

© С. А. Алиев, Э. С. Алиев, 2016
УДК 616.345-006-06:616.345-007.272-089:616.345-072.2

С. А. Алиев, Э. С. Алиев

АППАРАТНО-УПРАВЛЯЕМАЯ ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ И ЛАВАЖ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — чл.-кор. НАН АР проф. Н. Ю. Байрамов), Азербайджанский государственный медицинский университет, г. Баку

Ключевые слова: рак ободочной кишки, обтурационная опухолевая непроходимость, хирургическое лечение, интраоперационная декомпрессия и лаваж толстой кишки, летальность

Введение. В последние десятилетия повсеместно регистрируется неуклонный рост заболеваемости раком ободочной кишки (РОК), который занимает III место в общей структуре злокачественных новообразований, уступая лишь раку легкого и молочной железы [12, 15].

В структуре РОК удельный вес рака левой половины ободочной кишки (ОК) составляет 45–83% [6, 11, 14]. Одним из наиболее частых и тяжелых осложнений РОК является обтурационная кишечная непроходимость, частота которой колеблется в широких пределах, составляя, по данным литературы, 30–86,2% [7, 8, 10]. Несмотря на многочисленные публикации, посвященные проблеме лечения обтурационной опухолевой непроходимости (ООН), целый ряд ключевых аспектов, касающихся выбора рациональной хирургической тактики, объема и метода оперативного вмешательства, а также оптимального способа его завершения у больных раком левой половины ОК до сих пор продолжают оставаться дискуссионными и являются предметами широкого обсуждения различных хирургических форумов.

Одной из нерешенных задач проблемы хирургического лечения ООН левой половины ОК является декомпрессия толстой кишки. Существующие традиционные методы дооперационной декомпрессии не обеспечивают

полноценную очистку кишечника от застойного и высоковирулентного кишечного содержимого и токсинов, а способы интраоперационной декомпрессии не удовлетворяют хирургов еще и тем, что зачастую приводят к бактериальной контаминации брюшной полости [9].

В то же время, эффективная декомпрессия ОК даже без первичного удаления опухоли иной раз в значительной степени определяет непосредственные результаты оперативного вмешательства и в случае операбельности рака повышает шансы на выполнение радикальных операций на втором этапе хирургического лечения с наименьшим риском [8]. С другой стороны — полноценная интраоперационная декомпрессия в сочетании с лаважом и санацией ОК с применением различных антисептических средств и сорбентов не только обеспечивает качественную механическую очистку просвета кишки от токсического содержимого и высоковирулентной бактериальной флоры, минимизирует частоту послеоперационных гнойно-септических осложнений, но и при прочих равных условиях у определенной части больных увеличивает возможность формирования первичного толстокишечного анастомоза [1–3, 5, 13, 16, 17]. По данным А. М. Беляева и соавт. [4], использование метода интраоперационного анте- и ретроградного лаважа толстой кишки позволяет формировать первичный анастомоз более чем у 85% больных.

Таким образом, анализ данных литературы свидетельствует, что декомпрессия толстой кишки до сих пор продолжает оставаться одной из приоритетных задач проблемы хирургического

Сведения об авторах:

Алиев Садай Агалар оглы, Алиев Эмиль Садай оглы (e-mail: _aliyev_85@mail.ru), кафедра хирургических болезней № 1, Азербайджанский государственный медицинский университет, Az 1022, г. Баку, ул. Бакиханова, 23

лечения больных с ООН левой половины ОК и диктует необходимость дальнейшей разработки.

Цель исследования — улучшить результаты хирургического лечения больных с ООН левой половины ОК путем разработки и внедрения рациональной методики интра- и послеоперационной декомпрессии и кишечного лаважа.

Материал и методы. За период с 1978 по 2012 г. в клинике хирургических болезней № 1 Азербайджанского медицинского университета находились на лечении 576 больных в возрасте от 19 до 86 лет со стенозирующим раком различных отделов ОК, осложненным обтурационной непроходимостью. У преобладающего большинства из них (398, 69,1%) опухоль локализовалась в левой половине ОК. Из 398 больных рак селезеночного изгиба ОК был у 50 (12,6%), нисходящего отдела — у 36 (9,1%), сигмовидного — у 259 (65%) и ректосигмоидного — у 53 (13,3%) (табл. 1.).

