

TOPICAL ISSUES, ACHIEVEMENTS AND INNOVATIONS OF FUNDAMENTAL AND APPLIED SCIENCES

Abstracts of X International Scientific and Practical Conference

Lisbon, Portugal
March 09 – 12, 2021

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

UDC 01.1

The X International Science Conference «Topical issues, achievements and innovations of fundamental and applied sciences», March 09 – 12, 2021, Lisbon, Portugal. 340 p.

ISBN - 978-1-63732-148-5

DOI - 10.46299/ISG.2021.I.X

EDITORIAL BOARD

<u>Pluzhnik Elena</u>	Professor of the Department of Criminal Law and Criminology Odessa State University of Internal Affairs Candidate of Law, Associate Professor
<u>Liubchych Anna</u>	Scientific and Research Institute of Providing Legal Framework for the Innovative Development National Academy of Law Sciences of Ukraine, Kharkiv, Ukraine, Scientific secretary of Institute
<u>Liudmyla Polyvana</u>	Department of Accounting and Auditing Kharkiv National Technical University of Agriculture named after Petr Vasilenko, Ukraine
<u>Mushenyk Iryna</u>	Candidate of Economic Sciences, Associate Professor of Mathematical Disciplines , Informatics and Modeling. Podolsk State Agrarian Technical University
<u>Oleksandra Kovalevska</u>	Dnipropetrovsk State University of Internal Affairs Dnipro, Ukraine
<u>Prudka Liudmyla</u>	Odessa State University of Internal Affairs, Associate Professor of Criminology and Psychology Department
<u>Slabkyi Hennadii</u>	Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Health Sciences, Uzhhorod National University.
<u>Marchenko Dmytro</u>	Ph.D. in Machine Friction and Wear (Tribology), Associate Professor of Department of Tractors and Agricultural Machines, Maintenance and Servicing, Lecturer, Deputy dean on academic affairs of Engineering and Energy Faculty of Mykolayiv National Agrarian University (MNAU), Mykolayiv, Ukraine
<u>Harchenko Roman</u>	Candidate of Technical Sciences, specialty 05.22.20 - operation and repair of vehicles.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DE LAS FIBRAS SUBCUTÁNEAS EN CONDICIONES AMBULATORIAS Y POLICLÍNICAS

Barannyk Serhiy

doctor en ciencias médicas, profesor del departamento de cirugía general
Academia Médica de Dnipropetrovsk del Ministerio de Salud de Ucrania

Barannik Konstantin

candidato de ciencias médicas, asistente del departamento de cirugía №1
Academia Médica de Dnipropetrovsk del Ministerio de Salud de Ucrania

Chukhrienko Alla

asistente del departamento de cirugía general
Academia Médica de Dnipropetrovsk del Ministerio de Salud de Ucrania
Dnipro, Ucrania

La urgencia del problema. Las enfermedades quirúrgicas de la piel y del tejido subcutáneo constituyen un porcentaje significativo de los motivos de consulta a un cirujano ambulatorio. Estos incluyen principalmente tumores benignos y enfermedades purulentas. Hoy en día, el tratamiento de las neoplasias malignas de cualquier ubicación lo llevan a cabo los oncólogos. Sin embargo, existe un grupo importante de tumores benignos. Algunos de ellos nunca se vuelven malignos, pero pueden causar un defecto cosmético, supuración, causar síntomas neurológicos por compresión de nervios, cerebro o causar presión en los vasos sanguíneos y causar isquemia local. El resto de tumores benignos en un determinado estadio pueden adquirir síntomas malignos (nevus, miomas, papilomas, queratopapilomas, etc.), es decir, son enfermedades precancerosas potenciales. La mayoría de estos tumores se localizan en la piel, tejido subcutáneo y son un motivo para buscar ayuda de dermatólogos y cirujanos generales. El diagnóstico de tales tumores no es difícil y consiste en determinar la historia, el examen y la palpación. En casos para determinar la naturaleza del tumor mediante una punción, examen de impresiones, ultrasonido y más. En algunos casos, es correcto utilizar un tratamiento quirúrgico en forma de escisión radical o parcial del tumor, seguida de un examen histológico.

