

УДК 616.348(028)

Д.В. Сафонов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)

Областная клиническая больница (главный врач - к.м.н. И.Д. Лиханов),

Читинская государственная медицинская академия (ректор - заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

Если при наличии перфорации или кишечной непроходимости с развитием перитонита, необходимость экстренной операции после непродолжительной предоперационной подготовки (1-2ч.) не вызывает сомнений, то тактика при суб- и декомпенсированной толстокишечной непроходимости без перитонита неоднозначна. Учитывая, что обтурирующий агент очень редко полностью перекрывает просвет кишки даже при декомпенсации процесса, а странгуляция ободочной кишки может быть ликвидирована в результате спонтанной или консервативной деторсии, то, как следствие, всегда есть надежда на устранение непроходимости консервативным путем. Классическое консервативное лечение толстокишечной непроходимости занимает не более 2- 2,5 часов, хотя может быть продлено до 6 часов с последующим решением вопроса о дальнейшей тактике лечения [7].

У многих хирургических школ сформировались индивидуальные точки зрения на выполнение хирургических операций. При лечении острых осложнений ободочной кишки перед хирургом встают три основные задачи: разрешение возникшего осложнения (для спасения жизни больного), удаление основного заболевания (для увеличения продолжительности жизни) и восстановление естественного пассажа по кишке (для повышения качества жизни) [4, 17]. Для решения этих задач принципиально сформировались следующие направления:

1. Резекции кишки (радикальные и паллиативные):

1.1. Одномоментные - первичная резекция кишки с формированием первичного межкишечного анастомоза.

1.2. Двухмоментные:

1.2.1. На первом этапе - формирование разгрузочной колостомы, на втором - резекция кишки с колостомой и формирование анастомоза.

1.2.2. На первом этапе - выполнение пер-

вичной резекции кишки с формированием колостомы, на втором - ликвидация колостомы.

1.3. Многоэтапные - на первом этапе формирование разгрузочной колостомы, на втором - резекция кишки, на третьем - ликвидация колостомы.

2. Симптоматические операции (формирование разгрузочной кишечной стомы или обходного анастомоза).

Показания для симптоматических операций в настоящее время суживаются, в связи с появлением новых технологий лечения. Основы многоэтапных операций предложил в 1898 г. Г. Ф. Цейдлер, а более подробно Шлоффер и доложил в 1903 году. В связи с чем операция носит название Цейдлера - Шлоффера. В настоящее время эта операция сохраняет свою актуальность только при повышенном операционном риске, выраженной интоксикации, крайне-тяжелом состоянии, в пожилом и старческом возрасте [11, 12, 43, 45]. Основной недостаток - оставление в брюшной полости заболевания - источника интоксикации, прогрессирования, а в случае рака и метастазирования. Данная операция сопровождается наибольшим числом гнойно-септических осложнений и имеет наихудший прогнозический результат. Лишь 30% больных могут пережить все три этапа операций. А положительный момент вмешательства - легко выполнимый и малотравматичный первый этап - пожалуй, единственное и далеко не всегда обоснованное оправдание для данной операции.

Принципиально различают два вида двухэтапных операций: с первичной резекцией ободочной кишки и без нее. В случае отказа от первичной резекции, на первом этапе решается основная задача ургентной хирургии - отключение пораженного участка кишки из естественного пассажа, то есть разрешение осложнения [2, 31, 47]. До сегодняшнего дня с этой целью используют наложение проксимальной разгрузочной колостомы, иногда дополняя ее при перфорации различными способами ограничения пораженного участка ободочной кишки от свободной брюшной полости. После ликвидации признаков непроходимости и перитонита в плановом порядке, обычно не ранее 2 - 3 месяцев, проводят второй этап - резекцию ободочной кишки с патологическим очагом и формированием анастомоза. Следует отметить, что в таком классическом варианте эти пособия не лишены всех недостатков многоэтапных операций, однако сокращение хирургических

