



ОСТРАЯ ОПУХОЛЕВАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ: ПРОТИВОРЕЧИЯ ТАКТИКИ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Е.А. Корымасов^{1, 2}, А.В. Фесюн^{1, 2}, М.Ю. Хорошилов^{1, 2}

¹Самарский государственный медицинский университет, ул. Чапаевская, д. 89, г. Самара, 443099, Россия

²Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина, ул. Ташкентская, д. 159, г. Самара, 443095, Россия

Резюме. Цель: определить пути улучшения результатов лечения пациентов с острой обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимостью в дежурном хирургическом стационаре. Материалы и методы. По своему дизайну исследование представляет собой нерандомизированный, ретроспективный многоцентровой анализ. Объектом исследования был 1571 пациент, оперированный в хирургических отделениях Самарской области в экстренном порядке по поводу острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза с локализацией опухоли в левой половине ободочной кишки. Проведён анализ ближайших и отдаленных результатов лечения. Результаты. Необходимо изменение принципов организации онкологической помощи в плане сокращения сроков дооперационного обследования, быстрее проведения обследования на этапе обращения в онкологический диспансер. С другой стороны, возможным путём решения данной проблемы может являться первичное резекционное вмешательство по онкологическому принципу с выведением одностольной колостомы в urgentном хирургическом стационаре. Это позволит пациенту даже в случае задержки с госпитализацией в онкологический диспансер получить запас по времени и снизить частоту осложнений со стороны кишечной стомы. Выводы. Разгрузочная проксимальная двустольная колостомия остаётся ведущим вмешательством, направленным на разрешение кишечной непроходимости у пациентов с опухолью нисходящей ободочной и сигмовидной кишки, даже в условиях операбельности пациента. Требуют пересмотра принципы организации онкологической помощи пациентам, выписанным с колостомой из дежурного хирургического стационара и направленным на радикальную операцию, в плане ускорения госпитализации и преемственности оказания специализированной помощи.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость [D007415]; опухоли толстой кишки [D015179]; колостомия [D003125]; обтурационная непроходимость [D007415]; экстренная хирургия [D013502]; послеоперационная летальность [D011183]; карциноматоз брюшины [D010534]; циторедуктивная хирургия [D065426].

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Соответствие нормам этики. Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая обязательное получение информированного согласия.

Для цитирования: Корымасов Е.А., Фесюн А.В., Хорошилов М.Ю. Острая опухолевая толстокишечная непроходимость: противоречия тактики и пути улучшения результатов. Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: Реабилитация, Врач и Здоровье. 2025;15(4):40-47. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2025.4.CLIN.6>

ACUTE INTESTINAL TUMOR OBSTRUCTION: CONTRADICTIONS OF TACTICS AND WAYS TO IMPROVE RESULTS

Evgeniy A. Korymasov^{1, 2}, Aleksey V. Fesyun^{1, 2}, Maksim Yu. Khoroshilov^{1, 2}

¹Samara State Medical University, Chapaevskaya St., 89, Samara, 443099, Russia

²Samara Regional Clinical Hospital named after V.D. Seredavin, Tashkentskaya St., 159, Samara, 443095, Russia

Abstract. Objective. To identify ways to improve the treatment outcomes of patients with acute obstructive intestinal tumor obstruction in an on-call surgical hospital. Materials and methods. By design, the study is a non-randomized, retrospective multicenter analysis. The object of the study was 1,571 patients who underwent emergency surgery in surgical departments of the Samara region for acute intestinal obstruction of tumor origin with tumor localization in the left half of the colon. The analysis of the immediate and long-term treatment results was carried out. Results. It is necessary to change the principles of the organization of oncological care in terms of reducing the time of preoperative examination, the fastest examination at the stage of treatment at the oncological dispensary. On the other hand, a possible solution to this problem may be primary resection based on the oncological principle with the removal of a single-barrel colostomy in an urgent surgical hospital. This will allow the patient, even in case of a delay in admission to the oncological dispensary, to get a time reserve and reduce the frequency of complications from intestinal stoma. Conclusions. Proximal double-barrelled colostomy remains the leading intervention aimed at resolving intestinal obstruction in patients with tumors of the descending colon and sigmoid colon, even in the patient's operability. The principles of organizing oncological care for patients discharged with colostomy from an on-call surgical hospital and referred for radical surgery need to be reviewed in terms of speeding up hospitalization and continuity of specialized care.

Keywords: acute intestinal obstruction [D007415]; colorectal neoplasms [D015179]; colostomy [D003125]; obstructive intestinal obstruction [D007415]; emergency surgery [D013502]; postoperative mortality [D011183]; peritoneal carcinomatosis [D010534]; cytoreductive surgery [D065426].

Competing interests. The authors declare no competing interests. Nemstsveridze Ya.E. is the scientific editor of the journal; he did not participate in the decision to publish the work.

Funding. This research received no external funding.

Compliance with ethical principles. The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary.

