

РАДИКАЛЬНЫЕ ОДНОМОМЕНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ОПУХОЛЮ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ (СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ)

Д.А. МУСОЕВ¹, М.К. ГУЛОВ¹, Е.Л. КАЛМЫКОВ², А.Р. ДОСТИЕВ¹, Д.К. МУХАББАТОВ¹, Д.М. КУРБАНОВ³

¹ Кафедра общей хирургии № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

² Отдел науки, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

³ Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Более чем в 40% наблюдений рак толстого кишечника (РКТ) диагностируется в III-IV стадии, при этом резектабельность достигает 70-80%. Основной задачей хирургического вмешательства при obturational толстокишечной непроходимости на первом этапе является опорожнение кишечника от содержимого и устранение его непроходимости. Интраоперационный энтеро- и колонолаваж с последующей колonosорбцией облегчают проведение одноэтапных оперативных вмешательств. При лечении больных с декомпенсированной толстокишечной непроходимостью предпочтение отдаётся более щадящим и многоэтапным оперативным вмешательствам. Ключевым моментом операции является удаление опухоли в полном объёме R0. Сегментарная левосторонняя колектомия может выполняться в случае наличия адекватных краёв R0, а так же проведения лимфаденэктомии. В случае же наличия местно-распространённого процесса с вовлечением соседних органов возможно выполнение так называемой «curative resection», резекции «an block» с полным или частичным удалением вовлечённых органов вместе с опухолью. У пациентов с компенсированной и субкомпенсированной кишечной непроходимостью возможно выполнение резекции кишки с формированием первичного анастомоза. В последние годы значительное распространение в лечении пациентов с опухолевой непроходимостью получили эндохирургические методики восстановления пассажа кишечного содержимого, которые в большей мере могут считаться методом подготовки пациента к радикальному лечению. Возможность оперативного лечения пациентов, страдающих РКТ, во многом зависит от наличия или отсутствия метастазов в печень. При их наличии, в ряде случаев, возможно выполнение анатомических резекций поражённых участков печени. Ранние послеоперационные результаты хирургического лечения пациентов после удаления опухолей толстого кишечника во многом зависят от полноценной подготовки кишечника, наличия сопутствующих заболеваний, а так же способов защиты анастомоза и его типа.

Ключевые слова: толстокишечная непроходимость, толстокишечный анастомоз, рак толстого кишечника, одномоментные операции на толстой кишке.

RADICAL SINGLE-STAGE OPERATIONS AT INTESTINAL OBSTRUCTION, CAUSED BY THE TUMOR OF THE LEFT HALF PART OF THE LARGE INTESTINE (CURRENT STATUS OF THE PROBLEMS)

D. A. MUSOEV¹, M.K. GULOV¹, E.L. KALMYKOV², A.R. DOSTIEV¹, D.K. MUKHABBATOV¹, D.M. KURBANOV³

¹ Department of General Surgery № 1, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

² Department of Science, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

³ Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

In more than 40% of cases, colon cancer (CC) is diagnosed in stages III-IV, at the same time the resectability reaches 70-80%. The main priority of surgical intervention by obturation of intestinal obstruction at the first stage is the bowel emptying from the contents and the elimination of its obstruction. Intraoperative entero- and colon lavage with subsequent colosorption facilitate single-stage surgical interventions. When treating patients with decompensated intestinal obstruction, preference is given to more sparing and multi-stage surgical interventions. The key point of the operation is the removal of the tumor in full volume R0. Segmental left-sided colectomy can be performed in the presence of adequate edges of R0, as well as the conduct of lymphadenectomy. In the case of the presence of a locally advanced process involving neighboring organs, it is possible to perform a so-called «curative resection», an «an block» resection with complete or partial removal of the involved organs together with the tumor. In patients with compensated and subcompensated intestinal obstruction, it is possible to perform intestinal resection with the formation of a primary anastomosis. In recent years, endosurgical techniques for restoring the passage of intestinal contents, which can be considered as a method of preparing the patient for radical treatment, have become very popular in the treatment of patients with tumour obstruction. The possibility of open treatment of patients suffering from CC largely depends on the presence or absence of metastases in the liver. If their presence, in some cases, it is possible to perform anatomical resections of the affected areas of the liver. Early postoperative results of surgical treatment of patients after removal of large intestine tumours largely depend on the full preparation of the intestine, the presence of concomitant diseases, as well as the ways of protection of the anastomosis and its type.

Keywords: Intestinal obstruction, intestinal anastomosis, colon cancer, one-stage operations on the large intestine.

Рак толстого кишечника (РКТ) является третьим по частоте среди всех нововыявленных онкологических заболеваний в мире [1, 2]. В США ежегодно диагностируется порядка 100 000 новых случаев РКТ и около 42 000 обусловленных им смертей [1]. Циммерман Я.С. отмечает, что в России с 1960 по 2010 г.г.,

число первичных заболеваний РКТ выросло в 7 раз, а за 10 лет количество больных увеличилось на 22% и достигло 46 тыс. в год [2].

Одним из наиболее сложных аспектов лечения пациентов, страдающих РКТ, является возможность его хирургического ле-

чения. Несмотря на значительное число работ, имеющих по данной тематике, в литературе крайне мало обзорных статей, посвященных анализу современного состояния проблемы радикальных и одномоментных операций при левостороннем РТК. В связи с этим, нами был изучен ряд наиболее крупных работ, опубликованных на русском и английском языках в период с 2007 по 2015 г.г. Поиск статей осуществлялся в поисковых базах Pubmed и elibrary. Критериями поиска явились: резекция толстого кишечника, рак левой половины толстого кишечника, операции при ОКН опухолевого генеза.

Хирургическое лечение пациентов с диагностированным РТК до настоящего времени является одним из наиболее сложных разделов онко-колопроктологии. Так, по данным Б.В. Александрова и соавт. (2009) [3], более чем в 42-45% случаев заболевание диагностируется в III-IV стадии, более 70% – когда местное прорастание соответствует Т3-Т4, при этом на сходную картину указывают и другие авторы [4-9], что значительно усложняет задачу радикального удаления опухоли.

Как отмечают Царьков П.В. и соавт. (2012) [10], до настоящего времени отсутствует стандартизированная хирургическая техника для лечения опухолей разных отделов левой половины ободочной кишки, что требует дальнейшей разработки новых видов операций при левостороннем расположении новообразования, в том числе и с применением роботизированной техники.

Согласно сводным данным, представленным В.Л. Денисенко и Ю.М. Гаиновым (2011) [5], на современном этапе развития хирургии резектабельность рака ободочной кишки составляет 70-80%. Вместе с тем, достаточно сложным аспектом является резектабельность при декомпенсированных формах толстокишечной непроходимости. Как отмечает ряд авторов [5-9, 11], при лечении больных с декомпенсированной толстокишечной непроходимостью предпочтению следует отдавать более щадящим и многоэтапным оперативным вмешательствам.

