

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ имени И.К. АХУНБАЕВА**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

**Диссертационный совет Д 14.22.650**

На правах рукописи  
УДК 616.348-006-089

**Сыдыков Нурланбек Женишбекович**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА  
ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ  
НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

14.01.17 – хирургия

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

**Бишкек – 2024**

Работа выполнена в отделении кишечной хирургии Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

**Научный консультант:**

**Сопуев Андрей Асанкулович**

доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой госпитальной хирургии с  
курсом оперативной хирургии Кыргызской  
государственной медицинской академии  
им. И. К. Ахунбаева

**Официальные оппоненты:**

**Мусаев Улан Салтанатович**

доктор медицинских наук, доцент,  
заместитель главного врача по лечебной работе  
городской клинической больницы №1 города  
Бишкек

**Султангазиев Расул Абалиевич**

доктор медицинских наук,  
научный консультант Университетской клиники  
«Аманат» при Международном университете  
Кыргызстана

**Байгазаков Асылбек Топчубаевич**

доктор медицинских наук, доцент,  
ректор Международного медицинского  
университета «Авиценна»

**Ведущая организация:**

Казахский национальный медицинский  
университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра общей  
хирургии и топографической анатомии (Республика  
Казахстан, 050012, г. Алма-Ата, ул. Толе Би, д. 94;)

Защита диссертации состоится 6 июня 2024 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.22.650 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева, соучредитель Национальный хирургический центр Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25, 2 этаж в конференц-зале. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации: [https://vc.vak.kg/b/d\\_1-xar-5tx-9lo](https://vc.vak.kg/b/d_1-xar-5tx-9lo)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Национального хирургического центра МЗ Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25) и на сайте: <https://vak.kg>

Автореферат разослан 23 апреля 2024 года.

**Ученый секретарь**  
диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук,  
доцент



**М. Б. Чапьев**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы диссертации.** Колоректальный рак является третьим, наиболее часто диагностируемым злокачественным новообразованием, на которое приходится около 1,4 миллиона новых случаев в год. Он представляет собой третий по распространенности рак у мужчин (746 000 случаев, 10,0% от общего числа) и второй у женщин (614 000 случаев, 9,2% от общего числа) во всем мире; это четвертая по значимости причина смерти от рака в мире.

В Центральной Азии распространенность рака толстой кишки также довольно высока. Некоторые исследования указывают на то, что Центральная Азия является одним из регионов мира с наиболее высокой частотой заболеваемости раком толстой кишки. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в ряде стран Центральной Азии, таких как Казахстан, Узбекистан, Таджикистан и Кыргызстан, количество случаев рака толстой кишки увеличивается каждый год.

Это связано с рядом факторов, таких как изменение образа жизни, в том числе увеличение уровня потребления жирных и обработанных продуктов питания, а также недостаток физической активности. В связи с этим, ранняя диагностика и лечение рака толстой кишки являются важными задачами для улучшения здоровья населения Центральной Азии.

Осложнения заболеваний толстой кишки составляют 47% неотложных состояний желудочно-кишечного тракта.

Толстокишечная непроходимость составляет почти 80% неотложных состояний, связанных с колоректальным раком, в то время как на перфорацию приходится оставшиеся 20%.

Наиболее частой локализацией обструкции при колоректальном раке является сигмовидная кишка, при этом 75% опухолей располагаются дистальнее селезеночного изгиба.

Перфорация возникает в месте опухоли почти в 70% случаев и проксимальнее места опухоли примерно в 30% случаев [С. А. Алиев и соавт., 2015; Ю. В. Рябков, 2018; Н. Onishi, 2014; D. D. Huijts, 2017].

Толстокишечная непроходимость осложняет от 10 до 19% случаев рака толстой кишки. Это фактор риска неблагоприятного прогноза: летальность в ближайшем послеоперационном периоде колеблется от 15 до 30% по сравнению с 1–5 % при плановых операциях, а частота осложнений в два раза выше, чем при плановых операциях [З. В. Тотиков, 2017; В. А. Авакимян и соавт., 2018; M. Chand et al., 2014; С. А. Maurer et al., 2017]. Растяжение кишечника газами и каловыми массами над обструкцией может вызвать ишемию стенки толстой кишки за счет нарушения микроциркуляции. Натяжение кишечной стенки может привести к разрыву мышечных волокон и даже к разрыву на всю толщину со свободной перфорацией.

Эти изменения проксимального отдела толстой кишки объясняют высокий риск несостоятельности анастомоза и образования свищей.

Как правило, анастомоз не следует накладывать, если предполагаемый сегмент кишечника ослаблен, растянут илиотягощен калом. Это требование привело к разработке протоколов для двух- или трехэтапной хирургии, при которой избегают наложение анастомоза путем создания колостомы. Однако многоэтапной хирургии можно избежать, используя методы наложения анастомоза между сегментами кишечника, которые здоровы или лишь минимально растянуты и освобождены от содержимого. Это требование может быть достигнуто различными способами в зависимости от места толстокишечной непроходимости. Необходимо различать обструкцию правого и левого отделов толстой кишки. Во всех случаях, когда проводится резекция, колэктомия должна выполняться в соответствии с критериями онкологической резекции. Целью защитной стомы является отведение фекального потока во время заживления анастомоза. Даже если стома не предотвращает несостоятельность анастомоза, она снижает тяжесть последствий, ограничивая риск калового перитонита.

Операции старой школы отводящая колостомия и резекция Гартмана сохраняют свое место в неотложной помощи при обструктивном раке, особенно у нестабильных пациентов или у хирургов, не имеющих опыта лечения колоректальной патологии. В большинстве других случаев пациентам может помочь одноэтапная колэктомия с анастомозом, интраоперационным промыванием толстой кишки или ручной декомпрессией. Тотальную или субтотальную колэктомию предпочтительно проводить в случаях рака нисходящей ободочной кишки с сопутствующими поражениями восходящей ободочной кишки, такими как синхронная опухоль или механические поражения (расширение слепой кишки с фактической или потенциальной перфорацией) [Э. А. Тилеков, 2012; О. В. Попков и соавт., 2015; N. F. Aykan et al., 2015; Z. Xu et al., 2017].

Требуют дальнейшего изучения многие вопросы эндотоксикоза, появляющийся при раке ободочной кишки, осложнившегося кишечной непроходимостью [К. К. Акназаров, 2005].

Поэтому, чтобы повысить эффективность лечения пациентов с такой патологией, как осложненный рак толстой кишки необходимо совершенствование лечебно-диагностической системы, которая должна опираться на критерии, которые объективно определяют выбор адекватной хирургической операции и стандартизацию лечебной тактики.

**Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Тема инициативная.**

**Цель исследования.** Оптимизация лечебно-диагностической системы, применяемой при раке толстой кишки, осложненном нарушениями проходимости ободочной кишки, для сокращения неудовлетворительных результатов ведения пациентов с этой патологией.

**Задачи исследования:**

1. Усовершенствовать диагностическую систему рака толстой кишки, осложненного нарушением проходимости кишечника.
2. Провести анализ, изменившейся на современном этапе, клинической картины рака толстой кишки с различными степенями нарушения кишечной проходимости и усовершенствовать лечебную систему с учётом клинических, функциональных и инструментальных проявлений.
3. Провести оценку эффективности энтеро- и колоносорбции при раке толстой кишки, осложненном нарушениями проходимости ободочной кишки.
4. Осуществить модернизацию интраоперационной декомпрессии приводящего отдела кишечника для эвакуации кишечного содержимого и проведения интраоперационного сорбционного диализа.
5. Провести оптимизацию хирургической тактики при раке ободочной кишки, осложнившимся различными степенями нарушения кишечной проходимости.
6. Усовершенствовать выбор хирургической тактики при раковом стенозирующем процессе, располагающемся в левой половине толстой кишки и осложнившимся диастатическим некрозом и перитонитом.
7. Провести оценку эффективности наложения декомпрессионно-стомальных толсто-толстокишечных анастомозов при заключительном этапе радикальных или условно-радикальных (УР) хирургических вмешательств на левой половине ободочной кишки у пациентов с опухолевой кишечной непроходимостью в стадии субкомпенсации и декомпенсации.
8. Дать оценку результатов лечения больных, страдавших раком ободочной кишки, осложнившимся различными степенями нарушения кишечной проходимости.

**Научная новизна полученных результатов:**

1. Анализ результатов хирургической помощи пациентам с раком левой половины ободочной кишки, осложнившимся кишечной непроходимостью позволил впервые оценить на значительном клиническом материале состояние хирургической помощи в общехирургическом стационаре у этой тяжелой категории больных.
2. Разработана оригинальная схема обследования пациентов с раком левой половины ободочной кишки, осложнившейся декомпенсированной кишечной непроходимостью и распространенным перитонитом, являющимися показаниями к экстренной операции
3. Расширена совокупность сведений о возможностях использования энтеросорбции и колоносорбции в условиях наличия рака ободочной кишки и нарушений кишечной проходимости разной степени тяжести.

4. Разработана оригинальная методика применения во время хирургического вмешательства декомпрессии кишечника для коррекции нарушений кровоснабжения, кишечной перистальтики и для редукции эндогенной интоксикации.

Получено рационализаторское предложение Кыргызпатента №783 «Способ уменьшения вероятности несостоятельности толсто-толстокишечного анастомоза» от 26.12.2014 года и №782 «Способ уменьшения спайкообразования органов брюшной полости после хирургического вмешательства» от 22.12.2014года.

– Усовершенствована комплексная система диагностических и лечебных мероприятий, включающая их последовательность и сроки, у пациентов с раком ободочной кишки и нарушениями кишечной проходимости разной степени тяжести.

– Определено место субтотальной колэктомии у пациентов с раком левой половины ободочной кишки, осложнившейся декомпенсированной кишечной непроходимостью и диастатическими продольными разрывами серозного слоя толстой кишки. Усовершенствована тактика и модернизирована методика заключительного этапа субтотальной колэктомии в виде формирования анастомоза или наружной илеостомы в корреляции с выраженностью перитонита. Оформлены как рационализаторские предложения «Способ наложения асцендо-сигмоанастомоза с проведением оставшейся части кишки через брыжейку тонкой кишки после резекции толстой кишки» №751 Кыргызпатента от 26.11.2014 года и № 752 «Способ наложения конце-бокового тонко-толстокишечного анастомоза после резекции толстой кишки» от 05.12.2014 года.

– Усовершенствованы тактические особенности и технические детали создания декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза в заключительной части радикальных или условно-радикальных (УР) хирургических вмешательств в области левой половины толстой кишки, на который получено рационализаторское предложение №08/2020 «Способ формирования У-образного анастомоза при резекциях ободочной кишки» при КГМА им. И.К. Ахунбаева от 26.09.2020 года. Декомпрессионно-стомальные толсто-толстокишечные анастомозы обеспечивают снижение вероятности осложнений путем внебрюшинного закрытия колостомы в сжатые сроки (около 75 суток) после хирургического вмешательства по поводу удаления опухолей.

#### **Практическая значимость полученных результатов:**

➤ Для научно обоснованного выбора лечебной тактики усовершенствована диагностическая система, проведен анализ и учет клинико-лабораторных данных и использования инструментальных, в том числе эндоскопических методов, системы интегральной оценки степеней тяжести состояния SAPS.

➤ Для определения наиболее соответствующего плана хирургического вмешательства сформулированы постулаты при различных степенях нарушений кишечной проходимости.

➤ С целью ослабления эндогенной интоксикации и уменьшения количества послеоперационных осложнений разработаны и внедрены в практическую деятельность оригинальные методики энтеросорбции и колоносорбции в предоперационном и интраоперационном периодах (Акт внедрения НХЦ МЗ КР от 2019 года).

➤ В целях адекватной эвакуации кишечного содержимого, создания благоприятных условий для восстановления нарушенной микроциркуляции, осуществления комплекса мероприятий по интраоперационному сорбционному диализу и уменьшению эндогенной интоксикации усовершенствована интраоперационная технология декомпрессии приводящего отдела кишечника.

➤ Рекомендована рациональная тактика при раковом опухолевом процессе, располагающемся в левой половине толстой кишки и осложнившимся декомпенсированной кишечной непроходимостью - проведение одномоментного радикального или УР хирургического вмешательства, инкорпорирующего интраоперационную декомпрессию кишечника и сорбционный диализ по усовершенствованным нами технологиям, с формированием наружной колостомы на первом этапе; на втором этапе восстанавливается непрерывность толстой кишки.

➤ Доказано, что при раковом стенозирующем процессе, располагающемся в левой половине толстой кишки и осложнившимся диастатическим некрозом и перфорациями, показано выполнение субтотальной колэктомии, как более эффективного хирургического вмешательства. При наличии выраженного перитонита в план хирургического вмешательства включается формирование илеостомы.

