

Особливості лікування хворих з ускладненими формами раку товстої кишки в умовах загальноклінічного стаціонару

М. А. Кубрак, С. М. Завгородній, М. Б. Данилюк

Запорізький державний медичний університет

Peculiarities of treatment of patients with complicated forms of the large bowel cancer in conditions of general clinical stationary

M. A. Kubrak, S. M. Zavorodnii, M. B. Danilyuk

Zaporizhzhya State Medical University

Реферат

Мета. Оцінити структуру ускладнених форм колоректального раку та хірургічну тактику лікування хворих із даною патологією в умовах загальнохірургічного стаціонару.

Матеріали і методи. В дослідження включено 71 пацієнта, що отримували лікування з приводу ускладнених форм колоректального раку.

Результати. Первинні радикальні оперативні втручання виконані 48 (67,61%) хворим, паліативні – 18 (25,35%), симптоматичні – 5 (7,04%).

Висновки. Сформована в умовах загальнохірургічного стаціонару лікувальна і діагностична тактика призводить до досить високого рівня ускладнень – 45,07% (ускладнення виникли у 32 хворих) та летальності – 11,27% (померли 8 хворих).

Ключові слова: колоректальний рак; ускладнення; ургентна онкохірургія; оперативні втручання.

Abstract

Objective. To estimate the structure of complicated forms of colorectal cancer and surgical tactics of treatment in patients with this pathology in conditions of general surgery stationary.

Materials and methods. Into the investigation 71 patients were included, treated for complicated forms of colorectal cancer.

Results. Primary radical operative interventions were performed in 48 (67.61%) patients, palliative – 18 (25.35%), and symptomatic – 5 (7.04%).

Conclusion. The treatment and diagnosis tactics, formatted in the general surgery stationary conditions, leads to certainly high level of morbidity – 45.07% (the complications have occurred in 32 patients), and lethality – 11.27% (8 patients died).

Keywords: colorectal cancer; complications; urgent oncosurgery; operative interventions.

Ускладнений рак ободової кишки займає провідне місце у структурі ургентної хірургічної патології. Близько 45,0 – 57,0% пацієнтів уперше звертаються за допомогою, коли вже наявні ускладнені форми онкопроцесу, що вкрай негативно позначається на результативності лікування. Протягом першого року з моменту виявлення злоякісної пухлини товстої кишки помирає 27,6 – 40,0% пацієнтів [1, 2].

Україна входить до складу країн, де показник співвідношення смертність/захворюваність найвищий – 51,7%, що свідчить про суттєві недоліки в діагностиці та лікуванні хворих зі злоякісними захворюваннями товстої кишки, а також у профілактиці цієї патології в цілому [3].

Хірургічна тактика у разі виявлення ускладненого раку має свої особливості, адже її основна мета – не радикальне усунення злоякісного процесу, а перш за все збереження життя пацієнта. Тяжкість стану пацієнта, невідготовленість його організму до розширених оперативних втручань, недостатній рівень обстеження пацієнта, а також недостатній рівень кваліфікації лікарів загальнохірургічних стаціонарів унеможливають виконання

хірургічного втручання в тому об'ємі, який би відповідав критеріям онкорадикальності [4, 5].

Враховуючи досить широкий спектр ускладнень при колоректальному раку, також залишається дискусійним питання щодо оптимальної хірургічної тактики при кожному з них. Серед хірургів немає єдиної думки щодо невідкладних оперативних втручань, які були б чітко обґрунтовані та давали б найкращі результати в аспектах як лікування, так і якості життя пацієнтів [6, 7].

Таким чином, у сучасній ургентній онкохірургії злоякісних новоутворень товстої кишки існує ряд проблем, що потребують поглибленого вивчення та вирішення.

Мета дослідження: оцінити структуру ускладнених форм колоректального раку та хірургічну тактику лікування хворих з даною патологією в умовах загальнохірургічного стаціонару.

Матеріали і методи дослідження

На базі хірургічного відділення Запорізької міської лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги проведено ретроспективне дослідження, до якого було залуче-

но 71 (100%) пацієнта, що отримував лікування з приводу ускладнених форм колоректального раку. Наукова робота охоплювала період з 2018 по 2019 р.

