

SCI-CONF.COM.UA

SCIENCE AND TECHNOLOGY: CHALLENGES, PROSPECTS AND INNOVATIONS



**PROCEEDINGS OF IX INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
APRIL 24-26, 2025**

**OSAKA
2025**

TABLE OF CONTENTS

AGRICULTURAL SCIENCES

- | | | |
|----|--|----|
| 1. | Sadigova N. | 12 |
| | DEVELOPMENTAL PHENOLOGY OF THE ORIENTAL FRUIT MOTH (GRAPHOLITA MOLESTA BUSCK) AND THE ROLE OF CONTROL MEASURES IN POPULATION REDUCTION | |

MEDICAL SCIENCES

- | | | |
|-----|---|----|
| 2. | Chopyak V. V., Fedorov Yu. V., Humenyuk O. M., Kovpak A. V. | 22 |
| | MODERN USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN THE HEALTHCARE AND PHARMACEUTICAL INDUSTRIES | |
| 3. | Kolesnykova Yu. P., Buriachenko V. A., Buriachenko N. O., Markovska O. V. | 27 |
| | FUNCTIONAL TRAINING IN HEART FAILURE: EVIDENCE BASE AND CLINICAL CASES OF PHYSICAL THERAPY | |
| 4. | Nadzhmitdinov O. B., Ibragimova I. V. | 36 |
| | HEMOSTASIS IN PATIENTS WITH THYROID DYSFUNCTION | |
| 5. | Tkachenko S. S., Myronova M. M. | 40 |
| | THE INFLUENCE OF PREGNANCY ON THE GRAY MATTER OF THE MATERNAL BRAIN | |
| 6. | Андрюхіна С. А., Соловійова Є. Т. | 46 |
| | НОВІТНІ СТРАТЕГІЇ ЛІКУВАННЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ | |
| 7. | Бордун В. А. | 51 |
| | ЕФЕКТИВНІСТЬ PEER-TO-PEER ФОРМАТУ ІНТЕНСИВНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ | |
| 8. | Веснін В. В., Бурлака В. В., Веремієнко І. О., Подзіна А. С. | 56 |
| | ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ЛІТНІХ ПАЦІЄНТІВ | |
| 9. | Волянський А. Ю., Смілянська М. В., Дідоренко Т. П. | 60 |
| | ПІДХОДИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ВІЙСЬКОВИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ УКРАЇНИ | |
| 10. | Гаврилов А. В., Гранкіна В. О. | 64 |
| | СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ КОРУ В ДІТЕЙ | |
| 11. | Желева И. | 69 |
| | СЕДЕНТАРИЗМ И РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ | |
| 12. | Кубрак М. А., Красний В. В. | 75 |
| | РЕЗУЛЬТАТИ ВИЖИВАНOSTІ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАТЬ З ПРИВОДУ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ РАКУ ТОВСТОГО КИШКІВНИКА, ВИКОНАНИХ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНОХІРУРГІЧНИХ СТАЦІОНАРІВ | |

**РЕЗУЛЬТАТИ ВИЖИВАНOSTІ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНИХ
ВТРУЧАТЬ З ПРИВОДУ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ РАКУ ТОВСТОГО
КИШКІВНИКА, ВИКОНАНИХ В УМОВАХ
ЗАГАЛЬНОХІРУРГІЧНИХ СТАЦІОНАРІВ**

Кубрак Михайло Анатолійович

кандидат медичних наук, доцент

Красний Валерій Володимирович

Студент

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
м. Запоріжжя, Україна

Анатоція: у дослідженні проаналізовано 1- та 3-річну виживаність пацієнтів з ускладненими формами раку ободової кишки, які були прооперовані в умовах загальнохірургічного стаціонару. Загальна виживаність становила 56,3 % та 38,0 % відповідно. Встановлено достовірну залежність виживаності від стадії захворювання: найвищі показники при II стадії (76,9 % і 53,8 %), найнижчі – при IV (29,2 % і 8,3 %). Жінки мали кращі результати, ніж чоловіки, так само як і пацієнти з пухлинами лівих відділів кишечника. Отримані дані свідчать про значний вплив стадії, статі та локалізації пухлини на онкологічні результати лікування хворих в ургентних умовах.

