

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ВРЕМЕННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ОБСТРУЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ



Туляганов Даврон Бахтиёрович, Яров Жахонгир Баходирович, Шукуров Бобур Ибрагимович, Мустафоев Ахрор Лукмонович, Гуломов Фуркат Каюмович
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЎЙУГОН ИЧАКНИНГ УСМА ЭТИОЛОГИЯЛИ ОБСТРУКТИВ ТУТИЛИШИДА ИЧАКНИ ВАКТИНЧАЛИК ДЕКОМПРЕССИЯ КИЛИШНИ МАЛОИНВАЗИВ УСУЛЛАРИ

Туляганов Даврон Бахтиёрович, Яров Жахонгир Баходирович, Шукуров Бобур Ибрагимович, Мустафоев Ахрор Лукмонович, Гуломов Фуркат Каюмович
Республика шошилинич тез тиббий ёрдам илмий маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

MINIMALLY INVASIVE METHODS OF TEMPORARY DECOMPRESSION OF THE COLON IN CASE OF OBSTRUCTIVE COLONIC OBSTRUCTION OF TUMOR ETIOLOGY

Tulyaganov Davron Bakhtiyorovich, Yarov Jahongir Bakhodirovich, Shukurov Bobur Ibragimovich, Mustafоеv Akhror Lukmonovich, Gulomov Furkat Kayumovich
Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: www.emerge-centre.uz/

Резюме. Колоректал саратон-саратон касаллигинг учинчи сабаби булиб, йилига 1,9 миллионга якин холатлар кайд этилади. Бу усмалар дунда саратон касаллигидан улимнинг иккинчи сабаби булиб, хар йили деярли 900 000 кишининг улимига сабаб булади. Ўзбекистонда барча саратон турлари орасида йугон ичак саратони курак беги, ошкозон ва упка саратонидан кейин 4-уринда туради. Колоректал саратонни эрта аниклаш буйича скрининг дастурлари кенг жорий килинганига карамай, беморларнинг 40 фоизида ушбу касалликнинг III-IV боскичида таххис килинади, улاردан 10-18 фоизи шошилинич жаррохлик аралашуви талаб килади.

Калит сўзлар: йугон ичак саратони, йугон ичак тутилиши, диагностика, клиника, даволаш усуллари.

Abstract. Colorectal tumor (CRT) is the third leading cause of cancer and accounts for about 1.9 million new cases per year. These tumors are the second leading cause of cancer death worldwide, causing almost 900,000 deaths each year. In Uzbekistan, among all oncological diseases, CT occupies the 4th place after breast, stomach and lung cancer. Despite the widespread introduction of screening programs for the early detection of CRT, these neoplasms in 40% of patients are diagnosed at stage III-IV of the disease, of which 10%-18% of patients with initially diagnosed colorectal cancer require emergency surgical intervention.

Key words: colorectal tumor, colonic obstruction, diagnostics, clinic, methods of treatment.

Введение. Колоректальный рак (КРР) занимает третье место в структуре онкологических заболеваний и на ее долю приходится около 1,9 миллиона новых случаев в год [по данным Global Cancer Observatory 2020]. Эти виды опухолей являются второй ведущей причиной смерти от рака в мире, ежегодно приводя к смерти почти 900 000 больных. Наибольшее распространение КРР получили в США и Японии (33,2 на 100 000 населения), в Англии (25,8/100000) и в Швеции (17,8/100000) [1].

По данным проф. С.Н. Наврузова (2020), в Республике Узбекистан за 6-летний период (2012–2017 гг.) было выявлено 3210 (2,58% от 124383 зарегистрированных случаев злокачественных заболеваний) случаев КРР. При этом отмечается прогрессивный рост числа больных с колоректальным раком – с 436 до 623 случаев в год за наблюдаемый 6-летний период. В Узбекистане среди всех онкологических заболеваний КРР занимают 4-е место после рака молочной железы, желудка и легкого.

Не смотря на широкое повсеместное внедрение скрининговых программ раннего выявления КРР, эти новообразования у 40% больных диагностируются на III-IV стадии заболевания, [2], из которых требующих экстренного хирургического вмешательства составляет 10%-18% пациентов с первоначально диагностированным колоректальным раком [3].

Современные исследования показывают, что возраст является основным фактором риска для КРР. Заболеваемость колоректальным раком начинает увеличиваться в возрасте от 40 до 50 лет и в каждом последующем десятилетии показатели заболеваемости возрастают [4]. Общая 5-летняя выживаемость больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью (ОТКН) составляет около 28%. У пациентов с I и II стадией общая выживаемость составляет порядка 54%, с III стадией 50% и 6% с IV стадией заболевания [5].

Классификация ОТКН. На протяжении многих лет разработано огромное количество разных классификаций ОТКН, в основе которых лежит либо клиническая картина, либо характер развития непроходимости, либо уровень поражения. Встречаются полная и частичная; острая, подострая, хроническая; острая и хроническая; хроническая рецидивирующая, острая с осложнениями и острая без осложнений; внезапная без анамнеза и с постепенным развитием клиники; компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная [6].

По клиническому течению выделяют 6 форм колоректального рака: токсико-анемическую, энтероколитическую, диспепсическую, обтурационную, псевдовоспалительную, опухолевую (атипичную)» [7].

Для рака правой половины толстой кишки чаще всего характерна токсико-анемическая форма, когда «на первый план выступают признаки нарушения общего состояния больных на фоне прогрессирующей гипохромной анемии и лихорадки» [8]. Первые признаки непроходимости правых отделов толстой кишки появляются при достижении опухоли значительных размеров, что связано с более широким просветом, жидкой консистенцией кишечного содержимого и, преимущественно, экзофитным ростом опухоли [9]. Но в случае опухоли, расположенной в области илеоцекального перехода, даже при ее небольших размерах, манифестация кишечной непроходимости может наступить намного раньше [10]. Развитие ОТКН чаще всего наблюдается при раке левой половины [11]. Это объясняется, преимущественно, эндофитным ростом и меньшим диаметром просвета левой половины ободочной кишки, приводящим к его сужению, а также более плотным содержимым левых отделов толстой кишки. [12].

