

## ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ РАКУ ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ПРЯМОЇ КИШКИ

**В.Ю. Бодяка<sup>1</sup>, В.Д. Бабін<sup>2</sup>, С.Ю. Кравчук<sup>1</sup>, Ю.Я. Чупровська<sup>1</sup>, В.В. Шульгіна<sup>1</sup>, І.Б. Халатурник<sup>1</sup>, Л.В. Синчишина<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> – Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

<sup>2</sup> – ОКНП «Буковинський клінічний онкологічний центр», м. Чернівці, Україна

<sup>3</sup> – КНП «Хмельницький обласний патологоанатомічний центр» м. Чернівці, Україна

Незважаючи на розвиток сучасної онкології, рак прямої кишки займає лідируючі позиції щодо захворюваності та смертності. Ефективне лікування раку прямої кишки можливо тільки за умови виконання хірургічного лікування.

Останнім часом все більше уваги приділяється виконанню сфінктерозберігаючих операцій, які дають змогу уникнути колостоми, покращуючи при цьому якість життя пацієнтів та повертаючи їх у звичне соціальне середовище. Проте після виконання таких операцій у частини хворих виникають ускладнення, особливо у вигляді нетримання газів та калу, що значно негативно впливає на якість життя пацієнтів.

Проведення порівняльного аналізу результатів хірургічного лікування раку дистальних відділів прямої кишки після виконання колостомуючого та сфінктерозберігаючого оперативних втручань дасть змогу полегшити вибір оптимального оперативного втручання при цій онкологічній локалізації.

**Мета дослідження** – визначити оптимальне колостомуюче або сфінктерозберігаюче оперативне втручання для лікування раку дистальних відділів прямої кишки шляхом дослідження тривалості операцій, клінічних особливостей перебігу раннього післяопераційного періоду, а також якості життя пацієнтів у віддалені терміни.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективний аналіз 82 медичних карток стаціонарного хворого з діагнозом рак дистальних відділів прямої кишки з 2017 по 2019 роки.

Відібрані медичні картки, залежно від методу оперативного втручання, були розподілені на дві групи. Першу групу утворили з 23 осіб, яким виконано червоно-промежнну екстирпацію прямої кишки за Кеню-Майлса, другу групу сформували з 59 пацієнтів, яким проведено червоно-анальну резекцію прямої кишки з низведенням сигмоподібної кишки.

Оцінку якості життя пацієнтів проводили впродовж 1-го року після виконання оперативного втручання, при черговому огляді пацієнтів, за допомогою анкети Американського товариства колоректальних хірургів (ASCRS) із включенням до неї Клівлендською клінічною шкалою інконтиненції.

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проведено на персональному комп'ютері з використанням електронних таблиць Microsoft Excel, а також програми IBM SPSS Statistics.

**Результати.** Підсумовуючи результати проведеного дослідження, слід зазначити, що вік пацієнта не впливає на вибір методу оперативного втручання. Тривалість виконання червоно-анальної резекції прямої кишки з низведенням сигмоподібної кишки менша та не залежить від локалізації пухлини, проте тривалість раннього післяопераційного періоду не відрізняється.

Відсічення надлишку кишки після проведення червоно-анальної резекції прямої кишки з низведенням сигмоподібної не залежить від стадії захворювання, його здебільшого виконують на 12-ту добу. Якість континенції після виконання червоно-анальної резекції прямої кишки з низведенням сигмоподібної кишки покращується з часом після виконання оперативного втручання, оскільки у термін до 1-го року понад 40% пацієнтів мають хороше тримання калу та вірогідно зменшується відсоток осіб з повним нетриманням калу.

Якість життя після операції Кеню-Майлса покращується швидше, проте з часом, після виконання червоно-анальної резекції прямої кишки з низведенням сигмоподібної кишки, відсоток пацієнтів із легким ступенем порушення якості життя зростає у 4,3 рази. Вказана особливість пояснюється необхідністю певного часу для адаптації та відновлення замикальної функції збереженого сфінктера, оскільки якість життя безпосередньо залежить від якості континенції.

### Ключові слова:

рак дистальних відділів прямої кишки, колостомуюче, сфінктерозберігаюче оперативне втручання, якість життя.

Клінічна та експериментальна патологія 2021. Т.20, № 4 (78). С. 11 - 19.