Las enfermedades purulentas de los tejidos blandos ocupan el lugar principal entre la infección quirúrgica tanto por la frecuencia del desarrollo como por las posibles complicaciones. Hoy en día, las infecciones quirúrgicas de la piel y los tejidos blandos siguen siendo esa sección de la cirugía a la que, desafortunadamente, los cirujanos tanto del policlínico como del vínculo hospitalario no prestan suficiente atención. Esto se evidencia por la gran cantidad de errores diagnósticos y tácticos que ocurren durante

el tratamiento de dichos pacientes. La importancia del problema de las infecciones quirúrgicas de los tejidos blandos se enfatiza por el hecho de que en la estructura del recurso primario para el cirujano de la práctica general, su frecuencia alcanza el 70%. En este caso, la patología purulenta debe considerarse urgente, lo que requiere atención urgente. Las enfermedades purulentas en la estructura de la patología quirúrgica son 30-35%. La intervención quirúrgica oportuna y adecuada en el tratamiento complejo de estos pacientes es crucial. El primer eslabón en la prestación de ayuda a los pacientes con patología purulenta-séptica de tejidos blandos son los cirujanos de policlínicos. Por tanto, una parte importante de la patología purulenta se encuentra en el campo de la cirugía ambulatoria. La organización y calidad de la atención médica para esta categoría de pacientes en entornos ambulatorios contribuye no solo a un resultado positivo de la enfermedad, sino que también previene las consecuencias negativas de la progresión, su transición a la etapa séptica, el desarrollo de complicaciones, que son más costosas. y requieren hospitalización.

Materiales y métodos de investigación. Analizamos la atención quirúrgica a 1803 pacientes con enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo que fueron atendidos en el departamento quirúrgico de las clínicas de una gran ciudad industrial durante 4 años (2016-2020). Representaron el 44,7% de todos los que inicialmente buscaron cirugía, se sometieron a cirugía y recibieron tratamiento adicional en un entorno ambulatorio. La edad de los pacientes osciló entre 18 y 67 años. De estos, 838 (46,5%) tienen tumores. En 21 pacientes (2,5%) durante el examen histológico reveló signos de malignidad. Edad de los pacientes de 24 a 76 años. Entre ellos, las mujeres representaron 562 (67,1%) personas, los hombres - 276 (32,9%) personas. Los pacientes con enfermedades inflamatorias purulentas de la piel y el tejido subcutáneo fueron 965 personas, entre las que predominaron los hombres (65,5%). La estructura del tumor consistió en: ateroma (quistes epidérmicos) - 243 (29,0%), lipomas - 106 (12,7%), papilomas y queratopapilomas - 306 (36,5%), fibromas - 99 (11,8%), quistes - 63 (7,5%), tumores malignos - 21 (2,5%).

Discusión de resultados. Al comparar diagnósticos clínicos y conclusiones histológicas, se observaron 71 casos de desajuste de diagnósticos. Así, la forma morfológica de un tumor benigno fue de 50 casos. En 21 casos se identificó un tumor maligno. En este caso, se predijo un tumor benigno en 13 casos, pero el examen histológico reveló una naturaleza maligna del proceso, incluyendo: melanoma (1 caso), fibro- y liposarcoma (2 casos), carcinoma de células escamosas (3 casos) y basal. carcinoma celular de estructura sólida (7 casos). En 8 casos, se predijo un tumor maligno y se confirmó histológicamente (2 casos de carcinoma de células escamosas, 6 - carcinoma de células basales de estructura sólida). Los pacientes diagnosticados con un tumor maligno (10 personas) fueron previamente examinados por un oncólogo, operados y, tras la confirmación del diagnóstico (8 personas), fueron remitidos a una institución médica especializada. También se refirió al oncólogo y a los pacientes (13 personas) que fueron intervenidos de tumores clínicamente benignos al establecer histológicamente un proceso maligno.

Entre los operados por tumores benignos, el grupo más grande estaba formado por personas con papilomas (keratopapilomas): 306 personas. Básicamente, la localización de los tumores fue la siguiente: cabeza y cuello 125 (40,9%) casos, torso

- 110 (35,9%), extremidades superiores - 32 (10,5%), extremidades inferiores - 39 (12,7%). Las mujeres constituían 185 (60,5%) de ellas, los hombres - 121 (39,5%), es decir, el número de mujeres superó 1,5 veces. Sin embargo, es posible que el predominio de las mujeres se deba a sus necesidades estéticas. En algunos casos, los tumores fueron múltiples, especialmente en el cuello y el torso.

