

Научная статья

УДК 617-089.844

DOI: 10.17816/pmj42494-104

КОЛОСТОМИЯ ПРИ ОСТРОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ДЕЖУРНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ: КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

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

¹Самарский государственный медицинский университет,

²Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина, Российская Федерация

COLOSTOMY FOR ACUTE TUMORAL LARGE INTESTINE OBSTRUCTION IN AN ON-CALL SURGICAL HOSPITAL: CLINICAL RECOMMENDATIONS AND REAL-WORLD CLINICAL PRACTICE

E.A.Korymasov^{1,2}, A.V.Fesyun^{1,2*}, M.Yu.Khoroshilov^{1,2}

¹Samara State Medical University

²Samara Regional Clinical Hospital named after V.D. Seredavin, Russian Federation

Цель. Провести анализ ближайших и отдаленных результатов применения колостомии у пациентов с острой опухолевой толстокишечной непроходимостью.

Материалы и методы. В исследование включены результаты обследования и лечения 552 пациентов с диагнозом «обтурационная острая кишечная непроходимость» и локализацией опухоли в нисходящей ободочной и сигмовидной кишке, которые были госпитализированы в дежурные хирургические стационары Самарской области в период с 2015 по 2020 г. Тип исследования – нерандомизированное

© Корымасов Е.А., Фесюн А.В., Хорошилов М.Ю., 2025

e-mail: Alexey400074@yandex.ru

[Корымасов Е.А. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ИПО, заслуженный деятель науки РФ, главный внештатный хирург Министерства здравоохранения Самарской области, ORCID: 0000-0001-9732-5212, SPIN-код: 9928-6343; Фесюн А.В. (*контактное лицо) – врач-хирург абдоминального хирургического отделения, ORCID: 0000-0001-6356-8574, SPIN-код: 3824-0937; Хорошилов М.Ю. – кандидат медицинских наук, врач-хирург абдоминального хирургического отделения, доцент кафедры хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ИПО, ORCID: 0000-0002-9659-8881, SPIN-код: 6048-6009].

© Korymasov E.A., Fesyun A.V., Khoroshilov M.Yu., 2025

e-mail: Alexey400074@yandex.ru

[Korymasov E.A. – DSc (Medicine), Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Chief Freelance Surgeon of the Ministry of Health of the Samara Region, Head of the Department of Surgery with a Course in Cardiovascular Surgery, ORCID: 0000-0001-9732-5212, SPIN-code: 9928-6343; Fesyun A.V. (*contact person) – Surgeon of the Department of Abdominal Surgery, ORCID: 0000-0001-6356-8574, SPIN-code: 3824-0937; Khoroshilov M. Yu. – PhD (Medicine), Associate Professor of the Department of Surgery with a Course in Cardiovascular Surgery, Surgeon of the Department of Abdominal Surgery, ORCID: 0000-0002-9659-8881, SPIN-code: 6048-6009].

многоцентровое ретроспективное непрерывное последовательное контролируемое. Были выделены две группы больных из общей группы пациентов с колостомией. При выписке формировали направление пациента на дальнейшее обследование и лечение в региональный онкологический диспансер.

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 путем решения данной проблемы может являться первичное резекционное вмешательство по онкологическому принципу с выведением одноствольной колостомы в urgent surgical hospital. 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 колостомия остается ведущим вмешательством, направленным на разрешение кишечной непроходимости у пациентов с опухолью нисходящей ободочной и сигмовидной кишки, даже в условиях операбельности пациента. Задержка с госпитализацией на специализированный этап оказания онкологической помощи связана как с медицинскими и организационными аспектами, так и социально-бытовыми аспектами немедицинского характера и влияет на последующий результат радикальной операции.

Ключевые слова. Опухолевая толстокишечная непроходимость, первичные резекции кишки, колостомия, дежурный хирургический стационар.

Objective. To analyze the immediate and long-term results of colostomy in patients with acute tumor intestinal obstruction.

Materials and methods. The study includes the results of examination and treatment of 552 patients with the diagnosis of acute malignant intestinal obstruction and tumor localization in the descending colon and sigmoid colon, who were hospitalized in on-duty surgical wards in the Samara region from 2015 to 2020. The study is of a non-randomized multicenter retrospective continuous sequential controlled type. Two groups of patients were identified from the general group of patients with colostomy. Upon discharge, the patient was referred for further examination and treatment to a regional oncology center.

