

DOI: 10.31636/prmd.v9i1.5

Ендоскопічне стентування при obturaційній кишковій непрохідності пухлинного генезу як варіант менеджменту паліативних пацієнтів у приватній медицині: серія клінічних випадків та огляд сучасних рекомендацій

Русаков В. В.¹, Пірієва С. С.², Чистяк М. Т.³, Гавриченко Д. Г.⁴, Волошин Р. Р.⁵, Семенюк С. С.⁶, Мельниченко А. В.⁷, Науменко К. О.⁸

¹ Аспірант кафедри соціально-гуманітарних наук Національного університету «Одеська політехніка», завідувач хірургічного відділення, бариатричний хірург, ендоскопіст Медичного дому Odrex, Одеса, Україна. ORCID: 0009-0003-9744-0167; e-mail: dr.vitalii_rusakov@ukr.net

² Лікар-інтерн хірург Медичного дому Odrex, Одеса, Україна. ORCID: 0009-0002-4980-6729; e-mail: svetapena35@gmail.com

³ Лікар-інтерн хірург Медичного дому Odrex, Одеса, Україна. ORCID: 0009-0008-3655-5450; e-mail: mark.chistyak@ukr.net

⁴ Кандидат медичних наук, професор кафедри анестезіології, інтенсивної терапії і медицини невідкладних станів, доктор наук з державного управління, Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна. ORCID: 0000-0003-1595-4467; e-mail: hemostas@gmail.com

⁵ Лікар-інтерн-хірург, асистент нейрохірурга Медичного дому Odrex, Одеса, Україна. ORCID: 0009-0007-3147-0792; e-mail: dr.voloshinrr@gmail.com

⁶ Лікар-рентгенолог Медичного дому Odrex, Одеса, Україна. ORCID: 0009-0006-9086-6837; e-mail: semeniuk.xray@gmail.com

⁷ Лікар-інтерн-хірург Медичного дому Odrex, Одеса, Україна. ORCID: 0009-0008-4277-5169; e-mail: melnichenkoanzelika7@gmail.com

⁸ Лікар-ендоскопіст, керівник ендоскопічного напрямку Медичного дому Odrex, Одеса, Україна. ORCID: 0000-0002-0252-3118; e-mail: naumenko.kos@gmail.com

Для кореспонденції: Пірієва Світлана Садаївна, лікар-інтерн-хірург Медичного дому Odrex, Одеса, Україна; e-mail: svetapena35@gmail.com

Анотація

Вступ. Obturaційна кишкова непрохідність є частим ускладненням раку товстої кишки та асоціюється з високою летальністю, необхідністю формування стоми та значним погіршенням якості життя, особливо в інкурабельних пацієнтів. У сучасних рекомендаціях провідних товариств саморозширювані металеві стенти (self-expandable metal stents, SEMS) розглядаються як пріоритетна паліативна опція менеджменту obturaційної кишкової непрохідності пухлинного генезу.

Мета. Продемонструвати клінічну доцільність ендоскопічного стентування у паліативних пацієнтів з obturaційною кишковою непрохідністю та зіставити отримані результати з сучасними міжнародними рекомендаціями і даними літератури.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз трьох клінічних випадків інкурабельних пацієнтів приватного медичного закладу із раком товстої кишки IV стадії, ускладненим obturaційною кишковою непрохідністю,

яким було виконано ендоскопічне встановлення кишкових стентів (частково покритих або непокритих). Оцінювали клінічний ефект (розрішення кишкової непрохідності), частоту ускладнень та динаміку якості життя.

Результати. У всіх трьох випадках досягнуто швидкого клінічного ефекту протягом 12–48 годин: відновлення випорожнень природним шляхом, регрес абдомінального болю та здуття, стабілізація загального стану, відновлення ентерального харчування. Післяопераційних ускладнень (перфорація, кровотеча, міграція стента) не зафіксовано, рестеноз чи прогресування обструкції протягом середнього терміну функціонування стента 3–4 місяці не спостерігались. Усі пацієнти уникнули невідкладного оперативного втручання та формування колостоми, що позитивно вплинуло на якість їхнього життя та психоемоційний стан.

Висновок. Ендоскопічне стентування є ефективною та мінімально інвазивною паліативною опцією у хворих з обтураційною кишковою непрохідністю пухлинного генезу, дозволяючи уникнути невідкладної операції та стоми, зменшити ранні ускладнення та госпіталізацію і зберегти прийнятну якість життя в умовах обмеженої тривалості прогнозу. Отримані результати зіставні з рекомендаціями ESGE та даними останніх систематичних оглядів щодо переваг SEMS у паліативному лікуванні пацієнтів із злоякісними захворюваннями кишківника, ускладненими кишковою непрохідністю.