Предложена рабочая **клинико-рентгенологическая классификация** с выделением следующих стадий ОТКН [13]:

Стадия компенсированных нарушений толстокишечной проходимости (НТП) (условно хроническая). На этой стадии баугиноспазм еще не наступил, типичные рентгенологические симптомы не выявлены. Экстренная ирригоскопия помогает верифицировать диагноз.

Стадия субкомпенсации (подострая). На обзорных рентгенограммах описаны симптомы, характеризующие три степени прогрессирующих этапных НТП:

1-я степень — конусообразный обрыв сплошного пневмоконтура ТК на уровне обтурирующей опухоли;

2-я степень — обрыв сплошного пневмоконтура ТК с горизонтальным уровнем жидкости над обтурирующей опухолью;

3-я степень — прерывистость сплошного пневмоконтура ТК с горизонтальными уровнями жидкости во всех отделах ТК от баугиниевой заслонки до опухоли. Эти рентгенологические симптомы можно выявить только на этапе баугиноспазма.

Стадия декомпенсации (острая обтурационная толстокишечная непроходимость). Наряду с вышеописанными симптомами в стадии субкомпенсации начинают наслаиваться типичные и привычные для хирургов рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости

В 2015г предложена другая классификация[14]:

- **компенсированная кишечная непроходимость:** периодически возникающие запоры, сопровождающиеся задержкой стула и затруднением отхождения газов; на обзорной рентгенограмме брюшной полости может выявляться пневматизация ободочной кишки с единичными уровнями жидкости в ней;

- **субкомпенсированная кишечная непроходимость:** задержка стула и газов менее 3 сут, на обзорной рентгенограмме определяются тонкокишечные арки, пневматоз и чаши Клойбера в правой половине живота; отсутствуют признаки полиогранных дисфункций; эффективна консервативная терапия;

- **декомпенсированная кишечная непроходимость:** задержка стула и газов более 3 сут; рентгенологические признаки как толсто-, так и тонкокишечной непроходимости с локализацией тонкокишечных уровней и арок во всех отделах брюшной полости; рвота застойным содержимым; наличие органных дисфункций

Диагностика ОТКН. За последние годы отмечается значительный прогресс диагностических служб, в том числе и в стационарах общего профиля, но несмотря на это, диагностика ОТКН

на ранних стадиях, даже имеющего начальные симптомы непроходимости, остаётся на низком уровне [15]. Это можно связать с разнообразием клинической картины, поздней обращаемости пациентов и, во многом, отсутствием онкологической настороженности у врачей.

Установка диагноза при ОТКН ставит перед собой 5 основных задач:

- 1) диагностировать признаки толстокишечной непроходимости,
- 2) установить локализацию колоректального рака,
- 3) определить распространённость опухолевого процесса,
- 4) выявление сопутствующей патологии,
- 5) оценка общего состояния больного [16].

Диагноз ОТКН ставится на основании данных анамнеза, осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования. Последнее включает в себя рентгенологические, ультразвуковые и эндоскопические исследования [17]. При сборе анамнеза следует обратить внимание на симптомы, характерные для онкологических больных, такие как слабость, снижение веса и работоспособности. «Стандартные лабораторные исследования включают в себя общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, биохимическое исследование крови», включая электролитный и буферный состав. Исследования не являются специфическими для диагностики опухолевой толстокишечной непроходимости, но позволяют судить о наличии и тяжести метаболических нарушений или наличии осложнений [18]

Основным методом диагностики ОТКН является рентгенологическое исследование толстой кишки. Уже давно ни у кого не вызывает сомнений целесообразность выполнения на момент поступления в стационар обзорной рентгенографии брюшной полости, которая позволяет поставить диагноз ОТКН в 77 – 100% случаев [19].

В литературе не встречается данных, где при рентгенологических признаках кишечной непроходимости сразу выполняется оперативное вмешательство, без определения уровня и характера обтурации. Соответственно, бесконтрастные рентгенологическое исследование брюшной полости при ОТКН не объективно. На обзорных снимках брюшной полости расширение ободочной кишки газами выявляются у 97%, а чаши Клойбера у 81% больных [20]. Но бесконтрастные методы исследования не могут ответить на вопрос об уровне и характере обтурации, что требует проведения дополнительных диагностических исследований.

УЗИ брюшной полости – ценный и информативный метод диагностики ОТКН [21]. На сегодняшний день ультрасонография является высокоинформативным, легкодоступным и недоро-

гим методом исследования при ОТКН [22]. По данным В. М. Тимербулатова чувствительность данной методики при ОТКН составляет 95%, а специфичность 98% [23]. Что делает сонографию «золотым стандартом» при исследовании толстой кишки и брюшной полости у всех пациентов с ургентной патологией [23]. Критическая оценка УЗИ показала, что отличить тонко- и толстокишечную непроходимость возможно только у 70% больных. Основой УЗ – картины ОТКН принято считать выявление отделов толстой кишки – цилиндров в диаметре до 9 см, которое возможно увидеть только при продольном сканировании [24]. Критериями обтурации принято считать утолщение стенки толстой кишки, наличие жидкости в просвете кишки и выпота в брюшной полости [25]. Многие авторы доказали, что УЗИ может не только визуализировать опухолевое поражение в стенке кишки, но и показать распространённость процесса по брюшной полости [26].

Контрастные рентгенологические методы исследования являются ключевыми в определении причины непроходимости и локализации обтурации. Для определения уровня препятствия выполняют ирригографию [27]. Чувствительность и специфичность данного исследования составляет 80% и 100% соответственно [28]. Данный рентгенологический метод одинаково эффективен при опухолях правой и левой половины ободочной кишки [29]. По мнению различных авторов «от 87% до 95,8% исследований позволяют выявить циркулярное сужение просвета кишки и определение протяженности обтурированного участка» [30]. При выполнении экстренных ирригоскопий процент диагностических ошибок может возрасти до 30%, вследствие неподготовленности толстой кишки и слабости сфинктерного аппарата прямой кишки. Для больных со слабым сфинктерным аппаратом изобрели специальный обтуратор с раздуваемой манжетой, при использовании которого, диагностическая ценность контрастной клизмы в выявлении уровня обтурации увеличивается до 100%, а в определении ее характера до 96% [30].