Results. It is necessary to change the principles of the organization of oncological care in terms of reducing the time of preoperative examination, timely diagnostic evaluation at the initial visit to the oncology center. On the other hand, a possible solution to this problem may be primary resection based on the oncological principle with a single-barrel colostomy formation in an urgent surgical hospital. This will allow the patient to get a time reserve and reduce the frequency of complications related to the intestinal stoma even in case of a delay in admission to the oncological center.

Conclusions. Decompressive proximal 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 delay in hospitalization for a specialized stage of oncological care is associated with both medical and organizational aspects, and social and domestic factors of a non-medical nature, and affects the subsequent outcome of a radical surgery.

Keywords. Tumor large bowel obstruction, primary intestinal resections, colostomy, on-call surgical unit.

ВВЕДЕНИЕ

Ежегодно в мире регистрируется 500–600 тыс. новых случаев колоректального рака. В Российской Федерации данный показатель достигает 45 тыс. случаев диагностики в год и занимает 4-е место в группе онкологических заболеваний, уступая лишь таким заболеваниям, как рак легкого, желудка и мо-

лочной железы. По ряду организационных причин пациенты с осложненным раком ободочной кишки «выпадают» из отработанного механизма специализированной онкологической помощи. Связано это с тем, что 30 % пациентов с впервые выявленным раком ободочной кишки будут экстренно оперированы по поводу осложнений: у 80 % будет выявлена кишечная непроходимость,

у 15 % – перфорация кишки [1–3]. Экстренная хирургическая помощь больным с осложненным раком ободочной кишки оказывается в основном в хирургических отделениях общего профиля врачами-хирургами, не имеющими специальной подготовки по онкологии и колопроктологии, что, по мнению онкологов, является одной из причин тактических и технологических ошибок.

Вопросы выбора объема и вида оперативного вмешательства у данной категории пациентов по настоящее время являются актуальной темой для дискуссии. Однако, в соответствие с резолюцией XV Съезда Общероссийской общественной организации «Российское общество хирургов им. академика В.С. Савельева», в 2023 г. достигнут некоторый консенсус. Соглашение хирургического сообщества заключается в необходимости устранения острой опухолевой кишечной непроходимости за счет эндоскопического стентирования или формирования разгрузочной кишечной стомы с использованием лапароскопических технологий. При этом у тяжелых и нестабильных пациентов следует воздерживаться от выполнения объемных резекционных оперативных вмешательств, за исключением ситуаций, когда они являются единственно возможным способом сохранения жизни больного. Памятуя о высоком проценте интраоперационной первичной диагностики осложненных форм рака ободочной кишки в условиях кишечной непроходимости, перфорации или перитонита, вопросов, касающихся выполнимости лапароскопических вмешательств и стентирования, становится всё больше [4–6]. Также стоит отметить, что дальнейшая маршрутизация данных пациентов на этап специализированной онкологической помощи существенно зависит от послеоперационных осложнений, менталитета больного и дефектов организации медицинской помощи, что в конечном счете может

привести к неудовлетворительным результатам [7–9].

Цель исследования – провести анализ ближайших и отдаленных результатов применения колостомии у пациентов с острой опухолевой толстокишечной непроходимостью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены результаты обследования и лечения 552 пациентов с диагнозом «обтурационная острая кишечная непроходимость» и локализацией опухоли в нисходящей ободочной и сигмовидной кишке, которые были госпитализированы в дежурные хирургические стационары Самарской области в период с 2015 по 2020 г. Все пациенты дали добровольное информированное согласие на включение результатов их обследования и лечения в исследование.

Критерием включения пациентов в исследование был факт наложения им разгрузочной двустольной колостомы, проксимальнее от опухоли.

Критерием исключения из исследования являлась выполненная первичная резекция кишки с удалением опухоли.

Тип исследования – нерандомизированное многоцентровое ретроспективное непрерывное последовательное контролируемое.

