

В.Л. Денисенко¹, Ю.М. Гаин², Б.Н. Котив³

Методика быстрого (ускоренного) выздоровления больных осложнённым колоректальным раком

¹Вторая Витебская областная клиническая больница, Витебск

²Белорусская медицинская академия последипломного образования, Витебск

³Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Приводится пример успешного клинического хирургического лечения пациентов по поводу колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, с использованием методики быстрого (ускоренного) выздоровления (так называемой «Fast-Track Recovery» или «Fast-Track Surgery») в практическом здравоохранении. Методика выполнялась в два этапа (на первом этапе осуществлено малоинвазивное «закрытое» стентирование стенозирующей опухоли с разрешением явлений непроходимости кишечника, на втором – радикальная операция с первичным восстановлением непрерывности пищеварительного тракта). Показано, что использование эндоскопической установки металлического саморасширяющегося колоректального стента позволяет в условиях острой непроходимости толстой кишки выполнить раннюю антеградную декомпрессию пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и ранней клинико-метаболической компенсацией (без лапаротомии и формирования кишечного свища). Данный подход позволяет оперативно осуществить подготовку пациента к радикальному хирургическому лечению с последующим выполнением первично-радикального вмешательства. Выявлено, что ранняя эндоскопическая декомпрессия кишечника позволяет выполнить радикальное хирургическое лечение при осложнённом колоректальном раке по принципам планового вмешательства при отсутствии проблем с приводящим отделом кишечника и с возможностью надёжного одномоментного восстановления непрерывности пищеварительного тракта. Существенное сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, отсутствие необходимости их дальнейшей хирургической реабилитации (при наложении колостомы), высокий экономический и социальный эффект использования методики быстрого выздоровления (вследствие экономии финансовых средств на лечение и реабилитацию, а также значительно более раннего восстановления оптимального качества жизни пациента), позволяют рекомендовать более широкое её применение в стационарах хирургического и онкологического профиля.

Ключевые слова: колоректальный рак, колоректальный стент, непроходимость толстой кишки, ранняя эндоскопическая декомпрессия кишечника, малоинвазивные методики, методика быстрого (ускоренного) выздоровления, качество жизни пациента.

Введение. В соответствии с данными Всемирной организации здравоохранения рак толстой кишки занимает третье место в структуре онкологической патологии, а количество больных с запущенными формами заболевания достигает 70%. В мире ежегодно регистрируется 600 тысяч новых случаев колоректального рака, половина из которых умирает. Эта локализация рака составляет 15% от всех первично диагностированных опухолей всех локализаций (30% из их числа представлено раком прямой кишки). До 6% от общего числа заболевших имеют наследственную природу болезни. Наследственный рак толстой кишки включает в себя семейную неполипозную форму заболевания (синдром Линча), а также рак, возникший из наследственных аденоматозных и гамартомных полипов. Ежегодно от колоректального рака умирает порядка 100 000 человек [2, 3, 20]. Наибольшая смертность регистрируется в Чехии, Венгрии (34,3 на 100000 человек) и Новой Зеландии (26,4), наименьшая – в Соединенных Штатах Америки (США) (15,2), Израиле (17,9), Нидерландах (17,7) и Болгарии (17,2). Пятилетняя выживаемость в Европе варьирует от 50% (в Швейцарии, Финляндии, Ни-

дерландах и Испании) до 30–39% (в Италии, Дании, Великобритании, Германии и Франции) [4, 6, 8, 15, 18, 20].

Развитые страны мира несут огромные экономические потери в связи с поражением населения колоректальным раком. Например, в США стоимость комплексного лечения больных с этой локализацией рака занимает второе место по затратам на лечение онкобольных, составляя 6,5 миллиардов долларов в год.