В диагностике ОТКН колоноскопия обладает достаточно высокой клинической эффективностью до 89 – 100% [31]. Данное исследование позволяет определить локализацию опухоли, диаметр просвета, обтурированного участка кишки, и выполнить биопсию.

Han S. H. и соавторы доказали, что МСКТ брюшной полости с внутривенным контрастированием и МРТ – «золотой стандарт» в диагностике ОТКН опухолевого генеза. У больных ОТКН МСКТ обладает высокой долей чувствительности: позволяет выявить локализацию и распространённость опухолевого процесса, определить протяжённость опухолевой стриктуры, наличие ише-

мии стенки кишки, косвенные признаки угрожающего диастатического разрыва [32].

Чувствительность и специфичность до данным разных исследователей составляет 96% и 93% соответственно [33]. Котляров П.М. (2013) в своем исследовании, «разработавшему мало-структурные и денситометрические показатели метастатического поражения регионарных лимфатических узлов (увеличение размеров, округлая форма, плотность лимфатических узлов), удалось повысить специфичность МСКТ в установлении N-стадии до 98%, чувствительность до 89%, точность до 93%» [34].

Одним из эффективных методов диагностики ОТКН служит видеолапароскопия. Преимуществом метода является не только ее диагностическая роль (оценка отдаленных метастазов, выявление уровня непроходимости), но и возможность выполнения лапароскопической колостомы, в качестве этапного лечения больных с ОТКН [35]

Клиника ОТКН. Больные, поступающие в стационар, с выраженной клинической картиной непроходимости, в течение 6 – 12 месяцев отмечали признаки кишечного дискомфорта [36]. К последнему можно отнести периодические вздутия и боли, чувство тяжести, урчание, запоры, что является ранними признаками синдрома кишечного стаза. Вышеуказанные жалобы, могут свидетельствовать о наличие стенозирующего колоректального рака, где финалом, длительно развивающегося опухолевого процесса, будет выраженная клиническая картина ОТКН.

В своей работе В. Н. Эктов приводит наиболее часто встречаемые жалобы. Схваткообразные боли в животе встречаются у 100% больных, задержка стула – 94,7%, газов – 78,7%. Задержка стула и газов характерна для колоректального рака с левосторонней локализацией. При физикальном обследовании у 74% больных отмечается вздутие или асимметрия живота, бледность, мраморность кожных покровов. У 30% больных удаётся пальпировать опухоль, чаще характерно для колоректального рака с правосторонней локализацией. При перкуссии определяется тимпанит у 94% больных. При аускультации выслушиваются усиленные кишечные шумы у 72,4% и «шум плеска» у 17% больных [37].

Лечение ОТКН. По сравнению с правосторонним обструктивным раком толстой кишки, левосторонний рак толстой кишки имеет различные варианты лечения, в основном состоящие из экстренной первичной резекцией опухоли с формированием стомы или без нее или декомпрессия с последующей отсроченной резекцией опухоли. Выбор обычно делается на основании общего состояния пациента, доступности ресурсов и возможности выполнения полной онкологической резекции.

При обструктивном раке прямой кишки оптимальная онкологическая резекция с тотальным мезоректальным иссечением является не достижима. Рак прямой кишки, вызывающий острую непроходимость, обычно является местно распространенным далеко продвинутый и с высокой вероятностью инвазии в соседние мочеполовые органы, крупные нервно-сосудистые и даже костные структуры. Поэтому при обструктивном раке прямой кишки декомпрессия для снятия острых симптомов более желательна, чем первичная опухоль во избежание серьезной интраоперационной заболеваемости и неоптимальных результатов хирургического лечения.

В связи с чем, в настоящее время при правосторонней обтурации толстой кишки опухолью наиболее широкое применение получила тактика традиционная первичная резекция опухоли путем правостороннюю гемиколэктомию или расширенную правостороннюю гемиколэктомию с илеоколическим анастомозом [38]. При правостороннего поражения толстой кишки, в 86% пациентов подвергаются к экстренной резекции [39]. Более легкие хирургические методы мобилизации и резекции правосторонней ободочной кишки заставляют многих хирургов предпочитать резекции первичной опухоли в экстренных условиях. По сравнению с колокольным или колоректальным анастомозом, многие хирурги предпочитают первичный илеоколический анастомоз, даже у ослабленных пациентов, благодаря обильному кровоснабжению и относительно простой манипуляции с расширенной проксимальной частью кишки достаточной длины. Частота резекции с первичным анастомозом среди пожилых пациентов не отличалась от таковой среди более молодых пациентов. Неудивительно, что краткосрочные результаты после экстренной правосторонней гемиколэктомии с илеоколическим анастомозом при ОТКН правой половины ободочной кишки хуже, чем после плановой операции по поводу рака правой половины толстой кишки. Послеоперационные осложнения после экстренной операции составляет от 46% до 54% [40,41]. По сравнению с уровнем осложнений в 30% после плановой правосторонней гемиколэктомии по поводу КРР [42], послеоперационные осложнения после экстренной операции значительно выше. Частота несостоятельности анастомоза после экстренной операции составляет от 12% до 16,4% [40,41], что также превышает частота несостоятельности в 4,1% чем после плановой операции [43]. Как и ожидалось, послеоперационная смертность после экстренной операции составляет 14,5%, что выше, чем 2,6% после плановой операции. Анализ факторов риска несостоятельности анастомоза подтверждает мнение о том, что экстренная хирургия

создает большой риск несостоятельности анастомоза и связанной с этой смертности[44].

