

Роль консервативной терапии в лечении осложненного колоректального рака

А.Я. Ильканич, В.В. Дарвин, Ф.Ш. Алиев, С.В. Полозов

БУ ВО «Сургутский государственный университет»; Россия, 628412 Сургут, проспект Ленина, 1

Контакты: Сергей Владимирович Полозов MDPolozov@gmail.com

Цель исследования — оценка возможности консервативного лечения больных с осложнениями колоректального рака.

Материалы и методы. Исследование обобщает результаты лечения 105 больных с осложнениями колоректального рака, пролеченных на базе Окружной клинической больницы г. Сургута за период 2012–2017 гг. В их числе 86 (81,9 %) пациентов с острой обтурационной кишечной непроходимостью, 11 (10,5 %) — с кровотечением из опухоли толстой кишки, 8 (7,6 %) — с гнойно-септическими осложнениями рака толстой кишки.

Результаты. Комплекс консервативных мероприятий, включающих стентирование толстой кишки, обеспечил восстановление пассажа по пищеварительному тракту у 79,1 % пациентов, что позволило подготовить их к выполнению хирургического вмешательства, тем самым уменьшив риск развития осложнений. В экстренном порядке были оперированы 29 (27,6 %) пациентов: в связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии при острой кишечной непроходимости — 18 (17,1 %), в связи с перитонитом — 8 (7,6 %), в связи с рецидивом толстокишечного кровотечения — 3 (2,9 %). Частота летальных исходов составила 13,8 % (n = 4). В отсроченном порядке после успешной консервативной терапии 70 (66,7 %) больных подвергнуты хирургическому лечению в условиях хирургического и онкологического отделений. Послеоперационная летальность составила 1,4 % (n = 1).

Выводы. Комплекс консервативных мероприятий, позволяющий избежать экстренного хирургического вмешательства на ургентном этапе лечения, обеспечивает возможность проведения полноценного хирургического вмешательства в отсроченном порядке в специализированном стационаре с соблюдением принципов онкологического радикализма.

Ключевые слова: осложнения колоректального рака, обтурационная кишечная непроходимость, кровотечение из опухоли толстой кишки, перфоративный рак толстой кишки

Для цитирования: Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Алиев Ф.Ш., Полозов С.В. Роль консервативной терапии в лечении осложненного колоректального рака. Онкологическая колопроктология 2019;9(1):60–4.

DOI: 10.17650/2220-3478-2019-9-1-60-64

The role of conservative therapy in the treatment of complicated colorectal cancer

A. Ya. Ilkanich, V. V. Darvin, Ph. Sh. Aliyev, S. V. Polozov

Surgut State University; 1 Prospekt Lenina, Surgut 628412, Russia

Objective: to evaluate the possibilities of conservative treatment of patients with complications of colorectal cancer.

Materials and methods. The study included the results of treatment of 105 patients with complications of colorectal cancer treated on the basis of the District Clinical Hospital of Surgut for the period 2012–2017. Of these, 86 (81.9 %) patients with acute obstructive intestinal obstruction, 11 (10.5 %) patients with bleeding from colon tumors, and 8 (7.6 %) patients with purulent-septic complications of colon cancer.

Results. The complex of conservative measures, including colon stenting, provides restoration of the passage through the digestive tract in 79.1 % of patients, which allows preparing the patient to perform surgery, thereby reducing the risk of complications. Twenty-eight (27.6 %) patients were operated on an emergency basis: due to the lack of effect from conservative therapy for acute intestinal obstruction — 18 (17.1 %) patients, due to peritonitis — 8 (7.6 %), due to recurrent colonic bleeding — 3 (2.9 %) patients. The death rate was 13.8 % (n = 4). In the delayed order after successful conservative therapy, 70 (66.7 %) patients underwent surgical treatment in the surgical and oncology departments. Postoperative mortality was 1.4 % (n = 1).

Conclusion. The complex of conservative measures, which allows avoiding emergency surgical intervention at the urgent stage of treatment, is the basis for carrying out a full-fledged surgical intervention in a delayed procedure in a specialized hospital, observing the principles of oncological radicalism.

