© 2026 коллектив авторов.
Работа находится под лицензией
Creative Commons Attribution 4.0 International License

© 2026 by the authors.
This work is licensed under
Creative Commons Attribution 4.0 International Licens

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ORIGINAL RESEARCH

DOI: 10.66269/2414-0252-2026-16-2-244-249
УДК: 616.31

Хирургия
Surgery

Тотиков З.В, Тотиков В.З., Халлаев Р.А., Калицова М.В, Медоев В.В., Тобоев Д.В.

К ВОПРОСУ О ДЕКОМПРЕССИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кафедра хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность разработанного в клинике способа декомпрессии толстой кишки при острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии.

Материал и методы. В основу представленного исследования положены результаты лечения 134 больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии. Все наблюдаемые пациенты были разделены на две группы. В группу контроля вошли 65 (48,5%) пациентов, которым были сформированы в правой подвздошной области петлевые двуствольные илеостомы из минидоступа, при этом не производилась санация просвета ободочной кишки и ликвидация ее содержимого. В основную группу были включены 69 (51,5%) больных, у которых после формирования дивертивных илеостом из минидоступа осуществлялась декомпрессия ободочной кишки с применением разработанного в клинике способа.

Результаты. Результаты проведенного исследования продемонстрировали эффективность предложенного способа декомпрессии толстой кишки, использованного в основной группе, что подтвердилось достоверно более быстрым восстановлением до физиологических параметров клинико-лабораторных данных и значений внутрибрюшного давления. Летальный исход был зафиксирован у 1 (1,5%) больного контрольной группы, в основной группе неблагоприятных исходов не наблюдалось. Воспалительные осложнения в контрольной группе диагностированы у 6 (9,2%) пациентов, в основной – у 2 (2,9%).

Заключение. Выполнение декомпрессии толстой кишки с эвакуацией её содержимого через илеостому у больных с острой толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии по разработанному в клинике способу способствует улучшению непосредственных результатов лечения, уменьшению числа послеоперационных осложнений, скорейшему регрессу клинических проявлений, лабораторных данных и цифр внутрибрюшного давления.

Ключевые слова: *колоректальный рак, толстокишечная непроходимость, илеостома, декомпрессия толстой кишки.*

Для цитирования: *Тотиков ЗВ, Тотиков ВЗ, Халлаев РА, Калицова МВ, Медоев ВВ, Тобоев ДВ. К вопросу о декомпрессии толстой кишки при острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2026;16(2): 244–249. https://doi.org/10.66269/2414-0252-2026-16-2-244-249*

Totikov Z.V., Totikov V.Z., Khallaev R.A., Kalitsova M.V., Medoev V.V., Toboev D.V.

REGARDING DECOMPRESSION OF THE LARGE INTESTINE IN ACUTE MALIGNANT LARGE BOWEL OBSTRUCTION

Surgical Disease Department №2 of North-Ossetian State Medical Academy

Arm. To evaluate the clinical effectiveness of the developed method for decompression of the large intestine in cases of acute obstructive colonic tumor-related obstruction.

Material and Methods. The presented study is based on the results of treating 134 patients with acute obstructive colonic tumor-related obstruction. All observed patients were divided into two groups. The control group included 65 (48,5%) patients who underwent formation of loop double-barrel ileostomies from mini-access in the right iliac region, without sanitation of the colon lumen or removal of its contents. The main group comprised 69 (51,5%) patients, in whom, after forming a diverting ileostomy from mini-access, colon decompression was performed using the method developed in the clinic.

Results. The results of the study demonstrated the effectiveness of the proposed method of colon decompression used in the main group, which was confirmed by a significantly faster recovery to physiological parameters of clinical and laboratory data, as well as intra-abdominal pressure levels. The mortality rate was 1 (1,5%) patient in the control group, while no adverse outcomes were observed in the main group. Inflammatory complications were diagnosed in 6 (9,2%) patients in the control group and in 2 (2,9%) patients in the main group.

Conclusion. The execution of colonic decompression with evacuation of its contents through an ileostomy in patients with acute colonic obstruction of tumor etiology, using the method developed in the clinic, contributes to improved immediate treatment outcomes, a reduction in the number of postoperative complications, and a faster regression of clinical manifestations, laboratory data, and intra-abdominal pressure levels.