В странах Содружества Независимых Государств наибольшая заболеваемость отмечается в Украине (32,9 на 100000 населения) [2]. Число пациентов, поступающих и оперирующихся в экстренном порядке с раком толстой кишки, неуклонно растёт, достигая 65% от общего числа больных [15]. В Беларуси частота рака ободочной кишки составляет 19,2 (у мужчин) и 20,0 (у женщин) на 100000 тысяч взрослого населения. За последние 10 лет заболеваемость раком ободочной кишки возросла с 14,7 до 19,6; раком прямой кишки – с 15,8 до 18,2 на 100000 взрослого населения. По данным канцер-регистра Республики Беларусь, с 1990 по 2006 г. заболевае-

мость раком прямой кишки увеличилась в 1,4 раза (с 13 до 17,9 на 100000 населения). Заболеваемость раком прямой кишки населения в Беларуси в 2007 г. составила 19,1 на 100000 населения [9]. Около 85% случаев колоректального рака приходилось на возраст старше 55 лет. Данная форма рака крайне редко встречается у лиц до 30 лет, заболеваемость резко возрастает с увеличением возраста, достигая максимума в 70 лет и старше. За последнее время среди заболевших заметно увеличилось число пациентов старших возрастных групп. Так, больные старше 60 лет составляют 72,5%, среди которых лиц старше 70 лет – 42,5%. Пожилой возраст пациентов во многом определяет и позднюю обращаемость. Не менее 66,3% больных доставляются в стационар в экстренном порядке (при этом в абсолютном большинстве случаев развившиеся осложнения стали первым проявлением болезни). В результате этого более половины пациентов госпитализируется в тяжёлом состоянии. Отягощённость сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем среди лиц пожилого и старческого возраста, страдающих колоректальным раком, приближается к 100% [10, 12–14, 16, 17].

Обтурационная кишечная непроходимость является самым частым осложнением рака толстой кишки. Она развивается у 26,4–69% больных [12, 28]. Наиболее характерно это осложнение для опухолей левых отделов толстой кишки (67–72%), что связано с особенностями местного роста (эндофитный, циркулярный), спецификой интрамурального лимфооттока, а также большей плотностью опухоли этой локализации и меньшим диаметром кишки [7, 12, 17, 25–27].

До настоящего времени хирургическая тактика при обтурационной толстокишечной непроходимости на фоне рака продолжает оставаться предметом оживлённой дискуссии. Нет общепринятых подходов к выбору методов хирургического пособия и завершения операции, что требует дальнейшего научного поиска и изучения возможности реализации новых направлений решения проблемы.

В настоящее время в медицине и хирургии (в онкологии, в том числе) набирает силу направление комплексного лечения, опирающееся на методику быстрого (ускоренного) выздоровления (так называемую «Fast-Track Recovery» или «Fast-Track Surgery») [10, 13, 14, 19, 23, 24]. Она основана на применении современных высокотехнологичных подходов, включающих эффективное использование основных достижений VI технологического уклада цивилизации, позволяющих до минимума свести продолжительность лечения, сократить экономические затраты на него, получить максимально высокие окончательные результаты, обеспечить высокое качество лечения [10, 13]. Данный подход позволяет исключить промежуточные этапы лечения, существенно уменьшить общие сроки лечения и реабилитации пациентов,

достигнуть в ближайшем и отдалённом периодах высокого качества жизни пациента [29]. Получить такие результаты позволяют малоинвазивные и низкотравматичные методики оперирования (эндоскопические, лапароскопические, роботизированные) параллельно с использованием рациональных способов обезболивания и нейровегетивной защиты, применения энергии лазерного излучения, плазменного потока и ультразвука, эффективных периоперационных методов профилактики осложнений, современных реабилитационных и других новейших технологий [10]. В отношении осложнённого колоректального рака реализация методики быстрого (ускоренного) выздоровления заключается в трансформации многоэтапного хирургического лечения (операций типа Цейдлера–Шлоффера) в одномоментные вмешательства с предварительным малоинвазивным разрешением явлений кишечной непроходимости и радикальным удалением опухоли с первичным восстановлением целостности пищеварительного тракта [19, 23, 25]. Данный подход приводит не только к быстрому выздоровлению с существенным сокращением общих сроков лечения и реабилитации, он ведёт к значительному сокращению экономических затрат на лечение, имеет значимый социальный эффект вследствие более быстрого и значимого восстановления качества жизни пациента [25].

