



## Tactical approach for managing large intestinal obstruction of neoplastic origin

**Sarimbek NAVRUZOV<sup>1</sup>, Alijon KHATAMOV<sup>2</sup>, Rustam UBAYDULLAEV<sup>3</sup>,  
Abduvali KHAKIMOV<sup>4</sup>, Shakhzod KAMOLOV<sup>5</sup>, Bekzod ISMADIYAROV<sup>6</sup>**

"Yangi Hayot" clinic  
Kimyo International University in Tashkent  
Tashkent State Medical University

### ARTICLE INFO

#### *Article history:*

Received October 2025

Received in revised form

15 October 2025

Accepted 15 November 2025

Available online

05 Desember 2025

#### **Keywords:**

acute intestinal obstruction,  
colorectal cancer,  
obstructive obstruction,  
hemicolectomy,  
Hartmann's procedure,  
decompressive surgery,  
surgical strategy,  
tumor-related bowel  
obstruction.

### ABSTRACT

This article summarizes the results of surgical treatment of 182 patients aged 18 to 80 with acute intestinal obstruction caused by colon tumors. It has been established that performing radical primary surgery for obstructive obstruction provides the greatest advantage, as it simultaneously eliminates the complication and removes the primary tumor focus – the source of intoxication and metastasis. In cases of right-sided tumor localization, hemicolectomy with ileotransverse anastomosis is justified; in cases of left-sided tumor localization, intestinal resection with anastomosis formation is recommended when there are minimal wall changes, or resection with Hartmann's procedure in cases of severe obstruction. Decompression and drainage interventions are indicated when the patient's condition is severe, with pronounced intoxication, if the tumor is unresectable, or if the tumor process is generalized. The obtained data confirm the need for an individualized choice of surgical tactics, taking into account the stage of obstruction, the extent of the tumor, and the patient's general condition.

2181-3663/© 2025 in Science LLC.

DOI: <https://doi.org/10.47689/2181-3663-vol4-iss5-pp44-50>

This is an open-access article under the Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ru>)

<sup>1</sup> Doctor of Medical Sciences, Professor, "Yangi Hayot" clinic.

<sup>2</sup> Kimyo International University in Tashkent.

<sup>3</sup> Kimyo International University in Tashkent.

<sup>4</sup> Kimyo International University in Tashkent. E-mail: abduvali.68@mail.ru

<sup>5</sup> Kimyo International University in Tashkent. E-mail: doctorShaxzod84@mail.com

<sup>6</sup> Tashkent State Medical University. E-mail: Jack.88@mail.ru

# Ўсма келиб чиқишли йўғон ичак ўтказмаслиги ҳолатида тактик усул

## АННОТАЦИЯ

**Калит сўзлар:**  
ўткир ичак тўсилиши, йўғон ичак саратони, обструктив тўсилиш, гемиколэктомия, Гартманн амалиёти, декомпрессив аралашувлар, жарроҳлик тактикаси, ўсма обструкцияси.

Мақолада ўткир ўсма-генетик йўғон ичак тўсилиши билан кечувчи беморларда қўлланилган жарроҳлик даволаш усуллари ва уларнинг самарадорлиги умумлаштирилган. 2005–2009 йилларда 18 ёшдан 80 ёшгача бўлган 182 нафар беморда олиб борилган клиник кузатувлар таҳлил қилинди. Тадқиқот натижаларига кўра, обструктив ичак тўсилиши билан асоратланган йўғон ичак саратонида нафақат тўсилишни бартараф этиш, балки бирламчи радикал операцияни амалга ошириш мақсадга мувофиқ эканлиги аниқланди. Ўнг томон локализациясида гемиколэктомия ва илео-трансверзоанастомоз қўлланилиши маъқул деб топилган; чап томонда ичак деворида ўзгаришлар кам бўлганда резекция ва анастомоз, оғир обструкция ҳолатларида эса Гартманн амалиёти тавсия этилди. Оғир интоксикация, умумий ҳолатнинг кескин ёмонлашиши, ўсманинг резекцияга яроқсиз ҳолати ёки жараённинг генерализациясида декомпрессив ва дренажловчи операциялар ўтказилиши мақбул эканлиги кўрсатилди. Натижалар жарроҳлик тактикаси беморнинг ҳолати, ўсманинг тарқалиши ва тўсилиш даражасига қараб индивидуал танланиши зарурлигини тасдиқлайди.

## Метод тактики при непроходимости толстой кишки опухолевого генеза

## АННОТАЦИЯ

**Ключевые слова:**  
острая кишечная непроходимость, рак толстой кишки, обтурационная непроходимость, гемиколэктомия, операция Гартмана, декомпрессивные вмешательства, хирургическая тактика, опухолевая обструкция.