➤ Обоснован, как один из наиболее приоритетных вариантов заключительного этапа хирургических вмешательств на левой половине ободочной кишки с опухолевой кишечной непроходимостью в субкомпенсированной и декомпенсированной стадии может быть наложение декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза. Оптимальными сроками для реконструктивного этапа оперативного лечения пациентов с декомпрессионно-стомальным толсто-толстокишечным анастомозом являются  $2,6 \pm 0,94$  мес. По своей структуре декомпрессионно-стомальные толсто-толстокишечные анастомозы позволяют ликвидировать колостому через безопасный внебрюшинный доступ, обеспечивающий энергичную социально-трудовую реабилитацию и быстрое улучшение качества жизни пациентов.

➤ Выбор хирургической тактики на основе дифференцированного подхода способствует снижению количества послеоперационных осложнений и летальности, улучшению качества жизни пациентов (Акт внедрения НХЦ МЗ КР от 01.12.2023 года).

**Экономическая значимость полученных результатов.** Включает возможность получения медико-социальной эффективности при использовании разработанных методов лечения пациентов с раком ободочной кишки, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости. Это достигается за счет внедрения алгоритма ведения больного в до-, интра- и послеоперационном периодах и снижения затрат на медикаментозные средства

на 27%, расходные материалы на 30%, сокращения сроков пребывания в стационаре с  $21,5 \pm 3,1$  до  $16,0 \pm 3,5$ , снижения числа хирургических осложнений с 39% до 26% ( $p < 0,05$ ).

### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

Степени нарушения кишечной проходимости у пациентов с осложненным раком толстой кишки оказывают существенное влияние на окончательные результаты лечения этой тяжелой категории больных.

Степени нарушения кишечной проходимости определяют выбор диагностической системы с анализом и учетом клинико-лабораторных данных, инструментальных, системы интегральной оценки степеней тяжести состояния SAPS.

Применение энтеросорбции и колоносорбции до и во время хирургического вмешательства уменьшает воспалительный процесс, снижает уровень эндогенной интоксикации. Также при применении энтеросорбции и колоносорбции снижается частота послеоперационных осложнений и летальность.

При раковом опухолевом процессе, располагающемся в левой половине толстой кишки и осложнившимся кишечной непроходимостью, более рациональным является единовременное радикальное или условно-радикальное (УР) удаление опухоли, посредством следующих последовательных мероприятий: первичная резекция ободочной включающей опухоль, опорожнение заполненных петель приводящего отдела кишки через удаляемый кишечный сегмент, их санация, сорбция и формирование наружной терминальной колостомы.

Субтотальная колэктомия - более эффективное хирургическое вмешательство при раковом стенозирующем процессе, располагающемся в левой половине толстой кишки и осложнившимся диастатическим некрозом и перфорациями. При наличии выраженного перитонита в план хирургического вмешательства включается формирование илеостомы.

Наложение декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза на заключительном этапе хирургических вмешательств на левой половине ободочной кишки у пациентов с опухолевой кишечной непроходимостью в субкомпенсированной и декомпенсированной стадии является более целесообразным.

**Личный вклад соискателя.** Автором самостоятельно выбрана тема диссертации, разработана оригинальная программа исследования, осуществлено планирование и организация представленной научно-исследовательской работы. Автор лично провел изучение научных трудов, посвященных проблеме рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью и оформил их в виде литературного обзора в I главе. Автор принимал участие во всех клинических исследованиях, лично производил хирургические вмешательства или участвовал в них при осложненном раке толстой кишки. Им был собран и подвергнут анализу весь клинический материал. Некоторые исследования (лабораторные, лучевые и морфологические) были реализованы совместно со специалистами лабораторий и подразделений соответствующего профиля, за что автор выражает всем участвовавшим в исследовании экспертам благодарность.



Процент участия автора в наборе материала составляет 90%, в анализе и синтезировании материала - 100%.

**Апробация результатов исследования.** Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: заседании научного отдела Национального хирургического центра МЗ КР (г. Бишкек, 2023); международной научно-практической конференция «Дни Науки - 2024» посвященная 85-летию Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева (г. Бишкек, 2024).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** По теме диссертации опубликовано 25 научных статьи, из них 3 работы опубликованы в журналах ближнего зарубежья с импакт-фактором больше 0,2 и 2 статьи опубликованы в журналах, индексируемых системой «Scopus».

**Структура и объем диссертации.** Работа изложена на 309 страницах компьютерного набора, шрифтом Times New Roman, Кириллица (размер 14, интервалом 1,5), на русском языке и состоит из введения, главы обзора литературы, шести глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций, приложения.

Список использованной литературы включает 237 источников, из них 131 работ авторов дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 73 таблицами и 40 рисунками.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обоснована актуальность темы исследования, представлены цель и задачи исследования, изложена научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

**В главе 1 «Актуальные проблемы рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью (обзор литературы)»** приведены систематизированные и обобщённые данные научной литературы по состоянию вопросов диагностики и оперативного лечения пациентов с раком ободочной кишки (РОК), осложненным толстокишечной непроходимостью (**разделы 1.1. Диагностика места обструкции и 1.2. Методы лечения**), а также вопросов профилактики осложнений, которые позволили обосновать актуальность данного исследования.

**В главе 2 «Методология и методы исследования»** изложены клиническая характеристика больных и методы исследования.

### **2.1. Объект и предмет исследования. Характеристика клинических групп.**

*Объектом исследования* являлись больные с РОК, осложненным толстокишечной непроходимостью.

*Предметом исследования* явилась специализированная медицинская помощь пациентам с РОК, осложненным толстокишечной непроходимостью.

*Характеристика клинических групп.* В исследовании принял участие 651 пациент, у которых имелось нарушение кишечной проходимости, обусловленное злокачественными новообразованиями толстой кишки. Все они поступали в Национальный хирургический центр Министерства здравоохранения Кыргызской Республики в период с 2006 по 2020 год.

В нашем материале преобладали женщины – 404 (62,1%), мужчин было 247 (37,9%). Возрастная градация пациентов составила от 40 до 92 лет, их средний возраст составил  $64 \pm 1$  год (мужчины -  $63 \pm 1$ , женщины -  $64 \pm 1$ , достоверно  $p < 0,05$ ). Преобладающее число больных (71,8%) представляло старшую возрастную группу (старше 60 лет). В таблице 2.1.1 демонстрируется распределение больных по полу и возрасту.

Таблица 2.1.1. - Распределение больных по полу и возрасту

Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Всего	
	п	%	п	%	п	%
40-59	78	11,9	106	16,3	184	28,2
60-74	137	21	228	35	365	56
75-89	32	5	66	10,1	98	15,1
90-92	0	0	4	0,7	4	0,7
Всего	247	37,9	404	62,1	651	100

Более половины пациентов обращались за медицинской помощью в сроки до 3 месяцев от начала появления жалоб (в 52% случаев), в сроки до 6 месяцев – в 24%, до 12 месяцев – в 17%, более 12 месяцев – в 7% случаев.

При обследовании выявлено, что у каждого пациента имела сопутствующая патология, причем в старшей возрастной группе встречалось по несколько сопутствующих заболеваний (табл. 2.1.2).

Таблица 2.1.2. - Сопутствующие заболевания у исследуемых пациентов

Диагноз сопутствующего заболевания	Кол-во больных	%
Стенокардия напряжения I-III ФК	116	17,8
Постинфарктный кардиосклероз	59	9
Атеросклеротический кардиосклероз	241	37
Гипертоническая болезнь 1-3 стадии	154	23,7
Мерцательная аритмия	32	5
Недостаточность кровообращения	32	5
Распространенный атеросклероз	13	2
Атеросклероз церебральных артерий	19	3
Варикозное расширение вен нижних конечностей	26	4
Ревматизм, порок сердца	7	1

Продолжение таблицы 2.1.2.

Пневмония	58	8,9
Хронический бронхит	46	7
Эмфизема легких	13	2
Бронхиальная астма	13	2
Диффузный пневмофиброз	13	2
Гастрит, гастроуденит	52	8
Язвенная болезнь	32	5
Хронический панкреатит	7	1
Хронический гепатит	4	0,6
Киста печени	4	0,6
Желчнокаменная болезнь, хронический холецистит	32	5
Дивертикулез толстой кишки	46	7
Полипы толстой кишки	7	1
Геморрой	13	2
Мочекаменная болезнь	32	5
Хронический пиелонефрит	39	6
Киста почки	5	0,8
Цистит	13	2
Аденома предстательной железы	41	6,3
Миома матки	3	0,5
Диффузный нетоксический зуб	13	2
Сахарный диабет	32	5
Ожирение	7	1
Паркинсонизм	7	1
Эпилепсия	3	0,5
Церебросклероз	56	21,8
Неврит периферического нерва	7	1
Железодефицитная анемия	391	60
Паховая грыжа	4	0,6
Пупочная грыжа	3	0,5
Послеоперационная вентральная грыжа	7	1

Наиболее часто у пациентов отмечали возрастную сердечно-сосудистую патологию в виде атеросклеротического кардиосклероза и сопутствующей стенокардии напряжения I-III ФК - в 63,8% случаев, гипертоническая болезнь - в 23,7%, дыхательная патология - сопутствующую острую пневмонию диагностировали у 8,9% поступивших больных. Церебросклероз с признаками тяжелой энцефалопатии или деменции отметили у 56 (21,8%) пациентов, приводивший к тяжелым осложнениям в послеоперационном периоде со стороны других органов и систем.

Хроническая анемия в той или иной степени отмечена почти в 60% случаев. Различные проявления обструкции мочевых путей при аденоме предстательной железы было у 6,3% больных.

Проведенное гистологическое исследование макропрепаратов выявило преобладание (82%) аденокарциномы, ее сочетание с другими гистологическими формами – карциноидом, коллоидным и солидным раками – встретилось в 12% случаев (рис. 2.1.1).

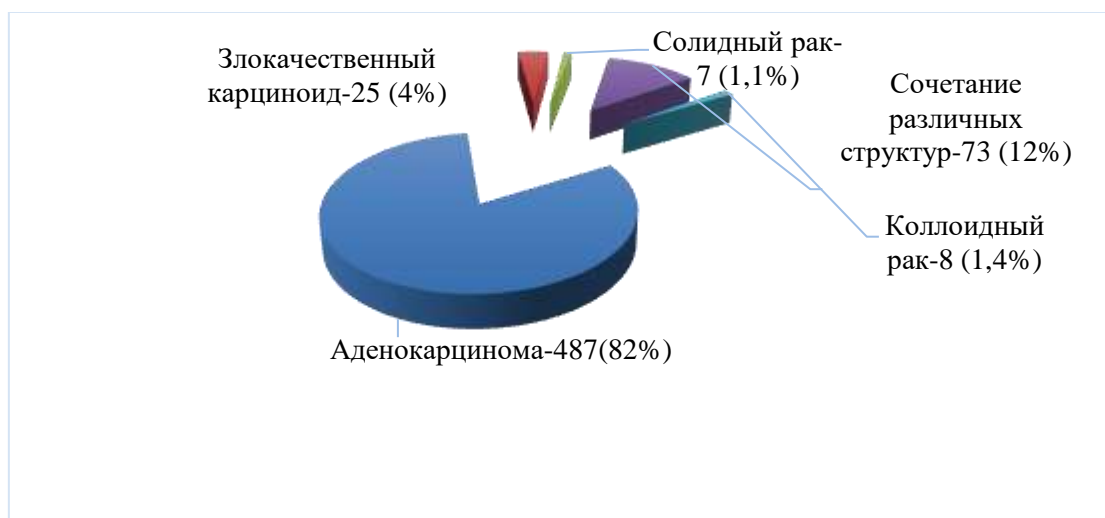


Рис. 2.1.1 - Гистологические формы опухолей толстой кишки.

При исследовании выяснилось, что большая часть опухолей соответствует IV стадии (56,5%), III – 33,2%, II – 9,2%, и наиболее редко обнаруживали I стадию опухолевого процесса (1,1%) (рис. 2.1.3).

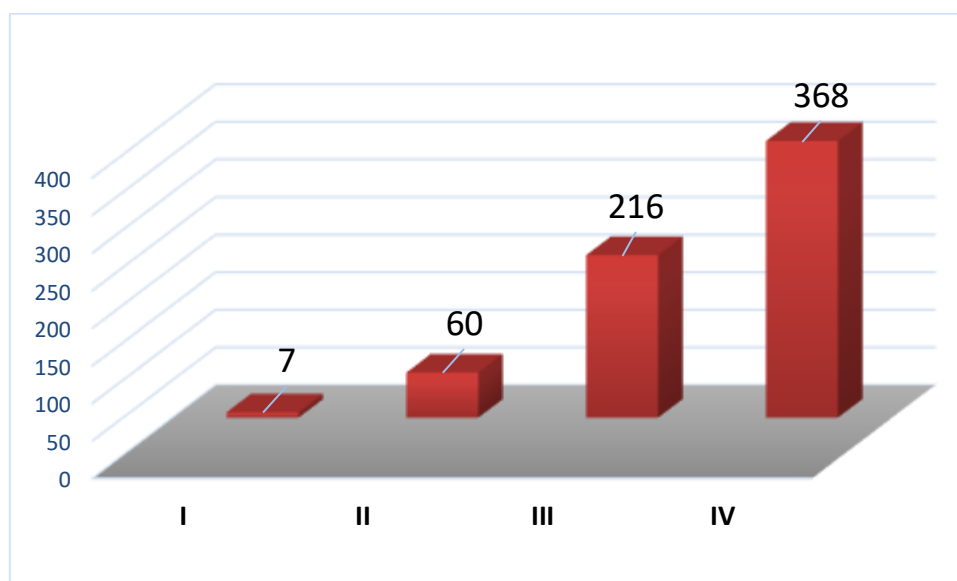


Рис. 2.1.3 - Распределение больных в зависимости от стадии опухолевого процесса.

