

SCI-CONF.COM.UA

SCIENCE AND EDUCATION: SYNERGY OF INNOVATION



**PROCEEDINGS OF I INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
SEPTEMBER 1-3, 2025**

**BERLIN
2025**

TABLE OF CONTENTS

VETERINARY SCIENCES

1. *Вус У. М., Гутий Б. В.* 8
ВПЛИВ ДЕВІВІТ КАРНІТИНУ НА АКТИВНІСТЬ
АМІНОТРАНСФЕРАЗ СІРОВАТКИ КРОВІ ЩУРІВ ЗА УМОВ
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОТРУЄННЯ ТЕТРАХЛОРМЕТАНОМ

BIOLOGICAL SCIENCES

2. *Minin Yu. V., Burlaka Yu. B., Voroshylova N. M., Kucherenko T. I.* 12
DISORDERS IN THE HEMOSTASIS SYSTEM IN PATIENTS WITH
CHRONIC POLYPOSIS RHINOSINUSITIS WHO WERE SICK
FROM COVID-19
3. *Долга Я. В., Пастухова В. А.* 16
ВПЛИВ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ТА ДІЄТИ НА СКЛАД
КРОВІ

MEDICAL SCIENCES

4. *Adonina I.* 20
CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL PREDICTORS OF
ADVERSE PREGNANCY OUTCOMES IN WOMEN WITH
METABOLIC SYNDROME
5. *Forkutsa L., Kunta H.* 23
THE TUMOR THAT MIMICS STRESS: UNMASKING
PHEOCHROMOCYTOMA
6. *Yelenskyi V.* 27
MAIN MECHANISMS OF STATE REGULATION OF DENTAL
CARE IN UKRAINE: CHALLENGES AND PROSPECTS
7. *Бондар С., Круглікова В., Чамлай Л., Ріжняк О.* 33
ФОРМУВАННЯ ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ *HARD SKILLS* НА
ЗАНЯТТЯХ З ФАХОВИХ ДИСЦИПЛІН ЧЕРЕЗ НАПОВНЕННЯ
ЗМІСТУ ОСВІТНІХ КОМПОНЕНТІВ ЕЛЕМЕНТАМИ
ТРЕНІНГОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ
8. *Кубрак М. А., Красний В. В.* 39
ВПЛИВ СТРАТЕГІЇ КОМПЛЕКСНОГО ІНДИВІДУАЛЬНОГО
ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ НА ПЕРИОПЕРАЦІЙНІ ЗМІНИ
СТАНУ ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ З ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ
НЕПРОХІДНІСТЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

TECHNICAL SCIENCES

9. *Baranenko O., Diachenko V., Diachenko N.* 43
MEASURING THE THREAT: COMPLEXITY METRICS AND
THEIR IMPACT ON SECURITY VULNERABILITIES

ВПЛИВ СТРАТЕГІЇ КОМПЛЕКСНОГО ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ НА ПЕРИОПЕРАЦІЙНІ ЗМІНИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ З ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

Кубрак Михайло Анатолійович

кандидат медичних наук, доцент

Красний Валерій Володимирович

Студент

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
м. Запоріжжя, Україна

Вступ. Гостра кишкова непрохідність (ГКН) є частим та небезпечним ускладненням раку товстого кишківника, становлячи за даними різних авторів 40,0–60,0 % випадків його ускладнень. Це ускладнення супроводжується високою періопераційною летальністю – від 5,0 % до 57,0 % за різними джерелами. Основною причиною настільки високої смертності є те, що більшість хворих має широкий спектр супутніх соматичних захворювань, які часто декомпенсуються на фоні ГКН. Наявність гострої кишкової непрохідності пухлинного генезу диктує необхідність проведення невідкладного хірургічного втручання. Водночас відсутність передопераційної підготовки, недостатній обсяг обстеження та некомпенсована супутня патологія призводять до незадовільних післяопераційних результатів – частота ускладнень і летальності залишається високою, а виживаність хворих вкрай низькою. Таким чином, актуальним залишається питання розробки оптимальної періопераційної тактики лікування пацієнтів з ГКН пухлинного генезу та оцінки впливу запропонованої стратегії на загальний стан здоров'я хворих, частоту ускладнень і рівень летальності.

Ціль роботи. Проаналізувати періопераційні зміни стану здоров'я хворих з гострою кишковою непрохідністю пухлинного генезу, у яких застосовується стратегія комплексного індивідуалізованого підходу до вибору тактики лікування.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі хірургічних відділень КНП «Міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» ЗМР та КНП «Міська лікарня № 7» ЗМР у 2020–2023 рр. Обстежено та проліковано 74 пацієнти (100 %) з гострою кишковою непрохідністю пухлинного генезу. Серед них 41 (55,41 %) жінка і 33 (44,59 %) чоловіки; середній вік хворих становив $68,31 \pm 18,49$ років. При надходженні пацієнтам виконували ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, оглядову рентгенографію грудної клітки та черевної порожнини, колоноскопію, комп'ютерну томографію черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням, клініко-біохімічні аналізи крові та сечі. За допомогою шкали CR-POSSUM розраховували фізіологічну (ФС) і хірургічну (ХС) субшкали та прогнозували ризик післяопераційної летальності за встановленою формулою. Статистичний аналіз результатів здійснювали у програмних середовищах Statistica 13.0 та MS Excel 2013; дані подавали у вигляді $M \pm m$ або медіана (Q1; Q3). Для оцінки змін застосовано непараметричний критерій знаків Вілкоксона для парних вибірок; відмінності вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

