



<https://doi.org/10.34883/PI.2026.15.1.045>
УДК 616.34-006.6; 616.34-007.272



Тотиков З.В.✉, Тотиков В.З., Халлаев Р.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Тобоев Д.В.
Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Сравнительная оценка двух- и трехэтапной хирургических тактик при острой obturационной опухолевой непроходимости левых отделов ободочной кишки и верхнеампулярного отдела прямой кишки

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Тотиков З.В., Тотиков В.З. – концепция исследования, написание статьи, редактирование; Халлаев Р.А., Калицова М.В. – концепция, сбор и обработка данных, написание статьи, библиография; Медоев В.В., Тобоев Д.В. – написание статьи, обработка данных, редактирование.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Подана: 24.11.2025

Принята: 01.03.2026

Контакты: z-totikov@mail.ru

Резюме

Введение. Лечение рака нисходящих отделов толстой кишки, осложненного острой obturационной непроходимостью, остается одним из сложных вопросов экстренной хирургии, онкологии и реабилитации. Существующие на сегодня подходы к лечению данной категории пациентов не позволяют добиться удовлетворительных результатов. Остается нерешенным вопрос о выборе оптимальной хирургической тактики у пациентов с раком левых отделов ободочной кишки и верхнеампулярного отдела прямой кишки, осложненного острой obturационной непроходимостью, что требует дальнейшего изучения и поиска сбалансированных решений, обеспечивающих безопасность и эффективность лечения.

Цель. Определить оптимальную хирургическую тактику при острой obturационной опухолевой непроходимости левых отделов ободочной кишки и верхнеампулярного отдела прямой кишки.

Материалы и методы. В исследование были включены 256 пациентов с раком левых отделов ободочной кишки и верхнеампулярного отдела прямой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью. Все пациенты были разделены на 2 группы. В контрольную группу вошли 92 пациента, которым на первом этапе на высоте непроходимости экстренно были выполнены радикальные операции с формированием одностольных колостом или классические операции Гартмана. В основную группу были включены 164 пациента, в лечении которых использовался разработанный в клинике трехэтапный метод лечения.

Результаты. Как показали результаты исследования, после всех этапов лечения в контрольной группе умерли 14 (15,2%) пациентов, различные осложнения были выявлены у 51 (55,4%) пациента. Отказ от восстановительной операции зафиксирован у 14 (17,3%) пациентов. В основной группе после всех этапов лечения умерли 7 (4,3%)

пациентов, различные осложнения на всех этапах лечения имелись у 42 (25,6%) пациентов. Всем пациентам проведен реконструктивно-восстановительный этап.

Заключение. Предложенная хирургическая тактика позволила снизить частоту послеоперационных осложнений и летальных исходов на всех этапах лечения, отказаться от выполнения обструктивных резекций и операций Гартмана, осуществить во всех случаях реконструктивно-восстановительный этап локальным доступом, при этом не увеличивая сроки лечения и реабилитации пациентов.

Ключевые слова: острая обтурационная толстокишечная непроходимость, рак толстой кишки, обструктивная резекция, операция Гартмана, кишечная стома, хирургическая тактика

Totikov Z.✉, Totikov V., Khallaev R., Kalitsova M., Medoev V., Toboev D.
Northern Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz, Russia

Comparative Analysis of Two-Stage versus Three-Stage Surgical Approaches for Acute Malignant Obstruction of the Left Colon and Upper Rectum

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Totikov Z., Totikov V. – study concept, text writing, editing; Khallaev R., Kalitsova M. – study concept of the study, material collecting, processing, text writing, bibliography; Medoev V., Toboev D. – text writing, material collecting, processing, editing.

Funding: the study had no sponsorship support.