DOI:10.24061/1727-4338.XX.4.78.2021.2

E-mail: bodyka.volodymyr@bsmu.edu.ua

**Висновки:** 1. Після операції Кеню-Майлса якість життя пацієнтів покращується швидше, ніж після операції червоно-анальної резекції прямої кишки з низведенням сигмоподібної, проте з часом (1 рік), після виконання останньої, кількість осіб із легким ступенем порушення якості життя стає майже у 2 рази більшою ( $p < 0,01$ ). 2. При лікуванні раку дистальних відділів прямої кишки слід віддавати перевагу червоно-анальній резекції прямої кишки з низведенням сигмоподібної, проте пацієнтам із несприятливим прогнозом щодо тривалості життя необхідно виконувати операцію Кеню-Майлса.

**Ключевые слова:**

рак дистальных отделов прямой кишки, колостомирующее, сфинктеросохраняющее оперативное вмешательство, качество жизни.

Клиническая и экспериментальная патология 2021. Т.20, № 4 (78). С. 11 - 19.

**ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПРЯМОЙ КИШКИ**

**В.Ю. Бодяка, В.Д. Бабин, С.Ю. Кравчук, Ю.Я. Чупровская, В.В. Шульгина, И.Б. Халатурник, Л.В. Синчишина**

Несмотря на развитие современной онкологии, рак прямой кишки занимает лидирующие позиции относительно заболеваемости и смертности. Эффективное лечение рака прямой кишки возможно только при условии выполнения хирургического лечения.

В последнее время все больше внимания уделяют выполнению сфинктеросохраняющим операциям, которые позволяют избежать колостомы, улучшая при этом качество жизни пациента и возвращение их в обычную социальную среду. Но после выполнения таких операций у части больных возникают осложнения, особенно в виде недержания газов и кала, что очень негативно влияет на качество жизни пациентов.

Проведение сравнительного анализа результатов хирургического лечения рака дистальных отделов прямой кишки после выполнения колостомирующего и сфинктеросохраняющего оперативных вмешательств даст возможность облегчить выбор оптимального оперативного вмешательства при данной онкологической локализации.

**Цель исследования** – определить оптимальное колостомирующее или сфинктеросохраняющее оперативное вмешательство для лечения рака дистальных отделов прямой кишки методом исследования продолжительности операций, клинических особенностей течения раннего послеоперационного периода, а также качества жизни пациентов в отдаленные сроки.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинских карточек стационарного больного с диагнозом рак дистальных отделов прямой кишки с 2017 по 2019 года.

Пациенты, в зависимости от метода проведенного оперативного вмешательства, разделены на две группы. Первая группа состояла из 23 человек, которым было выполнено брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки по Кеню-Майлса, вторую группу составили 59 пациентов, которым проведено брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки.

Оценку качества жизни пациентов проводили на протяжении 1-го года после выполнения оперативного вмешательства, при очередном осмотре пациентов, с помощью анкеты Американского общества колоректальных хирургов (ASCRS) с включением к ней Кливлендской клинической шкалы инконтиненции.

Статистическую обработку полученных результатов исследований проводили на персональном компьютере с использованием электронных таблиц Microsoft Excel, а также программы IBM SPSS Statistics.

**Результаты.** Суммируя результаты проведенного исследования, необходимо отметить, что возраст пациента не влияет на выбор метода оперативного вмешательства. Длительность выполнения брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки меньшая и не зависит от локализации опухоли, но длительность послеоперационного периода не отличается.

Отсечение избытка кишки после проведения брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки не зависит от стадии заболевания и в большинстве случаев выполняется на 12-е сутки.

Качество континенции после выполнения брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки улучшается со временем после выполнения оперативного вмешательства, поскольку до конца 1-го года больше 40% пациентов имеют хорошее удержание кала и достоверно уменьшается

процент людей с полным недержанием кала.

Качество жизни после операции Кеню-Майлса улучшается быстрее, но со временем, после выполнения брюшино-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки, процент пациентов с легкой степенью нарушения качества жизни возрастает в 4,3 раза.

Данная особенность объясняется необходимым определенным временем для адаптации и восстановления замыкательной функции сохраненного сфинктера, поскольку качество жизни непосредственно зависит от качества континенции.

**Выводы:** 1. После операции Кеню-Майлса качество жизни пациентов улучшается быстрее, чем после брюшино-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной, но со временем (1 год), после выполнения последней, количество людей с легкой степенью нарушения качества жизни становится в 2 раза больше ( $p < 0,01$ ).

2. При лечении рака дистальных отделов прямой кишки следует отдавать предпочтение брюшино-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной, но у пациентов с неблагоприятным прогнозом относительно длительности жизни необходимо выполнять операцию Кеню-Майлса.