Key words: complicated colorectal cancer, bowel obstruction, bleeding from a colon tumor, perforated colonic cancer

For citation: Ilkanich A. Ya., Darvin V. V., Aliyev Ph. Sh., Polozov S. V. The role of conservative therapy in the treatment of complicated colorectal cancer. Onkologicheskaya Koloproktologiya = Colorectal Oncology 2019;9(1):60–4.

Введение

Распространенность колоректального рака в Российской Федерации и в мире постоянно увеличивается [1, 2]. По данным отечественных авторов, в 2016 г. в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований колоректальный рак занял 2-е место, составив 11,6 и 11,4 % соответственно [2].

Актуальной остается проблема диагностики и лечения осложнений рака толстой кишки. У 20–40 % больных раком толстой кишки наблюдается осложненное течение заболевания, которое в ряде случаев является первым клиническим проявлением патологии. К осложнениям колоректального рака принято относить острую обтурационную кишечную непроходимость, толстокишечное кровотечение, перфорацию толстой кишки, перитонит и местные параканкрозные гнойно-инфекционные процессы [3, 4].

Самым частым осложнением колоректального рака является острая обтурационная кишечная непроходимость.

В структуре острой хирургической патологии частота острой кишечной непроходимости, связанной с колоректальным раком, колеблется от 2,6 до 9,4 % [5, 6]. Перфорация кишки на фоне распада опухоли встречается в 10,4–15,3 % наблюдений, толстокишечное кровотечение – в 4,8–24,9 %, перифокальные гнойно-воспалительные процессы – в 12,8–13,7 % [7–12].

Большое число послеоперационных осложнений и высокая летальность не могут считаться удовлетворительными результатами лечения. Так, частота летальных исходов среди пациентов с осложненным колоректальным раком, оперированных в экстренном порядке, достигает 8,9 % против 3,5 % при хирургическом вмешательстве, выполненном в отсроченном порядке [13].

Несмотря на большое число публикаций, интерес к данной патологии среди хирургического сообщества не ослабевает. Вопросы диагностики, тактики ведения больных, а также выбора объема оперативного вмешательства остаются актуальными темами научных дискуссий в отечественной и зарубежной литературе [14–19].

Цель настоящего исследования – оценка возможности консервативного лечения больных с осложнениями колоректального рака.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное когортное исследование, основанное на анализе результатов лечения больных с осложнениями колоректального рака, пролеченных на базе Окружной клинической больницы г. Сургута за период 2012–2017 гг.

Критерием включения в исследование являлись пациенты с осложнениями колоректального рака, находившиеся на лечении в хирургическом и онкологическом отделениях Сургутской окружной клинической больницы, не получавшие ранее специализированного лечения по онкопатологии.

Критериями исключения являлись пациенты с прогрессирующим колоректальным раком, а также пациенты, которые ранее получали специализированное лечение (лекарственная терапия, лучевая терапия, хирургическое лечение).

Использованные методы лечения: комплекс консервативных мероприятий, включая стентирование опухоли толстой кишки при кишечной непроходимости, эндоскопический гемостаз при кровотечении из опухоли толстой кишки, этапные хирургические вмешательства.

Оцениваемые параметры: частота послеоперационных осложнений, послеоперационная летальность. Для статистической обработки использовали программы Statistica v. 10, Microsoft Excel 2010. Методы статистического анализа: χ^2 , t -критерий Стьюдента, непараметрический критерий Манна–Уитни.

Ведение больных с острой кишечной непроходимостью осуществляли в соответствии с национальными клиническими рекомендациями [20]. При поступлении в стационар больным проводили рутинное клиническое обследование, общеклиническую лабораторную и инструментальную диагностику. Обязательный диагностический минимум инструментальных исследований: электрокардиография, обзорная рентгенография брюшной полости. По показаниям выполняли видеоколоноскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, при необходимости – компьютерную или магнитно-резонансную томографию брюшной полости и малого таза, гастродуоденоскопию.