Key words: *colorectal cancer, large bowel obstruction, ileostomy, decompression of the large intestine.*

For citation: *Totikov ZV, Totikov VZ, Khallaev RA, Kalitsova MV, Medoev VV, Toboev DV. K voprosu o dekompressii tolstoy kishki pri ostroy obturatsionnoy tolstokishechnoy neprokhodimosti opukholevoy etiologii [Regarding decompression of the large intestine in acute malignant large bowel obstruction]. Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya. 2026;16(2):244–249. https://doi.org/10.66269/2414-0252-2026-16-2-244-249*

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Халлаев Р.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Тобоев Д.В.

ОИД БА САВОЛ ДАР БОРАИ ДЕКОМПРЕССИЯИ РӮДАИ РӮДАИ ҒАФС ДАР МОНЕЪШАВИИ ШАДИДИ РӮДАИ РӮДАИ ҒАФСИ ЭТИОЛОГИЯИ ВАРАМ

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии № 2, Академияи давлатии тиббии Осетияи Шимолии Вазорати тандурустии Федератсияи Русия

Мақсади тадқиқот. Арзёбии самаранокии клиникии усули аз ҷиҳати клиникӣ таҳияшудаи декомпрессияи рӯдаи ғафс барои монеаи шадиди обструктивии рӯдаи рӯда, ки аз варамҳо ба вуҷуд омадааст, буд.

Мавод ва усул. Тадқиқоти мазкур дар асоси натиҷаҳои табобати 134 беморони гирифтори монеъшавии шадиди рӯдаи рӯдаи ғафсӣ аз сабаби этиологияи варам таҳия шудааст. Ҳамаи беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд. Ба гурӯҳи назоратӣ 65 (48,5%) беморон дохил шуданд, ки бо истифода аз равиши мини-дастрасӣ дар фоссаи чапи рости илеостомияи ҳалқаи дубаррелӣ гузаронида шуданд. Ҳеҷ гуна тозакунии люмени рӯдаи рӯда ё хориҷ кардани мундариҷаи рӯдаи рӯда анҷом дода нашудааст. Ба гурӯҳи асосӣ 69 (51,5%) беморон дохил шуданд, ки пас аз ташаккули илеостомияҳои дивертикулӣ аз мини-дастрасӣ бо усули

Натиҷаҳо. Тадқиқот самаранокии усули пешниҳодшудаи декомпрессияи рӯдаи ғафсро, ки дар гурӯҳи тадқиқотӣ истифода мешавад, нишон дод, ки ин аз бозгашти назарраси маълумоти клиникӣ ва лабораторӣ ва арзишҳои фишори дохили шикам ба параметрҳои физиологӣ шаҳодат медиҳад.ар клиника таҳияшуда декомпрессияи рӯдаи рӯдаи ғафс гузаронида шуданд. Натиҷаи марговар дар як бемор (1,5%) дар гурӯҳи назоратӣ сабт шудааст; дар гурӯҳи таҳқиқот ягон натичаи номатлуб мушоҳида нашуд. Мушкилоти илтиҳобӣ дар шаш бемор (9,2%) дар гурӯҳи назоратӣ ва ду нафар (2,9%) дар гурӯҳи тадқиқотӣ ташхис карда шуданд.

Хулоса. Декомпрессияи рӯдаи рӯдаи ғафс бо эвакуатсияи илеостомӣ дар беморони монеъшавии шадиди рӯдаи рӯдаи ғафсӣ аз сабаби этиологияи варам бо истифода аз усули дар клиника таҳияшуда, натиҷаҳои табобати фаврии онро беҳтар мекунад, мизони мушкилоти пас аз ҷарроҳиро коҳиш медиҳад ва ба зуд бартараф кардани зуҳуроти клиникӣ, маълумоти лабораторӣ ва фишори дохили шикам мусоидат мекунад.

