

DOI: 10.17238/issn2072-3180.2018.5.55-61

УДК: 616.22616.231:616-007.271:616-07:617

© Багателья З.А., Гугнин А.В., Лебедев С.С., Греков Д.Н., И.Ю. Коржева Д.Н., 2018

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

БАГАТЕЛИЯ З.А.^{1,2,a}, ГУГНИН А.В.^{1,2,b}, ЛЕБЕДЕВ С.С.^{1,2,c}, ГРЕКОВ Д.Н.^{1,2,d}, И.Ю. КОРЖЕВА Д.Н.^{1,2,e}

¹ГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, 125993, Россия
²ГБУЗ Городская Клиническая Больница им. С.П. Боткина, Москва, 125284, Россия

Резюме: Актуальность: Колоректальный рак (КРР), осложненный острой кишечной непроходимостью (ОКН), занимает 3-4 место среди наиболее часто встречаемых в медицинской практике онкологических заболеваний в мире. КРР, осложненный острой кишечной непроходимостью, возникает у 5,7-30 % хирургических больных. Оперативные вмешательства, выполняемые у этой группы больных, отмечаются высокими показателями летальности и осложнений – до 7,6-35 %.

Цель работы: проведение анализа и улучшение результатов лечения КРР, осложненного острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза, путем использования малотравматичных методов лечения, направленных на разрешение экстренного хирургического осложнения в качестве окончательного объема операции.

Материал и методы: Эндоскопическое стентирование колоректального рака, осложненного острой кишечной непроходимостью, в последние годы является наиболее развивающимся направлением в концепции реального и быстрого выздоровления у этой группы больных. В ретроспективном исследовании оценены результаты клинического наблюдения 89 пациентов, которым с 2010 г. по 2016 г. были выполнены паллиативные оперативные вмешательства по поводу злокачественного поражения толстой кишки. Основную группу больных составили 35 больных, которым в экстренном и отсроченном порядке было выполнено эндоскопическое стентирование опухолевой стриктуры. 54 больным были сформированы декомпрессионные кишечные стомы. Эти больные образовали контрольную группу. В связи с тяжелой сопутствующей патологией, а также наличием нерезектабельной опухоли – формирование кишечных стом было выполнено в качестве окончательного объема оказания медицинской помощи.

Результаты и обсуждение: Предметом обсуждения данного исследования является изучение результатов эндоскопического стентирования, примененного больным с колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью, только с целью симптоматического лечения. Описаны результаты сравнения эндоскопического стентирования толстой кишки и декомпрессионной кишечной стомы. Восстановление пассажа по желудочно-кишечному тракту после эндоскопического стентирования было отмечено во всех клинических случаях.

Выводы: Применение эндоскопического стентирования путем установки саморасширяющихся металлических стентов с целью лечения колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, позволяет быстро восстановить моторно-эвакуаторную функцию, компенсировать метаболические нарушения путем выполнения ранней антеградной декомпрессии пищеварительного тракта.

Ключевые слова: стентирование, колоректальный рак, кишечная непроходимость.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF PALLIATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER COMPLICATED BY INTESTINAL OBSTRUCTION

Z.A. BAGATELIYA^{1,2,a}, A.V. GUGNIN^{1,2,b}, S.S. LEBEDEV^{1,2,c}, D.N. GREKOV^{1,2,d}, I.YU. KORZHEVA^{1,2,e}

¹The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, 125993, Russia

²S.P. Botkin City Clinical Hospital, Moscow, 125284, Russia

Abstract: Relevance: Colorectal cancer (CRC), complicated by acute intestinal obstruction (OKN), takes 3-4 place among the most common in medical practice oncological diseases in the world. CRC, complicated by acute intestinal obstruction, occurs in 5.7-30% of surgical patients. Surgical interventions performed in this group of patients are marked by high rates of mortality and complications - up to 7.6-35%.