На етапі госпіталізації пацієнтам проводили обстеження згідно з існуючими на той час протоколами діагностики та лікування ускладнених форм колоректального раку, що включали ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини та заочеревинного простору, оглядову рентгеноскопію грудної та черевної порожнин, іригоскопію, колоноскопію, комп'ютерну томографію (КТ) органів черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням, клініко-лабораторне дослідження крові. Всі хворі були оглянуті хірургом, анестезіологом і терапевтом.

Діагноз колоректального раку, а також характер ускладнення злоякісного захворювання встановлювали з урахуванням даних анамнезу, об'єктивного обстеження, інструментальних та лабораторних методів діагностики, а також інтраопераційної ревізії черевної порожнини [8].

За результатами патогістологічного дослідження у всіх хворих, залучених у дослідження – 71 (100%), підтверджено карциному ободової кишки.

У післяопераційному періоді, на 3 – 5-ту добу після втручання, пацієнтам проводили УЗД органів черевної порожнини, оглядову рентгеноскопію грудної та черевної порожнин, лабораторний контроль показників крові. Для корекції супутньої патології, за наявності показань, хворих консульгували суміжні спеціалісти (кардіолог, невропатолог, ендокринолог).

Серед досліджуваних хворих було 35 (49,30%) жінок та 36 (50,70%) чоловіків, середній вік пацієнтів становив $(67,97 \pm 12,71)$ року.

Статистичне опрацювання отриманих результатів проводили за допомогою комп'ютерних програм Statistica 13.0, TIBCO Software inc. (ліцензія JPZ804I382130ARCN10-J) і Microsoft Excel 2013 (ліцензія 00331-10000-00001-AA404). Дані в тексті і таблиці наведені у вигляді середнього арифметичного і стандартного відхилення ($\bar{x} \pm m$) у разі нормального розподілу досліджуваної ознаки та медіани вибірки із зазначенням верх-

нього (75%) і нижнього (25%) квантилів – Ме (Q1; Q3) у разі розподілу, який відрізнявся від нормального. Змінні в досліджуваній групі порівнювали з використанням критерію Манна – Вітні (U) з визначенням статистичної значущості результатів. Статистично значущими вважали результати при $p < 0,05$.

Результати

За результатами діагностики у 49 (69,01%) пацієнтів виявлено пухлину товстої кишки з кишковою непрохідністю, у 13 (18,31%) – з перфорацією пухлини, у 3 (4,23%) – гостру кишкову кровотечу. У 4 (5,63%) пацієнтів гостра кишкова непрохідність поєднувалась з перфорацією пухлини товстої кишки, ще у 2 (2,82%) – з кровотечею.

Хотілося б звернути увагу, що у 24 (33,80%) хворих діагноз злоякісного захворювання товстої кишки встановлено лише після інтраопераційної ревізії черевної порожнини. Показаннями до операції у цих хворих було одне з ускладнень неопроцесу: у 19 (79,17%) – гостра кишкова непрохідність, у 4 (16,67%) – перфорація порожнистого органа, у 1 (4,16%) – гостра товстокишкова кровотеча.

Локалізація уражень злоякісним процесом товстої кишки була такою: сліпа кишка – у 8 (11,27%) хворих, висхідна ободова кишка – у 8 (11,27%), печінковий згин – у 5 (7,04%), поперечна ободова кишка (ліва та права половини) – у 2 (2,82%), селезінковий згин – у 1 (1,41%), низхідна ободова кишка – у 8 (11,27%), сигмоподібна ободова кишка – у 30 (42,25%), ректосигмоїдний відділ – у 9 (12,68%).

Таким чином, пухлина правих відділів товстої кишки виявлена у 22 (30,99%) пацієнтів, лівих відділів – у 49 (69,01%).

