

SCI-CONF.COM.UA

FUTURE OF SCIENCE: INNOVATIONS AND PERSPECTIVES



**PROCEEDINGS OF XII INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
OCTOBER 6-8, 2025**

**STOCKHOLM
2025**

TABLE OF CONTENTS

AGRICULTURAL SCIENCES

1. **Voitovska V. I., Podolina L. I.** 9
LONG-TERM PRESERVATION OF SORGHUM (SORGHUM SPP.)
COLLECTION IN IN VITRO CULTURE
2. **Сніжок О. В.** 15
КАПУСТЯНА МІЛЬ ОДИН З НЕБЕЗПЕЧНИХ ШКІДНИКІВ НА
ПОСІВАХ РІПАКІВ
3. **Фатуллаев Парвиз Улкер оглы, Зейналова Гунай Хикмет г.** 19
ВЛИЯНИЕ СОРНЯКОВ НА УРОЖАЙНОСТЬ ОЗИМОЙ
МЯГКОЙ ПШЕНИЦЫ В УСЛОВИЯХ НАХЧЫВАНСКОЙ
АВТОНОМНОЙ РЕСПУБЛИКЕ АЗЕРБАЙДЖАНА

BIOLOGICAL SCIENCES

4. **Rymaruk P. V., Sirenko A. G.** 27
MINER BEES (ANDRENIDAE, APOIDEA, HYMENOPTERA,
INSECTA) OF THE VERKHOVYNSKY NATIONAL NATURE
PARK

MEDICAL SCIENCES

5. **Lizanets N. V., Ihnatko Ya. Ya.** 38
IMPACT OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION ON THE
CLINICAL COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA AND CHRONIC
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
6. **Діденко К. А., Савицька О. В., Ммоквелу М. Ч.** 41
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІДЕОКОНСУЛЬТАЦІЙ ІЗ СІМЕЙНИМ
ЛІКАРЕМ, ЇХНІ ПОЗИТИВНІ І НЕГАТИВНІ СТОРОНИ
7. **Зелена В. П., Пустова Н. О., Саріан О. І.** 45
ІХТІОЗ АРЛЕКІНА. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗАХВОРЮВАННЯ
8. **Кубрак М. А., Гаврильченко А. К.** 49
ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЗІ
ЗЛОЯКІСНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТОВСТОЇ КИШКИ,
УСКЛАДНЕНИМИ ПЕРФОРАЦІЄЮ
9. **Оболонська О. Ю., Правдіна С. І.** 54
АКТУАЛЬНІСТЬ РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ДІТЕЙ З
ПОЛІТРАВМОЮ
10. **Степанченко К. А.** 57
МУЛЬТИМОРБІДНИЙ ПІДХІД ДО ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ
ЖИТТЯ ХВОРИХ НА МІГРЕНЬ

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТОВСТОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНИМИ ПЕРФОРАЦІЄЮ

Кубрак Михайло Анатолійович

кандидат медичних наук, доцент

Гаврильченко Андрій Костянтинівич

Студент

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Вступ.

Рак ободової кишки (РОК) посідає одне з провідних місць за поширеністю серед злоякісних пухлин, складаючи близько 10 % усієї онкопатології. За даними GLOBOCAN (BOOЗ, 2020), у світі щорічно реєструється ~1,93 млн нових випадків колоректального раку, а смертність від раку товстої кишки є другою за частотою причиною онкологічної летальності в світі (поступаючись лише раку легень); в Україні цей показник займає третє місце (після раку легень та раку молочної залози). Висока летальність зумовлена великою часткою первинно метастатичних і ускладнених форм РОК. Одним із найсерйозніших ускладнень перебігу колоректального раку є перфорація кишки, що спостерігається у 5–20 % пацієнтів. У приблизно 65-70 % випадків перфорація виникає безпосередньо в ділянці пухлини (у решти 30-35 % – поза нею) та найчастіше призводить до розлитого перитоніту; лише іноді перфорація перебігає з формуванням локального перипухлинного абсцесу.