При резектабельном правостороннем обструктивном раке толстой кишки первичная резекция опухоли может быть оптимальным вариантом лечения. В случаях нестабильной гемодинамики или тяжелой внутрибрюшинного загрязнения в результате перфорации кишечника, петлевая илеостомия или концевая илеостомия является неизбежной. Однако высокая производительность илеостомии и связанные с ней заболевания, такие как дегидратация, электролитный дисбаланс и острая почечная недостаточность, ухудшает результаты в послеоперационном периоде

По сравнению с лечением правостороннего обструктивного рака толстой кишки, варианты лечения левостороннего левостороннего обструктивного рака толстой кишки разнообразны и противоречивы. Традиционно, первичная резекция опухоли с формированием концевой стомы была наиболее предпочтительной для лечения обструктивного рака левой половины ободочной кишки в экстренных условиях[45]. Однако, экстренная хирургия сама по себе является независимым фактором риска для смертности[46]. Частота послеоперационных осложнений выше, чем частота осложнений после плановой хирургии[47]. У значительного числа пациентов после экстренной операции остается временная или пожизненная стома после экстренной операции. Кроме того, последующая операция по закрытию стомы связана с высоким уровнем заболеваемости от 21% до 36%[48]. До 71% пациентов никогда не подвергаются операции по закрытию стомы, что существенно влияет на качество жизни[49]. К факторам риска, связанным с закрытием стомы, относятся пожилой возраст, послеоперационное осложнение, возникшее после хирургического вмешательства[49], послеоперационное осложнение, возникшее после экстренной операции, коморбидность и последняя стадия КРР[50]. Хотя оперативный подход с резекцией первичной опухоли с наложением концевой стомы считается самым безопасным вариантом из-за отсутствия анастомотических осложнений[51], двухэтапная операция является сложной и может значительно снизить качество жизни пациента. Подвесная стома - еще одна оперативная процедура для контроля повреждений при острой левосторонней толстокишечной непроходимости. За формированием отводящей стомы следует операция второго этапа - резекция первичной опухоли с закрытием или без закрытия колостомы. Закрытие стомы может быть выполнено на третьем этапе. Подвесная стома может стабилизировать общее состояние пациента и обеспечить подготовку кишечника и правильное стадирование перед онкологической

резекции. Однако пациенты, для которых запланирована трехэтапная процедура не могут подвергаться последующим операциям, даже если они признаны годными. Когда заболеваемость и смертность, связанные с каждым хирургическим этапом, рассматриваются в совокупности, поэтапная операция не дает никаких преимуществ. Более того, в рандомизированное контролируемое исследование, сравнивающее экстренную колостомию с последующей этапной операцией с экстренной операцией Гартмана показало сходную заболеваемость и смертность между двумя процедурами; таким образом, авторы не поддержали использование колостомии у ослабленных пациентов[52]. Одним из преимуществ поэтапной операции является более низкий процент постоянной стомы. Однако пациентам, перенесшим поэтапную операцию, требуется более длительного пребывания в стационаре для проведения дополнительных хирургических процедур после первоначальной колостомии. В экстренных условиях реконструкция непрерывности кишечника избегается при лечении острой левосторонней толстокишечной непроходимости из-за риска несостоятельности анастомоза. Однако двухэтапная операция с последующей операцией Гартмана имеет существенным недостатком является высокая заболеваемость и смертность, связанные с второй операцией и снижением качества жизни при сохранении стомы. Тем не менее, некоторые колоректальные хирурги пытались создать первичный анастомоз после экстренной и продемонстрировали его выполнимость и безопасность у отдельных пациентов[53]. В систематическом обзоре Breitenstein et al[54] оценили превосходство одноэтапной процедуры по сравнению с многоэтапной. Одноэтапной процедуры по сравнению с многоэтапными процедурами при ОТКН левостороннем поражении. Авторы продемонстрировали, что первичная резекция и анастомоз превосходят двух- или трехэтапные операции с точки зрения смертности, с относительным риском разницы от -2% до -27%[54]. Оказалось, что смещение отбора сильно повлияло на результат исследования, в котором пациенты с лучшим прогнозом чаще подвергались одноэтапной операции. Широко изучались факторы риска, связанные со смертностью и несостоятельности анастомоза и выявили условия повышенного риска, такие как пожилой возраст, наличие сопутствующих заболеваний, продвинутая стадия опухоли, недоедание и наличие перитонеального загрязнения[55]. В настоящее время первичная резекция и анастомоз являются предпочтительными вариантами при неосложненном левостороннем обструктивном раке толстой кишки без факторов риска анастомотической несостоятельности [56]. Существует два основных метода резекции, и оптимальный тип

процедуры все еще дискутируется. Сегментарная резекция толстой кишки с интраоперационным орошением толстой кишки является одним из вариантов вариант, а другой - субтотальная или тотальная колэктомия. Сегментарная резекция позволяет сохранить проксимальный сегмент толстой кишки, но промывание на столе отнимает много времени и может привести к проливанью кала[57]. Субтотальная или тотальная колэктомия рекомендуется при низком риске несостоятельности анастомоза при илеокольном или илеоректальном анастомозе[58]. Она может устранить растянутую проксимальную толстую кишку с ишемическими повреждениями и разрывами серозной оболочки прямой кишки, снижая риск разлива и загрязнения кала. Субтотальная или тотальная колэктомия может также эффективно справляться с синхронными опухолями в проксимальном отделе толстой кишки[59]. К отрицательным аспектам субтотальной или тотальной колэктомии относятся необходимость в опытного хирурге или специалиста, длительное время операции и снижение функции кишечника[60]. С точки зрения заболеваемости и смертности, многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование продемонстрировало отсутствие различий между двумя разными хирургическими процедурами - тотальной/субтотальной колэктомии и сегментарная колэктомия с промыванием на столе[60]. Поэтому в руководстве WSES 2017 года говорится, что тотальная колэктомия не является предпочтительнее сегментарной колэктомии при отсутствии надвигающейся перфорации в толстой кишке, признаков ишемии кишечника или синхронного рака правой половины толстой кишки[56].

Применение эндоскопических методов позволило выполнить пациентам декомпрессию ободочной кишки при острой обтурационной толстокишечной непроходимости. Однако работы последних лет показывают, что эндоскопические методы технически приемлемы и клинически эффективны, если внутрипросветная протяженность опухоли не превышает 3–5 см. [60].