Objective: to analyze and improve the results of treatment of CRC, complicated by acute intestinal obstruction of tumor origin, through the use of low-impact treatment methods aimed at resolving emergency surgical complications as the final volume of the operation.

Material and methods: Endoscopic stenting of colorectal cancer, complicated by acute intestinal obstruction, in recent years is the most evolving direction in the concept of real and rapid recovery in this group of patients. In a retrospective study, the results of a clinical observation of 89 patients who, from 2010 to 2016, underwent palliative surgery for malignant lesions of the colon, were evaluated. The main group of patients consisted of 35 patients who underwent

^a E-mail: Bagateliya@mail.ru

^b E-mail: docgugin@gmail.com

^c E-mail: lebedevss@yandex.ru

^d E-mail: grekov.doc@list.ru

^e E-mail: korg-2@yandex.ru

endoscopic stenting of the tumor stricture in an emergency and delayed procedure. 54 patients were formed decompression intestinal stoma. These patients formed a control group. Due to severe concomitant pathology, as well as the presence of an unresectable tumor - the formation of intestinal stomas was performed as the final volume of medical care.

Results and discussion: The subject of discussion of this study is the study of the results of endoscopic stenting, applied to patients with colorectal cancer complicated by intestinal obstruction, only for the purpose of symptomatic treatment. The results of the comparison of endoscopic stenting of the colon and decompression intestinal stoma are described. Restoration of the passage through the gastrointestinal tract after endoscopic stenting was noted in all clinical cases.

Conclusion: The use of endoscopic stenting by installing self-expanding metal stents for the treatment of colorectal cancer complicated by intestinal obstruction, allows you to quickly restore motor-evacuation function, compensate for metabolic disorders by performing early antegrade digestive tract decompression.

Key words: stenting, colorectal cancer, intestinal obstruction.

Введение

Колоректальный рак (КРР), осложненный острой кишечной непроходимостью (ОКН), в большинстве экономически развитых стран мира является одной из наиболее распространенных форм злокачественных опухолей и занимает 3-4 место среди наиболее встречаемых в медицинской практике онкологических заболеваний. Оперативные вмешательства, выполняемые у этой группы больных, отмечаются высокими показателями летальности и осложнений – до 7,6-35 % [2,7,8,14]. Объем вмешательства, радикальность выполняемых операций на фоне обтурационной опухолевой кишечной непроходимости значительно отличаются друг от друга. У более 65 % больных с локализацией опухоли в левых отделах ободочной кишки, как правило, выполняются только паллиативные операции. На сегодняшний день большая часть злокачественных заболеваний диагностируется у лиц старше 60 лет. Заболеваемость пациентов колоректальным раком отмечает ежегодный рост на 10-15 % за последние 30 лет по Европе, Северной Америке, до 430 случаев на 100 000 населения. По данным отчета Американского национального общества онкологов (NCCN) отмечено увеличение смертности при раке толстой кишки. У больных в возрастной группе от 65 до 74 лет выявлена в 1,8 раз большая вероятность смерти, от 75 до 84 лет – в 3,5 раза большую и больше 85 лет – пятикратное увеличение смертности после резекционных вмешательств. Возникновение послеоперационных осложнений (кишечная непроходимость, перфорация) у лиц пожилого возраста составляет до 40 % случаев [8,14,15]. В связи с этим вероятность проведения паллиативной операции значительно возрастает [4,16].

В национальных и международных клинических руководствах особое внимание уделяется выбору метода лечения ООТКН опухолевого генеза. В зависимости от места обструкции и наличия декомпрессии рекомендуется производить либо резекционные операции, либо использовать малотравматичные способы лечения (стентирование, стомирование, бужирование) в качестве «моста к хирургии» [4,9,10,12,13].

При колоректальном раке, осложненном кишечной непроходимостью, наиболее распространенным оперативным вмешательством является резекция кишки с формирова-

нием кишечной стомы. По данным некоторых источников имеются сведения о выполнении расширенных и комбинированных резекционных вмешательств с формированием первичного анастомоза при обтурационной кишечной непроходимости с локализацией рака в левой половине толстой кишки с высокими ближайшими результатами лечения [1,6,11,16].