Калимаҳои асосӣ: *саратони рӯдаи рӯда, обструксияи рӯдаи рӯда, илеостомия, декомпрессияи рӯдаи рӯда.*

Актуальность

Лечение пациентов с колоректальным раком, осложнённым острой обтурационной толстокишечной непроходимостью (ОТКН), представляет собой одну из наиболее сложных проблем в современной хирургической практике [1-7]. Невзирая на применение имеющихся на сегодняшний день методов комплексного подхода к лечению ОТКН, уровень осложнений и летальных исходов остается высоким, достигая 34-50% и 20-25% соответственно [4-7]. Значительная часть пациентов, поступающих с данной патологией, относятся к старшей возрастной группе, что зачастую обусловливает наличие у них тяжелых фоновых заболеваний. В условиях патологических изменений, развивающихся на фоне ОТКН, таких как повышение внутрибрюшного давления и нарастание эндогенной интоксикации, повышается риск осложнений и возрастает вероятность неблагоприятных исходов при проведении расширенных хирургических вмешательств в экстренном порядке [2, 3, 4].

Развитие малоинвазивных и эндоскопических технологий позволило многим хирургам пересмотреть свои взгляды в сторону осуществления первичной декомпрессии толстой кишки [1, 2, 3]. Этот подход позволяет существенно уменьшить уровень летальности в постоперационном периоде [2, 3, 4]. В рамках первого, минимально инвазивного этапа – формирования разгрузочной стомы, осуществляется декомпрессия кишечника, которая способствует устранению непроходимости, снижению интоксикации и воспалительных процессов, а также позволяет провести коррекцию метаболических и гемодинамических нарушений. Такой подход создает условия для подготовки пациента к второму, радикальному этапу лечения, что в конечном итоге способствует улучшению результатов лечения в ближайшей и отдалённой перспективе [1, 2, 3, 4].

Цель исследования

Оценить клиническую эффективность разработанного в клинике способа декомпрессии толстой кишки при ОТКН опухолевой этиологии.

Материал и методы исследования

В основу представленного ретро- и проспективного исследования положены результаты лечения 134 больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии, доставленных в хирургические отделения Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Владикавказа. Все наблюдаемые пациенты были разделены на две группы. В первую группу (группу контроля) вошли 65 (48,5%) пациентов, которым с целью разрешения ОТКН были сформированы в правой подвздошной области петлевые двуствольные илеостомы из минидоступа, при этом не производилась санация просвета ободочной кишки и ликвидация ее содержимого. Во вторую (основную группу) были включены 69 (51,5%) пациентов, у которых по завершении формирования дивертивных илеостом аналогичным локальным доступом осуществлялась декомпрессия ободочной кишки с помощью разработанной в клинике методики (патент на изобретение №2549489).

Сравниваемые группы пациентов были схожи по всем ключевым параметрам. Так в первой группе мужчин насчитывалось 34 (52,3%), женщин – 31 (47,7%), во второй

– 37 (53,6%) и 32 (46,4%) соответственно (p=0,879). В двух наблюдаемых когортах с одинаковой частотой преобладали больные старше 60 лет. В группе контроля таких больных было 56 (86,2%), в основной – 61 (88,4%) (p=0,696). Перед проведением хирургического вмешательства оценка риска операции и анестезии осуществлялась с помощью классификации ASA, которая служит стандартным инструментом для определения степени риска, связанного с анестезией и оперативным вмешательством в большинстве стран мира. При этом I степень по ASA была выявлена у 5 (7,7%) больных контрольной группы и у 6 (8,7%) пациентов основной (p=0,833), II степень - у 14 (21,5%) и 13 (18,8%) больных (p=0,698), III степень – у 36 (55,4%) и 39 (56,5%) (p=0,895) и IV степень у 10 (15,4%) и у 11 (16,0%) больных соответственно (p=0,930) (табл.1).

Таблица 1. Распределение пациентов по степени риска операции и анестезии

Степень риска по ASA	Контрольная группа, n (%)	Основная группа, n (%)	p
ASA I	5 (7,7%)	6 (8,7%)	0,833
ASA II	14 (21,5%)	13 (18,8%)	0,698
ASA III	36 (55,4%)	39 (56,5%)	0,895
ASA IV	10 (15,4%)	11 (16,0%)	0,930

Примечание: p - уровень статистической значимости различий между группами, рассчитанный с использованием критерия χ^2 Пирсона и точного критерия Фишера при малых ожидаемых частотах; различия считались статистически значимыми при p<0,05

Под перидуральной анестезией двуствольные илеостомы в контрольной группе были сформированы у 11 (16,9%), в основной – у 10 (14,5%) больных (p=0,699), под общей анестезией у 54 (83,1%) и 59 (85,5%) пациентов соответственно (p=0,882).

