



**O'SMA ETIOLOGIYALI O'TKIR ICHAK TUTILISHIDA YO'G'ON
ICHAKNI ENDOSKOPIK ARALASHUV BILAN STENTLASH VA
DEKOMPRESSIYA QILISH.**

J. B. Yarov.,

M.A. M.A. Homidov.,

T.M. Shirinov.,

A. M. Ubaydullayev.

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi, Toshkent, O'zbekiston.

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЛЯ ДЕКОМПРЕССИИ
СО СТЕНТИРОВАНИЕМ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ
КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Ж. Б. Яров.,

М.А. М.А. Хомидов.,

Т.М. Ширинов.,

А. М. Убайдуллаев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

Ташкент, Узбекистан

Резюме: Описан случай экстренной эндоскопической декомпрессии толстой кишки при острой левосторонней толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии у больного 57 лет. Опухолевое поражение ректосигмоидного отдела толстой кишки установлено с помощью нативной рентгенографии, МСКТ и ирригографии. В экстренном порядке выполнена колоноскопия, которая подтвердила наличие опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки, проведена успешная эндоскопическая декомпрессия кишки и установка саморасширяющегося металлического стента. Через 6 дней больному вторым этапом выполнена радикальная операция – открытая



резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки с наложением десцендоректоанастомоза конец в конец. На 7-е сутки после второй операции больной выписан из клиники в удовлетворительном состоянии.

Ключевые слова: колоректальный рак, осложнение, кишечная непроходимость, эндоскопия, саморасширяющиеся металлические стенты, резекция кишки.

Введение

В общей структуре онкологических заболеваний опухолевые поражения толстой кишки занимает четвертое место (после рака молочной железы, простаты и легких) с удельным весом 9,6%. Распространённость колоректального рака в мире составляет 18,4 случая на 100 тыс. населения, при этом ежегодно регистрируются около 1,9 млн новых случаев. Вместе с тем, эти виды опухолей являются третьей ведущей причиной смерти от рака в мире (после опухолей легких и молочной железы) с частотой 8,1/100000. В 2022 г. из общего количества вновь зарегистрированных 1 926 425 случаев колоректального рака 50% выявлены в странах Азии, 27,9% – Европы, 9,5% – Северной Америки, 7,5% – Латинской Америки, 3,7% – Африки, 1,2% – Океании [1].

Только в 2020 г. в Европе было зарегистрировано 156105 случаев смерти от колоректального рака, и этот показатель уступает только раку легкого с показателем летальных исходов в 257293 случаев. По количеству летальных исходов в возрастных группах 45-65 лет и старше 65 лет рак толстой кишки занимает 2-е место, в возрастной группе 0-44 года – 5-ю позицию. В той же Европе в структуре онкологических заболеваний у женщин колоректальный рак занимает 2-е место после рака молочной железы, а среди мужского населения он уступает раку предстательной железы и легкого, занимая 3-е место. Следует отметить, что в структуре причин летальных исходов у



онкологических больных, напротив, колоректальный рак у женщин занимает 3-ю позицию, уступая раку легкого и раку молочной железы, и 2-е место у мужчин, уступая раку легкого [2].

На фоне стабилизации или явного снижения показателей заболеваемости и смертности от колоректального рака, особую тревогу вызывает относительно быстрый рост этих показателей в странах с низким и средним уровнем развития. При сохранении этой тенденции ожидается, что к 2030 г. заболеваемость раком толстой кишки вырастет на 60% и составит более 2,2 млн новых случаев и 1,1 млн смертей [3,4]. Более того, прослеживается заметный рост заболеваемости среди молодых людей в США, Канаде, Австралии и ряде других стран с высоким уровнем доходов с ростом заболеваемости от 1 до 4% в год [5, 6].