Эндоскопическое стентирование колоректального рака, осложненного острой кишечной непроходимостью, в последние годы является наиболее развивающимся направлением в концепции реального и быстрого выздоровления у этой группы больных.

Оказание медицинской помощи с применением высокотехнологичных, малотравматичных методов лечения позволяет улучшить реабилитацию пациентов, произвести декомпрессию кишечника, сократить сроки лечения. Стентирование опухолевого стеноза приводит к сохранению высокого качества жизни пациента [2,3,5,6] в ближайшем и отдаленном периоде, а также значительному сокращению экономических затрат.

Хирургическая тактика в лечении колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, продолжает вызывать оживленные дискуссии в медицинском сообществе. На сегодняшний день определение объема и метода оперативного вмешательства, а также завершения операции требует проведения дальнейшего научного поиска и изучения возможностей для реализации новых способов решения данной проблемы.

Цель работы: анализ результатов паллиативного лечения больных колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью, улучшение результатов путем использования технологии стентирования опухолевого стеноза.

Материал и методы

Эндоскопическое стентирование колоректального рака, осложненного острой кишечной непроходимостью, в последние годы является наиболее развивающимся направлением в концепции реального и быстрого выздоровления. Применение методики осуществляется с использованием саморасширяющегося нитинолового стента (SEMS) диаметром 22 мм и длиной 140 мм. Устройство расширяет просвет кишки в зоне опухолевой стриктуры, способствует восстановлению

естественного пассажа кишечного содержимого и моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта.

В хирургической практике метод эндоскопического стентирования получил название Fast-Track Recovery Strategy, в качестве концепции и технологии быстрого выздоровления пациентов. Колоректальное стентирование было применено в клинике Боткинской больницы с целью оказания симптоматического лечения пациентам с колоректальным раком, осложненным острой кишечной непроходимостью, в 35 случаях. Установка колоректальных стентов при ООТКН была осуществлена в период с 2010-2016 гг. Эти пациенты образовали основную группу. В контрольную группу включены 54 пациента, которым в указанный ранее период были сформированы колостомы. В связи с тяжелой сопутствующей патологией, а также наличием нерезектабельной опухоли – формирование кишечных стом было выполнено в качестве окончательного объема оказания медицинской помощи. Средний возраст больных основной группы составил – 72,1 г. (+/-) 7,9 года, контрольной группы – 73,8 г. (+/-) 9,8 года ($p > 0,05$). Ниже представлено распределение пациентов по половой принадлежности (таблица 1).

Таблица 1

Распределение пациентов по половой принадлежности

2010-2016	Основная группа		Контрольная группа	
	n	%	n	%
Мужчины	21	60	28	51,9
Женщины	14	40	26	48,1
Итого	35	100	54	100

*Выявленные различия статистически недостоверны ($p > 0,05$).

Критерии включения пациентов с ООТКН, которым выполнялось колоректальное стентирование:

- обтурационная кишечная непроходимость (субкомпенсированная, декомпенсированная);
- наличие тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации, обуславливающих непереносимость хирургического вмешательства;

Критерии исключения пациентов с ООТКН:

- подозрение на перфорацию или перфорация опухоли;
- рак средне- и нижнеампулярного отдела прямой кишки.

С целью оценки степени тяжести ООТКН использована классификация Ачкасова Е.Е., Пугаева А.В., Алекперова С.Ф., и соавт. Согласно этой классификации, выделяют три степени ООТКН: компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная (табл. 2).

В ходе анализа статистически достоверных различий в исследуемых группах больных по полу и возрасту, а также форме ООТКН у пациентов, включенных в исследование, не выявлено.