Ключові слова: обтураційна кишкова непрохідність пухлинного генезу; рак товстої кишки; менеджмент паліативних пацієнтів; саморозширювані металеві стенти; ендоскопічне стентування; приватна медицина.

Вступ

Обтураційна кишкова непрохідність пухлинного генезу (malignant colonic obstruction, MCO) спостерігається приблизно у 8–13 % пацієнтів із колоректальним раком і часто є першим проявом захворювання. У значній кількості хворих на момент діагностики вже наявні віддалені метастази, множинні супутні захворювання та обмежений функціональний статус, що робить невідкладним оперативне втручання з високим ризиком ускладнень [4–6].

Традиційним підходом у таких ситуаціях є лапаротомія чи лапароскопія з формуванням відвідної колостоми або резекцією пухлини на тлі непідготовленого кишківника, що супроводжується значною періопераційною захворюваністю та летальністю, тривалою госпіталізацією і часто — пожиттєвою стомою. Для інкурабельних пацієнтів з генералізованим процесом та обмеженим прогнозом це означає, що значну частину життя вони проводять у стаціонарі, борючись з наслідками самої операції [4, 5, 7].

На цьому фоні ендоскопічне стентування товстої кишки саморозширюваними металевими стентами розглядається як менш інвазивна альтернатива, що дозволяє швидко розрішити непрохідність, уникнути невідкладної операції та відкласти або повністю відмовитись від формування стоми. Оновлений гайдлайн ESGE 2020 року прямо рекомендує колоректальне стентування як метод вибору при палі-

ативному лікуванні обструктивної кишкової непрохідності пухлинного генезу [2, 3, 5, 6, 8].

Метою цієї роботи є: представити три клінічні випадки ендоскопічного стентування у хворих з розповсюдженим раком товстої кишки, ускладненим обтураційною непрохідністю в умовах приватної медичної установи, та обговорити їх у контексті сучасних рекомендацій ESGE, ASGE, NCCN, ESCR і даних метааналізів останніх років [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Матеріали та методи

У дослідження включено менеджмент трьох інкурабельних пацієнтів із злоякісними пухлинами товстої кишки IV стадії (наявність віддалених метастазів, канцероматоз очеревини), яких госпіталізовано до стаціонару з клінічно та рентгенологічно підтвердженою обтураційною кишковою непрохідністю.

Усім пацієнтам перед втручанням виконували:

- клінічний огляд, лабораторні дослідження, КТ органів черевної порожнини для підтвердження рівня обструкції та виключення перфорації [2, 3];
- мультидисциплінарний консиліум (онколог, хірург, ендоскопіст, анестезіолог) з урахуванням паліативного статусу, загального прогнозу та побажань пацієнта [4, 5].

Ендоскопічне стентування виконували під седатією з використанням колоноскопа та рентгеноскопічного контролю; стент проводили через пухлинне звуження по провіднику з позиціонуванням таким чином, щоб кінці стента виходили за межі стенозу щонайменше на 1,5–2 см, згідно з рекомендаціями ESGE. Застосовували частково покриті або непокриті SEMS залежно від локалізації пухлини, довжини стриктури та ризику міграції [2, 3, 5].

Оцінювали:

- технічну успішність (розкриття і позиціонування стента);
- клінічну успішність (розрешення непрохідності, відновлення випорожнень природним шляхом, можливість переходу на ентеральне харчування протягом 48 годин);
- ранні ускладнення (протягом 30 днів: перфорація, кровотеча, міграція);
- тривалість ефективного функціонування стента (час до рестенозу/рецидиву обструкції або смерті);
- суб'єктивну якість життя (за скаргами, функціональним статусом, потребою в госпіталізації).

Опис клінічних випадків

Клінічний випадок № 1

Пацієнт з аденокарциномою ободової кишки (T4aN2aM1a, стадія IVA) з метастазами в печінку та канцероматозом очеревини, обтураційною кишковою непрохідністю з активними клінічними проявами (біль, здуття, блювання, відсутність відходження газів і випорожнень).