В последние десятилетия распространенной методикой устранения опухолевой обтурации толстой кишки становится способ установки нитиноловых саморасширяющихся стентов [10]. При ООТКН стентирование используется как «мост» к радикальным вмешательствам, так как позволяет избежать экстренной открытой операции в ургентных условиях, результаты которых, как известно, заметно уступают результатам плановых операций [11, 12].

Экстренная эндоскопическая декомпрессия со стентированием толстой кишки обеспечивает необходимое время для подготовки больного к срочной или плановой операции, позволяет провести коррекцию водного и электролитного баланса, адекватную механическую подготовку кишечника и инструментальную диагностику перед операцией, тем самым создавая условия для выполнения последующей радикальной или паллиативной операции в условиях, приближенных к таковым при плановых вмешательствах. По мнению большинства специалистов, оптимальным сроком проведения открытой хирургии после стентирования являются 7 дней



[13, 14]. Главным преимуществом такого подхода является возможность проводить радикальные резекции с формированием первичного анастомоза, что часто бывает невозможным при экстренных операциях [15].

В статье представлен клинический случай успешной экстренной эндоскопической декомпрессии толстой кишки со стентированием у больного с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

Описание клинического случая:

Больной Т., 1960 г.р., обратился самотеком 17.10.2023 г. в приемное отделение РНЦЭМП в экстренном порядке. **Жалобы при поступлении:** на боли вокруг пупка, тошноту, рвоту, неотхождения газов и стула, вздутие живота, сухость во рту, общую слабость.

Из анамнеза: со слов больного в течение последних 2-3-х месяцев отмечает снижение аппетита и потерю массы тела на 10 кг, а также периодические запоры, на которые не обращал особого внимания. За трое суток до обращения к нам появились умеренные схваткообразные боли вокруг пупка, по поводу чего дома по рекомендации участкового врача получал инфузионную и обезболивающую терапию с временным эффектом. За один день до поступления к нам присоединились неотхождение стула и газов, в последующем присоединилось вздутие живота, прогрессивно стали интенсивнее боли в животе. С перечисленными жалобами 17.10.2023 г. больной обратился в приемное отделение РНЦЭМП.

В анамнезе у больного также имеется указание на перенесенные ранее операции – традиционную аппендэктомию и лапаротомию с вскрытием абсцесса печени.

Объективно: общее состояние больного при поступлении средней степени тяжести, в сознании. Удовлетворительного питания, ИМТ 30 кг/м². Кожные покровы и склеры бледноватой окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,8°C. ЧД 22 в мин. В легких



ослабленное везикулярное дыхание с обеих сторон, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены. Пульс 95 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При осмотре в правой подвздошной области имеется послеоперационный рубец длиной до 8 см, без грыжевого выпячивания и признаков воспаления. По верхнесрединной линии имеется второй послеоперационный рубец длиной до 18 см, без грыжевого выпячивания и признаков воспаления. Пальпаторно живот болезненный вокруг пупка, в остальных отделах мягкий, безболезненный. Патологические образования в брюшной полости не пальпируются. Напряжения мышц передней брюшной стенки не имеется. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный во всех отделах. Перкуторно тимпанит по всему животу. Кишечная перистальтика выслушивается, вялая. Печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание по пояснице безболезненное с обеих сторон. Стул и газы не отходят в течение одних суток. Мочеиспускание регулярное, моча обычной окраски.

Общий анализ крови: Нв – 125 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, л. – $9,9 \times 10^9$ /л, с. – 67%, эоз. – 3%, баз. – 1%, лимф. – 25%, мон. – 4%, СОЭ – 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 12,5 ммоль/л, общий белок – 75,5 г/л, мочевины – 6,4 ммоль/л, билирубин общий – 11,0 мкмоль/л, прямой – абс., АСТ – 20,0 ед/л, АЛТ – 16,0 ед/л.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: патологические тени не определяются.