этапов несколько улучшает показатели лечения. Вместе с тем, в современной хирургии наметились тенденции к разрешению декомпенсированной обтурационной толстокишечной непроходимости на первом этапе путем малоинвазивных мероприятий, с последующим выполнением второго этапа в плановом порядке на 7 - 10 сутки. Прежде всего, это проведение различных зондов и введение препаратов типа полиэтиленоксида выше препятствия, что ликвидирует непроходимость у 26,8% больных [13]. А так же реканализация препятствия при фиброколоноскопии с помощью электро- или фотокоагуляции [7] или с помощью установки саморастягивающихся стентов. Между тем описаны летальные случаи после эндоваскулярной реканализации препятствия, случаи миграции стента и перфорации стенки ободочной кишки, а также многочисленные гнойно-септические осложнения на уровне 16 - 29%. В эту же группу малоинвазивных способов разрешения кишечной непроходимости, относятся наложение лапароскопических проксимальных колостом, с последующей резекцией ободочной кишки на 10 - 14 сутки [31, 51, 52]. Однако безопасность лапароскопических манипуляций при кишечной непроходимости многими авторами ставится под сомнение из-за возможности перфорации. Выполнение же ее при перфорации также сомнительно из-за невозможности полноценной санации и адекватного дренирования брюшной полости.

Значительно более совершенным является второй способ двухэтапных операций - когда на первом этапе происходит резекция ободочной кишки с формированием колостомы [26, 30, 35]. Самое значительное и основное преимущество данных пособий заключается в удалении на этом этапе основного заболевания - источника прогрессирования и основной причины интоксикации [9, 14, 27, 29, 33, 36]. У этих операций остается единственный недостаток - отсроченное восстановление естественного пассажа по ободочной кишке, которое происходит на втором этапе, в плановом порядке [29].

Техническое исполнение данного варианта лечения имеет несколько типов [33, 36]. Наиболее используемой является операция Гартмана или типа Гартмана [1, 3, 37]. Операция Гартмана предложена автором в 1923 году для лечения рака дистального отдела сигмовидной кишки и верхнеампулярного отдела прямой кишки с ушиванием культи прямой кишки и погружением ее под тазовую брюшину и формированием одностволь-

ной сигмостомы [10]. В настоящее время модификации данной операции с формированием одноствольной кишечной стомы применяются в различных ситуациях, при выполнении резекции любых отделов ободочной кишки. Данная операция получила название - типа Гартмана. Эффективность данных операций признана всеми, а зарубежная литература считает их практически "золотым стандартом" двухэтапных операций [20]. В 1902 году Микулич предложил при опухоли сигмовидной кишки выведение ее наружу, с отсроченным (на 4 сутки) выполнением резекции и формированием двуствольной КС. Данная операция получила название - операция Микулича. Однако в чистом виде она не выполняется, и операции с резекцией ободочной кишки и формированием колостомы получили название - типа Микулича [16]. Нужно отметить, что гораздо раньше Лахей предлагал при опухоли правой половины ободочной кишки выполнять первичную резекцию (правостороннюю гемиколэктомию) с формированием колостомы, однако он формировал множественные одноствольные колостомы. Операции типа Микулича более редко упоминаются отечественными авторами, больше для правосторонней локализации процесса и для сигмовидной кишки [8, 18, 19], а в зарубежной литературе упоминания - единичные. Описаны различные модификации этих операций, в том числе - частичный внебрюшинный анастомоз [42]. Недостатком, по сравнению с операцией Гартмана, по утверждению некоторых авторов, являются сложности при выведении постколостомического отдела на переднюю брюшную стенку и его некроз при возникновении натяжения.

В иностранной литературе имеются многочисленные сведения о применении первичного анастомоза с наложением проксимальной разгрузочной кишечной стомы. Некоторые авторы даже относят их к одноэтапным операциям, однако необходимость отсроченного восстановления естественного пассажа по кишечнику, несомненно, является вторым этапом [1]. Основной же недостаток данной операции - наличие первичного анастомоза в брюшной полости, в условиях перитонита. Имеются сведения о наложении "скрытой" колостомы, которая открывается только в случае возникновения несостоятельности анастомоза.

