кишки с наложением анастомоза "бок в бок" между подвздошной и восходящей ободочной кишкой по поводу рака слепой кишки, осложнённого кишечной непроходимостью [15]. Gussenbauer и Martini в 1879 году резецировали сигмовидную кишку по поводу опухоли, а оба конца кишки вывели наружу на брюшную стенку, что привело к выздоровлению больного. Впервые в 1886 году Heinecke предложил наложение разгрузочного свища на приводящий участок кишки при толстокишечной непроходимости, как первый этап операции, а через несколько недель производилось удаление участка кишки с опухолью [19].

В 1898 году Цейдлером было предложено выполнение многомоментных операций при толстокишечной непроходимости раковой этиологии [24]. Вначале он рекомендовал наложение разгрузочного свища на слепой кишке, затем, после улучшения состояния больного - выполнение резекции участка кишки, несущего опухоль, и завершающим этапом - восстановление кишечной непрерывности анастомозом. Используя эту методику, Schloffer в 1903 году разработал способ хирургического лечения рака левой половины толстой кишки, осложнённого кишечной непроходимостью [40]. Б.Л. Бронштейн предложил назвать эту операцию операцией Цейдлера - Шлоффера [17].

В 1902 году Mikulicz разработал многоэтапный способ резекции толстой кишки. Операция заключается в двухмоментной резекции кишки с наружным отведением кишечного содержимого. Вначале мобилизованный отрезок кишки с опухолью выводят на брюшную стенку и сшивают приводящий и отводящий колена кишки. Через 2-3 дня выведенную петлю кишки вместе с опухолью резецируют, затем через две недели производят раздавливание шпоры с целью создания соустья между приводящими и отводящими отрезками. Спустя 6-8 недель осуществляют закрытие кишечного свища [36].

Операцию Микулича впоследствии модифицировал И.И. Греков в 1928 году [5]. Операция Грекова предусматривает наружное и внутреннее отведение кишечного содержимого. В отличие от операции Микулича, в этом способе между приводящим и отводящим отрезками кишки накладывают боковой анастомоз в брюшной полости.

Эти операции не лишены недостатков, например, не представляется возможным широкое иссечение брыжейки с удалением лимфатических узлов у основания брыжеечных сосудов, а значит, страдает радикализм хирургического вмешательства при раке. Кроме того, при кишечной непроходимости выведение раздутых петель ободочной кишки с опухолью через небольшой разрез брюшной стенки может привести к дальнейшему ухудшению кровоснабжения выведенной петли с развитием перитонита. В то же время оставление большого отверстия в брюшной стенке грозит эвентрацией кишок.

Впервые в 1908 году хирург Lockhart-Mummery выдвинул идею об удалении сегмента толстой кишки, несущего опухоль, без восстановления кишечной непрерывности. А в 1921 году на XXX Конгрессе французских хирургов Н. Hartmann впервые представил эту операцию широкому кругу специалистов, назвав её "новый способ удаления конечной части тазовой

ободочной кишки". Он произвел резекцию ректосигмоидного отдела, проксимальный отрезок кишки вывел на брюшную стенку в виде одноствольного искусственного ануса, а дистальный конец зашил наглухо и перитонизировал [34].

В дальнейшем эта операция подвергалась совершенствованию и в настоящее время большинство хирургов используют название "операция типа Гартмана" для обозначения целой группы хирургических вмешательств на левой половине ободочной кишки, при которых после удаления патологического очага отводящий конец кишки ушивается наглухо, а приводящий выводится в виде противоестественного заднего прохода на переднюю брюшную стенку.

Первое сообщение в России принадлежит Петрову Н.Н., который назвал это вмешательство операцией Коффи-Гартмана, или одномоментной чрезбрюшинной операцией по Гартману [19]. В течение многих десятилетий в зарубежной и отечественной литературе широко используется термин «обструктивная резекция толстой кишки». Двухэтапную операцию под этим названием разработал и внедрил в практику американский хирург F.W. Rankin в 1928 году [38]. При этом обструктивная резекция ободочной кишки по Rankin может быть выполнена только в плановом порядке, в отличие от операции Гартмана, которая проводится, в том числе, при острой обтурационной толстокишечной непроходимости.

