

Матвійчук Богдан Олегович,

доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри хірургії, пластичної хірургії та ендоскопії факультету післядипломної освіти,
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
bmavivuchuk@yahoo.com
<https://orcid.org/0000-0002-5495-2838>
м. Львів, Україна

Бохонко Роман Любомирович,

кандидат медичних наук,
асистент кафедри хірургії, пластичної хірургії та ендоскопії факультету післядипломної освіти,
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
romanbokhonko@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3859-0635>
м. Львів, Україна

Лаврик Андрій Михайлович,

медичний директор,
ВП «Лікарня святого Пантелеймона» КНП ІТМО
andriylavrik69@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-8818-8525>
м. Львів, Україна

Тріль Орест Володимирович,

заступник генерального директора з медичної частини,
Львівський онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр
trilot@ukr.net
<https://orcid.org/0000-0003-0401-8796>
м. Львів, Україна

Стасишин Андрій Романович,

доктор медичних наук,
професор кафедри хірургії, пластичної хірургії та ендоскопії факультету післядипломної освіти,
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
stasyslyn82@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-6168-494X>
м. Львів, Україна

Матвійчук Олег Богданович,

доктор медичних наук,
доцент кафедри загальної хірургії,
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
oleh.matviychuk@yahoo.com
<https://orcid.org/0000-0002-5864-1535>
м. Львів, Україна

Квіт Адріан Дмитрович,

кандидат медичних наук,
доцент кафедри хірургії, пластичної хірургії та ендоскопії факультету післядипломної освіти,
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
adriankvit@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-5036-3606>
м. Львів, Україна

Голян Андрій Дмитрович,

лікар-інтерн,
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
henry262@ukr.net
м. Львів, Україна

Шеремета Ігор Михайлович,

лікар-хірург,

ВП «Лікарня святого Пантелеймона» КНП ІТМО

sheremetai@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-0235-789X>

м. Львів, Україна

Сучасні тенденції лікування хворих на рак товстої кишки

Вступ. Рак товстої кишки (РТК) – один з найчастіших різновидів злоякісних пухлин, захворюваність на який неухильно зростає у глобальному вимірі всупереч масштабним скринінговим програмам, зусиллям щодо збільшення онкологічної настороженості населення. Істотне збільшення чисельності хворих на РТК, зростаючий фаховий рівень хірургів, поява приватних лікарень обумовили все більш розповсюджену практику лікування пацієнтів поза межами спеціалізованих онкологічних установ, що віддавна спостерігається у розвинених країнах Європи, США.

Мета дослідження. Дати оцінку результатам лікування хворих на РТК у багатопрофільній лікарні.

Матеріали та методи. Ретроспективним дослідженням охоплено 89 хворих на РТК, пролікованих у 2-му хірургічному відділі «Лікарні святого Пантелеймона» 1-го територіального медичного об'єднання міста Львова у 2019–2022 роках. Незначно переважали чоловіки – 50 (56,2%). Вік хворих знаходився в межах 39–81 років. Максимально чисельну групу склали особи віком 55–65 років (55,1%). Анемію (чоловіки <130 г/л, жінки <120 г/л) констатовано у 88,3% госпіталізованих. Підвищений вміст у крові раково-ембріонального антигену (>5 нг/мл) констатовано у 24,7% хворих. Ультрасонографію та комп'ютерну томографію з контрастним підсиленням виконано усім хворим задля візуалізації пухлини, регіонарних лімфатичних вузлів, пошуку віддалених метастазів (передовсім у печінці), асцити, ознак інвазії у суміжні органи і структури (передня черевна стінка, сечоводи, матка та ін.). Показанням до проведення магнітно-резонансної томографії була локалізація раку у прямій кишці, особливо середньої та нижньої її третини для з'ясування проростання у мезоректальну фасцію, сім'яні міхурці, стінку піхви. Трансанальну ультрасонографію виконували для визначення протипоказань до міжсфінктерної резекції (інвазія пухлини у зовнішній сфінктер, ураження лімфатичних вузлів). Патоморфологічне дослідження біопсійного матеріалу, отриманого під час колоноскопії, виявило у всіх випадках аденокарциноми різного ступеня диференціації: високо – 77,6%, помірно – 13,5% та низькодиференційовану – у 8,9% випадків. Комплексом передопераційних досліджень встановлено локалізацію пухлинного процесу: сліпа кишка – 4,3%, висхідна ободова – 2,5%, печінковий вигин – 16,1%, поперечноободова – 11,5%, селезінковий вигин – 12,7%, низхідна ободова – 4,9%, сигмоподібна – 24,1%, ректосигмоїдне з'єднання – 15,3%, пряма – 8,6%. Неоад'ювантну хіміопроменеву терапію у зв'язку з локалізацією пухлини у середній або нижній третині прямої кишки застосовано у 5,2% хворих; операції виконано через 1 місяць після її закінчення. Виконані операції: правобічна геміколектомія – 25,1%, резекція поперечно-ободової кишки – 9,4%, лівобічна геміколектомія – 22,6%, резекція сигмоподібної кишки – 14,5%, висока передня резекція прямої кишки – 17,8%, низька передня резекція прямої кишки – 6,2%, міжсфінктерна резекція прямої кишки – 2,3%, екстирпація прямої кишки за Quenu-Miles'ом – 2,1%. Видалення синхронних метастазів з печінки застосовано у 7,4% спостережень. Операції лапаротомним способом виконано 79 хворим (88,8%), лапароскопічно – 8 (8,9%), роботично – da Vinci robotic surgical system – 2 (2,3%).

