

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.345-006-06:616.348-007.272-089

С. А. Алиев, Э. С. Алиев, Б. М. Зейналов

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ОПУХОЛЕВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — проф. Н. Ю. Байрамов), Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

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

В последние десятилетия повсеместно регистрируется неуклонный рост заболеваемости раком ободочной кишки (РОК), который занимает 3-е место в общей структуре злокачественных новообразований, уступая лишь раку лёгкого и молочной железы [38, 46].

В структуре РОК удельный вес рака левой половины ободочной кишки (ОК) составляет 45–83% [23, 33, 40]. Одним из наиболее частых и тяжёлых осложнений РОК является обтурационная кишечная непроходимость, частота которой колеблется в широких пределах, составляя, по данным литературы, 30–86,2% [24, 40, 52].

Несмотря на многочисленные публикации, посвящённые проблеме лечения обтурационной опухолевой непроходимости (ООН) левой половины ОК, ряд ключевых аспектов, касающихся выбора рациональной хирургической тактики, объёма и метода оперативного вмешательства, а также оптимального способа его завершения, до сих пор продолжают оставаться дискуссионными и являются предметами широкого обсуждения различных хирургических форумов: конференций, съездов, конгрессов и т. п. [1, 2, 8–10, 13, 14, 16, 18, 24, 28–30, 33, 34, 36, 37, 39]. Эволюция методов хирургического лечения обтурационной непроходимости, обусловленной раком левой половины ОК, свидетельствует о довольно широком диапазоне оперативных вмешательств, варьирующих от применения многоэтапных операций до выполнения первично-радикальных вмешательств с одномоментным восстановлением кишечной непрерывности или формированием различных видов декомпрессивных колостом [11, 12, 20, 25, 31, 52]. Противоречивость подходов

к выбору объёма и метода оперативного вмешательства обусловлена, прежде всего, особенностью роста опухоли, распространённости злокачественного процесса, степенью опухолевой обструкции просвета и формы нарушения проходимости ОК, возрастом и тяжестью состояния больных.

Сторонники двухэтапной тактики хирургического лечения ООН левосторонней локализации ОК считают целесообразным формирование декомпрессивной колостомы на первом этапе и резекции сегмента ОК вместе с опухолью, формированием толстокишечного анастомоза и ликвидацию колостомы — на втором [25, 26, 36, 37]. По мнению этих авторов, радикальные операции, производимые на высоте ООН, дают наибольшую летальность, исчисляемую в 25–52%, в то время как паллиативные вмешательства позволяют отсрочить выполнения патогенетически обоснованную операцию, повышают шансы на осуществление первично-радикальных операций в более оптимальных условиях, снизить уровень послеоперационной летальности и частоту осложнений, улучшить выживаемость и качество жизни больных в отдалённом периоде. Многие хирурги [13, 15, 20], учитывая недостатки многоэтапных оперативных вмешательств, связанных с оставлением первичной опухоли (прогрессирование злокачественного процесса, местное распространение и метастазирование рака, нарастание интоксикации, удлинение сроков лечения и реабилитации больных и т. п.), отдают предпочтение первично-радикальным операциям, производимым в два этапа. Эти авторы рекомендуют обструктивную резекцию сегмента ОК вместе с опухолью и наложение декомпрессивной колостомы (первый этап) с отсроченным восстановлением непрерывности толстой кишки (второй этап). Ряд авторов [31, 44] считают, что оптимальным вариантом радикального хирургического лечения ООН левой половины ОК является резекция поражённого сегмента с формированием У-образного терминолатерально-

Сведения об авторах:

Алиев Садай Агалар оглы (emil_aliyev_85@mail.ru), Алиев Эмиль Садай оглы (emil_aliyev_85@mail.ru), Зейналов Бабек Мехман оглы (e-mail: dr.babek-zeinalov@mail.ru), кафедра хирургических болезней № 1, Азербайджанский медицинский университет, Az 1007, г. Баку, ул. Бакиханова, 23

го анастомоза с проксимальной колостомой. По мнению этих авторов, применение конце-бокового анастомоза представляется достаточно надёжным, позволяющим минимизировать риск последующего этапа операции и максимально сохранить качество жизни больного. С другой стороны — У-образный анастомоз, наряду с восстановлением непрерывности толстой кишки, благодаря наличию колостомы, обеспечивает также её декомпрессию, препятствуя возникновению несостоятельности толстокишечного соустья.

