

Министерство образования и науки
Донецкой Народной Республики
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

На правах рукописи

Бондаренко Александр Иванович

**ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА
ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НА ФОНЕ ДИВЕРТИКУЛЕЗА**

14.01.12 – онкология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Донецк – 2016

Работа выполнена в Донецком национальном медицинском университете им. М.Горького, г. Донецк.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент
Золотухин Станислав Эдуардович

Официальные оппоненты: **Максимов Алексей Юрьевич**
доктор медицинских наук, профессор,
Федеральное государственное бюджетное
учреждение «Ростовский научно-
исследовательский онкологический
институт» МЗ РФ, заместитель директора по
перспективным научным разработкам

Ищенко Роман Викторович
доктор медицинских наук, профессор,
Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения МО «Московский
областной онкологический диспансер»,
заведующий отделением хирургии печени и
поджелудочной железы

Ведущая
организация: **Государственное учреждение «Луганский
государственный медицинский
университет» Луганской Народной
Республики (ГУ ЛГМУ ЛНР)**

Защита состоится «20» сентября 2016 года в 10.00 часов на заседании диссертационного совета Д 01.011.03 при Донецком национальном медицинском университете им. М.Горького по адресу: г. Донецк, ул. Полоцкая, 2а, Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В.Бондаря. Тел.: (062) 332-70-35, e-mail: stanislaw.zolotukhin@gmail.com

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке организации по адресу: г. Донецк, пр. Ильича, 16; dnmu.ru

Автореферат разослан «___» _____ 2016 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д 01.011.03

Золотухин С.Э.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

В начале XXI века сохраняется устойчивая и повсеместная тенденция к росту заболеваемости раком толстой, в частности – ободочной кишки. Особенно высока его частота в развитых странах Европы и Америки, на большей части территории СНГ, в некоторых странах Азии, в частности – Японии. По данным большинства исследователей, рак ободочной кишки прочно занял 6 – 7 места в структуре онкологической патологии, а вместе с раком прямой кишки (колоректальный рак) в отдельных регионах занял первое – второе места. За последние 10 лет рак толстой кишки в структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации и других стран переместился с 6-го на 3-е место (Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., 2013; WHO, International Agency for Research on Cancer, 2014). В структуре смертности от злокачественных образований на долю рака толстой кишки приходится 9% (Г.В.Бондарь и др., 2009; М.И.Давыдов М.И., Аксель Е.М.; 2009г.; World Cancer Report, 2014). Ежегодно регистрируется более 600 000 впервые заболевших раком ободочной кишки и более 300 000 смертей от него. В ДНР, по данным республиканского статуправления, частота заболеваемости раком ободочной кишки возросла в 2015 году до 20,6 на 100 000 населения. Несмотря на совершенствование методов скрининга и появление реальной возможности ранней диагностики, не снижается частота выявления запущенных осложненных форм течения заболевания, регистрируемых, в зависимости от профиля учреждения, в 20%-90% от впервые выявленных случаев заболевания, что резко снижает возможность эффективного оказания специализированной помощи не только в отношении выполнения первично-восстановительных операций, но и в использовании химиолучевых методов терапии (Бердов Б.А. и др., 2003; Колесник Е.А., 2009; Шалимов С.А. и др., 2006; Барсуков Е.А., 2014, Федянин М.Ю., 2014). Поиск путей совершенствования способов лечения отображается в многочисленных публикациях вот уже на протяжении 100 лет. Основные усилия в лечении рака ободочной кишки, осложненного кишечной непроходимостью и перифокальным воспалением уделяются возможности выполнения первично-восстановительных операций. Однако, практически на неизменном уровне сохраняется высокий удельный вес не функциональных обструктивных резекций. В то же время, нельзя не отметить в этом направлении успехи в некоторых немногочисленных, но значимых исследованиях (Бондарь Г.В. и соавт. 1990, 2001, 2009; Башеев В.Х. и соавт. 1995, 1999, 2007; Борота А.В. и соавт. 2003. 2008, 2012).

В литературе практически отсутствуют сведения о достаточно частой и не менее сложной, набирающей актуальность, проблеме – лечению рака ободочной кишки на фоне дивертикулеза (дивертикулита). Существующие редкие работы свидетельствуют о неудовлетворительных результатах хирургического лечения – более чем в 30% случаев

выполняются обструктивные резекции и симптоматические операции ввиду выраженных воспалительных изменений кишечной стенки. К тому же, воспалительный процесс существенно затрудняет не только возможность формирования надежного анастомоза, но и ставит под угрозу вероятность удаления опухолевого процесса. Число послеоперационных осложнений может достигать 30-40%, послеоперационная летальность – 10%. Сложность проблемы обуславливается еще и целым рядом объективных факторов. Заболеваемость дивертикулезом толстой кишки в различных странах достигает 30%. Существенно увеличиваясь после 50 лет, дивертикулез регистрируется у больных старше 70 лет более чем в 40% случаев. Это именно та возрастная группа, которая подвержена наибольшему риску заболеваемости раком ободочной кишки. На сегодняшний день, в связи с повсеместным увеличением продолжительности жизни, растет и число пациентов, страдающих от сочетанного поражения раком и дивертикулезом ободочной кишки. Стоит также подчеркнуть, что в 50-60% случаев дивертикулез сам по себе как патология, сопровождается гнойно-воспалительными осложнениями. По мнению некоторых авторов, наличие опухолевого процесса на фоне дивертикулеза почти в 100% случаев позволяет говорить о развитии дивертикулита с различными формами осложненного течения. На этом фоне исследователи отмечают повышение частоты несостоятельности анастомоза в 3 раза, как в ургентном, так и в плановом хирургическом лечении, что, несомненно, требует пристального внимания к этой категории больных.

Степень разработанности актуальности темы

Работы, посвященные сочетанию дивертикулеза и рака ободочной кишки, встречаются достаточно редко. Идею о повышении риска развития рака ободочной кишки на фоне дивертикулеза высказывали (Morini S. et al., 2002; Imdahl A. et al., 2003; Stefanson T. et al., 2004; Kieff B.J et al., 2004). О высокой вероятности опухолевого роста в ободочной кишке на фоне дивертикулеза и необходимости повышения уровня диагностики в таких случаях посвятили свои работы ряд исследователей (Shen S.H. et al., 2005). О достаточно сложном течении и неудовлетворительных непосредственных результатах лечения рака толстой кишки на фоне дивертикулеза сообщали отдельные авторы (Ковальская С.Ф., 2000; Vokey E.L. et al., 1981). В целом, случаи сочетания рака ободочной кишки и дивертикулеза большинством авторов упоминаются эпизодически, в связи с чем о разработке какой-либо тактики или рекомендаций при данной патологии речь не идет. Не отражены так же в литературе и вопросы функционирования толстой кишки после операции, что прямо определяет качество жизни пациентов при дивертикулезе ободочной кишки на фоне опухолевой болезни.