Результати та їх обговорення. Радикальними щодо раку ободової кишки у 87,6% випадків вважались широкі анатомічні резекції (R0) з видаленням чотирьох колекторів регіонарних лімфатичних вузлів (D3), прямої – тотальної мезоректумектомії. Паліативні/циторедуктивні втручання виконано 10,1% хворих. У 2 пацієнтів (2,3%) операція мала вимушено діагностичний характер. Післяопераційні ускладнення розвинулись у 15 (16,8%) випадків: нагноєння рани 9 (10,1%), неспроможність швів анастомозу – 3 (3,4%), тромбоемболія легеневої артерії – 3 (3,4%). Релапаротомії з приводу неспроможності швів анастомозу, перитоніту виконано 2 хворим (2,2%). Померли 2 пацієнтів – післяопераційна летальність – 2,2%. В обох випадках причиною смерті визнано тромбоемболію легеневої артерії. Рішенням про видачу ліцензії (наказ МОЗ від 10.01.2023 р. №49) Комунальному Некомерційному Підприємству «Львівське Територіальне Медичне Об'єднання» Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги надано право провадження діяльності за спеціальностями «онкохірургія» та ін. З 89 оперованих у 3 (3,4%) визначити виживаність не виявилось можливим з причини зміни місця проживання і безуспішності телефонного контакту. Один рік після лікування в 2-му хірургічному відділі «Лікарні святого Пантелеймона» 1-го ТМО міста Львова прожило 86 (96,6%) оперованих, 2 роки – 81 (91,1%) і три – 74 (83,1%). Моніторингові заходи пацієнтів після виписки з лікарні полягали у періодичному визначенні вмісту раково-ембріонального антигену в крові, ультрасонографії, комп'ютерній томографії, колоноскопії. Впродовж 3 років у 8 (9,3%) пацієнтів розвинулись метастази у печінку.

Висновки.

1. Рак товстої кишки – злоякісна пухлина зі стабільним зростанням захворюваності в світі.
2. Лікування хворих на рак товстої кишки у багатопрофільних клінічних лікарнях можливе за умови наявності відповідної ліцензії та забезпечення діагностики і лікування згідно міжнародних та національних настанов.
3. Виживаність – основний показник якості комплексного лікування онкологічних хворих, зокрема на рак товстої кишки.

Ключові слова: товста кишка, рак, діагностика, лікування, летальність, виживаність.