## SELECTION OF OPTIMAL SURGERY IN THE TREATMENT OF CANCER OF THE DISTAL PARTS OF THE RECTUM

*V.Yu. Bodyaka, V.D. Babin, S.Yu. Kravchuk, Yu.Ya. Chuprovska, V.V. Shulgina, I.B. Halaturnic, L.V. Sinchishina*

*Despite the development of modern oncology, rectal cancer is a leader in morbidity and mortality. Effective treatment of rectal cancer is possible only with surgical treatment.*

*Recently, more and more attention is paid to sphincter-preserving operations, which allow to avoid colostomy, improving in addition to that the life quality of the patient and return to the usual social environment. However, after such operations, some patients have complications, especially in the form of incontinence and feces, that significantly affects the life quality of patients.*

*Carrying out a comparative analysis of the results of the surgical treatment of cancer of the distal part of the rectum after colostomy and sphincter-preserving surgery, will facilitate the choice of optimal surgery for this oncological localization.*

**The aim of the study** - to determine the optimal colostomy or sphincter-preserving surgery for the treatment of the distal parts of the rectum cancer by examining the duration of operations, clinical features of the early postoperative period, as well as the life quality of patients in the long terms.

**Material and methods.** A retrospective analysis of 82 medical records of an inpatient with a diagnosis of cancer of the distal parts of the rectum, from 2017 to 2019.

*These medical cards, depending on the method of surgery were divided into two groups. The first group consisted of 23 people who underwent perineal extirpation of the rectum according to Kenyu Miles, the second group consisted of 59 patients who underwent abdominal and anal resection of the rectum with reduction of the sigmoid colon.*

*Patients' quality of life was assessed within 1 year of surgery, during a follow-up examination of patients, using the American Society of Colorectal Surgeons (ASCRS) questionnaire, which included the Cleveland Clinical Incontinence Scale.*

*Statistical processing of the obtained research results was performed on a personal computer using Microsoft Excel spreadsheets, as well as IBM SPSS Statistics.*

**Results.** *Summing up the results of the study, it should be noted that the patient's age does not affect the choice of surgery. The duration of abdominal-anal resection of the rectum with reduction of the sigmoid colon is shorter and does not depend on the location of the tumor, but the duration of the early postoperative period does not differ.*

*Excision of the excess intestine after abdominal-anal resection of the rectum with reduction of the sigmoid does not depend on the stage of the disease and is mostly performed on the 12<sup>th</sup> day. The quality of the continent after sigmoid resection of the rectum improves with time after surgery, to the end of one year term 40% of patients have good fecal retention, and the percentage of people with complete incontinence is likely decreases.*

*Quality of life after Keny-Miles surgery improves faster, but over time, after abdominal and anal resection of the rectum with reduction of the sigmoid colon, the percentage of patients with mild impairment of the life quality becomes 4.3 times higher. This feature is explained by the time required to adapt and restore the closing function of the preserved*

### Key words:

*distal rectal cancer, colostomy, sphincter-preserving surgery, quality of life.*

Clinical and experimental pathology 2021. Vol.20, № 4 (78). P. 11 - 19.

sphincter, where the quality of life directly depends on the quality of the continent.

**Conclusions:** 1. After Kenyu-Miles surgery, the quality of life of patients improves faster than after rectum with sigmoid reduction, but in due course (1 year), after the latter one, the number of people with mild impairment of quality of life becomes almost 2 times higher ( $p < 0, 01$ ).

2. In the treatment of distal rectal cancer, abdominal-anal resection of the rectum with a sigmoid reduction should be preferred, but in patients with an unfavorable prognosis for life expectancy, Kenyu-Miles surgery should be performed.

## Вступ

Незважаючи на розвиток сучасної онкології, рак прямої кишки займає лідируючі позиції щодо захворюваності та смертності. Це захворювання досить розповсюджене та займає 4-6% від усіх видів раку [1, 2].

Ефективне лікування раку прямої кишки можливе тільки за умови виконання хірургічного лікування. Основною метою сучасної хірургії колоректального раку є не тільки покращання онкологічних результатів, а й якості життя пацієнтів [3-6].

Останнім часом все більше уваги приділяється виконанню сфінктерозберігаючих операцій, які дають можливість уникнути колостоми, покращуючи при цьому якість життя пацієнтів та повернення їх у звичне соціальне середовище. Проте після виконання таких операцій у частини хворих виникають ускладнення, особливо у вигляді нетримання газів та калу, що має вагомий негативний вплив на якість життя пацієнтів [7-9].