Такое положение дел свидетельствует о необходимости поиска новых технических подходов и решений при выполнении операций по поводу рака ободочной кишки на фоне дивертикулеза (дивертикулита), которые

позволят снизить частоту послеоперационных осложнений, в частности, несостоятельности швов анастомоза, повысить удельный вес первично-восстановительных операций и улучшить качество жизни пациентов.

Связь работы с научными программами, планами, темами

Работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы кафедры онкологии и онкологии и радиологии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького "Разработать методы первично-восстановительной хирургии, комбинированного и комплексного лечения злокачественных опухолей основных локализаций" (№ государственной регистрации 0109U008703).

Цель исследования – разработать оптимальную тактику хирургического лечения рака ободочной кишки на фоне дивертикулеза за счет внедрения эффективных методов профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений, создания надежного способа формирования толстокишечного анастомоза для повышения удельного веса первично-восстановительных операций.

Для достижения цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Определить причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения рака ободочной кишки на фоне дивертикулеза.
2. Разработать комплекс предоперационных профилактических лечебных мероприятий, направленных на снижение частоты интра- и послеоперационных осложнений при раке ободочной кишки на фоне дивертикулеза.
3. Разработать способ формирования надежного толстокишечного анастомоза при операциях на ободочной кишке по поводу рака на фоне дивертикулеза.
4. На основании полученных непосредственных и функциональных результатов лечения доказать возможность и целесообразность выполнения первично-восстановительных операций при раке ободочной кишки на фоне дивертикулеза.
5. На основании анализа полученных результатов лечения рака ободочной кишки на фоне дивертикулеза разработать рекомендации для других лечебных учреждений в тактическом подходе и технических лечебных приемах для данной категории пациентов.

Объект исследования – непосредственные, отдаленные и функциональные результаты лечения больных раком ободочной кишки на фоне дивертикулеза при использовании разработанных способов хирургического и комбинированного лечения.

Предмет исследования – больные раком ободочной кишки на фоне дивертикулеза.

Научная новизна исследования

Впервые на большом исследовательском материале предложена эффективная хирургическая тактика выполнения первично-восстановительных операций по поводу рака ободочной кишки на фоне дивертикулеза.

Впервые показана возможность и эффективность предоперационной консервативной профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений в стенке кишки и брюшной полости, вызванных осложнениями дивертикулеза, позволяющие создать благоприятные условия для оперативных вмешательств на ободочной кишке.

Впервые доказана возможность комбинированного лечения при раке ободочной кишки на фоне дивертикулеза.

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 14.01.12 онкология.

Теоретическая и практическая значимость работы

В исследовании доказана возможность выполнения в большинстве случаев первично-восстановительных операций при осложненном раке ободочной кишки независимо от объема поражения дивертикулезом.

Предложен комплекс хирургических и консервативных вмешательств, направленных на эффективное купирование и профилактику осложнений, которые сопровождают рак ободочной кишки на фоне дивертикулеза в предоперационном и послеоперационном периодах.

Полученные непосредственные, функциональные и отдаленные результаты после операций на ободочной кишке при сочетании рака и дивертикулеза позволяют считать их не только эффективными, но и предпочтительными обструктивным способам хирургического лечения.

Разработанная тактика лечения рака ободочной кишки на фоне дивертикулеза может быть рекомендована для внедрения в онкологические центры и диспансеры, специализированные проктологические отделения городских больниц.

Материалы диссертационной работы внедрены в практику Республиканского онкологического центра им. проф. Г.В.Бондаря; Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака; Донецкого клинического территориального медицинского объединения, о чем получены справки о внедрении результатов.

Личный вклад соискателя

Автор принимал активное и непосредственное участие в теоретическом обосновании, разработке и практическом применении способа формирования толсто-толстокишечного анастомоза при раке ободочной кишки на фоне дивертикулеза. Провел сбор и обработку исследовательского материала, сформировал основные положения и выводы работы.

Методология и методы исследования

При проведении работы клиническое обследование использовалось для оценки состояния больного при поступлении в стационар и в процессе лечения. Эндоскопическое исследование толстой кишки (ректороманоскопия, фиброколоноскопия) использовано для оценки распространения опухолевого процесса и биопсии опухоли (для морфологической верификации диагноза), определения участков кишки, пораженных дивертикулами. Рентгенологическое исследование толстой

кишки проводилось для исключения мультицентрического роста опухоли, оценки количества и размеров дивертикулов. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки использовалось для исключения метастатического поражения легких. Ультразвуковое исследование и компьютерная томография органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства применялись для оценки распространения опухолевого процесса, диагностики рецидивов и метастазов опухоли. Статистический анализ проводился в пакетах MedStat (Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г, 2004-2011) и «MedCalc» (MedCalc Software, 1993-2011). Для оценки выживаемости в работе приводится значение медианы выживаемости больных, а также показатели отдаленной выживаемости больных с указанием соответствующего 95% ДИ.

Положения, выносимые на защиту

1. Возможность анастомозирования участков ободочной кишки, пораженных дивертикулами, без риска несостоятельности швов анастомоза, что позволяет выполнять стандартный объем операций при раке ободочной кишки и исключает необходимость обширных, в том числе не функциональных резекций, повышающих риск развития послеоперационных осложнений и летальности.

2. Необходимость проведения предоперационной антибактериальной терапии и повышения её эффективности за счет эндолимфатического введения лекарственных препаратов, позволяющих купировать осложненное течение опухолевого процесса на фоне дивертикулеза, что снижает частоту интра- и послеоперационных осложнений.

3. Возможность выполнения одноэтапных первично-восстановительных операций у больных пожилого и старческого возраста при раке ободочной кишки на фоне дивертикулеза.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов, изложенных в диссертационной работе, обусловлена использованием современных средств и методов исследований, что подтверждается достаточным объемом клинического материала, использованием методик, адекватных поставленным задачам современной онкопроктологии и применением современных методов статистического анализа для медицинских исследований.

Положения, изложенные в диссертации, построены на достаточно изученных, проверяемых фактах, они согласуются с имеющимися опубликованными данными. Используются авторские данные и результаты, полученных ранее по рассматриваемой тематике исследований. Установлено качественное и количественное совпадение авторских результатов с результатами, представленными в независимых источниках.

Апробация работы состоялась 24.05.16 на межкафедральном заседании кафедры онкологии и кафедры онкологии и радиологии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им М.Горького.

Основные положения работы представлены в виде докладов и тезисов на противораковом заседании Донецкого областного общества

онкологов (Донецк, 2008); на II съезде колопроктологов стран СНГ (Одесса, 2011), III съезде колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы (Одесса, 2011); на конференции, посвященной памяти профессора В.И.Кныша «Современные принципы диагностики и лечения колоректального рака» (Москва, 2011); на XII съезде онкологов Украины (Судак, АР Крым, 2011); XII съезде хирургов России (Ростов-на-Дону, 2015).