Результати та обговорення. За результатами обстеження та клінічного перебігу у 10 хворих (13,51 %) діагностовано I ступінь ГКН (компенсована непрохідність), у 61 (82,43 %) – II ступінь (субкомпенсована), та у 3 (4,05 %) – III ступінь (декомпенсована ГКН). Залежно від ступеня компенсації непрохідності обирали індивідуалізовану селективну тактику лікування. У 71 пацієнта (95,95 %) з компенсованою та субкомпенсованою непрохідністю спочатку проведено інтенсивну консервативну терапію, що включала інфузійну терапію (кристалоїди, плазмозамінники, компоненти крові), стимуляцію перистальтики (прозерин, метоклопрамід, сорбілакт, 10 % розчин натрію хлориду) та підготовку до ендоскопічної декомпресії товстої кишки (очисні клізми). За результатами комплексу консервативних заходів та лікувально-діагностичної колоноскопії у 47 пацієнтів (63,51 %) вдалося повністю ліквідувати явища непрохідності; у 13 (18,31 %) хворих бажаного ефекту не досягнуто; у 11 (15,49 %) ендоскопічна декомпресія ускладнилася

перфорацією кишки в ділянці пухлини, що потребувало невідкладної операції.

Хірургічне втручання при ГКН виконано негайно у 3 пацієнтів (4,05 %) з декомпенсованою непрохідністю, ургентно (в перші години) – у 11 (14,87 %), та відтерміновано (після стабілізації стану) – у 60 хворих (81,08 %). Середня тривалість передопераційної підготовки склала 19,70 годин. Динаміку стану здоров'я оцінювали за шкалою CR-POSSUM (ColoRectal Physiologic and Operative Severity Score for the Enumeration of Mortality) на чотирьох етапах: при госпіталізації, після завершення консервативного лікування та ендоскопічної декомпресії (безпосередньо перед операцією), на першу добу після операції та перед випискою.

При госпіталізації середній бал за ФС шкали CR-POSSUM становив $11,83 \pm 3,67$, за ХС – $10,79 \pm 2,84$; прогнозований ризик післяопераційної смертності – $7,30 \pm 2,19$ %. Після 12–24 годин інтенсивної консервативної терапії та ендоскопічної декомпресії (перед операцією) показник ФС знизився до $10,21 \pm 3,02$ ($p = 0,0012$), а ризик летальності – до $6,12 \pm 1,88$ % ($p = 0,0008$); значення ХС практично не змінилося ($10,51 \pm 2,71$; $p = 0,6481$). Через 24 години після оперативного втручання спостерігалось погіршення стану: ФС підвищився до $11,62 \pm 3,41$ ($p = 0,0047$), ризик смертності зріс до $6,92 \pm 1,94$ % ($p = 0,0322$), тоді як ХС залишився на рівні $10,57 \pm 2,73$ ($p = 0,8671$). Перед випискою відзначено повторне покращення: середній бал ФС склав $10,37 \pm 2,86$ ($p = 0,0274$ у порівнянні з післяопераційним періодом), ХС – $10,57 \pm 2,73$ ($p = 1,00$), а ризик летальності – $6,24 \pm 1,89$ % ($p = 0,0137$).

Післяопераційні ускладнення виявлено у 13 пацієнтів (17,57 %). Найчастіше спостерігали гнійно-запальні ускладнення післяопераційної рани – у 7 хворих (9,46 %). Також відзначено випадки тромбоемболії легеневої артерії – 1 пацієнт (1,35 %), гострої серцевої недостатності з набряком легень – 2 (2,70 %), малого післяопераційного гідротораксу – 1 (1,35 %), пневмонії – 1 (1,35 %) та внутрішньочеревної кровотечі – 1 (1,35 %). Повторні операції з приводу ускладнень виконано у 3 хворих (4,05 %). Летальних наслідків за період дослідження зафіксовано 4 (що склало 5,41 %). Медіана терміну стаціонарного

лікування становила 18,00 (12,00; 24,00) діб

Висновки. У пацієнтів з гострою кишковою непрохідністю пухлинного генезу застосування стратегії комплексного індивідуалізованого підходу до тактики лікування дозволило покращити загальний стан хворих у доопераційному періоді: оцінка за ФС шкали CR-POSSUM знизилася з $11,83 \pm 3,67$ до $10,21 \pm 3,02$ балів ($p = 0,0012$).

Проведення хірургічного втручання є критичним фактором, що погіршує стан пацієнта: після операції показник ФС CR-POSSUM зріс з $10,21 \pm 3,02$ до $11,62 \pm 3,41$ ($p = 0,0047$), що відображає зниження резервів компенсації.

Завдяки використанню комплексного індивідуалізованого підходу вдалося знизити прогнозований ризик летальності в основній групі з $7,30 \pm 2,19$ % до $6,12 \pm 1,88$ % ($p = 0,0008$).

Розрахований за шкалою CR-POSSUM теоретичний ризик смертності повністю співпав з фактичною післяопераційною летальністю у досліджуваній групі (5,41 %).