Наибольшую группу (296 из 398, или 74,4%) составили пациенты пожилого (208, 52,3%) и старческого (88, 22,1%) возраста. Степень опухолевой обструкции просвета ОК и форму толстокишечной непроходимости

оценивали согласно классификации, разработанной ГНЦ колопроктологии МЗ РФ и дополненной М.А.Шашолиным и соавт. [13]. Клиническую стадию РОК определяли в соответствии с классификационными критериями, предложенными Б.Е.Петерсоном и Н.Н.Блохиным (1979) и методическими рекомендациями по лечению злокачественных новообразований (1985), а также по системе TNM (1997). Из 398 больных IIIA стадия (T4N0M0) РОК была у 262 (65,8%), IIIB (T3–4N1–2M0) — у 94 (23,6%), IV (Т любая N любая M1) — у 42 (10,6%) (табл. 2).

Субкомпенсированная форма толстокишечной непроходимости была у 212 (53,3%) больных, декомпенсированная форма — у 186 (46,7%) (табл. 3). Для сравнительной оценки результатов лечения в зависимости от методов декомпрессии толстой кишки все больные были разделены на две статистически идентичные по полу, возрасту, уровню локализации опухолевой обструкции ОК и формы толстокишечной непроходимости группы. 1-ю (контрольную) группу составили 206 (51,8%) больных, 157 (76,1%) из которых были в возрасте старше 60 лет. Хирургическое лечение в этой группе проводили в соответствии с общепринятыми стандартами. Этим больным в ходе оперативного вмешательства и после-

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от локализации РОК

Клинические группы	Локализация опухоли и число больных				Итого
	селезеночный изгиб	нисходящий отдел	сигмовидная кишка	ректосигмоидный отдел	
1-я (контрольная)	28 (13,6)*	17 (8,3)*	132 (64,1)*	29 (14)*	206 (100,0)
2-я (основная)	22 (11,5)*	19 (9,9)*	127 (66,1)*	24 (12,5)*	192 (100,0)
Всего	50 (12,6)**	36 (9,1)**	259 (65)**	53 (13,3)**	398 (100,0)

* Проценты по отношению к общему числу больных по клиническим группам.

** Проценты по отношению к суммарному числу больных.

Таблица 2

Характеристика больных в зависимости от стадии РОК

Стадия РОК	Клинические группы и число больных				Итого	
	Контрольная (n=206)		Основная (n=192)			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
IIIA T4N0M0	133	64,6	129	67,2	262	65,8
IIIB T3–4N1–2M0	50	24,3	44	22,9	94	23,6
IV T любая N любая M1	23	11,1	19	9,9	42	10,6
Всего	206	100,0	192	100	398	100

Таблица 3

Степень опухолевой обструкции ОК и формы толстокишечной непроходимости

Формы ООН	Клинические группы и число больных				Итого	
	Контрольная (n=206)		Основная (n=192)			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Субкомпенсированная	108	52,4	104	54,2	212	53,3
Декомпенсированная	98	47,6	88	45,8	186	46,7
Всего	206	100	192	100	398	100

операционном периоде лаваж и санацию толстой кишки не проводили. Во 2-ю (основную) группу вошли 192 (48,2) больных, 72,4% из которых составили пациенты в возрасте старше 60 лет (139 больных). Всем этим больным выполняли аппаратно-контролируемую интра- и послеоперационную декомпрессию, санацию и лаваж толстой кишки ретроградным способом.

Стратегия лечения ООН ОК, принятая в нашей клинике, основана на применении активной хирургической тактики, предусматривающей первичное удаление опухоли любой локализации у больных всех возрастных групп с учетом операбельности (резектабельности) РОК. Вопрос о выборе способа завершения радикальных операций решаем дифференцированно с учетом степени опухолевой обструкции просвета и формы нарушения проходимости ОК, возраста и тяжести состояния больных, в то же время при прочих равных условиях отдаем предпочтение обструктивным вариантам радикальных оперативных вмешательств. Всем больным проводили многокомпонентную и патогенетически обоснованную инфузионную терапию, направленную на адекватную коррекцию метаболических нарушений, развившихся в системе гомеостаза, вызванных как основным заболеванием (РОК), так и его осложнением (ООН). Эффективность лечения в ближайшем послеоперационном периоде оценивали по динамике некоторых показателей системного эндотоксикоза. Для оценки степени выраженности эндотоксикоза определяли динамику лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и уровня веществ средней молекулярной массы (ВСММ) на 3-, 7-е и 9-е сутки послеоперационного периода.