На сегодняшний день правомочны и терминологически корректны следующие названия оперативных вмешательств с использованием имени Гартмана: «резекция сигмовидной кишки по Гартману» (с формированием плоской сигмостомы и ушиванием культи сигмовидной кишки); «резекция сигмовидной и прямой кишок по Гартману» (с формированием надампулярной или ампулярной частей прямой кишки); левосторонняя гемиколонэктомия по типу операции Гартмана» (с формированием плоской трансверзостомы и ушиванием культи поперечной ободочной кишки) [9].

Correa Marinez A et. al. [32] изучили взаимосвязь между техникой формирования кишечных стом и частотой развития осложнений. Демографические данные пациентов во всех трех группах одинаковые. В общей сложности у 127 пациентов (63%) развился тот или иной тип осложнения. Однако, влияние хирургической техники формирования стомы или определить факторы риска осложнений, связанных со стомой выявить не удалось.

За последние десятилетия показания к операции Гартмана существенно не изменились. Показанием к данному оперативному вмешательству являются стенозирующая опухоль сигмовидной и прямой кишки, осложненный перфорацией опухоли или перитонитом, тяжелое состояние пациента, обусловленное сопутствующими заболеваниями или старческим возрастом [41].

В последние десятилетия отмечается неуклонный рост заболеваемости раком толстой кишки (в 3-4 раза) и занимает первое место в структуре всех опухолей пищеварительного канала [1;3;33]. По данным Мартынюка В.В. [11] показатель заболеваемости населения России составил 16,2 на 100 тысяч населения. Возрастает заболеваемость раком толстой кишки не только в России, но и в развитых странах мира. Ежегодно в мире регистрируется около 600 тысяч вновь заболевших этой формой рака, при этом не менее 130000 из которых приходится на США, где в 2000г зарегистрировано 130 200 случаев рака прямой и ободочной кишки, при этом умерло 56 300 больных, 93% приходится на лица старше 50 лет [19].

По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 500 тыс. случаев колоректального рака. Наибольшая заболеваемость отмечается в США, Канаде, странах Западной Европы и России. Менее выражен рост заболеваемости в странах Азии и Африки. Наиболее частым и опасным осложнением опухолевых заболеваний толстой кишки является ее обтурационная непроходимость (ОНТК), которую диагностируют у 75% больных [10;22;35]. По их данным обтурационная непроходимость при раке левой половины толстой кишки возникает в 4-5 раза чаще, чем при раке правой половины (рак сигмовидной кишки выявляют у 40-41% больных, ректосигмоидного отдела прямой кишки – у 33-34%.

По данным Запорожченко Б.С. с соавт. [6] больных с ОНТК госпитализируют как правило, в общехирургические стационары и от квалификации дежурной бригады зависит лечебная тактика. При этом, большинство хирургов отмечают наилучшие результаты при двухэтапных операциях. Первым этапом производят обструктивную резекцию толстой кишки с выведением одноствольной колостомы, дистальный конец зашивают наглухо (операция типа Гартмана). Из этапных операций это единственная, которая позволяет одновременно решить две проблемы:

устранить непроходимость кишечника и радикально удалить опухоль. Вторым этапом восстанавливают непрерывность толстой кишки.

При этом радикальное хирургическое лечение возможно только у 30-40% больных [21;26]. Острая непроходимость толстой кишки (ОНТК) является наиболее частым осложнением рака ободочной кишки, диагностируемым у 15 - 49% больных [10;23]. До 65% экстренных операций на толстой кишке завершаются формированием колостомы [7;27].