Submitted: 24.11.2025

Accepted: 01.03.2026

Contacts: z-totikov@mail.ru

Abstract

Introduction. The treatment of cancer in the descending colon segments complicated by acute obstruction remains one of the challenging issues in emergency surgery, oncology, and rehabilitation. Current approaches to managing this category of patients do not yield satisfactory results. The question of selecting the optimal surgical strategy for patients with cancer of the left colon and proximal part of the rectum, complicated by acute obstruction, remains unresolved. This necessitates further research and the search for balanced solutions that ensure both safety and effectiveness of the treatment.

Purpose. To determine the most optimal surgical strategy for acute tumor-related obstruction of the left colon segments and the proximal part of the rectum.

Materials and methods. The study included 256 patients with cancer of the left colon segments and the proximal part of the rectum, complicated by acute intestinal obstruction. All patients were divided into two groups. The control group consisted of 92 patients who, at the first stage and at the height of the obstruction, underwent emergency radical operations with formation of single-stoma colostomies or classic Hartmann's procedures. The main group included 164 patients treated using the three-stage method elaborated at the clinic.



Results. As the results of the study showed, after all treatment stages, 14 (15.2%) patients in the control group died, and various complications were identified in 51 (55.4%) patients. Refusals of reconstructive surgery were recorded in 14 (17.3%) patients. In the main group, after all stages of treatment, 7 (4.3%) patients died, and various complications occurred at all stages of treatment in 42 (25.6%) patients. All patients underwent reconstructive and restorative procedures.

Conclusion. The proposed surgical approach allowed reducing the incidence of postoperative complications and mortality at all stages of treatment, enabled the abandonment of obstructive resections and Hartmann's procedures, and permitted the implementation of the reconstructive and restorative stage in all cases via a local approach without increasing the duration of patient treatment and rehabilitation.

Keywords: acute large bowel obstruction, colon cancer, obstructive resection, Hartmann's procedure, intestinal stoma, surgical strategy

■ ВВЕДЕНИЕ

Лечение пациентов с раком нисходящих отделов толстой кишки, осложненным острой обтурационной непроходимостью, остается одним из сложных вопросов экстренной хирургии, онкологии и реабилитации [1–7]. Использование наиболее распространенных ранее трехэтапных оперативных вмешательств не дало необходимых результатов [2, 6, 7]. Формирование проксимальных разгрузочных стом лапаротомным доступом на первом этапе лечения сопровождалось большим количеством летальных исходов и воспалительных осложнений, а выполнение радикального этапа через 3 и более месяца приводило к увеличению количества пациентов с местными и отдаленными метастазами и к 5-летней выживаемости, не превышающей 30% [2, 5]. В результате подавляющее большинство хирургов стали отходить от этой тактики.

К настоящему времени большинство авторов при раке левых отделов ободочной кишки или верхнеампулярного отдела прямой кишки, осложненном острой кишечной непроходимостью, предлагают двухэтапные оперативные вмешательства [1, 3–9], обосновывая свою тактику возможностью одновременно ликвидировать кишечную непроходимость и удалить злокачественное новообразование [5, 8, 9]. Однако многие из них вместе с тем отмечают, что выполнение радикального этапа на высоте непроходимости является причиной высокой летальности, которая колеблется от 15 до 25%, и низкой 5-летней выживаемости [2, 3, 5–9]. Наряду с этим, второй восстановительный этап у большинства пациентов становится более сложным и тяжелым, в связи с чем не выполняется в 20–35% случаев [4, 5, 9].

Помимо двух наиболее распространенных тактических установок, некоторые хирурги предлагают альтернативную оригинальную трехэтапную хирургическую тактику [2, 10, 11]. На первом этапе происходит формирование через мини-доступ трансверзо- или илеостом, а через 7–10 дней после ликвидации интоксикации, водно-электролитных нарушений и коррекции сопутствующих заболеваний – выполнение радикального этапа. Затем на третьем этапе через 2–3 месяца осуществляется закрытие стом. Отмечается при этом низкая летальность на всех этапах лечения, высокий процент радикальных и восстановительных оперативных вмешательств [2, 10, 11].