Метод, предложенный в 80-х годах прошлого столетия, основанный на гипер- или гипотермической деструкции опухоли с помощью лазерной, криохирургической техники или аргоноплазменной коагуляции, зарекомендовал себя весьма успешным. Одни из лучших показателей наблюдали при выполнении лазерной фотокоагуляции (эффект от манипуляции составил в среднем 90%). Однако одним из недостатков такого подхода служит потребность в выполнении повторных манипуляций каждые 5–9 нед. во избежание рецидива непроходимости [38]. Также необходимо отметить тот факт, что данный метод временной декомпрессии должен выполняться

пациентам, которым в дальнейшем не предполагается радикальное оперативное вмешательство, так как из-за деструкции опухолевой ткани может происходить ее местное распространение. Осложнения данных манипуляций составляют: перфорация (4,1%), свищ (3,2%), абсцесс (1,7%), кровотечение (4,1%). Как отмечает С.Ю. Дворецкий и соавт., выполнение полной или частичной реканализации опухоли у 21 пациента из 31 (67,7%) позволило провести полноценную предоперационную подготовку и выполнить плановое оперативное вмешательство. В конце 80-х — начале 90-х годов прошлого столетия отечественными учеными были предложены методы эндоскопической реканализации дренажной трубкой. В частности, это касается работ проф. Ю.В. Синева и проф. Г.В. Пахомовой. В начале 2000-х годов появились работы из-за рубежа, посвященные эндоскопической реканализации дренажной трубкой при обтурационной толстокишечной непроходимости (transanal drainage tube). Технический (возможность установки дренажной трубки) и клинический (устранение симптомов непроходимости) успех метода составлял 93,9% и 86,4% соответственно. По данным различных авторов, частота перфораций после эндоскопической реканализации достигала 4,5–8,5%, а общая летальность колебалась от 1,5% до 9,8%.

В 1990-е годы для паллиативного лечения неоперабельных пациентов были разработаны саморасширяющиеся металлические стенты [15, 47], которые эндоскопически устанавливаются с помощью направляющего проводника через опухолевое сужение.

Толстокишечные стенты могут быть установлены в любом отделе толстой кишки, учитывая альтернативный хирургический подход в виде первичной резекции и анастомоза, толстокишечные стенты обычно предпочитают устанавливать при обструкции левой половины толстой кишки. Помимо толстокишечной непроходимости, вызванной патологией толстой кишки, внекишечная патология, включая *carcinomatosis peritonei*, также может вызвать толстокишечную непроходимость. В этих случаях стентирование толстой кишки может быть рассмотрено с паллиативной целью, но это связано с более низкими техническими и клиническими показателями успеха и более высоким уровнем осложнений[46].

Имеются сообщения о меньшей эффективности стентирования толстой кишки в случаях карциноматоза брюшины. Противопоказаний для стентирования толстой кишки, как правило, нет, за исключением перфорации толстой кишки. Единственным абсолютным противопоказанием для стентирования толстой кишки является перфорация толстой кишки. На результаты после установки стента не влияют возраст пациента и фи-

зиологический статус (Американского общества анестезиологов (ASA)) [52], поскольку они являются основными двумя факторами риска, предсказывающими смертность и заболеваемость при любой процедуре. Подготовка кишечника перед установкой стента является спорным вопросом, учитывая обструктивный характер заболевания, и нет опубликованных отчетов, связанных с использованием подготовки кишечника в таких случаях. В большинстве случаев пациентов, хотя толстая кишка дистальнее обструкции обычно пуста из-за перистальтических движений, клизма может быть использована для облегчения визуализации перед установкой стента. Антибиотико-профилактика во время установки стента не показана из-за очень низкой частоты клинических проявлений бактериемии. Установка стента в толстую кишку может быть выполнена как эндоскопически, так и рентгенологически, но рекомендуется сочетание эндоскопии и рентгеноскопии. В ретроспективных исследованиях сообщалось о схожих показателях успеха после эндоскопической и рентгенологической установки стентов, но при комбинированной методике были отмечены более высокие показатели технического успеха [51]. Имеющиеся толстокишечные стенты можно разделить на две группы: покрытые и непокрытые стенты. Потенциальные факторы, ответственные за успех введения стента, также включают длину и диаметр стента. Двухфакторный анализ, сравнивающий покрытые стенты и непокрытые стенты, не выявил различий в техническом и клиническом успехе и частоте осложнений, однако непокрытые стенты имели значительно более высокие показатели врастания опухоли, но более низкие показатели миграции. Стенты с меньшим диаметром тела (< 24 мм) ассоциируются с более высокими показателями миграции [53]. Учитывая укорочение после развертывания стента, рекомендуется использовать достаточно длинный стент, в дополнение к длине обструкции, чтобы покрыть не менее 2 см с обоих концов. Другим важным фактором, влияющим на результаты стентирования, является стентированность обструкции. Имеются данные, что показатели успеха высоки при обструкциях короткого сегмента, а при обструкциях > 5 см наблюдается больше технических и клинических неудач [54]. Стентирование толстой кишки в остром периоде имеет определенные преимущества по сравнению с экстренной операцией. Однако необходимо учитывать долгосрочные последствия установки толстокишечного стента с точки зрения онкологических исходов, особенно в случаях излечимого и резектабельного рака на момент поступления.

Толстокишечные стенты как мост к операции. Хотя стентирование толстой кишки представляется очевидным вариантом лечения острой

толстокишечной непроходимости в потенциально излечимых и резектабельных случаях, всегда существовали разногласия по поводу его использования в качестве моста к операции. Благодаря способности перевести экстренное состояние в селективную ситуацию, позволяющей провести стадирование и оптимизировать состояние пациента. Если толстокишечный стент используется в качестве моста до операции, оптимальный промежуток времени между установкой стента и резекционной операцией должен составлять пять-десять дней [60]. Это основано на том, что это время позволит пациенту восстановить свой физический и пищевой статус. Если операция резекции откладывается дольше, это создаст дополнительные трудности при проведении хирургической резекции из-за созревания рубцовых тканей, особенно при лапароскопических резекциях.