Были выделены две группы больных из общей группы пациентов с колостомией: I группа – 117 пациентов с операбельной и резектабельной опухолью, которым впоследствии была показана радикальная операция в онкологическом диспансере, II группа – 435 пациентов с неоперабельной и нерезектабельной опухолью, у которых колостомия была фактически завершающим оперативным вмешательством.

Проведен сравнительный анализ обеих групп по основным показателям исходного состояния пациентов, стратификация тяжести сопутствующих заболеваний.

Выполнен анализ общих результатов лечения пациентов, исходов госпитализации и обращений в Самарский областной клинический онкологический диспансер для заключительного специализированного лечения.

Неоперабельность опухоли расценивалась на основании признаков отдаленного метастазирования и прорастания окружающих органов и тканей.

В соответствии с клиническим рекомендациями операцией выбора у данных пациентов являлась колостомия. Двустольную колостому формировали максимально близко к зоне опухоли.

При выписке формировали направление пациента на дальнейшее обследование и лечение в региональный онкологический диспансер

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Microsoft office 2010, лицензия № 661988271 (Microsoft, США). Различия показателей считали значимыми при вероятности безобочного прогноза 95 % и более ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В I группе было 63 мужчины (53,8 %) и 54 женщины (46,2 %), во II группе 261 муж-

чина (60 %) и 174 женщины (40 %) ($\chi^2 = 1,44$; $p > 0,05$). Возраст пациентов колебался от 52 до 94 лет. Средний возраст в I группе составил $62,88 \pm 13,43$ года, во II группе – $71,26 \pm 13,14$ года (t – Стьюдента = 15,91; $p < 0,05$), что свидетельствовало о превалировании возрастных пациентов в группе с неоперабельными и запущенными опухолями.

Стратификация тяжести сопутствующих заболеваний выполнялась путем расчета по шкале ASA. В I группе показатель составил $2,71 \pm 0,76$, во II – $3,17 \pm 1,05$ (t -Стьюдента = 0,81; $p > 0,05$). Несмотря на более запущенный онкологический процесс у пациентов II группы, статистически значимых различий в оценке физического статуса пациентов по шкале ASA между группами выявлено не было. Однако общий показатель был достаточно высоким и составил $2,95 \pm 0,94$, что свидетельствовало о превалировании пациентов с градацией ASA III (тяжелыми системными заболеваниями).

Нами были проанализированы результаты лечения пациентов в обеих группах (табл. 1).

Общая летальность в обеих группах составила (21,2 %). В I группе умерли 15 больных (12,8 %), во II – 102 (23,5 %). Статистически значимые различия в летальности между группами обусловлены более тяжелым состоянием у пациентов с неоперабельной опухолью.

Таблица 1

Результаты лечения пациентов с острой опухолевой толстокишечной непроходимостью, которым была выполнена колостомия

Группа пациентов	Летальный исход, абс. (%)	Выписано, абс. (%)	В том числе пациенты с повторными операциями в онкодиспансере, абс. (%)	Заключительное лечение в онкодиспансере, абс. (%)
I группа, $n = 117$ (21,2 %)	15 (12,8)	102 (87,2)	24 (20,51)	20 (19,6)
II группа, $n = 435$ (78,8 %)	102 (23,5)	333 (76,5)	92 (21,1)	44 (13,2)
Итого	117 (21,2)	435 (78,8)	116 (21,01)	64 (14,7)
Критерий	$\chi^2 = 6,23$; $p < 0,05$		$\chi^2 = 0,23$; $p > 0,05$	

Таблица 2

Причины повторных операций в зависимости от группы больных

Группа пациентов	Причины повторных операций			
	прогрессирующий перитонит (ИБП по В.С. Савельеву 13 баллов и более), абс. (%)	порочная стома, несостоятельность, абс. (%)	диастатический разрыв в зоне опухоли, абс. (%)	кровотечение из опухоли, абс. (%)
Пациенты с повторными операциями из I группы, $n = 24$	9 (37,5)	7 (29,2)	2 (8,3)	6 (25)
Пациенты с повторными операциями из II группы, $n = 92$	20 (21,7)	32 (34,8)	27 (29,3)	13 (14,1)
Итого	29 (25)	39 (33,6)	29 (25)	19 (16,4%)
Критерий	$\chi^2 = 2,52; p > 0,05$	$\chi^2 = 0,27; p > 0,05$	$\chi^2 = 4,48; p < 0,05$	$\chi^2 = 1,64; p > 0,05$