Таким образом, сегодня остается нерешенным вопрос о выборе оптимальной хирургической тактики у пациентов с раком левых отделов ободочной кишки и верхнеампулярного отдела прямой кишки, осложненным острой обтурационной непроходимостью, что требует дальнейшего изучения и поиска сбалансированных решений, обеспечивающих безопасность и эффективность лечения.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить оптимальную хирургическую тактику при острой обтурационной опухолевой непроходимости левых отделов ободочной кишки и верхнеампулярного отдела прямой кишки.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данное исследование были включены 256 пациентов с раком левых отделов ободочной кишки и верхнеампулярного отдела прямой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью, которые проходили лечение в хирургических отделениях РКБСМП г. Владикавказа, КБ № 1 и РОД г. Грозного в период с 2010 по 2024 г. Критериями включения в исследование являлись: подтвержденное сочетание клинических и рентгенологических признаков острой толстокишечной непроходимости (ОТКН), развившейся на фоне опухолевого поражения левых отделов ободочной и верхнеампулярного отдела прямой кишок; неэффективность консервативной декомпрессионной терапии и попыток эндоскопической реканализации/стентирования опухолевой стриктуры; отсутствие клиники перитонита, отсутствие отдаленных метастазов и канцероматоза. Сравнительный анализ результатов лечения был проведен между двумя группами пациентов. В первую, контрольную, группу (92 пациента) были включены пациенты, которым на первом этапе на высоте непроходимости экстренно были выполнены радикальные операции с формированием одностольных колостом или классические операции Гартмана, а на втором через 3–6 месяцев – восстановительные оперативные вмешательства.

Во вторую (основную) группу вошли 164 пациента, в лечении которых использовался разработанный в клинике трехэтапный метод лечения, заключающийся в формировании на первом этапе разгрузочных трансверзо- или илеостом через минидоступ, в выполнении через 7–10 дней радикального вмешательства с наложением анастомоза под прикрытием проксимальной стомы и осуществлении ликвидации проксимальной стомы на третьем этапе через 2–3 месяца.

Для определения предоперационной хирургической тактики в обеих группах мы использовали клинико-рентгенологическую классификацию ОТКН, разработанную В.З. Тотиковым [2].

Второй вариант течения ОТКН на фоне декомпрессионной терапии, согласно вышеупомянутой классификации, в контрольной группе был выявлен у 62 (67,4%) пациентов, в основной – у 108 (65,8%), третий вариант – в 30 (32,6%) и 56 (34,2%) случаях соответственно ($p=0,849$).

В обеих сравниваемых группах при 2-м варианте ОТКН оперативные вмешательства выполнялись в течение 24 часов, при 3-м – в течение 12 часов. За это время пациентам кроме попытки разрешения непроходимости проводилась терапия, направленная на снижение интоксикации, коррекцию водно-электролитных, сердечно-сосудистых и других нарушений.



При этом в контрольной группе выполнялись радикальные резекции левых отделов с образованием одноствольных колостом или операции Гартмана, а в основной группе всем пациентам на первом этапе из мини-доступа формировались илео- или трансверзостомы. Показаниями к формированию петлевых илеостом из мини-доступа в проекции точки Ленца были: локализация опухоли выше проксимальной трети нисходящей ободочной кишки, абдоминальное ожирение II–III степени и гиноидное ожирение III степени. Во всех остальных случаях старались формировать двуствольные петлевые трансверзостомы из мини-доступа в правом подреберье. Однако у 8 (4,9%) пациентов причиной наложения более простой в исполнении двуствольной илеостомы через мини-доступ была недостаточная подготовка дежурной бригады для выполнения двуствольных трансверзостом.