Основной задачей хирургического вмешательства при обтурационной толстокишечной непроходимости на первом этапе является опорожнение кишечника от содержимого и ликвидация блока, что продиктовано необходимостью устранения внутрикишечной инфекции и снижения эндогенной интоксикации [12-14]. Кроме того, большинством исследователей подчеркивается необходимость энтеральной коррекции при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза [15-17] и использования антибиотиков и антисептиков [18-22]. Эта задача может быть решена двумя путями: наложением свища (колостомы) для отведения кишечного содержимого наружу или обходного анастомоза для восстановления внутреннего пассажа. Каждое из этих вмешательств может быть окончательным (обычно при раке IV стадии) или временным, производимым для подготовки больного к последующим этапам. Эти оперативные вмешательства носят паллиативный характер и направлены, прежде всего, на устранение непосредственной угрозы жизни больному, возникшей в результате непроходимости толстой кишки [23-25]. Следует отметить, что подготовка кишечника у пациентов, которым планируется его резекция в плановом и экстренном порядке несколько отличается друг от друга. Тем не менее, большинство хирургов в своей практической деятельности использует один из вариантов подготовки кишечника в качестве профилактического мероприятия [26].

В последние годы значительное распространение в лечении пациентов с опухолевой непроходимостью получили эндохирургические методики восстановления пассажа кишечного содержимого, которые в большей мере могут считаться методом

подготовки пациента к радикальному лечению [27, 28].

Опыт хирургического лечения пациентов с опухолями толстого кишечника раковой этиологии в настоящее время позволил значительно пересмотреть некоторые его принципы. Значительный интерес представляет опыт Антадзе А.А. и соавт. [29], которые при плановых операциях в неосложнённых случаях следуют концепции радикальности и одноэтапности. При этом, в случае осложнённого течения заболевания авторы практически полностью исключили выполнение трёхмоментных операций по типу Цейдлера-Шлоффера, а при раке левой половины ободочной кишки у больных с тяжёлым общим состоянием ими предпочтение отдавалось операции типа Гартмана, наряду с первичным анастомозом и прерентивной стомой, а если позволяло общее состояние пациента и течение наркоза, большинство операций завершали первичным анастомозом, но без разгрузочной стомы. Однако не следует забывать того, что зона сформированного первичного анастомоза на фоне имеющейся интраабдоминальной гипертензии подвержена высокому риску развития его несостоятельности, и, кроме того, у данной категории пациентов так же крайне высок риск и сердечно-лёгочных осложнений [30].

Согласно опыту Алиева А.Р. и соавт. (2009) [31], наиболее частыми радикальными и циторедуктивными операциями при колоректальном раке в зависимости от его локализации являются: правосторонняя гемиколэктомия, резекция поперечной ободочной кишки, левосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки, операция Микулича, операция Гартмана, брюшно-анальная резекция прямой кишки, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, передняя резекция прямой кишки. При нерезектабельных опухолях, как правило, выполняются симптоматические операции с наложением обходных анастомозов или разгрузочных стом. Из представленных авторами данных следует, что в процентном отношении было выполнено 398 (57,9%) радикальных и 290 (42,1%) паллиативных операций: это свидетельствует о том, что лишь у половины пациентов с колоректальным раком возможно выполнение радикальных вмешательств.

Ключевым моментом операции является удаление опухоли в полном объёме R0, что позволяет у пациентов с I-III стадиями добиться лучших результатов по выживаемости. Вместе с тем, радикальное удаление опухоли во многом зависит от вовлечённости в процесс других органов брюшной полости и наличия метастазов в печень. Адекватная сегментарная левосторонняя колэктомия может выполняться в случае наличия адекватных краёв R0, а так же проведения лимфаденэктомии. В ситуациях местно-распространённого процесса с вовлечением соседних органов возможно выполнение, так называемой «curative resection», резекции «en bloc» с полным или частичным удалением вовлечённых органов с опухолью [26].

Как отмечает Белянский Л.С. (2010) [32], на основании ретроспективного анализа лечения 237 больных обструктивным раком левой половины толстой кишки только использование комплекса патогенетически обоснованных технических приёмов создаёт возможности, позволяющие выполнить первично-радикальное вмешательство и завершить его формированием первичного анастомоза.

Одним из наиболее сложных вопросов, позволяющих установить показания к радикальному выполнению операции, является снижение степени эндогенной интоксикации. Так, Курбонов К.М. и соавт. (2013) [33], считают, что дооперационный и интраоперационный энтеро- и колонолаваж с последующей колоносорбцией эффективно снижают эндогенную интоксикацию

и значительно облегчают проведение одноэтапных оперативных вмешательств.

Исследованием Макарова О.Г. (2007) [34] продемонстрировано, что при тяжести состояния больного более 10 баллов по шкале SAPS показано двухэтапное лечение и удаление первичной опухоли через 13-16 дней после ликвидации явлений кишечной непроходимости. Использование в практической деятельности данной тактики лечения больных раком толстой кишки, осложнённым кишечной непроходимостью, как считают авторы, позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений и значительно снизить летальность.

Как считает Попов Л.Е. (2009) [35], при левосторонней локализации рака ободочной кишки с явлениями компенсированной и субкомпенсированной кишечной непроходимости возможно выполнение резекции кишки с формированием первичного анастомоза при условии проведения интраоперационной антеградной механической очистки толстой кишки; вместе с тем, при наличии риска несостоятельности анастомоза после первичного восстановления лучше выполнять операцию Гартмана.

Одним из наиболее сложных вопросов относительно радикальности оперативного лечения пациентов, страдающих раком толстого кишечника, является наличие метастазов в печень. Так, Бойко В.В. и соавт. (2012) [36] придерживаются в таких случаях принципа «complete mesocolic excision» и применяют при формировании анастомозов сшивающие аппараты. Необходимо отметить, что в случае наличия в печени метастазов авторы выполняют анатомические резекции поражённых участков печени как в ходе первичной операции, так и в процессе последующего наблюдения за пациентом.

Опыт Бондаря Г.В. и соавт. (2009) [37] показал, что, если в 60-70 г.г. резектабельность и первично-восстановительные операции при полной кишечной непроходимости составляли около 50%, то в последние десятилетия резектабельность сравнялась с плановой хирургией, а первично-восстановительные вмешательства достигли почти 70%!

Бойко В.В. и соавт. (2011) [38], опубликовавшие свой опыт по результатам комбинированных операций у 79 больных с местно-распространённым и метастатическим раком ободочной кишки, установили, что значимыми факторами, оказывающими влияние на длительность безрецидивного периода и выживаемость явились: количество вовлечённых в процесс смежных органов, количество метастазов в печени, вариант резекции и полнота циторедукции.

В последние десятилетия всё большее значение в хирургии рака ободочной кишки приобретают миниинвазивные технологии. Наибольшее распространение получили лапароскопические и, в том числе, робот-ассистируемые вмешательства [39-42].