Повторные операции были выполнены 24 пациентам (20,51%) I группы и у 92 (21,1%) – II. Различия между группами были статистически не значимыми ($\chi^2 = 0,23$; $p < 0,05$), что свидетельствует о одинаково высокой вероятности возникновения ранних и поздних осложнений, препятствующих своевременной госпитализации основной массы пациентов с колостомой в онкодиспансер.

Основные причины повторных операций представлены в табл. 2.

Прогрессирующий перитонит (ИБП по В.С. Савельеву 13 баллов и более) наиболее часто был выявлен у пациентов I группы,

а порочная стома и диастатический разрыв в зоне опухоли – у пациентов II группы.

Следует отметить, что большинство причин несостоятельности стомы, формирования порочных стом и диастатического разрыва кишки в зоне опухоли возникали вследствие попыток сформировать двустольную колостому как можно ближе к опухоли.

Хирург, оперируя пациента с толстокишечной непроходимостью, сталкивается с перераздутой, истонченной толстой кишкой, что существенным образом влияет на состоятельность колостомы в раннем послеоперационном периоде (рис. 1).

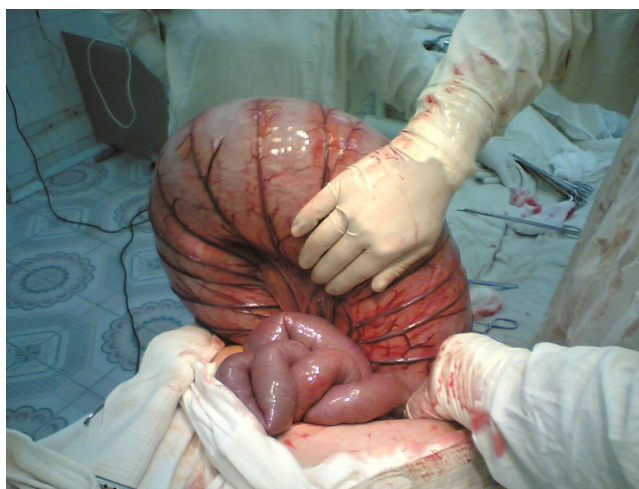
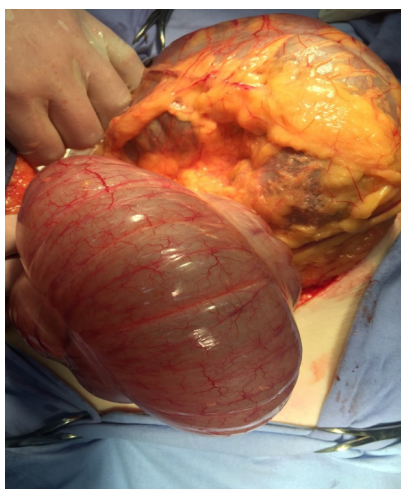


Рис. 1. Пациентка И., 56 лет. Рак сигмовидной кишки. Острая толстокишечная опухолевая непроходимость. Диастатическое растяжение слепой и поперечно-ободочной кишки

Памятуя об агрессивном инфильтративном процессе в зоне опухолевого роста, сокращении брыжейки вследствие воспаления, процесс формирования колостомы требует от хирурга взвешенного подхода для определения наиболее безопасной зоны формирования наружного кишечного свища. И здесь возникает дилемма: с одной стороны, недостаточно близкое к опухоли формирование стомы может способствовать диастатическому разрыву отводящей петли в зоне опухоли, а с другой стороны, попытки избыточного выведения стомы как можно ближе к опухоли создают риск ее несостоятельности, миграции в брюшную полость и развития перитонита.

