

SCI-CONF.COM.UA

SCIENCE IN THE MODERN WORLD: INNOVATIONS AND CHALLENGES



**PROCEEDINGS OF XIII INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
SEPTEMBER 4-6, 2025**

**TORONTO
2025**

TABLE OF CONTENTS

AGRICULTURAL SCIENCES

1. **Gavrylenko V., Fedelesh-Gladynets M.** 8
DYNAMICS OF YIELD AND VEGETATION OF DIFFERENT
SORTS AND HYBRIDS OF TOMATOES DEPENDING ON
METHODS OF FERTILIZATION GIVEN TRICHODERMA
APPLICATION (TRICHODERMA)

MEDICAL SCIENCES

2. **Adonina I.** 18
PLACENTAL PATHOMORPHOLOGY AND HORMONAL
DYSREGULATION IN METABOLIC SYNDROME: MECHANISTIC
INSIGHTS INTO FETOPLACENTAL INSUFFICIENCY
3. **Bezborodov A. S., Sid Ye. V.** 22
THE PROBLEM OF CHOLECALCIFEROL DEFICIENCY AMONG
PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION
4. **Kunta H., Forkutsa L.** 28
HIDDEN DANGERS: BARRETT'S ESOPHAGUS AS A PREDICTOR
OF ESOPHAGEAL ADENOCARCINOMA
5. **Журавель В. І., Борковський Д. С., Журавель Віктор В., Журавель Володимир В.** 34
ПЕРЕВАГИ ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВНИХ НАУКОВО-
МЕТОДИЧНИХ Й ОСОБИСТІСНО-ІНДИВІДУАЛЬНИХ
ПІДХОДІВ ДО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ
6. **Криленко В. І., Князькова В. Я.** 45
ПРОБЛЕМА УПЕРЕДЖЕНОСТІ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В
МЕДИЦИНІ
7. **Кубрак М. А., Гаврильченко А. К.** 49
СТРАТЕГІЯ КОМПЛЕКСНОГО ІНДИВІДУАЛІЗОВАНОГО
ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ
НЕПРОХІДНІСТЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ
8. **Осарчук Є. В., Бандрівський Ю. Л.** 53
ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНOSTІ ТА ЛОКАЛІЗАЦІЇ КАРІОЗНИХ
УРАЖЕНЬ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ
ДІТЕЙ ВІКОМ 6-9 РОКІВ
9. **Россіхін В. В., Бухмін О. В., Бухмін О. О., Россіхіна С. В.** 58
КРАТОМ: МІЖ ЗАБОРОНОЮ І ЗАСТОСУВАННЯМ

CHEMICAL SCIENCES

10. **Ілляшенко Ю. В.** 65
ЕКОНОМІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ
РОСЛИННИХ МОТОРНИХ ОЛИВ

СТРАТЕГІЯ КОМПЛЕКСНОГО ІНДИВІДУАЛІЗОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

Кубрак Михайло Анатолійович

кандидат медичних наук, доцент

Гаврильченко Андрій Костянтинівич

Студент

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
м. Запоріжжя, Україна

Вступ. Гостра обтураційна кишкова непрохідність (ГКН) є провідним ускладненням злоякісних новоутворень ободової кишки та зустрічається, за даними літератури, у 40–60 % випадків. Це ускладнення становить серйозну загрозу життю пацієнта, особливо в осіб похилого віку та з супутньою соматичною патологією. Традиційно в таких ситуаціях застосовується екстрене оперативне втручання без достатньої передопераційної підготовки, що призводить до високої частоти післяопераційних ускладнень та летальності. Водночас удосконалення інструментальних методів діагностики та розширення можливостей ендоскопічної декомпресії відкривають перспективи для реалізації індивідуалізованого підходу до вибору хірургічної тактики залежно від ступеня компенсації непрохідності.

Ціль роботи. Оцінити клінічну ефективність комплексного індивідуалізованого підходу до лікування гострої кишкової непрохідності, що буде ускладнювати перебіг пухлинного процесу ободової кишки. Завданням було не лише порівняти стандартну та індивідуалізовану тактики, але й сформулювати алгоритм дій, який дозволяє знизити ризики та покращити результати післяопераційного періоду.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі двох клінічних закладів м. Запоріжжя у період з 2018 по 2023 роки, а саме КНП «Міська лікарня екстренної та швидкої медичної допомоги» та КНП «Міська лікарня

№8» ЗМР. Було обстежено 180 пацієнтів з ускладненими формами раку ободової кишки, у яких виникла ГКН. Основна група (проспективна) (109 пацієнтів 60,56 %) лікувалася з використанням індивідуалізованої стратегії в залежності від ступеню компенсації ГКН, в той час як 71 пацієнт (39,44 %) групи порівняння (ретроспективна) – за стандартним підходом, тобто оперативне втручання згідно існуючих стандартів. Оцінка ступеня компенсації ГКН проводилася за методикою П.В. Свірепо. Для уточнення діагнозу та планування лікування використовували ультразвукову діагностику, комп'ютерну томографію, рентгенографію, лабораторні дослідження, колоноскопію. Основній групі призначалася інфузійна терапія, підготовка до ендоскопічної декомпресії, а при відсутності ефекту – планову радикальну операцію. Статистичний аналіз виконано з використанням програм STATISTICA 13.0 та Excel.