Таблица 2

Распределение больных между группами по форме толстокишечной непроходимости

Форма нарушения кишечной непроходимости	Основная группа		Контрольная группа	
	n	%	n	%
Компенсированная форма	3	8,6	8	14,8
Субкомпенсированная форма	12	34,3	20	37
Декомпенсированная форма	20	57,1	26	48,2

*Выявленные различия статистически недостоверны ($p > 0,05$)

В таблице 3 представлены нозологические формы, приведшие к развитию острой толстокишечной непроходимости.

Таблица 3

Нозологические формы, приведшие к развитию острой обтурационной толстокишечной непроходимости

Нозология	Основная группа	Контрольная группа
	n (%)	n (%)
Рак восходящей ободочной кишки	1 (2,9 %)	7 (12,9 %)
Рак поперечно-ободочной кишки	2 (5,7 %)	3 (5,6 %)
Рак нисходящей ободочной кишки	9 (25,7 %)	13 (24,1 %)
Рак сигмовидной кишки	19 (54,3 %)	15 (27,8 %)
Рак прямой кишки	2 (5,7 %)	9 (16,7 %)
Прорастание опухолей вне толстокишечной локализации	2 (5,7 %)	7 (12,9 %)
Итого:	35 (100 %)	54 (100 %)

В хирургической клинике Боткинской больницы применялись нитиноловые саморасширяющиеся колоректальные стенты следующих фирм: «HANAROSTENT, M.I.Tech» (Южная Корея) – в 10 случаях (покрытые нитиноловые); «TaeWoong Medical» (Южная Корея) – в 25 случаях (непокрытые нитиноловые).

Основную группу составили пациенты с тяжелой сопутствующей патологией, которые ввиду тяжести своего состояния не перенесли бы оперативное вмешательство в объеме – лапаротомии.

Предварительно всем больным выполнялась видеокOLONOSКОПИЯ с оценкой возможности проведения проводника проксимальнее опухоли. С учетом локализации опухоли, протяженности опухолевого стеноза проведен тщательный выбор колоректального стента. Благодаря этому технический успех был достигнут во всех случаях.

Результаты и обсуждение

Послеоперационная летальность при эндоскопическом стентировании составила –2,9 % (1 случай). Восстановление кишечной проходимости в результате установки колоректальных стентов отмечено у 35 (100%) пациентов. В одном случае после установки колоректального стента наступила гибель пациентки от прогрессирования раковой интоксикации. В 2 случаях (5,7%) произошла дислокация стента, которую удалось корригировать изменением положения с помощью эндоскопических методов.

При эндоскопическом стентировании опухолевого стеноза непокрытыми саморасправляющимися стентами случаев дислокации не наблюдалось. Средние показатели длительности жизни у онкологических больных в среднем составили от 2 до 18 мес.

Ближайшие результаты оперативных вмешательств, частота осложнений, зарегистрированные в исследованных группах представлены в таблице 4.

Таблица 4

Результаты лечения больных с ООТКН*

Параметры	Основная группа (n=35) (%)	Контрольная группа (n=54) (%)	Значение статистической достоверности (p)
Осложнения	2 (5,7%)	16 (29,6%)	-
Послеоперационный койко-день	7,8+/- 3	11,6+/- 2	-
Лапаротомия, формирование кишечной стомы	-	54 (100%)	-
Послеоперационная летальность	1 (2,9%)	8 (14,8%)	-

*Выявленные различия статистически достоверны (p<0,05).

С применением эндоскопического стентирования в лечении больных колоректальным раком, осложненным ООТКН, удалось добиться снижения количества осложнений с 29,6% до 5,7%, значительно сократить послеоперационный койко-день и экономические затраты.

С помощью применения стентирующих технологий у 35 пациентов удалось избежать формирования кишечных стом, тем самым снизить послеоперационную летальность с 14,8% до 2,9%.

Характер послеоперационных осложнений, возникших контрольной группе больных, представлен в таблице 5.