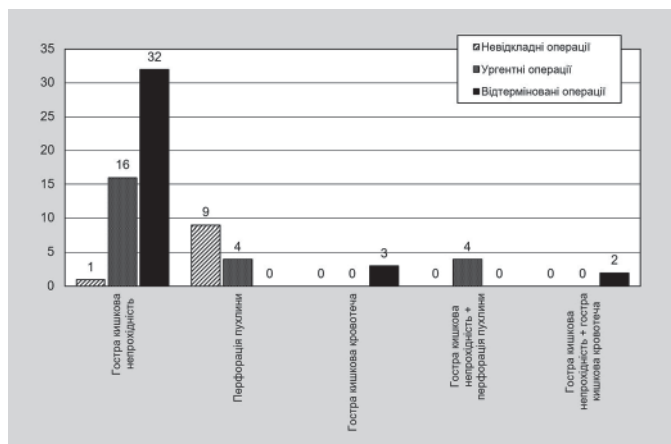
У 10 (14,08%) пацієнтів виконано оперативне втручання в невідкладному порядку (до 2 год з моменту госпіталізації), у 24 (33,80%) – ургентне оперативне втручання (до 6 год від моменту звернення). Ще 37 (52,11%) хворих оперовані в терміни понад 6 год з моменту госпіталізації, після стабілізації стану. Середня тривалість доопераційного періоду становила 8,2 (5,00; 15,50) год.

Основними показаннями до невідкладних втручань були наявність перитоніту у 9 (90,0%) хворих з перфорацією пухлини та гостра кишкова непрохідність у 1 (10,0%) хворого.

Операції в ургентному порядку виконано у 16 (66,67%) хворих з приводу гострої кишкової непрохідності, у 4 (16,67%) – з приводу перфорації пухлини, у 4 (16,67%) – при поєднанні перфорації пухлини з гострою кишковою непрохідністю.

Відтерміновані хірургічні втручання у 32 (86,49%) пацієнтів виконано з приводу гострої кишкової непрохідності, у 3 (8,11%) – з приводу гострої кишкової кровотечі, у 2 (5,40%) – при поєднанні гострої кишкової непрохідності з кишковою кровотечею (див. рисунок).

Аналіз особливостей локалізації та характеру ускладнень пухлин товстої кишки підтверджує той факт, що гострою кишковою непрохідністю частіше ускладнюються пухлини лівої половини ободової кишки – у 40 (81,63%) хворих, то-



Основні показання до виконання оперативних втручань у досліджуваних пацієнтів (n = 71)

Стадіювання онкопроцесу за TNM-класифікацією 8-го перегляду (UICC, AJCC, 2017) у досліджуваній групі (n = 71)

TNM-класифікація	Кількість хворих		Стадіювання	Кількість хворих	
	абс.	%		абс.	%
pT2N0M0	2	2,82	I	2	2,82
pT3N0M0	11	15,49	IIA	11	15,49
pT4aN0M0	2	2,82	IIБ	2	2,82
pT2N1aM0	1	1,41	IIA	4	5,63
pT2N1bM0	1	1,41			
pT2NxM0	2	2,82			
pT3N1aM0	7	9,86	IIБ	27	38,03
pT3N1bM0	8	11,27			
pT3N1M0	3	4,23			
pT3N2aM0	3	4,23			
pT3NxM0	5	7,04			
pT4aN1M0	1	1,41			
pT4bN2bM0	1	1,41	IIС	1	1,41
pT3N0M1a	2	2,82	IVA	17	23,94
pT3N1aM1a	2	2,82			
pT3N1bM1a	2	2,82			
pT3N2aM1a	1	1,41			
pT3NxM1a	5	7,04			
pT4aN0M1a	1	1,41			
pT4bN2aM1a	1	1,41			
pT4NxMx	3	4,23			
pT3N1aM1b	1	1,41			
pT3N1bM1b	1	1,41	IVB	2	2,82
pT4aN1aM1c	1	1,41	IVC	5	7,04
pT3N0M1c	1	1,41			
pT4NxM1c	2	2,82			
pT4bN2aM1c	1	1,41			

ді як ускладнення пухлин правої половини ободової кишки відмічено у 9 (40,90%) хворих (U = 355,00; p = 0,02251).

У свою чергу перфорація пухлини лівої половини ободової кишки виявлена у 3 (6,12%) пацієнтів, правої половини – у 10 (45,46%) пацієнтів (U = 404,00; p = 0,03185).