Було виконано ендоскопічне встановлення частково покритого саморозширюваного металевого кишкового стента в ділянку пухлинного стенозу (рис. 1, 2). Протягом перших 12–24 годин відзначено відновлення пасажу кишкового вмісту, зменшення болю, регрес здуття і стабілізацію загального стану, що дозволило поступово перейти на ентеральне харчування. Післяопераційних ускладнень не зафіксовано, стент функціонував ефективно протягом близько 4 місяців без ознак рестенозу.

Клінічний випадок № 2

Пацієнт з раком середньоампулярного відділу прямої кишки з множинними метастазами в печінку та легені (cT4N1M1, стадія IV), госпіталізований з клінікою обтураційної товстокишкової непрохідності (рис. 3).

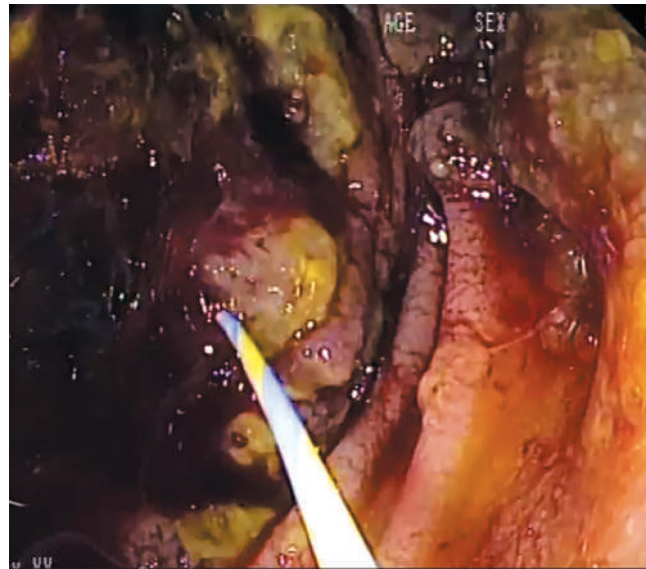


Рис. 1. Вигляд до стентування

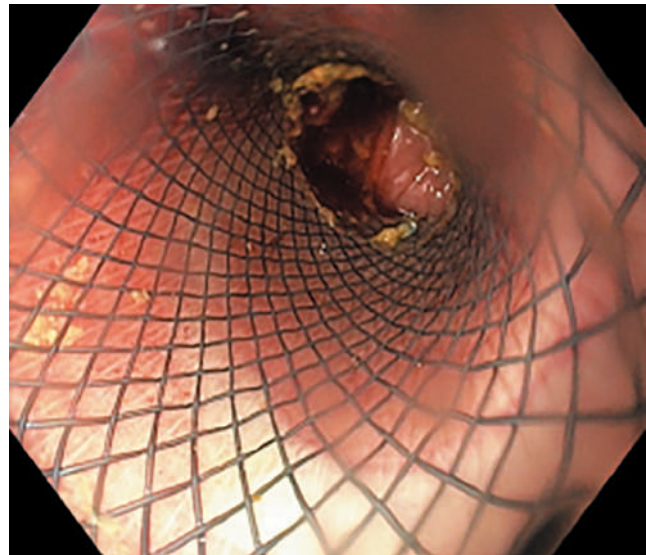


Рис. 2. Вигляд після стентування

З огляду на генералізований процес, високий операційний ризик та небажання пацієнта мати постійну стому, мультидисциплінарна команда ухвалила рішення про ендоскопічне стентування. Було виконано встановлення непокритого кишкового стента з адекватним перекриттям зони стенозу та зменшення ризиків міграції (рис. 4, 5).

Уже в перші 12 годин наявне значне полегшення симптомів, відновлення кишкового пасажу та зменшення болю. Ускладнень не зареєстровано, стент забезпечував адекватну прохідність протягом приблизно 3 місяців (рис. 6).