Таблица 5

Характер послеоперационных осложнений в контрольной группе

Вид осложнений	Контрольная группа
	Абс. (%)
Перитонит	0 (0 %)
Пневмония	2 (12,5 %)

Острый инфаркт миокарда	1 (6,25 %)
Тромбоземболия легочной артерии	2 (12,5 %)
Подкожная эвентрация	0 (0 %)
Несостоятельность анастомоза	0 (0 %)
Нагноение послеоперационной раны	3 (18,75 %)
ОНМК	0 (0 %)
Полиорганная недостаточность	3 (18,75 %)
Сепсис	1 (6,25 %)
ОССН	4 (25 %)
Всего	16 (100 %)

Примечание: ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения, ОССН – острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Высокие показатели послеоперационных осложнений в контрольной группе больных непосредственно связано с декомпенсацией заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем, возникших на фоне терминальной стадии ООТКН у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Непосредственные экономические показатели результатов лечения больных с ООТКН, зарегистрированные в основной и контрольной группах, представлены в таблице 6. Учитывая динамические изменения стоимости медицинских тарифов за среднюю стоимость койко-дня принята одна учетная единица (УЕ), которая приравнена 3000 рублей на период 2017-2018 гг.

Таблица 6

Экономические показатели результатов лечения больных с ООТКН*

Параметры	Стентирование (средний койко-день=7)	Колостомия (средний койко-день (11) + 2 койко-дня в реанимации=13)
Стоимость койко-дня (УЕ)	1	1
Стоимость койко-дня в реанимации (УЕ)	-	4
Стоимость операции (УЕ)	12	8
Общая стоимость лечения (УЕ) (операция+койко-дни)	20	28

При анализе данных таблицы видно, что стоимость проведения стентирования и колостомии отличаются практически в 1,5 раза (12 и 8 условных единиц). Однако следует заметить, что при подсчете общей стоимости лечения (включает в себя послеоперационный койко-день + проведенное оперативное вмешательство) в полученных группах отмечается сокращение экономических затрат у больных, которым проведено стентирование. Эти результаты достигнуты преимущественно за счет снижения послеоперационного койко-дня после стентирования опухолевого стеноза, а также благодаря

тому, что, как правило, этой группе больных не понадобилась госпитализация в реанимационное отделение как минимум на сутки.

Анализ выживания был выполнен, используя метод по Каплан-Майер. Кривые выживания после проведенного стентирования и колостомии были сравнены, используя метод разряда регистрации. Статистическое значение было определено достоверно ($p < 0,05$). Пошаговый логистический регресс был выполнен, используя SAS V9.1

Полное время выживания в обеих группах было сравнимо. Среднее время выживания после ранее перенесенного вмешательства составило 24 недели при колостомии (диапазон: от 2 до 196 дней) и 23 недели при стентировании SEMS (диапазон: от 1 до 124 дней). Кривые выживания иллюстрированы на Рис. 1.

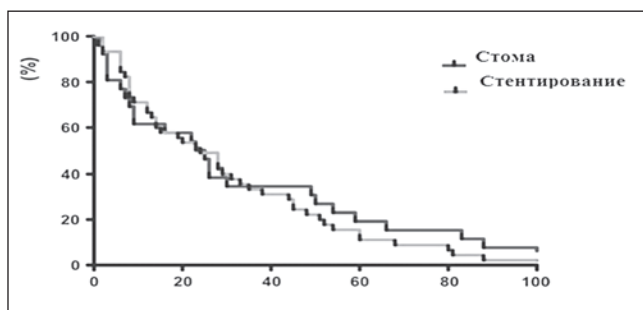


Рис. 1. Анализ выживаемости по Каплан-Майер после проведенных вмешательств

После проведенного колоректального стентирования через 4–6 суток пациентов выписывали из стационара в состоянии компенсации клинико-метаболических показателей. Стентирование опухоли стало окончательным объемом оказания симптоматической помощи данному контингенту больных ввиду тяжести фоновой патологии с декомпенсацией функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

С целью изучения проблем больного и разработки алгоритма реабилитации, проведения поддерживающей терапии, необходимо использовать опросники для исследования патологических симптомов у пациентов, страдающих онкологическим заболеванием. Опросники необходимы для выявления патологических симптомов заболевания, исследования их интенсивности и оценки эффективности проведенного лечения.