Хирургические вмешательства выполнены всем пациентам. Из них в группе с декомпенсированными формами радикальные или условно-радикальные (УР) операции

выполнены в 368 случаев, при компенсированных и субкомпенсированных формах – в 145; паллиативные и симптоматические операции проведены у 138 пациентов (21,2%), из них в 9 случаях ограничились эксплоративной лапаротомией.

Из группы радикальных или УР операций при декомпенсированных формах НТКП были выделены 2 группы: в основной группе анализированы пациенты с декомпрессионно-стомальным толсто-толстокишечным анастомозом (25 чел.), в группе сравнения – контрольной – с формированием терминальной колостомы (49 чел.).

Исследование влияния колоносорбции в предоперационном периоде у больных с компенсированным и субкомпенсированным нарушением проходимости проведено у 76 больных. Из них 41 человеку проводилась обычная предоперационная подготовка (группа сравнения), 35 - с применением колоносорбции (основная группа). Изучены данные 15 здоровых добровольцев. Для проведения предоперационной энтеро- и колоносорбции использовали препарат макрогол-4000 (фортранс).

Исследование влияния интраоперационного сорбционного диализа в сравнении с промыванием осуществлено у 84 больных с ОТКН. Основную группу составили 49 больных, которым был проведен интраоперационный толстокишечный сорбционный диализ (ИТКСД). 35 больным был проведен интраоперационный лаваж толстой кишки (ИТКЛ) (контрольная группа).

При лечении больных с ОНКП, осложненным хирургическим эндотоксикозом (на фоне распространенного перитонита) нами применялся натрия гипохлорита (НГ) в 72 случая. Препарат изготовлен в лаборатории неспецифической интенсивной терапии Национального хирургического центра под руководством заведующего лабораторией, к.м.н. Акназарова К.К.

**2.2. Методы исследования.** Основными методами исследования являлись методы клинического наблюдения. Их дополняли исследования: лабораторные, морфологические, иммунологические, рентгеновские, эндоскопические, ультразвуковые, лапароскопические. Ряд исследований (прогнозирование) требовало вычисления суммарного прогностического коэффициента (СПК), а также по интегральной шкале оценки состояния больных — SAPS.

Помимо стандартных общеклинических, биохимических обследований, в диагностическую схему включены инструментальные методы – рентгенологический и эхоморфометрический (подразделы 2.2.1 и 2.2.2).

### **2.3. Статистическая обработка данных**

Статистическая обработка полученных данных проводилась согласно рекомендациям для медико-биологических исследований на персональном компьютере Intel Pentium IV с использованием операционной системы Windows 10, Excel, Statistica 10.0. Достоверность средних величин определялось с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни (U). Корреляционный анализ по количественным признакам производился по методу Пирсона путем вычисления коэффициента корреляции  $\delta$  и критерия его достоверности  $t$ . Различия считались статистически достоверными при уровне  $P < 0,05$ .

**Глава 3 «Клиническая картина, особенности диагностики и классификации опухолей ободочной кишки, сопровождающихся кишечной непроходимостью»** раскрывает специфику течения заболевания у пациентов с РОК, осложнённым нарушением проходимости толстого кишечника.

Проспективное рандомизированное исследование показала, что клиническая симптоматика, связанная с нарушением проходимости кишечника вследствие рака толстого кишечника, представлена в таблице 3.3. Основные проявления включают в себя задержку акта дефекации и газообразование (67%), а также боли в области брюшной полости (57%) и вздутие живота (45%). Эти признаки оказались наиболее частыми.

Симптомы, такие как тошнота и рвота, характеризующие кишечную непроходимость у наших пациентов, проявлялись у 29% и 18 соответственно. У замеченного числа больных наблюдалось наличие патологических выделений из прямой кишки (17%), а также определяемых пальпацией опухолей в области живота (18%). Обследование выявило наличие "шума плеска" и перитонеальных симптомов у 14% и 12% пациентов. У половины обследованных отмечено снижение массы тела, а у 5% выявлен повышенный уровень температуры тела.

Таблица 3.3. - Основные симптомы рака толстой кишки, осложненного нарушением кишечной проходимости

Клинические симптомы	n - больных	%
Боль в животе	180	57
Тошнота	132	29
Рвота	70	18
Задержка стула и газов	189	67
Патологические выделения	37	17
Снижение массы тела	120	46
Лихорадка	15	5
Вздутие живота	171	45
Асимметрия живота	153	45
Нарушение перистальтики	143	43
Шум плеска	60	14
Перитонеальные симптомы	45	12
Пальпируемая опухоль	50	18

Наибольший процент пациентов обращались за медицинской помощью в сроки до 3 месяцев от начала появления жалоб (в 52% случаев), в сроки до 6 месяцев – в 24%, до 12 месяцев – в 17%, более 12 месяцев – в 7% случаев.

Выявлено, что степень нарушения проходимости кишечника определяется степенью сужения просвета, и в меньшей степени стадией опухолевого процесса. Развитие острой кишечной непроходимости чаще происходило у пациентов с IV стадией рака. Предполагаем, что это связано с эндофитным, циркулярным ростом опухолей (табл. 3.4).

Таблица 3.4. - Степень нарушения кишечной проходимости и стадия опухоли

Степень нарушения кишечной проходимости	Стадия опухолевого процесса							
	I		II		III		IV	
	б-х	%	б-х	%	б-х	%	б-х	%
Компенсированное	6	93	24	40	11	5	19	5,2
Субкомпенсированное	1	7	18	30	33	15	60	16,3
Декомпенсированное	0	0	18	30	172	80	289	78,5
Всего	7	100	60	100	216	100	368	100

При клинической картине декомпенсированного нарушения кишечной проходимости в большинстве случаев 52% диаметр просвета пораженной кишки был менее 1,0 см (табл. 3.8, рис. 3.1). При этом выполнялись операции в экстренном порядке (рис. 3.2-3.3).

Таблица 3.8. - Диаметр просвета кишки, стенозированной опухолью и степень нарушения кишечной проходимости

Нарушение кишечной проходимости	Сужение просвета кишки			Всего
	Более 1,5 см	1,0-1,5 см	Менее 1,0 см	
Компенсированное	17	16	4	37
Субкомпенсированное	12	14	24	50
Декомпенсированное	48	65	122	235
Всего	77	95	150	322

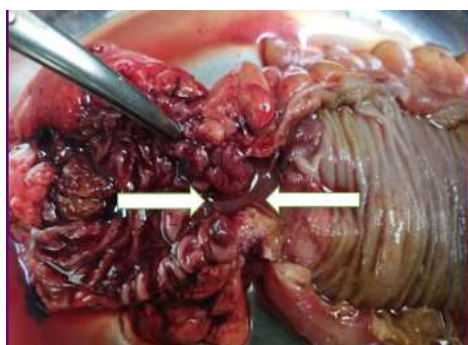


Рисунок 3.1 - Сужение просвета кишки менее 1 см.

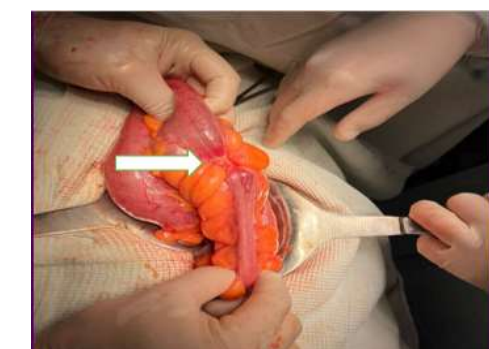


Рисунок 3.2 - Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки.

Рисунок 3.3 - Обтурирующая опухоль слепой кишки.

**Глава 4 «Исходы оперативного лечения в случаях рака ободочной кишки с осложнением, связанным с нарушением кишечной проходимости».** Отражены результаты собственных исследований при различных степенях нарушения кишечной проходимости.

**4.1. Виды оперативного лечения при острой кишечной непроходимости, вызванной опухолями толстой кишки в стадии декомпенсации.** Операции, выполняемые при раке толстой кишки, осложненном острой кишечной непроходимостью носили радикальный или условно-радикальный характер, выполнялись одномоментно. У пациентов, поступивших с декомпенсацией кишечной проходимости, проведено 368 хирургических вмешательств, из которых большую часть составили операции по типу Гартмана - 53,2% и далее составила субтотальная колэктомия – 26,4% (табл. 4.1.1).

Общая послеоперационная летальность при острой кишечной непроходимости, обусловленной раком ободочной кишки, составила 10,3%. Среди причин летальных исходов выделяются интоксикация вследствие декомпенсации ОКН - 16%; сердечно-сосудистая недостаточность - 36%; продолжающийся перитонит - 18%; застойная пневмония - 18%.

Выявлено, что во всех случаях ведущей причиной явилась полиорганная недостаточность на фоне интоксикации. Осложнения в данной группе наблюдали у 20,4%, больший удельный вес составили нагноительные процессы (раневая инфекция).

Таблица 4.1.1. - Радикальные или УР операции при декомпенсированном нарушении кишечной проходимости

<b>Операция</b>	<b>Больных</b>	<b>%</b>
Операция типа Гартмана	196	53,2
Резекция поперечной ободочной кишки, колостомия	14	3,8
Правосторонняя гемиколэктомия	56	15,2
Правосторонняя гемиколэктомия, илеостомия	5	1,4
Субтотальная колэктомия, илеосигмоанастомоз	25	6,8
Субтотальная колэктомия, илеостомия	72	19,6
Всего	368	100

**4.2. Виды хирургических операций в случае компенсированной и субкомпенсированной кишечной обструкции при раке толстой кишки.** В наших наблюдениях больные с субкомпенсированным нарушением КП составили 19,2%, пациенты в стадии компенсации на 8% меньше и составили 9,2%. Тактика ведения пациентов с компенсированным и субкомпенсированным НКП заключается в выполнении радикальной или условно-радикальные (УР) операции на фоне подготовленного кишечника. В данной группе было выполнено 145 оперативных вмешательств, причем большую часть составили резекции различных отделов толстой кишки (89,7%).



Осложнения наблюдались у 19 больных (13,2%). Основную массу составили нагноительные заболевания ПЖК. Летальность была на уровне 3,4% (рис. 4.2.1).

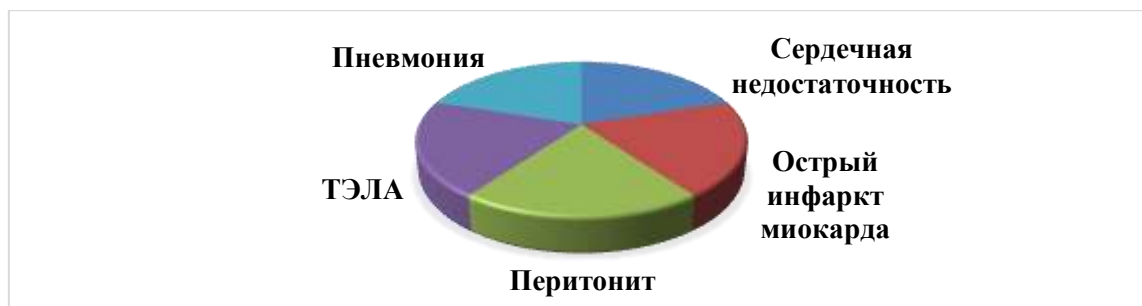


Рисунок 4.2.1 - Количественная характеристика факторов, которые вызвали летальные исходы у пациентов, страдающих от рака толстой кишки с компенсированным и субкомпенсированным нарушением кишечной проходимости.

**4.3. Субтотальная колэктомия.** Показанием к проведению субтотальной колэктомии по нашему заключению, являлись при КРР, осложненного непроходимостью, деструкция толстокишечной стенки на протяжении, без разлитого перитонита.

У 25 пациентов (25,2%) выполнена СТК с наложением первичного анастомоза (илеосигмо - и илеоректоанастомоза). В остальных случаях оперативное вмешательство выполнялось на фоне терминальной стадии перитонита и заканчивалось формированием концевой илеостомы. Послеоперационная летальность составила 14,1% (умерло 14 чел.). Восстановительный этап непрерывности желудочнокишечного тракта (РВО) с наложением илеосигмо - или илеоректоанастомоза, выполняли не менее через 6 месяцев.

**4.4. Виды оперативных вмешательств паллиативного и симптоматического характера при раке ободочной кишки, осложненным нарушением кишечной проходимости.** Паллиативные и симптоматические оперативные вмешательства были выполнены у 21,2% пациентов (138 чел.), при опухолевом поражении различных отделов толстой кишки, обусловившем нарушение проходимости кишечника. Основными оперативными вмешательствами стали дренирующие операции на толстой кишке, что составили более 67%.