Ізольована гостра кишкова кровотеча при колоректальному раку виявлена у 3 (13,64%) хворих з новоутвореннями правих відділів кишки, а в поєднанні з непрохідністю – у 2 (4,08%) хворих із лівобічним ураженням кишки. Гостра кишкова непрохідність поєднувалась з перфорацією пухлини у 4 (8,16%) пацієнтів з карциномою лівих відділів ободової кишки.

При оперативному втручанні у 68 (95,78%) хворих була використана тотальна внутрішньовенна анестезія, 3 (4,22%) хворих оперовані під місцевою анестезією.

У структурі оперативних втручань переважали первинні радикальні оперативні втручання – у 48 (67,61%) хворих. У 17 (35,42%) хворих виконана правобічна геміколектомія, у 23 (47,92%) – резекція лівих відділів товстої кишки з пухлиною, у 8 (16,66%) – лівобічна геміколектомія. У 40 (83,33%) хворих радикальна операція виконана з лімфодисекцією D1, у 8 (16,67%) пацієнтів пухлина видалена без виконання лімфодисекції.

У 18 (25,35%) пацієнтів із вторинним метастатичним ураженням органів або очеревини виконані паліатив-

ні операції: у 4 (22,22%) – правобічна геміколектомія, у 11 (61,11%) – резекція лівих відділів товстої кишки, у 3 (16,67%) – лівобічна геміколектомія. Лімфодисекція D1 у даній групі виконана у 14 (77,78%) пацієнтів, без виконання лімфодисекції оперовані 4 (22,22%) пацієнти.

У 5 (7,04%) хворих виконані симптоматичні операції: у 3 (60,0%) – цекостомія, у 2 (40,0%) – накладання обхідних тонко–товстокишкових анастомозів.

Звертає на себе увагу той факт, що у 42 (59,15%) пацієнтів оперативне втручання було завершено накладанням колостоми. Тонко–товстокишковий анастомоз сформовано у 23 (32,39%) хворих при виконанні правобічної геміколектомії та обхідних анастомозів, товсто–товстокишковий – у 6 (8,45%) хворих.

Середня тривалість оперативного втручання становила 120 (90,00; 145,00) хв. Тривалість анестезіологічного забезпечення – 140 (118,00; 169,00) хв.

У післяопераційному періоді 61 (85,92%) пацієнт потребував лікування в умовах відділення інтенсивної терапії, 49 (80,33%) із них – пролонгованої ендотрахеальної штучної вентиляції легень тривалістю в середньому 3,3 (2,20; 10,50) год. Середня тривалість перебування хворих у відділенні інтенсивної терапії становила 35,3 (22,70; 57,00) год.

У 32 (45,07%) пацієнтів виявлені післяопераційні ускладнення. У 1 (1,41%) хворого діагностували тромбоемболію легеневої артерії, у 5 (7,04%) – гостру серцеву недостатність з набряком легень, у 9 (12,68%) – післяопераційний гідроторакс різного ступеня, у 1 (1,41%) – ателектаз нижньої частки легені, у 5 (7,04%) – пневмонію, у 4 (5,63%) хворих відмічено нагноєння та у 1 (1,41%) – серому післяопераційної рани, у 2 (2,82%) – внутрішньочеревну кровотечу, у 1 (1,41%) – тривалий післяопераційний парез кишечника, у 1 (1,41%) – перфорацію дивертикула дванадцятипалої кишки, у 1 (1,41%) – перфорацію гострої виразки тонкої кишки, у 1 (1,41%) – розходження швів післяопераційної рани.

Загалом повторного оперативного втручання потребували 7 (21,88%) пацієнтів з післяопераційними ускладненнями.

У досліджуваній групі померло 8 (11,27%) хворих. Причиною смерті 1 (12,5%) пацієнта була тромбоемболія легеневої артерії, 5 (62,5%) – гостра серцева недостатність з набряком легень, 2 (25,0%) – полісегментарна пневмонія.

Середня тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі становила 14 (11,00; 17,00) діб.