Los tumores se extirparon bajo anestesia local con una disección limítrofe, partiendo del borde visual del tumor al menos 0,5-1,0 cm (teniendo en cuenta los requerimientos cosméticos en cara y cuello), junto con el tejido subcutáneo subyacente. Se aplicaron suturas adaptativas a la herida con una aguja atraumática con hilo 3 / 0-4 / 0-5 / 0-6 / 0. Se prefirió el material de sutura monofilamento. Dependiendo de la ubicación de la cirugía, las suturas se retiraron durante 6-8-10 días. Todos los medicamentos retirados estaban sujetos a un examen morfológico obligatorio en el laboratorio de la clínica de oncología de la ciudad. En los casos de papilomas pequeños (hasta 1 - 2 mm) en la pierna, la extirpación se realizó mediante electrocoagulación. En cuanto a la edad, predominaron las personas mayores de 50 años (176 personas, 35,9%) y mayores de 60 años (107 personas, 21,8%). A los 50 años había 130 personas (26,6%). Solo había 76 personas (15,7%) de 30 a 40 años. Por tanto, existe una tendencia a aumentar la incidencia de estos tumores con el aumento de la edad media de los pacientes.

De manera similar, los fibromas cutáneos se extirparon mediante disección en todo el grosor del tejido donde se encontraba el tumor. Un total de 99 pacientes con miomas fueron operados durante 5 años. 23 hombres (23,2%) y 76 mujeres (76,8%). En 54 (54,5%) pacientes los tumores estaban en las extremidades, en 29 (29,3%) - en el torso y en 16 (16,2%) en la cabeza y el cuello. La mayoría de los pacientes tenían más de 50 años: 56 (56,6%).

Casi el mismo número de pacientes se sometió a cirugía por lipomas de diferente localización (106 personas). La cirugía se realizó con anestesia local. El tumor, localizado en el tejido subcutáneo, se eliminó abriendo la piel por encima. El lecho tumoral se inspeccionó cuidadosamente para detectar la presencia de formaciones "secundarias" más pequeñas, así como en los casos de estructura "en racimo" del lipoma. Las heridas generalmente se suturan con fuerza, sin drenaje. La localización de los tumores fue la siguiente: cabeza y cuello - 30 (28,3%) casos, extremidades - 39 (36,8%), torso - 37 (34,9%). En cuanto a la edad, predominaron las personas mayores de 50 años, 77 (72,6%) pacientes.

63 (7,5%) pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por formaciones quísticas localizadas a nivel de piel y tejido subcutáneo. 13 (20,6%) pacientes, incluidos 11 hombres menores de 60 años y 2 mujeres menores de 30 años, tenían quistes epiteliales coccígeos. En la mayoría de los pacientes (38 personas o 60,3%), las formaciones quísticas se localizaron en las extremidades superiores (30 personas) e inferiores (8 personas). En 12 pacientes (19,0%) los quistes se localizaron en la cabeza y el cuello. Todos los diagnósticos fueron confirmados por examen histológico.

243 (29,0%) pacientes se sometieron a cirugía de ateroma (quistes epidérmicos). La principal localización de estos tumores: cabeza y cuello - 134 pacientes (55,1%), torso - 84 pacientes (34,6%). En las extremidades se extirparon 25 ateromas (10,3%). El número de casos de ateroma fue casi el mismo entre hombres 119 (49,0%) y mujeres

124 (51,0%). Los tumores se eliminaron mediante una disección longitudinal (con un pequeño ateroma) o mediante una disección limítrofe, eliminando gradualmente el camino romo y agudo junto con la cápsula. Cabe señalar que la extirpación de ateroma con membranas, que previamente se reveló debido a una inflamación aguda, puede tener alguna dificultad debido a adherencias, sangrado de tejido cicatricial. Debe estar preparado para estas complicaciones y no debe considerar una operación de este tipo como fácil y de corta duración. Cabe señalar que durante el mismo período, 557 (69,9%) pacientes se sometieron a cirugía de ateroma, es decir, 2,3 veces más que todos los pacientes con ateroma que se sometieron a cirugía (800 personas). Esto indica una falta de trabajo tanto de los cirujanos y, especialmente, de los terapeutas, médicos de familia, otros especialistas que, al examinar al paciente, notan la presencia de un tumor, pero no insisten en la recomendación del paciente de consultar a un cirujano. La operación de manera planificada reduce significativamente el riesgo del paciente de desarrollar una infección purulenta en el cuerpo, reduce la duración y reduce el costo del tratamiento.