Литературные данные, посвященные ОНТК, свидетельствует, что ещё много вопросов касающихся методов, сроков выполнения и объёма экстренного или отсроченного оперативного вмешательства остаются спорными. Хирургическая тактика в отношении больных с ОНТК различными авторами трактуется неоднозначно и определяется критериями общего состояния, наличием признаков перитонита, уровнем интоксикации, метаболических нарушений, а также учитывается длительность заболевания [28;30;31].

При локализации опухоли в левой половине ободочной кишки в настоящее время общепринятым методом считается резекция кишки с формированием первичного толстокишечного анастомоза при плановой операции. Однако в условиях ОНТК подобная операция сопряжена с большей степенью риска, в первую очередь в связи с вероятностью развития несостоятельности толстокишечного анастомоза и вытекающими отсюда грозными последствиями [8;20].

Согласно данным литературы, несостоятельность первично сформированного анастомоза толстой кишки в условиях непроходимости колеблется в пределах 25,1-69,2% [25;27]. Исходя из этого, у более 50% больных оперативные вмешательства завершаются формированием колостомы, чаще по Гартману. Некоторые авторы являются сторонниками трехэтапной операции по Цейдлеру-Шлофферу [19;24;39].

Проблема лечения больных ОНТК имеет двойственную направленность: спасение жизни больных в ургентной ситуации и необходимость решения вопроса о возможности радикального лечения злокачественного новообразования [12].

Имеются отдельные сообщения о выполнении одномоментных операций на левой половине ободочной кишки по поводу рака с формированием первичного толсто-толстокишечного анастомоза на высоте непроходимости [14]. Другие хирурги считают целесообразным выполнение на первом этапе минимальных вмешательств в виде формирования разгрузочных колостом, предлагая многоэтапные операции [18;19]. По мнению же большинства авторов лучшим видом оперативного вмешательства при осложненных формах рака левой половины ободочной кишки является операция типа Гартмана. Однако формирование колостомы значительно снижает возможности социально-трудовой реабилитации больных [2;13].

В последние годы диагностика и лечение ОНТК улучшились. Большой прогресс отмечен в анестезиологическом обеспечении и послеоперационном лечении, но несмотря на эти достижения, послеоперационная летальность остается достаточно высокой даже в специализированных стационарах неотложной хирургической помощи и колеблется от 16,0 до 52% [4;16]. Частота послеоперационных гнойно-септических осложнений, по данным тех же авторов, достигает 38,6 - 80% 5-летняя продолжительность жизни остается в пределах 43,3 - 55% [3;7].

Вопросы хирургической реабилитации колостомированных больных путем закрытия колостом далеки от своего окончательного решения, ввиду того, что данные оперативные вмешательства не менее сложны, чем первичные операции. По данным Яргунина С.А. с соавт [29], восстановление непрерывности кишки в 40-72% наблюдений становится невозможным. При выполнении заключительного этапа операции возникают серьезные послеоперационные осложнения, отмечается высокая летальность - до 19,4% [3;39].

По данным Ханевича М.Д. [21], несостоятельность первично сформированного анастомоза толстой кишки в условиях непроходимости колеблется в пределах 25,1-69,2%. Исходя из этого, у более 50% больных оперативные вмешательства завершаются формированием колостомы, чаще по Гартману. В плановой хирургии рака левой половины ободочной кишки существует методика резекции кишки с первичным восстановлением непрерывности кишечника при помощи Т - образного терминального анастомоза [18;19].