За результатами патогістологічного дослідження у 44 (61,97%) пацієнтів виявлена помірнодиференційована аденокарцинома товстої кишки, у 25 (35,21%) – низькодиференційована, у 2 (2,82%) – високодиференційована.

Після стадіювання онкопроцесу за TNM-класифікацією 8-го перегляду (UICC/AJCC, 2017) виявлено, що більшість пацієнтів з ускладненими формами колоректального раку – 56 (78,87%) мали злоякісну пухлину III – IV стадії (див. таблицю).

Обговорення

У структурі колоректального раку понад 70% припадає саме на пухлини ободової кишки [9]. Пухлини лівої половини ободової кишки зустрічаються майже у 2 рази частіше, ніж пухлини правої половини, що підтверджується даними багатьох досліджень [10, 11], в тому числі і нашим: пухлини правої половини ободової кишки виявлені у 30,99% хворих, лівої – у 69,01%.

Ряд авторів вважає, що перебіг карциноми товстої кишки майже завжди ускладнюється на пізніх етапах розвитку онкопроцесу (III – IV стадії). Саме на цих стадіях виникає до 90% всіх ускладнень колоректального раку [12] (за нашими даними – 78,87%).

Найбільш розповсюдженими формами ускладнень раку правої половини ободової кишки є перфорація пухлини – 45,46%, лівої – гостра кишкова непрохідність – 81,63%, що також підтверджується численними дослідженнями вітчизняних і зарубіжних авторів [13, 14].

За даними літератури 55,40 – 82,10% оперативних втручань з приводу ускладнених форм колоректального раку завершують накладанням колостоми [15] (за даними нашого дослідження – 59,15%). З огляду на це постає питання якості життя пацієнтів після подібних втручань. Виведення стоми на черевну стінку ускладнює жит-

тя пацієнтів, особливо у працездатному віці: обмежує соціальну активність, пригнічує моральний та психічний стан [16].

Багато хірургів як оптимальну операцію у разі гострої кишкової непрохідності розглядають накладання декомпресійної стоми з подальшим радикальним оперативним втручанням. Проте така тактика також має свої недоліки, пов'язані перш за все з багатостадійністю лікування. У 35 – 60% пацієнтів з тих чи інших причин не виконують радикальну операцію після симптоматичної декомпресії товстої кишки, і вони позбавляються шансів на одужання [17].

Висновки

1. У структурі злоякісних новоутворень ободової кишки пухлини її лівої половини виявляли в 2,2 рази частіше, ніж пухлини правої половини – у 49 (69,01%) та 22 (30,99%) пацієнтів відповідно.

2. Найбільш розповсюдженим ускладненням колоректального раку є гостра кишкова непрохідність, яка виявлена у 40 (81,63%) пацієнтів з пухлиною лівої половини ободової кишки та у 9 (40,9%) пацієнтів з пухлиною її правої половини ($U = 355,00$; $p = 0,02251$). Перфорація пухлини виявлена у 3 (6,12%) пацієнтів з карциною лівої половини ободової кишки та у 10 (45,45%) – з ураженням правої половини ($U = 404,00$; $p = 0,03185$). Ізольовану гостру кишкову кровотечу спостерігали при новоутворенні правих відділів кишки у 3 (13,64%) хворих, а в поєднанні з непрохідністю – у 2 (4,08%) хворих з лівобічним ураженням кишки. Поєднання гострої кишкової непрохідності з перфорацією пухлини діагностовано у 4 (8,16%) пацієнтів з карциною лівих відділів ободової кишки.

3. Більшість пацієнтів з ускладненими формами колоректального раку мають злоякісну пухлину III – IV стадії, за даними нашого дослідження таких хворих було 56 (78,87%), що свідчить про значні проблеми в ранній діагностиці та профілактиці злоякісних захворювань товстої кишки.

4. У структурі оперативних втручань переважали первинні радикальні оперативні втручання – 48 (67,61%). Паліативні операції були виконані у 18 (25,35%) пацієнтів, симптоматичні – у 5 (7,04%).

