

COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS

SCIENTIA

10

JUNE, 2022

SYDNEY, AUSTRALIA

CURRENT ISSUES OF SCIENCE, PROSPECTS AND CHALLENGES

II INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND THEORETICAL CONFERENCE

VOLUME 3



**EUROPEAN
SCIENTIFIC
PLATFORM**





10 June, 2022

Sydney, Australia

**CURRENT ISSUES OF SCIENCE,
PROSPECTS AND CHALLENGES**

II International Scientific and Theoretical Conference

VOLUME 3

Sydney, 2022



Chairman of the Organizing Committee: Holdenblat M.

Responsible for the layout: Zrada S.

Responsible designer: Bondarenko I.

- C 95 **Current issues of science, prospects and challenges:** collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the II International Scientific and Theoretical Conference (Vol. 3), June 10, 2022. Sydney, Australia: European Scientific Platform.

ISBN 979-8-88526-801-1

DOI 10.36074/scientia-10.06.2022

Papers of participants of the II International Multidisciplinary Scientific and Theoretical Conference «Current issues of science, prospects and challenges», held on June 10, 2022 in Sydney are presented in the collection of scientific papers.



The conference is included in the Academic Research Index ReserchBib International catalog of scientific conferences.

Conference proceedings are publicly available under terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

UDC 001 (08)

© Participants of the conference, 2022

© Collection of scientific papers «SCIENTIA», 2022

© European Scientific Platform, 2022

ISBN 979-8-88526-801-1

SECTION 26.

PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY

ДО ПИТАННЯ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПСИХІЧНО ХВОРИМ ОСОБАМ ПОХИЛОГО ВІКУ Завязкіна Н.В.	38
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ЗС УКРАЇНИ Волков Д.С., Абатурова О.А.	40
ЧИННИКИ БЕЗПЕЧНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА Бондарук Ю.С.	44

SECTION 27.

MEDICAL SCIENCES AND PUBLIC HEALTH

CHARACTERISTIC FEATURES OF THE EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME IN OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS Gerasimenko O.I., Ausheva K.K.	48
DYNAMICS ANALYSIS OF THE MEASLES INCIDENCE RATE AMONG THE POPULATION OF UKRAINE IN THE PERIOD FROM 2015 TO 2021 Scientific research group: Yurko K.V., Solomennyk H.O., Vynokurova O.M., Chebotenko O.R., Hladchenko N.Y.	50
АКТУАЛЬНА ТА СУЧАСНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ Двореченець Д.Є., Марченко І.О.	53
ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЬНИХ НАПОЇВ СТУДЕНТАМИ- МЕДИКАМИ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ 2022 (ГЕНДЕРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ) Миронець Л.О., Душик А.О.	55
ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ФАМОТИДИН У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ Пікалов Д.В., Смолін І.О.	57
ВПЛИВ ЗАБРУДНЕННЯ ПОВІТРЯ НА ЧАСТОТУ ВИНИКНЕННЯ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ Рева Т.В., Юхновець О.М., Мирешка А.С.	59
ГОСТРА НИРКОВА НЕДОСТАТНІСТЬ У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ВИКЛИКАНА ТЕРАПІЄЮ РАКУ ЦИСПЛАТИНОМ Кавюк А.О., Аносова А.М.	62
ЗАЛЕЖНІСТЬ ТРИВАЛОСТІ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТОЛІТОМІЇ ТА ЧОТИРЬОХПОРТОВОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА ХВОРИХ НА БЕЗСИМПТОМНИЙ ХОЛЕЦИСТОЛІТІАЗ Сиволап Д.В.	64
КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ D-ДИМЕРУ Панащук Б.С., Малиновська Т.В.	67

Сиволап Дмитро Віталійович

канд. мед. наук., доцент кафедри факультетської хірургії
Запорізький державний медичний університет, Україна

ЗАЛЕЖНІСТЬ ТРИВАЛОСТІ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТОЛІТОТОМІЇ ТА ЧОТИРЬОХПОРТОВОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА ХВОРИХ НА БЕЗСИМПТОМНИЙ ХОЛЕЦИСТОЛІТІАЗ

Лапароскопічна холецистектомія залишається одним з найчастіших хірургічних методів лікування жовчнокам'яної хвороби. Тривалість операції часто пов'язана зі збільшенням частоти ускладнень, та прийнята як індикатор якості. В американських, європейських та азіатських дослідженнях було виявлено ряд факторів, які можуть потенційно вплинути на тривалість процедури. До них належать патологічні, технічні чинники, фактори оператора, а також вік, стать пацієнта і наявність ожиріння [1].

