[1]Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк
[2]ККЛПУ «Донецкий областной противоопухолевый центр», Донецк

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НА ФОНЕ ДИВЕРТИКУЛЕЗА

Г.В. Бондарь[1], В.Х. Башеев[1], С.Э. Золотухин[2], А.И. Бондаренко[2], А.О. Понсе Прадо[2], В.А. Пономаренко[2]

Адрес:
Золотухин Станислав Эдуардович
83092, Донецк, ул. Полоцкая, 2А

Ключевые слова: *рак ободочной кишки на фоне дивертикулеза, первично-восстановительные операции.*

Цель исследования: разработать оптимальную тактику хирургического лечения рака ободочной кишки на фоне тотального дивертикулеза за счет внедрения эффективных методов профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений, создания надежного способа формирования толстокишечного анастомоза для повышения численности первично-восстановительных операций. Материал и методы исследования: с 1992 по 2007 г. в ДОПЦ оперировано 89 больных раком ободочной кишки с сопутствующим дивертикулезом (дивертикулитом). Осложненное течение зафиксировано в 82 (92,1%) случаях, в том числе с перифокальным воспалением — 39 (43,8%) наблюдений. Эндолимфатическая антибактериальная терапия для лечения последнего была использована в предоперационном периоде в 60 (67,4%) случаях, в послеоперационном периоде — в 12 (13,5%), часто являясь продолжением предоперационной антибактериальной терапии. Разработанный способ анастомозирования представляет собой модификацию известного дупликатурного анастомоза. Особенностью способа стало прокрашивание дивертикулов перед операцией раствором метиленового синего, что интраоперационно позволяло уточнить их локализацию и распространенность, что в свою очередь обеспечило возможность накладывать швы между сохраненными дивертикулами (Патент UA 28166U). Результаты: удельный вес первично-восстановительных вмешательств составил 86 (96,6%). Интраоперационные осложнения возникли в 7 (7,8%) случаях и не имели тяжелого характера. Послеоперационные осложнения отмечены в 15 (16,8%) случаях, при этом несостоятельность швов анастомоза лишь в 1 (1,1%) наблюдении. Послеоперационная летальность составила 3 (3,3%). Заключение: полученные удовлетворительные результаты лечения при использовании разработанных лечебной тактики и способа формирования дупликатурного толстокишечного анастомоза у больных раком толстой кишки с сопутствующим дивертикулезом свидетельствуют о несомненнойпрактической ценности представленной разработки.

ВВЕДЕНИЕ

В литературе практически отсутствуют сведения о достаточно распространенной и сложной проблеме – лечения рака ободочной кишки на фоне дивертикулеза (дивертикулита). Имеющиеся работы свидетельствуют о неудовлетворительных результатах хирургического лечения – более чем в 30% случаев выполняются обструктивные резекции и симптоматические операции ввиду выраженности воспалительных явлений кишечной стенки и брюшной полости [1–4]. К тому же воспалительный процесс существенно осложняет не только возможность формирования надежного анастомоза, но и часто ставит под угрозу вероятность удаления опухолевого процесса ввиду наличия во многих случаях параколического инфильтрата без четких границ. Число послеоперационных осложнений может достигать 30–40%, послеоперационная летальность —10% [5].

Сложность проблемы обусловливается еще и целым рядом объективных факторов. Заболеваемость дивертикулезом толстой кишки в различных странах достигает 30%, существенно увеличиваясь после 50 лет и достигает 40% у больных старше 70 лет. Это именно те возрастные группы, которые подвержены наибольшему риску заболеваемости раком толстой, в частности ободочной кишки. В настоящее время, в связи с повсеместным увеличением продолжительности жизни, возрастает и число пациентов, страдающих сочетанным поражением ободочной кишки, раком и дивертикулезом [6]. Следует также подчеркнуть, что в 50–60% случаев дивертикулез, как патология, сопровождается гнойно-воспалительными осложнениями [8]. По мнению отдельных авторов, наличие опухолевого процесса на фоне дивертикулеза почти в 100% случаев позволяет говорить о развитии дивертикулита с различными формами осложненного течения. На фоне этого исследователи отмечают повышение частоты несостоятельности анастомоза в 3 раза как в ургентном, так и в плановом хирургическом лечении [2, 3, 7]. Возможность использования обширных резекций – тотальных и субтотальных колэктомий с целью удаления всего пораженного участка, особенно у больных пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией, имеет существенные ограничения и сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности [9]. Такое положение дел свидетельствует о необходимости поиска новых технических подходов и решений при выполнении операций по поводу рака ободочной кишки на фоне дивертикулеза, позволяющих снизить частоту послеоперационных осложнений, в частности несостоятельности швов анастомоза, повысить удельный вес первично-восстановительных операций и улучшить качество жизни.