Публикации

Результаты диссертационной работы опубликованы в 10 печатных работах, в том числе 5 статей в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК ДНР, 1 патент на полезную модель, 4 тезиса.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на русском языке на 139 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, 5 разделов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована 16 таблицами на 7 страницах и 3 рисунками на 3 страницах. Список литературы содержит 273 публикации (кириллицей изложены 137, латиницей – 136), который занимает 27 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. В основу разработанного способа формирования дубликатурного толсто-толстокишечного анастомоза у больных раком ободочной кишки с сопутствующим дивертикулезом (дивертикулитом) поставлено решение задачи повышения надежности известного дубликатурного межкишечного анастомоза (по Г.В.Бондарю). Использование разработанного способа формирования межкишечного соустья приемлемо для резекции всех отделов толстой кишки. Однако, учитывая разнообразие и множество возможных ситуаций, в зависимости от локализации опухоли, мы сочли целесообразным ограничиться техникой формирования разработанного способа анастомоза при резекции сигмовидной кишки, на локализацию дивертикулов в которой приходится до 80% всех наблюдений.

Суть разработанного способа заключается в том, что за 30 минут до операции больному через зонд вводят в прямую кишку 10 мл 1,0% раствора метиленового синего, разведенного в 2 л воды, перекрывают зонд на 10 минут, после чего открывают зонд и эвакуируют жидкость из кишки. После выполнения нижнесрединного лапаротомного доступа осуществляют ревизию для оценки резектабельности опухолевого процесса. После констатации этой возможности уточняют локализацию дивертикулов. По контрастированным метиленовым синим дивертикулам оценивают их распространение по кишке. В случае, если поражение толстой кишки дивертикулами слишком велико, а состояние пациента не

позволяет расширить объем оперативного вмешательства, планируют резекцию с учетом требований онкологического радикализма, сохраняя при этом участки кишки, несущие дивертикулы. Сигмовидную кишку выводят в рану и отводят медиально, рассекают наружный листок брюшины в зоне его перехода на брыжейку сигмовидной кишки. Попеременно перемещая сигмовидную кишку в медиально-краниальном и медиально-каудальном направлениях, разрез внешнего листа корня брыжейки продолжают вверх, по левому фланку, до границ нисходящей кишки и вниз, по брюшине малого таза, в направлении прямокишечно-маточной (у женщин) или прямокишечно-пузырной (у мужчин) складки до предполагаемого уровня дистальной границы резекции. Вдоль нижней брыжеечной и части верхней прямокишечной артерий с целью абластики осуществляют лимфодиссекцию, при этом лимфатические узлы отводят в сторону сигмовидной кишки. Рассекают внутренний и внешний листы брыжейки по направлению к сигмовидной кишке на уровне предполагаемого дистального и проксимального края резекции, при этом последовательно перевязывают сигмовидные артерии в месте отхождения от нижней брыжеечной артерии.

Кишку резецируют на зажимах в пределах мобилизации, линию среза обрабатывают растворами антисептиков и начинают непосредственно формирование межкишечного анастомоза. Для этого освобождают от брыжейки и жировых подвесков 4-5 см приводящего и отводящего отрезков толстой кишки, при этом сохраняя жировые подвески, прокрашенные метиленовым синим. Данный этап подготовки площадок для анастомоза можно выполнять непосредственно перед отсечением препарата (см. рис.1). Накладывают задний ряд серозно-мышечных швов таким образом, чтобы швы располагались между сохраненными дивертикулами. На крайние лигатуры накладывают зажимы-держатели, остальные лигатуры отсекают.

Сформировав таким образом задний ряд серозно-мышечных швов (см. рис.2), выполняют наложение 2-х сопоставляющих швов на задние стенки анастомозируемых отрезков кишки, при этом располагают швы между сохраненными дивертикулами. Открывают просвет анастомозируемых отрезков, после чего на заднюю губу накладывают ряд сквозных швов и завязывают лигатуры. На середине задней губы рассекают стенки приводящего и отводящего отрезков кишки между дивертикулами на глубину 1,5-2,0 см. Накладывают ряд сквозных швов на переднюю губу формирующегося анастомоза, чем изолируют кишечный просвет. Инвагинируют приводящий отрезок ободочной кишки в отводящий вместе с сохранившимися жировыми подвесками с дивертикулами. После этого формируют передний ряд серозно-мышечных швов, связывают лигатуры швов и срезают нити. Линию швов можно прикрыть сальниковыми отростками, свободными от дивертикулов или участком большого сальника. Края брыжейки сигмовидной кишки ушивают отдельными швами, чем ликвидируют ее дефект. В большинстве

случаев, из-за выраженных воспалительных изменений кишечной стенки и потенциальной угрозе перфорации дивертикулов в зоне швов, анастомоз погружают забрюшинно, под листок париетальной брюшины, чем изолируют его от брюшной полости. Для этого свободный край париетальной брюшины левого фланка на уровне рассечения париетальной и висцеральной брюшины с помощью поддерживающего зажима отсепааровывают от передней брюшной стенки на участке 5-6 x 7-8 см, ножницами формируют из него лоскут. Перед укрытием анастомоза через отдельную контраппертуру в левом подреберье к анастомозу проводят дренаж. Анастомоз укрывают подготовленным лоскутом брюшины, фиксируют его к противоположному краю висцеральной брюшины и по бокам, к брыжейке кишки, что позволяет полностью изолировать анастомоз от свободной брюшной полости.

Далее дважды saniруют брюшную полость растворами антисептиков с антибластической и антибактериальной целью. Лапаротомную рану послойно вшивают до дренажа, введенного в малый таз.

рис.2.

СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ТОВСТОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ У ХВОРИХ НА РАК ТОВСТОЇ КИШКИ З СУПРОВІДНИМ ДИВЕРТИКУЛЬОЗОМ ТОВСТОЇ КИШКИ

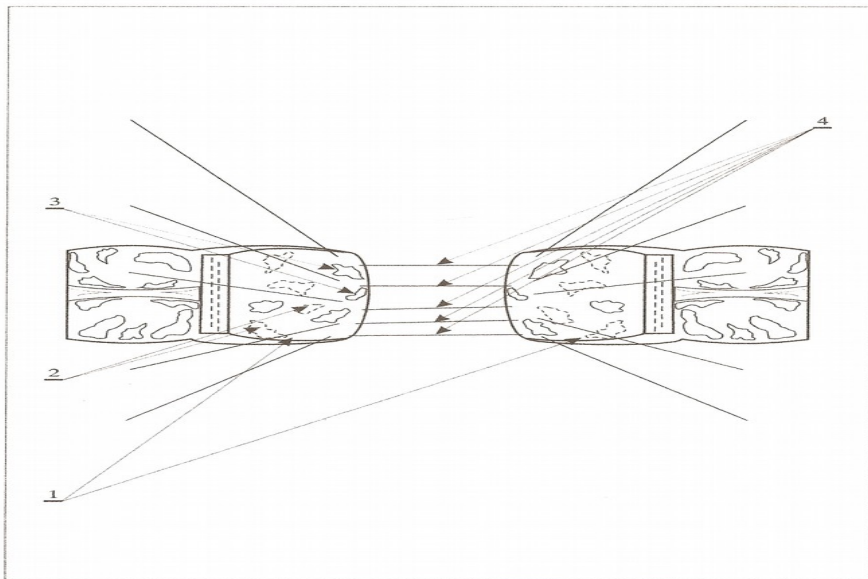


Рис. 1. Формирование заднего ряда серозно-мышечных швов, где:
 1 – анастомозируемые отрезки кишки;
 2 – отсеченные жировые подвески без дивертикулов;
 3 – сохраненные жировые подвески с дивертикулами, окрашенные метиленовым синим;
 4 – задний ряд серозно-мышечных швов.

СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ТОВСТОКИШКОВОГО
АНАСТОМОЗУ У ХВОРИХ НА РАК ТОВСТОЇ
КИШКИ З СУПРОВІДНИМ ДИВЕРТИКУЛЬОЗОМ
ТОВСТОЇ КИШКИ

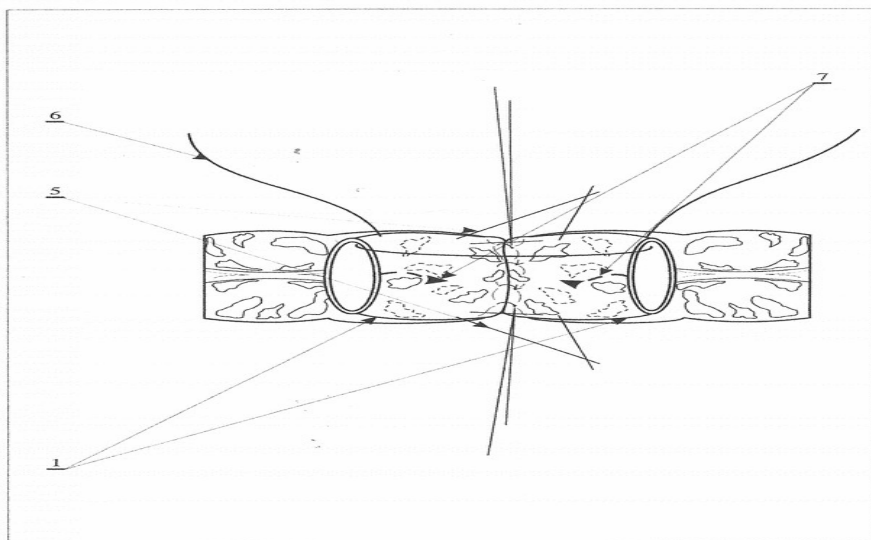


Рис. 2

Рис. 2. Формирование двух сопоставляющих и сквозных швов, а также направление рассечения задних стенок анастомозируемых отрезков ободочной кишки, где:

- 1 – анастомозируемые отрезки ободочной кишки;
- 5 – два сопоставляющих шва;
- 6 – сквозные швы между анастомозируемыми отрезками ободочной кишки;
- 7 – направление рассечения задних стенок анастомозируемых отрезков ободочной кишки между дивертикулами

Новым в разработанном способе является то, что перед операцией осуществляют контрастирование дивертикулов, а при мобилизации кишки сохраняют контрастированные дивертикулы. Кроме того, швы накладывают между сохраненными дивертикулами, не нарушая их целостности, а при рассечении задних стенок разрез осуществляют между сохраненными дивертикулами.

Исходя из поставленных цели и задач исследования, был разработан следующий методологический подход.

Исследованию были подвергнуты 89 больных первичным резектабельным раком ободочной кишки, которым в период с 1992 по 2010 годы были выполнены резекции (гемиколэктомии) по разработанному способу формирования анастомоза. Проводя анализ архивного материала и непосредственно пролеченных больных в период запланированного исследования с изучением непосредственных, отдаленных и функциональных результатов хирургического, комбинированного и комплексного лечения, мы отметили идентичность больных по основным прогностическим признакам с литературными данными ведущих онкологических учреждений.

Исходя из выработанных критериев включения, в исследование вошли больные раком ободочной кишки с обширным (многоsegmentарным) дивертикулезом ободочной кишки, из-за

распространенности которого возникала необходимость формирования толстокишечного соустья в зоне поражения дивертикулами. Исходя из выработанных критериев исключения, мы не рассматривали случаи сегментарного дивертикулеза, при котором зона поражения кишки дивертикулами резецировалась вместе с опухолью в пределах здоровых тканей. Также не включены случаи сегментарного дивертикулеза, если дивертикулы локализовались в других отделах ободочной кишки, которые находятся вне зоны операции. Мы не включили пациентов с синхронным и метакронным процессом, которые имеют свои специфические особенности течения опухолевого заболевания, а также больных с рецидивами заболевания, которые ранее получали какое-либо специальное противоопухолевое лечение.

Всем больным диагноз сочетанного опухолевого поражения с дивертикулезом был установлен в предоперационном периоде. Согласно требованиям, предъявляемым к проведению клинических исследований, считаем необходимым охарактеризовать исследуемых больных по ряду характеристик. Основной контингент больных с сочетанным опухолевым поражением и дивертикулезом пришелся на левую половину ободочной кишки – $86,5 \pm 3,6\%$, а именно, на сигмовидную – $73,0 \pm 4,7\%$, что соответствует основным литературным данным, как проблемы лечения рака ободочной кишки, так и дивертикулеза (дивертикулита). 11 ($12,4 \pm 3,5\%$) случаев пришлось на обширное поражение дивертикулами всей или практически всей ободочной кишки. Согласно клиническим проявлениям дивертикулярной болезни (до настоящего времени по существующей классификации 1979года), исследуемые больные распределились следующим образом (табл. 1).

Таблица

1

Распределение исследуемых больных с сочетанным поражением раком и дивертикулезом ободочной кишки в зависимости от клинических проявлений

Клинические проявления дивертикулеза	Количество больных	
	абс.	%±m%
Бессимптомный дивертикулез	7	7,9±2,9
Дивертикулез с клиническими проявлениями	15	16,9±4,0
Осложненный дивертикулез, в том числе:	67	75,3±4,6
дивертикулит	21	23,6±4,5
околокишечный инфильтрат	39	43,8±5,3
перфорация дивертикула	2	2,3±1,6
кишечный свищ	1	1,1±1,1
анемия	4	4,5±2,2

