

EUROPEAN CONGRESS OF SCIENTIFIC DISCOVERY

Proceedings of V International Scientific and Practical Conference

Madrid, Spain

28-30 April 2025

Madrid, Spain

2025

12. **Гаврюшов Д. М., Сенчук А. Я., Калюжна В. М., Мартинова Д. А., Петрик О. С.** 60
РОЛЬ ВІТАМІНУ Е У РЕГУЛЯЦІЇ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ ТА ТЕРАПІЇ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ
13. **Голозубова О. В., Алиєва С. В.** 67
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ФОРМ ЗАЛІЗА ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ
14. **Демиденко О. Д., Нестеренко Ю. Р., Бикова А. В.** 70
ІНФЕКЦІЇ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, ТА ЇХ ВПЛИВ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я
15. **Долгоруку М. І., Марченко А. С.** 74
АНАЛІЗ СУЧАНИХ МЕТОДІВ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ГІПЕРТРОФІЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ
16. **Кармазіна І. С., Крайня О. Є.** 78
МЕХАНІЗМ ВИНИКНЕННЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ ПРИ МІГРЕНІ
17. **Кубрак М. А., Красний В. В.** 85
АНАЛІЗ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ РАКУ ТОВСТОГО КИШКІВНИКА
18. **Мамон М. О., Марченко А. С.** 88
ТЕЛЕМЕДИЦИНА У СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ
19. **Панчак О. В., Федів В. І., Мільович І. Р.** 91
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД. ЯК ЗАПОБІГТИ ВИНИКНЕННЮ ПТСР?
20. **Різниченко О. К., Аксьонова А. С., Кривоногих К. Р.** 94
ВПЛИВ СТРЕСУ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАПРУЖЕННЯ НА ФОРМУВАННЯ НЕВРОТИЧНИХ ЗВИЧОК
21. **Смоляник К. М., Кочкіна К. О.** 98
3D-ДРУК У РЕКОНСТРУКТИВНІЙ ХІРУРГІЇ: ПЕРСПЕКТИВИ ПЕРСОНАЛІЗОВАНИХ ІМПЛАНТАТІВ
22. **Ткаченко С. С., Дудник В. О.** 101
ЛЯКЛИВИЙ ТЕМПЕРАМЕНТ ЯК ФАКТОР ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ДИТЯЧОМУ ТА ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ: ПОВЕДІНКОВІ, НЕЙРОБІОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ
23. **Шумейко О. В., Шкорута А. Л.** 106
ГІДРОКСИСЕЧОВИНА У ПРОФІЛАКТИЦІ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ ТРОМБОЦИТЕМІЄЮ

АНАЛІЗ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ РАКУ ТОВСТОГО КИШКІВНИКА

Кубрак Михайло Анатолійович

кандидат медичних наук, доцент

Красний Валерій Володимирович

Студент

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Вступ. Рак ободової кишки (РОК) займає третє місце серед найпоширеніших онкологічних захворювань у світі та друге – за рівнем смертності. Більше половини пацієнтів з РОК потребують ургентного оперативного втручання через розвиток ускладнень. Такі втручання, як правило, спрямовані на порятунок життя, а не на досягнення онкорадикальності, що негативно позначається на довгострокових результатах лікування.

Наявність численних клінічних труднощів при лікуванні ускладнених форм РОК обумовлює актуальність подальших досліджень з метою покращення якості хірургічної допомоги та загального прогнозу для цієї категорії хворих.

Мета роботи. Оцінити віддалені результати лікування пацієнтів, оперованих з приводу ускладнених форм раку ободової кишки в умовах загальнохірургічного стаціонару, з урахуванням виживаності та клінічних факторів, що впливають на прогноз.

Матеріали та методи. До дослідження включено 71 (100 %) пацієнт, які були прооперовані з приводу ускладнених форм РОК у хірургічному відділенні КНП «МЛЕ та ШМД» ЗМР. Гендерний показник включає: 35 (49,3 %) жінок і 36 (50,7 %) чоловіків; середній вік – $67,9 \pm 12,7$ років. Операції проведено з таких причин: гостра obturaciyна непрохідність – 49 (69,1 %), пухлина з перфорацією – 13 (18,3 %), товстокишкова кровотеча – 3 (4,2 %), поєднання ускладнень – 6 випадків (8,4 %). Локалізація пухлини: праві відділи – 23

(32,4 %), ліві – 48 (67,6 %). Радикальні втручання виконано 48 (67,6 %) пацієнтам, з них у 40 (83,3 %) – з лімфодисекцією D1. Циторедуктивні операції – у 18 (25,4 %), симптоматичні – у 5 (7,0 %) хворих.