Разработано несколько методов операции с формированием отсроченного анастомоза [27, 46]. Предложены различные модификации данной операции с отсроченной самопроизвольной или

искусственной реканализацией. Однако на период обструкции для декомпрессии кишки накладывается проксимальная стома в различной модификации.

Отдельно следует сказать о терминологическом У-образном анастомозе (с односторонней стомой). Преимуществом этой операции является то, что кроме удаления причины осложнения и самого осложнения, происходит частичное восстановление пассажа на фоне дозированной декомпрессии [1, 5, 28, 37]. Закрытие стомы производят позже, внебрюшинным способом. Однако имеется анастомоз в брюшной полости и, как следствие, возможность его несостоятельности.

В последние годы в хирургии наметилась тенденция к выполнению одноэтапных операций на высоте кишечной непроходимости и даже при перфорации [28, 32, 43]. Хотя современная хирургическая тактика склоняется в пользу одновременного удаления основного заболевания, вызвавшего осложнение, и формирование первичного анастомоза, многие хирурги указывают на то, что накладывая анастомоз на первично воспаленную кишечную стенку с метаболическими нарушениями, в условиях неподготовленной перерастянутой кишки, существующей гипертензии внутри кишки и перитонита снаружи, невозможно ожидать благоприятного сращения, т.к. биологическая проницаемость кишки изначально повышена, а механическая прочность снижена и, как следствие, велика вероятность несостоятельности швов анастомоза [25]. Тем не менее, другие авторы утверждают, что выполнение первичного анастомоза не приводит к увеличению числа осложнений и летальных случаев [48].

Для декомпрессии ободочной кишки предложено множество технических решений [50], разновидностей зондов и способов их введения (назогастроинтестинально, трансаналально, через трубчатую кишечную стому, через аппендикостому и др.) [15]. Попытки простой зондовой интубации просвета ободочной кишки с целью декомпрессии считаются мало перспективными, однако декомпрессивная интубация с последующим проведением внутривосветного лаважа толстой кишки значительно улучшает результаты. Применение для лаважа адсорбентов значительно повышает его эффект и быстрее ликвидирует проявления эндотоксикоза [23, 24, 38, 44]. Ряд сообщений последних лет свидетельствуют о положительном эффекте однократного интраоперационного лаважа толстой кишки [39, 40]. Из них

следует, что эта манипуляция достаточно эффективна для интраоперационной очистки кишки, для ликвидации эндотоксикоза в послеоперационном периоде, для декомпрессии кишки и даже как замена классической подготовки к плановой операции. Применение однократного интраоперационного лаважа при двухэтапных операциях снижает число послеоперационных осложнений [21]. Однако наибольшую полезность этой операции, по мнению некоторых хирургов, создает возможность наложения первичного анастомоза, т.е. проведение одноэтапной операции, хотя летальность при этом не снижается ниже 6,3% [32].

Критерии лечения. Учитывая высокую летальность и число послеоперационных осложнений, длительный послеоперационный койко-день - именно эти факторы являются наиболее надежными критериями эффективности реабилитации больных с осложненными заболеваниями ободочной кишки [34].

На сегодняшний день не существует "идеальной" операции, преимущества которой были бы очевидны. Поэтому большинство хирургов указывают на необходимость индивидуального выбора объема и метода операции в зависимости не только от локализации, вида заболевания и его осложнения и квалификации хирурга и анестезиолога, но и от наличия так называемых факторов риска (крайне тяжелое состояние, пожилой и старческий возраст, наличие тяжелой сопутствующей патологии и др.) [4]. Однако необходимость выполнения первичной резекции ободочной кишки при резектабельном процессе признана большинством хирургов [6, 22, 33, 41, 49].