Всего	89	100,0
-------	----	-------

Анализ табл. 1. позволяет сделать следующие выводы. На группу больных с отсутствием кишечной симптоматики пришлось лишь 7 (7,9±2,9%) наблюдений, что лишний раз подчеркивает о преимущественно осложненном течении дивертикулярной болезни на фоне опухолевого поражения. На так называемый дивертикулез с клиническими проявлениями (спазм кишечной стенки с болевым синдромом, нарушение процессов пищеварения с диспепсическими проявлениями и др.), что, по сути, можно характеризовать, как «дивертикулит», пришлось также немного наблюдений – 15 (16,9±4,0%), однако, следует подчеркнуть, что в этих случаях подобная патогномичная картина может быть присуща сопутствующему опухолевому процессу. Наибольшую группу составили случаи осложненного течения дивертикулеза на фоне опухолевого процесса – 67 (75,3±4,6%). В 21 (23,6±4,5%) наблюдении, согласно существующей классификации, диагностирован в классическом понимании «дивертикулит» – повышение температуры тела, болевой синдром и др. В этих случаях, как и в наблюдениях параколичного инфильтрата – 39 (43,8±5,3%) использован предоперационный метод эндолимфатической антибактериальной терапии для купирования воспалительного процесса и профилактики интраоперационных осложнений, что облегчало выполнение оперативного вмешательства. 4 (4,5±2,2%) случая, осложненных анемией, проявлялись эпизодически незначительными геморрагиями, в связи с чем в предоперационную подготовку была включена гемотрансфузия. 2 (2,3±1,6%) перфорации дивертикулов возникли в процессе предоперационной подготовки, что обусловило urgentный характер операции из-за разлитого перитонита, этим больным так же применена послеоперационная эндолимфатическая антибактериальная терапия. Характеризуя осложненное течения дивертикулеза, в данном случае необходимо еще раз подчеркнуть сходство во многих случаях картины патологических проявлений с осложнениями опухолевого процесса, в связи с чем дифференцировать те или иные патологические состояния в пользу дивертикулита или опухоли достоверно не представляется возможным. Однако, несомненным остается тот факт, что сочетание дивертикула и опухоли приводит к многократному повышению частоты случаев осложненного течения заболевания, что достигает в нашем исследовании 92,1±2,9%.

Отдельно выделить осложнения опухолевого процесса на фоне клинической симптоматики дивертикулита представляет собой неразрешимую задачу, так как подобные проявления являются общими для данных патологических состояний. В этом случае хотим отметить лишь наличие частичной и полной кишечной непроходимости у 26 (29,2±4,8%) и 2 (2,3±1,6%) наблюдениях, соответственно, при этом следует отметить, что у 5 (5,6±2,4%) пациентов на до госпитальном этапе была сформирована разгрузочная колостома, что, по нашему мнению, является более

характерным для осложненного кишечной непроходимостью течения опухолевого заболевания, которые, в то же время, во всех случаях сочетались с вышеприведенными наблюдениям осложненного течения дивертикулярной болезни.

Среди 89 больных раком ободочной кишки мужчин было несколько меньше – 37 (41,6±5,2%), чем женщин – 52 (58,4±5,2%). Возраст больных колебался от 21,7 до 79,2 лет. Статистически значимого различия распределения мужчин и женщин по возрасту не выявлено ($p = 0,97$). Удельный вес лиц пожилого и старческого возраста достиг половины наблюдений – 45 (50,6±5,3%), что соответствует данным литературы, согласно которым заболеваемость раком ободочной кишки, как и дивертикулезом, характерны для старших возрастных групп, и обуславливают геронтологическую проблему. Из 89 больных у 59 (66,29±5,01%) были выявлены различные сопутствующие заболевания. Наибольший удельный вес в структуре сопутствующей патологии заняли сердечно-сосудистые заболевания – 35,6±6,2%.

Основной удельный вес заняли аденокарциномы – 81 (91,0±3,0%), что согласуется с данными других статистических исследований по распространению рака ободочной кишки. Чаще всего встречались местнораспространенные опухоли, которые отвечали критерию T3 и T4 – всего 85 (95,5±2,2%) случаев. Поражение регионарных лимфатических узлов отмечено у 28 (31,5±4,9%) пациентов. В радикальном объеме выполнено 82 (92,1±2,9%) вмешательства, в паллиативном – 7 (7,9±2,9%). В 14 (15,7±3,9%) наблюдениях, из-за выраженного поражения стенки кишки дивертикулами с признаками воспаления была потребность в расширении запланированного объема мобилизации ободочной кишки, в том числе в 4 (4,5±2,2%) случаях выполнены расширенные левосторонние гемиколэктомии. В 18 (20,2±4,3%) случаях операции носили комбинированный и симультанный характер. Следует отметить, что в исследование включены только случаи формирования кишечного соустья по разработанному способу, при котором швы анастомоза формировались в зоне стенки кишки, пораженной дивертикулами. В связи с этим, в исследовании отсутствуют такие расширенные оперативные вмешательства, как тотальная и субтотальная колэктомия, несмотря на наличие 11 наблюдений субтотального и тотального поражения дивертикулами ободочной кишки.

Количество выполненных правосторонних гемиколэктомий – 8 (9,0±3,0%) соответствует числу случаев опухолевых локализаций в правой половине ободочной кишки, в 2 (2,3±1,6) случаях возникла необходимость расширения объема мобилизации до 1/2 поперечного ободочного отдела из-за выраженных воспалительных изменений кишечной стенки. В число выполненных левосторонних гемиколэктомий – 21 (23,6±4,5%), кроме 12 (13,5±3,6%) наблюдений локализации опухоли в нисходящем и селезеночном отделах, включены 4 (4,5±2,2) случая опухолевого поражения поперечно-ободочного отдела и 5 (5,6±2,4%) случаев

поражения сигмовидного отдела, опять же, из-за выраженных воспалительных изменений кишечной стенки во всей левой половине ободочной кишки.

Резекция сигмовидной кишки выполнена в 57 ($64,0 \pm 5,1\%$) случаях из 65 локализаций. В 5 ($5,6 \pm 2,4\%$) наблюдениях, как отмечалось выше, вынужденно выполнена левосторонняя гемиколэктомия. Еще в 3 ($3,4 \pm 1,9\%$) случаях выполнены обструктивные резекции: типа Микулича – 2 ($2,2 \pm 1,6\%$) случая по причине кишечной непроходимости, типа Гартмана – 1 ($1,1 \pm 1,1\%$) случай из-за перитонита на фоне перфорации дивертикула.

Таким образом, несмотря на высокий удельный вес осложненного течения – 82 из 89 ($92,1 \pm 2,9\%$), только в 3 ($3,4 \pm 1,9\%$) наблюдениях выполнены обструктивные резекции. В 86 ($96,6 \pm 3,0\%$) случаях изначально выполнены первично-восстановительные операции, при этом следует отметить, что из 5 ($5,6 \pm 2,4\%$) наблюдений предварительно сформированных на до госпитальном этапе разгрузочных колостом в 2 ($2,2 \pm 1,6\%$) случаях последние иссечены при выполнении первичного восстановительного вмешательства.

В данном исследовании, учитывая преимущественно осложненный характер течения заболевания, мы отказались от предоперационного химиолучевого воздействия и весь акцент применения специального лечения перенесли на послеоперационный период. Послеоперационная адъювантная химиотерапия (стандартные курсы 5-фторурацила и лейковорина) применена у 27 ($30,3 \pm 4,9\%$) случаях после радикальных операций (II стадия – 13 ($14,6 \pm 3,8\%$) наблюдений, III стадия – 14 ($15,7 \pm 3,9\%$) наблюдений) и в 7 ($7,9 \pm 2,9\%$) случаях после паллиативных резекций. Следует отметить, что достаточно низкий охват пациентов адъювантной терапией нередко обуславливался отказом пациентов из-за общего слабого состояния больных. Таким образом, проанализировав состав больных по основным прогностическим признакам, можно сделать вывод об их соответствии большинству литературных источников, посвященных, как проблемам лечения рака ободочной кишки, так и проблемам лечения дивертикулеза. Такое соответствие позволяет нам достоверно оценивать результаты лечения и судить об эффективности разработанного способа хирургического вмешательства у данной категории больных.