Приведем клинический пример, отражающий один из вариантов возникшего стомического осложнения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка К., 84 года, ИБ № 1244323, была доставлена в экстренный хирургический стационар с клиникой острой кишечной непроходимости. Диагноз был подтвержден клинически и рентгенологически. После кратковременной предоперационной подготовки пациентке была выполнена лапаротомия, выявлена операбельная опухоль сигмовидной кишки. Как можно ближе к опухоли выведена двухствольная сигмостома. Пациентка выписана с улучшением на 7-е сутки с рекомендациями дальнейшего лечения и обследования в онкологическом диспансере. Со слов больной, пациентка в течение недели после выписки обратилась в онкодиспансер, где ей было назначено обследование для плановой госпитализации. В ходе регулярных поездок для обследования (в течение 5 недель) пациентка стала отмечать боли в области стомы (рис. 2). Обратившись к онкологу, была направлена в экстренный хи-

рургический стационар с диагнозом «миграция сигмостомы. Перитонит?».



Рис. 2. Пациентка К., 82 года. Миграция сигмостомы. Отграниченный каловый перитонит

Хирургом стационара была выполнена операция Гартмана без использования онкологических принципов радикализма. Пациентка была выписана с улучшением на 12-е сутки с рекомендациями дальнейшего лечения и обследования в онкологическом диспансере. Однако повторного факта обращения в онкодиспансер выявлено не было.

Данный клинический пример наглядно демонстрирует важность длительности маршрутизации пациентов в онкологический стационар для дальнейшего лечения – при задержке в оказании специализированной онкологической помощи возможно развитие осложнений, которые для планового оперативного вмешательства могут являться противопоказанием.

Только лишь у 64 выписанных пациентов (14,7 %) со сформированной колостомой наблюдали заключительное лечение в онкологическом диспансере. Операбельность опухоли статистически значимо не влияла на

продолжение пациентами лечения: в I группе 20 (19,6 %) из 102 пациентов обратились в онкодиспансер, во II группе – 44 (13,2 %) из 333 ($\chi^2 = 2,54$; $p > 0,05$).

Низкое значение данного показателя может быть обусловлено различными факторами: прогрессия заболевания и смерть до этапа госпитализации, отсутствие ответственного отношения пациента к своему здоровью, организационные издержки при подготовке к госпитализации в онкодиспансер и другие. Данные факторы весьма реальны и свидетельствует о проблемах преемственности между хирургическими стационарами и онкологической службой [10–12].

Сроки госпитализации 64 пациентов, обратившихся в онкодиспансер, были различные. В срок до 60 дней после выписки из хирургического стационара в онкологический диспансер обратились 13 пациентов из обеих групп (20,3 %), более 60 дней – 51 пациент (79,7 %) (табл. 3).

В онкологическом диспансере радикальная операция оказалась возможной у 8 (40 %) пациентов из I группы (рис. 3), а циторедуктивная операция – у 33 (51,5 %) человек из II группы. К сожалению, судьба большинства пациентов, не обратившихся в онкологический диспансер, неизвестна. Однако, учитывая большинство публикаций, свидетельствующих о 5-летней выживаемо-

сти пациентов с осложненными формами рака толстой кишки без специализированного лечения, можно предположить, что она была трагичной.

В нашем исследовании за период 2015–2020 гг. общая летальность пациентов, которым в соответствии с клиническими рекомендациями операцией выбора являлась колостомия, составила 21,2 %. В Российской Федерации в 2022 г. показатель послеоперационной летальности при опухолевой кишечной непроходимости составил 19,57 % [13–15]. Показатели являются сопоставимыми, что свидетельствует о верной стратегии лечения данной группы больных и необходимости отдавать предпочтение именно разгрузочным проксимальным колостомам.

Однако, памятуя, что заключительное лечение в онкологическом диспансере было зафиксировано лишь у 14,7 % стомированных пациентов, можно сделать вывод, что результаты, по сути говоря, неудовлетворительные и обуславливают необходимость поиска путей решения данной проблемы.

Полагаем, улучшить отдаленные результаты возможно двумя путями [16–18]. С одной стороны, необходимо изменение принципов организации онкологической помощи в плане сокращения сроков дооперационного обследования, быстрее проведения обследования на этапе обращения в онкологический диспансер.