Cite as: Korymasov E.A. Fesyun A.V., Khoroshilov M.Yu. Acute intestinal tumor obstruction: contradictions of tactics and ways to improve results. Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ": Rehabilitation, Doctor and Health. 2025;15(4):40-47. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2025.4.CLIN.6>



Введение

Рак толстой кишки является одной из наиболее распространённых форм злокачественных новообразований как в России, так и во всём мире [1, 2]. Острая кишечная непроходимость (ОКН) является осложнением колоректального рака, которое возникает у 15–20% больных, может наблюдаться во всех возрастных группах, но чаще у пациентов старше 50 лет. В Российской Федерации ежегодно регистрируется рост числа пациентов с опухолевой острой кишечной непроходимостью. По данным за 2019 год, в России выявлен 22 221 случай ОКН, госпитальная и послеоперационная летальность составила 15,39% и 17,05% соответственно [3].

В 51–87% случаев рак ободочной кишки осложняется кишечной непроходимостью, в 5–29% – параканкротическим воспалением, в 2,3–22,3% – перфорацией опухоли, в 2–7,4% – кишечным кровотечением, в 2–19,3% – распространением опухоли на соседние органы и ткани.

В настоящее время отсутствует единое мнение по поводу тактики при опухолевой толстокишечной непроходимости. С одной стороны, наличие кишечной непроходимости и связанная с этим тяжесть состояния пациентов диктует необходимость ограничиться только декомпрессионными вмешательствами (колостомия без резекции кишки с опухолью). Кроме того, по мнению онкологов, оперативное вмешательство с учётом принципов онкологического радикализма невыполнимо в дежурном хирургическом стационаре, тем более в ночное время. С другой стороны, неблагоприятные последствия такой нерадикальной операции, как колостомия без удаления опухоли, могут надолго задержать поступление пациента на этап специализированной онкологической помощи и даже вообще сделать это невозможным. Именно поэтому и в национальных клинических рекомендациях многие тактические положения трактуются весьма неоднозначно [4].

Цель: определить пути улучшения результатов лечения пациентов с острой обтурационной опухолью толстокишечной непроходимостью в дежурном хирургическом стационаре.

Материалы и методы

По своему дизайну исследование представляет собой нерандомизированный, ретроспективный многоцентровой анализ.

Объектом исследования был 1571 пациент, оперированный в хирургических отделениях Самарской области в экстренном порядке по поводу острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза с локализацией опухоли в левой поло-

вине ободочной кишки. В выборку были включены все пациенты со злокачественной опухолью левой половины ободочной кишки с 2013 по 2021 гг., осложнённой острой толстокишечной непроходимостью, которым была выполнена операция по экстренным показаниям. Проведён анализ ближайших и отдалённых результатов лечения 1019 пациентов после первичной резекции с удалением опухоли и выведением колостомы и 552 пациента с декомпрессионной колостомой. Разгрузочной двустольной колостоме отдавали предпочтение в связи с Клиническими рекомендациями, предусматривающими её выполнение.

Первичная резекция кишки была возможна в случае переносимости пациентом данного объёма вмешательства, при отсутствии карциноматоза брюшины, множественных метастазов в печени и резектабельности опухоли. Альтернативы резекции не было, если интраоперационно были выявлены и другие осложнения, исключающие возможность оставления кишки с опухолью в брюшной полости: параканкротический абсцесс, диастатическая перфорация кишки, кровотечение из опухоли.

Для объективизации сравнительной оценки прогнозирования риска выполнения первичной резекции кишки применены принципы доказательной медицины. Для проверки гипотезы независимости двух групп использовался критерий Пирсона (хи-квадрат). Различия между группами считались статистически значимыми при вероятности безошибочного прогноза 95% и более ($p < 0,05$).

Результаты

У 435 (78,8%) из 552 пациентов декомпрессионная колостома была единственно возможной операцией в связи с местно-распространённым опухолевым процессом на соседние органы и ткани, карциноматозом брюшины, отдалёнными метастазами, нестабильным функционированием систем жизнеобеспечения, даже при отсутствии осложнений, требующих удаления кишки с опухолью. Двустольная колостома была выведена как можно ближе к опухоли.

У 117 человек (21,2%) декомпрессионная колостома была операцией выбора, т.е. была выполнена у потенциально операбельных пациентов согласно действующим Клиническим рекомендациям, предусматривающим первоочередную декомпрессию толстой кишки с оставлением резекции на последующий этап специализированной онкологической помощи. Стома накладывалась на поперечную ободочную кишку, нисходящую и сигмовидную кишку.

Возраст пациентов колебался от 52 до 94 лет. Средний возраст в группе колостомии, как опера-

ции выбора, составил $62,88 \pm 13,43$ года, в группе, в которой колостомы была единственно возможной операцией, - $71,26 \pm 13,14$ года (t-критерий Стьюдента=15,91, $p < 0,05$).

После 552 декомпрессионных колостомий умерло 117 человек (21,2%): после 117 колостомий, как операции выбора, умерло 15 человек (12,8%), после 435 вынужденных колостомий умерло 102 пациента (23,4%) ($\chi^2=6,23$, $p < 0,05$). Статистически значимое преобладание частоты летальных исходов после вынужденной колостомии связано с исходной тяжестью состояния и неоперабельностью пациента.