Перфорація пухлини потребує екстреного оперативного втручання, основною метою якого є порятунок життя пацієнта, без можливості повноцінного передопераційного дообстеження чи планування радикальної операції. Як наслідок, майже 90 % таких ургентних втручань обмежуються накладанням стоми та мінімальною резекцією пухлинного осередку (а інколи навіть просто дрениванням абсцесу). Подібна тактика не відповідає

онкологічним стандартам і асоціюється з незмінно високою частотою післяопераційних ускладнень, значною летальністю та вкрай низькими показниками виживаності. Таким чином, залишається актуальним питання пошуку оптимальної периопераційної стратегії лікування хворих на РОК, ускладнений перфوراцією.

Ціль роботи.

Проаналізувати результати діагностики та лікування хворих із злоякісною патологією товстої кишки, ускладненою перфوراцією, на периопераційному етапі.

Матеріали та методи.

Дослідження проведене на базі двох хірургічних стаціонарів м. Запоріжжя у 2018–2023 рр.. Виконано ретроспективно-проспективне когортне зіставлення результатів лікування 180 пацієнтів з ускладненими формами РОК. Основна (проспективна) група включала 109 хворих (60,6 %), група порівняння (ретроспективна) – 71 хворого (39,4 %). Серед усіх випадків ускладненого РОК перфорація товстої кишки відзначена у 24 пацієнтів основної групи (22,0 %) та у 16 пацієнтів групи порівняння (22,5 %).

На догоспітальному та доопераційному етапах усі пацієнти проходили мінімально необхідне обстеження: ультразвукову діагностику черевної порожнини та оглядову рентгенографію грудної і черевної порожнини (виконано практично у 100 % хворих), а комп'ютерну томографію (КТ) з контрастуванням – за показаннями (у 25,0 % пацієнтів основної групи і 18,8 % групи порівняння). Після обстеження усім хворим обох груп проведено невідкладні хірургічні втручання тієї чи іншої ургентності. В основній (проспективній) групі застосовано розширену тактику невідкладного хірургічного лікування, що передбачала виконання по можливості первинної радикальної резекції пухлини (з лімфодисекцією) та відновлення кишкової неперервності або накладання превентивної стоми; у частини пацієнтів ці операції виконувалися лапароскопічно. У групі порівняння аналізувалися результати стандартного підходу, за якого обсяг ургентної операції був

обмеженим (паліативним). Для обробки даних використано програмне забезпечення STATISTICA 13.0 та MS Excel; критерієм статистичної значущості відмінностей обрано рівень $p < 0,05$.

Результати та обговорення.

Більшість пацієнтів обох груп прооперовані в ургентному порядку. Зокрема, в основній групі у 15 хворих (62,5 %) операцію виконано негайно (невідкладно), у 6 (25,0 %) – в ургентному режимі протягом перших годин після стабілізації стану, і у 3 (12,5 %) пацієнтів втручання було відтерміноване на 1–2 доби для оптимізації стану. У групі порівняння негайні операції становили 68,8% (11 пацієнтів), ургентні – 31,3 % (5 пацієнтів); випадків відтермінування операції не було. Середній час від госпіталізації до операції становив 5,2 год у основній групі та 4,1 год у групі порівняння ($p > 0,4$), що відображає подібну невідкладність станів. У преопераційному періоді практично всі пацієнти обстежені методом УЗД та рентгенографії; при цьому в основній групі КТ застосовано дещо частіше, ніж у ретроспективній (25 % vs 18,8 %). У переважної більшості хворих обох груп перфорація призвела до дифузного перитоніту (діагностовано у 92 % випадків); лише у поодиноких пацієнтів спостерігалось формування локального перипухлинного абсцесу. За локалізацією перфорацій домінували ліві відділи товстої кишки – приблизно у двох третин випадків (66,7 % в основній та 62,5 % у групі порівняння).

Хірургічна тактика в групі порівняння була онкологічно неповноцінною. У половини пацієнтів виконували лише резекцію ураженого сегмента товстої кишки з формуванням кінцевої колостоми (операція типу Гартмана); ще у 2 хворих (12,5 %) через нерезектабельність пухлини обмежилися тільки виведенням стоми та дренуванням зони перфорації. Лише приблизно в 31 % випадків у групі порівняння вдалося накласти первинний анастомоз (усі ці операції – при правобічній локалізації пухлини). При цьому в жодному з випадків у ретроспективній групі не виконано лімфодисекцію регіонарних лімфовузлів, що свідчить про відсутність радикалізму втручань.