Для оценки качества жизни больного можно исследовать нарушения физического, психологического и социального функционирования пациента. В нашей практике был использован стандартизированный опросник EORTC QLQ-C30, который применяется для оценки качества жизни и утвержден Европейской организацией исследования и лечения рака (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire).

При оценке КЖ с использованием показателей модуля опросника EORTC QLQ-C30 для колоректального рака в

группе больных с кишечной стомой и группе больных, которым выполнено эндоскопическое стентирование, различия оказались статистически значимы ($U = 96,70$; $p < 0,05$).

Таблица 7

Средний балл в группах при оценке КЖ с использованием опросника EORTC QLQ-C30

Шкала/симптом	Кишечная стома	Колоректальное стентирование
Общее качество жизни	51,2	68
Функциональные шкалы		
Физическая функция	62,4	79,5
Рольевая функция	56,6	70,6
Эмоциональная функция	77,8	88,6
Когнитивная функция	80,1	87,6
Социальная функция	65	81,5
Симптоматические шкалы		
Слабость	44,5	32,4
Тошнота, рвота	16,6	12,5
Боль	47,6	21,5
Одышка	35,4	16,7
Нарушение сна	47	27,8
Анорексия	27,6	15,4
Констипация	27,3	19,5
Диарея	20,4	18,6
Финансовые трудности	35,4	24,2

Данные, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о наличии достоверного снижения интенсивности боли в послеоперационном периоде в группе пациентов с колоректальным стентированием в сравнении с группой больных, которым была сформирована кишечная стома, также отмечено более высокое качество жизни (КЖ) и функционирования, отмечено уменьшение патологических симптомов в группе с эндоскопическим стентированием.

Таким образом, наш опыт использования эндоскопического стентирования в хирургическом лечении колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, путем проведения декомпрессии кишечника с помощью саморасширяющегося нитинолового стента позволяет купировать явление кишечной непроходимости.

Выводы

Применение эндоскопического стентирования опухолевого стеноза у больных колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью, является высокоэффективным, малотравматичным методом восстановления проходимости просвета толстой кишки, улучшает качество жизни данной группы больных, что достоверно доказано на основании проведенного исследования с помощью опрос-

ника EORTC QLQ-C30, позволяет избежать формирования кишечной стомы, позволяет быстро восстановить моторно-эвакуаторную функцию, компенсировать метаболические нарушения путем выполнения ранней антеградной декомпрессии пищеварительного тракта, не осложняя течение основного заболевания. Сокращение общих сроков лечения больных позволяет достигнуть значительного сокращения экономических затрат на лечение, имеет значимый социальный эффект.

Список литературы

1. Багателья З.А., Гугнин А.В., Чеченин Г.М., Шабунин А.В. Современные подходы в лечении больных с острой obturационной толстокишечной непроходимостью // Московский хирургический журнал. 2016. № 4 (50).
2. Ионова Т.И., Никитина Т.В., Новик А.А., Снеговой А.В. / Практические рекомендации по оценке качества жизни у онкологических больных / Практические рекомендации. Версия 2017. RUSSCO - 586-591.
3. Качество жизни и психологические характеристики больных с опухолевым поражением костей // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2015. Сер. 12. Вып. 3.
4. Клинические рекомендации: Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии. Ассоциация колопроктологов России. Ассоциация онкологов России. Российское общество хирургов. М.: 2014. 27 с.
5. Климиашвили А.Д., Веденина И.В. Болевой синдром и его лечение в хирургической клинике // РМЖ. 2013. № 15. С. 821.
6. Федоров А.Г., Давыдова С.В., Климов А.Е., Потанина О.В. Восстановление пассажа содержимого толстой кишки при опухолевой непроходимости // Тихоокеан. Мед Журн. 2011. №4. С. 10-13.
7. Хитарьян А.Г., Мизиев И.А., Глумов Е.Э., Карпова И.О., Ковалев С.А., Орехов А.А. Современные аспекты хирургического лечения острой obturационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. 2015. Т. 5. №4 (20).
8. Шабунин А.В. и др. Анализ работы хирургической службы Департамента здравоохранения Москвы в 2016 г // Эндоскопическая хирургия. 2017. Т. 23. № 4. С. 3-7.
9. *Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines)*. Colon Cancer. Mart 2017. NCCN.org.
10. *National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines*. National Collaborating Centre for Cancer (UK). London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2015 Jun. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11822/> Accessed October 25, 2016.
11. Karoui M, Roudot-Thoraval F, Mesli F, Mitry E, Aparicio T, Desguetz G, et al. Primary colectomy in patients with stage IV colon cancer and unresectable distant metastases improves overall survival: results of a multicentric study. *Dis Colon Rectum*. 2011; 930-8.
12. *National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines*. National Collaborating Centre for Cancer (UK). London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2015 Jun. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11822/> Accessed October 25, 2016.
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Diagnosis and management of colorectal cancer. A national clinical guideline*. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2011 Dec.