5. У 42 (59,15%) пацієнтів з ускладненими формами колоректального раку оперативні втручання були завершені накладанням колостоми, що в подальшому могло негативно вплинути на якість життя даної категорії хворих, особливо працездатного віку.

6. Періопераційна тактика надання допомоги хворим з ускладненими формами раку ободової кишки, яка сформувалася в умовах загальнохірургічних стаціонарів, призводить до досить високого рівня ускладнень в післяопераційному періоді, останні виникли у 32 (45,07%) пацієнтів, 7 (21,88%) з яких довелося виконати повторне оперативне втручання на фоні ускладнення, що у свою чергу призвело до значного рівня післяопераційної летальності – померли 8 (11,27%) хворих.

Перспективи подальших досліджень

Проведений аналіз структури ускладнень злоякісних захворювань товстої кишки та особливостей хірургічного лікування хворих з даною патологією виявив низку проблем, пов'язаних з періопераційною підготовкою пацієнтів даної категорії, вибором оптимальної тактики оперативного втручання у разі різних форм ускладнень неопроцесу ободової кишки та недостатньою увагою до якості життя хворих після оперативного лікування. Вирішення даних проблем дасть змогу покращити якість надання допомоги хворим з ускладненими формами раку товстої кишки не лише на етапі лікування в умовах загальнохірургічного стаціонару, а й у віддаленому післяопераційному періоді, на етапі допомоги у спеціалізованих онкологічних стаціонарах.

Етичне твердження. Всі процедури, до виконання яких були залучені учасники дослідження, відповідали етичним стандартам інституційного дослідницького комітету Запорізького державного медичного університету, а також Гельсінської декларації 1964 р. і її більш пізнім змінам або порівнянням етичним стандартам.

Фінансування. Дана стаття є частиною дисертаційної роботи на здобуття ступеня доктора медичних наук за спеціальністю «Медицина» доктора філософії, асистента кафедри загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти Запорізького державного медичного університету Кубрака М. А. Дослідження виконано в рамках науково-дослідної роботи кафедри загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти Запорізького державного медичного університету «Модифікація хірургічних аспектів лікування пацієнтів різних вікових груп в мирний та військовий час» № 0122U201230 (2022 – 2026 рр.).

Внесок авторів. Кубрак М. А. – концепція і дизайн дослідження, збір та опрацювання матеріалів, аналіз даних, написання статі; Загородній С. М., Данилюк М. Б. – концепція і дизайн дослідження, рецензування статті.

Конфлікт інтересів. Автори заявили про відсутність конфлікту інтересів.

Згода на публікацію. Всі автори прочитали і схвалили остаточний варіант рукопису та дали згоду на його публікацію.

References

1. Willaert W, Ceelen W. Extent of surgery in cancer of the colon: is more better? *World J Gastroenterol.* 2015 Jan 7;21(1):132–8. doi: 10.3748/wjg.v21.i1.132. PMID: 25574086; PMCID: PMC4284329.
2. Tenkach OO, Palahonych ES. Assessment of quality of life of patients with colon cancer depending on the type of perioperative anesthesia. *Modern Medical Technology* 2021;(3):48–51. Ukrainian. doi: 10.34287/MMT.3(50).2021.91.
3. Kolesnik OO, editor. *Cancer in Ukraine, 2018 – 2019: Morbidity, mortality, performance indicators of the oncology service.* National Cancer Registry of Ukraine. [Internet]. 2020;(21):145. Ukrainian. Available from: ncr.ukraine@gmail.com.