Результаты исследований и их обсуждение. Интраоперационные осложнения возникли у 7 ($7,9 \pm 2,9\%$) пациентов и, в основном, не носили тяжелого характера. В 4 ($4,5 \pm 2,2\%$) из 7 случаях произошла перфорация параколического абсцесса, в 2 ($2,3 \pm 1,6\%$) – перфорация стенки кишки в зоне опухоли, в 1 ($1,1 \pm 1,1\%$) – разрыв овариальной кисты. При подобных патологических состояниях, а также при угрозе их развития осложнений в послеоперационном периоде использованы ранее разработанные в клинике способы и приемы консервативной хирургической профилактики и купирования интраоперационных и послеоперационных осложнений, в том числе с использованием в этих случаях эндолимфатической

антибактериальной терапии. Летальных исходов вследствие развития интраоперационных осложнений отмечено не было.

Таким образом, разработанная тактика профилактики и купирования осложненного течения опухолевого заболевания в сочетании с дивертикулезом, позволила практически во всех случаях выполнить запланированный объем первично-восстановительных операций.

Послеоперационные осложнения отмечены в 15 ($16,9 \pm 4,0\%$) случаях. Основной удельный вес пришелся на гнойно-септические процессы – 12 ($13,5 \pm 3,6\%$) наблюдений суммарно, что составило $80,0 \pm 10,7\%$ в структуре всех осложнений. Во всех этих случаях использован способ эндолимфатической антибактериальной терапии.

2 ($2,3 \pm 1,6\%$) наблюдения абсцессов брюшной полости были обусловлены инфицированием брюшной полости параколическим инфильтратом, сопутствующем основному заболеванию – опухолевому процессу на фоне дивертикулеза. Купирование данного осложнения осуществлялось повторным дренированием и санацией полости абсцесса растворами антисептиков.

В 1 ($1,1 \pm 1,1\%$) наблюдении нагноения послеоперационной раны использовалось сочетание местной и системной антибактериальной терапии, включая эндолимфатический путь введения, что позволило консервативно купировать данное осложнение.

Единичные случаи (по $1,1 \pm 1,1\%$) несостоятельности анастомоза, кишечной непроходимости, острого флегмонозного холецистита и перфорации дивертикула нуждались в повторном оперативном вмешательстве из-за развитого перитонита.

1 наблюдение несостоятельности швов анастомоза было обусловлено некрозом стенки приводящего участка ободочной кишки в 5 см от соустья на почве сегментарного тромбоза мезентериальных сосудов. Предпринятое оперативное вмешательство с отключением пассажа толстокишечного содержимого и дальнейшее лечение оказалось малоэффективным, случай закончился летальным исходом.

1 случай кишечной непроходимости был обусловлен развитием раннего рубцово-спаечного процесса в брюшной полости, которую удалось купировать консервативно.

1 случай перфорации дивертикула в поперечном отделе ободочной кишки стал следствием неадекватной оценкой воспалительных изменений кишечной стенки при определении объема резекции. Предпринятое повторное оперативное вмешательство с отключением пассажа кишечного содержимого, антибактериальная и детоксикационная терапия оказались неэффективными, случай закончился летальным исходом.

Диагностирование в 1 случае острого флегмонозного холецистита также послужило поводом для ургентного оперативного вмешательства, которое завершилось выздоровлением пациента.

2 ($2,3 \pm 1,6\%$) случая анастомозита были успешно купированы, однако в одном случае понадобилось формирования разгрузочной цекостомы.

Мы сочли возможным отнести к так называемым осложнениям хирургического характера всего 6 ($6,7 \pm 2,7\%$), по 2 ($2,3 \pm 1,6\%$) случая цистита, пневмонии и острого панкреатита, которые стали следствием обострения сопутствующей хронической патологии в послеоперационном периоде. 5 данных состояний были успешно купированы консервативно. В 1 ($1,1 \pm 1,1\%$) случае острого панкреатита начата терапия, в том числе оперативное вмешательство, оказались малоэффективным, случай закончился летальным исходом.

Общий итог послеоперационной летальности составил 3 ($3,4 \pm 1,9\%$) случая. В целом, частота и характер послеоперационных осложнений существенно не отличались от данных, которые приводят другие исследователи проблем лечения рака ободочной кишки и дивертикулеза, а по некоторым показателям (несостоятельность швов анастомоза) выглядят предпочтительнее.

Следует еще раз отметить, что из 5 ($5,6 \pm 2,4\%$) случаев сформированных на догоспитальном этапе колостом, в 2 случаях, как упоминалось ранее, последние были иссечены во время оперативного вмешательства, в 3 случаях – в позднем послеоперационном периоде. Кроме этого, после 2 ($2,3 \pm 1,6\%$) случаев формирования противоестественного ануса при выполнении операции Микулича также в последующем была восстановлена кишечная непрерывность. Была также иссечена 1 ($1,1 \pm 1,1\%$) цекостома, сформированная в случае анастомозита. Это позволило увеличить, в конечном итоге, количество больных с восстановленным естественным пассажем кишечного содержимого до 85 ($95,5 \pm 2,2\%$) случаев (по этому показателю учтена послеоперационная летальность – 3 ($3,4 \pm 1,9\%$) случая и 1 ($1,1 \pm 1,1\%$) наблюдение операции Гартмана без последующего восстановления).

Таким образом, полученные данные характера и частоты послеоперационных осложнений и летальности позволяют удовлетворительно характеризовать разработанный способ формирования толстокишечного анастомоза в случаях сочетанного поражения ободочной кишки дивертикулезом и опухолевым процессом. Несмотря на преимущественно осложненный характер течения заболевания – более 90% наблюдений, в подавляющем большинстве случаев удалось выполнить первично-восстановительные вмешательства и, в последующем, восстановить естественный пассаж кишечного содержимого практически у всех колостомированных больных.

Отдаленная выживаемость изучалась методом построения таблиц дожития. Обязательным был учет случаев послеоперационной летальности. Отдаленные результаты также оценивали в зависимости от объема оперативного вмешательства, стадии и характера специального послеоперационного лечения. Следует отметить, что из-за небольшого количества паллиативных резекций (7 наблюдений) мы не рассматривали эту группу ввиду невозможности получить статистически достоверные результаты.

Оценивая динамику выживаемости по годам (см. рис. 3), мы отметили, что резкое снижение выживаемости наблюдается на третьем году (после 2-х лет), что соответствует данным основных источников наблюдения после операций на толстой кишке по поводу рака: с $85,9 \pm 4,8\%$ до $75,9 \pm 6,3\%$.