Как отмечено в исследовании, гнойные осложнения послеоперационной раны (раневая инфекция) также составили большее число наблюдений (7,2%). Основными причинами летальности были полиорганная недостаточность (41,6%), в 25% явился продолжающийся перитонит, по 16,7% - сердечно-сосудистая недостаточность и ТЭЛА (табл. 4.4.2).

Таблица 4.4.2. - Ближайшие исходы паллиативных и симптоматических операций при острой кишечной непроходимости

Вид вмешательства	Больных		Умерло	
	n	%	n	%
Операция Гартмана	6	8,2	0	0
Двуствольная колостома	41	56,3	5	12,2

Продолжение табл. 4.4.2.

Цекостома	6	8,2	2	33,3
Илеостома	2	2,7	0	0
Илеотрансверзоанастомоз	15	20,5	3	20,0
Трансверзосигмоанастомоз	3	4,1	2	66,6
Всего	73	100	12	16,4

**4.5. Особенности выбора и формирования проекционной колостомии в случае опухолевой толстокишечной непроходимости.** В данном разделе рассматриваются технические аспекты формирования стомы в соответствии с анатомо-топографическими зонами толстой кишки. Критерии оценки включают расположение, характер кишечного содержимого, а также состояние приводящего и отводящего участков.

**4.5.1. Методика и особенности формирования проекционной колостомии.** При наложении стомы придерживались одного из главных принципов колостомии – соответствие размеров канала и выходной раны стомы диаметру петли тонкой или толстой кишки.

**4.5.2. Тактико-технические ошибки при формировании колостомии.** В нашем материале все проекционные колостомии проводились с учетом уровня непроходимости. Одной из наших рекомендаций мы предлагаем в затруднительных случаях применять цекостомию с дренажной конструкцией

**В главе 5 «Декомпрессионно-стомальный толсто-толстокишечный анастомоз в хирургии непроходимости толстой кишки опухолевого генеза»** рассмотрены применение и методика хирургического формирования декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза (ДСТТА).

**5.1. «Применение декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза в хирургии больных раком ободочной кишки, осложненным острым нарушением кишечной проходимости».** Были подробно изложены технические аспекты создания декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза после проведения радикальных или УР операций на левой половине ободочной кишки и сформулированы следующие положения (табл. 5.1.1).

При создании декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза мы придерживались следующего:

- 1) мобилизация концевых отрезков кишки перед формированием анастомоза должна быть достаточной (без натяжения);
- 2) необходимо обязательное симметричное сопоставление теней анастомозируемых отделов ободочной кишки;
- 3) стенки кишки освобождают от жировых привесок не более 1,0 см от свободного края;
- 4) используется двухрядный узловый шов или однорядный подслизисто-серозно-мышечный шов, с захватом подслизистого слоя до 1,5 см (ориентируясь на состояние кишечной стенки), без прокалывания слизистой оболочки. Расстояние между швами 5-7 мм;

5) применяют рассасывающиеся синтетические нити на атравматической игле (Vicril, maxon, nevocril) 3/0 - 4/0;

6) проведение интра- и постоперационной антибиотикопрофилактики цефалоспорины II-III поколения в сочетании с антимикробными препаратами и стимуляция моторной функции кишечника со 2-х суток послеоперационного периода (применение ганглиоблокаторов, перидуральной анестезии, инфузионной терапии).

Таблица 5.1.1. - Оперативные вмешательства на левой половине ободочной кишки с применением декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза

Вид операции	Количество операций		Варианты анастомоза		
	абс.	%	I в	II в	III в
Резекция селезеночного угла	6	24	3	-	3
Левосторонняя гемиколэктомия	7	28	5	-	2
Резекция ректосигмоидного отдела	12	49	5	2	5
<b>Итого</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>10</b>

**5.2. Методика хирургического формирования декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза.** Среднее время формирования декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза составило  $25,4 \pm 5,7$  минут. Время выполнения операции в основной группе колебалось от 2 часов 15 минут до 3 часов 20 минут ( $2,1 \pm 1,25$  час), в контрольной - от 1 часа 26 минут до 2 часов 10 минут ( $1,43 \pm 1,33$  час) (рис. 5.2.1-5.2.4).

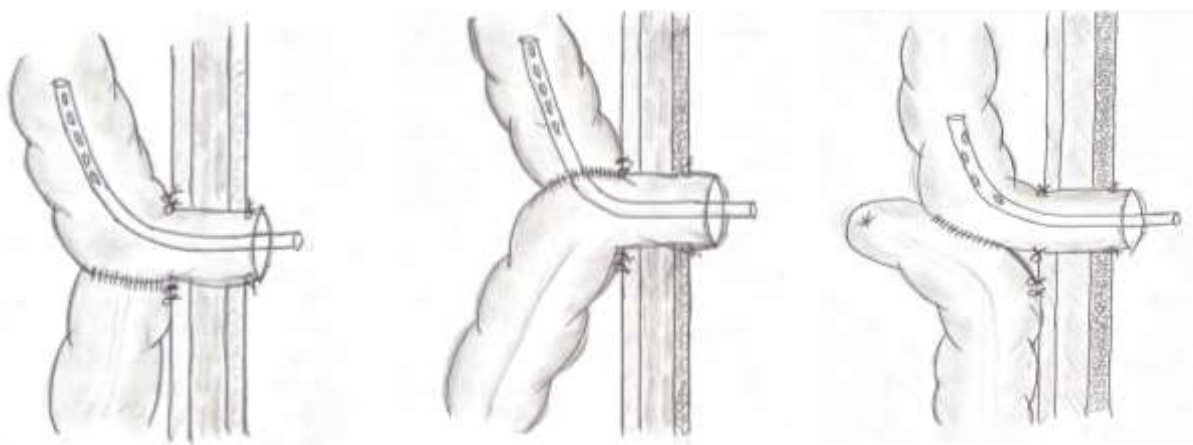


Рис. 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3 - Варианты декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза с интубацией.



Рисунок 5.2.4 – Варианты ДСТТ анастомозов интраоперационно.

**5.3. Мониторинг послеоперационного периода декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза.** Лаваж кишечника проводили в послеоперационном периоде всем 25 пациентам от 2 до 6 ( $4,2 \pm 1,4$ ) суток (всем выполнена назогастроинтестинальная интубация) путем постоянного дозированного введения в канал зонда диализного раствора 800 мл, физиологического раствора - 400 мл, с чередованием пассивного оттока по зонду с активной аспирацией кишечного содержимого и газов электроотсосом (с разрежением не более 20 мм вод. ст.). Энтеральное питание начинали с первых суток путем введения в зонд энпитов первой (молочные смеси-концентраты) или второй группы (сухие молочно-крупяные смеси), а также "Биолакт-ЛБ" (кисло-молочный продукт обогащенный лизоцимом и бифидобактериями).

В послеоперационном периоде, после перевода пациентов на стол №4 по Певзнеру на 7-10 ( $8,4 \pm 1,2$ ) сутки после операции у большей части больных был отмечен самостоятельный физиологический стул в небольшом количестве.

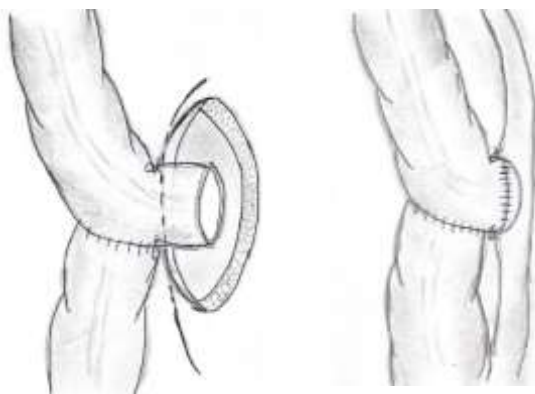
**5.4. Хирургическая методика левосторонней гемиколэктомии по типу операции Гартмана: техника выполнения.** Автором представлены особенности классической и современной методик формирования стомы на первом этапе операции типа Гартмана.

**5.5. Послеоперационный период у пациентов после резекции ободочной кишки и формированием декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза** разделен на подразделы:

**5.5.1. Процедура подготовки стомы к хирургическому закрытию декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза.**

Подготовка стомы к проведению реконструктивно-восстановительной операции у больных с декомпрессионно-стомальным толсто-толстокишечным анастомозом занимает гораздо меньшего времени, в среднем через 1 месяц после операции. Подготовка включает в себя следующие этапы: частичное закрытие колостомы, фиксация сменным калоприемником и постепенное увеличение времени закрытия стомы.

**5.5.2. Хирургическая методика закрытия декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза.** Хирургическая реконструкция пациентов с наличием стомы декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза (ДСТТА) выполнена во всех случаях (25). Проводилась предоперационная подготовка кишечника и кожи вокруг стомы. Выполняли иссечение кожи и подкожной клетчатки вокруг стомы окаймляющим разрезом, выделялась шейка стомы, внебрюшинно прошивали в 1-1,5 см от кишки, далее пересекали ее между зажимами Кохера. Удаляли культю ДСТТ анастомоза (рис. 5.5.2.1-5.5.2.2).



Рисунки 5.5.2.1 - 5.5.2.2 - Иссечение с ликвидацией стомы ДСТТ анастомоза.



Рисунок 5.5.2.3 - Интраоперационный момент, ликвидации стомы внебрюшинно (окончательный вид).

**5.6. Сравнительный анализ реконструктивных оперативных вмешательств у больных с формированием декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза.** Средние сроки выполнения реконструктивного этапа операций составили в основной группе  $2,6 \pm 0,94$  месяцев, а в контрольной -  $9,2 \pm 8,6$  месяцев, результаты достоверны ( $p < 0,001$ ). В контрольной группе после операций по типу Гартмана хирургическая реабилитация осуществлена у 67,9% больных, у больных основной группы она была выполнена в 100% случаев. После закрытия стомы ДСТТ анастомоза выявлено 1 осложнение - нагноение раны, в контрольной группе после операций по типу Гартмана отмечено 4 (21,1%) гнойно-септических осложнения. Летальность в контрольной группе составила 5,3% (умер 1 больной). Причиной летального исхода явилась несостоятельность трансверзо-ректального анастомоза. Следует уточнить, что разница показателя послеоперационной летальности не достоверна ( $p > 0,05$ ).

Полученные результаты лечения в основной и контрольных группах демонстрируются в табл. 5.6.1.

Таблица 5.6.1. - Результаты реконструктивного этапа лечения в основной и контрольной группах

Характеристика признака	Основная группа (n = 25)	Контрольная группа (n = 28)
Средние сроки выполнения реконструктивных операций (мес.)	$2,6 \pm 0,94$	$9,2 \pm 8,6$

Продолжение табл. 5.6.1.

Частота реконструктивных операций (абс. и %)	25 (100%)	19 (67,9%)
Осложнения после реконструктивных операций (абс. и %)	1 (4%)	4 (21,1%)
Летальность после реконструктивных операций	-	1 (5,3%)

**Глава 6 «Научное обоснование применения интраоперационного толстокишечного сорбционного диализа в оперативном лечении колоректального рака толстой кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью»** посвящена клинической оценке эффективности энтеросорбционного метода

**6.1. Клиническая оценка эффективности энтеросорбционного метода.** Рассмотрены результаты лечения 84 больных с ОНКП. В основную группу отнесены 49 пациентов, которым был проведен интраоперационный толстокишечный сорбционный диализ. Мужчины в основной группе составили 45% (22), женщины - 55% (27). Средний возраст пациентов составил  $59 \pm 1$  год.

В контрольную группу вошло 35 больных, которым был проведен интраоперационный лаваж толстой кишки. Средний возраст пациентов составил  $60 \pm 2$  года. В контрольной группе мужчин было 16 (46%) и женщин 19 (54%).

В обеих группах обтурирующая опухоль локализовалась чаще в левой половине ободочной кишки (в основной группе в 90% случаев, в контрольной – в 91%) (табл. 6.1.5).

Число лейкоцитов у пациентов до операции составило в среднем  $15,8 \pm 0,3 \times 10^9/\text{л}$  в основной группе и  $16,2 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$  в контрольной. Средний показатель ЛИИ в основной группе составил 4,7, в контрольной - 4,8.

Таблица 6.1.5. - Виды хирургических вмешательств

Операция	Группа				Всего	
	Основная		Контрольная			
	п	%	п	%	п	%
Гемиколэктомия						
справа	5	10	3	9	8	10
слева по типу Гартмана	12	24	7	20	19	23
слева с формированием колостомы	4	8	3	9	7	8
Резекция сигмовидной кишки						
по типу Гартмана	15	32	11	31	26	30
с формированием колостомы	5	10	4	11	9	11
Операция Гартмана	8	16	7	20	15	18
Всего	49	100	35	100	84	100



В основной группе применялся метод кишечного диализа, который осуществляли на предварительно промытой кишке. Методика состояла в следующем: в просвет толстой кишки последовательно вводился сорбентный раствор на основе макрогол-4000, получаемый путем разведения сорбента (3-5 г на 1 кг) в 7-10 литрах теплой воды (37°C). Диализ проходил в 2-3 приема. Раствор вводился на 10-15 минут и аспирировался – либо с помощью шприца Жане, либо вакуумным аспиратором (рис. 6.1.1).