При толстокишечном кровотечении, перфорации толстой кишки, гнойно-септических осложнениях рака толстой кишки после первичного осмотра выполняли стандартное лабораторное обследование. Выбор инструментальной диагностики зависел от клинической картины заболевания. При кровотечении выполняли видеоколоноскопию, при перитоните – обзорную рентгенографию и ультразвуковое исследование брюшной полости, по показаниям – диагностическую лапароскопию. При подозрении на параканкрозный инфильтрат/абсцесс проводили обзорную рентгенографию, ультразвуковое исследование и компьютерную томографию брюшной полости.

Во всех наблюдениях острой обтурационной опухоли левой толстокишечной непроходимости диагноз был подтвержден рентгенологическим исследованием – обзорной рентгенографией брюшной полости. Видеоколоноскопия, выполняемая следующим этапом, позволила сократить время, затраченное на диагностику.

Результаты

В исследование было включено 105 пациентов, из них 40 (38,1 %) мужчин и 65 (61,9 %) женщин. Средний возраст больных составил $63,5 \pm 1,7$ года. В анализируемую группу включены 86 (81,9 %) пациентов с острой обтурационной кишечной непроходимостью, 11 (10,5 %) – с кровотечением из опухоли толстой

кишки, 8 (7,6 %) — с гнойно-септическими осложнениями рака толстой кишки.

Большинство (55; 52,4 %) госпитализированных пациентов поступили в клинику более чем через 3 сут от начала заболевания, что связано с поздним обращением за медицинской помощью. У 24 (22,8 %) госпитализированных в стационар длительность заболевания составила <3 сут. Период заболевания <24 ч отмечен у 26 (24,8 %) больных.

В экстренном порядке были оперированы 29 (27,6 %) пациентов: в связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии при острой кишечной непроходимости — 18 (17,1 %), в связи с перитонитом — 8 (7,6 %), в связи с рецидивом толстокишечного кровотечения — 3 (2,9 %). В отсроченном порядке после успешной консервативной терапии 70 (66,7 %) больных подвергнуты хирургическому лечению в условиях хирургического и онкологического отделений. В связи с отказом от дальнейшего лечения 6 (5,7 %) пациентов были выписаны после купирования острых явлений.

Среди оперированных больных правосторонняя гемиколэктомия выполнена 22 (22,2 %) больным, резекция поперечно-ободочной кишки — 2 (2 %), левосторонняя гемиколэктомия — 10 (10,1 %), резекция сигмовидной кишки — 31 (31,3 %), передняя резекция прямой кишки — 25 (25,3 %). Проксимальная по отношению к опухоли стома наложена у 9 (9,1 %) оперированных.

При проведении экстренного хирургического вмешательства число первичных анастомозов составило 10 (34,5 %). При этом объем первично-радикальной резекции стал возможным у 19 (65,5 %) оперированных.

Опухоль толстой кишки располагалась в левых отделах ободочной кишки у 51 (48,6 %) пациента, в правой половине — у 24 (20,9 %), в прямой кишке — у 30 (30,5 %) больных. Средний период подготовки пациентов к проведению фиброколоноскопии составил $2,4 \pm 0,3$ ч от момента поступления в стационар. У всех пациентов была предпринята попытка видеоколоноскопии. При первой попытке видеоколоноскопии у 71 (82,6 %) обследованного удалось визуализировать опухоль и оценить возможность эндоскопической декомпрессии.

Среди больных с острой кишечной непроходимостью преобладали пациенты с декомпенсированной формой непроходимости: 51 (59,3 %) случай. С субкомпенсированной кишечной непроходимостью в анализируемой группе было 27 (31,4 %) больных, с компенсированной — 8 (9,3 %).

Из числа госпитализированных с декомпенсированной формой непроходимости комплекс консервативных мероприятий позволил разрешить кишечную непроходимость у 21 (41,2 %) больного без использования стентирования толстой кишки и у 14 (27,5 %) — при использовании стента. Остальные 16 (31,4 %) пациентов были оперированы в экстренном порядке в связи с неэффективностью консервативного лечения и невозможностью выполнения стентирования толстой кишки.