Ключові слова: рак ободової кишки, ускладнення, хірургія, виживаність, летальність.

Вступ. З 2019 року рак ободової кишки в Україні займає друге місце в структурі онкологічної смертності серед обох статей. Щороку виявляють 10–12 тисяч нових випадків, при захворюваності 24,8–26,4 на 100 тис. населення та смертності 13,4–16,9 на 100 тис. осіб. У близько 50 % пацієнтів патологію діагностують на III–IV стадії через ускладнений перебіг захворювання. [1, ст. 45].

Високий рівень пізньої діагностики, переважно паліативний характер ургентних втручань, поширеність метастатичних форм (понад 35 %) та відсутність специфічної хіміотерапії знижують онкологічну настороженість і показники виживаності серед цієї групи хворих. [2, ст. 75].

Мета роботи. Метою дослідження є оцінка 1- та 3-річної виживаності пацієнтів, прооперованих з приводу ускладнених форм раку ободової кишки в умовах загальнохірургічного стаціонару.

Матеріали та методи. У дослідження включено 71 пацієнта, оперованого з приводу ускладнених форм раку ободової кишки в хірургічному відділенні КНП «МЛЕ та ШМД» ЗМР. Гендерна структура була майже рівномірною: 49,3 % жінок і 50,7 % чоловіків, середній вік – $67,9 \pm 12,7$ років.

Найчастішими причинами оперативного втручання були гостра обтураційна непрохідність (69,1 %), пухлина з перфорацією (18,3 %), кровотеча (4,2 %). Пухлини лівих відділів товстого кишківника виявлені у 67,6 % пацієнтів, правих відділів – у 32,4 %.

Радикальні втручання виконано у 67,6 % пацієнтів, з них 83,3 % – з D1-лімфодисекцією. Циторедуктивні операції проведено у 25,4 %, симптоматичні – у 7,0 %. За TNM-класифікацією II стадію діагностовано у 21,1 %, III – у 45,1 %, IV – у 33,8 %. Переважали G2-аденокарциноми (62,0 %), G3 – 35,2 %, G1 – 2,8 %.

У більшості пацієнтів наявна супутня патологія: серцево судинні захворювання – 78,9 %, цукровий діабет – 59,2 %. Післяопераційні ускладнення виявлено у 45,1 %, летальність склала 11,3 %. [6, ст. 51].

Після виписки 88,7 % пацієнтів були скеровані до онкологічного центру для продовження лікування, однак лише 30,2 % розпочали хіміотерапію. Спостереження тривало до 36 місяців або до летального випадку.

Усі процедури відповідали етичним нормам ЗДМФУ та Гельсінкської декларації. Статистичний аналіз проведено в STATISTICA 13.0 та Excel 2013. Виживаність оцінювали методом Каплана-Мейєра, для порівняння кривих використовували Logrank-тест, значущим вважали $p < 0,05$.

Результати та обговорення. Загальна 1-річна виживаність у групі дослідження склала $56,3 \pm 5,9 \%$, а 3-річна – $38,0 \pm 5,8 \%$. Розподіл показників залежно від стадії онкопроцесу демонструє чітку залежність виживаності від поширеності захворювання.

У пацієнтів з II стадією ($21,1 \%$) 1-річна виживаність становила $76,9 \pm 11,7 \%$, 3-річна – $53,8 \pm 13,8 \%$. У хворих з III стадією ($45,1 \%$) ці показники склали $65,6 \pm 8,4 \%$ та $50,0 \pm 8,8 \%$ відповідно. Найнижчі результати спостерігалися при IV стадії ($33,8 \%$): 1-річна виживаність — $29,2 \pm 9,3 \%$, 3-річна – $8,3 \pm 2,6 \%$ ($\chi^2 = 21,8$; $p = 0,0001$).