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.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследованию были подвержены больные первичным резектабельным раком ободочной кишки, развившемся на фоне дивертикулеза(дивертикулита), которые были оперированы в период с 1992 по 2007 г. по разработанным в клинике тактике и способу оперативного лечения. Исходя из поставленной цели, были разработаны способ формирования дупликатурного тонко-, толсто-толстокишечного анастомоза у больных раком ободочной кишки с сопутствующим дивертикулезом (дивертикулитом) без использования обширных резекций и тактика ведения данной категории больных, позволяющая проводить профилактику и купирование гнойно-септических осложнений. Учитывая разнообразие и множество возможных ситуаций, в зависимости от локализации опухоли, мы посчитали целесообразным ограничиться техникой формирования разработанного способа анастомоза при резекции сигмовидной кишки, на локализацию дивертикулов в которой приходится до 80% всех наблюдений.

Краткая суть разработанного способа состоит в следующем. За 30 мин до операции больному через зонд вводят в прямую кишку раствор метиленового синего 1,0% 10 мл, растворенного в 1 л воды, перекрывают зонд на 10 мин, после чего открывают его и эвакуируют жидкость из кишки. После выполнения нижнесрединного лапаротомного доступа производят ревизию для оценки резектабельности опухолевого процесса. После констатации операбельности больного уточняют локализацию дивертикулов. Кишку мобилизуют и резецируют в соответствии с принятыми онкологическими стандартами. По контрастированным метиленовым синим дивертикулам оценивают их распространенность на отрезках кишки, затем приступают непосредственно к формированию 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). Накладывают задний ряд серозно-мышечных швов таким образом, чтобы они располагались между сохраненными дивертикулами. На крайние лигатуры накладывают зажимы-держалки, остальные лигатуры отсекают. Сформировав таким образом задний ряд серозно-мышечных швов, производят наложение двух сопоставляющих швов на задние стенки анастомозируемых отрезков кишки, при этом располагают швы между дивертикулами. Открывают просвет анастомозируемых отрезков, после чего на заднюю губу накладывают ряд сквозных швов. Завязывают лигатуры швов. На середине задней губы рассекают стенки приводящего и отводящего отрезков кишки на глубину 1,5–2,0 см. Накладывают ряд сквозных швов на переднюю губу формируемого анастомоза. Инвагинируют приводящий отрезок толстой кишки в отводящий вместе с сохраненными жировыми подвесками. После этого накладывают передний ряд серозно-мышечных швов, завязывают 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, таким образом ликвидируя ее дефект. В некоторых случаях: при выраженных воспалительных изменениях кишечной стенки и потенциальной угрозе перфорации дивертикулов в зоне швов — анастомоз погружают забрюшинно, под листок париетальной брюшины. Для этого свободный край париетальной брюшины левого фланка на уровне рассечения париетальной и висцеральной брюшины с помощью придерживающего зажима отсепаровывают от передней брюшной стенки на протяжении 5–6х7–8 см, ножницами формируют из него лоскут. Перед укрытием анастомоза через отдельную контрапертуру в левом подреберье к анастомозу проводят дренаж. Анастомоз укрывают листком брюшины, фиксируют его к противоположному краю висцеральной брюшины и по бокам, к брыжейке, полностью изолируют последний от свободной брюшной полости. Далее дважды санируют брюшную полость растворами антисептиков с антибластической и антибактериальной целью. Лапаротомную рану послойно ушивают до дренажа, введенного в малый таз.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

В исследование (1992 — 2007 гг.) включены 89 больных раком ободочной кишки с обширным (многосегментарным) дивертикулезом ободочной кишки, ввиду распространенности которого возникала необходимость формирования толстокишечного соустья в зоне поражения дивертикулами. Случаи сегментарного дивертикулеза, при котором зона поражения кишки дивертикулами резецировалась вместе с опухолью в пределах здоровых тканей, в исследование не включены. Также не включены случаи сегментарного дивертикулеза, если дивертикулы локализовались в других отделах ободочной кишки, находящихся вне зоны операции. Всем больным диагноз сочетанного опухолевого поражения и дивертикулеза был установлен в предоперационном периоде.