Среди пациентов с субкомпенсированной кишечной непроходимостью были оперированы 2 (7,4 %) больных в связи с полной obturацией просвета кишки опухолевой тканью и безуспешными попытками провести стентирование. У остальных 25 (92,6 %) пациентов консервативная терапия была эффективна. После восстановления пассажа по пищеварительному тракту в отсроченном порядке оперированы 62 (72,1 %) пациента.

Острая кишечная непроходимость разрешена консервативными мероприятиями у всех больных, госпитализированных в стационар с компенсированной формой непроходимости.

У пациентов с колоректальным раком, осложненным кровотечением, при проведении видеоэндоскопии опухоль была визуализирована и гемостаз достигнут методом аргоно-плазменной коагуляции у всех 11 пациентов. Несмотря на кровотечение как основной признак заболевания, анемия легкой степени отмечена у 4 (36,4 %), средней степени — у 3 (27,3 %) и тяжелой степени — у 2 (18,2 %) госпитализированных. У 2 (18,2 %) пациентов анемии выявлено не было. Комплекс консервативных мероприятий, включая эндоскопический гемостаз, оказался эффективным у 7 (63,6 %) пациентов. Обнаружено, что кровотечение встречается преимущественно при поражении дистальных отделов толстой кишки: в левой половине ободочной кишки — у 5 (45,5 %) и в прямой кишке — у 4 (36,4 %) больных. Кровотечение из опухоли правых отделов ободочной кишки встретилось у 2 (18,2 %) пациентов.

В неотложном порядке в связи с рецидивом кровотечения были оперированы 3 (27,3 %) пациента, в отсроченном порядке в условиях онкологического отделения — 8 (72,7 %) больных.

Несостоятельность толстокишечного анастомоза развилась у 3 (5,5 %) пациентов при формировании первичного анастомоза, инфекция области хирургического вмешательства выявлена у 6 (5,7 %) больных в раннем послеоперационном периоде. Общая летальность в группе больных с осложнениями колоректального рака составила 4,8 % ($n = 5$). Причина летальных исходов — прогрессирование органной недостаточности.

Обсуждение

Несмотря на разработанные и утвержденные клинические рекомендации, продолжают исследования, которые затрагивают вопросы этапности выполнения диагностических процедур и выбора объемов оперативного вмешательства [20]. В первую очередь это касается видеоколоноскопии, раннее проведение которой обеспечивает не только точную диагностику заболевания, но и возможность выполнения лечебной процедуры, что согласуется с мнением других исследователей [21].

Пациентам с декомпенсированными витальными функциями и тяжелой сопутствующей патологией зачастую требуется выполнение обширных резекций, что негативно влияет на исход лечения. В связи с этим

необходимо отметить, что комплекс консервативных мероприятий, включающих стентирование толстой кишки, обеспечивает восстановление пассажа по пищеварительному тракту у 79,1 % пациентов. Это позволяет избежать экстренной операции и подготовить больного к отсроченному хирургическому вмешательству, тем самым уменьшив риск развития осложнений. Сравнение непосредственных результатов лечения пациентов, оперированных в экстренном и отсроченном порядке, доказывает эффективность отсроченного оперативного подхода. Так, из 29 оперированных пациентов в экстренном порядке частота летальных исходов составила 4 (13,8 %) случая. Из 70 пациентов с успешно разрешенной urgentной ситуацией и проведенным отсроченным оперативным вмешательством послеоперационная летальность составила 1 (1,4 %) случай. При статистической обработке с применением метода χ^2 установлен высокий уровень достоверности различий: $p = 0,011$. Такие данные получают и другие исследователи, которые используют тактику разрешения urgentной ситуации консервативными мероприятиями [13]. Исключением являются перфорация опухоли и профузное кровотечение, в случаях с которыми необходимость удаления опухоли при первом оперативном вмешательстве остается неоспоримой.