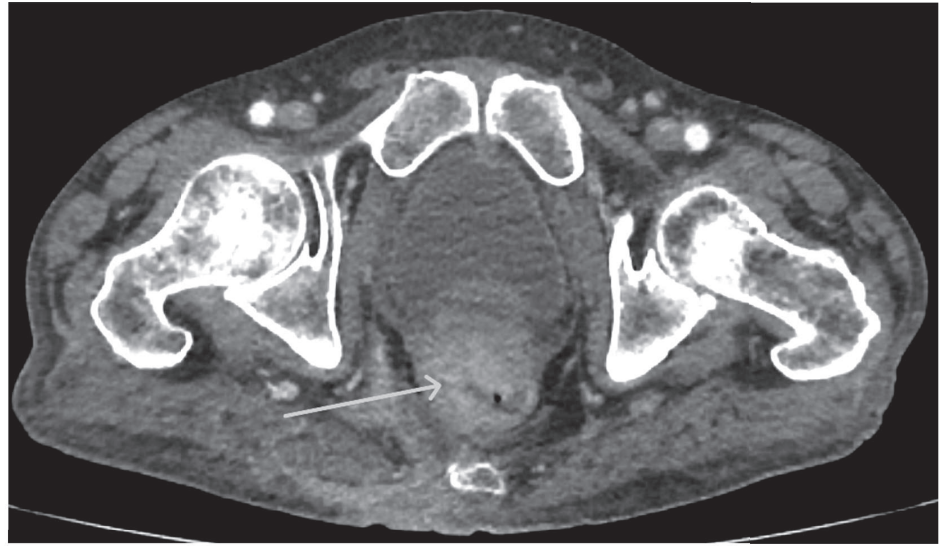


Рис. 3. КТ-дослідження до встановлення кишкового стента (стрілками вказано пухлинне звуження)

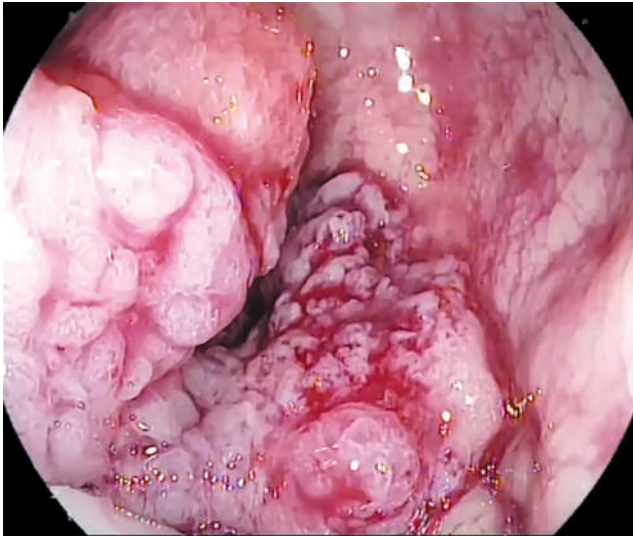


Рис. 4. Вигляд пухлини до стентування

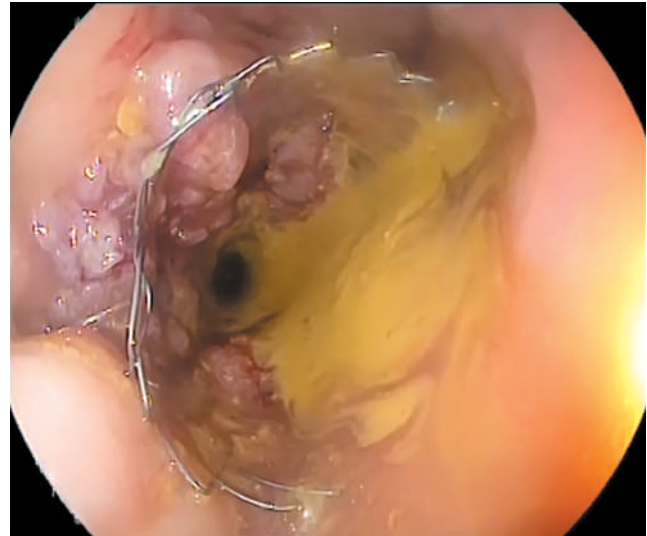


Рис. 5. Вигляд після стентування

Клінічний випадок № 3

Пацієнт із раком сигмоподібної кишки з метастазами в легені та очеревину (pT4bN2bM1b, стадія IVB), клінікою кишкової непрохідності з наростаючим болем, здуттям та блювотою.

Було виконано ендоскопічне встановлення частково покритого SEMS у ділянку пухлинного стенозу (рис. 7, 8). Ефект аналогічний попереднім випадкам: протягом першої доби відзначалось відновлення кишкового пасажу, зменшення болю, можливість ентерального харчування. Ускладнень (перфорація, міграція, кровотеча) не спостерігалось; функціонування стента залишалось задовільним протягом 4 місяців.

Результати

У всіх трьох клінічних випадках успішно встановлено стенти і досягнуто швидкого клінічного ефекту у вигляді розрішення симптомів кишкової непрохідності протягом 12–24 годин. Це зіставно з даними проспективних досліджень та метааналізів, де технічна та клінічна успішність встановлення SEMS у паліативних хворих сягає 90–100 % [4–6].