Значительный опыт таких операций представлен Воробьевым Г.И. и соавт. (2011) [43], которые привели результаты хирургических вмешательств у 268 пациентов, оперированных в период с 2001 по 2008 г.г. Ими были выполнены резекции различных отделов ободочной кишки. Так, авторами были показаны отсутствие летальных исходов в раннем послеоперационном периоде и более лёгкое течение послеоперационного периода. Однако, полученные данные свидетельствовали об отсутствии существенных различий в течении послеоперационного периода у больных, перенесших лапароскопические операции с ручной ассистенцией и лапароскопически-ассистируемые вмешательства.

Данные Госткина П.А. и соавт. (2009) [44], представленные на основе хирургического лечения 160 больных, оперированных по поводу злокачественных новообразований толстой кишки с

использованием лапароскопической технологии, позволили продемонстрировать, что резекция поперечно-ободочной кишки была выполнена в 4 наблюдениях (2,5%), левосторонняя гемиколэктомия – у 12 пациентов (7,5%), резекция сигмовидной кишки – в 40 случаях (25%), а в остальных наблюдениях операции выполнялись при поражении правой половины ободочной или прямой кишки. Наибольшее количество послеоперационных осложнений, как указывают авторы, отмечены при применении степлеров GIA с линейным механическим швом. Однако статистически значимых различий как при использовании GIA (3,1%), так и CEEA (4,4%) отмечено не было. Летальных исходов также не было.

Сажин В.П. и соавт. (2009) [45] представили данные о непосредственных результатах хирургического лечения пациентов, страдающих колоректальным раком. Так, при сравнении использования двух подходов, лапароскопического и традиционного, авторами было показано снижение частоты послеоперационных осложнений с 25,8% до 9,2% в группе пациентов, подвергшихся малоинвазивным вмешательствам.

Во многом послеоперационные результаты трактуются в свете адекватности восстановления пассажа кишечного содержимого, а так же частоты осложнений после операции. Определённый интерес представляют данные по использованию микрохирургической техники, представленные Д.Ю. Коноваловым (2008) [46], в исследовании которого под оптическим увеличением $\times 6-10$ с использованием микрохирургического шовного материала 6/0-7/0 накладывался межкишечный анастомоз. При этом, автором было показано, что использование микрохирургической техники позволило значительно снизить количество послеоперационных осложнений.

Ранние послеоперационные результаты хирургического лечения пациентов после удаления опухолей толстого кишечника во много зависят от способов защиты анастомоза. Так, Татьяначенко В.К. и соавт. (2008) [47] на основании изучения результатов хирургического лечения 74 больных заключили, что при резекциях сигмовидной кишки целесообразным является ограничение зоны анастомоза от свободной брюшной полости, при этом фиксированная экстраперитонизация листком париетальной брюшины является более рациональной, нежели использование брюшины большого сальника, и позволяет значительно уменьшить частоту послеоперационных осложнений.

Маскин С.С. и соавт. (2009) [48] отмечают, что большое значение в улучшении ближайших результатов при формировании толсто-толстокишечного анастомоза имеет вид ручного шва. Так, на основании сравнения частоты послеоперационных осложнений у 389 оперированных пациентов авторы пришли к выводу, что наименьшая частота осложнений была при формировании колоректальных анастомозов с использованием однорядного непрерывного шва, при этом использование двурядного шва значительно увеличивало частоту серьёзных ранних послеоперационных осложнений. Всего из 389 пациентов умерло 15 больных, что составило 3,9%.

Одним из наиболее частых хирургических вмешательств в онкоколопроктологии является операция Гартмана [24,49-52]. До настоящего времени накоплен значительный опыт выполнения таких операций. Однако до настоящего времени различные аспекты операции Гартмана обсуждаются на страницах медицинской печати. Вместе с тем, результаты отдельных авторов по частоте благоприятных исходов достигают 90-94% [53, 54].

Как отмечают многие авторы [55-60], ближайшие и отдалённые результаты во многом зависят от возраста пациентов, а при

анализе исходов лечения больных с опухолями кишки основной акцент делается на частоту несостоятельности анастомоза [61, 62]. Весьма интересны в этом аспекте данные, представленные П.В. Царьковым и соавт. [10]. Ими проведен анализ результатов хирургического лечения пациентов старческого возраста, средний возраст которых составил 79 лет. В 64 (91%) наблюдениях была выполнена радикальная резекция ободочной или прямой кишки с формированием первичного толстокишечного анастомоза, в 6 – брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, в 2 – операция Гартмана. Послеоперационные осложнения развились у 40 (57%) больных. 30-дневная послеоперационная летальность составила 5,7%, кумулятивная 2- и 3-летняя выживаемость – 78,3±5,6 и 74,9±6,3% соответственно. Кроме того, как отмечает сам автор в своей более поздней публикации [13],

улучшение результатов хирургического лечения пациентов с опухолями толстого кишечника в свете выживаемости в долгосрочном периоде зависит от адекватной лимфодиссекции.

Таким образом, тактика хирургического лечения пациентов с опухолями толстого кишечника зависит от распространенности опухолевого процесса, наличия метастазов в печень и способа защиты анастомоза. Вопрос о подготовке кишечника, с целью уменьшения микробной контаминации, является предметом дискуссии. Выполнение одно- или многоэтапных операций зависит от вовлечения в опухолевый процесс соседних органов, а так же тяжести кишечной непроходимости. Развитие лапароскопических методов резекции кишечника позволяет достичь приемлемых результатов лечения, однако требует накопления большого опыта и изучения отдаленных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.29210>. Epub 2014 Oct 9.
2. Циммерман ЯС. Колоректальный рак: современное состояние проблемы. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2012;22(4):5-16.
3. Александров ВБ, Рахимова ОЮ. Колоректальный рак. Некоторые вопросы диагностики и лечения. *Врач*. 2009;11:33.
4. Артюхов СВ, Кубачёв ГГ, Мухиддинов НД. Эндоскопические вмешательства при опухолевой обтурационной непроходимости левых отделов ободочной кишки. *Вестник Авиценны*. 2015;1:25-8.
5. Денисенко ВЛ, Гаин ЮМ. Паллиативное лечение пациентов с колоректальным раком, осложнённым кишечной непроходимостью. *Український журнал хірургії*. 2014;1:94-8.
6. Ермолов АС, Рудин ЭП, Юн ДД. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки. *Хирургия*. 2004;2:4-7.
7. Белоконев ВИ, Федорин АИ. Определение показаний к наложению анастомозов и выведению кишечных стом у больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью. *Вестник Авиценны*. 2012;3:30-3.
8. Chiarugi M, Galatioto C, Panicussi S, Scassa F, Zocco G, Seccia M. Oncologic colon cancer resection in emergency: are we doing enough? *Surgical Oncology*. 2007;16(1):S73–S77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suronc.2007.10.019>.
9. Shimura T, Joh T. Evidence-based clinical management of acute malignant colorectal obstruction. *J Clin Gastroenterol*. 2016;50(4):273-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/MCG.0000000000000475>. Review.
10. Царьков ПВ, Никода ВВ, Стамова ВИ, Маркарян ДР, Тулина ИА. Мультидисциплинарный подход в плановой хирургии колоректального рака у больных старческого возраста. *Хирургия*. 2012;2:4-13.
11. Помазкин ВИ. Двухэтапная тактика лечения острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. *Вестник Уральской медицинской академической науки*. 2009;3;116-9.
12. Курбонов КМ, Шарипов ХЮ, Хомидов МГ. Современные технологии в комплексной диагностике несостоятельности толстокишечных анастомозов. *Колопроктология*. 2009;4:43-5.
13. Царьков ПВ, Кравченко АЮ, Тулина ИА, Башанкаев БН, Симофалова ОЮ. Парааортальная лимфаденэктомия со скелетизацией нижней брыжеечной артерии в лечении рака сигмовидной кишки. *Хирургия*. 2012;7:41-8.