В последнее время среди хирургов отмечается заметная тенденция к большему радикализму и иногда к отказу от паллиативных и многоэтапных операций при острой ООН левой половины ОК. Некоторые хирурги [18, 30] рекомендуют выполнение одноэтапно-радикальных и первично-восстановительных операций у больных данной категории.

По данным некоторых авторов [19, 21, 22, 41], при ООН левой половины ОК в стенке супрастенотических сегментов развиваются выраженные морфофункциональные изменения, приводящие к необратимому нарушению кишечной моторики, стойкому парезу, дилатации толстой кишки и тяжёлому эндотоксикозу. Квалифицируя это состояние как «кишечная недостаточность», авторы считают, что выраженные микроциркуляторные и морфофункциональные нарушения в стенке чрезмерно раздутых кишечных петель способствуют транслокации микрофлоры из просвета кишечника в брюшную полость и бактериальной контаминации, что, в свою очередь, приводит к развитию перитонита и абдоминального сепсиса, сопровождающегося полиорганной недостаточностью. Призыв этих авторов к широкому применению первично-радикальных операций до субтотальной колэктомии с удалением супрастенотических сегментов ОК, содержащих большое количество токсинов и бактериальной флоры, мотивирован именно этим обстоятельством. По мнению авторов, расширение объёма резекции в проксимальном направлении позволяет, с одной стороны, удалять морфологически изменённые отделы ОК и, тем самым, уменьшить степень эндотоксикоза, с другой — при наличии показаний формировать первичный толстокишечный анастомоз. Однако тяжесть состояния большинства больных, высокий риск радикальных операций у пациентов старших возрастных категорий значительно ограничивают показания к выполнению одномоментных радикальных операций. В то время как эффективная декомпрессия ОК даже без первичного удаления опухоли иной раз в значительной степени определяет непосредственные результаты оперативного вмешательства и при операбельности рака повышает шансы на выполнение радикальных операций на втором этапе хирургического лечения с наименьшим риском [25]. С другой стороны — полноценная интраоперационная декомпрессия ОК в сочетании с кишечным лаважем с применением различных антисептических средств и сорбентов не только обеспечивает качественную механическую очистку просвета кишки от токсического содержимого и высоковирулентной бактериальной флоры, но и при прочих равных условиях у определённой части больных увеличивает возможность формирования первичного толстокишечного анастомоза [32, 33, 42, 43, 50]. По данным А.М.Беляева и соавт. [11], использование метода интраоперационного лаважа толстой кишки позволяет формировать первичный анастомоз более чем у 85% больных.

Одним из перспективных путей улучшения результатов хирургического лечения больных с ООН левой половины ОК

является одномоментная тотальная и субтотальная колэктомия с восстановлением непрерывности толстой кишки путём формирования первичного илеодесцендо-, илеосигмоили илеоректоанастомоза [10, 17, 22, 27, 28, 41]. Являясь первично-радикальным и одноэтапно-восстановительным хирургическим вмешательством, данная операция отличается высоким онкологическим радикализмом, низкой послеоперационной летальностью (11,5–13,8%), а также возможностью социальной трудовой и морально-психологической реабилитации оперированных. Применение субтотальной или тотальной колэктомии улучшает качество жизни пациентов, минимизирует риск развития рецидива опухоли и при этом отсутствует необходимость выполнения повторных вмешательств с целью восстановления непрерывности толстой кишки в отдалённом периоде.