Одним из направлений реального использования методики быстрого (ускоренного) выздоровления в лечении обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости является метод реканализации зоны опухолевого стеноза (с использованием дивульсии, электро-, радиоволновой или лазерной реканализации) с последующим стентированием зоны сужения [5, 11, 12, 21, 26, 27]. После восстановления естественного пассажа кишечного содержимого и моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта, не выписывая пациента из стационара, выполняется радикальное вмешательство с удалением опухоли и одномоментным восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта [21, 24, 25].

Цель исследования. Обосновать возможность использования в практическом здравоохранении методики быстрого (ускоренного) выздоровления для хирургического лечения пациентов по поводу колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 38 пациентов с колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью, находившихся в проктологическом отделении Второй Витебской областной клинической больницы и абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера за период с 1995 по 2012 г. Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 28 пациентов в

возрасте 65,2±2,5 лет, прооперированные по поводу колоректального рака, осложнённого кишечной непроходимостью общепринятым методом. Во 2-ю группу вошли 10 пациентов в возрасте 70,1±4,2 лет, для лечения которых использована методика «Fast-Track Recovery». Методика выполнялась в два этапа. На первом этапе осуществлено малоинвазивное «закрытое» стентирование стенозирующей опухоли с разрешением явлений непроходимости кишечника, на втором – радикальная операция с первичным восстановлением непрерывности пищеварительного тракта. У всех пациентов 2-й группы при последующем гистологическом исследовании выявлена умеренно дифференцированная аденокарцинома.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что рак левой половины ободочной и прямой кишок осложнённой кишечной непроходимостью, составил 75% (табл. 1).

Структура выполненных по поводу острой толстокишечной непроходимости оперативных вмешательств у пациентов 1-й группы представлена в таблице 2.

В 75% случаев операция заканчивалась выведением кишечной стомы. Продолжительность лечения в 1-й группе составила 30,6±2,8 койко-дней.

Структура опухолей ободочной и прямой кишок больных 2-й группы представлена в таблице 3.

На обзорной рентгенографии живота, проводимой при поступлении, у всех пациентов 2-й группы отмечалась резкая пневматизация толстой кишки до уровня нисходящей ободочной кишки и горизонтальные тонкокишечные уровни различной локализации (рис. 1). Во всех случаях установлен диагноз: стенозирующий рак левой половины ободочной (прямой) кишки,

Таблица 2
Структура оперативных вмешательств в 1-й группе пациентов

Операция	Количество больных	%
Передняя резекция прямой кишки	7	25
Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки	1	4
Операция Гартмана	4	14
Брюшно-анальная резекция	1	4
Правосторонняя гемиколэктомия, илиотрансверзостомия	2	7
Резекция сигмовидной кишки	3	11
Релапаротомия, илиостомия	1	4
Резекция поперечной ободочной кишки	1	4
Обходная илиотрансверзостомия, холецистэктомия	1	4
Левосторонняя гемиколэктомия	1	4
Двухствольная илиостомия, назогастроинтестинальная зондовая декомпрессия	1	4
Петлевая сигмостомия	1	4
Передняя резекция прямой кишки	1	4
Резекция ректосигмоидного перехода, сигмостомия	1	4
Удаление опухоли, экстирпация матки с придатками, резекция сальника, сигмостомия	1	4
Резекция опухолевого конгломерата из слепой и восходящей кишки, илиостомия	1	4

острая толстокишечная обтурационная непроходимость. Проводимый лечебно-диагностический приём по Вишневному во всех случаях эффекта не имел.

Видна выраженная дилатация приводящих отделов толстой кишки с единичными тонкокишечными уровнями жидкости.