REFERENCES

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.29210>. Epub 2014 Oct 9.
2. Tsimmerman YaS. Kolorektal'nyy rak: sovremennoe sostoyanie problemy [Colorectal cancer: state-of-the-art]. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2012;22(4):5-16.
3. Aleksandrov VB, Rahimova OYu. Kolorektal'nyy rak. Nekotorye voprosy diagnostiki i lecheniya [Colorectal cancer. Some questions of diagnosis and treatment]. *Vrach*. 2009;11:33.
4. Artyukhov SV, Kubachyov KG, Muhiddinov ND. Endoskopicheskie vmeshatel'stva pri opuholevoy obturatsionnoy neprokhodimosti levyykh otdelov obodochnoy kishki [Endoscopic interventions in obturation intestinal obstruction of left-sided colon]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2015;1:25-8.
5. Denisenko VL, Gain JuM. Palliativnoe lechenie patsientov s kolorektal'nym rakom, oslozhnyonnym kishhechnoy neprokhodimost'yu [Palliative treatment if patients with colorectal cancer complicated by intestinal obstruction]. *Ukrains'kiy zhurnal khirurgii*. 2014;1:94-8.
6. Ermolov AS, Rudin EP, Jun DD. Vybora metoda kKhirurgicheskogo lecheniya obturatsionnoy neprokhodimosti pri opukholyakh obodochnoy kishki [The choice of the method of surgical treatment of obstruction due a colonic tumors]. *Khirurgiya*. 2004;2:4-7.
7. Belokonev VI, Fedorin AI. Opredelenie pokazaniy k nalozheniyu anastomozov i vyvedeniyu kishhechnykh stom u bol'nykh s peritonitom i ostroy kishhechnoy neprokhodimost'yu [Indications for anastomosis and intestinal stoma formation in patients with peritonitis and acute intestinal obstruction]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2012;3:30-3.
8. Chiarugi M, Galatioto C, Panicussi S, Scassa F, Zocco G, Seccia M. Oncologic colon cancer resection in emergency: are we doing enough? *Surgical Oncology*. 2007;16(1):S73–S77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suronc.2007.10.019>.
9. Shimura T, Joh T. Evidence-based clinical management of acute malignant colorectal obstruction. *J Clin Gastroenterol*. 2016;50(4):273-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/MCG.0000000000000475>. Review.
10. Tsarkov PV, Nikoda VV, Stamov VI, Markaryan DR, Tulina IA. Mu'l'tidisciplinarnyy podkhod v planovoy khirurgii kolorektal'nogo raka u bol'nykh starcheskogo vozrasta [The efficacy of the multidisciplinary approach in colorectal cancer surgery in elderly patients]. *Khirurgiya*. 2012;2:4-13.
11. Pomazkin VI. Dvukhetapnaya taktika lecheniya ostroy obturatsionnoy tolstokishechnoy neprokhodimosti opukholevogo geneza [Two-stage tactic of treatment of acute bowel obstruction due to colorectal carcinoma]. *Vestnik Ural'skoy meditsinskoy akademicheskoy nauki*. 2009;3:116-9.
12. Kurbonov KM, Sharipov HYu, Khomidov MG. Sovremennyye tekhnologii v kompleksnoy diagnostike nesostoyatel'nosti tolstokishechnykh anastomozov [Modern technologies in complex diagnosis of colonic anastomosis insufficiency]. *Koloproktologiya*. 2009;4:43-5.
13. Tsarkov PV, Kravchenko AYu, Tulina IA, Bashankaev BN, Samofalova OYu. Paraaortal'naya limfadenektomiya so skeletizatsiey nizhney bryzhechnoy arterii v lechenii raka sigmoidnoy kishki [The paraaortic lymphadenectomy