Результати та обговорення. У пацієнтів групи порівняння було проведено три типи хірургічних втручань залежно від тяжкості стану: одному хворому (2,04 %) виконано екстрену операцію, ще 16 (32,65 %) перенесли ургентне втручання, а решта 32 (65,31 %) були оперовані в плановому порядку. Середній проміжок часу до операції складав 9,10 годин (у межах від 5,30 до 12,80 год).

У 39 пацієнтів (79,59 %) операція завершилась накладанням колостоми. Правобічну геміколектомію з формуванням тонко-товстокишкового анастомозу було проведено у 7 (14,29 %) випадках, тоді як товсто-товстокишковий анастомоз сформовано у 3 (6,12 %) осіб. В основній групі діагностика дозволила виявити ступінь компенсації ГКН: у 10 хворих (13,51 %) стан був компенсований, у 61 (82,43 %) – субкомпенсований, а у 3 (4,05 %) – декомпенсований.

Хворим з перших двох категорій призначали інфузійну терапію для стабілізації водно-електролітного балансу, фармакологічну стимуляцію моторики кишечника та готували до ендоскопічного втручання. Очистку товстої кишки проводили клізмами. Всім 71 пацієнту (100,0 %) з I та II

ступенем компенсації було виконано колоноскопію з діагностичною та лікувальною метою.

Згідно з результатами лікування, у 47 (63,51 %) осіб вдалося повністю усунути прояви непрохідності, тоді як у 13 (18,31 %) позитивного результату не досягнуто, а в 11 (15,49 %) внаслідок маніпуляції виникло ускладнення – перфорація. Таким чином, у 3 пацієнтів (4,05 %) із декомпенсацією ГКН була проведена екстрена операція, 11 (14,87 %) перенесли ургентне хірургічне втручання, а решта 60 (81,08 %) – відтерміновану операцію. Середня тривалість підготовки до операції становила 19,70 годин (8,50–31,40). Після проведення всіх підготовчих заходів, включаючи ендоскопічну декомпресію, лише у 16 (21,62 %) пацієнтів довелося накладати колостому. Тонко-товстокишковий анастомоз було сформовано у 10 (13,51 %) випадках, а первинний товсто-товстокишковий – у 48 (64,85 %). З метою тимчасового відведення кишкового вмісту превентивна ілеостома була сформована у 11 (22,92 %) хворих, яку пізніше усунули.

У післяопераційному періоді у контрольній групі 21 (42,86 %) особа мала ускладнення, тоді як в основній таких пацієнтів було 13 (17,57 %). Найчастіше фіксувалися місцеві ранові ускладнення – у 7 (9,46 %) та 6 (12,24 %) хворих відповідно

Серед пацієнтів основної групи: 1 (1,35 %) мав ТЕЛА, 2 (2,70 %) – серцеву недостатність із набряком легень, 1 (1,35 %) – гідроторакс, 1 (1,35 %) – пневмонію, ще один – внутрішньочеревну кровотечу. У контрольній групі виявлено 2 (4,08 %) випадки ТЕЛА, 3 (6,12 %) серцевої недостатності, 4 (8,16 %) пневмоній, по 2 (4,08 %) випадки парезу кишечника, гідротораксу та 1 (2,04 %) кровотечі й перфорації виразки.

Повторна операція була необхідна для 3 (4,05 %) осіб основної групи і для 5 (10,20 %) – у групі порівняння. Загальна летальність склала 4 (5,41 %) у першій групі проти 6 (12,25 %) у другій.

Висновки. Встановлення індивідуальної стратегії лікування гострої кишкової непрохідності дозволяє покращити результати лікування у пацієнтів з

раком товстої кишки. Врахування ступеня компенсації ГКН при плануванні лікування є ключовим фактором зниження ризику ускладнень і летальності.

Комплексна передопераційна підготовка підвищує ефективність ендоскопічних втручань та знижує потребу проведення оперативних втручань з виведенням колостоми. Дані дослідження підтверджують та доводять доцільність використання індивідуального підходу як стандарт надання допомоги при ГКН пухлинного генезу для підвищення якості життя пацієнтів.