Натомість у основній групі вдалося значно розширити обсяг ургентної

операції до онкохірургічних стандартів. Первинну радикальну резекцію пухлини товстої кишки (з подальшою реконструкцією або превентивною стомою) проведено у 23 із 24 пацієнтів (95,8 %). Зокрема, у 12 хворих (50,0 %) виконано одномоментну резекцію з формуванням первинного кишкового анастомозу – в тому числі після інтраопераційного лаважу товстої кишки при лівобічних перфораціях, а також у всіх випадках правобічної локалізації процесу. У 11 пацієнтів (45,8 %) основної групи накладено тимчасову кінцеву стому (при цьому пухлину видалено, як і в першій підгрупі); лише в 1 випадку перфорації (4,2 %) через місцеву поширеність процесу оперативне втручання обмежилось паліативним дрениванням зони пухлини з виведенням колостоми. Важливо, що у прооперованих хворих основної групи виконувалася онкологічна лімфаденектомія: у 17 пацієнтів (70,8 %) – дисекція пре- та параколичних лімфовузлів (D1) з біопсією мезоколичних, у 6 (25,0 %) – розширена лімфодисекція D2. Таким чином, у 96 % випадків хірургічне втручання в основній групі було проведено з урахуванням принципів онкорадикальності. Окрім того, у 7 пацієнтів (29,2 %) застосовано малоінвазивні лапароскопічні технології для виконання операції, що дозволило мінімізувати травматичність втручання; ще у 4 хворих (16,7 %) розпочате лапароскопічно втручання довелося перевести у відкриту операцію (конверсія) через неможливість виконати повний обсяг маніпуляцій ендоскопічно. У групі порівняння лапароскопія не застосовувалася взагалі.

Застосування агресивнішої хірургічної тактики в основній групі не призвело до погіршення безпосередніх результатів – навпаки, стан пацієнтів після операції був кращим порівняно з групою стандартного підходу. Загальна частота післяопераційних ускладнень в основній групі склала 20,8 %, що статистично достовірно менше, ніж 43,8 % у групі порівняння ($p = 0,037$). Зниження післяопераційної захворюваності відбулося передусім за рахунок різкого зменшення кількості ранових ускладнень: у основній групі вони виникли лише у 4,2 % пацієнтів проти 18,8 % у групі порівняння ($p = 0,0097$). Вважається, що це досягнуто завдяки ширшому використанню

лапароскопічного доступу, який мінімізує травмування передньої черевної стінки. Інші післяопераційні ускладнення (тромбоемболія легеневої артерії, пневмонія, тощо) реєструвалися поодинокі і з приблизно однаковою частотою в обох групах. Повторні хірургічні втручання знадобилися лише в 1 випадку (4,2 %) в основній і в 1 випадку (6,3 %) у групі порівняння. Післяопераційна летальність в основній групі виявилась нижчою (4 випадки; 16,7 %) порівняно з групою порівняння (4 випадки; 25,0 %), однак різниця не досягла статистичної значущості ($p \approx 0,24$). Середня тривалість стаціонарного перебування хворих склала 17 діб у основній групі та 19 діб у групі порівняння ($p > 0,4$).

Висновки.

Розширення обсягу хірургічного втручання до онкорадикального рівня у випадках перфорації раку товстої кишки демонструє покращення безпосередніх результатів лікування пацієнтів. Виконання одномоментної операції з радикальною резекцією пухлини та лімфодисекцією (за можливості відновлення безперервності кишечника) – з залученням сучасних малоінвазивних технологій – дозволяє достовірно знизити ризик післяопераційних ускладнень, особливо ранових, без підвищення летальності. Одноетапна хірургічна тактика при правобічних пухлинах товстої кишки, ускладнених перфорацією, вже стала рутинною і є безпечною; у випадку лівобічної локалізації застосування первинного анастомозу також можливе, проте потребує зваженого підходу через підвищений ризик неспроможності швів анастомозу. Отримані результати підтверджують доцільність впровадження індивідуалізованої агресивної тактики хірургічного лікування хворих з перфорацією РОК для поліпшення їхніх короткострокових наслідків і створення передумов для успішного подальшого спеціального лікування (ад'ювантної хіміотерапії).