14. Топузов ЭГ, Ерохина ЕА, Шишкина ГА, Топузов ЭЭ, Алиев КН. Профилактика распространённого перитонита после операций по поводу рака толстой кишки. *Колопроктология*. 2009;1:27-31.
15. Радзиховский АП, Мироненко АИ, Рыбнянец ЮВ. Целесообразность энтеральной коррекции у пациентов с обтурационной непроходимостью кишечного тракта. *Український журнал хірургії*. 2009;5: 145-7.
16. Слесаренко АС, Турбанова ЕА. Роль энтерального питания в предоперационной подготовке и ведении раннего послеоперационного периода у больных колоректальным раком. *Колопроктология*. 2009;2:15-8.
17. Cahill RA, Leroy J, Marescaux J. Localized resection for colon cancer. *Surgical Oncology*. 2009; 18(4): 334-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suronc.2008.08.004>.
18. Sasaki K, Kazama S, Sunami E, Tsuno NH, Nozawa H, Nagawa H, et al. One-stage segmental colectomy and primary anastomosis after intraoperative colonic irrigation and total colonoscopy for patients with obstruction due to left-sided colorectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2012;55(1):72-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/DCR.0b013e318239be5e>.
19. Labianca R, Beretta GD, Kildani B, Milesi L, Merlin F, Mosconi S, et al. Colon cancer. *Crit Rev Oncol*. 2010; 74(2):106-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.01.010>.
20. Suzuki T, Sadahiro S, Maeda Y, Tanaka A, Okada K, Kamijo A. Optimal duration of prophylactic antibiotic administration for elective colon cancer surgery: A randomized, clinical trial. *Surgery*. 2011;149(2):171-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2010.06.007>.
21. Schneider EB, Hyder O, Brooke BS, Efron J, Cameron JL, Edil BH, et al. Patient readmission and mortality after colorectal surgery for colon cancer: impact of length of stay relative to other clinical factors. *J Am Coll Surg*. 2012;214(4):390-8; discussion 398-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.12.025>.
22. Dekker JW, Liefers GJ, de Mol van Otterloo JC, Putter H, Tollenaar RA. Predicting the risk of anastomotic leakage in left-sided colorectal surgery using a colon leakage score. *J Surg Res*. 2011; 166(1):e27-34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2010.11.004>.
23. Денисенко ВЛ, Гаин ЮМ. Осложнения колоректального рака: проблемы и перспективы. *Новости хирургии*. 2011;19(1):103-11.
24. Тотиков ВЗ, Тотиков МЗ, Зураев КЭ, Тотиков ЗВ. Комбинированное лечение рака ободочной кишки, осложненного нарушением кишечной проходимости. *Колопроктология*. 2008;1:58.
25. Каниковский ОЕ, Андросов СИ, Павлик ИВ, Рауцкис ВА, Надольский ВО. Лечение обтурационной непроходимости толстого кишечника опухолевого генеза. *Український журнал хірургії*. 2009;5:103-5.
26. Bailey HR, Billingham RP, Stamos MJ, Snyder MJ. *Colorectal Surgery*. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2013. 540 p.
27. Шахидов АВ, Лаганин АА, Ершов ВВ, Клейментьев ЕВ. Сочетанное эндоскопическое лечение рака сигмовидной кишки, осложнённого кишечной непроходимостью, у пациента с крайней степенью ожирения. *Современные технологии в медицине*. 2014;6(1):118-20.
28. Шапкин ЮГ, Урядов СЕ, Чалык ЮВ, Потахин СН. Эндоскопическая реканализация толстой кишки при опухолевой непроходимости. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2010;6(3):727-9.
29. Антадзе АА, Левтадзе НИ, Чикобава ГИ, Гванцеладзе ГБ. Хирургическое лечение осложнённых форм колоректального рака. *Georgian Medical News*. 2013;12:7-11.
30. Лупальцов ВИ, Ягнюк АИ, Дехтярук ИА, Панарин АИ, Ворощук РС. Интраабдоминальная гипертензия у больных с острой толстокишечной непроходимостью. *Український журнал хірургії*. 2011;5:100-2.
- with the lower mesenteric artery skeletonization for the sigmoid cancer treatment]. *Khirurgiya*. 2012;7:41-8.
14. Topuzov EG, Erokhina EA, Shishkina GA, Topuzov EE, Aliev KN. Profilaktika rasprostranyonogo peritonita posle operatsiy po povodu raka tolstoy kishki [Diffuse peritonitis prophylaxis after colon cancer surgery]. *Koloproktologiya*. 2009;1:27-31.
15. Radzikhovskiy AP, Mironenko AI, Rybyanets YuV. Tselesoobraznost' enteral'noy korrektsii u patsientov s obturatsionnoy neprokhodimost'yu kishchnogo trakta [Expedience of enteral nutritional support for patients with acute cancer obstruction of intestine]. *Ukrains'kiy zhurnal khirurgii*. 2009; 5: 145-147.
16. Slesarenko AS, Turbanova EA. Rol' enteral'nogo pitaniya v predoperatsionnoy podgotovke i vedenii rannego posleoperatsionnogo perioda u bol'nykh kolorektal'nym rakom [The role of enteral nutrition in preoperative preparation and management of the early postoperative period in patients with colorectal cancer]. *Koloproktologiya*. 2009;2:15-8.
17. Cahill RA, Leroy J, Marescaux J. Localized resection for colon cancer. *Surgical Oncology*. 2009; 18(4): 334-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suronc.2008.08.004>.
18. Sasaki K, Kazama S, Sunami E, Tsuno NH, Nozawa H, Nagawa H, et al. One-stage segmental colectomy and primary anastomosis after intraoperative colonic irrigation and total colonoscopy for patients with obstruction due to left-sided colorectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2012;55(1):72-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/DCR.0b013e318239be5e>.
19. Labianca R, Beretta GD, Kildani B, Milesi L, Merlin F, Mosconi S, et al. Colon cancer. *Crit Rev Oncol*. 2010; 74(2):106-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.01.010>.
20. Suzuki T, Sadahiro S, Maeda Y, Tanaka A, Okada K, Kamijo A. Optimal duration of prophylactic antibiotic administration for elective colon cancer surgery: A randomized, clinical trial. *Surgery*. 2011;149(2):171-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2010.06.007>.
21. Schneider EB, Hyder O, Brooke BS, Efron J, Cameron JL, Edil BH, et al. Patient readmission and mortality after colorectal surgery for colon cancer: impact of length of stay relative to other clinical factors. *J Am Coll Surg*. 2012;214(4):390-8; discussion 398-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.12.025>.
22. Dekker JW, Liefers GJ, de Mol van Otterloo JC, Putter H, Tollenaar RA. Predicting the risk of anastomotic leakage in left-sided colorectal surgery using a colon leakage score. *J Surg Res*. 2011; 166(1):e27-34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2010.11.004>.
23. Denisenko VL, Gain YuM. Oslozhneniya kolorektal'nogo raka: problemy i perspektivy [Complications of colorectal cancer: problems and prospects]. *Novosti khirurgii*. 2011;19(1):103-11.
24. Totikov VZ, Totikov MZ, Zuraev KE, Totikov ZV. Kombinirovannoe lechenie raka obodochnoy kishki, oslozhnyonogo narusheniem kishchnoy prokhodimosti [Combined treatment of colon cancer, complicated by violation of intestinal patency]. *Koloproktologiya*. 2008; 1:58.
25. Kanikovskiy OE, Androsov SI, Pavlik IV, Rautskis VA, Nadolskiy VO. Lechenie obturatsionnoy neprokhodimosti tolstogo kishchnika opukholevogo geneza [The treatment of patients with colorectal cancer complicated acute intestinal obstruction]. *Ukrains'kiy zhurnal khirurgii*. 2009;5:103-5.
26. Bailey HR, Billingham RP, Stamos MJ, Snyder MJ. *Colorectal Surgery*. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2013. 540 p.
27. Shahidov AV, Laganiin AA, Ershov VV, Kleymentyev EV. Sochetannoe endoskopicheskoe lechenie raka sigmovidnoy kishki, oslozhnyonogo kishchnoy neprokhodimost'yu, u patsienta s krayney stepen'yu ozhireniya [Combined endoscopic therapy of sigmoid colon cancer complicated by bowel obstruction in an extremely obese patient]. *Sovremennyye tekhnologii v meditsine*. 2014;6(1):118-20.
28. Shapkin YuG, Uryadov SE, Chalyk YuV, Potahin SN. Endoskopicheskaya rekanalizatsiya tolstoy kishki pri opukholevoy neprokhodimosti [Endoscopic recanalization of colon at tumor impassability]. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal*. 2010;6(3):727-9.
29. Antadze AA, Levktadze NI, Chikobava GI, Gvantseladze GB. KKhirurgicheskoe lechenie oslozhnyonnykh form kolorektal'nogo raka [Surgical treatment for complicated forms of colorectal cancer]. *Georgian Medical News*. 2013;12(225):7-11.
30. Lupaltsov VI, Yagnyuk AI, Dekhtyaruk IA, Panarin AI, Voroshchuk RS. Intraabdominal'naya gipertenziya u bol'nykh s ostroy tolstokishchnoy neprokhodimost'yu [Intraabdominal hypertension in patients with acute large intestinal obstruction]. *Ukrains'kiy zhurnal khirurgii*. 2011;5:100-2.