Опухолевое поражение правых отделов ободочной кишки диагностировано в группе контроля в 4 (6,2%) случаях, в основной – в 8 (11,6%) (p=0,575), поражение левых отделов ободочной кишки наблюдалось в контрольной группе у 44 (67,7%) больных, в основной – у 42 (60,9%) (p=0,411), в прямой кишке злокачественное новообразование локализовалось у 17 (26,1%) пациентов контрольной группы и у 19 (27,5%) больных основной (p=0,857).

В основной группе нами использовался оригинальный способ декомпрессии толстой кишки (патент на изобретение №2549489), который заключался в следующем. При использовании общей или перидуральной анестезии в точке Ланца осуществлялось последовательное рассечение слоев передней брюшной стенки длинной до 4-5 см, тем самым обеспечивался доступ к области илеоцекального угла. Далее визуализировался купол слепой кишки и терминальный сегмент подвздошной кишки, через минилапаротомный разрез захватывался и подтягивался участок последней на удалении 15-20 см от илеоцекального угла. Далее на свободном крае, противоположном месту прикрепления брыжейки, выведенного участка кишечной трубки, формировался кисетный шов, осуществлялось вскрытие просвета кишки в центре данного шва, после чего в просвет устанавливалась специальная втулка и шов затягивался для обеспечения герметичности. Специальная втулка имела два конца, один – устанавливаемый в просвет кишки имел общий просвет, а противоположный - был выполнен в виде двух трубок (рис. 1).

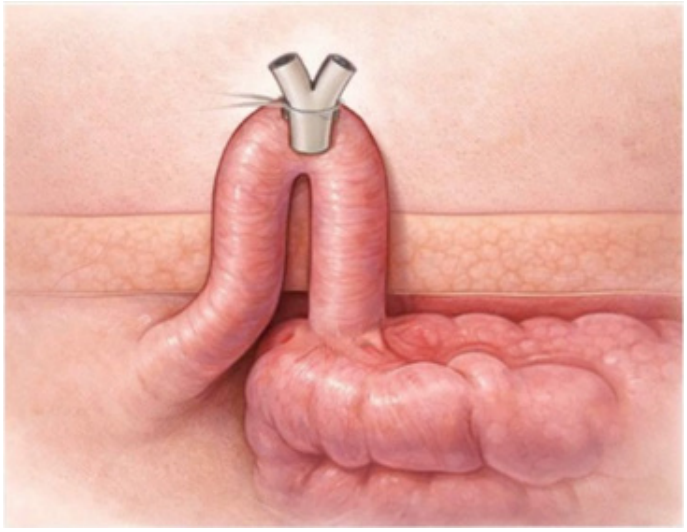


Рис. 1. Установка специальной втулки в просвет сформированной через минидоступ илеостомы

При этом к одной из трубок фиксировался полиэтиленовый рукав, а в другой был установлен клапан, через который проводился одно- или двух просветный зонд через отводящую петлю подвздошной кишки в правые отделы ободочной кишки. Через данный зонд осуществлялась подача жидкости под небольшим давлением непосредственно в просвет кишечной трубки и проводилась эвакуация кишечного содержимого (рис. 2). После выполнения процедуры декомпрессии и эвакуации содержимого зонд оставлялся в просвете кишки и далее завершалось формирование илеостомы.

Статистическая обработка материалов производилась с помощью программного обеспечения STATISTICA 13.1 (StatSoft, Inc., США) в среде операционной системы Windows 7. Полученные в ходе исследования данные были обработаны с применением методов статического анализа, принятых в современной медицинской науке. Различия сравниваемых величин считали достоверными при p<0,05.

Протокол исследования был одобрен Этическим комитетом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России.