Післяопераційних ускладнень (перфорація, кровотеча, міграція стента) в нашій серії не зафіксовано, тоді як у літературі частота перфорації при паліативному стентуванні становить у середньому 4–10 %, мі-

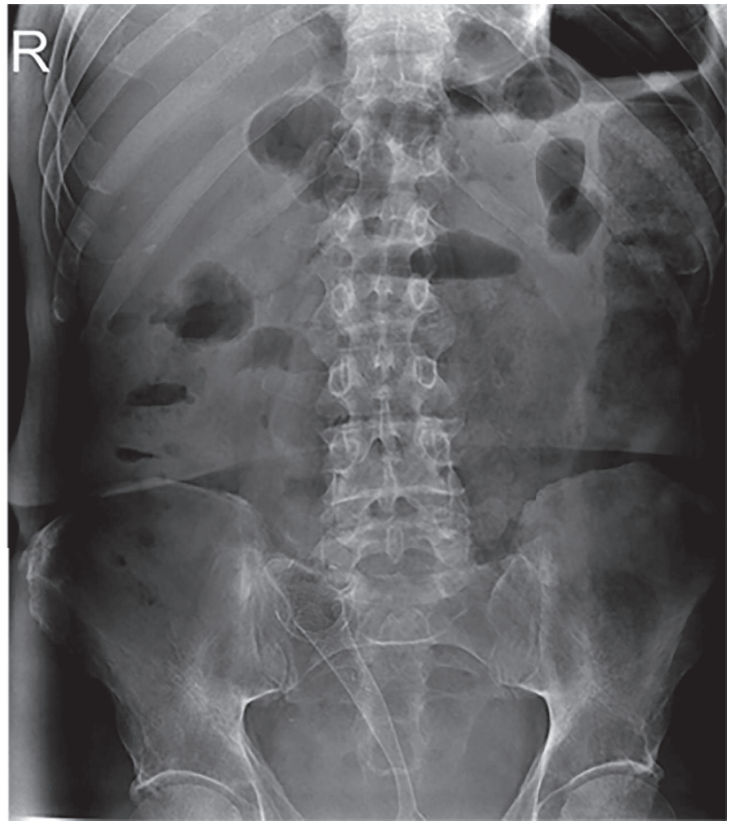


Рис. 6. Рентгенологічні дослідження після встановлення стента

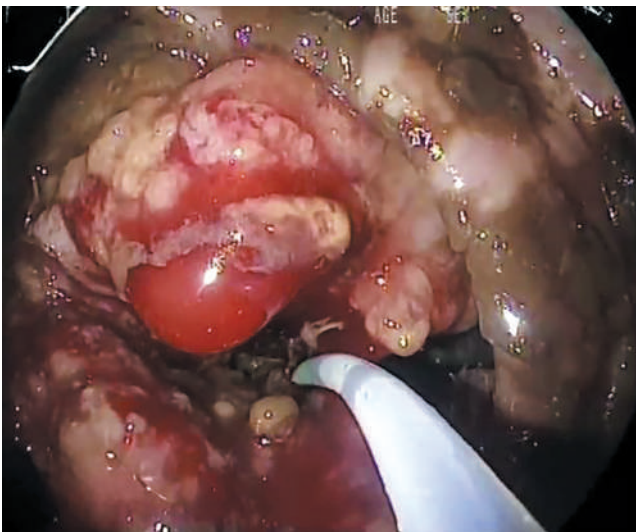


Рис. 7. Вигляд пухлинного звуження до стентування

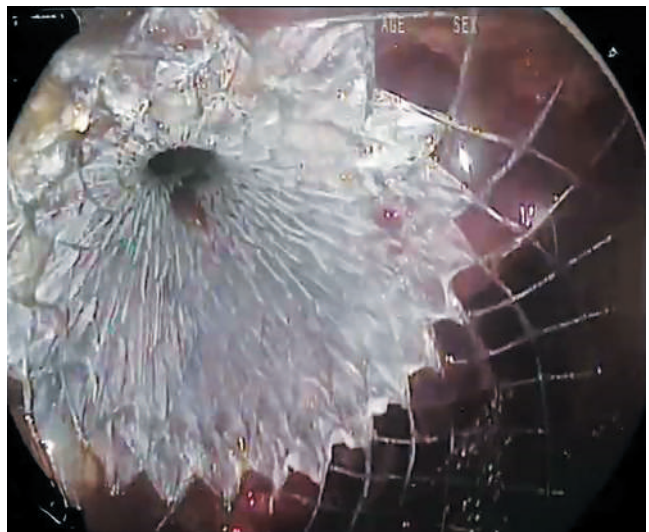


Рис. 8. Вигляд після стентування

грації – 5–15 %, пізніх рестенозів – до 20–30 % залежно від тривалості спостереження. Середня тривалість ефективного функціонування стентів у наших пацієнтів склала 3–4 місяці, що відповідає тривалості життя інкурабельних хворих з генералізованим колоректальним раком [2–5, 7].

Усі пацієнти уникнули невідкладного оперативного втручання та формування колостоми, що суттєво покращило якість їхнього життя, психоемоційний стан та можливість зберігати соціальні контакти й здатність до самообслуговування у побуті. Це корелює з результатами метааналізів, де SEMS

у паліативних пацієнтів асоціюються з нижчою частотою ранніх ускладнень, виведенням колостоми та 30-денної летальності порівняно з невідкладною хірургією [1, 4, 6, 7].

Обговорення

Сучасні рекомендації міжнародних товариств

Оновлений гайдлайн ESGE 2020 року дійшов висновку, що колоректальне стентування має бути методом вибору для паліативного лікування обструктивної кишкової непрохідності пухлинного генезу, забезпечуючи швидке полегшення симптомів та уникнення стоми у більшості пацієнтів [2, 3, 8].

ESGE рекомендує:

- застосовувати SEMS лише у пацієнтів з клінічною та рентгенологічною картиною обструкції без ознак перфорації [2, 3];
- віддавати перевагу непокритим стентам у паліативному та «curative» налаштуванні з огляду на менший ризик міграції [3];
- забезпечувати виконання процедур досвідченими ендоскопістами в медичних центрах з відповідним досвідом [2, 3].

ASGE у своїх настановах також наголошує, що колоректальне стентування показане при обструкції товстої кишки пухлинного генезу як міст до операції або як паліативна опція у пацієнтів з метастатичним процесом та високим хірургічним ризиком [9, 10].