31. Алиев АР, Кулиева НГ, Искендерова ШР. Хирургическое лечение больных с осложненным клиническим течением колоректального рака. *Колопроктология*. 2009;3:36-8.
32. Белянский ЛС. Хирургическое лечение больных обструктивным раком левой половины толстой кишки. *Харківська хірургічна школа*. 2010; 6:11-4.
33. Курбонов КМ, Шарипов ХЮ, Абдуллоев ФМ. Современные методы диагностики и лечения рака толстой кишки, осложнённого кишечной непроходимостью. *Колопроктология*. 2013;3:15-20.
34. Макаров ОГ. Выбор рациональной тактики лечения рака толстой кишки, осложнённого кишечной непроходимостью, в условиях областного колопроктологического стационара. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии*. 2007;2:75-9.
35. Попов ДЕ, Семёнов АВ, Григорян ВВ, Лисичкин АВ, Васильев СВ. Хирургическое лечение кишечной непроходимости у больных обтурирующим раком левых отделов толстой кишки. *Вестник Санкт-Петербургского университета*. 2009;11(2):100-7.
36. Бойко ВВ, Тищенко АМ, Скорый ДИ, Смачило РМ, Козлова ТВ. Ретроспективный анализ лечения первичного и метастатического рака толстой кишки: пятилетний опыт. *Український журнал хірургії*. 2012;4:16-24.
37. Бондарь ГВ, Башеев ВХ, Яковец ЮИ, Борота АВ, Псарас ГГ, Золотухин СЭ, и др. Первично-восстановительная тактика хирургического лечения рака толстой кишки, осложнённого полной кишечной непроходимостью. *Український журнал хірургії*. 2009;1:16-8.
38. Бойко ВВ, Савви СА, Старикова АБ, Новиков ЕА, Голобородько НН. Тактика хирургического лечения больных местнораспространенным и метастатическим раком ободочной кишки. *Український журнал хірургії*. 2011;6:126-8.
39. Воробьев ГИ, Шельгин ЮА, Фролов СА, Шахматов ДГ. Сравнительный анализ лапароскопических резекций ободочной кишки с ручной ассистенцией и лапароскопически-ассистируемых вмешательств. *Колопроктология*. 2008;4:17-22.
40. Antoniou SA, Antoniou GA, Koch OO, Pointner R, Grandrath FA. Robot-assisted laparoscopic surgery of the colon and rectum. *Surg Endosc*. 2012;26(1):1-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-011-1867-y>. Epub 2011 Aug 20. Review.
41. Kirat HT, Kiran RP, Lian L, Remzi FH, Fazio VW. Influence of stapler size used at ileal pouch-anal anastomosis on anastomotic leak, stricture, long-term functional outcomes, and quality of life. *Am J Surg*. 2010;200(1):68-72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2009.06.036>.
42. Colon Cancer Laparoscopic or Open Resection Study Group: Buunen M, Veldkamp R, Hop WC, Kuhry E, Jeekel J, Haglind E, et al. Survival after laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: long-term outcome of a randomized clinical trial. *Lancet Oncol*. 2009;10(1):44-52. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(08\)70310-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70310-3).
43. Костюк ИП, Шестаев АЮ, Крестянинов СС, Васильев ЛА, Карандашов ВК, Зайцев АЕ. Подвздошно-кишечный J-резервуар в ортотопической реконструкции мочевого пузыря. *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2012;3:46-51.
44. Госткин ПА, Сажин ВП, Сяткин ДА. Методика формирования межкишечных анастомозов при лапароскопических операциях на толстой кишке. *Колопроктология*. 2008;1:56.
45. Сажин ВП, Госткин ПА, Сяткин ДА. Непосредственные результаты лапароскопических операций при колоректальном раке. *Колопроктология*. 2008;1:57.
46. Коновалов ДЮ. Микрохирургические технологии в хирургии ободочной кишки. *Колопроктология*. 2008;4:28-31.
31. Aliyev AR, Kulieva NG, Iskenderova ShR. Khirurgicheskoe lechenie bol'nykh s oslozhnyonnym klinicheskim techeniem kolorektal'nogo raka [Surgical treatment of patients with complicated clinical course of colorectal cancer]. *Koloproktologiya*. 2009;3:36-8.
32. Belyanskiy LS. Khirurgicheskoe lechenie bol'nykh obstruktivnym rakom levoy poloviny tolstoy kishki [Surgical treatment of patients with obstructive cancers of the left half of the large intestine]. *Kharkiv'ska khirurgichna shkola*. 2010;6:11-4.
33. Kurbonov KM, Sharipov HYu, Abdulloev FM. Sovremennye metody diagnostiki i lecheniya raka tolstoy kishki, oslozhnyonnogo kischechnoy neprokhodimost'yu [Up to date diagnostic tools of bowel obstruction caused by colonic cancer]. *Koloproktologiya*. 2013;3:15-20.
34. Makarov OG. Vybora ratsional'noy taktiki lecheniya raka tolstoy kishki, oslozhnyonnogo kischechnoy neprokhodimost'yu, v usloviyakh oblastnogo koloproktologicheskogo stacionara [Choice of rational treatment of colorectal cancer complicated by ileus at the setting of regional coloproctological hospital]. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii i koloproktologii*. 2007;2:75-9.
35. Popov DE, Semyonov AV, Grigoryan VV, Lisichkin AV, Vasilyev SV. Khirurgicheskoe lechenie kischechnoy neprokhodimosti u bol'nykh obturiruyushchim rakom levyykh otdelov tolstoy kishki [Surgical treatment of intestinal impassability in obstruction left branch colon cancer]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta*. 2009;11(2):100-7.
36. Boyko VV, Tishchenko AM, Skoryy DI, Smachilo RM, Kozlova TV. Retrospektivnyy analiz lecheniya pervichnogo i metastaticheskogo raka tolstoy kishki: pyatiletniy opyt [Retrospective analysis of treatment of primary and metastatic colon cancer: Five-year experience]. *Ukrainskiy zhurnal khirurgii*. 2012;4(19):16-24.
37. Bondar GV, Basheev VH, Yakovets YI, Borota AV, Psaras GG, Zolotukhin SE, i dr. Pervichno-vosstanovitel'naya taktika khirurgicheskogo lecheniya raka tolstoy kishki, oslozhnyonnogo polnoy kischechnoy neprokhodimost'yu [Initially-restorative surgical treatment tactics of colon cancer complicated with ileus]. *Ukrainskiy zhurnal khirurgii*. 2009;1:16-8.
38. Boyko VV, Savvy SA, Starikova AB, Novikov YA, Goloborodko NN. Taktika khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh mestnorasprostranyonnym i metastaticheskim rakom obodochnoy kishki [Surgical treatment of patients with locally advanced and metastatic colon cancer]. *Ukrainskiy zhurnal khirurgii*. 2011;6:126-8.
39. Vorobyev GI, Shelygin YuA, Frolov SA, Shakhmatov DG. Sravnitel'nyy analiz laparoskopicheskikh rezektsiy obodochnoy kishki s ruchnoy assistentsiyey i laparoskopicheski-assistiruemyykh vmeshatel'stv [Comparative analysis of laparoscopic resections of the colon with manual assistance and laparoscopically assisted interventions]. *Koloproktologiya*. 2008;4:17-22.
40. Antoniou SA, Antoniou GA, Koch OO, Pointner R, Grandrath FA. Robot-assisted laparoscopic surgery of the colon and rectum. *Surg Endosc*. 2012;26(1):1-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-011-1867-y>. Epub 2011 Aug 20. Review.
41. Kirat HT, Kiran RP, Lian L, Remzi FH, Fazio VW. Influence of stapler size used at ileal pouch-anal anastomosis on anastomotic leak, stricture, long-term functional outcomes, and quality of life. *Am J Surg*. 2010;200(1):68-72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2009.06.036>.
42. Colon Cancer Laparoscopic or Open Resection Study Group: Buunen M, Veldkamp R, Hop WC, Kuhry E, Jeekel J, Haglind E, et al. Survival after laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: long-term outcome of a randomized clinical trial. *Lancet Oncol*. 2009;10(1):44-52. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(08\)70310-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70310-3).
43. Kostyuk IP, Shestaev AYu, Krestyaninov SS, Vasilyev LA, Karandashov VK, Zaitsev AE. Podvzdoshno-kischechnyy J-rezervuar v ortotopicheskoy rekonstruktsii mochevogo puzyrya [Intestinal J-pouch in the orthotopic bladder reconstruction]. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii*. 2012;3:46-51.
44. Gostkin PA, Sazhin VP, Syatkin DA. Metodika formirovaniya mezhkischechnyykh anastomozov pri laparoskopicheskikh operatsiyakh na tolstoy kishke [The procedure for the formation of interintestinal anastomoses in laparoscopic operations on the large intestine]. *Koloproktologiya*. 2008;1:56.
45. Sazhin VP, Gostkin PA, Syatkin DA. Neposredstvennyye rezul'taty laparoskopicheskikh operatsiy pri kolorektal'nom rake [Immediate results of laparoscopic operations in colorectal cancer]. *Koloproktologiya*. 2008;1:57.
46. Konovalov DYu. Mikrokhirurgicheskie tekhnologii v khirurgii obodochnoy kishki [Microsurgical technologies in colon surgery]. *Koloproktologiya*. 2008;4:28-31.