Гендерний аналіз засвідчив кращі показники серед жінок. У чоловіків 1-річна виживаність склала $51,4 \pm 8,5 \%$, 3-річна – $31,4 \pm 7,9 \%$, тоді як у жінок – $61,1 \pm 8,1 \%$ та $44,4 \pm 8,3 \%$ відповідно ($\chi^2 = 2,3$; $p = 0,1302$).

За локалізацією пухлини виявлено вищу виживаність у пацієнтів з пухлинами лівих відділів товстої кишки: 1-річна – $60,4 \pm 7,1 \%$, 3-річна – $39,6 \pm 7,1 \%$, у порівнянні з пухлинами правих відділів – $43,5 \pm 10,3 \%$ та $30,4 \pm 9,6 \%$ відповідно. Загальна виживаність є ключовим показником ефективності лікування онкологічних захворювань. Найкращі результати досягаються при лікуванні на ранніх стадіях: 3-річна виживаність при I–II стадії сягає 55 – 80% , а при III–IV – значно нижча, особливо при IV (10 – 15%).

Результати нашого дослідження відповідають загальновідомим даним: 3-річна виживаність при II стадії – $53,8 \%$, III – $50,0 \%$, IV – $8,3 \%$.

Жінки мали кращі показники 3-річної виживаності ($44,4 \%$) порівняно з чоловіками ($31,4 \%$), що узгоджується з даними літератури. Локалізація пухлини також впливала: при ураженні лівих відділів кишківника 3-річна виживаність становила $39,6 \%$, при ураженні правих – $30,4 \%$. Наявність ускладнень, які потребують ургентної хірургії, знижує загальну виживаність через високу післяопераційну летальність (до 25%), що підтверджується даними досліджень інших авторів.

Висновки. Загальна 1-річна виживаність пацієнтів з ускладненими формами раку товстого кишківника склала $56,3 \pm 5,9 \%$, 3-річна – $38,0 \pm 5,8 \%$.

Вживаність пацієнтів достовірно залежала від стадії захворювання: при II стадії 1- та 3-річна виживаність становила $76,9 \pm 11,7 \%$ та $53,8 \pm 13,8 \%$; при III – $65,6 \pm 8,4 \%$ та $50,0 \pm 8,8 \%$; при IV – $29,2 \pm 9,3 \%$ та $8,3 \pm 2,6 \%$ відповідно. Жінки мали вищі показники виживаності, ніж чоловіки: 1-річна – $61,1 \pm 8,1 \%$ проти $51,4 \pm 8,5 \%$, 3-річна – $44,4 \pm 8,3 \%$ проти $31,4 \pm 7,9 \%$ ($\chi^2 = 2,3$; $p = 0,1302$). Вживаність була вищою при локалізації пухлини в лівих відділах ободової кишки: 1-річна – $60,4 \pm 7,1 \%$, 3-річна – $39,6 \pm 7,1 \%$, порівняно з правими – $43,5 \pm 10,3 \%$ та $30,4 \pm 9,6 \%$ відповідно.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аналіз смертності хворих на колоректальний рак у багатoproфільних лікарнях м. Харків / Яковцова І. І., Івахно І. В., Якименко А. С. та ін. Клінічна онкологія. 2020. Т. 10, № 3-4 (39-40). С. 1-4.
2. Рак в Україні, 2020 – 2021. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З. П., Сумкіна О. В., Горох Є. Л. та ін. Бюлетень національного канцер-реєстру України. 2022. № 23. С. 40-42.
3. Кубрак МА, Завгородній СМ, Данилюк МБ. Проблеми стадіювання ускладнених форм карциноми ободової кишки у пацієнтів, оперованих в ургентному порядку в умовах загальнохірургічного стаціонара. Патологія. 2023;20(1):45-9