NCCN у настановах з ведення раку ободової та прямої кишки визнає SEMS прийнятним варіантом паліативного контролю обструкції у пацієнтів з інкурабельним метастатичним захворюванням, особливо при обмеженому прогнозі та/або контраргументах проти великої операції.

ESCP та інші хірургічні товариства підкреслюють роль мультидисциплінарного підходу та важливість обговорення очікувань і пріоритетів самого пацієнта [4–6, 11].

SEMS vs оперативних втручань

Метааналізи та систематичні огляди останніх років показали, що при паліативному лікуванні обструктивного колоректального раку SEMS мають низку переваг порівняно з резекцією чи формуванням обхідних анастомозів. Зокрема, у метааналізі 2024 року SEMS асоціювалися з:

- нижчою частотою ранніх ускладнень;

- нижчою потребою у стомі та 30-денною летальністю;
- коротшим терміном госпіталізації [4–7].

Таким чином, для інкурабельних хворих із обмеженим прогнозом ключовими цілями стають не стільки максимальне продовження життя, скільки контроль симптомів, мінімізація перебування в стаціонарі та збереження чи покращення якості життя й автономності у повсякденному житті. Саме ці задачі найкраще вирішує ендоскопічне стентування [1, 4–7].

Вибір типу стента і тактика ведення

ESGE рекомендує переважно використання непокритих SEMS для паліативного стентування ободової кишки з огляду на нижчий ризик міграції, визнаючи при цьому потенційно вищу частоту пізнього рестенозу. Вибір частково покритого стента може бути виправданим при очікуванні інтенсивного місцевого росту, але потребує ретельного моніторингу щодо міграції. У нашій серії застосовано як частково покриті, так і непокриті стенти, що відповідає індивідуалізованому підходу, рекомендованому ESGE та ASGE [2, 3, 5, 9].

Важливим елементом є попереднє виконання КТ органів черевної порожнини з контрастуванням, що дозволяє виявити протяжність стенозу, наявність проксимальних дилатацій, виключити перфорацію та обрати оптимальну довжину й діаметр стента [2, 3, 5].