Таблица 3

**Результаты окончательного специализированного лечения пациентов
в онкологическом диспансере**

Пациенты, обратившиеся в онкологический диспансер, $n = 64$	Срок обращения		Вид лечения	
	до 60 дней, абс. (%)	более 60 дней, абс. (%)	радикальная операция (резекция кишки с опухолью, резекция кишки с опухолью с D-2-лимфаденэктомией), абс. (%)	циторедуктивная операция, абс. (%)
I группа, $n = 20$	6 (30)	14 (70)	8 (40)	–
II группа, $n = 44$	7 (15,9)	37 (84,1)	–	33 (75)
Итого	13 (20,3)	51 (79,7)	8 (12,5)	33 (51,5)

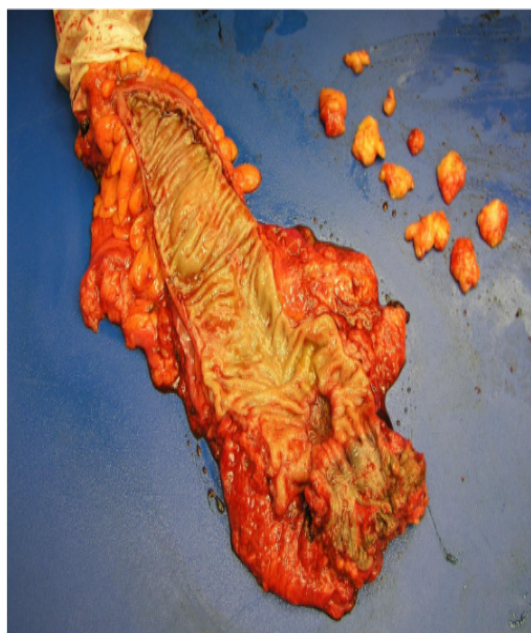
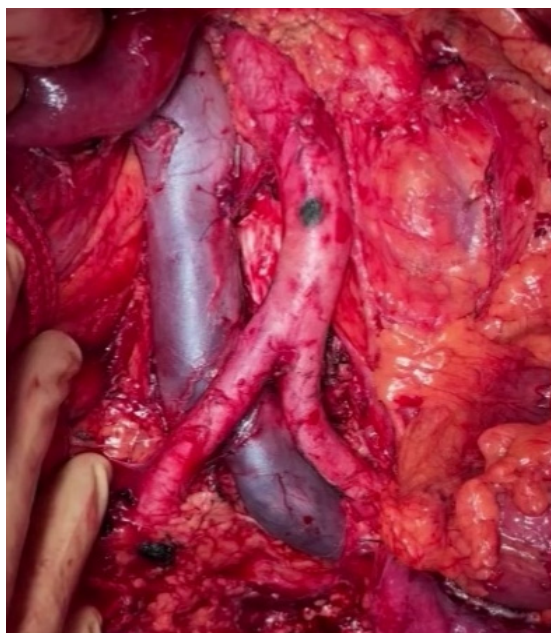


Рис. 3. Резецированная кишка с опухолью с D-2-лимфаденэктомией

С другой стороны, возможным путем решения данной проблемы может являться первичное резекционное вмешательство по онкологическому принципу с выведением одностольной колостомы в ургентном 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 [19; 20].

Выводы

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

2. Задержка с госпитализацией на специализированном этапе оказания онкологической помощи связана как с медицинскими и организационными аспектами, так и социально-бытовыми аспектами немедицинского характера и влияет на последующий результат радикальной операции.

3. 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.

4. Необходимо повышение квалификации врачей-хирургов дежурных хирургических стационаров в плане овладения онкологическими принципами при выполнении первичной резекции ободочной кишки в случае принятия решения о возможности ее применения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК / REFERENCES