В группе пациентов, оперированных в экстренном порядке, несостоятельность толстокишечного анастомоза отмечена в 6,9 % случаев ($n = 2$) по сравнению с группой оперированных в отсроченном порядке, где это осложнение встречалось в 1,4 % случаев ($n = 1$).

Несмотря на то что в нашем исследовании оценивались только ближайшие результаты лечения, ряд исследователей заявляют также о более худших прогнозах

по 5-летней выживаемости при проведении оперативного лечения в экстренном порядке в общехирургической сети, хотя единого мнения в научном сообществе нет [22]. Немало авторов придерживается мнения о лучших прогнозах при одномоментном первично-радикальном вмешательстве [7, 23].

Большинство больных (63,6 %) с кишечным кровотечением, обусловленным распадом опухоли толстой кишки, не требуют оперативного вмешательства в экстренном порядке в связи с эффективностью эндоскопического гемостаза и гемостатической терапии.

Среди больных с осложненным течением колоректального рака наиболее тяжелая категория – пациенты с хирургической инфекцией, обусловленной перфорацией опухоли толстой кишки, доля которых достигает 8,9 %. Лечебные мероприятия в этом случае проводятся по принципам лечения распространенного перитонита или абсцесса брюшной полости.

Выводы

Комплекс консервативных мероприятий, позволяющий избежать экстренного хирургического вмешательства на urgentном этапе лечения, обеспечивает возможность проведения полноценного хирургического вмешательства в отсроченном порядке в специализированном стационаре с соблюдением принципов онкологического радикализма.

Многопрофильный стационар, имеющий в своем составе онкологическое отделение (центр), позволяет оказывать urgentную и отсроченную специализированную помощь пациентам с осложнениями колоректального рака в период одной госпитализации.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Leong K., Hartley J., Karandikar S. Association of Coloproctology of Great Britain & Ireland (ACPGBI): Guidelines for the Management of Cancer of the Colon, Rectum and Anus (2017) – Follow Up, Lifestyle and Survivorship. *Colorectal Dis* 2017;19(suppl 1):67–70. PMID: 28632315. DOI: 10.1111/codi.13706.
2. Злокачественные новообразования в России в 2016 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровского. М., 2018. [Malignant tumors in Russia in 2016. Ed. by A.D. Kaprin, V.V. Starinskiy, G.V. Petrovskiy. Moscow, 2018. (In Russ.)].
3. Ачкасов Е.Е., Пугаев А.В., Алекперов С.Ф. и др. Классификация обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. *Колопроктология* 2011;4:38–40. [Achkasov E.E., Pugaev A.V., Alekperov S.F. et al. Classification of tumor-associated large bowel obstruction. *Koloproktologiya = Coloproctology* 2009;(3):17–23. (In Russ.)].
4. Дарвин В.В., Лысак М.М., Васильев В.В. Комплексная программа реабилитации больных с опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимостью. *Вестник СурГУ. Медицина* 2009;1(2):76–80. [Darvin V.V., Lysak M.M., Vasilyev V.V. Comprehensive rehabilitation of patients with tumor-associated colonic obstruction. *Vestnik Surg State University. Medicine* 2009;1(2):76–80. (In Russ.)].
5. Дарвин В.В., Лысак М.М., Ильканич А.Я. и др. Хирургия опухолевой обтурационной непроходимости: оценка результатов, пути оптимизации. Материалы Международного объединенного конгресса Ассоциации колопроктологов России и первого ESCP/ECCO регионального мастер-класса (сборник тезисов). Москва, 16.04–18.04.2015. С. 99. [Darvin V.V., Lysak M.M., Ilkanich A.Ya. et al. Surgical treatment of tumor-associated intestinal obstruction: evaluation of outcomes and ways of optimization. *Proceedings of the International Congress of the Association of Russian Coloproctologists and the first ESCP/ECCO regional master class (abstracts)*. Moscow, 16.04–18.04.2015. P. 99. (In Russ.)].
6. Шеянов С.Д., Харитонов Е.А. Острая кишечная непроходимость и внутрибрюшная гипертензия (обзор литературы). *Вестник СПбГУ. Медицина* 2009;11(4):150–60. [Sheyanov S.D., Kharitonova E.A. Acute intestinal obstruction and intraabdominal hypertension (literature review). *Vestnik SPbGU = Bulletin of Saint Petersburg University. Medicine* 2009;11(4):150–60. (In Russ.)].
7. Калинин Е.В. Хирургическое лечение больных с осложненным колоректальным раком. *Онкология. Журнал им. П.А. Герцена* 2016;5(4):30–4. [Kalinin E.V. Surgical treatment for patients with complicated colorectal cancer. *Onkologiya. Zhurnal im. P.A. Gertsena = P.A. Herzen Journal of Oncology* 2016;5(4):30–4. (In Russ.)].

