

SCIENTIFIC RESEARCH: MODERN CHALLENGES AND FUTURE PROSPECTS

Proceedings of IX International Scientific and Practical Conference

Munich, Germany

14-16 April 2025

Munich, Germany

2025

12.	Bogdan E. I., Rubanovici V. NUTRITIONAL DIAGNOSIS MODELS APPLIED IN TYPE 2 DIABETES	56
13.	Nadzhmitdinov O. B., Sheraliev O. K. NEUROIMAGING MARKERS OF CEREBRAL MICROANGIOPATHY	61
14.	Semeniuc M. N., Serbulenco A. COMPENSATORY FEEDING AND ITS HEALTH RISKS	65
15.	Tkachenko S. S., Rodynskyi O. H., Reshetnikova Yu. Yu. THE IMPACT OF SPINAL BRAIN INJURY ON THE OCCURRENCE OF CARDIAC RHYTHM DISORDERS	70
16.	Аскарьянц В. П., Бахаева В. Е., Бахрамов Ф., Аббасова Д. Б. ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА И ЕЕ КООРДИНИРОВАНИЕ С ОРГАНАМИ И СИСТЕМАМИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА	76
17.	Безверхий А. А., Кульчицкий Д. В. РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВИХ ПІСЛЯ СЕКТОРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ЛАТЕРАЛЬНОГО МЕНІСКА	88
18.	Веснін В. В., Фадєєв О. Г., Грицьков В. А. ЕФЕКТИВНІСТЬ PRP-ТЕРАПІЇ ТА ЛІПОФІЛІНГУ В ЛІКУВАННІ ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СУГЛОБІВ	94
19.	Гаврюшов Д. М., Сенчук А. Я., Калюжна В. М., Мартинова Д. А., Петрик О. С. ВІТАМІН D І ЙОГО ВПЛИВ НА ГІНЕКОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: ВІД МЕНСТРУАЦІЙ ДО МЕНОПАУЗИ	99
20.	Іванько О. Г., Кошель Т. В. ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ СПАСТИЧНИМИ ПАРЕЗАМИ У ПОЄДНАННІ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ	106
21.	Корбут Б. А., Дубик Л. В. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОЛІПІВ ЕНДОМЕТРІЯ	110
22.	Кравченко А. В., Васильєва С. І. ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ДОГЛЯДУ ЗА ШКІРОЮ СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ: ВПЛИВ НА РОЗВИТОК ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ	116
23.	Кубрак М. А., Красний В. В. СТРАТЕГІЯ КОМПЛЕКСНОГО ІНДИВІДУАЛІЗОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ	122
24.	Лобода С. С. ТЕОРЕТИЧНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ	126
25.	Локота Є. Ю., Локота Ю. Є., Ізай М. Е., Грицак М. Є. КОМПЛЕКСНА ДІЯ ОЗОНОТЕРАПІЇ НА СЛИЗОВУ ОБОЛОНКУ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКУ	137

СТРАТЕГІЯ КОМПЛЕКСНОГО ІНДИВІДУАЛІЗОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ 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) — це важке ускладнення, яке вимагає від хірурга швидкого та обґрунтованого прийняття рішень. За даними клінічних досліджень, до 60 % випадків ускладнень при пухлинах ободової кишки супроводжуються розвитком ГКН. Це створює серйозну загрозу життю пацієнта, особливо в умовах похилого віку та наявністю супутньої патології.

Застарілі методи, які зорієнтовані на негайне хірургічне втручання, часто не призводять до задовільних результатів. Виникає потреба в знаходженні та використанні стратегії, що враховує клінічні характеристики, ступінь компенсації непрохідності та індивідуальні ризики з метою зниження летальності серед пацієнтів з ГКН та їх ускладненнями.

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.