56 p. (SIGN publication; no. 126). Available at: <https://www.guideline.gov/summaries/summary/35211/diagnosis-and-management-of-colorectal-cancer-a-national-clinical-guideline>. Accessed October 25, 2016.

14. Rebecca L. Siegel, MRN; Kimberly D. Miller, MPH; Ahmedin Jemal, DVM, PhD/ Cancer Statistics, 2017/ *CA CANCER J CLIN* 2017; 67:7-30.
15. Siegel R.L. et al. Colorectal cancer statistics, 2017 // *CA: a cancer journal for clinicians*. – 2017. – Т. 67. – №. 3. – С. 177-193.
16. Van Hooft JE, Bemelman WA, Oldenburg B, Marinelli AW, Holzik MF, Grubben MJ, et al. collaborative Dutch Stent-In study group. Colonic stenting versus emergency surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicenter randomised trial. *Lancet Oncol*. 2011;12:344-52.

References

1. Bagatelle Z.A., Gugnin.V., Chechenin G.M., Shabunin A.V. Modern approaches in the treatment of patients with acute obturation colonic obstruction. *Moscow surgical journal*, 2016, № 4 (50). [In Russ]
2. Ionova T.I., Nikitina T.V., Novik A.A., Snegovoy A. B. Practical recommendations for assessing the quality of life in cancer patients. *Practical recommendations. Version 2017*. RUSKO-586-591. [In Russ]
3. Quality of life and psychological characteristics of patients with bone tumor lesions. *Bulletin of St. Petersburg University*, 2015, Ser. 12, Vol. 3. [In Russ].
4. *Clinical guidelines: Acute intestinal obstruction of neoplastic etiology*. Association of coloproctologists of Russia. Association of oncologists of Russia. Russian society of surgeons. M.: 2014. 27. [In Russ].
5. Klimiashvili A.D., Vedenina I.B. Pain syndrome and its treatment in a surgical clinic. *BC*, 2013, No. 15, p. 821. [In Russ]
6. Fedorov A.G., Davydova. S.V., Klimov A.E., Potanina. O.B. Restoration of passage of the contents of the colon with tumor obstruction. *Pacific. Med Journ*, 2011, No. 4, pp. 10-13. [In Russ]
7. Hitran A.G., Miziev. I.A., Glumov. E.E., Karpova I.O., Kovalev S.A., Orekhov A.A. Modern aspects of surgical treatment of acute obturative colonic obstruction of tumor Genesis. *Crimean journal of experimental and clinical medicine*, 2015, Vol.5, No. 4 (20).
8. Shabunin A.V. et al. Analysis of the work of the surgical service of the Moscow Department of health in 2016. *Endoscopic surgery*, 2017, Vol. 23, No. 4. pp. 3-7. [In Russ]
9. *Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines)*. Colon Cancer. Mart 2017. NCCN.org.
10. *National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines*. National Collaborating Centre for Cancer (UK). London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2015 Jun. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11822/> Accessed October 25, 2016.
11. Karoui M, Roudot-Thoraval F, Mesli F, Mitry E, Aparicio T, Desguetz G, et al. Primary colectomy in patients with stage IV colon cancer and unresectable distant metastases improves overall survival: results of a multicentric study. *Dis Colon Rectum*. 2011; 930-8.
12. *National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines*. National Collaborating Centre for Cancer (UK). London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2015 Jun. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11822/> Accessed October 25, 2016.
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Diagnosis and management of colorectal cancer. A national clinical guideline*. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2011 Dec. 56 p. (SIGN publication; no. 126). Available at: <https://www.guideline.gov/>