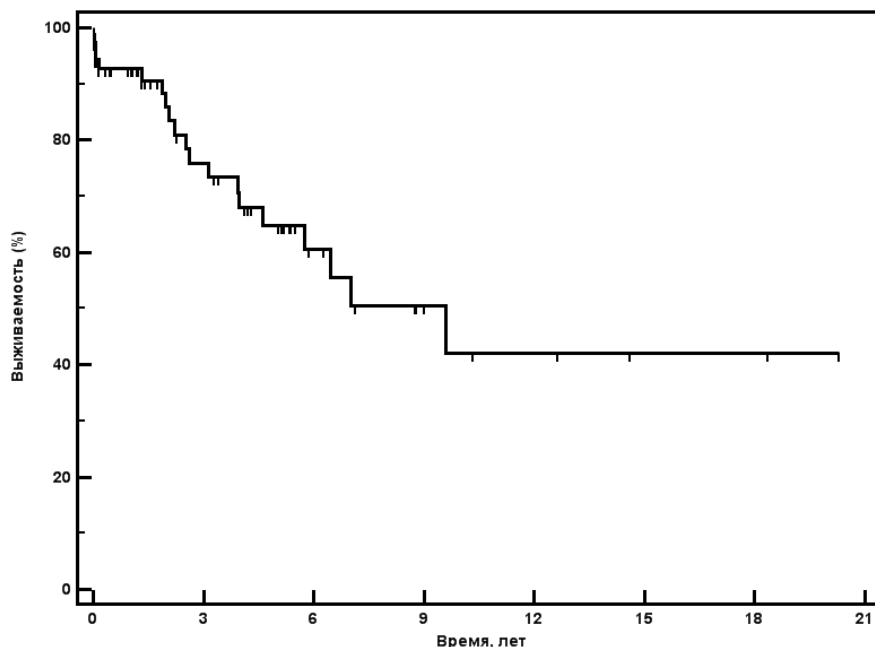


Рис.3. Кривая выживаемости для больных раком ободочной кишки на фоне дивертикулеза

Практически одинаковой была 5- и 6-летняя выживаемость – $64,8 \pm 7,5\%$ и $60,5 \pm 8,1\%$. Полученный показатель 10-летней выживаемости ($42,0 \pm 11,0\%$) и медианы выживаемости 9,7 года вселяет оптимизм и соответствует лучшим мировым данным отдаленной выживаемости по поводу рака ободочной кишки. Для I-II стадии 5-летняя выживаемость составила $74,1 \pm 9,4\%$. Для III стадии эти показатели соответствовали $49,7 \pm 11,7\%$, что еще раз свидетельствует о высоком радикализме разработанного способа оперативного вмешательства.

27 ($30,3 \pm 4,9\%$) пациентам в послеоперационном периоде проведен курс адъювантной химиотерапии по рекомендованным схемам Мейо, включающих препараты 5-фторурацил и лейковорин, количество курсов достигало 5. Мы не смогли увидеть преимущество адъювантной химиотерапии с использованием традиционных схем как в подгруппах, так и в общей группе больных – различие не является статистически значимым ($p < 0,05$), по сравнению с группой хирургического лечения, $68,6 \pm 8,3\%$ и $53,0 \pm 15,5\%$, соответственно, что требует дальнейшего углубленного изучения возможности комбинированного лечения осложненного рака ободочной кишки.

Изучение частоты местного рецидивирования и отдаленного метастазирования показало, что через 5 лет и более, частота местного

рецидивирования существенно не превысила 5%-й рубеж, а отдалённого метастазирования – 16%-й, что дополнительно свидетельствует о достаточно высоком радикализме вмешательства и соответствует лучшим данным современной исследовательской литературы, посвященной проблемам онкопроктологии.

Для проведения оценки влияния каждого из факторных признаков на продолжительность жизни больных после радикальных резекций ободочной кишки был использован метод построения модели пропорциональных интенсивностей Кокса (см. табл.2).

Таблица

2

Анализ коэффициентов модели пропорциональных интенсивностей Кокса прогнозирования выживаемости больных после резекций ободочной кишки по поводу дивертикулеза и опухолевого процесса с использованием разработанного способа формирования кишечного анастомоза

Факторный признак	Значение коэффициентов модели прогнозирования, $b \pm m$	Уровень значимости различия коэффициента модели от 0	Отношение рисков, ОР (95% ДИ)
Пол (м/ж)	1,85±0,67	0,006*	6,4 (1,7–23,5)
Возраст	0,81±0,27	0,002*	2,3 (1,3–3,8)
Стадия процесса	0,54±0,24	0,02*	1,7 (1,1–2,7)
Применение адъювантного лечения	0,24±0,51	0,64	–

В качестве факторных признаков в табл. 2 были проанализированы: пол пациента, возраст пациента, стадия процесса, использование адъювантного лечения. Из проведенного анализа следует, что пол пациента является фактором риска при прогнозе выживаемости больного после резекции ободочной кишки по поводу сочетанного поражения дивертикулезом и опухолевым процессом, риск смерти для мужчин выше ($p = 0,006$), чем для женщин, ОР = 6,4 (95 % ДИ 1,7 – 23,5). Выявлено также статистически значимое ($p = 0,002$) влияние возраста на выживаемость больных, с увеличением которого риск повышается, ОР = 2,3 (95% ДИ 1,3 – 3,8) на каждые 10 лет. Установлено также, что риск повышается ($p = 0,02$) с повышением стадии процесса, ОР = 1,7 (95% ДИ 1,1 – 2,7). Следует также отметить, что при проведении стандартизации состояния больного по всем факторам риска не выявлено влияния ($p =$

0,64) использование адьювантного лечения на выживаемость больных. Такие результаты согласуются с большинством литературных источников, которые свидетельствуют, в том числе, о низкой эффективности адьювантной химиотерапии колоректального рака схемами 5-фторурацил / лейковорин, что, несомненно, требует использования новых препаратов.

Оценку послеоперационной функции толстой кишки проводили, как методом опроса пациентов, так и с использованием, по мере необходимости, различных методов исследования – фиброколоноскопии, ирригографии, сонографии и др. Осмотры (опросы) осуществлялись через 3, 6 и 12 месяцев с момента операции. При возникновении осложнений встречи с больными проводились чаще. Также широко использованы архивные данные историй болезни и карт поликлинического наблюдения. Подробная оценка функциональных результатов стала возможной у 52 (58,4±5,2%) пациентов и характеризовалась, в конечном итоге, удовлетворенностью или неудовлетворенностью кишечной функцией. Через 12 месяцев после операции удельный вес хороших и удовлетворительных результатов составил 51 (98,1±1,9%) наблюдений.

Заключение. Таким образом, учитывая полученные непосредственные, отдаленные и функциональные результаты исследования, можно констатировать не только об удовлетворительной частоте послеоперационных осложнений и летальности, но и достаточном радикализме, функциональной ценности разработанного способа хирургического лечения при сочетанном поражении ободочной кишки раком и дивертикулезом. По результатам диссертационной работы сформулированы следующие выводы.