Рисунок 6.1.1 - Этапы проведения интраоперационного сорбционного толстокишечного диализа.

Контроль эндогенной интоксикации выполняли у всех пациентов на 1, 3, 5-е сутки после операции, а также накануне выписки.

В основной группе отмечалась ранняя положительная динамика в виде уменьшения болевого синдрома и абдоминальных симптомов пареза кишечника. Появление перистальтических шумов у большинства пациентов основной группы наблюдали к концу первых-вторых суток послеоперационного периода.

Более медленное улучшение состояния отмечалось у пациентов контрольной группы. Сохранялось вздутие живота даже на фоне перистальтики с 3-4 суток после операции. Отхождение газов и стула также определялось позднее сроков основной группы - с 3-5 суток. Признаки эндогенной интоксикации: сухость кожи и слизистых оболочек, тахикардия, увеличенное ЧДД, сохранялась в течение 3-5 суток.

Лейкоцитоз определялся как в контрольной, так и в основной группах ( $16,2 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$  vs  $15,8 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ ) и на первые сутки после операции достоверно уменьшился в обеих группах ( $p < 0,05$ ). Однако, как показано в таблице 11, в основной группе количество лейкоцитов уменьшилось по сравнению с контрольной более выражено. В основной группе лейкоцитоз составил на 1-е сутки после операции  $10,2 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ , а в контрольной группе  $14,2 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$  ( $p$  между группами  $< 0,05$ ).

В последующем лейкоцитоз в обеих группах имел тенденцию к снижению, но на 3-и сутки после операции в основной группе лейкоцитоз составил  $8,0 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ , а в контрольной  $10,4 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,05$ ). К 5-ым суткам после операции количество лейкоцитов в обеих группах нормализовалось - в основной группе до  $6,8 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ , в контрольной -  $7,5 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$  (различие недостоверно).

У пациентов основной группы СОЭ достоверно снизилось в 1-е сутки с  $25,9 \pm 1,4$  мм/ч до  $19,3 \pm 2,1$  мм/ч ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе снижение СОЭ отмечено лишь на 5-е сутки послеоперационного периода с  $26,4 \pm 2,2$  мм/ч до  $16,2 \pm 1,9$  мм/ч ( $p < 0,05$ ).

Показатель ЛИИ достоверно снижался с 1-ых суток после операции у больных обеих групп. Однако снижение ЛИИ у пациентов основной группы было более выраженным. Уже к 3 суткам у больных основной группы ЛИИ снизился с  $4,7 \pm 0,2$  до  $1,2 \pm 0,2$ ; в контрольной группе - с  $4,8 \pm 0,3$  до  $2,0 \pm 0,2$  (разница достоверна при  $p < 0,05$ ). Нормализация ЛИИ определялась на 5-е сутки после операции (в основной группе  $0,8 \pm 0,4$ ; в контрольной  $1,1 \pm 0,2$ ) (табл. 6.1.6).

Основные показатели гемограмм в контрольной группе, как при поступлении, так и перед операцией значимо не отличались, выраженных сдвигов не зафиксировано. В то же время в основной группе пациентов на фоне приема сорбента отмечали существенные изменения определяемых показателей. Общее количество лейкоцитов снижалось на 23,2%, абсолютное число сегментоядерных нейтрофилов и лимфоцитов соответственно — на 19,1% и на 23,8%, что было статистически достоверно ( $p < 0,05$ ).

Таблица 6.1.6. - Динамика гематологических показателей

Показатель	Группа больных	
	основная	контрольная
	До операции	
Гемоглобин (г/л)	$108 \pm 2$	$106 \pm 3$
Лейкоциты ( $\times 10^9/\text{л}$ )	$15,8 \pm 0,2$	$16,2 \pm 0,2$
СОЭ (мм/ч)	$25,9 \pm 1,4$	$26,4 \pm 2,2$
ЛИИ	$4,7 \pm 0,2$	$4,8 \pm 0,3$
1 сутки после операции		
Гемоглобин (г/л)	$112 \pm 2$	$106 \pm 3$
Лейкоциты ( $\times 10^9/\text{л}$ )	$10,2 \pm 0,2^{*/**}$	$14,2 \pm 0,4^*$
СОЭ (мм/ч)	$19,3 \pm 2,1^{*/**}$	$27,6 \pm 1,2$
ЛИИ	$3,4 \pm 0,2^*$	$3,9 \pm 0,2^*$
3 сутки после операции		
Гемоглобин (г/л)	$112 \pm 3$	$108 \pm 3$
Лейкоциты ( $\times 10^9/\text{л}$ )	$8,0 \pm 0,2^{*/**}$	$10,4 \pm 0,4^*$
СОЭ (мм/ч)	$19 \pm 2^*$	$21 \pm 2$
ЛИИ	$1,2 \pm 0,2^{*/**}$	$2,0 \pm 0,2^*$
5 сутки после операции		
Гемоглобин (г/л)	$118 \pm 3^*$	$112 \pm 2$
Лейкоциты ( $\times 10^9/\text{л}$ )	$6,8 \pm 0,2^*$	$7,5 \pm 0,2^*$
СОЭ (мм/ч)	$15,3 \pm 2,2^*$	$16,2 \pm 1,9^*$
ЛИИ	$0,8 \pm 0,4^*$	$1,1 \pm 0,2^*$

\* -  $p < 0,05$  - по отношению к дооперационным значениям;

\*\* -  $p < 0,05$  - между сравниваемыми группами.



Исследования биохимических показателей также подтвердили, что изменения происходят параллельно на клиническом, гематологическом и биохимическом уровнях показателей ЭИ (табл. 6.1.7).

Таблица 6.1.7. - Динамика биохимических показателей

Показатель	Группа больных	
	основная	контрольная
	До операции	
Креатинин (мкмоль/л)	120±2	119±3
Мочевина (ммоль/л)	10,8±0,56	10,1±0,95
Билирубин (мкмоль/л)	19±1	19±1
	<b>1 сутки после операции</b>	
Креатинин (мкмоль/л)	98±2 <sup>*/**</sup>	113±1,3
Мочевина (ммоль/л)	6,6±0,6 <sup>*/**</sup>	9,1±0,9
Билирубин (мкмоль/л)	17±1	18±2
	<b>3 сутки после операции</b>	
Креатинин (мкмоль/л)	85±2 <sup>*/**</sup>	93±3 <sup>*</sup>
Мочевина (ммоль/л)	5,8±0,4 <sup>*</sup>	6,5±0,8 <sup>*</sup>
Билирубин (мкмоль/л)	11±1 <sup>*/**</sup>	15±1 <sup>*</sup>
	<b>5 сутки после операции</b>	
Креатинин (мкмоль/л)	70±2 <sup>*</sup>	76±3 <sup>*</sup>
Мочевина (ммоль/л)	5,4±0,6 <sup>*</sup>	5,5±0,7 <sup>*</sup>
Билирубин (мкмоль/л)	10±1 <sup>*/**</sup>	15±1 <sup>*</sup>

\* -  $p < 0,05$  по отношению к дооперационным значениям;

\*\* -  $p < 0,05$  между сравниваемыми группами.

Основные показатели гемограмм в контрольной группе, как при поступлении, так и перед операцией значимо не отличались, выраженных сдвигов не зафиксировано. В то же время в основной группе пациентов на фоне приема сорбента отмечали существенные изменения определяемых показателей.

Общее количество лейкоцитов снижалось на 23,2%, абсолютное число сегментоядерных нейтрофилов и лимфоцитов соответственно — на 19,1% и на 23,8%, что было статистически достоверно ( $p < 0,05$ ). Исследования биохимических показателей также подтвердили, что изменения происходят параллельно на клиническом, гематологическом и биохимическом уровнях показателей ЭИ (табл. 6.1.7).

Общее число послеоперационных осложнений в основной группе - 7 (14,3%), в контрольной - 10 (28,6%). В основной группе госпитализация составила в среднем 15±4 койко-день; в контрольной - 25±4 ( $p < 0,05$ ).

Мы связываем лучшие непосредственные результаты оперативного вмешательства в основной группе (снижение частоты послеоперационных осложнений и летальности, уменьшение среднего койко-дня) с положительным воздействием интраоперационного толстокишечного сорбционного диализа по сравнению с интраоперационным толстокишечным лаважем у больных с ОНПК, обусловленным

раком ободочной кишки. Такой эффект обуславливается уменьшением эндогенной интоксикации, что подтверждается динамикой гематологических и биохимических показателей.

**6.2. Интраинтестинальная детоксикационная терапия при острой толстокишечной непроходимости.** В исследование были включены 80 больных, с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза в стадии субкомпенсации и декомпенсации. Для достижения максимального эффекта интраинтестинальной детоксикации было установлено, что оптимальным является проведение пяти сеансов кишечного лаважа с интервалами от полутора до двух часов

**6.2.1. Идентификация значимых прогностических факторов послеоперационных осложнений у больных раком толстой кишки.** Важными факторами, оказывающими влияние, могут быть стадия и анатомическое расположение опухоли, общее состояние организма, наличие сопутствующих заболеваний, а также индивидуальные характеристики иммунной системы пациента

**6.2.2. Влияние воспалительных процессов в желудочно-кишечном тракте на формирование послеоперационных осложнений у пациентов с раком толстой кишки.** Данное исследование поставило в центр внимания уровень лейкоцитов в крови как важный показатель, имеющий значение при прогнозировании возможности возникновения послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

**6.3. Технические особенности и клиническое обоснование предоперационного проведения энтеро- и колоносорбции у пациентов с толстокишечной непроходимостью.**

Исследование влияния колоносорбции в предоперационном периоде у больных с компенсированным и субкомпенсированным нарушением проходимости проведено у 76 больных. Из них 41 человеку проводилась обычная предоперационная подготовка (группа сравнения), 35 - с применением колоносорбции (основная группа). Изучены данные 15 здоровых добровольцев. Для проведения предоперационной энтеро- и колоносорбции использовали препарат макрогол-4000.

Терапевтическое воздействие энтеросорбента оценивалось в 2 этапа – в предоперационном периоде и на момент выписки больного из стационара. Данные, полученные на момент выписки пациента в обеих группах показали влияние энтеросорбции на течение послеоперационного периода в контрольной и основной группах.

В первую группу вошли больные, имевшие в исходном состоянии уровень лейкоцитов выше  $6,55 \times 10^9/\text{л}$  ( $>M \pm m$  общей группы), во вторую – с показателем ниже  $5,65 \times 10^9/\text{л}$  ( $<M \pm m$  общей группы). Подобная дифференцировка больных позволила оценить значимость изменений числа лейкоцитов и определить коррелирующую связь этих изменений с динамикой других показателей в риске возникновения гнойно-воспалительных осложнений в ПОП.

Окончательным этапом исследования стало определение лейкоцитарного показателя как максимально значимого в прогнозе характера течения послеоперационного периода (табл. 6.3.4).

По нашим данным в 63% отмечено корреляция между высоким уровнем числа лейкоцитов у больных в предоперационном периоде и высокой частотой послеоперационных осложнений. Соответственно, у пациентов с исходно низкими значениями на дооперационном этапе, частота осложнений составила 44%.

Таблица 6.3.4. - Динамика гематологических показателей в предоперационном периоде у пациентов с высокими показателями лейкоцитов в контрольной и основной группах

<b>Показатель</b>	<b>Контрольная группа пациентов с высокими показателями лейкоцитов в исходном состоянии</b>	<b>Контрольная группа пациентов с высокими показателями лейкоцитов перед операцией</b>	<b>Основная группа пациентов с высокими показателями лейкоцитов в исходном состоянии</b>	<b>Основная группа пациентов с высокими показателями лейкоцитов перед операцией</b>
Гемоглобин (г/л)	117,9±5,8	120,8±8,9	124,6±6,8	124,6±8,2
Лейкоциты (10 <sup>9</sup> /л)	8,59±0,42	7,81±0,83	8,42±0,34	6,47±0,46*
СОЭ (мм/час)	23,0±4,9	21,0±4,7	18,7±4,0	17,0±3,7
Базофилы (%)	0,0±0,0	0,0±0,0	0,002±0,001	0,0±0,0
Базофилы (10 <sup>9</sup> /л)	0,0±0,0	0,0±0,0	0,005±0,005	0,0±0,0
Эозинофилы (%)	1,61±0,72	0,89±0,54	1,49±0,39	1,17±0,52
Эозинофилы (10 <sup>9</sup> /л)	0,22±0,055	0,051±0,030	0,121± 0,032	0,061±0,021
Палочкоядерные нейтрофилы (%)	2,92±0,66	4,01±1,52	3,53±1,14	2,25±0,86
Палочкоядерные нейтрофилы (10 <sup>9</sup> /л)	0,250±0,059	0,320±0,162	0,340± 0,130	0,172±0,07
Сегментоядерные нейтрофилы (%)	63,9±1,4	64,0±2,4	61,5±1,7	64,6±1,0
Сегментоядерные нейтрофилы (10 <sup>9</sup> /л)	5,53±0,36	4,52±0,73	5,17±0,25	4,18±0,30*
Лимфоциты (%)	26,8±1,1	27,7±3,1	28,6±1,6	28,2±1,2
Лимфоциты (10 <sup>9</sup> /л)	2,29±0,12	1,92±0,32	2,39±0,15	1,82±0,15*
Моноциты (%)	4,61±0,74	3,44±0,60	4,81±0,56	3,53±0,52
Моноц. (10 <sup>9</sup> /л)	0,39±0,07	0,23±0,05	0,40±0,05	0,24±0,03*
ЛИИ (у.е.)	1,58±0,26	1,22±0,19	1,24±0,20	1,00±0,16

\*  $p < 0,05$  между сопоставляемыми группами.