На втором этапе 113 (70,6%) пациентам основной группы радикальные оперативные вмешательства были выполнены лапаротомным доступом, 47 (29,4%) – видеолапароскопическим. При видеолапароскопическом исполнении порты для лапароскопа и инструментов устанавливались в типичных местах. Наличие стом не ограничивало возможности применения малоинвазивных технологий. Противопоказания для выполнения радикального этапа лапароскопическим доступом были те же, что и при плановых видеолапароскопических вмешательствах. Наличие значительно меньшего количества пациентов, у которых радикальный этап был выполнен с применением видеолапароскопических технологий, было связано с более поздним (с 2015 года) применением этих технологий у пациентов со стомами.

Таблица 1
Распределение пациентов по возрасту в сравниваемых группах
Table 1
Distribution of patients by age in the compared groups

Возрастная группа, лет	Количество пациентов, n		% от общего числа		p
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	
44–50	8	2	4,9	2,2	0,263
51–60	21	7	12,8	7,6	0,191
61–70	64	45	39,0	48,9	0,125
71–80	56	31	34,2	33,7	0,942
>80	15	7	9,1	7,6	0,672
ВСЕГО	164	92	100	100	

Таблица 2
Тяжесть физического состояния при поступлении в сравниваемых группах
Table 2
Severity of the physical condition upon admission in the compared groups

Тяжесть физического состояния при поступлении по ASA	Количество пациентов, n		% от общего числа		p
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	
I степень	23	12	14,0	13,0	0,826
II степень	69	41	42,1	44,6	0,799
III степень	56	34	34,1	37,0	0,652
IV степень	16	5	9,8	5,4	0,214
ВСЕГО	164	92	100	100	

Из 256 пациентов мужчин было 132 (51,6%), женщин – 124 (48,4%). Возраст обследованных пациентов варьировал от 44 до 88 лет, при этом подавляющее большинство составляли лица старшей возрастной группы – более 60 лет (85,2%) (табл. 1).

Как видно из табл. 1, ни в одной возрастной категории статистически значимых различий между основной и контрольной группами не выявлено (во всех случаях $p > 0,05$). Таким образом, распределение пациентов по возрасту в группах было сопоставимо.

Преобладание пожилых пациентов обусловило наличие у них сопутствующей патологии, в структуре которой чаще регистрировались заболевания сердечно-сосудистой системы с примерно одинаковой частотой в сравниваемых группах.

При поступлении и перед оперативным вмешательством тяжесть физического состояния по классификации ASA оценивалась в контрольной группе как I степени у 12 (13,0%) пациентов, II степени – у 41 (44,6%) пациента, III степени – у 34 (37,0%) и IV степени – у 5 (5,4%) пациентов. В то время как в основной группе I степень регистрировалась в 23 (14,0%) случаях, II степень – у 69 (42,1%) пациентов, III степень – у 56 (34,1%) и IV степень – у 16 (9,8%) пациентов (табл. 2).

В контрольной группе опухоль локализовалась в нисходящей ободочной кишке у 15 (16,3%) пациентов, в основной группе – в 24 (14,6%) случаях ($p = 0,722$). В сигмовидной кишке опухоль диагностирована у 46 (50,0%) пациентов контрольной группы и у 78 (47,6%) основной ($p = 0,708$). В верхнеампулярном отделе прямой кишки злокачественное новообразование имелось у 31 (33,7%) пациента контрольной группы и у 62 (37,8%) пациентов основной ($p = 0,512$).

В обеих группах с примерно одинаковой частотой наблюдалось распространение опухоли на соседние органы или структуры, так, в основной группе у 18 (10,9%) пациентов и в контрольной у 7 (7,6%) ($p = 0,376$) опухоль прорастала в петли тонкой кишки; распространение на париетальную брюшину или брюшину латерального канала в основной группе отмечалось в 23 (14,2%) случаях, в контрольной – в 10 (10,8%) ($p = 0,465$). У 8 (4,9%) пациентов основной и у 3 (3,3%) контрольной ($p = 0,533$) группы наблюдалось прорастание в мочевой пузырь, а в придатки матки – в 4 (2,4%) и 2 (2,1%) случаях соответственно ($p = 0,893$). У 56 (34,1%) пациентов основной и у 29 (31,5%) пациентов контрольной группы ($p = 0,669$) имелось поражение регионарных лимфатических узлов.