Первичные резекции кишки с удалением опухоли с выведением колостомы выполнены у 1019 пациентов. При этом у 81 пациента (7,95%) резекция была единственно возможной операцией в связи с другими осложнениями опухоли ободочной кишки и состоянием самой кишки: перфорация кишки на фоне распада опухоли была у 14 человек (1,37%), кровотечения из опухоли - у 11 человек (1,08%), прорастание опухоли в соседние органы и ткани - у 32 человек (3,14%), перифокальные гнойно-воспалительные процессы - у 24 человек (2,36%). Данные ситуации не оставляли других вариантов, кроме как выполнения удаления кишки с опухолью с выведением колостомы.

У 938 пациентов (92,05%) резекция кишки была операцией выбора, т.е. была выполнена при наличии ряда условий. Такими условиями мы считали: потенциальную переносимость пациентом опера-

ции (стабильное функционирование систем жизнеобеспечения), отсутствие известных отдалённых метастазов и карциноматоза брюшины, возможность выполнения операции конкретным хирургом.

После 1019 первичных резекций умерли 157 человек (15,4%): после 938 резекций, как операции выбора, умерло 123 человека (13,11%); после 81 резекции, как единственно возможной операцией, умерло 34 человека (42%) ($\chi^2=47,66$; $p < 0,001$). Статистически значимое преобладание частоты летального исхода после первичной резекции кишки, как единственно возможной операцией, связано с исходным тяжёлым состоянием данной категории пациентов и наличием у них осложнений.

После выписки из дежурного хирургического стационара дальнейшая маршрутизация предусматривает специальное лечение в онкологическом учреждении. Это относится как к пациентам, перенёвшим первичную резекцию кишки с опухолью и выведением колостомы, так и особенно к пациентам с выведенной колостомой и оставленной опухолью. В итоге, из дежурного хирургического стационара выписано: после декомпрессионной колостомы 435 пациентов (102 пациента после колостомии, как операции выбора и 333 пациента после колостомии, как единственно возможной операцией); после первичной резекции кишки - 862 пациента (815 человек после резекции, как операции выбора, и 47 пациентов после резекции, как единственно возможной операцией). Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Ближайшие и отдалённые результаты операций по поводу опухолевой толстокишечной непроходимости

Table 1. Immediate and remote results of operations for tumor colonic obstruction

	Первичная резекция (n=1019)		Колостомия (n=552)	
	Операция выбора (n=938)	Вынужденная (n=81)	Операция выбора (n=117)	Вынужденная (n=435)
Послеоперационная летальность	123 человека (13,11%)	34 человека (42%)	15 человек (12,8%)	102 человека (23,5%)
Выписано	815 человек (86,8%)	47 человек (58%)	102 человека (87,2%)	333 человека (76,5%)
Обращения в онкодиспансер для заключительного лечения	143 человека из 815 (17,5%)	8 человек из 47 (17%)	20 человек из 102 (19,6%)	44 человека из 333 (13,2%)
Повторные операции	Повторные операции в онкодиспансере у 12 пациентов из 882 выписанных из дежурного стационара (1,39%) (лимфодиссекция, резекция, лимфодиссекция + резекция)		У 8 из 20 (40%) пациентов выполнена радикальная резекция	У 31 из 44 (70,5%) пациентов выполнена циторедуктивная резекция

Мы обратили внимание также на срок обращения в онкодиспансер пациентов, которым была сформирована разгрузочная колостома. Срок своевременной госпитализации был особенно важен именно у этой категории пациентов, т.к. опухоль была не удалена. У пациентов, перенёвших первичную резекцию кишки с опухолью, срок обращения в онкодиспансер имел меньшее значение. Из 64 пациентов с колостомой только 13 человек обратились в онкодиспансер в срок до 60 дней,

51 человек - позже, чем 60 дней. Этот фактор также оказал влияние на заключительную операбельность пациента.

Обсуждение

При оценке непосредственных и отдалённых результатов реальной клинической практики при острой опухолевой толстокишечной непроходимости складывается впечатление о противоречиях с действующими Клиническими рекомендациями [4].

С точки зрения онкологов, экстренная резекция кишки всегда ухудшает результаты лечения, так как пациент не подготовлен, низкая теоретическая и практическая подготовка общих хирургов в вопросах онкологии и колопроктологии, хирурги не владеют принципами онкологического радикализма, у хирургов отсутствуют навыки выполнения онкологических операций на толстой кишке и первичную резекцию следует избегать [5–13]. Согласно международным Клиническим рекомендациям пациенты, прооперированные экстренно имели более низкую общую 5-летнюю выживаемость [14]. После корректировки всех клинически значимых сопутствующих переменных, только возраст (старше 70 лет), более высокий балл по шкале ASA, более высокая Т-стадия, ургентная операция и наличие послеоперационных осложнений были независимыми факторами риска, связанными со стационарной смертностью [15].