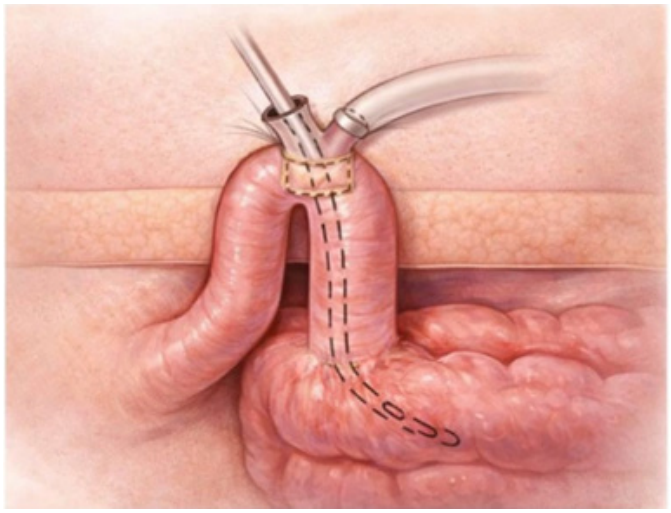


Рис. 2. Эвакуация содержимого правых отделов ободочной кишки посредствам проведенного через клапан зонда

Результаты исследования

После операции в течение 10 часов у всех наблюдаемых

пациентов илеостома начинала функционировать.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости была произведена по истечении 12 часов после формирования стом у 38 больных, у которых все ещё наблюдалось вздутие живота. Из них 12 пациентов были из основной группы, 26 больных из группы контроля. По результатам исследования ни у одного больного основной группы явлений ОТКН на рентгенограммах диагностировано не было, в то время как в контрольной группе у 8 больных все еще имелись единичные чаши Клойбера, однако существенно меньшего размера.

Одновременно в рамках мониторинга динамики послеоперационного состояния у 77 пациентов обеих групп проведено ультразвуковое исследование брюшной полости в первые 12 часов после хирургического вмешательства. В число обследованных вошёл 41 пациент основной группы и 36 пациентов из группы контроля. По данным УЗИ, во всех случаях отмечалась перистальтическая активность кишечника. При этом у 35 (85,4%) больных основной группы диаметр толстой кишки и толщина ее стенок стали соответствовать референсным значениям, в то время как в группе сравнения таких случаев было только 12 (33,3%) (p=0,001). У оставшихся 6 (14,6%) больных основной и у 24 (66,6%) пациентов контрольной группы диаметр толстой кишки и толщина её стенки превышали нормальные показатели, при этом во всех 30 случаях при динамическом физикальном мониторинге вздутие живота сохранялось. Только по истечении первых суток наблюдения по данным повторного УЗИ у этих пациентов отмечалось купирование признаков ОТКН и нормализация размеров толстой кишки.

У 43 больных группы контроля и у 47 пациентов основной группы непосредственно перед формированием илеостом, а также после выполнения вмешательства нами было произведено измерение показателей внутрибрюшного давления (ВБД) (табл. 2).

Таблица 2. Показатели ВБД при поступлении в сравниваемых группах

Показатель ВБД	Группа		p
	контрольная	основная	
ИАГ 1 степени	14 (32,6%)	16 (34,0%)	0,882
ИАГ 2 степени	22 (51,2%)	23 (48,9%)	0,833
ИАГ 3 степени	5 (11,6%)	5 (10,6%)	0,851
ИАГ 4 степени	2 (4,6%)	3 (6,5%)	0,720
Всего	43 (100,0%)	47 (100,0%)	

Примечание: p – уровень статистической значимости различий между группами, рассчитанный с использованием критерия χ^2 Пирсона и точного критерия Фишера при малых ожидаемых частотах; различия считались статистически значимыми при p<0,05

Интраабдоминальная гипертензия (ИАГ) 1 степени была диагностирована у 14 (32,6%) из 43 больных контрольной группы и у 16 (34,0%) из 47 пациентов основной группы. ИАГ 2 степени была установлена у 22 (51,2%) больных контрольной и у 23 (48,9%) пациентов основной группы. ИАГ 3 степени была установлена у 5 (11,6%) больных контрольной группы и у 5 (10,6%) –основной. И 4 степень ИАГ выявлена в контрольной группе у 2 (4,6%) больных и в основной группе у 3 (6,5%) больных.