47. Татьяначенко ВК, Корякина АА, Чубарян КА, Фролкин ВИ. Способы защиты анастомоза при операциях на ободочной кишке. *Колопроктология*. 2008;1:53.
48. Маскин СС, Хомочкин ВВ, Старовидченко СА. Однорядный непрерывный и двурядный шов при колоректальных анастомозах. *Колопроктология*. 2008;1:54.
49. Маханьков ДО, Важенин АВ, Сидельников СЮ. Тактика лечения больных злокачественными новообразованиями левой половины толстой кишки, осложнёнными обтурационной кишечной непроходимостью. *Сибирский онкологический журнал*. 2007;1:63-6.
50. Шевченко ВП, Конанихин ВИ, Солодченко МИ, Братушка ВО, Соболев ЮИ, Шевченко ВВ. Операция Гартмана в urgentной хирургии осложнённого колоректального рака. *Український журнал хірургії*. 2011;4: 119- 21.
51. Шапринский ВО, Каминский ОА, Билощицкий ВФ, Вознюк СВ. Реконструктивно-восстановительные операции в колопроктологии. *Український журнал хірургії*. 2011;5:170-2.
52. Тимофеев ЮМ, Барсуков ЮА, Барыкина ОА. Реконструктивно восстановительные операции по методу Дюамеля после операции Гартмана. *Колопроктология*. 2007;3:27-8.
53. Гольмамедов ФИ, Полунин ГЕ, Макиенко ЕГ. Выбор метода восстановления кишечной непрерывности после операции Гартмана. *Український журнал хірургії*. 2009;2:53-5.
54. Грошили ВС, Султанмуратов МИ, Московченко АН, Петренко НА. Современные аспекты профилактики осложнений после obstructивных резекций дистальных отделов толстой кишки. *Фундаментальные исследования*. 2013.9(1):24-7.
55. Тимербулатов ВМ, Фаязов РР, Мехдиев ДИ, Ахмеров РР, Тимербулатов ШВ, Гареев РН, Султанбаев АУ. Оптимизация подготовки больных к расширенному оперативному вмешательству при осложнённой форме рака толстой кишки. *Колопроктология*. 2013;2:19-22.
56. Иоффе ИВ, Хунов ЮА, Шор НА, Андреева ИВ, Левина ВП, Зелёный ИИ и др. Особенности клинического течения и хирургической тактики при острой толстокишечной непроходимости. *Український журнал хірургії*. 2009;5:97-100.
57. Мидленко ВИ, Баринов ДВ, Зайцев АВ, Смолькина АВ, Зайцева ОБ, Дойко МИ, и др. Периоперационные осложнения в хирургии рака толстого кишечника. *Фундаментальные исследования*. 2013;5:96-100.
58. Bass G, Fleming C, Conneely J, Martin Z, Mealy K. Emergency first presentation of colorectal cancer predicts significantly poorer outcomes: a review of 356 consecutive Irish patients. *Dis Colon Rectum*. 2009;52(4):678-84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/DCR.0b013e3181a1d8c9>.
59. Расулов СР, Каримов АМ. Анализ заболеваемости колоректальным раком в Республике Таджикистан. *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. 2015;1:57-60.
60. Артюхов СВ, Мухиддинов НД, Кубачёв КГ, Заркуа НЭ. Радикальные операции при раке ректосигмоидного отдела и прямой кишки, осложнённом кишечной непроходимостью. *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. 2016;3:15-9.
61. Kao LS, Millas SG. Predicting the risk of anastomotic leakage in left-sided colorectal surgery using a colon leakage score. *J Surg Res*. 2012;173(2):246-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2011.01.044>.
62. Fraccalvieri D, Biondo S, Saez J, Milan M, Kreisler E, Golda T, et al. Management of colorectal anastomotic leakage: differences between salvage and anastomotic takedown. *Am J Surg*. 2012;204(5):671-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2010.04.022>.
47. Tatyanchenko VK, Koryakina AA, Chubaryan KA, Frolokin VI. Sposoby zashchity anastomozu pri operatsiyakh na obodochnoy kishke [Methods of protecting anastomosis during operations on the colon]. *Koloproktologiya*. 2008; 1:53.
48. Maskin SS, Khomochkin VV, Starovidchenko SA. Odnoryadnyy nepreryvnyy i dvuryadnyy shov pri kolorektal'nykh anastomozakh [Single-row continuous and double-row seam in colorectal anastomoses]. *Koloproktologiya*. 2008;1:54.
49. Makhankov DO, Vazhenin AV, Sidelnikov SYu. Taktika lecheniya bol'nykh zlokachestvennyymi novoobrazovaniyami levoy poloviny tolstoy kishki, oslozhnyonnymi obturatsionnoy kishhechnoy neprokhodimost'yu [Treatment of patients with left-side colon cancer complicated by occlusive ileus]. *Sibirskiy onkologicheskyy zhurnal*. 2007;1:63-6.
50. Shevchenko VP, Konanichin VI, Solodchenko MI, Bratushka VA, Sobolev JI, Shevchenko VV. Operatsiya Gartmana v urgentnoy khirurgii oslozhnyonnogo kolorektal'nogo raka [Hartmann's operation in urgent surgery of complicated colorectal cancer]. *Ukrains'kiy zhurnal khirurgii*. 2011;4:119- 21.
51. Shaprinskiy VO, Kaminskiy OA, Biloshchitsiy VF, Voznyuk SV. Rekonstruktivno-vosstanovitel'nye operatsii v koloproktologii [Reconstructive restorative operations in coloproctology]. *Ukrains'kiy zhurnal khirurgii*. 2011;5:170-2.
52. Timofeev YuM, Barsukov YuA, Barykina OA. Rekonstruktivno vosstanovitel'nye operatsii po metodu Dyumelya posle operatsii Gartmana [Reconstructive operations using Duhamel technique after Hartmann's operation]. *Koloproktologiya*. 2007;3:27-8.
53. Gyulmamedov FI, Polunin GE, Makienko EG. Vybor metoda vosstanovleniya kishhechnoy nepreryvnosti posle operatsii Gartmana [Choice of method of renewal intestinal to continuity after Hartmann's operation]. *Ukrains'kiy zhurnal khirurgii*. 2009;2:53-5.
54. Groshilin VS, Sultanmuradov MI, Moskovchenko AN, Petrenko NA. Sovremennyye aspekty profilaktiki oslozhneniy posle obstructivnykh rezektsiy distal'nykh otdelov tolstoy kishki [Modern aspects of prevention of complications after obstructive resection of the distal colon]. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2013.9(1):24-7.
55. Timerbulatov VM, Fayazov RR, Mekhdiev DI, Akhmerov RR, Timerbulatov ShV, Gareev RN, i dr. Optimizatsiya podgotovki bol'nykh k rasshirennym operativnym vmeshatel'stvam pri oslozhnyonnoy forme raka tolstoy kishki [Optimization of preoperative care in patients with complicated colon carcinomas]. *Koloproktologiya*. 2013;2:19-22.
56. Ioffe IV, Khunov YuA, Shor NA, Andreeva IV, Levina VP, Zelyonny II, i dr. Osobennosti klinicheskogo techeniya i khirurgicheskoy taktiki pri ostroy tolstokishhechnoy neprokhodimosti [The peculiarities of clinical manifestations and surgical tactics in acute colon ileus]. *Ukrains'kiy zhurnal khirurgii*. 2009;5:97-100.
57. Midlenko VI, Barinov DV, Zaytsev AV, Smolkina AV, Zaytseva OB, Doyko MI, i dr. Perioperatsionnyye oslozhneniya v khirurgii raka tolstogo kishchennika [Perioperative complications in surgery of the colon cancer]. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2013;5:96-100.
58. Bass G, Fleming C, Conneely J, Martin Z, Mealy K. Emergency first presentation of colorectal cancer predicts significantly poorer outcomes: a review of 356 consecutive Irish patients. *Dis Colon Rectum*. 2009;52(4):678-84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/DCR.0b013e3181a1d8c9>.
59. Rasulov SR, Karimov AM. Analiz zaboлеваemosti kolorektal'nym rakom v Respublike Tadjikistan [Analysis of morbidity of colorectal cancer in Republic of Tajikistan]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya*. 2015;1:57-60.
60. Artyukhov SK, Mukhiddinov ND, Kubachyov KG, Zarkua NE. Radikal'nye operatsii pri rake rektosigmoidnogo otdela i pryamoy kishki, oslozhnyonnym kishhechnoy neprokhodimost'yu [Radical operation in cancer of rectosigmoid and rectum, complicated by intestinal obstruction]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya*. 2016;3:15-9.
61. Kao LS, Millas SG. Predicting the risk of anastomotic leakage in left-sided colorectal surgery using a colon leakage score. *J Surg Res*. 2012;173(2):246-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2011.01.044>.
62. Fraccalvieri D, Biondo S, Saez J, Milan M, Kreisler E, Golda T, et al. Management of colorectal anastomotic leakage: differences between salvage and anastomotic takedown. *Am J Surg*. 2012;204(5):671-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2010.04.022>.