В рекомендациях Российского общества хирургов, а именно в резолюции Съезда Общероссийской общественной организации «Российское общество хирургов им. академика В.С. Савельева» 26 октября 2023 г. указано, что при острой опухолевой кишечной непроходимости лечение должно быть направлено на её устранение за счёт эндоскопического стентирования или формирования разгрузочной кишечной стомы с использованием лапароскопических технологий. У тяжёлых и нестабильных пациентов следует воздерживаться от выполнения объёмных резекционных оперативных вмешательств, за исключением ситуаций, когда они являются единственно возможным способом сохранения жизни пациента. В данном случае необходимо соблюдать онкологические принципы. Для обеспечения необходимой онкологической преемственности после завершения лечения в хирургическом стационаре пациент должен быть направлен в медицинское учреждение онкологического профиля для проведения следующего этапа лечения [16].

Согласно Клиническим рекомендациям Минздрава России, если соблюдение онкологических принципов вмешательства невозможно (вследствие отсутствия технической возможности, квалификации, наличия изменений органов брюшной полости на фоне острой хирургической патологии), а также если из-за тяжести состояния пациента высок риск выполнения расширенной операции, рекомендуется проводить симптоматическую операцию (формирование кишечной стомы или обходного анастомоза) с последующим направлением пациента на плановое хирургическое лечение в специализированную клинику [4].

Вместе с тем, в отечественных и международных хирургических сообществах существует и другая точка зрения. Так, по мнению ряда отечественных клиницистов, в экстренных условиях целесообразно выполнять первичную резекцию кишки с опухолью [17–21]. В публикации 2019 года сказано, что пятилетняя выживаемость и частота местных рецидивов достоверно не различались у пациентов, перенёвших экстренную и плановую операцию по поводу колоректального рака [22]. Общую выживаемость определяет радикальность выполненного хирургического лечения по резекционным краям и удалённым лимфатическим коллекторам [22]. В исследовании 2016 года, где впервые использовались два метода анализа для оценки влияния экстренного и планового вмешательства на общую и безрецидивную выживаемость у пациентов, перенёвших резекцию по поводу колоректального рака. Исследование не показывает существенных различий в общей и безрецидивной выживаемости у пациентов, перенёвших экстренную и плановую резекцию по поводу колоректального рака [23]. В гайдлайне Американского общества колоректальных хирургов сказано, что пациентам с левосторонней локализацией резектабельной опухоли методом выбора является эндоскопическое стентирование или проксимальная стома с целью декомпрессии и последующей интервальной резекцией, или резекция опухоли, основанная на факторах риска, связанных с пациентом и местным опытом учреждения [24].

Данная позиция абсолютно понятна и объяснима. Колостома не всегда разрешает кишечную непроходимость, погружение расширенной петли в брюшную полость вызывает повышение внутрибрюшного давления (рис. 1), первичная резекция кишки неизбежна при ряде осложнений рака, а длительность маршрутизации пациента с оставленной опухолью в онкологический диспансер может ухудшить результаты в целом.

Интересные данные приведены в статье 2023 года коллективом авторов из Самарского онкологического диспансера: «В группе с удалённым первичным очагом предварительно запланированные 12 циклов химиотерапии прошли 51,8% пациентов, а в группе с не удалённым первичным очагом – 19,9% пациентов, тогда как большей части больных пришлось прекратить проведение специального лечения из-за возникших на его фоне нежелательных явлений».

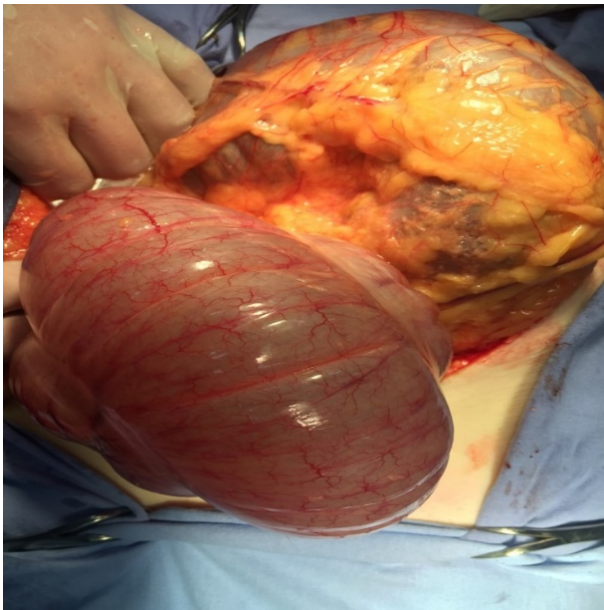


Рисунок 1. Расширенная петля ободочной кишки
Figure 1. Dilated loop of colon

Прекращение проведения химиотерапии повлияло на бессобытийную и общую выживаемость. В группе с удалённым первичным очагом данные показатели были лучше. Количество осложнений на этапе проведения химиотерапии наблюдалось значительно больше в группе с не удалённым первичным очагом на фоне проведения химиотерапии в сочетании с таргетной терапией ингибиторами ангиогенеза. В обеих группах преобладали осложнения крови: лейкопения, тромбоцитопения, тромботические и язвенные осложнения. Однако таких осложнений, как перфорация опухоли и кровотечения из распадающейся опухоли, в группе с удалённым первичным очагом не наблюдалось» [25].