Matviychuk Bohdan Olehovych, Doctor of Medicine, Full Member of European Society of Surgery, Professor, Chief of Department of Surgery, Plastic Surgery and Endoscopy, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, bmatviychuk@yahoo.com, <http://orcid.org/0000-0002-5495-2838>, Lviv, Ukraine

Bokhonko Roman Liubomyrovych, PhD, Assistant at the Department of Surgery, Plastic Surgery and Endoscopy, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, romanbokhonko@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3859-0635>, Lviv, Ukraine

Lavryk Andrii Mykhailovych, Medical director for Hospital of St. Panteleimon of the 1st Territorial Medical Union of Lviv, andriylavrik69@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0008-8818-8525>, Lviv, Ukraine

Tril Orest Volodymyrovych, Deputy General Director for the Medical Department, Lviv Cancer Center, trilot@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0003-0401-8796>, Lviv, Ukraine

Stasyshyn Andrii Romanovych, Doctor of Medicine, Professor at the Department of Surgery, Plastic Surgery and Endoscopy, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, stasyshyn82@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6168-494X>, Lviv, Ukraine

Matviychuk Oleh Bohdanovych, Doctor of Medicine, Associate Professor at the Department of General Surgery, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, oled.matviychuk@yahoo.com, <https://orcid.org/0000-0002-5864-1535>, Lviv, Ukraine

Kvit Adrian Dmytrovych, PhD, Associate Professor at the Department of Surgery, Plastic Surgery and Endoscopy, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, adriankvit@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5036-3606>, Lviv, Ukraine

Holian Andrii Dmytrovych, Intern doctor, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, henry262@ukr.net, <https://orcid.org/0009-0005-1640-2842>, Lviv, Ukraine

Sheremeta Igor Mykhailovych, Doctor surgeon for Hospital of St. Panteleimon of the 1st Territorial Medical Union of Lviv, sheremetai@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0006-0235-789X>, Lviv, Ukraine

Modern trends in the treatment of patients with colon cancer

Introduction. Colon cancer (CC) is one of the most frequent types of malignant tumors, the incidence of which is steadily enlarging globally, despite large-scale screening programs and efforts to increase the oncological awareness of the population. Significant growth in the number of CC patients, increasing professional level of surgeons and emergence of private hospitals had led to widespread practice of treating patients outside of specialized oncological institutions, being long observed in developed countries of Europe and the USA.

The aim of the study. To evaluate the results of treatment of CC patients in a multi-profile hospital.

Materials and methods. The retrospective study covered 89 patients with CC treated in the 2nd Surgical department of the "St. Panteleimon Hospital" (1st Territorial medical union of Lviv) in 2019-2022. There was a slight predominance of men – 50 (56.2%). Age of patients was in range of 39-81. The largest group consisted of persons aged 55-65 (55.1%). Anemia (normal limits – men <130 g/L, women <120 g/L) was diagnosed in 88.3%. An increased level of carcino-embryonic antigen in the blood (>5 ng/mL) was found in 24.7%. Ultrasonography and computed tomography with contrast enhancement were performed in all patients to visualize the tumor, regional lymph nodes, possible distant metastases (primarily in the liver) and ascites, signs of invasion into adjacent organs and structures (anterior abdominal wall, ureters, uterus etc.). Indication for magnetic resonance imaging was the localization of cancer in the rectum, especially in the middle and lower third, in order to find out the growth into the mesorectal fascia, seminal vesicles and vaginal wall. Transanal ultrasonography was performed to determine contraindications to intersphincteric resection (tumor invasion of the external sphincter, invasion to lymph nodes). In all cases, pathomorphological examination of the biopsy material obtained during colonoscopy revealed adenocarcinomas of various degrees of differentiation: high in 77.6%, moderate – 13.5% and low – in 8.9%. The complex of preoperative studies established the localization of the tumor process: cecum – 4.3%, ascending colon – 2.5%, hepatic flexure – 16.1%, transverse colon – 11.5%, splenic flexure – 12.7%, descending colon – 4.9%, sigmoid – 24.1%, rectosigmoid junction – 15.3% and rectum – 8.6%. Neoadjuvant chemoradiation therapy due to tumor localization in the middle or lower third of the rectum was used in 5.2% of patients; surgery was performed 1 month after its completion. Operations performed were: right-sided hemicolectomy – 25.1%, transverse colon resection – 9.4%, left-sided hemicolectomy – 22.6%, sigmoid colon resection – 14.5%, high anterior rectal resection – 17.8%, low anterior rectal resection – 6.2%, intersphincter rectal resection – 2.3%, Quenu-Miles' rectal extirpation – 2.1%. Removal of synchronous metastases from the liver was used in 7.4% of observations. Seventy-nine patients (88.8%) underwent laparotomic operations, 8 (8.9%), laparoscopically – 2 (2.3%), using the Da Vinci robotic surgical system.