Все пациенты при поступлении проходили комплексное обследование, включающее не только клинические и лабораторные методы, но также обзорную рентгенографию брюшной полости, ультразвуковое исследование, колоноскопию либо ирригографию. Компьютерную томографию при поступлении в основную группу выполнили у 67 (40,9%) пациентов, в контрольной – у 39 (42,4%).

В основной группе после устранения непроходимости на первом этапе путем формирования петлевых илео- или трансверзостом из мини-доступа у всех пациентов повторно выполнялось УЗИ и у 95 (57,9%) пациентов – КТ.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У всех 92 пациентов группы контроля, как было отмечено ранее, при 2-м варианте ОТКН в течение 24 часов, при 3-м – в течение 12 часов были произведены радикальные резекции левых отделов ободочной кишки с формированием одностольных колостом или операции Гартмана.



В послеоперационном периоде после первого этапа лечения различные постоперационные осложнения в контрольной группе были отмечены у 29 (31,5%) пациентов, и в 11 (11,9%) случаях оперативные вмешательства имели летальный исход.

В основной группе в те же временные сроки у 73 (44,5%) пациентов были сформированы петлевые илеостомы из мини-доступа, а у 91 (55,5%) пациента также из мини-доступа – двустольные трансверзостомы в правом подреберье.

В основной группе после формирования декомпрессионных илео- и трансверзостом летальный исход зафиксирован у 4 (2,4%) пациентов, различные осложнения имели место в 11 (6,7%) случаях.

В контрольной группе второй реконструктивно-восстановительный этап проходил в сроки от 2 до 6 месяцев. Из 81 пациента восстановление естественного пассажа было произведено у 67 (82,7%), остальным 14 (17,3%) пациентам из-за высокого операционно-анестезиологического риска, тяжелой сопутствующей патологии, прогрессирования онкологического процесса в выполнении реконструктивно-восстановительной операции было отказано.

Всем 67 пациентам выполнялись лапаротомии с ликвидацией одноствольных колостом и формированием колоректальных анастомозов. В том числе у 15 (22,4%) пациентов были сформированы аппаратные анастомозы, у остальных 52 (77,6%) – ручные. Интраоперационно из 67 пациентов у 21 (31,3%) было выявлено несоответствие границ резекции с рекомендованными онкологическими стандартами. У этих пациентов были сохранены части брыжейки левых отделов ободочной кишки с лимфатическими узлами, что потребовало во всех этих случаях выполнения ререзекции на восстановительном этапе (рис. 1).

При этом по результатам гистологического исследования в послеоперационном периоде у 8 (38,1%) из 21 пациента в лимфоузлах удаленных участков брыжейки были выявлены метастазы. Еще у 5 (7,5%) пациентов после перенесенной операции Гартмана была сохранена верхнепрямкишечная артерия, а в 2 (3,0%) случаях был выявлен рецидив опухоли на культе прямой кишки.

В послеоперационном периоде у 5 (7,5%) пациентов была выявлена несостоятельность колоректального анастомоза, в 2 (3,0%) случаях потребовавшая релапаротомии и формирования разгрузочной трансверзостомы. Еще у 7 (10,4%) пациентов отмечалось нагноение послеоперационной лапаротомной раны, а у 5 (7,5%) – серомы. У 5 (7,5%) пациентов развилась ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, которая была разрешена консервативно. Таким образом, из 67 пациентов у 22 (32,8%) развились те или иные послеоперационные осложнения. Летальный исход был зафиксирован в 3 (4,5%) случаях, в 1 случае из-за прогрессирования перитонита на фоне несостоятельности колоректального анастомоза, еще у 1 пациента – из-за острой сердечно-сосудистой недостаточности и у третьего пациента – из-за тромбоэмболии легочной артерии. Время с момента госпитализации с ОТКН до выписки из стационара после восстановительного оперативного вмешательства вместе с междооперационным периодом в среднем составило $118 \pm 9,6$ дня.