В данной статье обобщены результаты хирургического лечения 182 пациентов в возрасте от 18 до 80 лет с острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза толстой кишки. Установлено, что выполнение радикальной первичной операции при обтурационной непроходимости обеспечивает наибольшее преимущество, поскольку одновременно устраняет осложнение и удаляет первичный опухолевый очаг – источник интоксикации и метастазирования. При правосторонней локализации опухоли обосновано проведение гемиколэктомии с илеотрансверзоанастомозом; при левосторонней – резекция кишки с формированием анастомоза при минимальных изменениях стенки либо резекция с наложением операции по Гартману при выраженной непроходимости. Разгрузочные и дренирующие вмешательства показаны при тяжёлом состоянии больного, выраженной интоксикации, нерезектабельности

---

процесса или генерализации опухолевого процесса. Полученные данные подтверждают необходимость индивидуального выбора хирургической тактики с учётом стадии непроходимости, распространённости опухоли и общего состояния пациента.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Рост заболеваемости раком толстой кишки за последние годы отмечается во всех экономически развитых странах мира. Среди злокачественных новообразований заболеваемость колоректальным ракомочно занимает второе место и составляет 20% [1, 4, 6, 8, 9]. Как причина онкологической смертности рак толстой кишки уступает лишь раку легкого [2, 3, 9].

Ежегодно в мире регистрируется около 1000000 случаев заболевания колоректальным раком. В России ежегодно заболевает около 42000 человек, в США-130000, а в Узбекистане 2200 человек [2, 5, 9].

Рост числа больных с запущенными опухолями неизбежно сопровождается увеличением количества осложнений. В то же время необходимо отметить, что осложнения зачастую возникают на достаточно ранних стадиях заболевания, когда еще остаются перспективы эффективного воздействия на онкологический процесс. Подавляющее число больных осложненными формами онкологических заболеваний органов брюшной полости поступают не в специализированные лечебные учреждения, а в многопрофильные стационары неотложной помощи [3, 7]. Тяжесть состояния пациентов, характер основного заболевания и его осложнений обусловливают необходимость проведения интенсивной терапии и экстренного хирургического лечения [3, 5]. В связи с этим диагностика и лечение больных осложненными формами онкологических заболеваний является важной и актуальной клинической задачей.

Существующие тенденции к увеличению заболеваемости колоректальным раком, неудовлетворительный уровень качества жизни пациентов, трудность их социальной и трудовой реабилитации, до настоящего времени не до конца решенный вопрос выбора рациональной хирургической тактики при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза (показания, сроки, характер и объем операций), где эти вопросы должны решаться с учетом онкологических аспектов, свидетельствуют об актуальности изучаемой проблемы и указывают на необходимость проведения научно-исследовательской работы с целью оптимизации изучить на собственном материале тактические особенности при толстокишечной непроходимости опухолевого происхождения.

Исходя из вышеизложенного, целью настоящего сообщения является улучшение результатов своевременной диагностики и хирургического лечения, больных острой непроходимостью толстой кишки опухолевого генеза, путем ретроспективного анализа материалов клиники «Янги Хаёт» РУз.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Нами проанализированы результаты лечения 182 больных в возрасте от 18 до 80 лет с ОНТК, которым произведены различные хирургические вмешательства по поводу верифицированного диагноза РТК за период 2019–2024 гг. Средний возраст пациентов составлял – 61,2 + 0,2 года. Мужчин было-72 (39,6%), женщин-110 (60,4%).

При поступлении в стационар всем пациентам проводились комплексные методы диагностики согласно алгоритму первичного обследования больных раком толстой кишки.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На основании полученных результатов и выраженности клиники непроходимости больных разделяли на 3 группы, компенсированная – 18 (9,9%) больных; субкомпенсированная – 90 (49,4%); декомпенсированная (полная обтурационная непроходимость) – 74 (40,7%) пациентов.

**Таблица № 1.**

Вид ОНТК		
Степень ОНТК	абс.	в%
Компенсированная	18	9,9%
Субкомпенсированная	90	49,4%
Декомпенсированная	74	40,7%
Всего	182	100%

Гистологическое исследование выявило adenокарциному различной степени дифференцировки у 144 (79,1%) больных, недифференцированный рак у 8 (4,4%) больных, солидный у 15 (8,2%) больных, слизистый у 12 (6,6%) и карциноидную опухоль у 3-х (1,7%) больных.

В экстренном порядке были оперированы – 53,8% больных, срочно – 42,0% и в отсроченном порядке – 4,2% больных. Во всех случаях операцию начинали из срединного доступа.