Results and discussion. In 87.6% of cases of CC, wide anatomical resections (R0) with removal of 4 collectors of regional lymph nodes (D3) and rectal – total mesorectectomy were considered radical. Palliative/cytoreductive interventions were performed in 10.1% of patients. In 2 patients (2.3%), operation had a forced diagnostic nature. Postoperative complications developed in 15 (16.8%) cases: suppuration of the wound – 9 (10.1%), failure of anastomotic sutures – 3 (3.4%), thromboembolism of the pulmonary artery – 3 (3.4%). Relaparotomy due to failure of anastomotic sutures, peritonitis was performed in 2 patients (2.2%). Two patients died: postoperative mortality – 2.2%. In both cases, pulmonary embolism was recognized as the cause of death. A license (Order of the Ministry of Health of Ukraine, January 10, 2023, No. 49) had granted the permission to carry out activities in the specialties of "oncological surgery" and other in the Municipal non-profit enterprise "1st Territorial medical union of Lviv, Multi-profile clinical hospital of intensive care and emergency medical aid". In 89 of operated, it was not possible to determine the survival rate in 3 (3.4%) due to the change of residence and unsuccessful telephone contact. One year after treatment in the 2nd surgical department of "Hospital of St. Panteleimon" of the 1st Territorial medical union of Lviv, 86 (96.6%) operated patients lived, of those 2 years – 81 (91.1%) and 3 – 74 (83.1%). Monitoring measures of patients after discharge from the hospital consisted of periodic determination of the content of carcino-embryonic antigen in the blood, ultrasonography, computed tomography and colonoscopy. Within 3 years, 8 (9.3%) patients developed liver metastases.

Conclusions.

1. Colon cancer is a malignant tumor with a stable increase in incidence in the world.
2. Treatment of patients with colon cancer in multi-profile clinical hospitals is possible with appropriate license and provision of diagnosis and treatment in accordance with international and national guidelines.
3. Survival is the main indicator of the quality of complex treatment of oncological patients, particularly with colon cancer.

Key words: colon, cancer, diagnosis, treatment, mortality, survival.

Вступ. Рак товстої кишки (РТК) – один з найчастіших різновидів злоякісних пухлин, захворюваність на який неухильно зростає у глобальному вимірі всупереч масштабним скринінговим програмам, зусиллям щодо збільшення онкологічної настороженості населення [4; 9; 12]. Рак товстої кишки посідає третє місце серед

нововиявлених раків і друге (9,4%) – за смертністю [8, с. 175–180]. Захворюваність на РТК в Україні становить 37/100 000 населення [1; 5]. Поглиблене вивчення кінетики РТК, шляхів місцевого розповсюдження та метастазування лягли в основу принципів радикальності хірургічного лікування хворих на РТК – широкої анатомічної резекції кишки та D3-лімфодиссекції. Вдосконалення техніки виконання хірургічних втручань та зростання можливостей анестезіологічного забезпечення лягли в основу комбінованих резекцій у пацієнтів із РТК [7; 9]. Технічний прогрес дав поштовх для впровадження малоінвазивних технологій у лікування хворих на РТК – лапароскопічних і роботичних, ендолуменальних резекцій кишки [11, с. 246–249]. Розуміння того, що хірургічне втручання досягло межі своїх можливостей у покращенні виживаності хворих на РТК визначило необхідність у хіміотерапії (ад'ювантної, паліативної), неоад'ювантної хіміопроменевої терапії [11, с. 246–254]. Результатом спільних зусиль у лікуванні хворих на РТК стало зростання 1-річної виживаності до 88,07%, 3-річної – 70,67%, 5-річної – 57,26% [2; 10].