1. Van Ommeren-Olijve S.J., Burbach J.P.M., Fumee E.J.B. et al. Risk factors for non-closure of an intended temporary defunctioning stoma after emergency resection of left-sided obstructive colon cancer. *Int J Colorectal Dis*. Published online 2020. DOI: 10.1007/s00384-020-03559-1
2. Scott N.A., Jeacock J., Kingston R.D. Risk factors in patients presenting as an emergency with colorectal cancer. *Br J Surg*. 1995; 82 (3): 321–323. DOI: 10.1002/bjs.1800820311
3. Decker K.M., Lambert P., Bravo J., Demers A. Time trends in colorectal cancer incidence rates by income and age at diagnosis in Canada from 1992 to 2016. *JAMA Netw Open*. 2021; 4 (7): e2117556. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.17556 PMID: 34279645 PMCID: PMC8290311
4. Fitzmaurice C., Allen C. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: a systematic analysis for the global burden of disease study. *JAMA Oncol*. 2017; 3 (4): 524–548. DOI: 10.1001/jamaoncol.2016.5688
5. Haider A.H., Obirieze A., Velopulos C.G., Richard P. Incremental cost of emergency versus elective surgery. *Ann Surg*. 2015; 262 (2): 260–6. DOI: 10.1097/SLA.0000000000001080 PMID: 25521669
6. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Проблема осложненного колоректального рака. Вестник Московского онкологического общества 2017; 7: 20–23. / Davydov M.I., Axel E.M. The problem of complicated colorectal cancer. *Bulletin of the Moscow Oncological Society* 2017; 7: 20–23 (in Russian).
7. Шабунин А.В., Багателья З.А. Алгоритм хирургической помощи при осложненном колоректальном раке. Колопроктология 2019; 18 (1): 66–73. DOI: 10.33878/2073-7556-2019-18-1-66-73 / Shabunin A.V., Bagateliya Z.A. Algorithm of surgical care in complicated colorectal cancer. *Coloproctology* 2019; 18 (1): 66–73. DOI: 10.33878/2073-7556-2019-18-1-66-73 (in Russian).
8. Корымасов 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. DOI: 10.35693/2500-1388-2023-8-2-137-144 / 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. DOI: 10.35693/2500-1388-2023-8-2-137-144 (in Russian).
9. Затевахин И.И., Магомедова Э.Г., Пашков Д.И. Рак толстой кишки, осложненный обтурационной кишечной непроходимостью. Вестник хирургической гастроэнтерологии 2010; 2: 30–34. / Zatevakhin I.I., Magomedova E.G., Pashkov D.I. Colon cancer complicated by obstructive intestinal obstruction. *Bulletin of Surgical Gastroenterology* 2010; 2: 30–34 (in Russian).
10. Teixeira F. Can we respect the principles of oncologic resection in an emergency surgery to treat colon cancer? *World Journal of Emergency Surgery* 2015; 10 (1): 1186–1191.
11. Захарченко А.А., Соляников А.С., Винник Ю.С., Попов А.В. Оптимизация хирургического лечения больных раком дистальных отделов толстой кишки в условиях обтурационной толстокишечной непроходимости. Колопроктология 2015; 1 (51): 38–45. / Zakhar-

chenko A.A., Solyanikov A.S., Vinnik Yu.S., Popov A.V. Optimization of surgical treatment of patients with cancer of the distal colon in conditions of obstructive colon obstruction. *Coloproctology* 2015; 1 (51): 38–45 (in Russian).

12. Галашев Н.В., Макаров А.И., Андрущенко Т.Ю., Свинын С.Л. Выбор тактики хирургического лечения обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. *Колопроктология* 2018; 2S: 38–39. / Galashev N.V., Makarov A.I., Andrushchenko T.Y., Svin'in S.L. The choice of tactics of surgical treatment of obturation of colonic obstruction of tumor genesis. *Coloproctology* 2018; 2S: 38–39 (in Russian).

13. Захарченко А.А. Оптимизация хирургического лечения больных раком дистальных отделов толстой кишки в условиях обтурационной толстокишечной непроходимости. *Колопроктология* 2015; 1 (51): 38–45. / Zakbarchenko A.A. Optimization of surgical treatment of patients with cancer of the distal colon in conditions of obstructive colonic obstruction. *Coloproctology* 2015; 1 (51): 38–45 (in Russian).

14. Щаева С.Н. Оценка факторов риска, влияющих на развитие urgentных осложнений колоректального рака. Тазовая хирургия и онкология 2022; 12 (2): 28–35. DOI: 10.17650/2686-9594-2022-12-2-28-35 / Shchaeva S.N. Risk factors for urgent complications of colorectal cancer. *Pelvic Surgery and Oncology* 2022; 12 (2): 28–35. DOI: 10.17650/2686-9594-2022-12-2-28-35 (in Russian).