Полученные нами непосредственные результаты первичной резекции кишки с опухолью и выведением колостомы показали, что в случае выполнения её как операции выбора (т.е. по строгим показаниям) статистически значимо не повышает послеоперационную летальность по сравнению с колостомией, которая тоже предпринята как операция выбора: 13,11% и 12,8% соответственно.

Безусловно, вынужденные операции (как резекция, так и колостомия) переносятся хуже, в отличие от тех операций, которые являются операциями выбора. При этом колостомия, как вынужденная операция, переносится легче в силу своей малотравматичности.

Таким образом, при правильно определённых показаниях к первичной резекции опасения в отношении её непереносимости преувеличены.

Полученные нами данные и анализ литературы позволил нам выделить следующие условия для выполнения первичной резекции кишки:

- Резектабельность кишки с опухолью (отсутствие признаков прорастания окружающих органов и тканей).
- Перфорация кишки выше опухоли, кровотечение из опухоли, параканкротный абсцесс.
- Невозможность закрытия лапаротомной раны даже в случае выведения двустольной колостомы.
- Стабильное состояние систем жизнеобеспечения (стабильная гемодинамика и сатурация)
- Владение хирургом резекцией кишки соответствующего объёма и принципами онкологического радикализма (рис. 2).

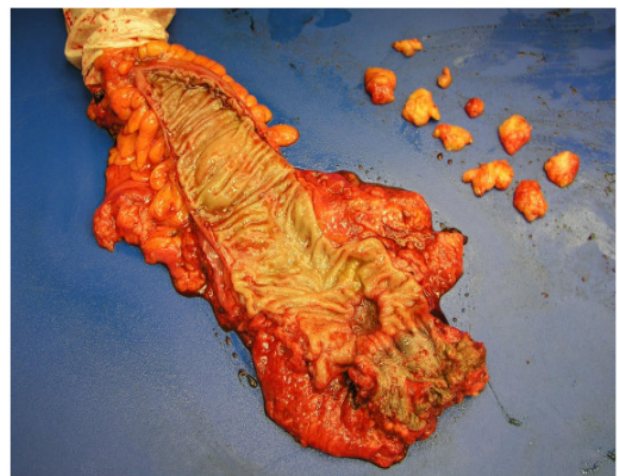
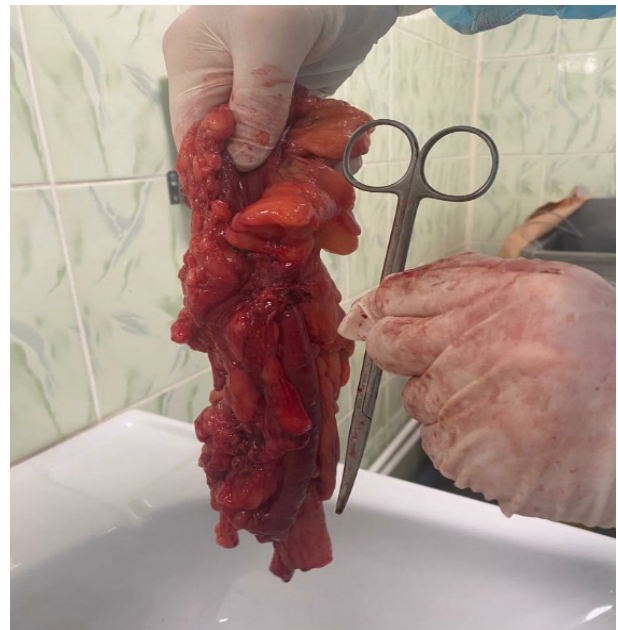


Рисунок 2. Тотальная мезоколонэктомия и лимфодиссекция D2
Figure 2. Total mesocolonectomy and lymph node dissection D2

При отсутствии данных условий следует наложить двустольную колостому как можно ближе к опухоли.

Основаниями для формирования декомпрессионной колостомы являются:

- Нерезектабельная и неоперабельная ситуация (признаки прорастания окружающих органов и тканей, карциноматоз брюшины, известные отдаленные метастазы).

- Нестабильное состояние систем жизнеобеспечения (стабильная гемодинамика и сатурация).

- Невладение хирургом резекцией кишки соответствующего объёма и принципами онкологического радикализма.

Значит самым важным путём улучшения результатов хирургического лечения острой опухолевой толстокишечной непроходимости является обоснование выбора экстренной операции.

Немаловажным фактором является своевременная маршрутизация пациента.

В соответствии с ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан», специализированная помощь онкологическим пациентам должна быть оказана в течение 14 суток. Однако среди выписанных из дежурных хирургических стационаров в срок 14 дней в СОКОД обратился 1 пациент после колостомии и 1 пациент после первичной резекции.