Якість життя пацієнтів та цінність обраного методу лікування

Результати нашої невеликої серії добре відображають ключові переваги SEMS, описані в міжнародній літературі: швидке полегшення симптомів, можливість продовження ентерального харчування, мінімальний період перебування в стаціонарі та уникнення стоми. Для пацієнта це часто важить більше, ніж додаткові тижні чи місяці виживання, досягнуті ціною важкої операції й тривалої реабілітації [4–6, 11].

Таким чином, наші клінічні спостереження підтверджують, що стентування при обтураційній кишкової непрохідності пухлинного генезу є не лише технічно можливим та безпечним, а й «людським» методом, який ставить у центр уваги якість життя пацієнта [4–6, 11].

Висновки

1. Ендоскопічне стентування саморозширюваними металевими стентами у паліативних пацієнтів з обтураційною кишковою непрохідністю пухлинного генезу забезпечує швидке відновлення кишкового пасажу, ефективний контроль симптомів та можливість уникнути невідкладного оперативного втручання і формування колостоми [2–6].
2. Отримані нами результати, їх технічна та клінічна успішність, відсутність ранніх ускладнень, середня тривалість ефективного функціонування стентів узгоджуються з даними сучасних метааналізів та гайдлайнів, що підтримують SEMS як метод вибору при менеджменті пацієнтів з обструктивним колоректальним раком [2–7].
3. Із позицій пацієнт-центричної медицини ендоскопічне стентування дозволяє зберегти прийнятну якість життя, психоемоційну стабільність та соціальну активність у термінально хворих, що робить цей метод важливою складовою мультидисциплінарної допомоги [4–6].

Етичні аспекти

Дослідження виконано у відповідності до принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації та чинного національного законодавства щодо прав пацієнтів. Усі пацієнти надали усвідомлену інформовану згоду на проведення ендоскопічного лікування та використання клінічних даних і зображень у наукових цілях з гарантією конфіденційності персональної інформації.

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність реальних або потенційних конфліктів інтересів, пов'язаних із цією публікацією, включно з фінансовими, академічними чи особистими зобов'язаннями, які могли б вплинути на інтерпретацію результатів або висновків даного дослідження.

Фінансування

Дослідження не отримувало фінансування; усі процедури виконано під час повсякденної клінічної практики.

References

1. van Hooft JE, Veld JV, Arnold D, et al. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2020. 2020 May; 52(5):389–407. doi: 10.1055/a-1140-3017.
2. Cardoso PM, Rodrigues-Pinto E, Self-Expandable Metal Stents for Obstructing Colon Cancer and Extracolonic Cancer: A Review of Latest Evidence 2024 Cancers (Basel) . 2024 Dec 30;17(1):87. doi: 10.3390/cancers17010087.
3. Veld J, Umans D, van Halsema E, et al. Self-expandable metal stent placement or emergency surgery as palliative treatment for obstructive colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. 2020 Nov;155:103110. doi: 10.1016/j.critrevonc.2020.103110. Epub 2020 Sep 22.
4. Ribeiro IB, Bernardo WM, Martins BDC et al, Colonic stent versus emergency surgery as treatment of malignant colonic obstruction in the palliative setting: a systematic review and meta-analysis. 2018 May;6(5):E558-E567. doi: 10.1055/a-0591-2883. Epub 2018 May 8.
5. Ma B, Ren T, Cai C et al. Palliative procedures for advanced obstructive colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. J Gastrointest Oncol. 2024 Sep 23;39(1):148. doi: 10.1007/s00384-024-04724-6.
6. Lau RST, Hon SSF, Ho MF et al. Palliative resection versus palliative stenting for intestinal obstruction in metastatic colorectal cancer: a propensity score-matched analysis. Ann Coloproctol. 2025; 41(6):528–536. DOI: <https://doi.org/10.3393/ac.2025.00535.0076>
7. Di Mitri R, Mocciaro F, Traina M et al. Self-expandable metal stents for malignant colonic obstruction: data from a retrospective regional SIED-AIGO study. 2014 Mar;46(3):279–82. doi: 10.1016/j.dld.2013.11.001. Epub 2013 Dec 8.
8. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer. Version 2024. National Comprehensive Cancer Network (NCCN); 2024. NCCN Guidelines. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&tid=1428>
9. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer. Version 2024. National Comprehensive Cancer Network (NCCN); 2024. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&tid=1460>
10. UpToDate. Enteral stents for the management of malignant colorectal obstruction 2026. Available from: https://www.uptodate.com/contents/enteral-stents-for-the-management-of-malignant-colorectal-obstruction?search=Management%20of%20malignant%20large%20bowel%20obstruction%20in%20adults.%20Wolters%20Kluwer%3B%202024&source=search_result&selectedTitle=7-150&usage_type=default&display_rank=7
11. Pisano M, Zorcolo L, Merli C et al. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. 2018 Aug 13;13:36. doi: 10.1186/s13017-018-0192-3. eCollection 2018.