После кратковременной (2 ч) подготовки, включающей переливание калий-поляризующей смеси, кристаллоидных и коллоидных растворов (в объёме до 2 л) и премедикации (раствор промедола 2% – 1,0 мл + раствор атропина 0,1% – 1,0 мл), всем пациентам выполнена фиброколоноскопия, на которой диагноз опухоли левой половины толстой кишки подтверждён. Произведено инструментальное бужирование зоны

Таблица 1
Структура опухолевого поражения пациентов 1-й группы

Локализация и форма опухоли	Количество больных	%
Рак слепой кишки	2	7
Рак восходящего отдела толстой кишки	1	4
Рак печеночного угла ободочной кишки	2	7
Рак проксимального отдела поперечной ободочной кишки	1	4
Рак поперечной ободочной кишки	1	4
Рак нисходящей ободочной кишки	1	4
Рак сигмовидной кишки	7	25
Аденокарцинома брыжейки сигмовидной кишки	1	4
Рак ректосигмоидного отдела	1	4
Рак верхнеампулярного отдела прямой кишки	9	32
Рак среднеампулярного отдела прямой кишки	2	7

Таблица 3
Структура опухолевого поражения пациентов 2-й группы

Локализация опухоли и её форма	Количество больных	%
Рак верхнеампулярного отдела прямой кишки	1	10
Рак сигмовидной кишки	3	30
Рак ректосигмоидного отдела прямой кишки	4	40
Рак селезённого угла ободочной кишки	2	20

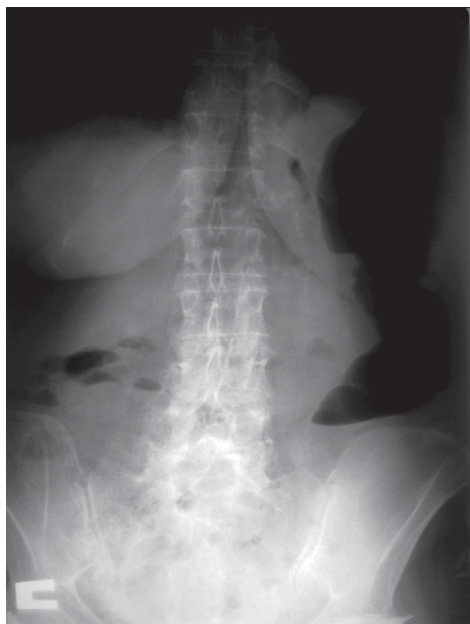


Рис. 1. Рентгенограмма пациентки с острой кишечной непроходимостью

опухолового стеноза специальным проводником средней жесткости с мягким J-образным кончиком. Через зону стеноза проводили доставочное устройство с саморасширяющимся нитиноловым трубчатым протезом с покрытием силиконовой мембраной «Choostent» (Южная Корея). В дальнейшем через просвет манипуляционного катетера в кишку заводили жесткий проводник на расстояние не менее 10 см проксимальнее верхнего края стеноза. По жесткому проводнику в область сужения устанавливали саморасширяющийся покрытый металлический стент диаметром 22 мм и длиной 140 мм, каркасно увеличивающий просвет кишки в зоне опухолевого стеноза. Вся процедура колоноскопии с установкой стента занимала около 40 мин ($37,6 \pm 4,13$ мин). Осложнений манипуляции не было. После установки устройства проводили контрольную рентгенографию живота (рис. 2).

Сразу после эндоскопического исследования и установки стента ставили сифонную клизму, после проведения которой обильно отходили стул и газы. Пациентам назначали солевые слабительные, вазелиновое масло. Внутривенно капельно больным вводили калий-полярную смесь с сердечными гликозидами, кристаллоидные сбалансированные полиэлектролитные смеси, реамберин. Назначали цефазолин 1 г три раза в сутки, фрагмин 2,5 г подкожно один раз в сутки, корригировали сопутствующую патологию. Явления кишечной непроходимости полностью у всех пациентов купировались к концу первых суток после манипуляции. Со вторых суток начинали энтеральное кормление пациентов. После полной клинико-метаболической компенсации больных и полного восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника проведены хирургические вмешательства.