4. Militsa MM, Militsa KM, Steblyanko VV, Soldusova VV, Kazakov VS. Ultrasound diagnosis of complications in the early postoperative period in patients after imposition of colon anastomosis. *Modern Medical Technology.* 2022;(3):15–9. Ukrainian. doi: 10.34287/MMT.3(54).2022.3.
5. Kryshen VP, Trofimov MV, Zadorozhnyi VV, Chukhriienko AV. Successful case of radical surgery in the late stages of colon cancer. *Hospital Surgery. Journal named by L.Ya. Kovalchuk.* 2020;(2):123–5. Ukrainian. doi: 10.11603/2414–4533.2020.2.10780.
6. Ioffe OYu, Stets MM, Perepadia VM, Antoniv VR, Tsiura YuP. Staged approach in the surgical treatment of patients with obturation obstruction of the colon of blastomatous genesis. *Hospital Surgery. Journal named by L.Ya. Kovalchuk.* 2019;(2):11–4. Ukrainian. doi: 10.11603/2414–4533.2019.2.10412.
7. Boiko VV, Lykhman VM, Shevchenko AM, Merkulov AO, Osmanov RR. The use of minimally invasive operations in treatment of patients with colorectal cancer complications with intestinal obstruction. *International Medical Journal.* 2018;(2):16–9. Ukrainian.
8. Kubrak MA, Zavgorodnii SM, Danyliuk MB, Rylov AI. Problems of preoperative diagnostics of patients with complicated forms of colorectal cancer in general surgical hospitals. *Bulletin of problems biology and medicine.* 2022;(4):179–86. Ukrainian. doi: 10.29254/2077–4214–2022–4–167–179–186.
9. Asadzadeh Aghdaei H, Ghasemi F, Nooralice M, Fazeli MS, Anaraki, Sorrentino D, et al. Detailed analysis of total colectomy on health-related quality of life in adult patients with ulcerative colitis. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench.* 2017 Winter;10(Suppl1):S27–S32. PMID: 29511468; PMCID: PMC5838177.
10. Ivashchuk OI, Hushul IYu, Bodiaka VYu, Unhurian VP, Postevka ID. Peculiarities of the clinical course and treatment of acute extensive peritonitis of oncological genesis. *Hospital Surgery. Journal named by L.Ya. Kovalchuk.* 2016;(3):21–6. Ukrainian. doi: 10.11603/2414–4533.2016.3.6788.
11. Denisenko VL, Gajun YuM. Palliativnoe lechenie pacientov s kolorektal'nym rakom, oslozhnennym kischechnoj neprohodimost'ju. *Ukrainian Journal of Surgery.* 2014;1(24):94–8. Russian.
12. Matviichuk VO, Matviichuk OV, Fetsych MT. Actual problems of emergency surgery of colorectal cancer. *Hospital Surgery. Journal named by L.Ya. Kovalchuk.* 2015;(2):20–3. Ukrainian. doi: 10.11603/2414–4533.2015.2.5225.
13. Bochar VT. Evaluation of risk of complications of entero- and colostomies in emergency surgery of small and large bowels. *Hospital Surgery. Journal named by L.Ya. Kovalchuk.* 2015;(1):35–42. Ukrainian. doi: 10.11603/1681–2778.2015.1.4515.
14. Yevtushenko OI, Kolesnyk OO, Sorokin BV, Burlaka AA, Smachylo II, Smachylo IV. Peculiarities of postoperative complications course and analysis in patients with colon cancer. *Hospital Surgery. Journal named by L.Ya. Kovalchuk.* 2021;(3):101–5. Ukrainian. doi: 10.11603/2414–4533.2021.3.12547.
15. Gagnière J, Dupré A, Chabaud S, Peyrat P, Meeus P, Rivoire M. Retroperitoneal nodal metastases from colorectal cancer: Curable metastases with radical retroperitoneal lymphadenectomy in selected patients. *Eur J Surg Oncol.* 2015 Jun;41(6):731–7. doi: 10.1016/j.ejso.2015.03.229. Epub 2015 Apr 8. PMID: 25899983.
16. Kadyr AA. Quality of life of patients after reconstructive–restoration operations performed on non–tumor colon diseases. *Hospital Surgery. Journal named by L.Ya. Kovalchuk.* 2018;(4):18–28. Ukrainian. doi: 10.11603/2414–4533.2018.4.9709.
17. Shaprynskyi VO, Verba AV, Shalykhin SM, Shaprynskyi YuV, Martynovskiy IP, Vorovskiy OO, et al. Colostomy after obstructive resection of the sigmoid colon. When to perform a restorative operation? *Hospital Surgery. Journal named by L.Ya. Kovalchuk.* 2020;2:54–58. Ukrainian. doi: 10.11603/2414–4533.2020.2.10765.

Надійшла 12.04.22