В основной группе второй радикальный этап проходил, как правило, в течение 7–10 дней после наложения разгрузочных стом. Только у 5 (3,0%) пациентов из-за инфицирования перистомальной раны и у 7 (4,3%) из-за проведения предоперационной химиотерапии оперативные вмешательства были отложены на более поздние сроки. Всем 160 пациентам после наложения декомпрессионных илео- или

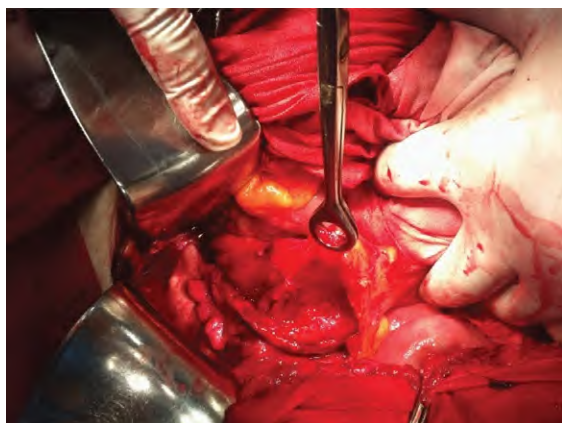


Рис. 1. Сохраненная часть брыжейки левых отделов ободочной кишки с сосудами после ранее выполненной левосторонней гемиколэктомии

Fig. 1. Preserved section of the mesentery of the left segments of the colon with associated vessels, following the previous left hemicolectomy

трансверзостом начинали проводить терапию, направленную на ликвидацию интоксикации, сердечно-сосудистых, водно-электролитных и других метаболических нарушений и коррекцию фоновой патологии. Перед выполнением второго радикального этапа из 160 пациентов у 46 (28,8%) операционно-анестезиологический риск по ASA соответствовал I степени, у 89 (55,6%) – II степени и у 25 (15,6%) – III степени. Ни у одного пациента основной группы не была выявлена IV степень операционно-анестезиологического риска перед радикальной операцией (табл. 3).

Это позволило у всех 160 пациентов выполнить радикальные резекции левых отделов ободочной кишки или передние резекции прямой кишки, в том числе у 47 (29,4%) лапароскопически (рис. 2).



Рис. 2. Расстановка портов при левосторонней гемиколэктомии у пациентки с двуствольной илеостомой

Fig. 2. Port placement for left hemicolectomy in a patient with a double-barrel ileostomy



Таблица 3

Тяжесть физического состояния при поступлении и перед выполнением радикальной операции в основной группе

Table 3

Severity of physical condition upon admission and before undergoing radical surgery in the main group

Тяжесть физического состояния при поступлении по ASA	Количество пациентов, n		% от общего числа		p
	при поступлении	перед радикальной операцией	при поступлении	перед радикальной операцией	
I степень	23	46	14,0	28,8	0,002
II степень	69	89	42,1	55,6	0,01
III степень	56	25	34,1	15,6	0,001
IV степень	16		9,8	0	0,001
ВСЕГО	164	160	100	100	

Все операции в основной группе на втором этапе были завершены формированием анастомозов с сохранением проксимальной колостомы, наложенной ранее. В послеоперационном периоде различные осложнения были диагностированы у 12 (7,5%) пациентов, в том числе у 6 (3,7%) – несостоятельность анастомоза. При этом у 2 (1,2%) пациентов несостоятельность проявлялась выделением кишечного содержимого через дренажную трубку с последующим формированием кишечного свища и спонтанным его заживлением. У остальных 4 (2,5%) пациентов несостоятельность в виде затеков выявлена в результате проктографии, выполненной через 7–10 дней после операции. У 3 (1,9%) пациентов радикальный этап завершился летальным исходом: у 2 из них из-за тромбоэмболии легочной артерии и у 1 в связи с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности.