Учитывая, что успех операции при острой обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости в значительной степени определяется полнотой и эффективностью разгрузки кишечника, одним из авторов данной работы [5] разработан и внедрен в клиническую практику способ ретроградного интраоперационного лаважа и санации толстой кишки без широкого вскрытия просвета органа и сконструирована новая модель вакуумного аспирационно-промывного устройства для осуществления методики.¹

Конструктивно аппарат собран в едином корпусе и содержит силовой агрегат, панель управления, электронный таймер и две калиброванные емкости по 1 л каждая (возможно увеличение объема емкостей до 3 л). Силовой агрегат представляет собой компрессорный блок. Один из компрессоров функционирует в режиме разрежения, а второй — в режиме нагнетания, причем возможно изменять давление при этих режимах и, тем самым, регулировать производительность агрегата. Устройство снабжено 2 трубками для аспирации содержимого толстой кишки и нагнетания растворов антисептиков. Аспирирующая трубка на 2–2,5 см длиннее трубки для инсuffляции антисептических растворов. Основные технические данные вакуумного аспирационно-промывного устройства: диапазон регулируемого давления (разрежения): 0–300 мм рт. ст., производительность по аспирации и инсuffляции (нагнетанию): 0–1200 мл/мин. Режим работы длительный (до 6 ч) и непрерывный. Техническая конструкция устройства позволяет осуществлять аспирацию содержимого толстой кишки и внутрипросветный кишечный лаваж синхронно (одномоментно) и циклично.

Методика ретроградной интраоперационной санации и толстокишечного лаважа заключается в следующем. После ревизии брюшной полости и обнаружения первичной опухоли ОК с участком злокачественного поражения тщательно изолируем от остальных отделов брюшной полости. На стенку ОК в непосредственной близости локализации опухоли накладываем кисетный шов, в центре которого рассекаем серозно-мышечные слои по свободной ленте кишки длиной около 1,5–1,8 см, с помощью одноканального наконечника аспирирующей трубки устройства производим прокол стенки кишки и сразу включаем аппарат, работа которого вначале регулируется в аспирационном режиме. По мере аспирации кишечного содержимого и уменьшения внутрипросветного давления участок прокола на ОК можно расширить на 1 см для свободного перемещения аспирирующей трубки по продольной оси кишки, что позволяет осуществить полноценную декомпрессию органа и максимальную элиминацию кишечного содержимого. Далее дистальнее или напротив первого накладываем второй кисетный шов на стенку ОК, после чего указанным выше способом в просвет кишки вводим наконечник ирригационной трубки. Устройство переключаем в режим постоянной работы, при котором производятся одномоментная (непрерывная) ирригация (нагнетание) и аспирация. Возможность свободного перемещения аспирирующей трубки по продольной оси ОК позволяет осуществлять контроль за степенью наполнения органа и предупредить переполнение кишки и растяжение ее стенок. Режим ретроградной санации и лаважа толстой кишки определяли индивидуально с учетом полноты декомпрессии проксимальных (супрастенотических) отделов ОК и по характеру (цвету) промывной жидкости. Оптимальный объем жидкости, необходимый для интраоперационного лаважа толстой кишки, составил, в среднем, 12–15 л, а ее температура 36–37 °С.

Общий вид вакуумного аспирационно-промывного устройства, схематические изображения интраоперационной «закрытой» декомпрессии и внутрипросветной ирригации толстой кишки представлены на рис. 1, 2.