Основной контингент больных с сочетанным опухолевым поражением и дивертикулезом пришелся на левую половину ободочной кишки — 77 (86,5%), а на сигмовидную — 65 (73,0%). 11 (12,3%) случаев пришлось на обширное поражение дивертикулами всей или практически всей ободочной кишки. В группу с отсутствием кишечной симптоматики вошли лишь 7 (7,9%) больных, что лишний раз подчеркивает преимущественно осложненное течение дивертикулярной болезни на фоне опухолевого поражения. На так называемый дивертикулез с клиническими проявлениями (спазм кишечной стенки с болевым синдомом, нарушение процессов пищеварения с диспептическими проявлениями и другое) пришлось также немного наблюдений — 15 (16,9%), однако следует подчеркнуть, что в этих случаях подобная патогномоничная картина может быть присуща не только дивертикулезу, но и одновременно протекающему сочетанному опухолевому процессу. Наибольшей группой явились случаи осложненного течения дивертикулеза, то есть дивертикулита на фоне опухолевого процесса — 67 (75,3%). В 21 (23,6%) наблюдении, в соответствии с существующими классификациями, диагностирован так называемый дивертикулит — повышение температуры тела, болевой синдром и тому подобное. В этих случаях, как и в наблюдениях околокишечного (параколического) инфильтрата — 39(43,8%) — использован предоперационный метод эндолимфатической антибактериальной терапии для купирования воспалительного процесса, профилактики интраоперационных осложнений и облегчения выполнения оперативного вмешательства. 4 (4,5%) случая осложнения заболевания кровотечением проявлялись хронической кровопотерей

и анемией, в связи с чем в плане предоперационной подготовки производились гемотрансфузии. 2 (2,2%) перфорации дивертикулов возникли в процессе предоперационной подготовки, что обусловило неотложный характер операции ввиду возможности развития перитонита. В 1 (1,1%) случае диагностирован наружный кишечный свищ. Следует также отметить, что помимо вышеприведенной симптоматики в 26 (29,2%) и 2 (2,2%) случаях отмечены явления частичной и полной кишечной непроходимости, однако данное осложнение больше присуще опухолевому процессу. Таким образом, сочетание дивертикула и опухоли обусловливает многократное повышение частоты случаев осложненного течения заболевания, достигшего в нашем исследовании 92,1%. Среди 89 больных раком ободочной кишки мужчин было несколько меньше — 37 (41,6%), чем женщин, — 52 (58,4%). Возраст больных колебался от 21,68 до 79,24 года. Удельный вес лиц пожилого и старческого возраста достиг половины наблюдений — 45 (50,6%). Из 89 больных у 59 (66,3%) были выявлены выраженные сопутствующие заболевания. Наибольший удельный вес у больных раком ободочной кишки на фоне дивертикулеза (дивертикулита) ободочной кишки имели сердечно-сосудистые заболевания — 36,8%. В гистологической структуре опухолей основной удельный вес имели аденокарциномы — 81 (91,0%). Местно-распространенные опухоли, соответствующие критерию Т3 и Т4, составили 85 (95,5%). Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов отмечено в 28 (31,5%) случаях. Послеоперационная адъювантная химиотерапия (стандартные курсы флуороурацила на фоне лейковорина) применена в 27 (30,3%) случаях после радикальных операций (I–II стадия — 13 наблюдений, III стадия — 14 наблюдений) и в 7 случаях после паллиативных резекций. Следует отметить, что достаточно низкий охват пациентов адъювантным лечением нередко обусловливался общим слабым состоянием больных.