Из 54 больных с правосторонней локализацией опухоли у 37 (68,5%) выполнена правосторонняя гемиколэктомия, у 5 (9,3%) наложен обходной илео-трансверзо анастомоз, в качестве первого этапа радикального лечения, в последующем им произведена радикальная операция. 8 (14,8%) больным раком IV стадии наложен илео-трансверзо анастомоз, как паллиативное вмешательство, 4 (7,4%) больным наложили двустороннюю илеостому.

С левосторонней локализацией рака толстой кишки оперировано 118 больных, из них у 75-ти (63,6%) произведена радикальная операция Гартмана или левосторонняя гемиколэктомия, у 43 (36,4%) без удаления опухоли острая кишечная непроходимость устранена путем наложения двусторонней колостомы у 39-ти больных, обходного транзверзо-сигмо анастомоза у 3-х больных, цекостомы у одного больного. Из указанных 43 больных у 24 был рак IV стадии, а у 19 разгружающие кишку вмешательства были первым этапом радикального лечения.

Из 10-ти больных с локализацией опухоли в поперечно-ободочной кишке 2 выполнили расширенную правостороннюю гемиколэктомию, 3 больным расширенную левостороннюю гемиколэктомию, 3 больным резекцию поперечно-ободочной кишки и 2 больным обходной анастомоз.

У 78 (42,8%) больных острая кишечная непроходимость осложнилась перитонитом: серозно-геморрагическим или серозно-фибринозным [32], фибринозно-гнойным [40] и каловым [6]. Помимо этого, у 4 больных обнаружен околокишечный абсцесс в результате микроперфорации опухоли.

Анализ показал, что в послеоперационном периоде общая частота осложнений, связанных с проведенной хирургической манипуляцией, составила 18,6% (34 пациента).

При этом нами различались осложнения как локального, так и общего характера. Из 34 пациентов с послеоперационными осложнениями у 25 (13,7% от общей когорты) имели место осложнения местного характера, непосредственно связанные с проведённой операцией. У остальных 9 (4,9% от общей когорты) пациентов наблюдалась осложнения общего характера – экстраконхиургические осложнения, то есть связанные с нарушением функции жизненно важных органов и систем при отсутствии органических изменений в зоне операционного вмешательства.

Среди осложнений локального генеза наиболее часто отмечалось нагноение послеоперационной раны – у 11 пациентов. Также зарегистрированы несостоятельность швов анастомоза – у 8 больных; инвагинация/погружение стомы в брюшную полость с последующим перитонитом – у 4 больных; параконхиургические абсцессы – у 2 больных.

Среди осложнений общего характера наблюдались острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность – у 5 пациентов; острая тромбоэмболия лёгочной артерии – у 2; острая гепаторенальная недостаточность – у 1 и острая полиорганская недостаточность – у 1 пациента.

Следует отметить, что, несмотря на проведённые мероприятия, из 34 пациентов с послеоперационными осложнениями у 19 пациентов наблюдались летальные исходы (55,9% среди пациентов с осложнениями), что составляет 10,4% от всей когорты из 182 оперированных больных. При анализе причин возникновения послеоперационных осложнений установлена корреляционная зависимость частоты, вида и тяжести осложнений от степени ОНТК, от сроков и объёма выполненной хирургической операции, а также от возрастной группы пациентов.

Так, среди больных компенсированной стадии заболевания осложнения локального характера наблюдались у 2 (8%) больных; осложнений общего характера не было. У больных субкомпенсированной стадии локальные осложнения отмечены у 7 (28,8%) больных, осложнения общего характера – у 1 (11,1%) больного. У больных декомпенсированной стадии локальные осложнения наблюдались у 16 (64%) больных, осложнения общего характера – у 8 (88,9%) больных.

При изучении зависимости развития осложнений от срока выполненных хирургических вмешательств выявлено следующее. После экстренных операций осложнения локального генеза наблюдались у 19 (76%) больных, осложнения общего генеза – у 7 (77,8%) больных. После срочных операций осложнения локального генеза регистрировались у 4 (16%) больных, осложнения общего генеза – у 2 (22,2%) больных. После отсроченных операций осложнения локального генеза отмечены у 2 (8%) больных; осложнений общего генеза не было.

**Таблица № 2.**

Вид осложнения	Локальные		Общие	
	абс.	в%	абс.	в%
Экстренные	19	76%	7	77,8%
Срочные	4	16%	2	22,2%
Отсроченные	2	8%	-	-
Всего	25	100%	9	100%

Данные свидетельствуют о прямо пропорциональной зависимости вида и тяжести послеоперационных осложнений от объёма выполненных вмешательств.

После операции по Гартману наиболее часто отмечались: нагноение послеоперационной раны – у 4 больных; перитонит – у 2 больных; паразомальный абсцесс – у 1; острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность – у 1 пациента.