8. Нарезкин Д.В., Щаева С.Н. Оказание лечебной помощи больным с осложненным колоректальным раком в общехирургическом стационаре. Колопроктология 2011;4:38–40. [Narezkin D.V., Shchaeva S.N. Providing medical care to patients with complicated colorectal cancer in a general surgical hospital. Koloproktologiya = Coloproctology 2011;4:38–40. (In Russ.)].
9. Щаева С.Н. Результаты радикальных оперативных вмешательств при осложненном колоректальном раке. Кубанский научный медицинский вестник 2014;6(148):103–6. [Shchaeva S.N. Outcomes of radical surgery in patients with complicated colorectal cancer. Kubanskiy nauchniy meditsinskiy vestnik = Kuban Research Medical Bulletin 2014;6(148):103–6. (In Russ.)].
10. Шулуто А.М., Моисеев А.Ю., Зубцов В.Ю. и др. Опухоль толстой кишки в urgentной хирургии. Московский хирургический журнал 2012;3:5–8. [Shulutko A.M., Moiseev A.Yu., Zubtsov V.Yu. et al. Colon tumors in emergency surgery. Moskovskiy khirurgicheskiy zhurnal = Moscow Surgical Journal 2012;3:5–8. (In Russ.)].
11. Алиев С.А., Алиев Э.С. Совершенствование методики интраоперационной декомпрессии толстой кишки при опухолевой обтурационной непроходимости. Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. Одесса, 2011. С. 66–67. [Aliiev S.A., Aliiev E.S. Improving the technique of intraoperative colon decompression in patients with tumor-associated colonic obstruction. Proceedings of the 2nd Congress of Coloproctologists of CIS countries and 3rd Congress of Coloproctologists of Ukraine with the participation of coloproctologists from Central and Eastern Europe. Odessa, 2011. Pp. 66–67. (In Russ.)].
12. Хатарян А.Г., Глумов Е.Э., Мизиев И.А. Результаты использования саморасширяющихся стентов у больных колоректальным раком, осложненным острой непроходимостью кишечника. Колопроктология 2014;3(приложение):83. [Khataryan A.G., Glumov E.E., Miziev I.A. Results of the use of self-expanding stents in patients with colorectal cancer complicated by acute intestinal obstruction. Koloproktologiya = Coloproctology 2014;3(annex):83. (In Russ.)].
13. Авакимян В.А., Карипиди Г.К., Авакимян С.В. и др. Тактика хирурга при urgentных осложнениях рака толстой кишки. Кубанский научный медицинский вестник 2018;25(6):9–13. [Avakimyan V.A., Karipidi G.K., Avakimyan S.V. et al. Surgical tactics in urgent complications of colon cancer. Kubanskiy nauchniy meditsinskiy vestnik = Kuban Research Medical Bulletin 2018;25(6):9–13. (In Russ.)].
14. Cirocchi R., Farinella E., Trastulli S. et al. Safety and efficacy of endoscopic colonic stenting as a bridge to surgery in the management of intestinal obstruction due to left colon and rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. Surg Oncol 2012;22:14–21. PMID: 23183301. DOI: 10.1016/j.suronc.2012.10.003.
15. Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Онищенко С.В. и др. Лечебно-диагностический алгоритм при острой обтурационной толстокишечной непроходимости. Материалы выездного пленума Проблемной комиссии «Неотложная хирургия» и Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию научного хирургического общества и 20-летию Ассоциации врачей хирургического профиля на Кавказских Минеральных Водах. Пятигорск, 6.10–7.10.2011. С. 143–44. [Darvin V.V., Ilkanich A.Ya., Onishchenko S.V. et al. Diagnostic and treatment algorithm for acute colonic obstruction. Proceedings of the visiting plenum meeting of the task group “Emergency Surgery” and research and practical conference dedicated to the 65th anniversary of the Research Surgical Society and the 20th anniversary of the Association of Surgeons in the Caucasian Mineral Waters. Pyatigorsk, 6.10–7.10.2011. Pp. 143–44. (In Russ.)].