В послеоперационном периоде в основной группе наблюдалось более быстрое снижение показателей ВБД, чем в контрольной. Так, у всех пациентов с 1 степенью ИАГ и у 21 пациента со 2 степенью спустя 6 часов после формирования илеостом и декомпрессии толстой кишки по разработанному способу ВБД стало соответствовать референсным значениям. У оставшихся 2 больных со 2 степенью ИАГ, показатели снизились на 5 и 6 мм рт. ст., у этих больных при поступлении по данным обзорной рентгенографии и УЗИ отмечалась выраженная дилатация правых отделов ободочной кишки, при этом не наблюдалось вовлечение в процесс тонкой кишки. Нормализация показателей ВБД у этих больных отмечена спустя 12 часов после формирования стом.

Спустя 12 часов ВБД снизилось до нормальных значений у всех больных с 3 степенью ИАГ и у 1 больного с 4 степенью. Еще у 2 больных с 4 степенью ВБД через 12 часов снизилось на 7 и 6 мм рт. ст. Нормализация показателей ВБД у этих больных отмечена по истечении суток с момента формирования илеостом и осуществления декомпрессии толстой кишки.

В группе контроля спустя 6 часов после формирования илеостом нормализация показателей ВБД была отмечена лишь у 9 (64,3%) из 14 пациентов с 1 степенью ИАГ, у других 5 больных оно снизилось в среднем на 2,6±1,5 мм рт. ст. Параметры ВБД пришли в норму у эти больных только спустя 12 часов после операции. Из 22 пациентов с ИАГ 2 степени спустя 6 часов ВБД уменьшилось в среднем на 3,3±2,1 мм рт. ст., спустя 12 часов еще 2,8±1,4 и нормализовались к исходу суток с момента формирования илеостом. У 5 пациентов с 3 степенью ИАГ спустя 6 часов ВБД снизилось в среднем на 3,2±3,4 мм рт. ст., спустя 12 часов еще на 2,8±3,1 мм рт. ст., спустя сутки еще на 3,3±1,8 мм рт. ст. и лишь к исходу вторых суток показатели ВБД у всех этих больных пришли в норму. У 2 больных с повышенным ИАГ в течение первых 6 часов после операции наблюдалось снижение ВБД на 2 и 3 мм рт. ст., в последующем спустя 12 часов у 1 больного оно продолжило снижаться на 4 мм рт. ст., а у второго больного лишь на 1 мм рт. ст. У первого больного в дальнейшем отмечалось постепенное снижение ВБД и спустя двое суток оно достигло физиологических значений. У второго больного с 4 степенью ИАГ через сутки после операции оно выросло на 1 мм рт. ст. и спустя еще 6 часов больной скончался от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Нами был проведен анализ динамики изменений основных лабораторных показателей и биомаркеров эндогенной интоксикации в обеих группах, при этом исследования осуществлялись при поступлении и после оперативного вмешательства в течение 7 суток. Как в основной, так и в контрольной группах наблюдалось снижение биомаркеров токсемии и тенденция к нормализации основных лабораторных данных. Однако в основной группе динамика этих изменений была достоверно более быстрой.

Так у 44 (63,8%) из 69 больных основной группы спустя первые 2 суток после формирования илеостом и осуществления декомпрессии толстой кишки наблюдалось снижение значений лейкоцитарного индекса интоксикации, молекул средней массы и остальных маркеров воспаления, а также основных лабораторных показателей до нормальных значений. Еще у 23 (33,3%) больных к исходу 3-4 суток эти показатели так же достигли нормальных значений. У оставшихся 2 (2,9%) больных биомаркёры токсемии так же снижались в динамике, но достигли нормы лишь к 6 и 7 суткам. При этом у обоих больных в постоперационном периоде вокруг сформированной илеостомы наблюдалось развитие воспалительного парастомального инфильтрата, потребовавшего проведения консервативной местной терапии.