Estos indicadores reflejan la calidad del trabajo sanitario-educativo y preventivo y deben tenerse en cuenta en el tratamiento de otros tumores. Creemos que a los pacientes se les debe explicar el peligro de tener un tumor en el cuerpo, incluso visualmente benigno. El tratamiento tardío de pacientes con tumores quirúrgicos con tumores grandes de 10 a 15 años o más debe considerarse inaceptable y desmotivado.

El análisis de la estructura de las enfermedades inflamatorias purulentas para las que se brindó atención quirúrgica mostró que los casos más frecuentes fueron forúnculos con abscesos 339 (22,2%), aterosclerosis - 325 (21,3%), forma cutánea de panaritium - 257 (16,8%), hidradenitis - 226 (14,8%). Además, también se realizaron intervenciones quirúrgicas para abscesos subcutáneos, supuración del hematoma - 41 (9,3%), supuración del quiste dermoide del coxis - 34 (2,3%) y así sucesivamente. La mayoría de las operaciones se realizaron en la ebullición del absceso. El proceso inflamatorio se localizó con mayor frecuencia en las extremidades (59,6%), un poco menos en el torso (21,3%), así como en la cabeza y el cuello (19,1%).

La segunda más frecuente fue la cirugía por supuración de quistes epidérmicos (ateroma). La localización más frecuente fue en tronco (52,6%), cabeza y cuello (38,1%). Con mucha menos frecuencia, los abscesos se localizaron en las extremidades (9,3%). Sin embargo, se debe determinar que el número de casos de complicaciones de esta patología (supuración) puede reducirse significativamente debido a la recuperación planificada de la población. Un análisis de las intervenciones planificadas para el ateroma durante el mismo período mostró que 167 personas se curaron de esta manera, lo que es 1,95 veces menos que la operación urgente. Además, un análisis comparativo de la duración del tratamiento mostró que el ateroma con supuración da 1,5-2 veces más pérdida de días de incapacidad. Y si tenemos en cuenta que en el 20-25% de los casos de cirugía por supuración de ateroma no siempre es posible extirpar completamente la cápsula del quiste epidérmico, existe la posibilidad de recurrencia de la enfermedad y operaciones repetidas. El análisis de la localización del ateroma en pacientes que fueron operados rutinariamente llama la atención sobre el hecho de que los pacientes fueron tratados con mayor frecuencia con la localización del ateroma en la cabeza y el cuello (53,9%), torso - 37,7%, extremidades - 8,4%. La mayoría de los

casos se debieron a un defecto cosmético. Al mismo tiempo, la supuración ocurre con mayor frecuencia en los ateromas, que se localizan en el torso y, con mayor frecuencia, tienen el potencial de lesiones e infecciones con la ropa. Independientemente, los pacientes con ateromas buscan ayuda solo cuando la educación alcanza un cierto tamaño y creará un defecto cosmético o inconvenientes en la vida cotidiana y el trabajo. Como regla general, el diagnóstico de la enfermedad no es difícil. Sin embargo, los hechos de derivación a un cirujano de dicho paciente por médicos de otras especialidades son muy raros.

Con bastante frecuencia (14,8%) se realizaron intervenciones quirúrgicas por hidradenitis purulenta aguda. El proceso inflamatorio se localizó en 226 personas (98,3%) en las áreas vaginales, de las cuales 168 personas tuvieron un proceso bilateral y observaron numerosos focos de inflamación. En algunos casos, se disecaron hasta 10 focos purulentos en un paciente. En la mayoría de los casos, las mujeres padecían hidradenitis purulenta. Su número fue de 166 personas (73,5%) contra 60 (26,5%) casos en hombres. Se trataba principalmente de personas en edad de trabajar (206 personas, 91,2%). Según nuestros datos, se relacionaba con el tratamiento insuficiente antiséptico de la piel durante la realización de la depilación y también el uso frecuente de los desodorantes. Es decir, incrementar la educación sanitaria e higiénica de la población puede afectar significativamente la incidencia de esta patología.