За даними [2] незалежними передопераційними предикторами тривалої лапароскопічної холецистектомії були гострий холецистит, ожиріння, попередні операції на верхній половині живота, чоловіча стать та низький рівень хірургічного досвіду. На думку [3] надлишкова вага та ожиріння були пов'язані з тенденцією до збільшення тривалості лапароскопічної холецистектомії (нормальна вага 67,4 +/- 31,8; надлишкова вага 77,8 +/- 35,6; ожиріння - 79,0 +/- 37,9 хв), ($p < 0,001$). У одноцентровому ретроспективному обсерваційному дослідженні [4] виявили, що факторами ризику тривалої лапароскопічної холецистектомії були набряк стінки жовчного міхура (за даними комп'ютерної томографії), секвестрація нейтрофілів, індекс маси тіла та гострий холангіт в анамнезі. В той же час, результати дослідження [5] показали, що тривалість лапароскопічної холецистектомії більше 60 хвилин була менш вірогідною для пацієнтів віком менше 30 і старше 40 років ($p < 0,001$) і більш вірогідною для чоловіків ($p < 0,05$), у хворих з індексом маси тіла більше 30 в порівнянні з ІМТ від 18,5 до 24,9 ($P < 0,05$), аномальним тестом функції печінки ($p < 0,05$) і вищим класом ASA ($p < 0,05$). Куріння, серцево-судинні захворювання, хронічна обструктивна хвороба легенів, цукровий діабет і аномальний рівень лейкоцитів не були суттєвими провісниками подовження часу виконання операції.

Проте в літературі ми не знайшли повідомлень, щодо залежності тривалої лапароскопічної холецистолітотомії від індексу маси тіла хворих на холецистолітіаз.

Метою дослідження було визначення залежності тривалості лапароскопічної холецистолітотомії та чотирьохпортової холецистектомії від індексу маси тіла хворих на холецистолітіаз, для мінімізації периопераційної захворюваності та оптимізації лікування.

Матеріал та методи. Після підписання інформованої згоди в дослідження залучено 88 хворих на холецистолітіаз. До основної групи увійшло 33 пацієнти, яким виконано органозберігаючу операцію: лапароскопічну холецистолітотомію. Хворі основної групи були у віці від 22 до 64 років, середній вік – (46,8 ± 12,7) роки, чоловіків 18 % (n=6), жінок 82 % (n=27). Групу порівняння було створено з 53 пацієнтів у віці від 22 до 75 років, середній вік – (51,0 ± 12,6) роки, чоловіків 34 % (n=18), жінок 66 % (n=35). Групи хворих були зіставні за віком ($p=0,105$) та статтю ($p=0,111$), за кількістю конкрементів у жовчному міхурі та морфологічними змінами його стінок, та відповідали вимогам до

репрезентативної вибірки.

Оперативні втручання в групах виконувались під ендотрахеальним наркозом з використанням барбітуратів, нейролептаналгетиків та міорелаксантів. Для операції були використані стандартні інструментальні набори для лапароскопічної холецистектомії Richard Wolf (Німеччина) і Olimpus (Японія), а також троакари фірми — Ethicon (США) та Karl Storz (Німеччина). Оперативні втручання в групах виконувались за французькою методикою Reddick-Olsen через 4 стандартні порти. При лапароскопічному способі холецистолітотомії проводилась пункція та аспірація жовчі з жовчного міхура в області дна з подальшим розтином міхура в зоні пункції на довжину, що дорівнювала діаметру конкремента, визначеного за даними ультразвукового дослідження. Інтраопераційна ревізія порожнини міхура проводилась за допомогою фіброхоледоскопа, подальшим видаленням конкременту/конкрементів (літоекстракція). Порожнину міхура промивали фізіологічним розчином (0,9% NaCl). Розтин жовчного міхура ушивався безперервним швом атравматичною голкою з лігатурою, що розсмоктується («Вікрил» 2.0). Конкремент видалявся за допомогою ендоконтейнеру. Дренування черевної порожнини було обов'язковим (вводився дренаж у підпечінковий простір). При чотирьохпортовій лапароскопічній холецистектомії виділялись міхурові протока та артерія. Після кліпування міхурові протока та артерія пересікались. Субсерозно за допомогою монополярного діатермокоагулятора видалявся жовчний міхур від шийки.