Заключение

Таким образом, при ОНТК опухолевого генеза отмечается стойкая инвалидизация больных с колостомами. Наличие колостомы у этих пациентов часто усугубляет течение сопутствующих

патологий, тем самым, затрудняя или, исключая возможность выполнения восстановительного этапа операции. Заключают, что на сегодняшний день сохраняется необходимость проведения дальнейшего исследования и всестороннего углубленного изучения вопросов хирургической тактики. Решение этих вопросов позволит снизить частоту послеоперационных осложнений, летальность, улучшить показатели трудовой и социальной реабилитации, этого контингента тяжёлых больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Артюхов С.В. Современные методики лечения рака левых отделов толстой кишки с острой кишечной непроходимостью //Здоровье. Медицинская энциклопедия. Наука. 2017;2(66):8-11.
2. Ахрамеев В.Б., Гринцов А.Г., Антонюк С.М. и др. Особенности реконструктивно-восстановительных операций у больных после обструктивной резекции толстой кишки //Вестник неотложной и восстановительной хирургии. 2021;6(3):13-16.
3. Ачкасов С.И., Сушков О.И., Лукашевич И.В., Суровегин Е.С. Применение программы ускоренного выздоровления колопроктологических больных в повседневной работе хирургического стационара. Результаты опроса хирургов России //Колопроктология. 2018;2(64):59.
4. Воробьёв Г.И. Обтурационная непроходимость толстой кишки //Врач 1997;10:9-12.
5. Греков И.И. К вопросу об оперативном лечении раков толстых кишок, в частности, по второму способу Грекова //Вестник хирургии и пограничных областей 1928;15(43-44):245-253.
6. Запорожченко Б.С., Шишлов В.И., Горбунов А.А. и др Реконструктивно-восстановительные операции у больных после обструктивной резекции толстой кишки //Клиническая хирургия. 2011;7:19-21.
7. Клинические рекомендации «Острая неопухолевая кишечная непроходимость» (Утв. Минздравом России). 2021.
8. Королев П.А. [и др.] Мультивисцеральные резекции в лечении рака ободочной кишки //Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2018;7(4):46-51.
9. Курыгин А.А., Семенов В.В., Тарбаев И.С. Операция Гартмана: 100 лет в хирургии //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2020;179(2):85-87.
10. Ланцов И.С. Ликвидация двустольных илеостом (обзор литературы) /Ланцов И.С., Москалев А.И., Сушков О.И. //Колопроктология. 2018;2:102-110.
11. Мартынюк В.В. Заболеваемость раком ободочной кишки //Российский онкологический журнал. 2000;4:44-48.
12. Мусоев Д.А. [и др.] Радикальные одномоментные операции при кишечной непроходимости, обусловленной опухолью левой половины толстой кишки (Современное состояние проблемы) //Вестник Авиценны. 2017;19(3):399-406.
13. Наврузов С.Н. Оптимальные сроки хирургической реабилитации больных после резекции толстой кишки с выведением колостомы /Наврузов С.Н., Абдужапаров С.Б. //Материалы 2 съезда колопроктологов Украины с междунар. участием. 2006; с 202.
14. Носиров М.М. Пути улучшения хирургической тактики при завороте сигмовидной кишки у пожилых //Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Ташкент., 2019. -22С.
15. Павлов Е.В. Два случая резекции кишечника //Груды и протоколы общества врачей в Санкт-Петербурге, 1886; - 1887; С. 158.
16. Пахомова Г.В., Утешев Н.С., Подловченко Т.Г., Селина И.Е., Платонова Г.А., Скворцова А.В. Выбор объёма оперативного вмешательства при обтурационной непроходимости ободочной кишки //Хирургия 2003;6:55-59.
17. Петров В.И. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск, 2010; 180 С.
18. Протасов А.В., Сергеев А.А. Т-образный анастомоз при раке левой половины ободочной кишки, осложненном толстокишечной непроходимостью //Московский хирургический журнал. 2011;4(20):48-51.
19. Сергеев А.А. Первичный Т-образный анастомоз при острой левосторонней обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. //Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва. 2013. 20С.