И даже допущение того, что в силу разных причин пациент, выписанный из хирургического стационара не сможет в течение даже 30 дней быть госпитализированным в онкодиспансер, показало неутешительные результаты: 79,7% пациентов госпитализируются спустя 60 дней.

Частота выполнения резекций кишки в онкодиспансере после выполненной ранее колостомии в группе пациентов, у которых колостомия была операцией выбора составила всего 7,8%, только 8 из 102 пациентов получили окончательное специализированное лечение в онкодиспансере. Заставляет задуматься частота выполнения резекций кишки в онкодиспансере после выполненной ранее колостомии в группе пациентов, у которых колостомия была единственно возможной операцией, т.е. когда первичная резекция была невыполнима. Из 333 выписанных в удовлетворительном

состоянии пациентов с колостомой у 31 пациента (9,3%) была выполнена циторедуктивная резекция кишки с удалением первичного очага. Это свидетельствует о том, что зачастую после купирования явлений острой кишечной непроходимости и перифокального воспаления улучшаются возможности последующей операции по удалению опухоли. И даже в условиях, когда на первый взгляд, казалось бы, опухоль неудаляема, тем не менее, сохраняется возможность выполнения хотя бы циторедуктивного вмешательства.

Третьим аспектом улучшения результатов является повышение квалификации врачей хирургов в плане выполнения резекции кишки по онкологическому принципу.

Для этого необходимо улучшение междисциплинарного взаимодействия онкологов и хирургов в виде обучения хирургов на циклах по онкологии, совместные конференции по вопросам тактики и взаимодействия, проведение мастер-классов и стажировок на рабочем месте.

Выводы

Разгрузочная проксимальная двустольная колостомия остаётся ведущим вмешательством, направленным на разрешение кишечной непроходимости у пациентов с опухолью нисходящей ободочной и сигмовидной кишки, даже в условиях операбельности пациента.

Обоснованно выполненная первичная резекция кишки с выведением колостомы не ухудшает непосредственные результаты и отрицательно не влияет на последующую судьбу пациента.

Резерв улучшения результатов радикального лечения колоректального рака заключается в правильном определении показаний к первичным резекциям кишки в дежурном хирургическом стационаре у пациентов, поступающих с кишечной непроходимостью.

Требуют пересмотра принципы организации онкологической помощи пациентам, выписанным с колостомой из дежурного хирургического стационара и направленным на радикальную операцию, в плане ускорения госпитализации и преемственности оказания специализированной помощи.

Литература [References]

- 1 Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. Злокачественные новообразования в России в 2019 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России; 2020. Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Shakhzadova A.O. Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2019 godu. M.: MNIOL im. P.A. Gertsena filial FGBU «NMIRTs» Minzdrava Rossii; 2020. (In Russ.)
- 2 Marley AR, Nan H. Epidemiology of colorectal cancer. *Int J Mol Epidemiol Genet.* 2016;7(3):105-114.
- 3 Yang XF, Pan K. Diagnosis and management of acute complications in patients with colon cancer: Bleeding, obstruction, and perforation. *Chinese J Cancer Res.* 2014;26(3):331-340. <https://doi.org/10.3978/j.issn.1000-9604.2014.06.11>
- 4 Ачкасов С.И. и соавт. Клинические рекомендации. Острая толстокишечная непроходимость опухолевой этиологии (K56.6; C18, C19, C20), взрослые. *Колопроктология.* 2023; т. 22, № 2, с. 10-31. Achkasov S.I. et al. CLINICAL GUIDELINES. Acute malignant colorectal obstruction (K56.6; C18, C19, C20), adults. *Koloproktologia.* 2023;22(2):10-31. (in Russ.) <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-2-10-31>