И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Мусоев Диловаршо Аскарлович, аспирант кафедры общей хирургии № 1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино

Гулов Махмадшо Курбоналиевич, д.м.н., профессор, профессор кафедры общей хирургии № 1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино

Калмыков Еган Леонидович, к.м.н., научный сотрудник отдела науки Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино

Достиев Ашур Раджабович, д.м.н., профессор, профессор кафедры общей хирургии № 1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино

Мухаббатов Джиёнхон Курбонovich, д.м.н., ассистент кафедры общей хирургии № 1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино

Курбанов Джурабек Муминович, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получили.

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Мусоев Диловаршо Аскарлович
аспирант кафедры общей хирургии № 1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино

Тел.: (+992) 918 852358
E-mail: egan0428@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследований: МДА, ДАР
Сбор материала: МДА, КЕЛ
Анализ полученных данных: МДА, КЕЛ, МДК, КДМ
Подготовка текста: МДА
Редактирование: ГМК, ДАР
Общая ответственность: МДА, ГМК

Поступила 16.06.2017
Принята в печать 12.09.2017

И AUTHOR INFORMATION

Musoev Dilovarsho Askarovich, Postgraduate Student of the Department of General Surgery № 1, Avicenna Tajik State Medical University

Gulov Mahmadsho Kurbonaliyevich, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Professor of the Department of General Surgery № 1, Avicenna Tajik State Medical University

Kalmykov Egan Leonidovich, Candidate of Medical Sciences, Research Fellow of the Department of Science, Avicenna Tajik State Medical University

Dostiev Ashur Rajabovich, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Professor of the Department of General Surgery № 1, Avicenna Tajik State Medical University

Mukhabbatov Dzhionkhon Kurbonovich, Doctor of Medical Sciences, Assistant of the Department of General Surgery № 1, Avicenna Tajik State Medical University

Kurbanov Jurabek Muminovich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy, Avicenna Tajik State Medical University

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Musoev Dilovarsho Askarovich
Postgraduate Student of the Department of General Surgery № 1, Avicenna Tajik State Medical University

Tel. : (+992) 918 852358
E-mail: egan0428@mail.ru

Received 16.06.2017
Accepted 12.09.2017