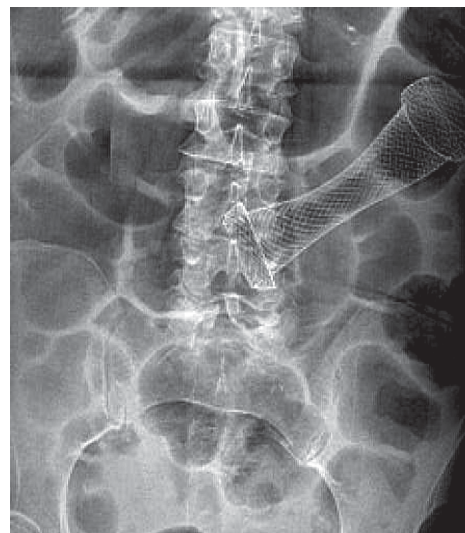


Рис. 2. Рентгенография органов брюшной полости после установки нитинолового саморасширяющегося стента

Выполнены следующие виды операций (табл. 4).

Все виды операций завершали формированием первичного анастомоза, без выведения колостомы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Продолжительность лечения во 2-й группе составила $19,7 \pm 2,1$ койко-дней.

Таким образом, новый подход, использованный в лечении осложнённого колоректального рака, показывает эффективность радикального комплексного лечения, основанного на методике быстрого выздоровления. Преимуществами последнего являются:

- возможность в условиях острой непроходимости толстой кишки ранней (малоинвазивной и полной, без лапаротомии и формирования кишечного свища) антеградной декомпрессии пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и ранней клинико-метаболической компенсацией;
- минимальная травматичность вмешательства с целью подготовки к радикальному хирургическому лечению с выполнением последнего в короткие сроки после эндоскопической декомпрессии кишечника;
- выполнение радикального хирургического лечения по принципам плановой операции при от-

Таблица 4
Виды операций, выполненных во 2-й группе пациентов

Операция	Количество больных	%
Резекция сигмовидной кишки	3	30
Передняя низкая резекция прямой кишки	5	50
Левосторонняя гемиколэктомия, спленэктомия	1	10
Субтотальная колэктомия, спленэктомия	1	10

сутствии проблем с приводящим отделом кишечника и с возможностью надёжного одномоментного восстановления непрерывности пищеварительного тракта;

– существенное сокращение сроков пребывания пациента в стационаре, отсутствие необходимости в дальнейшей хирургической реабилитации (связанной с закрытием колостомы), высокий экономический и социальный эффект (вследствие сбережения финансовых средств на лечение и реабилитацию, а также значительно более раннего восстановления оптимального качества жизни пациентов).

Выводы

1. Первый опыт клинического применения методики ускоренного выздоровления («Fast-Track Recovery») в комплексном хирургическом лечении пациентов с колоректальным раком, осложнённым толстокишечной непроходимостью, позволяет говорить о высокой эффективности данной технологии.

2. Использование эндоскопической установки металлического саморасширяющегося колоректального стента позволяет в условиях острой непроходимости толстой кишки выполнить раннюю антеградную декомпрессию пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и ранней клинико-метаболической компенсацией (без лапаротомии и формирования кишечного свища). Данный подход позволяет оперативно осуществить подготовку пациента к радикальному хирургическому лечению с последующим выполнением первично-радикального вмешательства.

3. Ранняя эндоскопическая декомпрессия кишечника позволяет выполнить радикальное хирургическое лечение при осложнённом колоректальном раке по принципам планового вмешательства при отсутствии проблем с приводящим отделом кишечника и с возможностью надёжного одномоментного восстановления непрерывности пищеварительного тракта.