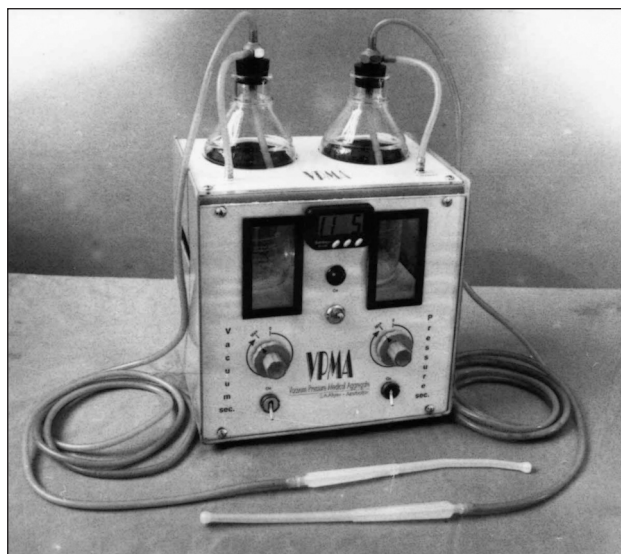


Рис 1. Общий вид вакуумного аспирационно-промывного устройства

¹ Патент Центра Национальной патентной экспертизы Комитета науки и техники Азербайджанской Республики № J 20010025 от 11.01.2001 г.

Таким образом, с помощью устройства удастся не только проводить адекватную декомпрессию толстой кишки, но и осуществлять кишечный лаваж. Заметное уменьшение внутрикишечного давления и прекращение поступления кишечного содержимого по сливной (промывной) системе аппарата свидетельствуют о полноценном декомпрессионном и ирригационном эффекте процедуры. После завершения лаважа и санации ОК трубку удаляем и завязываем нити кисетных швов, которые в ходе последующих этапов операции могут служить в качестве держалок. Поскольку процедура составляет основную и начальную часть проводимых интраоперационных мероприятий, направленных на ликвидацию последствий ООН (декомпрессия и кишечный лаваж), в дальнейшем приступаем к выполнению последующих этапов операции — наложению колостомы (при наличии операбельного рака — с резекцией кишки и удалением опухоли).

Результаты и обсуждение. Из 206 больных контрольной группы радикальные операции выполнены у 98 (47,6%) (табл. 4). У всех этих больных была IIIA стадия РОК. Из 98 больных резекция сигмовидной кишки вместе с опухолью с формированием первичного анастомоза выполнена у 13, наложением одноствольной колостомы по Гартману — у 67, по Микуличу — у 2, левосторонняя гемиколэктомия — у 16 (у 4 из них гемиколэктомия была завершена наложением первичного толстокишечного анастомоза, у 12 — формированием одноствольной трансверзостомы по типу операции Гартмана). Среди этих больных умерли 22 (22,4%). Паллиативных операций в объеме различных вариантов декомпрессивных колостомий (сигмостомия — 79, трансверзостомия — 29) в этой группе произведено 108, что составило 52,4% от всех операций, выполненных в контрольной группе. У 35 из 108 больных была IIIA стадия РОК, у 50 — IIIB стадия, у 23 — IV стадия. Следует отметить, что 86 (79,6%) из 108 больных были в возрасте старше 60 лет. Летальность после паллиативных операций составила 32,4% (из 108 больных умерли 35).

Из 192 больных основной группы радикальные операции выполнены у 149 (77,6%). У 129 из 149 больных была IIIA стадия РОК, у 20 — IIIB стадия. Среди этих больных резекция сигмовидной кишки

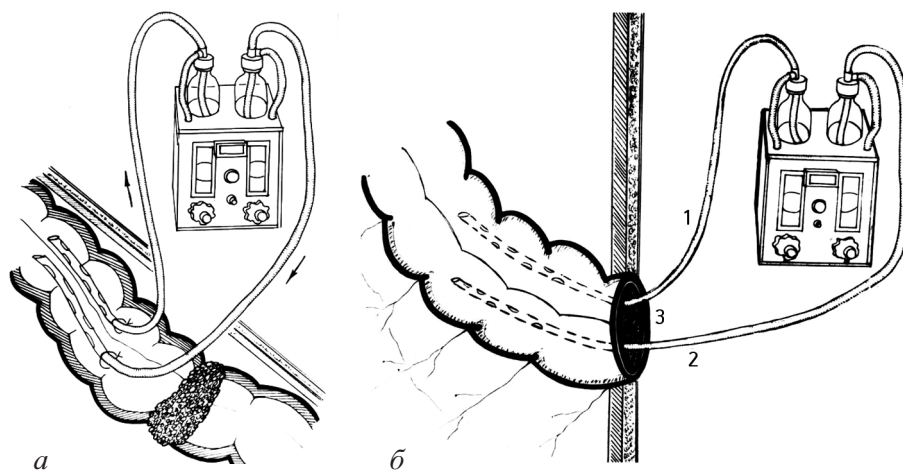


Рис 2. Схематические изображения интраоперационной «закрытой» декомпрессии и внутрипросветной ирригации толстой кишки (а) и кишечного лаважа через колостому (б) с помощью аспирационно-промывного устройства.