Вопросы хирургического лечения ООН левой половины ОК широко обсуждались на 4 последних хирургических форумах: I съезде колопроктологов стран СНГ [2, 10, 13], II съезде колопроктологов стран СНГ и III съезде колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы, III Всероссийском съезде колопроктологов с международным участием [9, 33] и VI Международной конференции «Российская школа колоректальной хирургии. Новое в лечении геморроя и рака ободочной кишки» [29, 36, 39]. В резолюциях указанных форумов отмечено, что расширение показаний к первично-радикальным оперативным вмешательствам и совершенствование методов интраоперационной декомпрессии толстой кишки являются приоритетным направлением хирургического лечения ООН левой половины ОК.

Ценным достижением неотложной онкоколопроктологии последних десятилетий является разработка и внедрение в клиническую практику эндоскопических методов декомпрессии толстой кишки при ООН левой половины ОК и невозможности выполнения радикальных операций в связи с запущенностью злокачественного процесса, а также декомпенсацией сопутствующих заболеваний у пациентов с высокой степенью операционного риска и отказе больных от паллиативных операций. По данным ряда авторов [2, 36, 45–48, 51], эндоскопическая реканализация обтурирующих раковых опухолей ОК методами электро-, фото- и лазерной коагуляции, интубации супрастенотических отделов с последующим эндопротезированием (стентированием) зоны опухолевой обструкции зондом с целью проведения кишечного лаважа и дренирования позволяет эффективно купировать острые явления ООН у 95% больных в предоперационном периоде.

Однако ряд хирургов [35] скептически относятся к стентированию толстой кишки, считая, что перспектива подобных лечебных манипуляций, проводимых у больных с ООН с помощью и под контролем колоноскопа, представляется весьма сомнительной, а сама методика — сложной и трудоёмкой. По мнению этих авторов, при стенозировании просвета ОК до 0,2–0,3 см форсированное проведение этих манипуляций без чёткого представления протяжённости зоны опухолевой стриктуры реально опасно возникновением таких грозных осложнений, как перфорация кишечной стенки, перитонит и т. п. со всеми серьёзными последствиями. С другой стороны — вводимые через реканализированную опухоль зонды и стенты мигрируют и легко смещаются.

Одним из авторов данного обзора [6] 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. Проведённые автором исследования показывают, что интраоперационная селективная санация и лаваж толстой кишки способствовали существенному уменьшению степени эндогенной интоксикации, устранению вызванных обтурационной опухолевой непроходимостью микроциркуляторных нарушений в стенке ОК, заметному снижению риска интраоперационной бактериальной контаминации брюшной полости и позволили выполнить первично-радикальные операции у 77,6% больных с одноэтапным восстановлением непрерывности толстой кишки у 35,4% из них. Одним из неоспоримых достоинств предложенной методики является возможность применения её 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). Результаты интраоперационной декомпрессии и ретроградного лаважа толстой кишки нашли отражения в наших предыдущих сообщениях [3–7, 9].

Внедрение в колоректальную хирургию современной малоинвазивной эндовидеохирургической технологии (лапароскопии) открыло приоритетное направление в хирургическом лечении РОК и его осложнений. По данным некоторых авторов [1, 14], формирование колостомы с использованием лапароскопических технологий на первом этапе хирургического лечения позволяет минимизировать травматичность операций и снизить летальность. Они могут быть методом выбора с ООН левой половины ОК у больных с повышенным операционным риском.