4. Существенное сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, отсутствие необходимости их дальнейшей хирургической реабилитации (при наложении колостомы), высокий экономический и социальный эффект использования методики быстрого выздоровления (вследствие экономии финансовых средств на лечение и реабилитацию, а также значительно более раннего восстановления оптимального качества жизни пациента) позволяют рекомендовать более широкое её применение в стационарах хирургического и онкологического профиля.

Литература

- Аксель, Е.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб) / Е.М. Аксель [и др.] // Росс. онколог. журн. - 1999. № 6. - С. 40–46.
- Кохнюк, В.Т. Колоректальный рак / В.Т. Кохнюк. - Минск: Харвест, 2005. - 384 с.
- Ханевич, М.Д. Колоректальный рак. Выбор хирургического лечения при толстокишечной непроходимости / М.Д. Ханевич. - СПб.: Араф+, 2008. - 136 с.
- Anonymous. Long term results of single course of adjuvant intraportal chemotherapy for colorectal cancer. Swiss group for clinical cancer research // *Lancet*. - 1995. - Vol. 345. - P. 349–353.
- Audisio, R.A. Follow-up in colorectal cancer patients: a cost-benefit analysis / R.A. Audisio [et al.] // *Ann. surg. oncol.* - 1996. - № 3. - P. 349.
- Carty, N.J. Which surgery avoids a stoma in treating left - sided colonic obstruction. Results of a postal questionnaire / N.J. Carty [et al.] // *Ann. r. coll. surg. Engl.* - 1992. - Vol. 74. - P. 391–394.
- Choi, J.S. Interventional management of malignant colorectal obstruction: use of covered and uncovered stents / J.S. Choi [et al.] // *Korean j. radiol.* - 2007. - Vol. 8. - P. 57–63.
- Davidson, R. Endoluminal stenting for benign colonic obstruction / R. Davidson [et al.] // *Surg. endoscopic.* - 1998. - Vol. 12. - P. 353–354.
- Dunlop, M. Colorectal cancer / M. Dunlop // *Br. med. j.* - 1997. - Vol. 314. - P. 1882–1885.
- Francis, N. Manual of fast track recovery for colorectal surgery / N. Francis. - Toronto: Springer, 2011. - 181 p.
- Garcia-Cano, J. Use of self-expanding metal stents to treat malignant colorectal obstruction in general endoscopic practice / J. Garcia-Cano [et al.] // *Gastrointest. endosc.* - 2006. - Vol. 64. - P. 914–920.
- Geiger, T.M. Stent placement for benign colorectal stenosis: case report, review of the literature and animal pilot data / T.M. Geiger [et al.] // *Int. j. colorectal. dis.* - 2008. - Vol. 23, № 10. - P. 1007–1012.
- Goligher, I. The treatment of acute obstruction or perforation with carcinoma of the colon and rectum / I. Goligher [et al.] // *Br. j. surg.* - 1957. - Vol. 450. - P. 270–274.
- Guillem, J. Surgical treatment of colorectal cancer / J. Guillem [et al.] // *CA cancer j. clin.* - 1997. - Vol. 47, № 2. - P. 113–128.
- Ivoghli, A. Der Stellenwert minimal-invasiver operationstechniken im fast-track-konzept für die gefäßmedizin / A. Ivoghli // *Gefäßchirurgie.* - 2010. - Vol. 15, № 3. - P. 176–182.
- Kehlet, H. Evidence-Based surgical care and the evolution of fast-track surgery / H. Kehlet [et al.] // *Annals of surgery.* - 2008. - Vol. 248, № 2. - P. 189–198.
- Keymling, M. Colorectal stenting / M. Keymling // *Endoscopy.* - 2006. - Vol. 35. - P. 234–238.
- Lee, K.M. Comparison of uncovered stent with covered stent for treatment of malignant colorectal obstruction / K.M. Lee [et al.] // *Gastrointest. endosc.* - 2007. - Vol. 66. - P. 931–936.
- Longo, W.E. Risk factors for morbidity and mortality after colectomy for colon cancer / W.E. Longo [et al.] // *Dis. colon. rectum.* - 2000. - Vol. 43. - P. 83–91.
- Motwani, B.T. Adenocarcinoma of the colon and rectum. In «Cancer medicine» / B.T. Motwani. - 1997. - P. 2029–2072.
- Myrhyoy, T. Hereditary nonpolyposis colorectal cancer: clinical features and survival / T. Myrhyoy // *Progr. colorect. cane.* - 1998. - Vol. 2. - P. 1–12.
- Parkin, D.M. Global cancer statistics / D.M. Parkin [et al.] // *CA Cancer j. clin.* - 1999 Jan-Feb. - Vol. 49, № 1. - P. 33–64.
- Ptok, H. Palliative stent implantation in the treatment of malignant colorectal obstruction / H. Ptok [et al.] // *Surg. endosc.* - 2006. - Vol. 20. - P. 909–914.
- Raijman, I. Use of an expandable ultraflex stent in the treatment of malignant rectal strictures / I. Raijman [et al.] // *Endoscopy.* - 1995. - Vol. 27. - P. 273–276.
- Recart, A. Efficacy and safety of fast-track recovery strategy for patients undergoing laparoscopic nephrectomy / A. Recart [et al.] // *Journal of endourology.* - 2005. - Vol. 19, № 10. - P. 1165–1169.