Все послеоперационные осложнения представлены в таблице. Демонстрируется, что наибольшее число осложнений встретилось у пациентов в контрольной группе. Наиболее часто отмечалось нагноение послеоперационной раны (12%), послеоперационный перитонит (7%), анастомозит (7%).

Летальный исход наблюдали у 7-ми пациентов, среди них было 2 мужчин и 5 женщин. Все они были старше 60 лет, что определило основные причины смерти – это острая сердечно-сосудистая и почечная недостаточность, динамическая кишечная непроходимость и перитонит на фоне несостоятельности анастомоза (табл. 6.3.6).

Таблица 6.3.6. - Послеоперационные осложнения и летальность у больных основной и контрольной групп

Осложнение	Контрольная группа		Основная группа	
	осложнений n (%)	умерло n (%)	осложнений n (%)	умерло n (%)
Динамическая кишечная непроходимость	1 (2)	1(2)	1(3)	0
Острая спаечная тонкокишечная непроходимость	1 (2)	0	0	0
Эвентрация	1 (2)	1 (2)	0	0
Раневая инфекция	5 (12)	1 (2)	4 (11)	0
Анастомозит	3 (7)	0	0	0
Некроз колостомы	0	0	1 (3)	0
Перитонит	3 (7)	2 (4)	1 (3)	0
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	1 (2)	1 (2)	1 (3)	0
Острая почечная недостаточность	1 (2)	1 (2)	1 (3)	0
Всего	16 (39)	7 (17)	9 (26)	0

Как демонстрируется в таблице 6.3.10, длительность послеоперационного лечения больных оказалась больше в контрольной группы, а в основной группе достоверно меньше. Таким образом, мы приходим к выводу, что улучшение ближайших результатов лечения в значительной степени связано с применением энтеро- и колоносорбционного метода.

Таблица 6.3.10 - Длительность пребывания больных основной и контрольной групп в стационаре после операции

Группы больных	Длительность послеоперационного койко-дня
Основная группа	16,0±3,5*
Контрольная группа	21,5±3,1*

Заключительная глава 7 «Оценка оперативного лечения пациентов с раком ободочной кишки, осложненным нарушением кишечной проходимости» охватила несколько подисследований. Мы провели анализ всех периодов лечения пациентов, которым проведено наложение декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза (ДСТТА).

**7.1. Анализ результатов периоперационного лечения у больных с острым нарушением кишечной проходимости.** Пациенты были разделены на 2 группы: в основной группе анализированы пациенты с декомпрессионно-стомальным толсто-толстокишечным анастомозом, во второй группе – контрольной – с формированием терминальной колостомы.

**7.1.1. Анализ клинического предоперационного периода у пациентов с раком ободочной кишки, осложненным острым нарушением кишечной проходимости.** Основные показатели, которые были изучены в предоперационном периоде у пациентов с РОК, осложненным острым нарушением кишечной проходимости, включали лабораторные данные (изменения красной крови, печеночной и почечной функций), данные физического состояния пациентов (наличие и выраженность сопутствующих заболеваний), время проявления ОНКП и хирургического лечения, которые обрабатывались с вычислением суммарного прогностического коэффициента (СПК), а также по интегральной шкале оценки состояния больных — SAPS (табл. 7.1.1.2).

Таблица 7.1.1.2. - Тяжесть состояния больных с ОНКП по шкале SAPS

Тяжесть состояния по шкале SAPS	I - основная группа (n=25)		II - контрольная группа (n=49)	
	абс.	M±SD	абс.	M±SD
Легкая (0-3,9)	2	2,7±1,1	7	2,55±1,26
Средняя (4,0-7,8)	18	5,67±1,92	32	6,12±1,6
Тяжелая (7,9-10,4 и более)	5	8,1±0,9	10	9,86±1,42
Итого	<b>25</b>	<b>5,49±1,3</b>	<b>49</b>	<b>6,18±1,43</b>

**7.1.2. Проспективный интраоперационный анализ у больных с колоректальным раком, осложненным нарушением проходимости.** На выполнение экстренных радикальных или условно-радикальных (УР) операций на левой половине ободочной кишки с наложением ДСТТА затрачено от 100 мин до 202 мин, в среднем -  $151,5 \pm 5,6$  мин. Длительность вмешательства контрольной группе при выполнении операций типа Гартмана была от 55 мин до 154 мин, в среднем -  $104,5 \pm 4,7$  мин. Длительность операций, выполненных в срочном порядке в основной группе составила от 83 до 165 минут, в среднем -  $124,7 \pm 5,2$  мин., в контрольной группе - от 50 до 130 минут, в среднем -  $90,7 \pm 4,3$  мин. Затраты времени при выполнении оперативного пособия в отсроченном порядке в основной группе составили от 77 минут до 165 минут, в среднем -  $116,3 \pm 3,4$  мин., в контрольной группе - от 55 минут до 115 минут, в среднем —  $85 \pm 2,8$  мин (табл. 7.1.2.1).

Таблица 7.1.2.1. - Среднее время выполнения радикальных и УР операций на левой половине ободочной кишки по поводу ОНКП

Виды операции	Среднее время операции (мин.)	
	I - основная группа (n=25)	II - контрольная группа (n=49)
Экстренные (до 3 час.)	$151,5 \pm 5,6$	$104,5 \pm 4,7$
Срочные (от 3 час. до 1 сут.)	$124,7 \pm 5,2$	$90,7 \pm 4,3$
Отсроченные (от 1 сут. и более)	$116,3 \pm 3,4$	$85 \pm 2,8$
Итого	$130,8 \pm 4,8$	$97,4 \pm 3,9$

Ревизия органов брюшной полости у пациентов с РОК, осложненным ОНПК, позволяла определить следующие изменения: распространенность перитонита, наличие явлений нарушения проходимости тонкой кишки, тромбоз мезентериальных сосудов, нарушения в вышележащих по отношению к обтурирующей опухоли отделах кишечника. В таблице приведены соответствующие показатели СПК в баллах. Установлено, что по продолжительности оперативного вмешательства в двух группах различия достоверны, и длительность его больше в основной группе ( $130,8 \pm 4,8$  мин против  $97,4 \pm 3,9$  мин соответственно (табл. 7.1.2.2).

Таблица 7.1.2.2. - Интраоперационные наблюдения у больных с КРР, осложненным НТКП

Параметр	Основная группа (n=25)	Контрольная группа (n=49)	Достоверность различий
	M±SD	M±SD	
Признаки распространенного перитонита (баллы СПК)	-0,8±0,76	-1,22±0,65	p>0,05
Признаки тонкокишечной непроходимости (баллы СПК)	-2,4±0,56	-2,53±0,44	p>0,05
Признаки мезентериального тромбоза с инфарктом ободочной кишки (баллы СПК)	-3,04±0,47	-2,75±0,89	p>0,05
Стадия недостаточности престенотического отдела ободочной кишки (баллы СПК)	-2,56±0,34	-2,44±0,56	p>0,05

**7.2. Тактика ведения пациентов с острым нарушением проходимости кишечника в послеоперационном периоде.** В данном разделе описывается тактика ведения больных в послеоперационном периоде. Мероприятия направлены на проведение послеоперационной инфузионной терапии, зондовой разгрузки ЖКТ и осуществление парентеральной терапии.

**7.3. Исследование послеоперационного периода у пациентов с раком ободочной кишки, осложненным нарушением проходимости.** В этом разделе мы выделили два подраздела:

**7.3.1. Основные принципы интенсивной терапии у больных с острым нарушением кишечной проходимости, обусловленным раком ободочной кишки.**

Постоперационные консервативные интенсивные мероприятия были проведены у 268 (41,2%) пациентов. Первый тип - инфузионная интенсивная терапия - был применен у 35,8% пациентов (96 человек). Второй тип - инфузионно-детоксикационный – проводили 82 пациентам (30,6%). Третий тип ИТ - инфузионно-трансфузионный – потребовался у 52 пациентов (19,4%), а инфузионно-трансфузионно-детоксикационный – в 14,2% случаях.

**7.3.2. Антигипоксанта́нная инфузионная терапия при интенсивной терапии у больных острым нарушением кишечной проходимости.** При лечении больных с ОНКП, осложненным хирургическим эндотоксикозом (на фоне распространенного перитонита) нами применялся натрия гипохлорита (НГ) в 72 случаях. Препарат вводился внутривенно, в течение 30-40 минут объемом 400 мл. Суточный объем составлял до 1600 мл, в зависимости от степени проявления ХЭ. Длительность применения его составила от 3-х до 7-ми суток.

Сравнительный анализ проводился через 6 часов после начала инфузии (табл. 7.3.2.1). При этом установлено, что при применении НГ повышение стандартного бикарбоната (ВВ) капиллярной крови, уменьшение дефицита буферных оснований (ВЕ), снижение токсичности крови (МСМ) достоверно. Улучшились процессы перекисного окисления липидов: диеновые конъюгаты (ДК) снизились с  $7,0 \pm 0,2$  до  $3,5 \pm 0,1$  Е /мл ( $p < 0,001$ ), малоновый диальдегид (МДА) - с  $15,8 \pm 0,6$  до  $7,5$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ). Изменения со стороны почечных функций проявились в уменьшение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови.

Таблица 7.3.2.1. - Основные биохимические и КЩС-показатели крови при применении раствора натрия гипохлорита

Показатели	Исходные данные	Через 6 часов после введения	
		НГ	лактасол
pH	$7,30 \pm 0,04$	$7,36 \pm 0,02^*$	$7,34 \pm 0,02^*$
pO <sub>2</sub> , мм рт.ст.	$62,3 \pm 0,3$	$69,8 \pm 0,6^*$	$68,4 \pm 0,4^*$
ВЕ, мм рт.ст.	$64,5 \pm 0,7$	$47,3 \pm 0,3^*$	$50,5 \pm 0,2^*$
ВВ, ммоль/л	$34,5 \pm 0,4$	$42,4 \pm 0,2$	$37,4 \pm 0,3$
ДК, Е <sup>232</sup> /мл	$7,0 \pm 0,2$	$3,5 \pm 0,1$	$5,8 \pm 0,6$
МДА, моль/л	$15,8 \pm 0,6$	$7,5 \pm 0,8$	$10,5 \pm 0,5$
МСМ, усл.ед.	$0,92 \pm 0,03$	$0,68 \pm 0,02$	$0,77 \pm 0,04$
Мочевина, ммоль/л	$12,8 \pm 0,4$	$9,3 \pm 0,3$	$10,8 \pm 0,5$
Креатинин, мг/л	$6,2 \pm 0,3$	$3,9 \pm 0,4$	$5,4 \pm 0,$

\* - *недостоверно между показателями групп.*

**7.4. Методика прогнозирования риска в послеоперационном периоде у больных острым нарушением кишечной проходимости, обусловленной раком ободочной кишки.**

На основе результатов вычисления СПК в основной группе, где произведено формирование ДСТТ-анастомоза, вычислен риск возникновения двух (8%) неблагоприятных исходов, а в контрольной группе (с формированием терминальной колостомы) – уже 15-ти (30,6%) неблагоприятных исходов.

**7.5. Итоги хирургического лечения пациентов с острым нарушением проходимости кишечника, обусловленным колоректальным раком.**

У пациентов, которым проводилась карцинологическая операция левой части ободочной кишки, послеоперационные осложнения были выявлены в 43,2% случаев (32 пациента). По частоте возникновения, эти осложнения можно классифицировать следующим образом (см. табл. 7.5.1).

Таблица 7.5.1. - Послеоперационные осложнения после хирургических операций колоректального рака, осложненным толстокишечной непроходимостью

Характер осложнения	Основная группа (n=25)		Контрольная группа (n=49)		ВСЕГО (n=74)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Раневая инфекция	2	8	3	6,1	5	6,8
Послеоперационный перитонит	1	4	1	2	2	2,7
Абсцедирующая пневмония, плевропневмония	-	-	4	8,2	4	5,4
Острая сердечно-сосудистая недостаточность (ОССН)	-	-	11	22,4	11	14,8
Острый инфаркт миокарда	-	-	4	8,2	4	5,4
ТЭЛА	-	-	1	2	1	1,4
Полиорганная недостаточность	-	-	2	4,1	2	2,7
Тромбофлебит	1	4	-	-	1	1,4
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	-	-	2	4,1	2	2,7
<b>Итого:</b>	4	16	28	57,1	32	43,2

Как видно из таблицы 7.5.2, в основной группе летальных исходов не было; в контрольной группе 30,6% умерших пациентов находились в старшей возрастной группе с декомпенсированной патологией сердечно-сосудистой системы. В 8,2% случаев причиной летального исхода стала полиорганная недостаточность и бронхопневмония. Послеоперационный перитонит явился причиной смерти у 1 пациента (2,0%).