Проведення порівняльного аналізу результатів хірургічного лікування раку дистальних відділів прямої кишки після виконання колостомуючого та сфінктерозберігаючого оперативних втручань дасть змогу полегшити вибір оптимального оперативного втручання при досліджуваній онкологічній локалізації.

## Мета дослідження

Визначити оптимальне колостомуюче або сфінктерозберігаюче оперативне втручання для лікування раку дистальних відділів прямої кишки шляхом дослідження тривалості операцій, клінічних особливостей перебігу раннього післяопераційного періоду, а також якості життя пацієнтів у віддалені терміни.

## Матеріали і методи дослідження

Для реалізації поставленої мети, в умовах Чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру проведено ретроспективний аналіз 82 медичних карток стаціонарного хворого з діагнозом рак дистальних відділів прямої кишки з 2017 по 2019 роки.

Відібрані медичні картки, залежно від методу оперативного втручання, були розподілені на дві групи. Першу групу утворили з 23 осіб, яким виконано черво-промежину екстирпацію прямої кишки за Кеню-Майлса, другу групу сформували з 59 пацієнтів, яким проведено черво-анальну резекцію прямої кишки (ЧАР) із низведенням сигмоподібної кишки.

Усі пацієнти отримували стандартне лікування згідно з уніфікованими протоколами надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія».

Оцінку якості життя пацієнтів проводили впродовж 1-го року після виконання оперативного втручання, під час чергового огляду пацієнтів, за допомогою анкети Американського товариства колоректальних хірургів (ASCRS) із включенням до неї Клівлендської клінічної шкали інконтиненції [10].

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проведено на персональному комп'ютері з використанням електронних таблиць Microsoft Excel, а також програми IBM SPSS Statistics. Оцінювали середні значення отриманих даних (M), їхні стандартні відхилення (m), достовірність статистичних показників (p) за t-критерієм Стьюдента. З метою оцінки вірогідності різниці між відсотками двох вибірок використовували критерії Фішера.

## Результати та їх обговорення

Оцінюючи результати дослідження, представлені в таблиці 1, слід відзначити відсутність вірогідної

Таблиця 1

Розподіл вікової категорії хворих на рак прямої кишки залежно від стадії захворювання (M±m), роки

Стадія захворювання	Операція Кеню-Майлса	ЧАР прямої кишки з низведенням сигмоподібної
I-II	59,86 ± 1,92 n=14	60,07 ± 1,77 n=42 p>0,05
III-IV	66,00 ± 3,95 n=9	60,47 ± 1,67 n=17 p>0,05
Всього:	60,26 ± 1,98 n=23	60,19 ± 1,34 n=59 p>0,05

**Примітки:** n – кількість пацієнтів;  
p – достовірність відмінностей між обома дослідними групами; ЧАР – черво-анальна резекція.

різниці віку пацієнтів між обома групами за кожної стадії захворювання.

Результати дослідження, представлені в таблиці 2, вказують на вірогідне переважання тривалості операції Кеню-Майлса проти ЧАР прямої кишки з низведенням сигмоподібної, за всіх стадій захворювання.

Аналізуючи результати дослідження, наведені

в таблиці 3, слід відзначити більшу тривалість виконання операції Кеню-Майлса при локалізації пухлини у верхньому ампулярному відділі, однак ця різниця недостовірна. Тривалість ЧАР прямої кишки з низведенням сигмоподібної не залежить від локалізації пухлини, про що свідчить відсутність вірогідної різниці показників.

Таблиця 2

**Тривалість оперативного втручання у хворих на рак прямої кишки залежно від стадії захворювання (M±m), хвилини**

Стадія захворювання	Операція Кеню-Майлса	ЧАР прямої кишки з низведенням сигмоподібної
I-II	161,79 ± 6,95 n=14	143,80 ± 2,24 n=42 p<0,05
III-IV	179,44 ± 10,01 n=9	145,29 ± 3,39 n=17 p<0,01
Всього:	168,70 ± 5,92 n=23	144,24 ± 1,85 n=59 p<0,001

*Примітки:* n – кількість пацієнтів;  
p – достовірність відмінностей між обома дослідними групами;  
ЧАР – черво-анальна резекція.