Стадіювання за TNM (8-ий перегляд, 2017): II стадія – 15 (21,1 %), III-32 (45,1 %), IV – 24 (33,8 %). За гістологічною диференціацією: G2 – 44 (62,0 %), G3 – 25 (35,2 %), G1 – 2 (2,8 %).

Післяопераційні ускладнення виникли у 32 (45,1 %) пацієнтів, рання летальність – у 8 (11,3 %). Після виписки 63 (88,7 %) пацієнти були направлені до онкоцентру для розгляду питання щодо ад'ювантної хіміотерапії, яку отримали 19 (30,2 %).

Контроль здійснювався за допомогою комп'ютерної томографії з контрастуванням і колоноскопії: кожні 3 міс у перший рік, кожні 6 міс – у другий і третій. Період спостереження – 36 місяців або до настання летального випадку.

Дослідження проводилося відповідно до етичних вимог ЗДМФУ та Гельсінкської декларації. Статистичний аналіз здійснювався у STATISTICA 13.0 і MS Excel 2013. Оцінка виживаності проводилась методом Каплана-Мейєра.

Результати та обговорення. Із 63 пацієнтів, які були виписані з хірургічного стаціонару та скеровані до КНП «ЗРПЦ» ЗОР, лише 31 (49,2 %) звернулися до онколога державного онкоцентру, ще 6 (9,5 %) – до приватних медичних закладів. Водночас 26 (41,3 %) пацієнтів не зверталися за спеціалізованою онкологічною допомогою.

Із 37 (58,7 %) пацієнтів, які звернулися до онколога, 19 (51,4 %) розпочали курс специфічної хіміотерапії: 14 (73,7 %) – з неметастатичним РОК, 5 (26,3 %) – з метастатичним. У 7 (18,9 %) випадках призначено лише динамічне спостереження (IIA стадія без факторів несприятливого прогнозу).

Ще 9 (24,3 %) пацієнтів були переведені на паліативне лікування у зв'язку з неможливістю проведення хіміотерапії (ECOG 4, декомпенсація органів і систем, гематологічні порушення, токсичність 3–4 ст.).

Серед 14 пацієнтів з неметастатичним РОК, специфічне лікування проводилось за такими схемами: FOLFOX4 – у 5 (35,7 %), XELOX – у 4 (21,1 %), Капецитабін – у 3 (15,8 %), de Gramont – у 1 (5,2 %), комбіновано FOLFOX4 + XELOX – у 1 (5,2 %).

У групі пацієнтів з метастатичним раком: FOLFOX6 застосовано у 2 (40,0 %), FOLFIRI – у 2 (40,0 %), XELIRI – у 1 (20,0 %) пацієнта.

Серед 43 (68,3 %) пацієнтів із неметастатичним РОК протягом 36 місяців спостереження зафіксовано: місцевий рецидив – у 6 (14,0 %), регіональний – у 8 (18,6 %), віддалені метастази – у 12 (27,9 %). У 17 (39,5 %) пацієнтів рецидивів не виявлено.

Висновки. Лише 37 (58,7 %) пацієнтів після операції звернулися за спеціалізованою онкологічною допомогою; 26 (41,3 %) не продовжили лікування через різні причини. Із тих, хто звернувся до онколога, 19 (51,4 %) розпочали курс хіміотерапії, 7 (18,9 %) переведено на динамічне спостереження, а 9 (24,3 %) – на симптоматичне лікування згідно з протоколами паліативної допомоги. Серед 43 (68,3 %) пацієнтів з неметастатичним РОК за період спостереження виявлено: місцевий рецидив у 6 (14,0 %), регіональний – у 8 (18,6 %), метастатичний – у 12 (27,9 %). У 17 (39,5 %) пацієнтів ознак рецидиву не виявлено. Загальна 1-річна виживаність у досліджуваній групі склала $56,3 \pm 5,9$ %, 3-річна – $38,0 \pm 5,8$ %.