Важливим кроком у покращенні якості допомоги онкологічним хворим, включно з РТК, в Україні стала організація та відкриття онкологічних диспансерів, регіональних лікувально-діагностичних центрів, національного інституту раку [5, с. 2–9]. Окрім системних організаційних заходів в цих установах впроваджують нові способи лікування (адресної хіміотерапії, інтраопераційної гіпертермічної хіміотерапії та ін.). Особливо важливою ланкою їх роботи є формування національного та регіонального канцер-реєстрів, які дають можливість об'єктивно оцінити захворюваність зокрема на РТК, співвідношення захворюваності до смертності, виживаність пролікованих пацієнтів. Отримані статистичні дані визначають слабкі ланки онкологічної допомоги в Україні в цілому та в окремих областях зокрема.

Істотне збільшення чисельності хворих на РТК, зростаючий фаховий рівень хірургів, поява приватних лікарень обумовили все більш розповсюджену практику лікування пацієнтів поза межами спеціалізованих онкологічних установ, що віддавна спостерігається у розвинених країнах Європи, США та ін.. Метою дослідження стала оцінка результатів лікування хворих на РТК у багатопрофільній лікарні.

Методологія та методи дослідження. Ретроспективним дослідженням охоплено 89 хворих на РТК, пролікованих у 2-му хірургічному відділі «Лікарні святого Пантелеймона» 1-го територіального медичного об'єднання міста Львова у 2019–2022 роках. Незначно переважали чоловіки – 50 (56,2%). Вік хворих знаходився в межах 39–81 років (середній – 61,1±7,7). Максимально чисельну групу склали особи віком 55–65 років (55,1%). Характерними скаргами пацієнтів були: кваліть і підвищена втомлюваність (89,9%), невмотивована втрата ваги (56,4%), ниючі іноді спазматичні болі в животі (46,8%), підвищення температури до субфебрильних величин (31,1%), крововиділення з калом (24,8%). Об'єктивним обстеженням пухлинний утвір при пальпації виявлено лише у 13,5% хворих, переважно правобічної локалізації. Анемію (чоло-

віки <130 г/л, жінки <120 г/л) констатовано у 88,3% госпіталізованих. Підвищений вміст у крові раково-ембріонального антигену (>5 нг/мл) констатовано у 24,7% хворих. Ультрасонографію та комп'ютерну томографію з контрастним підсиленням виконали усім хворим задля візуалізації пухлини, регіонарних лімфатичних вузлів, пошуку віддалених метастазів (передовсім у печінці), асцити, ознак інвазії у суміжні органи і структури (передня черевна стінка, сечоводи, матка та ін.). Показанням до проведення магнітно-резонансної томографії була локалізація раку у прямій кишці, особливо середньої та нижньої її третини для з'ясування проростання у мезоректальну фасцію, сім'яні міхурці, стінку піхви. Трансанальну ультрасонографію виконували для визначення протипоказань до міжсфінктерної резекції (інвазія пухлини у зовнішній сфінктер, ураження лімфатичних вузлів).

Патоморфологічне дослідження біопсійного матеріалу, отриманого під час колоноскопії, виявило у всіх випадках аденокарциноми різного ступеня диференціації: високо – 77,6%, помірно – 13,5% та низькодиференційовану – у 8,9% випадків. Комплексом передопераційних досліджень встановлено локалізацію пухлинного процесу: сліпа кишка – 4,3%, висхідна ободова – 2,5%, печінковий вигин – 16,1%, поперечно-ободова – 11,5%, селезінковий вигин – 12,7%, низхідна ободова – 4,9%, сигмоподібна – 24,1%, ректосигмоїдне з'єднання – 15,3%, пряма – 8,6%. Неоад'ювантну хіміопроменевою терапію у зв'язку з локалізацією пухлини у середній або нижній третині прямої кишки застосовано у 5,2% хворих; операції виконано через 1 місяць після її закінчення. Виконані операції: правобічна геміколектомія – 25,1%, резекція поперечно-ободової кишки – 9,4%, лівобічна геміколектомія – 22,6%, резекція сигмоподібної кишки – 14,5%, висока передня резекція прямої кишки – 17,8%, низька передня резекція прямої кишки – 6,2%, міжсфінктерна резекція прямої кишки – 2,3%, екстирпація прямої кишки за Quenu-Miles'ом – 2,1%. Видалення синхронних метастазів з печінки застосовано у 7,4% спостережень. Операції лапаротомним способом виконано 79 хворим (88,8%), лапароскопічно – 8 (8,9%), роботично – da Vinci robotic surgical system – 2 (2,3%).