Таблиця 3

**Тривалість оперативного втручання у хворих на рак прямої кишки залежно від локалізації пухлини (M±m), хвилини**

Відділ прямої кишки	Операція Кеню-Майлса n=23	ЧАР прямої кишки з низведенням сигмоподібної n=59
Верхній ампулярний	190,0 ± 30,0 n=2	144,44 ± 5,98 n=9; p>0,05
Середній ампулярний	165,00 ± 8,94 n=6	144,00 ± 2,30 n=40; p<0,05
Нижній ампулярний	167,33 ± 7,71 n=15	142,27 ± 3,04 n=11; p<0,05

*Примітки:* n – кількість пацієнтів;  
p – достовірність відмінностей між обома дослідними групами;  
ЧАР – черво-анальна резекція.

Наведені в таблиці 4 результати дослідження тривалості раннього післяопераційного періоду засвідчують про невірогідну різницю показників

між обома групами пацієнтів, на всіх стадіях захворювання.

Таблиця 4

**Тривалість раннього післяопераційного періоду у хворих на рак прямої кишки залежно від стадії захворювання (M±m), доби**

Стадія захворювання	Операція Кеню-Майлса n=23	ЧАР прямої кишки з низведенням сигмоподібної n=59
I-II	24,21 ± 4,36 n=14	20,6 ± 1,33 n=42 p>0,05
III-IV	20,0 ± 2,82 n=9	17,41 ± 1,86 n=17 p>0,05
Всього:	22,57 ± 2,85 n=23	19,68 ± 1,09 n=59 p>0,05

*Примітки:* n – кількість пацієнтів;  
p – достовірність відмінностей між обома дослідними групами;  
ЧАР – черво-анальна резекція.

Наведені результати дослідження в таблиці 5 вказують, що термін відсічення надлишку кишки після черво-анальної резекції прямої кишки з

низведенням сигмоподібної не залежить від стадії захворювання.

Таблиця 5

**Термін до відсічення надлишку кишки у хворих на рак прямої кишки після черво-анальної резекції прямої кишки з низведенням сигмоподібної залежно від стадії захворювання (M±m), доба**

Стадія захворювання	ЧАР прямої кишки з низведенням сигмоподібної
I - II	12,1 ± 0,48 n=41
III - IV	12,5 ± 0,41 n=18 p>0,05
Всього:	12,2 ± 0,36 n=60

*Примітки:* n – кількість пацієнтів;

p – достовірність відмінностей між обома дослідними групами;

ЧАР – черво-анальна резекція.

налізуючи результати вивчення якості континенції після виконання черво-анальної резекції прямої кишки, які наведені в таблиці 6, слід відзначити відсутність пацієнтів без розладів у всі терміни спостереження. На 6-й місяць після виконання оперативного втручання переважають пацієнти зі значним та повним нетриманням калу, їх сумарна частка становить 62,7%. У визначений

термін відсоток осіб, у яких хороше тримання калу, вірогідно менший проти інших якостей континенції. У термін до 1-го року відзначається вірогідне зростання відсотка пацієнтів із хорошим триманням калу та зменшення – із повним нетриманням калу. У вказаний термін відсоток осіб із помірним та значним нетриманням калу зменшується, проте ця різниця невірогідна.

Таблиця 6

**Якість континенції у пацієнтів після виконання черво-анальної резекції прямої кишки з низведенням сигмоподібної у різні терміни спостереження, абс., %**

Якість континенції	Термін спостереження	
	6 місяців, n=59	1 рік, n=59
Хороше тримання калу	5 (8,5%)	24 (40,7%) p<0,01
Помірне нетримання калу	17 (28,8%) p <sub>1</sub> <0,01	16 (27,1%) p>0,05; p <sub>1</sub> >0,05
Значне нетримання калу	18 (30,5%) p <sub>1</sub> <0,01	12 (20,3%) p>0,05; p <sub>1</sub> <0,05
Повне нетримання калу	19 (32,2%) p <sub>1</sub> <0,01	7 (11,9%) p<0,01; p <sub>1</sub> <0,01

*Примітки:* n – кількість пацієнтів;

p – достовірність відмінностей між обома дослідними групами;

p<sub>1</sub> – різниця проти якості континенції («хороше тримання калу»).

Оцінюючи результати вивчення якості життя пацієнтів, які представлені в таблиці 7, слід відзначити вірогідне переважання відсотка осіб з легким та середнім ступенями порушення якості життя після виконання операції Кеню-Майлса на 6-й місяць після виконання оперативного втручання. У цей термін спостереження, після виконання операції Кеню-Майлса, має місце вірогідно менший відсоток осіб із тяжким ступенем порушення якості життя та відсутністю вкрай

тяжкого. На 1-й рік після виконання ЧАР прямої кишки з низведенням сигмоподібної відзначається вірогідне переважання відсотка осіб із легким ступенем порушення якості життя та зменшення відсотка пацієнтів із середнім ступенем. У цей термін дослідження різниця відсотка пацієнтів із тяжким ступенем порушення якості життя, між обома групами пацієнтів, невірогідна, а з вкрай тяжким – взагалі відсутня.