В основной группе всем 157 пациентам закрытие стом выполнялось примерно в те же временные рамки, что и в контрольной, как правило, через 2–4 месяца после их формирования. При этом все стомы, сформированные на первом этапе, закрывались локальным доступом. У 61 (38,9%) пациента стомы закрывались под спинномозговой анестезией и у 96 (61,1%) – под общим обезболиванием. После реконструктивного этапа в основной группе летальных исходов не было. Различные осложнения были выявлены у 19 (12,1%) пациентов, из них в 7 (4,5%) случаях отмечалось нагноение мини-лапаротомной раны, в 9 (5,7%) – серомы и в 3 (1,9%) случаях в послеоперационном периоде развилась ранняя спаечная кишечная непроходимость, которая была купирована консервативно. Сроки с момента госпитализации с ОТКН до выписки из стационара после восстановительного оперативного вмешательства вместе с меж-операционными периодами в среднем составили $104 \pm 8,3$ дня.

Таким образом, после всех этапов лечения в контрольной группе умерли 14 (15,2%) пациентов, различные осложнения после двух этапов лечения были выявлены у 51 (55,4%) пациента. Отказ от восстановительной операции зафиксирован у 14 (17,3%) пациентов.

В основной группе после всех этапов лечения умерли 7 (4,3%) человек, различные осложнения на всех этапах лечения имелись у 42 (25,6%) пациентов. Всем пациентам выполнен реконструктивно-восстановительный этап (табл. 4).

Таблица 4
Послеоперационные осложнения и летальные исходы после всех этапов лечения в сравниваемых группах
Table 4
Postoperative complications and lethality after all stages of treatment in the compared groups

Результаты лечения	Группы		p
	контрольная	основная	
Послеоперационные осложнения	51 (55,4%)	42 (25,6%)	0,001
Летальные исходы	14 (15,2%)	7 (4,3%)	0,003

Острая обтурационная толстокишечная непроходимость опухолевой этиологии остается актуальной проблемой в абдоминальной хирургии и онкологии [1–7]. Существующие на сегодня стратегии хирургического лечения рака левых отделов ободочной кишки и верхнеампулярного отдела прямой кишки, осложненного острой непроходимостью, как показывает анализ литературы, не позволяют добиться удовлетворительных непосредственных и отдаленных результатов лечения [2, 6, 7]. Двухэтапный подход, включающий выполнение на первом этапе на высоте непроходимости радикальной операции с формированием одноствольных колостом или операции Гартмана, сопровождается высокими показателями послеоперационных осложнений и летальных исходов [2, 3, 5–9]. Наше исследование подтверждает эти данные. Кроме того, подобные оперативные вмешательства, выполняемые по экстренным показаниям в условиях общехирургического стационара, зачастую не соответствуют рекомендованным онкологическим стандартам, что негативно отражается на отдаленных результатах. Еще одним минусом подобных вмешательств является сложный и травматичный второй восстановительный этап, в выполнении которого отказывают 20–35% пациентов [4, 5, 9].

Наиболее перспективной у пациентов с ОТКН при неэффективности консервативной декомпрессионной терапии и эндоскопической реканализации/стен-тирования опухолевой стриктуры, а также при отсутствии признаков перитонита представляется трехэтапная хирургическая тактика, использованная нами в основной группе, когда на первом этапе осуществляется формирование через мини-доступ трансверзо- или илеостом, через 7–10 дней после ликвидации интоксикации, водно-электролитных нарушений и коррекции сопутствующих заболеваний в условиях специализированного отделения подготовленной бригадой хирургов-онкологов выполняется радикальный этап (в том числе с использованием лапароскопических технологий), а ликвидация стомы локальным доступом осуществляется через 2–3 месяца. Такая тактика, как показали результаты исследования, позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений, летальных исходов, всем пациентам выполнить реконструктивный этап и улучшить результаты лечения.