- 5 Pomazkin V. I. O vliyaniy taktiki lecheniya opukholevoy tolstokishechnoy neprokhodimosti na otdalennyye onkologicheskiye rezul'taty [On the effect of treatment tactics of tumor colonic obstruction on long-term oncological results]. *Koloproktologiya [Coloproctology]*. 2015;3(53):60-64.
- 6 Aliyev S. A., Aliyev E. S., Zeynalov B. M. Posleoperatsionnyye vnutribryushnyye oslozhneniya v khirurgii raka obodochnoy kishki, oslozhnennogo kishhechnoy neprokhodimost'yu i perforatsiyey opukholi [Postoperative intra abdominal complications in surgery of colon cancer complicated by tumor colonic obstruction and tumor perforation intestinal obstruction]. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova [Bulletin of Surgery named after I.I. Grekov.]*. 2015;174(5):98-104.
- 7 Esin V. I., Mustafina Yu. R. Neotlozhnaya rezektsiya tolstoy kishki s pervichnym vosstanovleniem kishchey noy nepreryvnosti [Emergency resection of the colon with primary restoration of intestinal continuity]. *Astrakhanskiy meditsinskiy zhurnal [Astrakhan Medical Journal]*. 2011;6(4):126-129.
- 8 Zatevakhin I. I., Magomedova E. G., Pashkov D. I. Rak tolstoy kishki, oslozhnennyy obturatsionnoy kishhechnoy neprokhodimost'yu [Colon cancer complicated by obstructive intestinal obstruction]. *Vestnik khirur gicheskoy gastroenterologii [Bulletin of surgical gastroenterology]*. 2010;2:30-34.
- 9 Il'kanich A. Ya., Darvin V. V., Polozov S. V. Konservativnoye lecheniye tolstokishechnoy neprokhodimosti opukholevogo geneza [Conservative treatment of colonic obstruction of tumor origin]. *Koloproktologiya [Coloproctology]*. 2017;S3 (61):58.
- 10 Timerbulatov V. M., Fayazov R. R., Mehdiyev D. I., Timerbulatov Sh. V., Gareev R. N. Obturatsionnaya tol stokishechnaya neprokhodimost': kriterii pokazaniy k operatsiyam [Obstructive colonic obstruction: criteria for indications for operations]. *Koloproktologiya [Coloproctology]*. 2017;S3(61):66.
- 11 Shabunin A. V., Bagatelia Z. A. Algoritm khirurgicheskoy pomoshchi pri oslozhnennom kolorektal'nom rake [Surgical care algorithm for complicated colorectal cancer]. *Koloproktologiya [Coloproctology]*. 2019;18;1 (67):66-73.
- 12 Shabunin A. V., Bagatelia Z. A., Gugin A. V. Rezul'taty vnedreniya etapnogo lecheniya kolorektal'nogo raka, oslozhnennogo obturatsionnoy kishhechnoy neprokhodimost'yu, v standarty khirurgicheskoy pomoshchi onko logicheskim bol'nym g. Moskvy [The results of the introduction of the staged treatment of colorectal cancer complicated by obstructive intestinal obstruction into the standards of surgical care for cancer patients in Moscow]. *Koloproktologiya [Coloproctology]*. 2018;4(66):66-73.
- 13 Шабунин А.В., Багателия З.А., Персов М.Ю., Аникина С.С. Методы реканализации толстой кишки в лечении больных острой обтурационной толстокишечной непроходимостью злокачественного генеза. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2023;(6):86-95. Shabunin AV, Bagatelia ZA, Persov MYu, Anikina SS. Recanalization of colon in the treatment of patients with acute malignant obstructive colonic obstruction. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2023;(6):86-95. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/hirurgia202306186>
- 14 Scott NA, Jeacock J, Kingston RD. Risk factors in patients presenting as an emergency with colorectal cancer. *Br J Surg*. 1995;82(3):321-323. <https://doi.org/10.1002/bjs.1800820311>
- 15 Lee C.H.A., Kong J.C.H., Heriot A.G. et al. Short-term outcome of emergency colorectal cancer surgery: results from Bi-National Colorectal Cancer Audit. *Int J Colorectal Dis*. 2019;34:63-69. <https://doi.org/10.1007/s00384-018-3169-5>
- 16 Резолюция XV Съезда. Общероссийской общественной организации «Российское общество хирургов им. академика В.С. Савельева» 26 октября 2023 г. г. Москва. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2023;12:147-152. Resolution of the XV Congress. All-Russian public organization "Russian Society of Surgeons named after Academician V.S. Saveliev" 26 October 2023 Moscow, Russia. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2023;12:147-152. (In Russ.)
- 17 Алиев С.А., Алиев Э.С. Колоректальный рак: заболеваемость, смертность, инвалидность, некоторые факторы риска. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2007;165(4):118-122.
- 18 Galashev N. V., Makarov A. I., Mandroshchenko T. Yu., Svin'in S. L. Vybor taktiki khirurgicheskogo lecheniya obturatsionnoy tolstokishechnoy neprokhodimosti opukholevogo geneza riska [The choice of tactics for surgical treatment of obstructive colonic obstruction of tumor genesis]. *Koloproktologiya [Coloproctology]*. 2018;2S (64):38-39.
- 19 Dibirov M.D., Malyshev Ye.A., Dzhadzhiev A.B. Khirurgicheskaya taktika pri obturatsionnoy tolstokishechnoy neprokhodimosti opukholevogo geneza [Surgical tactics in obstructive colonic obstruction of tumor genesis]. *Klinicheskaya gerontologiya [Clinical gerontology]*. 2008;14(4):11-16.
- 20 Zakharchenko A. A., Popov A. V., Vinnik Yu. S., Solyanikov A. S. Obturatsionnaya tolstokishechnaya neprokhodimost' na fone raka distal'nykh otdelov tolstoy kishki: vozmozhno li odnoetapnoye khirurgicheskoye lecheniye bez abdominal'noy kolostomii? [Obstructive colonic obstruction with cancer of the distal colon: is it possible to have one-stage surgical treatment without abdominal colostomy?]. *Materialy Vserossiyskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem, posvyashchennaya 160-letiyu GBUZ AO «Gorodskaya bol'nitsa imeni N.A.Semashko» «Kharizma moyey khirurgii» [Materials of the All-Russian Conference with international participation, dedicated to the 160th anniversary of the City Hospital named after N. A. Semashko. "Charisma of my surgery". Yaroslavl, 28 December 2018]*. Yaroslavl, 2018, pp. 120-124.
- 21 Кормасов Е.А., Фесюн А.В., Кривошеков Е.П., Красильникова А.Е., Чернецов Е.В., Разин Е.А., Дудко А.Д., Захарова Е.А. Модель прогнозирования исходов первичной резекции кишки с наложением колостомы у пациентов с острой опухолевой толстокишечной непроходимостью. *Наука и инновации в медицине*. 2023;8(2):137-144. Korymasov E.A., Fesyun A.V., Krivoshchekov E.P., Krasilnikova A.E., Chernetsov E.V., Razin E.A., Dudko A.D., Zakharova E.A. A model for predicting outcomes of primary resection with colostomy in patients with acute colonic cancer obstruction. *Science and Innovations in Medicine*. 2023;8(2):137-144. <https://doi.org/10.35693/2500-1388-2023-8-2-137-144>
- 22 Lavanchy JL, Vainora L, Haltmeier T, et al. Oncologic long-term outcomes of emergency versus elective resection for colorectal cancer. *Int J Colorectal Dis*. 2019;34(12):2091-2099. <https://doi.org/10.1007/s00384-019-03426-8>
- 23 Weixler B, Warschkow R, Ramser M, et al. Urgent surgery after emergency presentation for colorectal cancer has no impact on overall and disease-free survival: a propensity score analysis. *BMC Cancer*. 2016;16:208. Published 2016 Mar 11. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2239-8>
- 24 Vogel JD, Felder SI, Bhamra AR, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Colon Cancer. *Dis Colon Rectum*. 2022;65(2):148-177. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002323>
- 25 Швец Д.С., Каганов О.И., Орлов А.Е., Козлов А.М., Фролов С.А., Миколенко Н.И. Выбор тактики хирургического лечения больных метастатическим колоректальным раком, осложнённым кишечной непроходимостью. *Российский онкологический журнал*. 2023;28(4):177-187. Shvets DS, Kaganov OI, Orlov AE, Kozlov AM, Frolov SA, Mikolenko NI. Choice of surgical treatment approach in patients with metastatic colorectal cancer complicated by intestinal obstruction. *Russian Journal of Oncology*. 2023;28(4):177-187. <https://doi.org/10.17816/onco624168>