Таким образом, многофакторный анализ данных литературы и собственный клинический опыт убедительно свидетельствуют, что проблема хирургического лечения больных с ООН левой половины ОК в настоящее время далека от окончательного разрешения и диктует необходимость дальнейших поисков путей улучшения результатов лечения этого тяжёлого контингента больных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Ажви А.М., Слесаренко С.С. Ассистированные вмешательства в лечении больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза // Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии»: Сб. трудов. Ростов н/Д, 2005. С. 339.
- Акимов В.П., Борисов А.Е., Распереза Д.В., Тоидзе В.В. Первый опыт стентирования толстой кишки при опухолевой непроходимости // I съезд колопроктологов СНГ: Материалы. Ташкент, 2009. С. 362–363.
- Алиев С.А. Выбор метода завершения радикального оперативного вмешательства по поводу обтурационной непроходимости левой половины ободочной кишки опухолевого генеза // Клин. хир. 1998. № 5. С. 15–16.
- Алиев С.А. Пути улучшения результатов хирургического лечения обтурационной непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза // Вестн. хир. 1998. № 6. С. 34–39.
- Алиев С.А. Первично-радикальные оперативные вмешательства при острой непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. 2001. № 8. С. 44–50.
- Алиев С.А. Интраоперационная «закрытая» декомпрессия и внутриспросветный лаваж толстой кишки при острой опухолевой обтурационной непроходимости // Пробл. колопроктол. 2002. Вып. 18. С. 300–305.
- Алиев С.А. Современные тенденции и перспективы в хирургическом лечении опухолевой непроходимости ободочной кишки у больных старших возрастных групп // Рос. онкол. журн. 2005. № 4. С. 21–29.
- Алиев С.А., Алиев Э.С. Выбор метода хирургической тактики при стенозирующем раке левой половины ободочной кишки, осложнённом непроходимостью у больных пожилого и старческого возраста // Актуальные проблемы колопроктологии: Науч. конф. с междунар. участием, посвящ. 40-летию ГНЦК. М., 2005. С. 159–161.
- 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.
- Белеков Ж.О., Мамонов Н.А., Ысмайылов К.С. Результаты субтотальной колэктомии при обтурационной толстокишечной непроходимости // I съезд колопроктологов СНГ: Материалы. Ташкент, 2009. С. 366–367.
- Беляев А.М., Суворов Д.А., Семенов К.В. Одноэтапные операции при левосторонней толстокишечной непроходимости // Вестн. хир. 2010. № 4. С. 36–38.
- Васильев С.В., Котиашвили В.Н., Клименко А.Н. и др. Обширные резекции при раке левой половины ободочной кишки, осложнённом кишечной непроходимостью // Пробл. колопроктол. 1996. Вып. 16. С. 158–162.
- Васильев С.В., Попов Д.Е., Семенов А.В. Хирургическая тактика при обтурирующем раке левых отделов толстой кишки // I съезд колопроктологов СНГ: Материалы. Ташкент, 2009. С. 373–374.
- Емельянов С.И., Осокин Г.Ю., Решетников М.Н. Малоинвазивные вмешательства при осложнённом раке ободочной кишки в условиях экстренной хирургии // Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии»: Сб. трудов. Ростов н/Д, 2005. С. 349.
- Зубарев П.Н., Игнатович И.Г., Синиченко Г.И. Тактика хирургического лечения рака дистальных отделов толстой кишки // Вестн. хир. 1998. № 5. С. 20–22.
- Клименко Г.А., Гавриков А.Е. Субтотальная и тотальная колэктомия при опухолевой непроходимости левой половины ободочной кишки // Международный хирургический конгресс «Актуальные проблемы современной хирургии»: Труды. М., 2003. С. 129.
- Коновалов С.В., Мовчан К.Н., Щербак И.Е. и др. Субтотальная колэктомия при стенозирующей опухоли толстой кишки // Современные технологии в хирургии: Сб. трудов. СПб., 2004. С. 95–97.
- Луцевич Э.В., Вельшер Л.З., Маслов В.В. Первичный анастомоз в экстренной хирургии рака левой половины ободочной кишки, осложнённого кишечной непроходимостью // Там же. С. 125.
- Макарова Н.П., Троицкий Б.С., Пескова Н.Г. Роль состояния престенотических отделов ободочной кишки в выборе хирургической тактики у больных с опухолевой кишечной непроходимостью // Рос. онкол. журн. 2000. № 2. С. 45–48.
- Осмоловский С.В., Комаров Д.В., Затачаев А.В. и др. Хирургическое лечение рака левой половины ободочной кишки, осложнённого острой обтурационной непроходимостью // Пробл. колопроктол. 2000. Вып. 17. С. 372–375.
- Пахомова Г.В., Утешев Н.С., Кирдянов И.А. и др. Хирургическое лечение обтурационной непроходимости ободочной кишки // Первый конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова: Тез. докл. и сообщений. Ташкент, 1996. С. 93–94.