Рентгеноскопия органов брюшной полости: свободный газ под куполами диафрагмы не определяется. Газовый пузырь желудка небольших размеров с уровнем содержимого в нем. Умеренный пневматоз тонкой кишки. Толстая кишка пневматизирована до сигмы, умеренно расширена в



просвете, с наличием горизонтальных уровней в правой и левой ее половинах (рис. 1).

КТ органов брюшной полости: имеются резко раздутые петли толстой кишки до 12 см в диаметре, в ректосигмоидном отделе имеется опухоль (рис. 2).

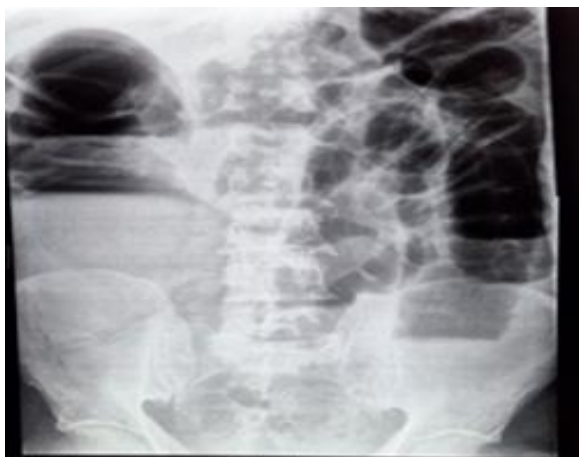


Рисунок 1. Нативная рентгенограмма органов брюшной полости

Figure 1. Unenhanced abdominal radiograph

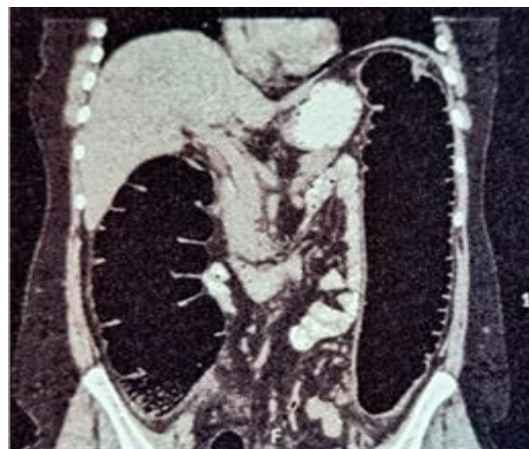
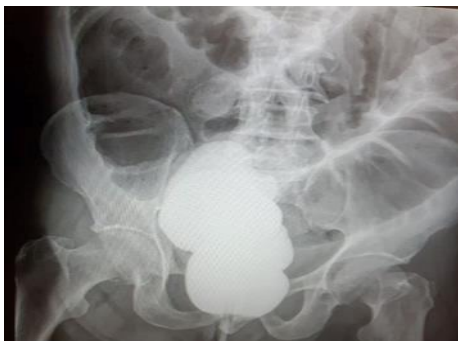


Рисунок 2. Нативная КТ органов брюшной полости

Figure 2. Unenhanced abdominal computed tomography

УЗИ: свободная жидкость в малом тазу.

Ирригоскопия: туго заполнена – прямая кишка обычных размеров с четкими ровными контурами. Далее заполнен ректосигмоидный отдел, где определяется стойкий стаз с ровными контурами. На уровне стаза контуры кишки неровные, нечеткие. Проксимальные отделы заполнить не удалось, определяется лишь незначительная часть контраста в нисходящей кишке, просвет их расширен, выраженная пневматизация сохраняется. Сигма удлинена. Тонкая кишка пневматизирована. После опорожнения кишки рельеф слизистой на опорожненных участках сохранен (рис. 3).



**Рисунок 3. Ирригограмма: стоп контраст на уровне
ректосигмоидного отдела толстой кишки**

**Figure 3. Barium enema: contrast stopped at the level of rectosigmoid
colon**

На основании полученных данных больному установлен диагноз: «Тумор ректосигмоидного отдела толстой кишки. Осложнение: острая обтурационная толстокишечная непроходимость».