Виходячи з результатів передопераційних обстежень, операційних даних та висновків патоморфологічного дослідження операційного матеріалу, I стадію пухлинного процесу визнано у 2,2% хворих, II, III і IV – у 59,1%, 28,6% і 10,1% хворих, відповідно. Ліжкодень знаходився в межах 7–12 днів (середній – 9,1±1,8).

Результати та їх обговорення. Операції з приводу раку товстої кишки, особливо прямої, належать до втручань підвищеної складності з огляду на складність мобілізації, анастомозування, високого ризику ускладнень [2; 3; 6; 7]. Радикальними щодо раку ободової кишки у 87,6% випадків вважались широкі анатомічні резекції (R0) з видаленням чотирьох колекторів регіонарних лімфатичних вузлів (D3), прямої – тотальної мезоректумектомії. Паліативні/циторедуктивні втручання виконано 10,1% хворих. У 2 пацієнтів (2,3%) операція мала вимушено діагностичний характер. Післяопераційні ускладнення розвинулись у 15 (16,8%)

випадків: нагноєння рани 9 (10,1%), неспроможність швів анастомозу – 3 (3,4%), тромбоемболія легеневої артерії – 3 (3,4%). Релапаротомії з приводу неспроможності швів анастомозу, перитоніту виконано 2 хворим (2,2%). Померли 2 пацієнтів – післяопераційна летальність – 2,2%. В обох випадках причиною смерті визнано тромбоемболію легеневої артерії.

Збільшення числа державних, комунальних та приватних лікувальних установ, в яких надають комплексне лікування онкохворим є об'єктивною реальністю і відповідає принципам систем охорони здоров'я розвинених держав при дотриманні певних умов, головною з яких є отримання відповідної ліцензії. Рішенням про видачу ліцензії (наказ МОЗ від 10.01.2023 р. № 49) Комунальному Некомерційному Підприємству «Львівське Територіальне Медичне Об'єднання» Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги» надано право провадження діяльності за спеціальностями «онкохірургія» та ін. Передумовами для отримання ліцензії став багаторічний досвід клініки в царині онкохірургії і проходження спеціалізації з онкохірургії рядом хірургів з вищою кваліфікаційною категорією. На постійній основі під головуванням медичного директора лікарні та доцента кафедри діє міждисциплінарна комісія за участі клінічних онкологів, онкохірургів, хіміотерапевтів, променевої діагностики, анестезіологів та ін., мета якої полягає у контролі за дотриманням міжнародних та національних настанов лікування онкохворих у тіс-

ній співпраці з медичною частиною Львівського онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру.

Беручи до уваги, що одним з кардинальних показників якості медичної допомоги онкохворим є виживаність, проведено дослідження згідно даних регіонального канцер-реєстру. З 89 оперованих у 3 (3,4%) визначити виживаність не виявилось можливим з причини зміни місця проживання і безуспішності телефонного контакту. Один рік після лікування в 2-му хірургічному відділі «Лікарні святого Пантелеймона» 1-го ТМО міста Львова прожило 86 (96,6%) оперованих, 2 роки – 81 (91,1%) і три – 74 (83,1%). Моніторингові заходи пацієнтів після виписки з лікарні полягали у періодичному визначенні вмісту раково-ембріонального антигену в крові, ультрасонографії, комп'ютерній томографії, колоноскопії. Впродовж 3 років у 8 (9,3%) пацієнтів розвинулись метастази у печінку.

Висновки з дослідження:

1. Рак товстої кишки – злоякісна пухлина зі стабільним зростанням захворюваності в світі.
2. Лікування хворих на рак товстої кишки у багато-профільних клінічних лікарнях можливе за умов наявності відповідної ліцензії та забезпечення діагностики і лікування згідно міжнародних та національних настанов.
3. Виживаність – основний показник якості комплексного лікування онкологічних хворих, зокрема на рак товстої кишки.