Таблиця 7

Оцінка якості життя прооперованих хворих на рак прямої кишки, залежно від методу виконаного оперативного втручання, у різні терміни спостереження, абс., %

Ступінь порушення якості життя	Операція Кеню-Майлса n=23		ЧАР прямої кишки з низведенням сигмоподібної n=59	
	6 місяців	1 рік	6 місяців	1 рік
Легкий	19 (32,3%)	17 (28,8%) p>0,05	3 (13,0%) p <sub>1</sub> <0,05	13 (56,5%) p<0,01; p <sub>1</sub> <0,01
Середній	30 (50,8%)	33 (55,9%) p>0,05	5 (21,7%) p <sub>1</sub> <0,01	6 (26,1%) p>0,05; p <sub>1</sub> <0,01
Тяжкий	10 (16,9%)	9 (15,3%) p>0,05	9 (39,1%) p <sub>1</sub> <0,05	4 (17,4%) p<0,05; p <sub>1</sub> >0,05
Вкрай тяжкий	-	-	6 (26,2%)	-

**Примітки:** n – кількість пацієнтів;

p – достовірність відмінностей між термінами спостереження у кожній групі пацієнтів;

p<sub>1</sub> – достовірність відмінностей між обома групами пацієнтів відповідного терміну спостереження;

ЧАР – черво-анальна резекція.

Різниця відсотка «локальних» післяопераційних ускладнень після виконання операції Кеню-Майлса (4 (17,4%)) та ЧАР прямої кишки з низведенням сигмоподібної (14 (23,7%)) невірогідна (p>0,05).

Підсумовуючи результати проведеного дослідження, слід зазначити, що вік пацієнта не впливає на вибір методу оперативного втручання. Тривалість виконання ЧАР прямої кишки з низведенням сигмоподібної кишки менша та не залежить від локалізації пухлини, проте тривалість раннього післяопераційного періоду не відрізняється.

Відсічення надлишку кишки після проведення ЧАР прямої кишки з низведенням сигмоподібної не залежить від стадії захворювання та здебільшого виконуються на 12-ту добу. Якість континенції після виконання ЧАР прямої кишки з низведенням сигмоподібної кишки покращується з часом після виконання оперативного втручання, оскільки у терміни до 1-го року понад 40% пацієнтів мають хороше тримання калу та вірогідно зменшується відсоток осіб із повним нетриманням калу.

Якість життя після операції Кеню-Майлса покращується швидше, проте з часом, після виконання ЧАР прямої кишки з низведенням сигмоподібної кишки, відсоток пацієнтів із легким ступенем порушення якості життя стає у 4,3 рази більшим. Виявлена особливість пояснюється необхідністю певного часу для адаптації та відновлення замикальної функції збереженого сфінктера, оскільки якість життя безпосередньо залежить від якості континенції.

Отже, при лікуванні раку дистальних відділів прямої кишки слід віддавати перевагу ЧАР прямої кишки з низведенням сигмоподібної кишки, оскільки характеристики такого оперативного втручання нічим не поступаються операції Кеню-Майлса, воно має меншу тривалість виконання та забезпечує кращу якість життя.

Пацієнтам із несприятливим прогнозом щодо тривалості життя слід віддавати перевагу операції Кеню-Майлса, оскільки незважаючи на те, що при цьому у цілому якість життя порівняно гірша,

але вона краща у ранні терміни після виконання оперативного втручання.

### Висновки

1. Після операції Кеню-Майлса якість життя пацієнтів покращується швидше, ніж після операції черво-анальної резекції прямої кишки з низведенням сигмоподібної, проте з часом (1 рік), після виконання останньої, кількість осіб із легким ступенем порушення якості життя стає майже у 2 рази більшою (p<0,01).

2. При лікуванні раку дистальних відділів прямої кишки слід віддавати перевагу черво-анальної резекції прямої кишки з низведенням сигмоподібної, проте пацієнтам із несприятливим прогнозом щодо тривалості життя слід віддавати перевагу операції Кеню-Майлса.

### Перспективи подальших досліджень

Вважаємо за доцільне вивчити вплив виконання неoad'ювантної променевої терапії на технічні особливості виконання оперативних втручань стосовно дистального раку прямої кишки.