После кратковременной подготовки больному решено установить в опухолевой канал саморасширяющийся металлический стент для временной декомпрессии толстой кишки и подготовки к радикальной операции.

Колоноскопия со стентированием № 58: Анальный жом свободно проходим. Просвет прямой кишки емкий, при инсуффляции расправление прямой кишки полное, перистальтика вялая. Далее прибор проведен в ректосигмоидный отдел, где на этом уровне (17-18 см проксимальнее анального жома) визуализируется бугристое неподвижное образование (рис. 4) плотной консистенции, практически циркулярно захватывающее всю окружность кишки на этом уровне с деформацией и стенозированием просвета. По центру образования имеется щелевидное отверстие диаметром до 4-5 мм. Границы образования нечеткие, неровные. Из-за стенозирования просвета не удастся пройти прибором выше образования. При



инструментальной пальпации ткань опухоли плотной консистенции, диффузно кровоточит.

С целью декомпрессии содержимого кишечника и восстановления проходимости последнего решено установить толстокишечный саморасширяющийся металлический стент. Через щелевидное отверстие проведен атравматический проводник (рис. 5), и над проводником под контролем колоноскопа проведен саморасширяющийся металлический стент длиной 120 мм (рис. 6), после чего отмечается поступление каловых масс жидкой консистенции (рис. 7). На рентгеноскопии стент визуализируется в проекции просвета ректосигмоидного отдела толстой кишки в расправленном виде, без деформации (рис. 8).

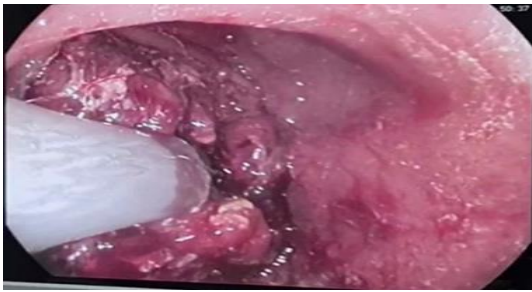
Через 24 часа после установки саморасширяющегося металлического стента клиника острой обтурационной толстокишечной непроходимости у больного разрешилась (рис. 9).



Рисунок 4. Эндофото обтурирующей просвет опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки опухоли
Figure 4. Endoscopic image of a tumor obturating the rectosigmoid colon lumen



Рисунок 5. Через опухолевой канал проведен атравматический проводник
Figure 5. An atraumatic guidewire is passed through the tumor canal