1 — трубка для аспирации; 2 — трубка для инфузии антисептических растворов; 3 — колостома (объяснение в тексте)

произведена у 108, которая была завершена наложением одноствольной колостомы по Гартману у 55, формированием сигмосигмоидного (у 35) и сигморектального (у 13) анастомозов — у 48 больных. У 5 больных после резекции сигмовидной кишки сформирован У-образный терминолатеральный анастомоз с наложением проксимальной декомпрессивной колостомы. В этой группе левосторонняя гемиколэктомия с формированием первичного трансверзосигмоанастомоза (у 15) и одноствольной трансверзостомы (у 26) выполнена

Таблица 4

Структура оперативных вмешательств, выполненных у больных с ООН левой половины ОК и их исходы

Виды операций	Число больных по группам	
	контрольная	основная
Резекция сигмовидной кишки:		
с формированием анастомоза	13 (2)	48 (5)
с наложением колостомы	69 (16)	55 (12)
с формированием У-образного анастомоза и наложением проксимальной декомпрессивной колостомы	—	5
Левосторонняя гемиколэктомия:		
с формированием анастомоза	4	15 (2)
с наложением колостомы	12 (4)	26 (7)
Колостомия	108 (35)	43 (10)
Всего	206 (57)	192 (36)

Примечание. В скобках — число летальных исходов.

у 41 больного. В целях профилактики несостоятельности швов толстокишечных анастомозов у 33 больных старше 60 лет резекция сигмовидной кишки (у 18) и левосторонняя гемиколэктомия (у 15) были дополнены превентивной трансверзостомией и цекостомией. После радикальных операций умерли 26 (17,5%) больных.

Различные варианты декомпрессивных колостом (трансверзостома — у 19, сигмостома — у 24) сформированы у 43 (22,4%) из 192 больных основной группы, среди которых 33 (76,7%) были в возрасте старше 60 лет. Среди них IIIA стадия РОК была у 24 больных, IV стадия — у 19. Лаваж и санацию толстой кишки, проводимые во время операции, продолжали и в послеоперационном периоде у всех больных с колостомой в течение 5–7 дней. После паллиативных операций умерли 10 (23,2%) больных.

Как видно из представленных данных, у 247 (62%) из 398 больных оперативные вмешательства выполнены с первичным удалением опухоли (в контрольной группе — у 98, в основной — у 149). Одноэтапное восстановление непрерывности толстой кишки произведено у 85 (34,4%) из 247 больных (в контрольной группе — у 17, в основной — у 68). Следовательно, применяемая тактика хирургического лечения позволила обеспечить полную медико-социальную реабилитацию и улучшить качество жизни у 34,4% больных в отдаленном послеоперационном периоде. Причину высокой летальности после паллиативных операций среди больных контрольной группы мы объясняем, с одной стороны, раковой интоксикацией, с другой — прогрессирующим эндотоксикозом вследствие интенсивного и неконтролируемого поступления из просвета переполненных приводящих отделов ОК токсических продуктов в портальную циркуляцию и системный кровоток. В то же время, полноценная декомпрессия, лаваж и санация толстой кишки, проводимые как в ходе оперативных вмешательств, так и в послеоперационном периоде у больных основной группы позволили одномоментно и эффективно купировать острые явления ООН и обеспечить максимальную механическую очистку супрастенотических отделов ОК, а также минимизировать опасность травматизации чрезмерно раздутых кишечных петель при манипуляции. Все это в совокупности способствовало существенному уменьшению степени эндотоксикоза, заметному снижению риска интраоперационной бактериальной контаминации брюшной полости и развития послеоперацион-