Стент толстой кишки в качестве паллиатива. Из вышеприведенного обсуждения становится яснее, что хотя толстокишечный стент не рекомендуется в качестве моста к операции, он, очевидно, играет определенную роль в паллиативах. Явные преимущества в виде более низкой послеоперационной смертности, снижения интенсивного и общего пребывания в больнице, более раннего начала химиотерапии больных со стентами, но клинический успех был статистически значимо выше в группе с хирургическим вмешательством. Не было статистически значимой разницы в послеоперационных осложнениях; ранние осложнения были более распространены в хирургической группе, в то время как поздние осложнения отмечались чаще в группе стентов. Несмотря на то, что Технический успех при использовании стента составил от 88% до 100%, осложнениями были перфорация толстой кишки, миграция стента и повторная непроходимость. Эти данные свидетельствуют в пользу использования толстокишечных стентов в паллиативных целях при остром подозрении на злокачественную толстокишечную непроходимость. Успешное развертывание толстокишечных стентов в этих случаях дает преимущество начать химиотерапию на более ранней стадии. Однако химиотерапия также вызывает подозрение на увеличение частоты осложнений при установке стентов, особенно перфорации толстой кишки. Тем не менее, пациентам с острой непроходимостью толстой кишки с известным раком толстой кишки и принимающим антиангиогенные препараты, не рекомендуется проводить стентирование толстой кишки. Уменьшение опухоли, приводящее к миграции стента в результате химиотерапии, может вызывать беспокойство. Помимо перфорации стента, несостоятельности стента, повторной непроходимости и миграции стента, другие распространенные потенциальные осложнения включают боль,

тенезмы, недержание мочи и образование свищей. При использовании в качестве паллиатива повторное стентирование является приемлемым вариантом в руках специалистов в случаях миграции стента или обструкции.

Заключение. Таким образом, за последние несколько десятилетий лечение осложненного ОТК качественно изменилось. При поражении правой половины толстой кишки общепринятым стандартом лечения является правосторонняя гемиколэктомия и первичный илеотрансверзоанастомоз. При поражении левой половины ободочной кишки временная декомпрессия ободочной кишки с последующим первичным анастомозом, по-видимому, в настоящее время находится на горизонте поиска современных малоинвазивных методов, которые могут значительно снизить смертность и осложнения и улучшить возвращение пациентов в общество и на работу. Однако отсутствие сравнительных данных об эффективности различных методов временной декомпрессии при остром обструктивной непроходимости означает, что разработки в этом направлении крайне необходимы.

Литература:

1. Malvezzi M., Carioli G., Bertuccio P. European cancer mortality predictions for the year 2018 with focus on colorectal cancer *Ann. Oncol.* – 2018. – Vol. 29, № 4. – 7 p. – Режим доступа: <https://academic.oup.com/annonc/article/29/4/1016/4935197>.
2. Totikov Z.V., Totikov V.Z. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova Lecheniye bol'nykh rakom tolstoy kishki, oslozhnennym ostroy kishechnoy neprokhodimost'yu (s kommentariyem).* – 2017. – № 3. – S. 17-23.
3. Decker KM, Lambert P, Nugent Z, Biswanger N, Samadder J, Singh H. Time Trends in the Diagnosis of Colorectal Cancer With Obstruction, Perforation, and Emergency Admission After the Introduction of Population-Based Organized Screening. *JAMA Netw Open* 2020; 3: e205741 [PMID:32453385 DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.5741]
4. Jemal A., Bray F., Global cancer statistics Center. – *CA Cancer J Clin.* – 2011. – Vol. 61. – P. 69.
5. T.-M. Chen, Y.-T. Huang, G.-C. Wang Outcome of colon cancer initially presenting as colon perforation and obstruction *World J. Surg. Oncol.* – 2017. – Vol. 15, N. 1. – P. 164.
6. Nazarov L.U., Agavelyan A.M., Gevorkyan A.G. Taktika lecheniya obturatsionnoy kishechnoy neprokhodimosti pri rake tolstoy kishki *Respubl. sbornik nauch. trudov "Problemy koloproktologii"*. – M., 1989. – вып.10. – S.130-131 Онкология М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 920с
7. Minullin M. M., Krasil'nikov D. M., Tolstikov A. D. Ostraya kishechnaya neprokhodimost'. *Diagnostika. Khirurgicheskoye lecheniye Prakticheskaya meditsina.* – 2015. – № 6 (91). – S. 18–22.
8. Korymasov Ye. A, Gorbunov YU. V Printsipy differentsial'noy diagnostiki i taktiki pri ostroy kishechnoy neprokhodimosti *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova.* – 2003. – № 3. – S. 101–106
9. Mege D., Manceau G., Beyer L Right-sided vs. left-sided obstructing colonic cancer: results of a multicenter study 100 of the French Surgical Association in 2325 patients and literature review – 2019.
10. Puzin V. N., Shkoda A. S., Alekperov S. F., Galkin V. N. Osobennosti khirurgicheskogo lecheniya oslozhnennykh form kolorektal'nogo raka u patsiyentov pozhilogo i starcheskogo vozrasta *Meditsinskaya pomoshch'.* – 2006. – № 6. – S. 15–18
11. Vorobey A. V., Grishin I. N., Khadzi-Ismail I. A. Sovremennyye aspekty kishechnoy neprokhodimosti: materialy Vserossiyskoy nauch.-prakt. konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem. — SPb., 2007. — S. 147— 148
12. Briskin G.S., Smakov G.M., Borodin A.S., Marchenkov A.D Rannaya diagnostika kolorektal'nogo raka. *Khirurgiya.* – 2005. – №5. – S.37-40
13. Pugayev A.V., Achkasov Ye.Ye. Obturatsionnaya opukholevaya tolstokishechnaya neprokhodimost' M.: *Profil'*, 2005. – 224 s
14. Orlov A.Ye., Kozlov S.V., Kaganov O.I. Faktory razvitiya posleoperatsionnykh oslozhneniy u bol'nykh kolorektal'nym rakom . – *Tekst : neposredstvennyy Koloproktologiya.* – 2018. – Т. 64, № 2 (Pril.). – S. 43–44. –(Pril. k zhurn.: Materialy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem «Dostizheniya sovremennoy koloproktologii
15. Yeryukhin I.A, Petrov V.P., Khanevich M.D. *Kishechnaya neprokhodimost'. Rukovodstvo dlya vrachey.* – SPb., 1999. – 448 s.
16. Abdullayev, M. A. Vybor khirurgicheskoy taktiki pri ostrykh oslozhnennykh raka obodochnoy kishki: *Dis. ... d-ra. med. nauk.* SPb., 2005. – 267 s
- Loffeld
17. Van der Werff Y.D., B.C. Gallstone ileus *JBRBTR.* -2001; 84 (2): 76
18. Bogdanov A.Ye., Stupin V.A., Siluyanov S.V., Mikhal'skiy V.V. Diagnosticheskaya taktika pri opukholevoy kishechnoy neprokhodimosti. IX Vseros. s"yezdkhirurgov. *Materialy s"yezda.* – Volgograd, 2000. – S.146-147
19. Timerbulatov V.M., Kunafin M.S., Kalanov R.G. Optimizatsiya metodov diagnostiki i vybora khirurgicheskoy taktiki pri ostroy kishechnoy neprokhodimosti. *Materialy IX Vseros. s"yezda khirurgov.* – Volgograd., 2000. – S.217