Несмотря на полученные результаты, хирургическая тактика при раке левых отделов ободочной кишки и верхнеампулярного отдела прямой кишки, осложненном острой обтурационной непроходимостью, требует дальнейшего изучения, поиска сбалансированных решений, чтобы получить более высокий уровень доказательной базы и обеспечить безопасность и эффективность лечения.



■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выполнение первично-радикальных обструктивных оперативных вмешательств на высоте ОТКН в условиях общехирургического стационара при раке левых отделов ободочной кишки и верхнеампулярного отдела прямой кишки приводит к достоверно более высоким показателям послеоперационных осложнений и летальных исходов, у более чем трети пациентов эти вмешательства осуществляются с нарушением онкологических принципов, что может отрицательно сказываться на отдаленных результатах лечения. Реконструктивно-восстановительный этап после данных вмешательств является сложным и травматичным, сопровождается высоким риском осложнений, а в 17,3% случаев становится и вовсе неосуществимым.

Предложенная хирургическая тактика позволяет на первом этапе выполнить малотравматичное оперативное вмешательство, направленное на устранение ОТКН, подготовить пациента к радикальному лечению в условиях, аналогичных плановым, в том числе с использованием видеолaparоскопических технологий, отказаться от выполнения обструктивных резекций и операций Гартмана, осуществить во всех случаях реконструктивно-восстановительный этап локальным доступом, снизить частоту послеоперационных осложнений и летальных исходов на всех этапах лечения, при этом не увеличивая сроки лечения и реабилитации пациентов.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Achkasov S.I., Bagatelia Z.A., Bagnenko S.F., et al. Acute malignant colorectal obstruction (K56.6; C18, C19, C20), adults. *Koloproktologia*. 2023;22(2):10–31. (In Russian)
2. Totikov Z.V., Totikov V.Z. The possibilities to improve the outcomes in patients with colon cancer complicated by acute obstruction. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2017;(3):17–23. (In Russian)
3. Shchaeva S.N., Efron A.G., Volynets L.I. Long-term results of emergency and planned surgical interventions performed for cancer of the left half of the colon in elderly and senile patients. *Surgery and Oncology*. 2025;15(2):74–82. (In Russian)
4. Hallam S., Mothe B.S., Tirumulaju R. Hartmann's procedure, reversal and rate of stoma-free survival. *Ann R Coll Surg Engl*. 2018;100(4):301–307.
5. Kartal K., Citgez B., Koksall M.H., et al. Colostomy reversal after a Hartmann's procedure Effects of experience on mortality and morbidity. *Ann Ital Chir*. 2019;90:539–544.
6. Karakaş D.Ö., Yeşiltaş M., Gökçek B., et al. Etiology, management, and survival of acute mechanical bowel obstruction: Five-year results of a training and research hospital in Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2019;25(3):268–280.
7. Bergamini C., Giordano A., Maltinti G., et al. Obstructive left side colon cancer: time for a tailored operative approach? *Minerva Chir*. 2020;75(4):244–254.
8. Merabishvili G., Mosidze B., Demetrashvili Z., et al. Comparison of Hartmann's procedure versus resection with primary anastomosis in management of left sided colon cancer obstruction: a prospective cohort study. *Georgian Med News*. 2022;324:21–25.
9. Farah M., Sorelli P., Kerwat R., et al. Correlation between ASA Grade with reversal of Hartmann's procedure – a retrospective study. *J Med Life*. 2021;14(6):756–761.
10. Totikov Z.V., Totikov V.Z., Abdurzakov M.S., et al. Surgical tactics by malignant large bowel obstruction. *Colorectal Disease*. 2023;25(S2):53.
11. Totikov Z.V., Totikov V.Z., Remizov O.V., et al. Individualization of the choice of decompression stomas and the places of their formation in patients with colorectal cancer complicated by acute obstruction. *Colorectal Disease*. 2022;24(S3):270–271.