ных гнойно-воспалительных осложнений. Одним из очевидных достоинств данного устройства является возможность применения его и в послеоперационном периоде для подготовки больных с колостомой к радикальной операции (в случае оставления опухоли во время первой операции) и восстановительно-реконструктивным вмешательствам (при первичном удалении опухоли). Широкий диапазон рабочего режима аппарата (синхронность аспирации и ирригации или цикличность процедуры), наличие относительно длинной аспирирующей трубки, осуществление ирригации путем струйного нагнетания промывающего раствора, обеспечение гигиеничности и стерильности проведения процедуры (раздельное размещение камер аспирации и ирригации, выполнение декомпрессии и лаважа без широкого вскрытия просвета ОК), а также возможность применения ее в различные сроки после операции и в период подготовки больных с колостомой к восстановительно-реконструктивным вмешательствам характеризуют высокую производительность данного устройства и эффективность разработанной методики. Конструктивные особенности наконечников (трубок) аспирационно-промывного устройства обеспечивают синхронную подачу (нагнетания) воды и элиминацию (аспирацию) кишечного содержимого через колостому. Объем жидкости, необходимый для ретроградного лаважа толстой кишки, составил, в среднем, 14–15 л. Результаты интраоперационной декомпрессии и лаважа толстой кишки нашли отражения в наших предыдущих сообщениях [5–8, 10, 11].

Сопоставление результатов лечения больных по клиническим группам свидетельствует о заметном снижении уровня летальности как после радикальных, так и после паллиативных операций среди больных основной группы по сравнению с аналогичными показателями у больных контрольной группы (17,4% против 22,4% и 23,2% против 32,4% соответственно). Кроме того, интраоперационная селективная санация и лаваж толстой кишки способствовали устранению вызванных ООН микроциркуляторных нарушений в стенке ОК и, тем самым, создавали оптимальные условия для выполнения первично-радикальных операций у 149 (77,6%) из 192 больных основной группы с одноэтапным восстановлением непрерывности толстой кишки у 68 (35,4%) из них, что более чем в 2 раза больше аналогичного показателя у больных контрольной группы (17,3%). Совершенствование технического обеспечения интраоперационной

декомпрессии и лаважа толстой кишки позволило снизить удельный вес гнойно-воспалительных осложнений с 29,4 до 19,2% [10].

Следовательно, суммарно из 398 больных после операции умерли 93 (в контрольной группе — 57, в основной — 36). Летальность после радикальных операций составила 19,4% (из 247 больных умерли 48), после паллиативных — 29,8% (из 151 больного умерли 45). Общая послеоперационная летальность составила 23,4%.

Выводы. 1. Применение методики ретроградной интраоперационной санации и лаважа толстой кишки способствует полноценной механической очистке супрастенотических отделов кишечника и позволяет выполнить первично-радикальные операции у 77,6% больных (основная группа) с одномоментным формированием первичного толстокишечного анастомоза у 35,4% из них, что более чем в 2 раза больше аналогичного показателя у пациентов контрольной группы (17,3%).

2. Разработанная тактика хирургического лечения больных раком левой половины ОК, осложненным суб- и декомпенсированными формами ООН, позволила снизить уровень летальности как после радикальных, так и после паллиативных операций у больных. Общая послеоперационная летальность в основной группе составила 18,7%, что почти в 1,5 раза ниже аналогичного показателя (27,7%) в контрольной группе.

3. Использование разработанной методики позволило снизить удельный вес гнойно-воспалительных осложнений с 29,4 до 19,2% [10].