20. Тотиков В.З., Медоев В.В., Тотиков З.В., Калицова М.В. Результаты лечения больных с заворотом сигмовидной кишки. //Колопроктология. 2017;(3S):84-84.
21. Ханевич М. Д., Шашолин М.А., Зязин А.А. Колоректальный рак. Подготовка толстой кишки к операции. /М.: Мед. Эксперт Пресс; Петрозаводск: Интел. Тек., 2003. – 136С.
22. Хожаев А.А. Реконструктивная хирургическая реабилитация больных колоректальным раком (обзор литературы) //Вестник хирургии Казахстана. 2017;2:51-59.
23. Царьков П.В., Тулина И.А., Цугуля П.Б., Кочетков В.С. Выбор метода формирования превентивной кишечной стомы после резекции прямой кишки: протокол проспективного многоцентрового рандомизированного клинического исследования. //Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. 2017;27(2):102–110.
24. Цейдлер Т.Ф. Материалы к патологии и терапии острой непроходимости кишок. //Летопись русской хирургии. 1898;3:28-29.
25. Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Грошилин В.С. и др. Несостоятельность колоректального анастомоза: факторы риска, профилактика, диагностика, лечебная тактика //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2019;29(2):27-34.
26. Чиссов В.И., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2004 году (заболеваемость и смертность). / М.: 2005; С. 12-16.
27. Шельгин Ю.А., Нагудов М.А., Пономаренко А.А. и др. Мета-анализ методов лечения несостоятельности колоректального анастомоза //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018;8-2:30-41.
28. Якомаскин В.Н. Опыт лапароскопических реконструктивных операций на толстой кишке. Якомаскин В.Н., Равич Л.Д., Семенычева Н.В. //Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. 2019; С. 368.
29. Яргунин С.А., Павленко С.Т., Ивановский С.О., Котелевский Е.В. Реконструктивные вмешательства на толстой кишке по поводу рака. //Материалы Всерос. науч.-практ. конф. Пермь, 2003; С. 124-126.
30. Abis G.S.A., Stockmann H.B.A.C., Bonjer H.J. et al. Randomized clinical trial of selective decontamination of the digestive tract in elective colorectal cancer surgery (SELECT trial) //Br. J. Surg. 2019;106(4):355-363.
31. Beltzer C., Vetter M., Axt S. et al. Einfluss der Darmvor-bereitung auf Wundinfektionen und Anastomosen insuffizienzen bei elektiven Kolonresektionen: Ergebnisse einer retrospektiven Studie mit 260 Patienten //Der Chirurg. 2020;91(6):491-501.
32. Correa Marinez A. et al: Stoma-related complications: a report from the Stoma-Const randomized controlled trial. //Colorectal Dis 2020 Dec 16. doi: 10.1111/codi.15494.
33. Gustafsson U.O., Scott M.J., Hubner M. [et al.]. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced recovery after Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018 //World J. Surg. 2019;43(3):659-695.
34. Hartmann P.H. Nouveau procedure d' ablation des cancers de la partie terminale du colon pelvien// XXX Congress Francais de Chirurgie Process - Verbeaux, Memoires et Discussion. – 1921;30:411.
35. Massimo Sartelli, Dieter G. Weber, Yoram Kluger [et al.]. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting //World J. Emerg. Surg. 2020;15(1):32.
36. Mikulicz J.V. Chirurgisch Erfahrung uber das Damicarcinom. //Arch. Klin. Chir. 2003;69:28-47.
37. Pillore H. Pratique en 1776, Gaz d1 hop. – 1940;2(2):22.
38. Rankin F.W., Graham A.S. Cancer of the Cobon and Rectum. Springfield, 1945; P. 346.
39. Schardey H.M., Rogers S., Schopf S.K. [et al.]. Are gut bacteria associated with the development of anastomotic leaks? A review of experimental and clinical studies //Coloproctology. 2017;39(2):94-100.
40. Schloffer H. Zur operationen Behandlung des Dickdarm-Carcinoms. Drdzeitige Radikaloperation. //Beitz. Zur. clin. Chir 1903;1(38):50-191.
41. Vologdin A.A., Lichtenman B.L. Operation Gartman: History and Modern Reguiremntnts. //Military Medical Journal. 2015;12:53 (in Russ.).

Поступила 20.05.2024