16. Мельников П.В., Ачкасов Е.Е., Алекперов С.Ф. и др. Выбор тактики лечения обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости. Хирургия 2013;10:84–7. [Melnikov P.V., Achkasov E.E., Alekperov S.F. et al. Choosing an optimal treatment strategy for tumor-associated colonic obstruction. Chirugiya = Surgery 2013;10:84–7. (In Russ.)].
17. Gainant A. Emergency management of acute colonic cancer obstruction. J Visc Surg 2012;149:e3–10. PMID: 22189474. DOI: 10.1016/j.jvisurg.2011.11.003.
18. Frago R., Ramirez E., Millan M. et al. Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review. Am J Surg 2014;207(1):127–38. PMID: 24124659. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2013.07.027.
19. Шельгин Ю.А., Багненко С.Ф., Давыдов М.И. и др. Клинические рекомендации: острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии. 2014 г. Доступно по: <http://общество-хирургов.рф>. [Shelygin Yu.A., Bagnenko S.F., Davydov M.I. et al. Acute tumor-associated intestinal obstruction: clinical guidelines. 2014. Available at: <http://общество-хирургов.рф>. (In Russ.)].
20. Щаева С.Н. Хирургическое лечение колоректального рака, осложненного острой кишечной непроходимостью. Онкологическая колопроктология 2016;6:8–16. [Shchaeva S.N. Surgical treatment of colorectal cancer complicated by acute intestinal obstruction. Onkologicheskaya koloproktologiya = Colorectal Oncology 2016;6:8–16. (In Russ.)].
21. Vaziri K., Choxi S.C., Orkin B.A. Accuracy of colonoscopic localization. Surg Endosc 2010;24:2502–5. PMID: 20333403. DOI: 10.1007/s00464-010-0993-2.
22. Щаева С.Н. Эффективность хирургического лечения больных с urgentными осложнениями колоректального рака. Анналы хирургии 2016;21(4):240–7. [Shchaeva S.N. Efficacy of surgical treatment in patients with urgent complications of colorectal cancer. Annaly khirurgii = Annals of Surgery 2016;21(4):240–7. (In Russ.)].
23. Щаева С.Н. Экстренные резекционные вмешательства у больных осложненным раком правой и левой половины ободочной кишки: отдаленные результаты. Онкологическая колопроктология 2018;8(2):46–54. [Shchaeva S.N. Emergency resections in patients with complicated right- and left-sided colon cancer: long-term outcomes. Onkologicheskaya koloproktologiya = Colorectal Oncology 2018;8(2):46–54. (In Russ.)].

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

ORCID авторов/ORCID of authors

А.Я. Ильканич/A.Ya. Ilkanich: <https://orcid.org/0000-0003-2293-136X>
С.В. Полозов/S.V. Polozov: <https://orcid.org/0000-0002-4902-0753>

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.
Financing. The study was performed without external funding.

Информированное согласие. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.
Informed consent. All patients gave written informed consent to participate in the study.

Статья поступила: 21.01.2019. **Принята к публикации:** 25.02.2019.
Article received: 21.01.2019. Accepted for publication: 25.02.2019.