Endoscopic stenting for malignant large-bowel obstruction as a management option for palliative patients in private medical practice: a case series and review of contemporary guidelines

Vitalii Rusakov¹, Svitlana Piriieva², Marko Chystiak³, Dmytro Havrychenko⁴, Ruslan Voloshyn⁵, Serhii Semeniuk⁶, Anzhelika Melnychenko⁷, Kostiantyn Naumenko⁸

¹ PhD student, Department of Social and Humanitarian Sciences, National University "Odesa Polytechnic"; Head of Surgical Department, Bariatric Surgeon, Endoscopist, Medical Home Odrex, Odesa, Ukraine. ORCID: 0009-0003-9744-0167; e-mail: dr.vitalii_rusakov@ukr.net

² Surgical Intern, Medical Home Odrex, Odesa, Ukraine. ORCID: 0009-0002-4980-6729; e-mail: svetapena35@gmail.com

³ Surgical Intern, Medical Home Odrex, Odesa, Ukraine. ORCID: 0009-0008-3655-5450; e-mail: mark.chistyak@ukr.net

⁴ Candidate of Medical Sciences, Professor of the Department of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Medicine, Doctor of Science in Public Administration, Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine. ORCID: 0000-0003-1595-4467; e-mail: hemostas@gmail.com

⁵ Surgical Intern, Assistant Neurosurgeon, Medical Home Odrex, Odesa, Ukraine. ORCID: 0009-0007-3147-0792; e-mail: dr.voloshinrr@gmail.com

⁶ Radiologist, Medical Home Odrex, Odesa, Ukraine. ORCID: 0009-0006-9086-6837; e-mail: semeniuk.xray@gmail.com

⁷ Surgical Intern, Medical Home Odrex, Odesa, Ukraine. ORCID: 0009-0008-4277-5169; e-mail: melnicenkoanzelika7@gmail.com

⁸ Endoscopist, Head of the Endoscopic Department, Medical Home Odrex, Odesa, Ukraine. ORCID: 0000-0002-0252-3118; e-mail: naumenko.kos@gmail.com

For correspondence: Svitlana Piriieva, Surgical Intern, Medical Home Odrex, Odesa, Ukraine; e-mail: svetapena35@gmail.com

Abstract

Background. Malignant bowel obstruction is a frequent complication of colorectal cancer and is associated with high mortality, frequent stoma formation, and a marked deterioration in quality of life, especially in incurable patients. In current guidelines of leading societies, self-expandable metal stents (SEMS) are considered a priority palliative option for the management of malignant bowel obstruction.

Objective. To demonstrate the clinical usefulness of endoscopic stenting in palliative patients with mechanical bowel obstruction and to compare the obtained results with contemporary international guidelines and data from the literature.

Materials and methods. A retrospective analysis was performed of three clinical cases of incurable patients from a private clinic with stage IV colorectal cancer complicated by large-bowel obstruction who underwent endoscopic placement of colonic stents (partially covered or uncovered). Clinical effect (resolution of obstruction), complication rate, and quality-of-life dynamics were assessed.

Results. In all three cases, a rapid clinical effect was achieved within 12–48 hours: restoration of spontaneous bowel movements, regression of abdominal pain and distension, stabilization of the general condition, and resumption of enteral nutrition. No procedure-related complications (perforation, bleeding, stent migration) were recorded, and no restenosis or progression of obstruction was observed during the mean stent patency of 3–4 months. All patients avoided emergency surgery and stoma formation, which had a positive impact on quality of life and psycho-emotional status.

Conclusion. Endoscopic stenting is an effective and minimally invasive palliative option in patients with malignant bowel obstruction, allowing avoidance of emergency surgery and stoma, reduction of early complications and hospitalization, and preservation of acceptable quality of life in the setting of limited life expectancy. The obtained results are consistent with ESGE recommendations and recent systematic reviews demonstrating the advantages of SEMS in the palliative treatment of patients with malignant intestinal disease complicated by obstruction.

Keywords: malignant bowel obstruction; colorectal cancer; palliative patient management; self-expandable metal stents; endoscopic stenting; private medicine.