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Алиев С.А. Интраоперационная «закрытая» декомпрессия и внутрипросветный лаваж толстой кишки при острой опухолевой обтурационной непроходимости // Пробл. колопроктол. 2002. Вып. 18. С. 300–305.
- Алиев С.А., Алиев Э.С. Комплексная профилактика гнойно-воспалительных осложнений при операциях на толстой кишке // Вестн. хир. 2008. № 6. С. 77–82.
- Алиев С.А., Алиев Э.С. Совершенствование методики интраоперационной декомпрессии толстой кишки при опухолевой обтурационной непроходимости // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. Одесса, 2011. С. 66–67.
- Беляев А.М., Суров Д.А., Семенов К.В. Одноэтапные операции при левосторонней толстокишечной непроходимости // Вестн. хир. 2010. № 4. С. 36–38.
- Есин В.И., Мустафина Ю.Р. Применение интраоперационной колоирригации и колосорбции при обтурационной толстокишечной непроходимости // VII Междунар. конф. «Российская школа колоректальной хирургии». М., 2013. С. 162.
- Подловченко Т.Г., Пахомова Г.В. Рак левой половины ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью // Пробл. колопроктол. 2002. Вып. 18. С. 396–399.
- Полутарников Е.А., Костюкова Н.В. Неотложная хирургия при раке толстой кишки, осложненном кишечной непроходимостью // I съезд колопроктологов СНГ. Ташкент, 2009. С. 357–358.
- Помазкин В.И. Влияние тактики лечения обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости на непосредственные результаты и качество жизни больных // Вестн. хир. 2010. № 5. С. 62–65.
- Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.А. и др. Метод декомпрессии толстой кишки при обтурационной толстокишечной непроходимости // Колопроктология. 2014. № 3. С. 79.
- Топузов Э.Г., Абдуллаев М.А., Шишкина Г.А. и др. Выбор хирургической тактики при колоректальном раке, осложненном острой кишечной непроходимостью // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. Одесса, 2011. С. 106–107.
- Тотиков В.З., Зураев К.Э., Хестанов А.К., Дзгоева Д.Б. Хирургическая тактика при опухолевой непроходимости левой половины ободочной кишки // Науч. конф. с междунар. участием «Актуальные проблемы колопроктологии» посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии. М., 2005. С. 301–303.
- Чиссов В.И., Старинский В.В., Петров Г.Т. Злокачественные новообразования в России в 2007 г. (заболеваемость и смертность). М.: АНТИФ, 2009. 241 с.
- Шашолин М.А., Зубрицкий В.Ф., Глотов С.В. и др. Классификация нарушения кишечной проходимости у больных колоректальным раком // VI Междунар. конф. и Российская школа колоректальной хирургии «Новое в лечении геморроя и рака ободочной кишки». М., 2012. С. 99.
- Эктов В.Н., Шамаева Т.Е. Энтеросорбция и интраоперационный толстокишечный сорбционный диализ при стенозирующих опухолях левой половины ободочной кишки // Пробл. колопроктол. 2000. Вып. 17. С. 467–469.
- Boyle N.H., Manifold D., Jordan M.H. et al. Intraoperative assessment of colonic perfusion using scanning laser Doppler flowmetry during colonic resection // J. Am. Coll. Surg. 2000. Vol. 191, № 5. P. 504–510.
- Nozoe T., Matsumoto T. Usefulness of preoperative colonic lavage using transanal ileus tube for obstruction carcinoma of left colon: devise to perform one-stage operation safely // J. Clin. Gastroenterol. 2001. Vol. 31. P. 156–158.

Поступила в редакцию 15.03.2015 г.

S.A.Aliev, E.S.Aliev

HARDWARE-CONTROLLED INTRA- AND POSTOPERATIVE DECOMPRESSION AND LAVAGE OF THE COLON IN SURGICAL TREATMENT OF TUMOR OBSTRUCTION

Department of surgical diseases № 1, Azerbaijan Medical University, Baku

The article analyzed the results of surgical treatment of obturative tumorous obstruction of the left colon in 398 patients of different age categories. The authors developed and applied the method of retrograde lavage and sanitation of the colon. A new model of vacuum aspiration-wash device was designed. An application of the method of intraoperative lavage and sanitation of the colon allowed performance of primary-radical operations

in 149 (77,6%) patients out of 192 patients of the main group with one-stage reestablishment of colon continuity in 68 (35,4%) cases. The rate of pyoinflammatory complications were reduced from 29,4 to 19,2% due to the developed strategy of surgical treatment. It was stated, that the immediate results of surgical treatment of obturative tumorous obstruction of the left colon were improved due to the optimization of methods of intra- and postoperative lavage and sanation of the colon by upgrading of

technical equipment, the wide application of obstructive versions of radical operations in combination with multicomponent and pathogenetically based intensive care. This therapy was directed to adequate correction of metabolic disorders in homeostatic system.

Key words: *colon cancer, obturative tumorous obstruction, surgical treatment, intraoperative decompression and colon lavage, lethality*