Таким образом, общая летальность после радикальных или УР оперативных вмешательств по поводу ОНКП, обусловленного раком левой половины ободочной кишки, составила 28,4%, причем все летальные исходы были отмечены в группе больных, которым произведена операция по типу Гартмана. Мы выявили достоверность в различиях по возрастному составу групп: основная группа – в среднем  $63,7 \pm 4,6$  года, контрольная -  $74,9 \pm 4,5$  года, при  $p=0,00001$ . То есть, в контрольной группе летальность наблюдалась среди более пожилых лиц. Как показал анализ, время проведения оперативного пособия не влияло на исход хирургического лечения, несмотря на достоверные показатели большей продолжительности операции в основной группе. Средние сроки госпитализации в основной группе достоверно ( $p < 0,05$ ) меньше, чем в контрольной ( $22,9 \pm 13,2$  vs.  $28,0 \pm 19,8$  дней).

Таблица 7.5.2. - Причины послеоперационной летальности после радикальных и УР вмешательств на левой половине ободочной кишки по поводу ОНКП (n=74)

Причина смерти после операции	Основная группа (n=25)		Контрольная группа (n=49)		ВСЕГО (n=74)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ОССН	-	-	11	22,4	11	14,8



Продолжение табл. 7.5.2.

Острый инфаркт миокарда	-	-	4	8,2	4	5,4
ТЭЛА	-	-	1	2,0	1	1,4
Послеоперационный перитонит	-	-	1	2,0	1	1,4
Пневмония	-	-	2	4,1	2	2,7
Полиорганная недостаточность	-	-	2	4,1	2	2,7
Итого	-	-	21	42,8	21	28,4

**7.5.1. Сравнительный анализ послеоперационного периода и реабилитации больных, перенесших оперативное вмешательство при левостороннем расположении рака ободочной кишки.** Заключительный этап у пациентов основной группы проведен в сроки от 1,5 месяцев (раннее закрытие) до 3-х месяцев, в среднем -  $2,6 \pm 0,94$  месяцев. Всем пациентам выполнено закрытие терминальной разгрузочной колостомы внебрюшинным способом. Таким образом, благодаря ранним срокам восстановления непрерывности ЖКТ в 3,5 раза сократились сроки социально-трудовой реабилитации пациентов после формирования декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза.

В контрольной группе возможность выполнения восстановительной операции была определена для 19 пациентов, что составило лишь 67,9% от общего числа больных этой группы (с учетом летальных случаев). Оставшимся пациентам закрытие стомы и восстановление непрерывности кишечника не удалось выполнить либо вследствие декомпенсации сопутствующих заболеваний, либо преклонного возраста пациентов.

Ближайшие результаты реконструктивного этапа хирургического лечения больных в основной группе характеризовались относительно благополучным течением послеоперационного периода. У 1-го пациента имелось осложнение – нагноение постколостомической раны, что составило 4%.

В контексте оценки итогов хирургических вмешательств на левой части ободочной кишки, в группе, где проводилась оперативная реконструкция, наблюдались следующие тенденции: раневая инфекция у 15,8% пациентов, что означает значительное усложнение их восстановления. Более того, у одного из пациентов (5,3%) произошла несостоятельность швов, что привело к общему перитониту и в итоге к летальному исходу из-за множественной органной недостаточности. Это подчеркивает риск, связанный с такими операциями и важность тщательного мониторинга послеоперационного периода. В целом, смертность в контрольной группе, где проводились операции типа Гартмана и реконструктивные операции, достигла 44,9%, что подтверждает высокий уровень риска в таких случаях. Общий процент послеоперационной летальности среди пациентов, перенесших радикальные и реконструктивные операции, оказался 29,7%, что свидетельствует о серьезности и сложности лечения в таких ситуациях.

Средние сроки госпитализации на заключительном этапе хирургического лечения больных после ОНКП, обусловленном РОК, в основной группе в среднем составили  $9,2 \pm 1,2$  суток, в контрольной -  $19,3 \pm 2,3$  суток.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

1. Для усовершенствования процесса диагностики и разработки эффективных стратегий лечения при проблемах с кишечной проходимостью, была проведена оптимизация диагностической системы. Это включало в себя тщательный анализ и учет клинических и лабораторных данных, а также использование разнообразных инструментальных и эндоскопических методов диагностики брюшной полости, в том числе современных цифровых компьютерных аппаратов.

Ключевым элементом этой системы стала система интегральной оценки состояния пациента, известная как SAPS (Simplified Acute Physiology Score).

Применение вышеперечисленных методов позволило достичь более объективной оценки степени нарушения кишечной проходимости, что способствовало более обоснованному выбору тактики лечения.

2. Когда возникает компенсированное нарушение кишечной проходимости, у хирургов появляется возможность провести полное обследование пациента, тщательно подготовиться к плановой хирургической операции и выполнить ее согласно установленным стандартам и принципам онкологической хирургии.

В случае субкомпенсированного нарушения кишечной проходимости, подготовка пациента к операции может потребовать нескольких дней. Главной целью является стабилизация состояния больного для выполнения хирургического вмешательства в полной мере. Предпочтительным временем для проведения операции является дневное время, чтобы обеспечить максимальную безопасность и эффективность процедуры.

При декомпенсированном нарушении кишечной проходимости требуется немедленное экстренное хирургическое вмешательство. В данном случае принимаются немедленные меры для устранения препятствия в кишечнике и минимизации риска для жизни пациента. Экстренная операция требует высокой оперативности и четкой координации действий медицинского персонала.

3. Использование методов энтеросорбции и колоносорбции в предоперационном и интраоперационном периодах эффективно снижает уровень эндогенной интоксикации у пациентов. Это снижение интоксикации положительно сказывается на общем состоянии больных и способствует уменьшению частоты послеоперационных осложнений, применение данных методов детоксикации снизило количество послеоперационных осложнений с 39% до 26%.

4. Использование методов энтеросорбции и колоносорбции в предоперационном периоде у пациентов с раком толстой кишки, страдающих нарушениями кишечной проходимости, оказывает положительное воздействие на снижение воспалительных процессов.

Использование этих методов содействует усилению иммунных реакций организма, что приобретает особенно большую значимость в послеоперационном периоде.

5. Колоно- и энтеросорбция имеют важное значение в контексте подготовки к хирургическому вмешательству, методы способны эффективно очищать организм от токсинов и вредных веществ, что снижает нагрузку на иммунную систему и способствует ее нормальному функционированию.

6. Усовершенствованная методика внутриоперационной декомпрессии отдела кишечника позволяет эффективно удалить содержимое кишечника, создавая благоприятные условия для восстановления нормальной микроциркуляции. Также она позволяет проводить комплекс интраоперационных процедур, включая сорбционный диализ и снижение эндогенной интоксикации.

7. В случае левостороннего колоректального рака с толстокишечной непроходимостью в стадии декомпенсации, предпочтительным вариантом является проведение одномоментной радикальной операции или операции с удалением участка толстой кишки, а также применение усовершенствованных методов диализа с созданием наружной колостомы на первом этапе. Следующим этапом в может быть восстановлена непрерывность толстой кишки.

8. При колоректальном раке, который затрагивает левую половину толстой кишки, сопровождающиеся патологическими процессами в ободочной кишке, рекомендуется провести субтотальную колэктомию как более эффективный метод хирургической тактики, при наличии разлитого перитонита, вынужденной тактикой может быть завершение операции с созданием илеостомы.

9. Разработка модернизированного подхода в процесс ведения пациентов с онкологическим процессом в толстой кишке, сопровождающимся нарушениями проходимости кишечника, способствует снижению уровня осложнений и смертности в послеоперационном периоде. Даже у пациентов с декомпенсированными нарушениями кишечной проходимости, процент осложнений составил 20,4%, а смертность - 10,3%.

10. Исходя из нашего опыта, наиболее предпочтительным вариантом завершающего этапа хирургических операций при поражении колоректального рака на левой стороне, с осложнениями в виде непроходимости толстой кишки в стадии субкомпенсации и декомпенсации, может быть выполнение декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза.

11. Наиболее благоприятным временными сроками для проведения реконструктивной стадии оперативного лечения у пациентов с декомпрессионно-стомальным толсто-толстокишечным анастомозом являются  $2,6 \pm 0,94$  месяца. Структура декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза позволяет безопасно устранить колостому, используя внебрюшинный доступ, что способствует эффективной социально-трудовой реабилитации и быстрому улучшению качества жизни пациентов.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Колоректальный рак, сопровождающийся толстокишечной непроходимостью, занимает одно из ведущих мест среди больных, столкнувшихся с острой кишечной непроходимостью. Выраженность клинических проявлений у данной категории пациентов зависит от стадии развития непроходимости, включая стадии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации. Оценка степени компенсации производится на основе анализа клинических и лабораторных данных, а также использование разнообразных инструментальных и эндоскопических методов (Рентген, колоноскопия, ирригоскопия, УЗИ) диагностики брюшной полости, в том числе современных цифровых компьютерных аппаратов. Для более точной оценки состояния применяется система интегральной оценки SAPS (Simplified Acute Physiology Score).

2. При опухолевой обструкции толстой кишки в стадии декомпенсации рекомендуется применять экстренные методы диагностики. В случае острой кишечной непроходимости требуется немедленное хирургическое вмешательство.

3. В случае субкомпенсации толстокишечной непроходимости рекомендуется проведение рентгенологических исследований и экстренной эндоскопии, с последующим применением различных методов кишечной декомпрессии и реканализации опухолевого образования. После достаточной предоперационной подготовки, хирургическое лечение должно быть проведено в полном объеме, включая резекцию различных участков ободочной кишки с последующим наложением вариантов анастомоза.

4. В случае компенсированных нарушениях кишечной проходимости, в основном, выявляются функциональные нарушения. Для таких пациентов рекомендуется провести плановое обследование с последующим определением стратегии лечения.

5. При толстокишечной непроходимости, обусловленным колоректальным раком, наблюдается выраженная эндогенная интоксикация. Это представляет собой значительный фактор риска для возникновения различных послеоперационных осложнений, требующих соответствующей адекватной лечебной тактики.

6. Применение техник энтеро- и колонсорбции в рамках предоперационной подготовки, а также интраоперационный диализ толстого кишечника целенаправленно уменьшают уровень внутренней интоксикации и воспалительные реакции в кишечной стенке. Эффективность данных методов в интегрированном подходе к лечению пациентов с различными уровнями нарушений кишечной проходимости, обусловленными колоректальным раком, нашла свое подтверждение.

7. Применение методов энтеросорбции и колонсорбции у пациентов, с колоректальным раком, проявившиеся с нарушениями толстокишечной проходимости, как часть предоперационной подготовки и операционного вмешательства, демонстрирует высокую эффективность и безопасность, не вызывая нежелательных побочных реакций.

8. При диагнозе рака ободочной кишки с сопутствующей кишечной непроходимостью, оптимальным вариантом лечения является радикальное или условно радикальное удаление опухоли в сочетании с устранением препятствия в толстом кишечнике.

9. Окончание этапа резекции ободочной кишки с созданием первичного межкишечного анастомоза рекомендуется в случае нарушений кишечной проходимости в состоянии компенсации и субкомпенсации, а также при локализации правостороннего колоректального рака.