После правосторонней гемиколэктомии зарегистрированы: несостоятельность швов анастомоза – у 4 больных; нагноение послеоперационной раны – у 3; острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность – у 2; тромбоэмболия лёгочной артерии – у 1; острая гепаторенальная недостаточность – у 1 больного.

После левосторонней гемиколэктомии наблюдались: несостоятельность швов анастомоза – у 2 больных; нагноение послеоперационной раны – у 3; острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность – у 1; тромбоэмболия лёгочной артерии – у 1 больного.

После наложения обходных анастомозов отмечены: несостоятельность швов анастомоза – у 2 больных; нагноение послеоперационной раны – у 1; острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность – у 1 больного.

После наложения паллиативных стом наблюдались: перитонит вследствие погружения стомы в брюшную полость – у 2 больных; паразомальный абсцесс – у 1; полиорганская недостаточность – у 1 пациента.

**Таблица № 3.**

		Операц. Гартмана	ПГКЭ	ЛГКЭ	Обходн. анастомоз	Паллиативная стома	Всего
Локальные	НША	-	4	2	2	-	8
	Нагноение	4	3	3	1	-	11
	Перитонит	2	-	-	-	2	4
	Паразомальный абсцесс	1	-	-	-	1	2
Общие	ОССН и ДН	1	2	1	1	-	5
	ТЭЛА	-	1	1	-	-	2
	ОГРН	-	1	-	-	-	1
	Полиорганская недостаточность	-	-	-	-	1	1
Всего		8	11	7	4	4	34

Из 120 (66%) больных, оперированных радикально при наличии острой кишечной непроходимости, умерли 12 (10,7%). Все 12 больных, которым опухоль удаляли после предварительного устранения острой кишечной непроходимости хирургическим путем, благополучно перенесли операцию. Из 62 (34%) больных,

которым произведено паллиативное вмешательство, умерли в раннем послеоперационном периоде 14 (24%), в том числе у 3-х была определена III стадия рака, а у 11- IV стадия.

Причиной смерти были прогрессирующий перитонит у 12 больных, несостоятельность швов анастомоза у 2-х больных, тромбоэмболические осложнения у 3-х больных, пневмония у 2-х больных, раковая кахексия у 2-х больных, сердечно-сосудистые осложнения у 5-ти больных.

### **ВЫВОДЫ**

1. При раке толстой кишки, осложненном обтурационной непроходимостью, следует стремиться не только к ликвидации осложнения, но и к выполнению радикальной первичной операции, которая выгодно отличается тем, что удаляется опухоль – источник интоксикации и метастазирования.

2. При правосторонней локализации опухоли допустимо выполнение гемиколэктомии с наложением илео-трансверзо анастомоза. При левосторонней локализации в случае небольших изменений в стенке кишки возможна резекция ее с наложением анастомоза, а в случае выраженной непроходимости операция выполняется в объеме обструктивной резекции (операция Гартмана).

3. Разгрузочные и дренирующие операции выполняются в случаях тяжелого исходного состояния пациента, выраженной интоксикации, наличия нерезектабельной опухоли или генерализации злокачественного процесса.

### **БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ**

1. Алиев С.А. // Хирургия. – 2001. – №8. – С. 44-50.
2. Брюсов П.Г., Лысенко В.Н., Малахов Ю.П. // Современные возможности хирургического комбинированного и комплексного лечения колоректального рака. – Пермь, 2023. – С. 16-17.
3. Брюсов П.Г., Малахов Ю.П. «Эволюция подходов к хирургическому лечению больных раком ободочной кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью» // Российский онкологический журнал. – 2024 – №5. – С. 4-8.
4. Васильев И.Т., Мумладзе Р.Б., Скоробогатов М.Б. Гусева С.А. // Актуальные возможности современной хирургии. – М., 2023. – С. 132.
5. Ефименко Н.А., Ушаков И.И. Стандартизированные подходы к диагностике и лечению наиболее распространенных форм злокачественных новообразований. Часть I. М., 2021. – С. 28.
6. Литвинов Р.П., Долгушин Б.И., Нечушкин М.И. и др. // Современные возможности хирургического комбинированного и комплексного лечения колоректального рака. – Пермь, 2023. – С. 57-58.
7. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е., Негребов М.Г., и соавт. // Российский онкологический журнал. – 2024 – №5. – С. 8-15.
8. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. – М., 1994.
9. Ambrosetti P., Mishel J.M., Morel P. – 2023. – Vol. 53, N 19. – P. 11585-1587.
10. Umbach T. W., Dorazio R.A. // Am. Surg. – 2023. Vol. 65.