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Спорные и нерешенные вопросы хирургической тактики при перфорации толстой кишки / С.А. Алиев // Вестник хирургии. - 2001. - №4. - С.44 - 49
2. Бардаханов А.Т. Колостомия при острой кишечной непроходимости: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - СПб., 1996. - 19с.
3. Белоконев В.И. Лечение больных с кишечными свищами, открывающимися в лапаротомную рану / В.И. Белоконев, Е.П. Измайлов // Акт. проблемы современной хирургии: Тр. международного хирургического конгресса. - Москва, 2003. - С.113
4. Блохин В.Н. Перитонит - проблема лечения рака толстой и прямой кишки / В.Н. Блохин, Н.А. Арестов, В.Я. Васютков, К.А. Бабаян // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5 - й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.103 - 104.
5. Борисов А.Е. Хирургическое лечение осложненно-

- го рака сигмовидной кишки у лиц пожилого и старческого возраста / А.Е. Борисов, Н.И. Глушков, А.Е. Митичкин и др. // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 4-й Всеросс. конф. - Иркутск, 1999. - С.141 - 142
6. Виячки И.В. Диагностические и хирургические проблемы осложненного рака ободочной и прямой кишок / И.В. Виячки // Хирургия. - 1993. - №12. - С.35 - 39
 7. Воробьев Г.И. Обтурационная непроходимость толстой кишки / Г.И. Воробьев // Врач. - 1997. - №10. - С.9 - 12
 8. Воробьев Г.И. Опыт государственного научного центра колопроктологии в хирургическом лечении неспецифического язвенного колита / Г.И. Воробьев, Т.Л. Михайлова, Н.В. Костенко и др. // Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1999. - №3. - С.47 -51
 9. Галкин В.Н. Возможность хирургического лечения пациентов с острой толстокишечной непроходимостью и высоким операционным риском / В.Н. Галкин, Н.А. Майстренко, С.Ф. Басос // Акт. проблемы современной хирургии: Тр. междунар. хирургического конгресса. - Москва, 2003. - С.113
 10. Григорьев Е.Г. Хирургия колостомированного больного / Е.Г. Григорьев, И.В. Нестеров, В.Е. Пак. - Новосибирск: Наука, 2001. - 119с.
 11. Гринберг А.А. Хирургическая тактика при опухолевой кишечной непроходимости / А.А. Гринберг, А.Е. Богданов, Е.Г. Александрова и др. // Первый конгресс ассоциации хирургов им. Пирогова: Тез. докл. и сообщений. - Ташкент, 1996. - С.79 - 80
 12. Гюльмамедов П.Ф. Реконструктивно - восстановительные операции у больных, оперированных по поводу рака прямой кишки / П.Ф. Гюльмамедов, А.М. Белозерцев, В.И. Волков и др. // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.119.
 13. Даценко Б.М. Подготовка толстой кишки к операции при кишечной непроходимости / Б.М. Даценко, А.К. Пулатов, Е.Б. Дружини // Хирургия. - 1994. - №10. - С.41 - 44
 14. Ершов В.В. Расширенные и комбинированные операции при раке ободочной кишки, осложненном кишечной непроходимостью / В.В. Ершов, А.Д. Рыбинский, Н.А. Шитов // Акт. проблемы современной хирургии: Тр. международного хирургического конгресса. - Москва, 2003. - С.113
 15. Завгороднев С.В. Экстренные операции по поводу кольцевального рака в общехирургическом отделении / С.В. Завгороднев, В.Г. Пащков, В.И. Корниенко // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5 - й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.129 - 130.