summaries/summary/35211/diagnosis-and-management-of-colorectal-cancer-a-national-clinical-guideline. Accessed October 25, 2016.

14. **Rebecca L. Siegel, MRN; Kimberly D. Miller, MPH; Ahmedin Jemal, DVM, PhD/** Cancer Statistics, 2017/ *CA CANCER J CLIN* 2017; 67:7-30.

15. **Siegel R.L. et al.** Colorectal cancer statistics, 2017 // *CA: a cancer journal for clinicians*. – 2017. – Т. 67. – №. 3. – С. 177–193.

16. **Van Hooft JE, Bemelman WA, Oldenburg B, Marinelli AW, Holzik MF, Grubben MJ, et al.** collaborative Dutch Stent-In study group. Colonic stenting versus emergency surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicenter randomised trial. *Lancet Oncol*. 2011;12:344–52.

Сведения об авторах

Багателия З.А. – к.м.н., врач-хирург-онколог, Заместитель Главного врача по онкологии ГБУЗ Городская Клиническая Больница им. С.П. Боткина; 125284, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, 5. E-mail: Bagateliyaz@mail.ru

Гугнин А.В. – Клинический аспирант кафедры хирургии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Минздрава России, 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1; врач-хирург отделения общей хирургии №17 ГБУЗ Городская Клиническая Больница им. С.П. Боткина; 125284, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, д. 5. E-mail: docgugnin@gmail.com

Лебедев С.С. – к.м.н., доцент кафедры хирургии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1; врач-хирург хирургического отделения №50 ГБУЗ Городская Кли-

ническая Больница им. С.П. Боткина; 125284, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, д. 5. E-mail: lebedevssd@yandex.ru

Греков Д.Н. – к.м.н., Доцент кафедры хирургии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1; Заведующий хирургическим отделением №17 ГБУЗ Городская Клиническая Больница им. С.П. Боткина; 125284, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, д. 5. E-mail: grekov.doc@list.ru

Коржева И.Ю. – д.м.н., Профессор кафедры эндоскопии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Минздрава России; 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1; Заведующая отделением эндоскопии ГБУЗ Городская Клиническая Больница им. С.П. Боткина; 125284, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, д. 5. E-mail: korg-2@yandex.ru

Information about the authors

Z.A. Bagatelya – PhD, surgeon-oncologist, a Deputy of the head physician on Oncology of the clinical hospital named S. P. Botkin; 125284, Moscow, 2nd Botkinskiy drive, 5.

A.V. Gugnina – graduate student of PMAPS surgery department, surgeon, Department of General Surgery of Botkin Hospital, Russia, Moscow.

S.S. Lebedev – PhD, associate professor surgery department PMAPS, HPB surgeon, HPB department of Botkin Hospital, Russia, Moscow.

D.N. Grekov – PhD, associate professor surgery department PMAPS, Botkin Hospital, head of the abdominal surgery, Russia, Moscow.

I.Y. Korzheva – M.D, head of endoscopy Department, clinical hospital named S.P. Botkin, Professor of endoscopy of the Russian medical Academy of postgraduate education, Moscow, Russia; 125284. Moscow. 2nd Botkinskiy drive.5.