В группе контроля нормализация биомаркёров токсемии потребовала достоверно большего периода времени. Так, спустя 2 суток после операции нормальных значений лейкоцитарный индекс интоксикации и другие лабораторные данные достигли лишь у 19 (29,2%) из 65 больных. К исходу 5 суток ещё у 26 (40,0%) пациентов лабораторные данные снизились до нормальных значений. У оставшихся 20 (31,8%) больных контрольной группы они нормализовались

лишь к исходу 7-8 суток послеоперационного периода. При этом у 6 из 20 этих больных наблюдалось развитие гнойных осложнений.

Таким образом, у 1 (1,5%) больного контрольной группы зафиксирован летальный исход, в основной группе неблагоприятных исходов не наблюдалось. Воспалительные осложнения в контрольной группе диагностированы у 6 (9,2%) пациентов, в основной – у 2 (2,9%).

Обсуждение

Полученные в настоящем исследовании результаты подтверждают клиническую целесообразность и эффективность этапной тактики лечения больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии, основанной на первичной декомпрессии толстой кишки. Применение разработанного в клинике способа декомпрессии через дивертивную илеостому позволило достоверно ускорить регресс клинико-лабораторных проявлений интоксикации и интраабдоминальной гипертензии по сравнению с традиционным подходом, при котором эвакуация содержимого толстой кишки не выполнялась.

Одним из ключевых патогенетических факторов, определяющих тяжесть состояния пациентов с ОТКН, является повышение внутрибрюшного давления, приводящее к нарушению микроциркуляции, ишемии кишечной стенки, прогрессированию эндотоксикоза и полиорганной дисфункции. В проведённом исследовании показано, что активная декомпрессия толстой кишки обеспечивает более быстрое снижение ВБД до референсных значений. Особенно показательной является динамика у пациентов с ИАГ III–IV степенией, у которых в основной группе нормализация ВБД происходила в течение первых суток, тогда как в контрольной группе этот процесс затягивался до 48 часов и более, что сопровождалось развитием неблагоприятного исхода у одного пациента.

Важным клиническим аспектом является и более быстрая нормализация лабораторных маркеров эндогенной интоксикации в основной группе. Снижение лейкоцитарного индекса интоксикации, молекул средней массы и других показателей воспалительного ответа в ранние сроки после вмешательства свидетельствует о патогенетической обоснованности активной эвакуации кишечного содержимого как одного из ключевых факторов стабилизации состояния больных. В контрольной группе сохранение дилатации толстой кишки и остаточного содержимого, вероятно, поддерживало персистирование интоксикации и способствовало более высокой частоте воспалительных осложнений.

Полученные данные согласуются с результатами ряда отечественных и зарубежных исследований, указывающих на преимущества первичной декомпрессии кишечника при ОТКН, однако большинство из них ограничивается формированием разгрузочной стомы без активной санации ободочной кишки [1,2,3,4]. В отличие от этих подходов, предложенная методика сочетает минимальную инвазивность с эффективным устранением ключевых патофизиологических механизмов заболевания, что позволяет рассматривать её как патогенетически направленный этап лечения.

Таким образом, разработанный способ декомпрессии толстой кишки не только улучшает непосредственные результаты лечения, но и создаёт более благоприятные условия для последующего радикального этапа хирургического вмешательства. Снижение частоты осложнений, отсутствие летальных исходов в основной группе и более быстрое восстановление физиологических параметров подтверждают перспективность дальнейшего внедрения данной методики в клиническую практику и необходимость её более широкого изучения в рамках многоцентровых исследований.

Заключение

Выполнение декомпрессии толстой кишки с эвакуацией её содержимого через илеостому у больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии по разработанному способу способствует улучшению непосредственных результатов лечения, снижению частоты послеоперационных осложнений и более быстрому регрессу клинико-лабораторных проявлений, включая нормализацию показателей внутрибрюшного давления.

Предложенный метод может быть рекомендован в качестве эффективного этапа экстренной хирургической помощи, направленного на стабилизацию состояния пациентов и подготовку к последующему специализированному онкологическому лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ачкасов СИ, Багателия ЗА, Багненко СФ, Беляев АМ, Геворкян ЮА, Денисенко ВЛ, Острая толстокишечная непроходимость опухолевой этиологии (К56.6; С18, С19, С20), взрослые. Колопроктология. 2023;22(2):10-31.