Авторская справка**Корымасов Евгений Анатольевич**

Д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, главный внештатный хирург Министерства здравоохранения Самарской области, заведующий кафедрой хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ИПО, Самарский государственный медицинский университет.

ORCID 0000-0001-9732-5212; SPIN-код: 9928-6343;

AuthorID: 661114; korymasov@mail.ru

Вклад автора: поиск и анализ литературы, интерпретация результатов исследования, их обработка, редактирование и окончательное утверждение текста.

Фесюн Алексей Витальевич

Врач-хирург абдоминального хирургического отделения, Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина.

ORCID 0000-0001-6356-8574; ResearcherID: HLG-3230-2023;

Alexey400074@yandex.ru

Вклад автора: поиск и анализ литературы, интерпретация результатов исследования, их обработка, подготовка иллюстраций, редактирование текста.

Хорошилов Максим Юрьевич

Канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ИПО, Самарский государственный медицинский университет; врач-хирург абдоминального хирургического отделения, Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина.

ORCID 0000-0002-9659-8881; SPIN-код: 6048-6009;

AuthorID:996038; khor-maksim@yandex.ru

Вклад автора: поиск и анализ литературы, интерпретация результатов исследования, их обработка, редактирование текста.

Author's reference**Evgeniy A. Korymasov**

Dr. Sci. (Med.), Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Chief freelance specialist surgeon of the Ministry of Health of the Samara Region, Head of the Department of Surgery of the IPO, Samara State Medical University.

ORCID 0000-0001-9732-5212; SPIN code: 9928-6343;

AuthorID: 661114; korymasov@mail.ru

Author's contribution: search and analysis of literature, interpretation of research results, their processing, editing and final approval of the text.

Aleksey V. Fesyun

Surgeon of the abdominal surgical department, Samara Regional Clinical Hospital named after V.D. Seredavin.

ORCID 0000-0001-6356-8574; ResearcherID: HLG-3230-2023;

Alex-ey400074@yandex.ru

Author's contribution: literature search and analysis, interpretation of research results, their processing, preparation of illustrations, text editing.

Maksim Yu. Khoroshilov

Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Surgery with the Course of Cardiovascular Surgery, Institute of Postgraduate Education, Samara State Medical University; Surgeon of the Abdominal Surgical Department, Samara Regional Clinical Hospital named after V.D. Seredavin.

ORCID 0000-0002-9659-8881; SPIN-code: 6048-6009;

AuthorID:996038; khor-maksim@yandex.ru

Author's contribution: literature search and analysis, interpretation of research results, their processing, text editing.