Из 89 гемиколэктомий и резекций в 82 (92,1%) случаях операции выполнены в радикальном объеме, в 7 (7,9%) случаях — в паллиативном. В 14 (15,7%) наблюдениях, ввиду обширного поражения стенки кишки дивертикулами с признаками параколического воспаления, потребовалось некоторое расширение запланированного объема мобилизации ободочной кишки, в том числе в 4 (4,5%) случаях выполнены расширенные левосторонние гемиколэктомии. В 18 (20,2%) случаях операции имели комбинированный и симультанный характер. Наиболее часто нам приходилось дополнительно резецировать переднюю брюшную стенку и петли тонкой кишки, находящиеся в воспалительно-опухолевом инфильтрате [1, 4]. Количество выполненных правосторонних гемиколэктомий — 8 (9,0%) — соответствовало числу случаев опухолевых локализаций в правой половине ободочной кишки, в 2 (2,2%) случаях потребовалось расширение объма мобилизации до 1/2 поперечно-ободочного отдела ввиду выраженного гнойно-септического воспаления кишечной стенки. В число 21 (23,6%) выполненной левосторонней гемиколэктомии, помимо 12 (13,5%) наблюдений локализации опухоли в нисходящем и селезеночном отделах, включены 4 (4,5%) случая опухолевого поражения поперечно-ободочного отдела и 5 (5,6%) случаев поражения сигмовидного отдела ввиду выраженных воспалительных изменений кишечной стенки во всей левой половине ободочной кишки. Резекция сигмовидной кишки выполнена в 57 (64,0%) случаях из 65 локализаций. В 5 (5,6%) наблюдениях, по причине выраженных гнойно-септических изменений в кишечной стенке, вынужденно расширен объем резекции — выполнена левосторонняя гемиколэктомия. Еще в 3 (3,4%) случаях выполнены обструктивные резекции типа Гартмана [2] и Микулича [1] ввиду выраженной кишечной непроходимости и развивающегося перитонита на фоне перфорации опухоли на предоперационном этапе. Таким образом, несмотря на высокий удельный вес осложненного течения — 82 (92,1%), лишь в 3 (3,4%) наблюдениях выполнены обструктивные резекции, а в остальных 86 (96,6%) — первично-восстановительные операции. Интраоперационные осложнения возникли в 7 (7,8%) случаях и в основном не носили тяжелого характера. В 4 (4,5%) из 7 случаев произошла перфорация параколического абсцесса, в 2 (2,2%) — перфорация стенки кишки в зоне опухоли, в 1(1,1%) — разрыв овариальной кисты. При подобных осложнениях, а также при угрозе их развития использованы способы консервативной и хирургической профилактики и купирования послеоперационных осложнений, разработанные в нашем центре, в том числе с использованием эндолимфатической антибактериальной терапии [4]. Летальных исходов вследствие развития интраоперационных осложнений отмечено не было. Таким образом, разработанная тактика профилактики и купирования осложнений позволила во всех случаях выполнить запланированный объем операции. Послеоперационные осложнения отмечены в 15 (16,9%) случаях, основной удельный вес пришелся на гнойно-септические процессы — 12 (13,5%). Наряду с традиционным внутривенным способом, во всех этих случаях для купирования гнойно-воспалительных процессов дополнительно использован способ эндолимфатической антибактериальной терапии [4]. 2 (2,2%) наблюдения абсцессов брюшной полости были обусловлены инфицированием брюшной полости параколическим инфильтратом, сопутствующим основному заболеванию — опухолевому процессу на фоне дивертикулита. Купирование данного осложнения осуществилось повторным дренированием и санацией полости абсцесса растворами антисептиков. В 1 (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%) несостоятельности анастомоза, кишечной непроходимости, острого флегмонозного холецистита и перфорации дивертикула потребовали в большинстве случаев повторного оперативного вмешательства вследствие развивающегося перитонита. 2 (2,2%) случая анастомозита были успешно купированы, однако в одном случае понадобилось формирование разгрузочной цекостомы. Мы посчитали возможным отнести к так называемым осложнениям хирургического характера (всего 6 (6,8%)) по 2 (2,2%) случая цистита, пневмонии и острого панкреатита, ставшие следствием обострения сопутствующей хронической патологии в послеоперационном периоде. 5 этих состояний были успешно купированы консервативно. Общий итог послеоперационной летальности составил 3 (3,4%) случая. В целом, частота и характер послеоперационных осложнений существенно не отличались от данных, приводимых другими исследователями проблем лечения рака ободочной кишки, а по некоторым показателям (несостоятельность швов анастомоза) являются существенно лучше. Отдаленная выживаемость в нашем исследовании изучалась методом построения таблиц дожития. Обязательным явился учет случаев послеоперационной летальности. Отдаленные результаты также оценивали в зависимости от объема оперативного вмешательства, стадии и характера специального послеоперационного лечения. Следует отметить, что ввиду небольшого количества паллиативных резекций [7] мы не рассматривали эту группу из-за невозможности получить статистически достоверные результаты. Кроме того, мы не учли в оценке эффективности комбинированного лечения единичные случаи предоперационного специального лечения и перенесли весь акцент на послеоперационное лечение. Для I–II стадии 5-летняя выживаемость составила 82,6±5,42%, средняя продолжительность жизни — 4,49±0,08 года. Для III стадии эти показатели соответствовали 57,1± 9,94% и 3,86±0,20 года. Общая 5-летняя выживаемость после радикальных операций составила 66,4 ±10,42%, средняя продолжительность жизни — 3,79± 0,31 года. 27 (30,3%) пациентам в послеоперационном периоде проведен курс адъювантной химиотерапии по рекомендуемым схемам Мейо, включающим препараты фтороурацила и кальция фолината, количество курсов колебалось от 3 до 5. Мы не увидели преимущества адъювантной химиотерапии с использованием традиционных схем — разница полученных показателей статистически не достоверна по сравнению с группой хирургического лечения. Детальная оценка функциональных результатов стала возможной у 52 (58,4%) пациентов, из исследования исключены пациенты после паллиативных резекций, а также колостомированные больные. К 12 мес от момента операции количество удовлетворительных результатов составило 51 (98,1%) наблюдение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, учитывая полученные непосредственные, отдаленные и функциональные результаты, можно говорить не только о достаточном радикализме и низкой частоте послеоперационных осложнений, но и о высокой функциональной ценности разработанных тактик ведения и способа формирования толстокишечного соустья у больных при сочетанном поражении ободочной кишки опухолевым процессом и дивертикулитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Яковец Ю.И., и др. (2009) Первично-восстановительная тактика хирургического лечения рака толстой кишки, осложненного полной кишечной непроходимостью. Український журнал хірургії, 1: 16–18.