Статистичну обробку матеріалу виконано за допомогою пакету програм Statistica 6.0. Гіпотеза щодо нормальності розподілу кількісних показників аналізувалась з використанням Shapiro-Wilk test. Показники кількісних ознак представлялись у вигляді середнього арифметичного (M) та стандартного відхилення (SD) за умов нормального розподілу або медіани (Me) та нижнього і верхнього квартилю (Q25;Q75) у разі розподілу, що відрізняється від нормального. Показники якісних ознак представлені у вигляді абсолютних та відносних частот. Відповідно до характеру розподілу різниця в групах за кількісними показниками визначалась методом параметричної статистики (за критерієм Стьюдента), непараметричної статистики (за критеріями Wilcoxon, Mann-Whitney U test, Kolmogorov-Smirnov two sample test, Wald-Wolfowitz run test); за якісними показниками – критерій χ^2 , Post-hoc аналіз. Статистична розбіжність показників визначалась на рівні $p < 0,05$, усі тести двосторонні.

Результати. Тривалість лапароскопічної холецистолітотомії не залежала від індексу маси тіла, проте, дещо довшим був термін виконання даної операції у хворих на холецистолітіаз з нормальною масою тіла ($66,67 \pm 15,61$) хв і практично однаковий у хворих з надмірною масою тіла ($59,62 \pm 13,30$) хв та ожирінням ($58,18 \pm 10,79$) хв, ($p = 0,330$ для тренду). Тривалість лапароскопічної чотирьохпортової холецистектомії також не залежала від індексу маси тіла ($p=0,275$ для тренду), але невірогідно довшим був термін виконання операції у хворих на холецистолітіаз з надмірною масою тіла ($46,90 \pm 15,80$) хв та ожирінням ($42,22 \pm 15,83$) хв, а найменшим у хворих з нормальною масою тіла ($37,50 \pm 15,679$) хв. Зіставлення тривалості терміну операції у хворих на холецистолітіаз у групах спостереження з нормальною, надмірною масою тіла та ожирінням вказувало на достовірне переважання терміну виконання лапароскопічної холецистолітотомії над лапароскопічною холецистектомією в кожній ваговій категорії ($p=0,0001$; $p=0,00001$; $p=0,0001$, відповідно).

Висновки. Тривалість лапароскопічної холецистолітотомії та чотирьохпортової холецистектомії не залежала від індексу маси тіла, проте час виконання органозберігаючої операції був вірогідно більшим, ніж лапароскопічне видалення міхура у хворих на холецистолітіаз всіх вагових категорій.

Список використаних джерел:

1. Keli, E, Ndri, KJ, Blegole, OC, Ahue, KH, Moussa, B, Gnaly, R, Soro, A, Ouattara, S, & Koffl, P.

- (2021). Impact of the body mass index on the duration of laparoscopic cholecystectomy in a black African population. *South African Journal of Surgery*, 59(2) Retrieved June 06, 2022, from http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0038-23612021000200012&lng=en&lng=en.
2. Zdichavsky, M., Bashin, Y. A., Blumenstock, G., Zieker, D., Meile, T., & Königsrainer, A. (2012). Impact of risk factors for prolonged operative time in laparoscopic cholecystectomy. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 24(9), 1033–1038. <https://doi.org/10.1097/MEG.0b013e328354ad6e>.
 3. Chang, W. T., Lee, K. T., Huang, M. C., Chen, J. S., Chiang, H. C., Kuo, K. K., Chuang, S. C., Wang, S. R., & Ker, C. G. (2009). The impact of body mass index on laparoscopic cholecystectomy in Taiwan: an oriental experience. *Journal of hepato-biliary-pancreatic surgery*, 16(5), 648–654. <https://doi.org/10.1007/s00534-009-0102-x>.
 4. Kaneko, T., Kuwahara, T., Harada, T., Kawaoka, T., Hiraki, S., & Fukuda, S. (2015). Predictors of prolonged laparoscopic cholecystectomy in the treatment of low-grade acute cholecystitis: a single-center, retrospective, observational study. *Acute medicine & surgery*, 2(3), 190–194. <https://doi.org/10.1002/ams2.99>.
 5. Lowndes, B., Thiels, C. A., Habermann, E. B., Bingener, J., Hallbeck, S., & Yu, D. (2016). Impact of patient factors on operative duration during laparoscopic cholecystectomy: evaluation from the National Surgical Quality Improvement Program database. *American journal of surgery*, 212(2), 289–296. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.01.024>.