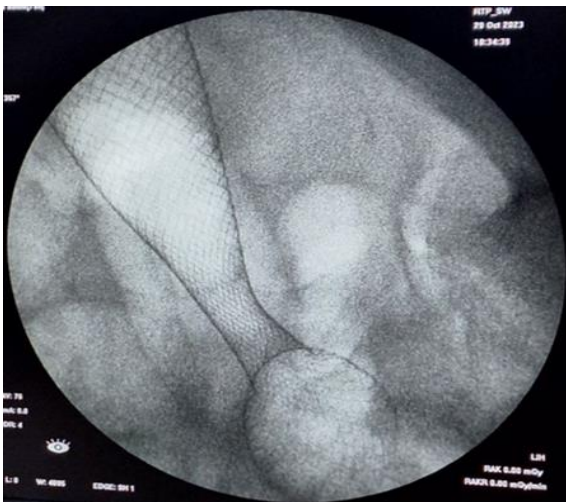
*Рисунок 6. Этап установки
стенда*

Figure 6. Stent placement stage



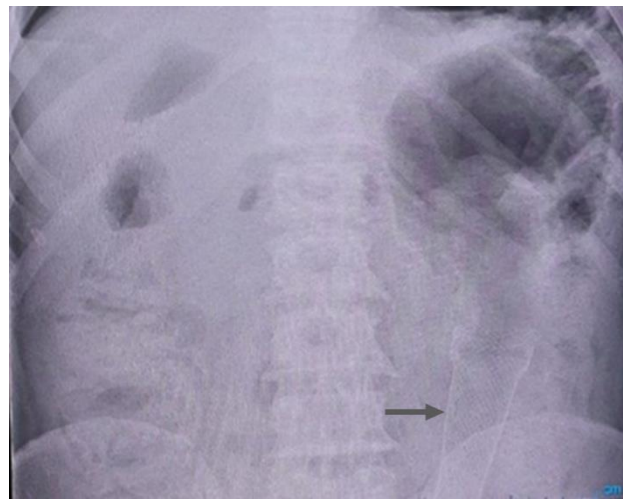
*Рисунок 7. Поступление жидких
каловых масс после установки
стенда*

*Figure 7. Passage of loose stool after
the stent placement*



*Рисунок 8. Состояние стенда под
ЭОП контролем*

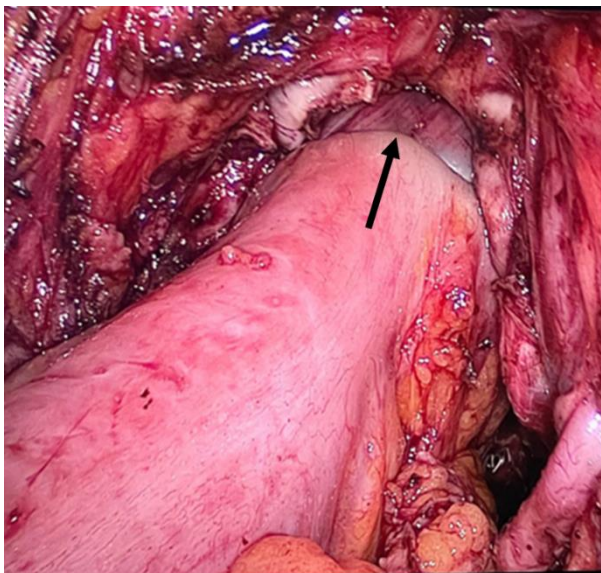
*Figure 8. Stent condition under image
intensifier guidance*



*Рисунок 9. Рентгенограмма органов
брюшной полости через 24 ч после
стенктирования*

*Figure 9. Abdominal radiograph 24
hours after the stenting*

Через 7 дней больному вторым этапом произведена радикальная операция с наложением первичного межкишечного анастомоза: Лапаротомия, резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки вместе с опухолью, наложение десцендоректоанастомоза конец в конец (рис. 10).



**Рисунок 10. Интраоперационное фото: вид сформированного
десцендоректоанастомоза**

**Figure 10: Intraoperative photograph: the formed
descendorecteoanastomosis**

Клинический диагноз при выписке: Тумор ректосигмоидного отдела толстой кишки (тубулярная аденокарцинома (Lowgrade) №8140/3) с прорастанием в мочевой пузырь. СП стентирования опухолевого канала. Сопутствующий диагноз: ИБС, стабильная стенокардия, ФК 2. ГБ 2. Дивертикулез толстой кишки.

Больной на 7-е сутки после второй операции в удовлетворительном состоянии был выписан из клиники.

Заключение

Стентирование толстой кишки является общепризнанным паллиативным методом лечения злокачественной левосторонней толстокишечной непроходимости, имеющим высокие показатели технического и клинического успеха. Особенно у пациентов с плохим общим состоянием и ограниченной продолжительностью жизни оно может обеспечить раннюю выписку из стационара, улучшение качества жизни и более длительную выживаемость по сравнению с хирургическим



вмешательством. Эндоскопическая декомпрессия со стентированием толстой кишки при острой кишечной непроходимости опухолевой этиологии позволяет превратить экстренную операцию в отсроченное вмешательство, снизить частоту послеоперационных осложнений, обеспечить адекватное онкологическое стадирование, хорошую подготовку толстой кишки и более быстрое начало радикального хирургического вмешательства.