2. Chen KA, Kapadia MR. Large Bowel Obstruction: Etiologies, Diagnosis, and Management. Clin Colon Rectal Surg. 2023;37(6):376-380.

3. Тотиков ЗВ, Тотиков ВЗ, Ремизов ОВ, Гадаев ШШ, Магомадов ЭА, Абдурзаков М-СА-С, Динамика внутрибрюшного давления у больных колоректальным раком, осложненным острой непроходимостью после формирования разгрузочных илео- и трансверзостом. Инфекции в хирургии. 2021;(3-4):18-22.

4. Schwartzberg DM, Valente MA. Surgical Dilemmas Associated with Malignant Large Bowel Obstructions. Clin Colon Rectal Surg. 2022;35(3):197-203.

5. Karakaş DÖ, Yeşiltaş M, Gökçek B, 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.

6. Bergamini C, Giordano A, Maltinti G, Obstructive left side colon cancer: time for a tailored operative approach? Minerva Chir. 2020;75(4):244-254.

7. Muldoon RL. Malignant Large Bowel Obstruction. Clin Colon Rectal Surg. 2021;34(4):251-261.

REFERENCES

1. Achkasov SI, Bagateliya ZA, Bagnenko SF, et al. Ostraya tolstokishechnaya neprokhodimost opukholevoy etiologii (K56.6; S18, S19, S20), vzroslye [Acute malignant colorectal obstruction (K56.6; C18, C19, C20), adults]. Koloproktologiya – Koloproktologia. 2023;22(2):10-31. DOI: 10.33878/2073-7556-2023-22-2-10-31.

2. Chen KA, Kapadia MR. Large bowel obstruction: etiologies, diagnosis, and management. Clin Colon Rectal Surg. 2023;37(6):376-380. DOI: 10.1055/s-0043-1777452.

3. Totikov ZV, Totikov VZ, Remizov OV, et al. Dinamika vnutribryushnogo davleniya u bolnykh kolorektalnym rakom, oslozhnennym ostroy neprokhodimostyu posle formirovaniya razgruzochnykh ileo- i transverzostom [Dynamics of intra-abdominal pressure in patients with colorectal cancer complicated by acute obstruction after formation of decompressive ileostomies and transversostomies]. Infektsii v khirurgii – Infections in Surgery. 2021;19(3-4):18-22. (In Russ.)

4. Schwartzberg DM, Valente MA. Surgical dilemmas associated with malignant large bowel obstructions. Clin

Colon Rectal Surg. 2022;35(3):197-203. DOI: 10.1055/s-0042-1742589.
5. Karakaş DÖ, Yeşiltaş M, Gökçek B, Eğin S, Hot S. 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. DOI: 10.14744/TJTES.2019.44834.
6. 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. DOI: 10.23736/S0026-4733.20.08299-1.
7. Muldoon RL. Malignant large bowel obstruction. Clin Colon Rectal Surg. 2021;34(4):251-261. DOI: 10.1055/s-0041-1729922.

Сведения об авторах:

Тотиков Заурбек Валерьевич – д.м.н., профессор, профессор кафедры хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России. https://orcid.org/0000-0003-4765-9753
Тотиков Валерий Зелимханович - д.м.н.. профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России. https://orcid.org/0000-0003-0179-9742
Халлаев Руслан Ахсарбекович- аспирант кафедры хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия СОГМА» Минздрава России. https://orcid.org/0009-0009-4057-2947
Калицова Мадина Валентиновна - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России. AuthorID: 658440
Медоев Вадим Вальтерович –к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России. AuthorID: 1273562
Тобоев Давид Владимирович- к.м.н., ассистент кафедры лучевой диагностики с лучевой терапией и онкологией ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России. https://orcid.org/0009-0007-2059-3156

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов
Финансирование: Исследование выполнено без внешнего финансирования.

Адрес для корреспонденции: Тотиков Заурбек Валерьевич–профессор кафедры хирургических болезней №2 ФГБОУ СОГМА Минздрава России, д.м.н., профессор тел.: (+7) 8672740435, e-male: z-totikov@mail.ru

Поступило: 19.01.2026
Принято в печать: 13.06.2026