Los abscesos subcutáneos (superficiales) ocuparon un lugar significativo en la estructura de la patología purulenta-séptica en condiciones ambulatorias: 142 casos (9,3%). Observamos una acumulación limitada de pus debajo de la piel en las extremidades. Estos fueron abscesos subcutáneos, abscesos después de una lesión con grapas, clavos y otros objetos.

Además, las intervenciones quirúrgicas para otras formas de procesos inflamatorios purulentos se realizaron con menos frecuencia. Así, 59 pacientes (3,9%) se sometieron a cirugía por inflamación purulenta de la placa ungueal con uñas encarnadas. La uña encarnada está determinada en primer lugar por el síndrome doloroso, a causa de que los pacientes se dirigen más a menudo en busca de ayuda y operan en el orden planificado. A modo de comparación: durante este período, 153 personas fueron operadas según lo previsto, lo que es 2,6 veces más que de urgencia.

Por lo tanto, 34 personas se sometieron a cirugía para la supuración de quistes (movimientos) coccígeos epiteliales. La mayoría eran hombres: 28 personas (82,4%) menores de 30 años. 19 personas (1,25%) se sometieron a cirugía con flemones limitados superficiales (subcutáneos) de las extremidades. Debido a la cirugía oportuna, fue posible detener la propagación del proceso purulento, localizarlo y realizar un tratamiento completo de los pacientes en un entorno ambulatorio. 19 personas (1,25%) fueron diagnosticadas con paraproctitis subcutánea (entre los hombres había 16, las mujeres - 3). Todos los pacientes fueron sometidos a disección y drenaje extensos del foco de inflamación purulenta. Todos los pacientes completaron el tratamiento en la clínica sin la formación de fístula pararrectal.

Conclusiones. Por lo tanto, la proporción de operaciones oncológicas realizadas en un entorno ambulatorio fue de hasta el 45% entre todas las operaciones ambulatorias "puras". Sin embargo, cabe destacar que del total de tumores operados de forma ambulatoria, hasta un 2,5% eran malignos. Además, ni siquiera se esperaba el 1,5% de

todos los tumores clínicamente malignos operados. Por lo tanto, el examen histológico después de la extirpación del tumor y la consulta previa con un oncólogo en casos dudosos son obligatorios, y cada tumor debe considerarse potencialmente maligno. La rehabilitación extensa previa de pacientes con quistes epidérmicos y ateromas evita posibles complicaciones purulentas.

La patología quirúrgica purulenta aguda ocupa un lugar importante en la práctica de un cirujano ambulatorio y representa hasta el 35% de todos los pacientes que buscan ayuda. La prestación oportuna y adecuada de la atención quirúrgica en el tratamiento complejo de esta categoría de pacientes permite no solo obtener un resultado positivo, sino también realizar un tratamiento completo en un entorno ambulatorio, para prevenir la propagación del proceso purulento y la formación de sus complicaciones. La rehabilitación operatoria planificada de la población debido a ateroma de diferente localización, uña encarnada, etc. permite reducir el número de posibles complicaciones de naturaleza purulenta-inflamatoria.

Lista de referencias:

1. Баранник С.І., Барвінський В.М., Бахвала В.Ю., Шевцов В.М. Надання амбулаторної медичної допомоги хворим із гострими гнійно-септичними захворюваннями м'яких тканин. *Шпитальна хірургія*. 2013. №3(63). С. 121-122.
2. Баранник С.І., Тітов Г.І., Зозуля Д.В., Шевцов В.М. Аналіз і перспективи надання медичної допомоги хворим із гострою гнійною хірургічною патологією в амбулаторно-поліклінічних умовах. *Південноукраїнський медичний науковий журнал*. 2016. №15(15), вересень. С. 10-12.
3. Воробьев В.В. Перспективы развития и совершенствование стационарнозамещающей медицинской помощи в хирургии. *Медичні перспективи*. 2012. Том XVII, №1, ч.1. С. 19-22.