### Список літератури:

1. Назаров ИВ, Сушков ОИ, Шахматов ДГ. Местные рецидивы рака ободочной кишки (обзор литературы). Колопроктология. 2018;1:87-95. doi: 10.33878/2073-7556-2018-0-1-87-95
2. Райков НС, Чупин РН, Попов ИН, Сбродов ОВ, Дорогина ЛВ, Роговских АН. Рак прямой кишки. Тюменский медицинский журнал. 2010;3-4:75-7.
3. Пономаренко АА, Шельгин ЮА, Рыбаков ЕГ, Ачкасов СИ. Непосредственные результаты лечения больных с метастазами рака прямой кишки в печени. Колопроктология. 2018;1:13-20. doi: 10.33878/2073-7556-2018-0-1-13-20
4. Tou S. Functional outcomes after low anterior resection an important consideration. Colorectal Dis. 2017;19(5):415-6. doi: 10.1111/codi.13648
5. Афанасьев СГ, Старцева ЖА, Добродеев АЮ, Тарасова АС, Савосина СИ, Усова АВ, и др. Непосредственные результаты

- радикальных операций в условиях комбинированного лечения рака прямой кишки. Сибирский онкологический журнал. 2016;15(1):5-10. doi: 10.21294/1814-4861-2016-15-1-5-10
6. Бердов БА, Ерыгин ДВ, Невольских АА, Галкин ВН, Титова ЛН, Березовская ТП, и др. Неoadъювантная терапия местнораспространенного рака прямой кишки. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2018;3:9-15. doi: 10.17116/onkolog2018739
  7. Медведников АА, Шелехов АВ, Дворниченко ВВ, Расулов РИ, Пленкин СМ, Попова НВ, и др. Отдаленные результаты сфинктеросохраняющих операций при средне- и нижеампулярном раке прямой кишки: качество жизни и выживаемость пациентов. Сибирский онкологический журнал. 2020;19(1):97-102. doi: 10.21294/1814-4861-2020-19-1-97-102
  8. Русин АВ, Игнат ОВ, Ряшко МІ. Оцінка якості життя пацієнтів після оперативних втручань з приводу раку прямої кишки. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія Медицина. 2011;3:57-61.
  9. Серебряный АБ, Хомяков ЕА, Нафедзов ИО, Фоменко ОЮ, Рыбаков ЕГ. Качество жизни больных после хирургического лечения рака прямой кишки (обзор литературы). Колопроктология. 2021;20(1):59-67. doi: 10.33878/2073-7556-2021-20-1-59-67
  10. Русин АВ, Игнат ОВ, Русин ВІ, Чобей СМ, Румянцев КС. Оцінка якості життя пацієнтів після радикальних операцій із приводу раку прямої кишки. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія Медицина. 2013;1(46):82-8.
- 0-1-13-20 (in Russian)
4. Tou S. Functional outcomes after low anterior resection an important consideration. Colorectal Dis. 2017;19(5):415-6. doi: 10.1111/codi.13648
  5. Afanasyev SG, Startseva ZhA, Dobrodeev AYU, Tarasova AS, Savosina SI, Usova AV, i dr. Neposredstvennye rezultaty radikal'nykh operatsiy v usloviyakh kombinirovannogo lecheniya raka pryamoy kishki [Immediate results of radical surgery under conditions of combined modality treatment of rectal cancer]. Sibirskiy onkologicheskii zhurnal. 2016;15(1):5-10. doi: 10.21294/1814-4861-2016-15-1-5-10 (in Russian)
  6. Berdov BA, Erygin DV, Nevolskikh AA, Galkin VN, Titova LN, Berezovskaya TP, i dr. Neoad'yuvantnaya terapiya mestno-rasprostranennogo raka pryamoy kishki [Neoadjuvant therapy for locally advanced rectal cancer]. Onkologiya. Zhurnal im. PA. Gertsena. 2018;3:9-15. doi: 10.17116/onkolog2018739 (in Russian)
  7. Medvednikov AA, Shelekhov AV, Dvornichenko VV, Rasulov RI, Plenkin SM, Popova NV, i dr. Otdalennye rezultaty sfinkterosokhranyayushchikh operatsiy pri sredne- i nizhneampulyarnom rake pryamoy kishki: kachestvo zhizni i vyzhivaemost' patsientov [Long-term outcomes of sphincter-sparing surgeries in mid- and lower ampullary rectal cancer: quality of life and survival of patients]. Sibirskiy onkologicheskii zhurnal. 2020;19(1):97-102. doi: 10.21294/1814-4861-2020-19-1-97-102 (in Russian)
  8. Rusyn AV, Ignat OV, Ryashko MI. Otsinka yakosti zhyttia patsientiv pislia operatyvnykh vtruchan' z pryvodu raku priamoi kyshky [Assessment of quality of life of patients after surgical interventions for rectal cancer]. Naukovyi visnyk Uzhhorod'skoho universytetu. Seriya Medytsyna. 2011;3:57-61. (in Ukrainian)
  9. Serebriy AB, Khomyakov EA, Nafedzov IO, Fomenko OYu, Rybakov EG. Kachestvo zhizni bol'nykh posle khirurgicheskogo lecheniya raka pryamoy kishki (obzor literatury) [Quality of life after rectal cancer surgery (systematic review)]. Koloproktologia. 2021;20(1):59-67. doi: 10.33878/2073-7556-2021-20-1-59-67 (in Russian)
  10. Rusyn A, Ihnat O, Rusyn V, Chobey S, Rummyantsev K. Otsinka yakosti zhyttia patsientiv pislia operatyvnykh vtruchan' z pryvodu raku priamoi kyshky [Evaluation of the quality of life of patients after radical surgery for rectal cancer]. Naukovyi visnyk Uzhhorod'skoho universytetu. Seriya Medytsyna. 2013;1(46):82-8. (in Ukrainian)