22. Пахомова Г.В., Утешев Н.С., Подловченко Т.Г. и др. Субтотальная колэктомия в лечении обтурационной непроходимости ободочной кишки // Пробл. колопроктол. 2000. Вып. 17. С. 380–387.
23. Подловченко Т.Г., Пахомова Г.В. Рак левой половины ободочной кишки, осложнённый кишечной непроходимостью // Пробл. колопроктол. 2002. Вып. 18. С. 396–399.
24. Полутарников Е.А., Костюкова Н.В. Неотложная хирургия при раке толстой кишки, осложнённом кишечной непроходимостью // I съезд колопроктологов СНГ: Материалы. Ташкент, 2009. С. 357–358.
25. Помазкин В.И. Влияние тактики лечения обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости на непосредственные результаты и качество жизни больных // Вестн. хир. 2010. № 5. С. 62–65.
26. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость. М.: Профиль, 2005. С. 224.
27. Ровой А.А., Мнацаканян М.Д. Непосредственные результаты субтотальной колэктомии при декомпенсированной, толстокишечной непроходимости с левосторонней локализацией опухоли // Пробл. колопроктол. 2000. Вып. 17. С. 407–410.
28. Ровой А.А., Мнацаканян М.Д. Субтотальная колэктомия — эффективный метод лечения декомпенсированной формы острой толстокишечной непроходимости при левосторонней локализации опухоли // Международный хирургический конгресс «Актуальные проблемы современной хирургии»: Труды. М., 2003. С. 129.
29. Самарцев В.А., Кулаков Р.Ж., Сергеев А.А. Хирургическое лечение рака ободочной кишки, осложнённого острой толстокишечной непроходимостью // VI Международная конференция «Российская школа колоректальной хирургии. Новое в лечении геморроя и рака ободочной кишки»: Материалы. М., 2012. С. 123.
30. Старосек В.Н., Олексенко В.В., Мезенцев В.С. Выбор лечения острой толстокишечной непроходимости ракового генеза // Первый конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова: Тез. докл. и сообщений. Ташкент, 1996. С. 100–101.
31. Тарасенко С.В., Песков О.Д., Зайцев О.В. Хирургическая тактика при опухолевой непроходимости левой половины ободочной кишки // Пробл. колопроктол. 2002. Вып. 18. С. 464–469.
32. Топузов Э.Г., Абдуллаев М.А., Шишкина Г.А. и др. Выбор хирургической тактики при колоректальном раке, осложнённом 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.
33. Топузов Э.Г., Шишкина Г.А., Топузов Э.Э. и др. Особенности диагностики, хирургической тактики с использованием методов детоксикации при раке толстой кишки, осложнённом кишечной непроходимостью // I съезд колопроктологов СНГ: Материалы. Ташкент, 2009. С. 359–361.
34. Тотиков В.З., Зураев К.Э., Хестанов А.К., Дзгоева Д.Б. Хирургическая тактика при опухолевой непроходимости левой половины ободочной кишки // Научная конференция с международным участием «Актуальные проблемы колопроктологии», посвящ. 40-летию ГНЦ колопроктологии. М., 2005. С. 301–303.
35. Ханевич М.Д., Шашолин М.А., Зязин А.А. Колоректальный рак. Подготовка толстой кишки к операции. М.: МедЭкспертПресс; Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. 136 с.
36. Царев М.И., Чеченин Г.М., Равич Л.Д. и др. Колоректальное стентирование при лечении острой обтурационной толстокишечной непроходимости // VI Международная конференция «Российская школа колоректальной хирургии. Новое в лечении геморроя и рака ободочной кишки»: Материалы. М., 2012. С. 88.