Інформація про конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при виконанні наукового дослідження та підготовці даної статті.

Інформація про фінансування. Автори гарантують, що не отримували жодних винагород у будь-якій формі, здатних вплинути на результати роботи.

Особистий внесок кожного автора у виконанні роботи:

1. Матвійчук Б.О. – розробка концепції і дизайну дослідження, редагування, аналіз отриманих даних;
2. Лаврик А.М. – аналіз отриманих даних;
3. Тріль О.В. – аналіз отриманих даних;
4. Бохонко Р.Л. – збір матеріалу, підготовка тексту, аналіз отриманих даних;
5. Стасишин А.Р. – аналіз отриманих даних;
6. Матвійчук О.Б. – збір матеріалу, підготовка тексту;
7. Квіт А.Д. – збір матеріалу, аналіз отриманих даних;
8. Голян А.Д. – збір матеріалу, аналіз отриманих даних;
9. Шеремета І.М. – збір матеріалу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Vdovychenko VI, Kulchytskyi VV. Suchasni pohliady na epidemiolohiiu ta osnovni faktory rozvytku kolorektalnoho raku. Medychnyi forum. 2021;24 (24):54–6. [In Ukrainian]. http://www.medicinelviv.org.ua/2021/24_2021.pdf
2. Duzenko OO. Suchasni pidkhody diahnostryky na etapi likuvannia kolorektalnoho raku. Klinichna anesteziolohiia ta intensyvna terapiia. 2021;2:59–64. [In Ukrainian]. DOI 10.31379/2411.2616.18.2.7
3. Kolesnyk AP, Kolesnyk YP, Kechedzhyev VV. Vlyianyie nesostoiatelnosti anastomoza na rezultaty khyrurhicheskoho lechenyia kolorektalnoho raka (obzor lyteratury). Khirurgiia Ukrainy. 2019;2:92–9. [In Ukrainian]. <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/11605>
4. Melnychuk NY, Shabat HY, Churpyi YK. Korotko o skrynynhe kolorektalnoho raka. Art of Medicine. 2019;3(11):108–9. [In Ukrainian] <https://art-of-medicine.ifnmu.edu.ua/index.php/aom/article/view/366/335>
5. Fedorenko Z, Kolesnik O, Gulak L, Ryzhov A, Sumkina O. Colorectal cancer in Ukraine: the epidemiological and organizational aspects of the problem. Practical Oncology. 2019;2(2):2–9. DOI 10.22141/2663-3272.2.2.2019.176026
6. Emoto S, Emoto S, Nozawa H, Kawai K, Hata K, Tanaka T, et al. Venous thromboembolism in colorectal surgery: Incidence, risk factors, and prophylaxis. Asian J Surgery. 2019;42(9):863–73. DOI 10.1016/j.asjsur.2018.12.013
7. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018. World J Surg. 2019;43(3):659–95. DOI 10.1007/s00268-018-4844-y. PMID 30426190

8. Jiang Y, Yuan H, Li Z, Xiaowei J, Shen Q, Tuo J et al. Cancer Biology & Medicine. 2022;19(2):175–86. DOI 10.20892/j.issn.2095-3941.2020.0634
9. Lee YC, Hsu Y, Chen S, Yen A, Chiu S, Fann J, et al. Effects of screening and universal healthcare on long-term colorectal cancer mortality. International Journal of Epidemiology. 2019;48(2):538–48 DOI 10.1093/ije/dyy1822019
10. Nikbakht H, Hassanipour S, Shojaie L, Vali M, Ghaffari-fam S, Ghelichi-ghojogh M, et al. Rate of Colorectal Cancer in Eastern Mediterranean Region Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cancer Control. 2020;27(1):e1073274820. DOI 10.1177/1073274820964146
11. Shinji S, Yamada T, Matsuda A, Sonoda H, Ohta R, Iwai T, et al. Recent Advances in the Treatment of Colorectal Cancer. Journal of Nippon Medical School. 2022;89(3):246–54. DOI 10.1272/jnms.JNMS.2022_89-310
12. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209–249. DOI 10.3322/caac.21660. PMID: 33538338