 16. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей / Под ред. В.Д. Федорова, Г.И. Воробьева, В.Л. Ривкина - М.: ГНЦК проктологии, 1994. - 432с.
 17. Коровин А.Я. Комплексное лечение гнойно - септических осложнений острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии / А.Я. Коровин, М.Т. Дидигов // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5 - й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.140 - 141.
 18. Кузьмин А.И. Стандартизованные для эндоскопии наименования операций на толстой кишке. Часть 1: операции, завершающиеся восстановлением непрерывности кишечника / А.И. Кузьмин, В.В. Веселов, А.М. Нечипай и др. // Росс. онкологический журнал. - 2000. - №3. - С.31 - 37
 19. Кузьмин А.И. Стандартизованные для эндоскопии наименования операций на толстой кишке. Часть 2: операции, сопровождающиеся разобщением кишечника / А.И. Кузьмин, В.В. Веселов, А.М. Нечипай и др. // Российский онкологический журнал. - 2000. - №4. - С.29 - 35
 20. Кулемин В.В. Наложение наружных кишечных стом с лечебной целью / В.В. Кулемин, Ю.И. Верушин, С.В. Котомин и др. // Хирургия. - 1994. - С.46 - 48
 21. Макарова Н.П. Роль состояния пристенотических отделов ободочной кишки в выборе хирургической тактики у больных с опухолевой обтурационной кишечной непроходимостью / Н.П. Макарова, Б.С. Троицкий, Н.Г. Пескова // Российский онкологический журнал. - 2000. - №2. - С.46 - 48
 22. Маскин С.С. Тактические аспекты хирургии опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости / С.С. Маскин, В.Б. Широков // Первый конгресс ассоциации хирургов им. Пирогова: Тез. докл. и сообщений. - Ташкент, 1996. - С.89
 23. Мирошниченко А.Г. Интракорпоральная детоксикация у больных острым разлитым перитонитом: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. - СПб., 1994. - 58с.
 24. Михайлович В.А. Толстокишечный сорбционный диализ в комплексном лечении острого панкреатита / В.А. Михайлович, Х.А. Умеров, А.Г. Мирошниченко и др. // Эндогенные интоксикации: Тез. междунар. симпозиума. - СПб.: МАПО, 1994. - С.235 - 236
 25. Наумов Н.В. Решение проблемы несостоятельности толстокишечных анастомозов при ручном шве / Н.В. Наумов, Н.В. Рункелов, Д.А. Махотин // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5 - й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.48 - 49
 26. Орловская Л.А. Реконструктивно - восстановительные операции при осложненном раке толстой кишки / Л.А. Орловская, И.В. Гончарова, В.Х. Анапалиян и др. // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5 - й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.157 - 158.
 27. Плотников В.В. Первично-отсроченный Т-образный компрессионный анастомоз в неотложной колопроктологии / В.В. Плотников, Ю.Б. Чинарев, С.В. Мысливцев и др. // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5 - й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.159 - 160.
 28. Полутарников Е.А. Хирургическая тактика при лечении осложненного рака ободочной кишки / Е.А. Полутарников, Е.В. Лишов, В.Х. Тян // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5 - й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.160.
 29. Пономарев В.Н. Хирургическое лечение осложнен-