20. Tubiana, J.M. Imaging in acute abdominal syndromes -2001; 51(15):1648-1653
21. Maskin S.S., Naumov A.I., Starovidchenko A.I. Taktika lecheniya tolstokishechnoy neprokhodimosti po dannym ul'trazvukovogo issledovaniya i dr. Mater. IX Vseros. s"yezda khirurgov. – Volgograd, 2000 – S.194 – 195
22. Wan D., Chen G., Liu H. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. Surgical management for colon cancer complicated with acute obstruction – 2001; 23(4): 338-340
23. Selina I. Ye., Podlovchenko T. G., Skvortsova A. V., Kaloyeva O. K.H. Rentgeno-ul'trazvukovaya diagnostika obturatsionnoy neprokhodimosti obodochnoy kishki Koloproktologiya. – 2014. – № S1 (47). – S. 3–7
24. Frago R., Ramirez E., Millan M. Current management of acute malignant large bowel obstruction: A systematic review Am. J. Surg. – 2014. – Vol. 207, N. 1. – P. 127–138
25. Totikov Z. V., Totikov V. Z., Totikov M. Z., Talapova I. M. Prognosticheskiye vozmozhnosti obzornoy rentgenografii bryushnoy polosti v otsenke razvitiya ostroy obturatsionnoy tolstokishechnoy neprokhodimosti Koloproktologiya. –2013. – № 1 (43). – S. 4–8
26. Selina I. Ye., Podlovchenko T. G., Skvortsova A. V., Kaloyeva O. KH. Rentgeno-ul'trazvukovaya diagnostika obturatsionnoy neprokhodimosti obodochnoy kishki Koloproktologiya. – 2014. – № S1 (47). – S. 3–7
27. Kuz'min-Krutetskiy M.I., Belyayev A.M., Degterev D.B., Dvoretzkiy S.YU. Vozmozhnosti endoskopii v diagnostike i lechenii tolstokishechnoy neprokhodimosti opukholevogo geneza Novosti koloproktologii. – 2008. – № 3. – S. 73-76
28. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Gastrointest Endosc. 2014 Nov; 80(5):747-61.e75. doi: 10.1016/j.gie.2014.09.018
29. Baer C., Menon R., Bastawrous S., Bastawrous A. Emergency Presentations of Colorectal Cancer Surg. Clin. North Am. – 2017. – Vol. 97, N. 3. – P. 529–545
30. Kotlyarov P. M., Primak N. V., Grishkov S. M., Udel'nova I. A. MSKT kolonografiya, virtual'naya kolonoskopiya i irrigoskopiya pri stenoziruyushchikh opukholevykh porazheniyakh obodochnoy kishki Meditsinskaya vizualizatsiya. – 2012. – № 5. – S. 73–81
31. Osipov V. A., Abdulayev M. A., Avdeyev A. M. Rezul'taty khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh kolorektal'nym rakom, oslozhnennym kischechnoy neprokhodimost'yu i krovotecheniyem Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Meditsina. – 2014. – T. 11, № 3. – S. 104–117
32. Topuzov, E.G. Rak obodochnoy kishki, oslozhnonnyy kischechnoy neprokhodimost'yu (diagnostika, lecheniye, khirurgicheskaya reabilitatsiya): Dis. ...d-ra. med.nauk. – L.: 1986. – 372s
33. Ektov, V.N. Vybor khirurgicheskoy taktiki i metodov intensivnoy terapii v lechenii obturatsionnoy tolstokishechnoy neprokhodimosti opukholevoy etiologii (klinicheskoye issledovaniye): Dis. ...d-ra.med.nauk. – Voronezh., 1995. –226 s
34. Pisano M, Zorcolo L, Merli C, Cimbanassi S, Poiasina E, Ceresoli M, Agresta F, Allievi N, Bellanova G, Coccolini F, Coy C, Fugazzola P, Martinez CA, Montori G, Paolillo C, Penachim TJ, Pereira B, Reis T, Restivo A, Rezende-Neto J, Sartelli M, Valentino M, Abu-Zidan FM, Ashkenazi I, Bala M, Chiara O, De' Angelis N, Deidda S, De Simone B, Di Saverio S, Finotti E, Kenji I, Moore E, Wexner S, Biffl W, Coimbra R, Guttadauro A, Leppäniemi A, Maier R, Magnone S, Mefire AC, Peitzmann A, Sakakushev B, Sugrue M, Viale P, Weber D, Kashuk J, Fraga GP, Kluger I, Catena F, Ansaloni L. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. World J Emerg Surg 2018; 13: 36 (PMID: 30123315 DOI: 10.1186/s13017-018-0192)
35. Boeding JRE, Ramphal W, Rijken AM, Crolla RMPH, Verhoef C, Gobardhan PD, Schreinemakers JMJ. A Systematic Review Comparing Emergency Resection and Staged Treatment for Curable Obstructing Right-Sided Colon Cancer. Ann Surg Oncol 2021; 28: 3545-3555 [PMID: 33067743 DOI: 10.1245/s10434-020-09124-y]
36. Bulatov, N.N. Luchevaya diagnostika obturatsionnoy neprokhodimosti obodochnoy kishki : Dis. ...d-ra med. nauk : Moskva, 2003 –282 s
37. De Ceglie A, Filiberti R, Baron TH, Ceppi M, Conio M. A meta-analysis of endoscopic stenting as bridge to surgery versus emergency surgery for left-sided colorectal cancer obstruction. Crit Rev Oncol Hematol 2013; 88: 387-403 [PMID: 23845505 DOI:10.1016/j.critrevonc.2013.06.006]
38. Yang Z, Wu Q, et al A systematic review and meta-analysis of randomized trials and prospective studies comparing covered and bare self-expandable metal stents for the treatment of malignant obstruction in the digestive tract. Int J Med Sci 2013; 10: 825-835
39. Small AJ, Coelho-Prabhu N, Baron TH. Эндоскопическая установка саморасширяющихся металлических стентов при злокачественной толстокишечной непроходимости: долгосрочные результаты и факторы осложнений. Gastrointest Endosc 2010; 71: 560-572 [PMID: 20189515]
40. Manceau G, Mege D, Bridoux V, Lakkis Z, Venara A, Voron T, Sielezneff I, Karoui M; French Surgical Association Working Group. Emergency Surgery for Obstructive Colon Cancer in Elderly Patients: Results of a Multicentric Cohort of the French National Surgical Association. Dis Colon