2. Борисов А.Е., Кубачев С.К., Малкова С.К. (2003) Перфорация дивертикулов сигмовидной кишки. Вестник хирургии,Т. 162, 2: 94-95.

3. Борисов А.Е., Малкова С.К. (2001) Кровотечение из дивертикулов ободочной кишки. Вестник хирургии, 1: 96–98.

4. Борота О.В., Золотухін С.Е., Кияшко А.Ю. (2004) Ендолімфатична антибіотикотерапія з включенням ципринолу в лікуванні запальних ускладнень раку товстої кишки. Клиническая антибиотикотерапия, 1: 30–32.

5. Воробьев Г.И., Ривкин В.Л., Чубаров Ю.Ю. (1988) Дивертикулез толстой кишки (Обзор литературы). Хирургия, 3: 124–127.

6. Герман С.В. (1995) Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Клин. геронтол., 3: 44–51.

7. Книш Я.М. (2003) Невідкладні операції з приводу гострого дивертикуліту товстої ткишки. Шпитальна хірургія, 1: 48–51.

8. Книш Я.М. (2003) Клінічні форми перебігу гострого дивертикуліту товстої кишки. Вісник наукових досліджень, 2: 22–23.

9. Саламов К.Н., Воробьев Г.И., Ачкасов С.И. и др. (2001) Определение границ резекции ободочной кишки при дивертикулезе. Хирургия, 1: 80–85.