#### References

#### Інформація про авторів:

Бодяка В.Ю. – д.мед.н., доцент, завідувач кафедри онкології та радіології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

Бабін В.Д. – лікар-онкохірург поліклінічного відділення Чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру, м. Чернівці, Україна.

Кравчук С.Ю. – к.мед.н., доцент кафедри онкології та радіології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

Чупровська Ю.Я. – асистент кафедри онкології та радіології Буковинського державного медичного університету м. Чернівці, Україна.

Шульгіна В.В. – к.мед.н., асистент кафедри онкології та радіології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

Халатурник І.Б. – лікар УЗД ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги», к.мед.н., асистент кафедри онкології та радіології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

Синчишина Л.В. – к.мед.н., директор КНП «Хмельницький обласний патологоанатомічний центр», м. Чернівці, Україна.

#### Інформація об авторах:

Бодяка В.Ю. – д.мед.н., доцент, заведуючий кафедри онкології та радіології Буковинського державного медичного університету, г. Черновцы, Украина.

Бабін В.Д. – врач-онкохирург поликлинического отделения Черновицкого областного клинического



онкологического диспансера, г. Черновцы, Украина.

Кравчук С.Ю. – к.мед.н., доцент, доцент кафедры онкологии и радиологии Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы, Украина.

Чупровская Ю.Я. – ассистент кафедры онкологии и радиологии Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы, Украина.

Шульгина В.В. – к.мед.н., ассистент кафедры онкологии и радиологии Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы, Украина.

Халатурник И.Б. – врач УЗД ОКНП «Черновицкая больница скорой медицинской помощи», к.мед.н., ассистент кафедры онкологии и радиологии Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы, Украина.

Синчишина Л.В. – к.мед.н., директор КНП «Хмельницкий областной патологоанатомический центр», г. Черновцы, Украина.

**Information about the authors:**

Bodyaka V.Yu. – Doctor of Medicine, Associate Professor, Head of the Department of Oncology and Radiology, Bukovynian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

Babin V.D. – oncologist surgeon of the outpatient department of the Chernivtsi Regional Clinical Oncology Dispensary, Chernivtsi, Ukraine.

Kravchuk S.Yu. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Oncology and Radiology of Bukovynian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

Chuprovska Yu.Ya. – Assistant Professor of Oncology and Radiology, Bukovynian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

Shulgina V.V. – Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor of Oncology and Radiology, Bukovynian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

Khalaturnyk I.B. – ultrasound doctor of the Chernivtsi Ambulance Hospital, Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor of Oncology and Radiology, Bukovynian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

Sinchyshyna L.V. – Candidate of Medical Sciences, Director of Khmelnytsky Regional Pathological Center, Chernivtsi, Ukraine.

*Стаття надійшла до редакції 11.11.2021*

*Рецензент – проф. Ротар О.В.*

*© В.Ю. Бодяка, В.Д. Бабін, С.Ю. Кравчук, Ю.Я. Чупровська, В.В. Шульгіна, І.Б. Халатурник, Л.В. Синчишина, 2021*