37. Чадаев А.П., Любский А.С. Хирургическая тактика при острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Международный хирургический конгресс «Актуальные проблемы современной хирургии»: Труды. М., 2003. С. 135.
38. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петров Г.Т. Злокачественные новообразования в России в 2007 г. (заболеваемость и смертность). М.: АНТИФ, 2009. 241 с.
39. Шашолин М.А., Зубрицкий В.Ф., Готов С.В. и др. Классификация нарушения кишечной проходимости у больных колоректальным раком // VI Международная конференция «Российская школа колоректальной хирургии. Новое в лечении геморроя и рака ободочной кишки»: Материалы. М., 2012. С. 99.
40. Шишкина Г.А. Оптимизация хирургического лечения рака толстой кишки, осложнённого кишечной непроходимостью: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2009, 48 с.
41. Шулуто А.М., Моисеев А.Ю., Зубцов В.Ю. Субтотальная колэктомия при обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Хирургия. 2000. № 2. С. 14–16.
42. Эктов В.Н., Шамаева Т.Е. Энтеросорбция и интраоперационный толстокишечный сорбционный диализ при стенозирующих опухолях левой половины ободочной кишки // Хирургия. 2000. № 2. С. 467–469.
43. Эктов В.Н., Шамаева Т.Е., Наливкин А.И. и др. Интраоперационный кишечный лаваж в лечении обтурирующих опухолей толстой кишки левосторонней локализации // Пробл. колопроктол. М., 1998. Вып. 16. С. 240–242.
44. Янчук Н.А., Балицкий В.В., Табола Н.М. Хирургическая тактика при лечении опухолей левой половины толстой кишки, осложнённых обтурационной кишечной непроходимостью // Пробл. колопроктол. М., 2002. Вып. 18. С. 510–514.
45. Araki Y., Isomoto H., Matsutomo A. et al. Endoscopic decompression procedure in acute obstruction colorectal cancer // Endoscopy. 2000. Vol. 32. P. 641–643.
46. 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. 5. P. 504–510.
47. De Gregorio M.A., Mainaz F., Tobio R. et al. Tratamiento de las obstruiciones colorectales agudas mediante implantacion de protest metallicas expandibles // Rev. esp. enferm. digest. 1996. Vol. 88, № 10. P. 667–671.
48. Koruth N.M., Krukowski Z.N., Youngson G.G. et al. Intra-operative colonic irrigation in the management of left-sided large bowel emergencies // Br. J. Surg. 1985. Vol. 72, № 9. P. 708–711.
49. Noce R., Galippi G., Steinweg M. et al. Our experience of primary colonic resection for cancer in emergency surgery // Minerva Chir. 1992. Vol. 17, № 19. P. 1585–1587.
50. Nozoe T., Matsumoto T. Usefulness of preoperative colonic lavage using transanal ileus tube for obstruction carcinoma of left colon: device to perfume one-stage operation safely // J. Clin. Gastroenterol. 2001. Vol. 31. P. 156–158.
51. Pollock A.V., Playforth M.J., Evans M. Preoperative lavage of the obstructed left colon to allow safe primary anastomosis // Dis Colon Rectum. 1987. Vol. 30. P. 270–274.
52. Uccheddu A., Cois A., Cagetti M. La chirurgia della complicita occlusiva nel carcinoma del colon sinistro. Problematiche cliniche esperienra personale su 56 cast operativ // G. Chir. 1994. Vol. 15, № 10. P. 443–449.

Поступила в редакцию 15.05.2013 г.