15. Ачкасов С.И. и соавт. Клинические рекомендации. Острая толстокишечная непроходимость опухолевой этиологии (K56.6; C18, C19, C20), взрослые. *Колопроктология* 2023; 22 (2): 10–31. DOI: 10.33878/2073-7556-2023-22-2-10-31 / Achkasov S.I. et al. CLINICAL GUIDELINES. Acute malignant colorectal obstruction (K56.6; C18, C19, C20), adults. *Coloproctology* 2023; 22 (2): 10–31. DOI: 10.33878/2073-7556-2023-22-2-10-31 (in Russian).

16. Шабунин А.В., Багателія 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. DOI: 10.17116/hirurgia202306186 / Shabunin A.V., Bagatelia Z.A., Persov M.Yu., Anikina S.S. Recanalization of colon in the treatment of patients with acute malignant obstructive colonic obstruction. *Pirogov Russian Journal of Surgery* 2023; (6): 86–95. DOI: 10.17116/hirurgia202306186 (in Russian).

17. 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 Russian).

18. Vogel J.D., Felder S.I., Bhama A.R. 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. DOI: 10.1097/DCR.0000000000002323

19. Самарцев В.А., Пушкарев Б.С., Гаврилов В.А., Паршаков А.А., Кузнецова М.П., Домрачев А.А. Современные подходы к диагностике и оперативному лечению пациентов с острой обтурационной кишечной непроходимостью. *Вестник хирургии имени И.И. Грекова* 2024; 183 (6): 35–43. DOI: 10.24884/0042-4625-2024-183-6-35-43 / Samartsev V.A., Pushkarev B.S., Gavrillov V.A., Parshakov A.A., Kuznetsova M.P., Domrachev A.A. Modern approaches to the diagnosis and surgical treatment of patients with acute obstructive intestinal obstruction.

Grekov Bulletin of Surgery 2024; 183 (6): 35–43. DOI: 10.24884/0042-4625-2024-183-6-35-43 (in Russian).

20. Зурнадзьянц В.А., Закаев К.Ю., Кчибеков Э.А., Коханов А.В. Хирургическая тактика при обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза в условиях общехирургического стационара. Астраханский медицинский журнал 2021; 16 (1): 15–31. / *Zurnadzhyants V.A., Zakayev K.Yu., Kchibekov E.A., and Kokbanov A.V. Surgical tactics in obstructive colonic obstruction of tumoural genesis in general surgery hospital. Astrakhan Medical Journal* 2021; 16 (1): 15–31 (in Russian).

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов:

Корымасов Е.А. – поиск и анализ литературы, интерпретация результатов исследования, их обработка, редактирование и окончательное утверждение текста статьи.

Фесюн А.В. – поиск и анализ литературы, интерпретация результатов исследования, их обработка, подготовка иллюстраций, редактирование текста, окончательное утверждение текста статьи.

Хорошилов М.Ю. – поиск и анализ литературы, интерпретация результатов исследования, их обработка, редактирование текста, окончательное утверждение текста статьи.

Ограничение исследования. Проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации. Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия на публикацию обезличенных данных.

Поступила: 17.06.2025

Одобрена: 30.06.2025

Принята к публикации: 21.07.2025

Просьба ссылаться на эту статью в русскоязычных источниках следующим образом: Корымасов, Е.А. Колостомия при острой опухолевой толстокишечной непроходимости в дежурном хирургическом стационаре: клинические рекомендации и реальная клиническая практика / Е.А. Корымасов, А.В. Фесюн, М.Ю. Хорошилов// Пермский медицинский журнал. – 2025. – Т. 42, № 4. – С. 94–104. DOI: 10.17816/pmj42494-104

Please cite this article in English as: Korymasov E.A., Fesyun A.V., Khoroshilov M.Yu. Colostomy for acute tumoral large intestine obstruction in an on-call surgical hospital: clinical recommendations and real-world clinical practice. *Perm Medical Journal*, 2025, vol. 42, no. 4, pp. 94–104. DOI: 10.17816/pmj42494-104