26. Small, A.J. Expandable metal stent placement for benign colorectal obstruction: outcomes for 23 cases / A.J. Small [et al.] // Surg. endoscopic. – 2008. – Vol. 22. – P. 454–462.
27. Soto, S. Olivencia Endoscopic treatment of acute colorectal obstruction with self-expandable metallic stents / S. Soto [et al.] // Surg. endoscopic. – 2006. – Vol. 20. – P. 1072–1076.
28. Tsurumaru, D. Self-expandable metallic stents as palliative treatment for malignant colorectal obstruction / D. Tsurumaru [et al.] // Abdom. Im. – 2007. – Vol. 32. – P. 619–623.
29. White, P.F. The role of the anesthesiologist in fast-track surgery: from multimodal analgesia to perioperative medical care / P.F. White [et al.] // Anesthesia & Analgesia. – 2007. – Vol. 104, № 6. – P. 1380–1396.

V.L. Denisenko, Yu.M. Gain, B.N. Kotiv

«Fast-Track Recovery» technique in treatment of colorectal cancer complicated

Abstract. *The example of successful clinical surgery of patients with colorectal cancer complicated with intestinal obstruction using the technique of fast (rapid) recovery (the so-called «Fast-Track Recovery» or «Fast-Track Surgery») in public health practice is given here. The technique was performed in two stages. In the first stage we performed minimally invasive «closed» stenting stenosing tumors with a resolution of phenomena ileus, the second – radical surgery with primary restoration of continuity of the digestive tract. It is shown that the use of self-expanding metallic installation endoscopic colorectal stent allows in acute obstruction of the colon perform antegrade early decompression of the digestive tract with rapid recovery of his motor-evacuation function and early clinical and metabolic compensation (without laparotomy and intestinal fistula formation). This approach allows the rapid preparation of the patient to perform radical surgery followed by implementation of primary radical surgery. It was revealed that early endoscopic decompression of the intestine allows you to perform radical surgical treatment for complications of colorectal cancer according to the principles of planned interventions in the absence of problems with the intestine and leads to the possibility of a reliable simultaneous restoration of the continuity of the digestive tract. Significant shortening of hospital stay, no longer needed surgical rehabilitation (with colostomy), high economic and social impact of the use of a technique of rapid recovery (due to financial savings on treatment and rehabilitation, as well as much of the earlier restoration of optimal quality of life for the patient) allow to recommend its wider use in hospitals and surgical oncology profile.*

Key words: *colorectal cancer, colorectal stent obstruction of the colon, early endoscopic decompression of the intestine, minimally invasive techniques, technique of fast (rapid) recovery, quality of life of the patient.*

Контактный телефон: +375-212-37-82-47; e-mail: boln_riemn@vitebsk.by