- ного рака толстой кишки / В.Н. Пономарев, С.Г. Павленко, О.А. Ванин // Акт. проблемы колопротологии: Тез. докл. 4 - й Всеросс. конф. - Иркутск, 1999. - С.202 - 203.
30. Попов М.Ю. Хирургическое лечение рака ободочной кишки / М.Ю. Попов // Вестник хирургии. - 1995. - №4-6. - С.97 - 98
31. Пугаев А.В. Лечение обтурационной кишечной непроходимости, обусловленной раком ободочной кишки Т3-4 / А.В. Пугаев, С.Ф. Александров, О.В. Крутлина // Росс. онкологический журнал. - 1999. - №6. - С.25 - 30
32. Рождественский А.И. Сравнительная оценка различных видов оперативных вмешательств при обструктивном колоректальном раке / А.И. Рождественский, А.Д. Турчин, А.В. Игуменов и др. // Акт. проблемы колопротологии: Тез. докл. 5 - й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.164 - 165.
33. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. - М: Медицина, 1986. - 608с.
34. Сажин В.П. Лечение обтурационной кишечной непроходимости / В.П. Сажин, П.А. Госткин, А.В. Сажин // Акт. проблемы современной хирургии: Тр. междунар. хирургического конгресса. - Москва, 2003. - С.113
35. Султанов Г.А. Диагностика и лечение колового перитонита при перфоративных опухолях и диастатических разрывах ободочной кишки / Г.А. Султанов, С.А. Алиев // Первый Московский международный конгресс хирургов. - М., 1995. - С.95 - 96
36. Султанов Г.А. Тактика хирургического лечения больных с опухолевой обтурационной непроходимостью ободочной кишки / Г.А. Султанов, С.А. Алиев // Акт. проблемы колопротологии: Тез. докл. 4 - й Всеросс. конф. - Иркутск, 1999. - С.240 - 241.
37. Сумин В.В. Хирургическая тактика при неотложной резекции кишки / В.В. Сумин, Ф.С. Жижин // Вестник хирургии. - 1993. - №3-4. - С.109 - 114
38. Топузов Э.Г. Интраоперационный толстокишечный сорбционный диализ при раке толстой кишки, осложненном толстокишечной непроходимостью / Э.Г. Топузов, Н.А. Беляков, А.В. Соломенников и др. // Вопросы онкологии. - 1998. - №6. - С.708 - 710
39. Топузов Э.Г. Предупреждение перитонита у больных колоректальным раком / Э.Г. Топузов, Е.А. Ерохина, Г.А. Шишкина и др. // Акт. проблемы колопротологии: Тез. докл. 5 - й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.170 - 171.
40. Топузов Э.Г. Интраоперационный толстокишечный сорбционный диализ при осложненном непроходимостью раке толстой кишки / Э.Г. Топузов, Г.А. Шишкина, А.А. Кокая и др. // Акт. проблемы колопротологии: Тез. докл. 5 - й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.170 - 171.
41. Тотиков В.Э. Хирургическая тактика при обтурационном нарушении проходимости ободочной кишки / В.Э. Тотиков, В.Д. Слепушкин, А.К. Хестанов и др. // Акт. проблемы колопротологии: Тез. докл. 5 - й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.172.
42. Тотиков В.З. Хирургическое тактика при огнестрельных ранениях ободочной кишки / В.З. Тотиков, А.К. Хестанов, Х.В. Дзгоев, Е.Г. Миндзаева // Хирургии. - 2002. - №5. - С.40 - 43
43. Триандофилов В.С. Хирургическая тактика при обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / В.С. Триандофилов, К.Т. Сиухов, М.М. Душ-Сантуш и др. // Акт. проблемы колопротологии: Тез. докл. 5 - й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.172 - 173.
44. Умеров А.Х. Экспериментальное обоснование колоносорбции / А.Х. Умеров, А.В. Соломенников, И.Н. Журавлева и др. // Эндогенные интоксикации: Тез. междунар. симпозиума. - СПб.: МАПО, 1994. - С.249 - 250
45. Федосеев А.В. К вопросу об осложнениях опухоли ободочной кишки / А.В. Федосеев, А.Л. Гуща, С.В. Тарасенко и др. // Акт. проблемы колопротологии: Тез. докл. Всеросс. конф. - Иркутск, 1999. - С.241 - 242.
46. Хавина Е.М. Хирургическое лечение при раке правой половины ободочной кишки, осложненном обтурационной непроходимостью / Е.М. Хавина, С.В. Осмоловский, О.В. Горох и др. // Вестник хирургии. - 2000. - №4. - С.37 - 39
47. Чадаев А.П. Хирургическая тактика при острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / А.П. Чадаев, А.С. Любский // Акт. проблемы современной хирургии: Тр. международного хирургического конгресса. - Москва, 2003. - С.113
48. Эктор В.Н. Радикальные оперативные вмешательства при осложненном колоректальном раке / В.Н. Эктор, Т.Е. Шамаева, А.И. Наливкин // Акт. проблемы колопротологии: Тез. докл. 5 - й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.179.
49. Яицкий Н.А. Рак толстой кишки, осложненный воспалительным процессом и перфорацией / Н.А. Яицкий, Т.А. Мошкова // Вестник хирургии. - 2001. - №1. - С.92 - 96
50. Яицкий Н.А. Способ декомпрессии кишки и формирование отключающей стомы / Н.А. Яицкий, Т.А. Мошкова // Акт. проблемы колопротологии: Тез. докл. Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.91.
51. Яновой В.В. Оперативные вмешательства на левой половине ободочной кишки после наложения декомпрессионной лапароскопической колостомы / В.В. Яновой, А.С. Мартынов, С.В. Орлов и др. // Акт. проблемы колопротологии: Тез. докл. 5 - й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.185 - 186.
52. Яновой В.В. Временная декомпрессивная лапароскопическая ассистированная колостомия / В.В. Яновой, А.С. Мартынов, Ю.В. Доровских и др. // Хирургия. - 2002. - №2. - С.33 - 36