## **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:**

1. **Сыдыков, Н.Ж.** Оптимизация диагностики и тактики лечения больных с кишечной непроходимостью [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2012. - №1. - С.66-69; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/TFP7/HDQRC4q9T>

2. **Сыдыков, Н.Ж.** Современные методы диагностики острой спаечной кишечной непроходимостью [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2012. - №1. - С.86-89; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/TFP7/HDQRC4q9T>

3. **Сыдыков, Н.Ж.** Сравнительный анализ хирургической деятельности НХЦ МЗ КР за 2009 – 2011гг. [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2012. - №2. - С.15-17; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/LoNc/FCJoWNKGQ>

4. **Сыдыков, Н.Ж.** Клиника, диагностика и классификация рака толстой кишки, осложненного нарушением кишечной непроходимостью [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2012. - №2. - С.18-23 ; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/LoNc/FCJoWNKGQ>

5. **Сыдыков, Н.Ж.** Организационно-методологические аспекты диагностики и лечения острой кишечной непроходимости [Текст] //Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2012. -№1. - С. 61-64; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/LCor/ywypT6z3h>

6. **Сыдыков Н.Ж.** Алгоритм выбора хирургической тактики при острой кишечной непроходимости [Текст] //Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2012. -№1. - С. 65-68; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/LCor/ywypT6z3h>

7. **Сыдыков, Н.Ж.** Анализ результатов лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2013. - №2. - С. 28-31; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/H1gw/g5CckGsWP>

8. **Сыдыков, Н.Ж.** Тактические и технические аспекты проекционной колостомии при опухолевой толстокишечной непроходимости [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2013. - №2. - С.31-35; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/H1gw/g5CckGsWP>

9. **Сыдыков, Н.Ж.** Роль воспалительных явлений в желудочно-кишечном тракте у больных раком толстой кишки в возникновении послеоперационных осложнений [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2013. - №3. - С.85-87; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/ozj3/5cLJvLvc2>

10. **Сыдыков, Н.Ж.** Разработка прогностических критериев развития осложнений в послеоперационном периоде после оперативного вмешательства по поводу острой кишечной непроходимости опухолевого генеза [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2013. - №3. - С.88-95; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/ozj3/5cLJvLvc2>

11. **Сыдыков, Н.Ж.** Причинные факторы развития острой спаечной непроходимости [Текст] //Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2013. -№2. - С. 61-63; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/nrA2/qZcky7Fpd>

12. **Сыдыков, Н.Ж.** Соотношение различных форм кишечной непроходимости в структуре неотложной хирургической помощи [Текст] //Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2013. -№2. - С. 64-66; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/nrA2/qZcky7Fpd>

13. **Сыдыков, Н.Ж.** Результаты лечения больных раком прямой кишки, осложненным кишечной непроходимостью [Текст] / Н.Ж. Сыдыков, А.А. Сопуев // Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2013. -№4. - С.39-41; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/mUUh/N6wrMxCbB>

14. **Маматов, Н.Н.** Сравнительный интраоперационный анализ спаечного процесса брюшной полости при кишечной непроходимости [Текст] / Н.Н. Маматов, Н.Ж. Сыдыков //Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2013. -№4. - С. 41-43.; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/mUUh/N6wrMxCbB>

15. **Сыдыков, Н.Ж.** Тактика оперативного лечения при опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2014. - №1. - С.15-17; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/U9qc/eZw1dKrzW>

16. **Сыдыков, Н.Ж.** Опыт хирургического лечения при раке поперечной ободочной кишки, осложненном образованием свищей с соседними органами [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2014. - №1. - С.18-20; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/U9qc/eZw1dKrzW>

17. Особенности экстренной хирургической помощи больным пожилого и старческого возраста при раке ободочной кишки [Текст] / А.А. Сопуев, А.Ш. Абдиев, Р.К. Успеев, Н.Ж Сыдыков // Вестник Авиценны. - Душанбе, 2014. - №2 (59) - С. 40-44; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.vestnik-avicenna.tj/en/archive/2014/2014-2/>

18. Детализация некоторых клинико-диагностических показателей при раке толстой кишки, осложненном кишечной непроходимостью [Текст] / Н.Ж. Сыдыков, Б.К. Орозобеков, А.А. Сопуев, А.Ш. Абдиев // Вестник КазНМУ. - Алматы, 2015. - №2. - С. 308-312; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36914656>

19. Оптимизация хирургического лечения резистентных форм колостазов [Текст] / Б.К. Орозобеков, Н.Ж. Сыдыков, А.А. Сопуев, А.Ш. Абдиев // Вестник КазНМУ. - Алмата, 2015. –№2. - С. 295-297; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36914652>

20. Профилактическое дренирование брюшной полости после операций на дистальных отделах ЖКТ [Текст] / [А.А. Сопуев, А.Ш. Абдиев, А.А. Калжикеев и др.] // Проблемы современной науки и образования. – Иваново, 2016. - №13(55). - С. 129-131; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26185544>

21. Значение анатомических особенностей сигмовидной кишки в развитии ее заворота [Текст] / [А.А. Сопуев, Д.К. Исаев, К.С. Сыдыгалиев и др.] // Проблемы современной науки и образования. – Иваново, 2016. - №21(63). - С. 97-99; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26477114>

22. Онкологические принципы в экстренной хирургии колоректального рака [Текст] / [А.А. Сопуев, Н.Ж. Сыдыков, А.А. Калжикеев и др.] // Проблемы современной науки и образования. – Иваново, 2017. - №3(85). - С. 99 – 103; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28121635>

23. Оценка влияния антибактериальных средств на формирование спаечного процесса брюшной полости [Текст] / [А.А. Сопуев, Н.Н. Маматов, Э.Э. Кудаяров и др.] // Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Дагестанского Государственного медицинского университета. – Махачкала, 2017. - С.195-196; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35118518>

24. Surgical treatment selecting method for obstructive cancer of rectosigmoid colon [Text] / [A. Sopuev, N. Sydykov, A. Mambetov et al.] // Journal of Positive School Psychology. – 2022. - Vol. 6. - No. 8. – P. 4369-4376; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://journalppw.com/index.php/jpsp/article/view/10609/6848>

25. Surgical Treatment Efficiency Of Patients With Scar Strictures In Extrahepatic Ducts Using Superelastic Titanium Nickelide Constructions [Text] / [N.A. Sydygaliev, S.G. Shtofin, A.V. Golovnev et al.] // Journal of Pharmaceutical Negative Results. - 2022. - Vol. 13 - Special Issue 2. – P. 396-400; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.pnrjournal.com/index.php/home/article/view/1518>

**Сыдыков Нурланбек Женишбековичтин «Жоон ичегинин бүтөлүп калышы менен кабылдаган жоон ичегинин залалдуу шишигин хирургиялык дарылоонуу өркүндөтүү» аттуу темадагы 14.01.17 – хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин доктору окумуштуулук даражасына изденүү үчүн жазылган диссертациясынан**

### **КОРУТУНДУ**

**Негизги сөздөр:** жоон ичегинин залалдуу шишиги, ичегинин бүтөлүшү, хирургиялык дарылоо, декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозу, энтеросорбция, колоносорбция, интраоперациялык сорбциялык диализ.

**Изилдөөнүн объектиси:** ичегинин бүтөлүшү менен кабылдап, жоон ичегинин залалдуу шишиги менен жабыркаган 651 пациент.

**Изилдөөнүн предмети:** ичегинин бүтөлүшү менен кабылдап, жоон ичегинин залалдуу шишиги менен жабыркаган пациенттерге адистештирилген медициналык жардам көрсөтүү.

**Изилдөөнүн максаты.** Бул патология менен жабыркаган пациенттерди дарылоодо канааттандыруу эмес жыйынтыктарды азайтуу максатында, жоон ичегинин бүтөлүшү менен кабылдаган, жоон ичегинин залалдуу шишигинде колдонулуучу дарылоо-диагностикалык тутумду оптималдаштыруу.

**Изилдөөнүн ыкмалары:** клиникалык, лабораториялык, инструменталдык, маалыматтарды статистикалык иштетүү. Жоон ичегинин залалдуу шишигине диагноз коюуда негизги изилдөө ыкмасы рентгенологиялык, ультра добуш, эндоскопиялык изилдөөлөр саналат.

**Изилдөөнүн жыйынтыктары жана илимий жаңылыгы.** Хирургиялык дарылоого көрсөткүчү бар, ичегинин бүтүүсү жана перитонит менен кабылдаган, колоректалдык залалдуу шишик менен жабыркаган пациенттерди текшерүүнүн схемасы иштелип чыкты.

Жоон ичегинин залалдуу шишиги жана ичегинин бүтөлүшү шарттарында энтеросорбцияны, колоносорбцияны колдонуунун мүмкүнчүлүктөрү жөнүндө маалыматтардын комплекси кеңейтилди. Хирургиялык операция убагында, ичегини декомпрессиялоонун оригиналдуу ыкмасы иштелип чыкты. Декомпенсацияланган ичегинин бүтүүсү менен жана ичегинин сырткы катмары туурасынан диастатикалык айрылган колоректалдык шишикте субтоталдык колэктомиясынын орду аныкталды. Субтоталдык колэктомия жасагандан кийинки анастомоздун же илеостомиянын тактикасы өркүндөтүлдү жана ыкмасы модернизцияланды. Ичегинин сол жагындагы радикалдык жана шарттуу радикалдык операциянын аягында декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозунун тактика-техникалык аткарылыштары өркүндөтүлдү. Декомпрессиялык-стомалдык анастомоз кыска убакытта курсакты ачпай колостоманы жабууга мүмкүндүк берип, кабылдоолорду азайтат.

**Колдонуу боюнча сунуштар.** Эмгектеги негизги сунуштарды клиникалык практикаларда, билим берүүдө, илимий изилдөөлөрдө колдонсо болот.

**Колдонуу чөйрөсү:** хирургия, онкология.



## РЕЗЮМЕ

диссертации Сыдыкова Нурланбека Женишбековича «Совершенствование хирургического лечения рака ободочной кишки, осложненного толстокишечной непроходимостью», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

**Ключевые слова:** рак ободочной кишки, нарушение кишечной проходимости, хирургическое лечение, декомпрессионно-стомальный толсто-толстокишечный анастомоз, энтеросорбция, колоносорбция, интраоперационный сорбционный диализ.

**Объект исследования:** 651 пациентов с РОК, осложненным толстокишечной непроходимостью.

**Предмет исследования:** Специализированная медицинская помощь пациентам с РОК, осложненным толстокишечной непроходимостью.

**Цель работы.** Оптимизация лечебно-диагностической системы, применяемой при раке толстой кишки, осложненном нарушениями проходимости ободочной кишки, для сокращения неудовлетворительных результатов ведения пациентов с этой патологией.

**Методы исследования:** клинические, лабораторные, инструментальные, статистическая обработка данных. Основным методом исследования в диагностическом процессе при раке толстой кишки является рентгенологические, ультразвуковое и эндоскопические методы исследования.

**Результаты исследования и их новизна.** Разработана схема обследования пациентов с колоректальным раком, осложнившимся декомпенсированной кишечной непроходимостью и распространенным перитонитом, являющимися показаниями к экстренной операции. Расширена совокупность сведений о возможностях использования энтеросорбции и колоносорбции в условиях наличия рака ободочной кишки и нарушений кишечной проходимости разной степени тяжести. Разработана оригинальная методика декомпрессии кишечника во время хирургического вмешательства. Определено место субтотальной колэктомии у пациентов с раком левой половины ободочной кишки, осложнившимся декомпенсированной кишечной непроходимостью и диастатическими продольными разрывами серозного слоя толстой кишки. Усовершенствована тактика и модернизирована методика заключительного этапа субтотальной колэктомии в виде формирования анастомоза или наружной илеостомы.

Усовершенствованы тактико-технические детали создания декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза. Декомпрессионно-стомальные толсто-толстокишечные анастомозы обеспечивают снижение осложнений путем внебрюшинного закрытия колостомы в сжатые сроки после хирургического вмешательства.

**Рекомендации по использованию.** Основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы в повседневной клинической практике, в образовательном процессе и в научных исследованиях.

**Область применения:** хирургия, онкология.

## SUMMARY

of the thesis by Sydykov Nurlanbek Zhenishbekovich "Improvement of the surgical treatment of colon cancer complicated by colonic obstruction", submitted for the degree of Doctor of Medical Sciences in the specialty 14.01.17 - surgery.

**Keywords:** colon cancer, intestinal obstruction, surgical treatment, decompression-stomal colonic anastomosis, enterosorption, colonosorption, intraoperative sorption dialysis.

**Object of study:** 651 patients with colon cancer, complicated by colonic obstruction.

**Subject of study:** Specialized medical care for patients with CC complicated by colonic obstruction.

**Objective of research.** Optimization of the treatment and diagnostic system used in colon cancer complicated by colon patency disorders in order to reduce the unsatisfactory results of managing patients with this pathology.

**Methods of research:** clinical, laboratory, instrumental, statistical data processing. The main research method in the diagnostic process for colon cancer is x-ray, ultrasound and endoscopic research methods.

**Research results and their novelty.** An original scheme for examining patients with cancer of the left half of the colon, complicated by decompensated intestinal obstruction and widespread peritonitis, which are indications for emergency surgery, has been developed. The body of information about the possibilities of using enterosorption and colonosorption in the presence of colon cancer and disorders of intestinal patency of varying severity has been expanded.

An original technique has been developed for the use of intestinal decompression during surgery to correct circulatory disorders, intestinal motility and to reduce endogenous intoxication.

The place of subtotal colectomy was determined in patients with cancer of the left half of the colon, complicated by decompensated intestinal obstruction and diastatic longitudinal ruptures of the serous layer of the colon. Improved tactics and modernized the technique of the final stage of subtotal colectomy in the form of the formation of an anastomosis or external ileostomy in correlation with the severity of peritonitis.

The tactical features and technical details of creating a decompression-stomal colonic anastomosis in the final part of radical surgical interventions in the area of the left half of the colon have been improved. Decompression-stomal colonic anastomosis reduce the likelihood of complications by extraperitoneal closure of the colostomy in a short time (about 60 days) after surgery to remove the tumor.

**Recommendations for use.** The main conclusions and recommendations contained in the work can be used in everyday clinical practice, in the educational process and in scientific research.

**Scope of use:** surgery, oncology.