Литература/References

1. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Both sexes, in 2022. International Agency for Research on Cancer. https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&group_populations=1
2. Colorectal cancer burden in EU-27. ECIS - European Cancer Information System. Accessed January 15, 2021. https://ecis.jrc.ec.europa.eu/sites/default/files/2023-12/Colorectal_cancer_en-Mar_2021.pdf
3. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut*. 2017;66(4):683–691.PMID: 26818619. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2015-310912>
4. Xi Y, Xu P. Global colorectal cancer burden in 2020 and projections to 2040. *Transl Oncol*. 2021;14(10):101174. PMID: 34243011. PMCID: PMC8273208. <https://doi.org/10.1016/j.tranon.2021.101174>
5. Siegel RL, Torre LA, Soerjomataram I, et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence in young adults. *Gut*. 2019;68(12):2179–2185. PMID: 31488504. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-319511>
6. Vuik FE, Nieuwenburg SA, Bardou M, et al. Increasing incidence of colorectal cancer in young adults in Europe over the last 25 years. *Gut*.



2019;68(10):1820–1826. PMID: 31097539. PMCID: PMC6839794.
<https://doi.org/10.1136/gutjnl-2018-317592>

7. Черниковский И.Л., Гельфонд В.М., Загрядских А.С., Савчук С.А. Мини-инвазивная хирургия колоректального рака у больных старческого возраста. *Сибирский онкологический журнал*. 2016;15(3):28–36.
<https://doi.org/10.21294/1814-4861-2016-15-3-28-36>

Chernikovskiy IL, Gelfond VM, Zagryadskikh AS, Savchuk SA. Minimally-invasive surgery for colorectal cancer in elderly patients. *Siberian Journal of Oncology*. 2016;15(3):28–36. (In Russ.). <https://doi.org/10.21294/1814-4861-2016-15-3-28-36>

8. Хитарьян А.Г., Мизиев И.А., Глумов О.Э., Карпова И.О., Ковалев С.А., Орехов А.А. Применение саморасправляющихся металлических стентов при острой обтурационной толстокишечной непроходимости. *Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum*. 2016;(1):5–8.

Khitaryan AG, Miziev IA, Glumov OE, Karpova IO, Kovalev SA, Orekhov AA. Using a self-expanding metal stents in acute obstructive bowel obstruction. *Khirurgiya. Prilozhenie k zhurnaluu Consilium Medicum*. 2016;(1):5–8. (In Russ.).

9. Дарбишгаджиев Ш.О., Баулин А.А., Зимин Ю.И., Баулин В.А., Баулина О.А. Результаты хирургического лечения колоректального рака. *Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке*. 2018;20(4):42–46.

Darbishgadjiev ShO, Baulin AA, Zimin YuI, Baulin VA, Baulina OA. Results of surgical treatment of colorectal cancer. *The Journal of Scientific Articles "Health and Education Millennium"*. 2018;20(4):42–46. (In Russ.).

10. Шабунин А.В., Багателяя З.А., Гугнин А.В. Результаты внедрения этапного лечения колоректального рака, осложненного



обтурационной кишечной непроходимостью, в стандарты хирургической помощи онкологическим больным г. Москвы. *Колопроктология*. 2018;(4):7–15.

Shabunin AV, Bagateliya ZA, Gugnin AV. Implementation of multistage approach for colorectal cancer with bowel obstruction in surgeon units of Moscow. *Koloproktologia*. 2018;(4):7–15. (In Russ.).

Яров Жахонгир Баходирович, базовый докторант, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (Ташкент, Узбекистан). <https://orcid.org/0000-0003-0632-7509>

Хомидов Мухаммадхон Абдугофурхон угли, врач-хирург отделения экстренной хирургии № 3, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (Ташкент, Узбекистан). <https://orcid.org/0009-0005-6786-6591>