Шляхи підвищення ефективності лікування раку ободової кишки на фоні дивертикульозу

Г.В. Бондар[1], В.Х. Башеєв[1], С.Е. Золотухін[2], А.І. Бондаренко[2], А.О. Понсе Прадо[2], В.А. Пономаренко[2]

[1]Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Донецьк

[2]ККЛПУ «Донецкий областной противоопухолевый центр», Донецьк

Резюме. Мета дослідження: розробити оптимальну тактику хірургічного лікування раку ободової кишки на фоні тотального дивертикульозу за рахунок залучення ефективних методів профілактики та лікування гнійно-запальних ускладнень, створення надійного способу формування товстокишкового анастомозу для підвищення питомої ваги первинно-відновлювальних операцій. Матеріали та методи дослідженя: з 1992 по 2007 р. в ДОПЦ прооперовано 89 хворих на рак ободової кишки із супутнім дивертикульозом (дивертикулітом). Ускладнення зафіксовані у 82 (92,1%) випадках, у тому числі з перфокальним запаленням — 39 (43,8%) випадків. Ендолімфатична антибактеріальна терапія для лікування останнього була застосована у передопераційному періоді у 60 (67,4%) випадках, у післяопераційний період — у 12 (13,5%), що у багатьох випадках є продовженням передопераційної антибактеріальної терапії. Розроблений спосіб анастомозування являє собою модифікацію відомого дупликатурного анастомозу. Відмінністю способу було забарвлення дивертикулів до операції розчином метиленового синього, що інтраопераційно дозволило уточнити локалізацію і розповсюдження дивертикулів, що у свою чергу забезпечило можливість накладати шви поміж збережених дивертикулів. (Patent UA 28166U). Результати: питома вага первинно-відновлювальних операцій становить 86 (96,6%). Інтраопераційні ускладнення виникли у 7 (7,8%) випадках і не мали тяжкого характеру. Післяопераційні ускладнення відмічені у 15 (16,8%) випадках, причому неспроможність швів анастомозу лише в 1 (1,1%) випадку. Післяопераційна летальність становила 3 (3,3%). Висновки: отримані задовільні результати лікування при застосуванні розроблених лікувальної тактики і способу формування дуплікатурного товстокишкового анастомозу у хворих на рак товстої кишки із супутнім дивертикульозом свідчать про безсумнівну практичну цінність цієї роботи.

Ключові слова: рак ободової кишки на фоні дивертикульозу, первинно-відновлювальні операції.

Ways of increasing the effectiveness of colon cancer treatment background by diverticulosis

G.V. Bondar[1], V.H. Basheyev[1], S.E. Zolotukhin[2], A.I. Bondarenko[2], A.O. Ponce Prado[2], V.A. Ponomarenko[2]

[1]Donetsk national medical university named after M. Gorkyi, Donetsk

[2]Donetsk regional anticancer center, Donetsk

Summary. Objective: to develop an optimal surgical treatment of colon cancer complicated with diverticulosis by the introduction of effective methods of prophylaxis and treatment of suppurative-inflammatory complications, formation of secures colonic anastomosis to increase the proportion of primary reconstructive operations. Materials and methods. From 1992 to 2007 In DACC 89 patients recived surgical procedures for colon cancer associated with diverticulosis (diverticulitis). Medical complication were recorded in 82 (92.1%) cases, including perifocal inflammation — 39 (43,8%). Endolymphatic administration way for antibacterial therapy in perifocal inflammation treatment was used preoperative period in 60 (67.4%) cases, in the postoperative period — 12 (13,5%), in most of cases like continuation of preoperative antibiotic therapy. Developed method of anastomosis is a modification of duplicative anastomosis. Feature of the method was the staining of diverticules before surgical procedure with a solution of methylene blue, which allows us to refine intraoperative the localization and dissemination of diverticules, which, in turn, provided an opportunity to suture between intact diverticules (Patent UA 28166U). Results. The share of primary reconstructive interventions was 86 (96,6%). Intraoperative complications occurred in 7 (7.8%) cases and were not severe. Postoperative complications were noted in 15 (16.8%) cases, anastomotic leakage in only 1 (1.1%) case. Postoperative mortality was 3 (3.3%). Conclusion. Obtained satisfactory results of treatment using the developed treatment tactics and method of forming duplicative colonic anastomosis in patients with colon cancer complicated with diverticulosis showed undoubted practical value of developed method.

Key words: colon cancer complicated with diverticulosis, primary reconstructive operations.