Rectum 2019; 62: 941-951 [PMID: 31283592 DOI: 10.1097/DCR.0000000000001421]

41. Schoonbeek P.K., Genzel P., Van Den Berg H., et al. Outcomes of Self-Expanding Metal Stents in Malignant Colonic Obstruction are Independent of Location or Length of the Stenosis: Results of a Retrospective, Single-Center Series. *Digestive Surgery*. 2018; 3(35): 230–235. PMID: 28810253.

42. Frasson M, Granero-Castro P, Ramos Rodríguez JL, Flor-Lorente B, Braithwaite M, Martí Martínez E, Álvarez Pérez JA, Codina Cazador A, Espí A, García-Granero E; ANACO Study Group. Risk factors for anastomotic leak and postoperative morbidity and mortality after elective right colectomy for cancer: results from a prospective, multicentric study of 1102 patients. *Int J Colorectal Dis* 2016; 31: 105-114

43. Voron T, et al Anastomotic Location Predicts Anastomotic Leakage After Elective Colonic Resection for Cancer. *J Gastrointest Surg* 2019; 23: 339-347

44. Alves A, et al Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection: multivariate analysis of 707 patients. *World J Surg* 2002; 26: 499-502

45. Meyer F, et al German Study Group "Colorectal Carcinoma (Primary Tumor)". Emergency operation in carcinomas of the left colon: value of Hartmann's procedure. *Tech Coloproctol* 2004; 8 Suppl 1: s226-s229

46. Meisner S, et al Self-expandable metal stents for relieving malignant colorectal obstruction: short-term safety and efficacy within 30 days of stent procedure in 447 patients. *Gastrointest Endosc* 2011; 74: 876-884.

47. Frago R, Ramirez E, Millan M, Kreisler E, del Valle E, Biondo S. Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review. *Am J Surg* 2014; 207: 127-138

48. Kang JH, Kang BM, Yoon SN, Kim JY, Park JH, Oh BY, Kim JW. Analysis of factors affecting reversal of Hartmann's procedure and post-reversal complications. *Sci Rep* 2020; 10: 16820

49. Whitney S, Gross BD, Mui A, Hahn S, Read B, Bauer J. Hartmann's reversal: factors affecting complications and outcomes. *Int J Colorectal Dis* 2020; 35: 1875-1880

50. Hallam S, Mothe BS, Tirumulaju R. Hartmann's procedure, reversal and rate of stoma-free survival. *Ann R Coll Surg Engl* 2018; 100: 301-307

51. Geraghty J, Sarkar S, Cox T, Lal S, Willert R, Ramesh J, Bodger K, Carlson GL. Management of large bowel obstruction with self expanding metal stents. A multicentre retrospective study of factors determining outcome. *Colorectal Dis* 2014; 16: 476-483

52. Choi JH, et al. Pokrytyye samorasshiryayushchiyesya metallicheskiye stenty chashche assotsiiruyutsya s oslozhneniyami pri

lechenii zlokachestvennoy tolstokishechnoy neprokhodimosti. *Surg Endosc* 2013; 27: 3220-3227.

53. Kim BC, et al Clinical outcomes of palliative self-expanding metallic stents in patients with malignant colorectal obstruction. *J Dig Dis* 2012; 13: 258-266

54. Baron TH, Wong Kee Song LM, Repici A. Role of self-expandable stents for patients with colon cancer. *Gastrointest Endosc* 2012; 75: 653-662

55. Biondo S, Parés D, Frago R, Martí-Ragué J, Kreisler E, De Oca J, Jaurrieta E. Large bowel obstruction: predictive factors for postoperative mortality. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1889-1897

56. Pisano M, et al 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. *World J Emerg Surg* 2018; 13: 36

57. Awotar GK, et al Reviewing the Management of Obstructive Left Colon Cancer: Assessing the Feasibility of the One-stage Resection and Anastomosis After Intraoperative Colonic Irrigation. *Clin Colorectal Cancer* 2017; 16: e89-e103

58. Hsu TC. Comparison of one-stage resection and anastomosis of acute complete obstruction of left and right colon. *Am J Surg* 2005; 189: 384-387

59. Gainant A. Emergency management of acute colonic cancer obstruction. *J Visc Surg* 2012; 149: e3-e10 [PMID: 22189474

60. Kuwai T., et al. Factors related to difficult self-expandable metallic stent placement for malignant colonic obstruction: A post-hoc analysis of a multicenter study across Japan. *Digestive Endoscopy*. 2018; 0–2. PMID: 30113095.

**МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ
ВРЕМЕННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ТОЛСТОЙ
КИШКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ
ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ**

*Туляганов Д.Б., Яров Ж.Б., Шукуров Б.И.,
Мустафоев А.Л., Гуломов Ф.К.*

Резюме. Колоректальный рак (КРР) занимает третье место в структуре онкологических заболеваний и на ее долю приходится около 1,9 миллиона новых случаев в год. Эти виды опухолей являются второй ведущей причиной смерти от рака в мире, ежегодно приводя к смерти почти 900 000 больных. В Узбекистане среди всех онкологических заболеваний КРР занимают 4-е место после рака молочной железы, желудка и легкого. Не смотря на широкое повсеместное внедрение скрининговых программ раннего выявления КРР, эти новообразования у 40% больных диагностируются на III-IV стадии заболевания, из которых требующих экстренного хирургического вмешательства составляет 10%-18% пациентов с первоначально диагностированным раком толстой кишки.

Ключевые слова: колоректальный рак, толстокишечная непроходимость, диагностика, клиника, методы лечения.