ВЫВОДЫ

1. Причиной неудовлетворительных непосредственных и функциональных результатов оперативного лечения рака ободочной кишки на фоне дивертикулеза являются выраженные воспалительные изменения кишечной стенки (дивертикулит) и хирургическая неадекватность применяемых способов формирования межкишечного анастомоза.

2. Разработанная тактика профилактики и купирования воспалительных осложнений на предоперационном, интраоперационном и послеоперационном этапах лечения позволяет выполнить первично-восстановительные вмешательства в 96,6±1,9% случаев.

3. Разработанный способ формирования дубликатурного толстокишечного анастомоза у больных раком ободочной кишки с сопутствующим дивертикулезом позволяет снизить частоту несостоятельности швов анастомоза до 1,1±1,1% случаев, а вместе с используемой разработанной тактикой профилактики и купирования воспалительных осложнений позволяет снизить общую частоту интраоперационных осложнений до 7,8±2,9%, послеоперационных

осложнений – до $16,8 \pm 4,0\%$, послеоперационную летальность – до $3,4 \pm 1,9\%$.

4. Разработанный способ формирования дубликатурного толстокишечного анастомоза у больных раком ободочной кишки с сопутствующим дивертикулезом позволяет получать удовлетворительные отдаленные результаты лечения: 5-летняя выживаемость после радикальных резекций составила $64,8 \pm 7,5\%$, медиана выживаемости – 9,6 года; адъювантная химиотерапия стандартными курсами 5-фторурацил / лейковорин не эффективна при данной сочетанной патологии.

5. Разработанный способ формирования дубликатурного толстокишечного анастомоза у больных раком ободочной кишки с сопутствующим дивертикулезом позволяет достичь удовлетворительной кишечной функции в $98,1 \pm 1,9\%$ случаев.

6. Полученные удовлетворительные непосредственные, отдаленные и функциональные результаты лечения после применения разработанных тактики лечения и способа формирования дубликатурного толстокишечного анастомоза у больных раком ободочной кишки с сопутствующим дивертикулезом позволяют рекомендовать его для широкого внедрения в хирургическую практику областных, городских общеклинических и онкологических учреждений и специализированных проктологических отделений.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Всем больным раком ободочной кишки, старше 70 лет, помимо фиброколоноскопии обязательной является ирригоскопия с целью поиска дивертикулов.

2. В случаях сочетанной патологии – дивертикулеза и рака толстой кишки, необходимым является противовоспалительный курс предоперационной антибактериальной терапии, лучше – эндолимфатический путь введения препарат в связи с наличием практически во всех случаях явлений дивертикулита.

3. Выполнение первично-восстановительных операций возможно только с применением разработанного способа формирования анастомоза, который учитывает распространенность дивертикулов.

4. Осложненные формы дивертикулеза предполагают обязательную массивную антибактериальную терапию и в послеоперационном периоде.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Операция Микулича в современной клинической практике [Текст] / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, А. О. Понсе Прадо, С. Э. Золотухин, Г. Г. Псарас, В. В. Бережной, М. Г. Мутык, А. И. Бондаренко //

Новоутворення. – 2010. – № 6 (2). – С. 94 – 97. Автор описал тактику лечения данной категории больных.

2. Бондарь Г. В. Рак толстой кишки на фоне дивертикулеза. Оптимизация методов лечения [Текст] / Г. В. Бондарь, С. Э. Золотухин, А. И. Бондаренко // Новоутворення. – 2011. – № 8. – С. 111 – 123. Автор участвовал в отборе больных для определенных видов лечения.

3. Пути повышения эффективности лечения рака ободочной кишки на фоне дивертикулеза [Текст] / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, С. Э. Золотухин, А. И. Бондаренко, А. О. Понсе Прадо, В. А. Пономаренко // Клиническая онкология. – 2011. – Вып. 1 (Сучасні технології в хірургії раку шлунково-кишкового тракту: науково-практ. конф. з міжнар. участю, 05-06 травня 2011 р.). – С. 8 – 11. Автор провел сбор клинического материала и участвовал в его обработке.

4. Двухэтапное вмешательство по поводу осложненного рака ободочной кишки [Текст] / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, А. О. Понсе Прадо, А. И. Бондаренко, С. Э. Золотухин // Клінічна хірургія. – 2013. – № 1. – С. 52 – 55. Автор провел обзор литературы.

5. Золотухин С. Э. Рак толстой кишки на фоне дивертикулеза: оптимизация методов лечения [Текст] / С. Э. Золотухин, А. И. Бондаренко // Університетська клініка. – 2013. – Т. 9, № 1. – С. 34 – 38. Автор принимал участие в оптимизации методов лечения.

6. Патент на корисну модель № 28166 (UA), МПК (2006) А 61 В 17/32. Спосіб формування дуплікатурного товстокишкового анастомозу у хворих на рак товстої кишки з супутнім дивертикульозом [Текст] / Бондар Г. В., Псарас Г. Г., Башеев В. Х., Бондаренко О. І.; заявник та патентовласник Бондар Григор Григорій Васильович. – № u 2007 08744; заявл. 30.07.2007; опубл. 26.11.2007, Бюл. № 19.

7. Способ формирования толстокишечного анастомоза при раке ободочной кишки на фоне дивертикулеза [Текст] / Ю. В. Думанский, С. Э. Золотухин, А. И. Бондаренко, Г. Г. Псарас, А. О. Понсе Прадо // II съезд колопроктологов стран СНГ; III съезд колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы: материалы, 18-20 мая 2011 г. – Одесса, 2011. – С. 430 – 431.

8. Пути улучшения непосредственных результатов лечения рака ободочной кишки на фоне дивертикулеза [Текст] / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, Ю. В. Думанский, С. Э. Золотухин, А. И. Бондаренко, Г. Г. Псарас, В. В. Бережной, А. О. Понсе Прадо // Современные принципы диагностики и лечения колоректального рака : конф. посв. памяти проф. В. И. Кныша: материалы конф., 26-27 мая 2011 г. – Москва, 2011. – С. 19 – 20.

9. Формирование толстокишечного анастомоза при раке ободочной кишки на фоне дивертикулеза / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, С. Э. Золотухин, А. И. Бондаренко, Г. Г. Псарас, А. О. Понсе Прадо // Клиническая онкология. – 2011. – Спец. вып. II (Матеріали XII з'їзду онкологів України). – С. 91.

10. Двухэтапное вмешательство по поводу осложненного рака ободочной кишки [Текст] / В. Х. Башеев, А. О. Ронсе Прадо, А. И. Бондаренко, С. Э. Золотухин // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2015. – № 2 (XII съезд хирургов России: тезисы, 7-9 октября 2015 г.). — С. 1391 – 1392.

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ДТК – дивертикулез толстой кишки

ИБС – ишемическая болезнь сердца

КТ – компьютерная томография

РПК – рак ободочной кишки