

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ГО "Асоціація хірургів України"
ДУ "Національний науковий центр хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України

XXV З'їзд ХІРУРГІВ УКРАЇНИ

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2025

18 - 19 вересня
м. Київ

Летальність у ранньому післяопераційному періоді становила 1,5% і не мала статистично значущих відмінностей між групами.

Висновки. Типова шлункова трубка продемонструвала найнижчу частоту загальних післяопераційних ускладнень, найменший рівень тяжких ускладнень (Clavien–Dindo $\geq$ IIIa), найменшу частоту дихальних ускладнень і короткий період госпіталізації порівняно з іншими конфігураціями трансплантатів. Отримані дані мають статистичну достовірність і дозволяють рекомендувати типову шлункову трубку як оптимальний варіант реконструкції при езофагектомії з одномоментною пластикою шлунковим кондуїтом з метою зниження ризику післяопераційних ускладнень.

Сучасні підходи до діагностики та лікування гострої обтураційної товстокишкової непрохідності у пацієнтів похилого та старечого віку

Котелевець В. В.

Запорізький державний медико–фармацевтичний університет

Актуальність. Гостра обтураційна товстокишкова непрохідність (ГОТКН) є найпоширенішим ускладненням пухлин товстої кишки, особливо у хворих похилого та старечого віку. Рання діагностика та лікування (ГОТКН) є одним із важливих та складних завдань сучасної медицини.

Мета. Підвищити ефективність хірургічного лікування гострої обтураційної товстокишкової непрохідності (ГОТКН) у хворих похилого та старечого віку шляхом впровадження диференційованого підходу, заснованого на сучасних інструментальних методах діагностики.

Матеріал та методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 122 пацієнтів віком від 65 до 89 років із ГОТКН, які перебували на лікуванні в КНП «9 міська лікарня» м. Запоріжжя у 2020–2024 роках. Для оцінки стану застосовувались комп'ютерна томографія з контрастуванням, колоноскопія, рентгенографія, ультразвукове дослідження. Статистичний аналіз проводили з урахуванням віку, статі, локалізації пухлини та вибору оперативної тактики.

Результати. Комп'ютерна томографія (КТ) визнана «золотим стандартом» діагностики, оскільки дозволяє точно локалізувати пухлину (знайти топографічні особливості, рівень обструкції), охарактеризувати пухлину (розмір, інвазію в сусідні органи, лімфовузли), виявити ознаки ішемії (стовщення стінки, відсутність контрасту, газу в стінці (пневматоз), вільної рідини), спрогнозувати ускладнення (перфорації, абсцеси, перитоніт), заздалегідь провести диференційну діагностику (доброякісна структура, дивертикуліт, запальні зміни), планувати операції (визначення резектабельності, судинної анатомії та метастазів).

Колоноскопія дозволяє безпосередньо побачити пухлину, забезпечує взяття біопсії для підтвердження діагнозу й допомагає визначити подальшу тактику лікування – зокрема, межі оперативного втручання.

Малоінвазивні методи, такі як лапароскопія та ендоскопічне стентування, показали сприятливі короткострокові результати.

Висновки. Сучасна мультиінструментальна діагностика (КТ, колоноскопія) суттєво підвищує точність і своєчасність встановлення діагнозу ГОТКН у літніх пацієнтів. Використання диференційованого підходу до вибору хірургічної тактики (у тому числі малоінвазивних втручань) дозволяє підвищити безпеку лікування, знизити частоту ускладнень і летальність у цільовій групі.

Незважаючи на сучасне лікування, наявність коморбідної патології та фізіологічні особливості літніх пацієнтів залишаються факторами ризику несприятливого прогнозу, що потребує подальших досліджень.

Генетичні прогностичні маркери важкого перебігу гострого панкреатиту та розвитку його ускладнень

Максим'юк В.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Характер розвитку гострого панкреатиту (ГП) та його ускладнень безпосередньо залежить від спроможності механізмів антиферментного захисту, реалізація яких значною мірою визначається генетичними факторами. Однак серед багатьох чинників, які сприяють розвитку та прогресуванню ГП, саме генетично детерміновані предиктори захворювання є найменше вивченими. За результатами сучасних генетичних досліджень визначено ряд мутацій, які розглядаються як основні фактори спадкової схильності до панкреатиту. З-поміж останніх особлива увага приділяється трансверсіям генів катіонічного трипсину (PRSS1) та панкреатичного інгібітору трипсину (SPINK1), які супроводжуються розладами генетично детермінованих механізмів внутрішньоацинарної інактивації трипсину. Проте вплив таких спадкових чинників на характер розвитку клінічного перебігу ГП та його ускладнень залишається практично не вивченим. З цією метою вивчено дистрибуції R122H–поліморфізму гена PRSS1 та N34S–поліморфізму гена SPINK1 у жителів Чернівецької області, які страждають на ГП, та досліджено асоціативні зв'язки носійства різних генотипів з його етіологією, важкістю клінічного перебігу, морфологічною формою та характером ускладнень.

У дослідженні взяло участь 88 осіб з різними формами ГП, котрим проводили визначення дистрибуцій R122H–поліморфізму гена PRSS1 та N34S–поліморфізму гена SPINK1. З-поміж них: 53 (60,23%) чоловіків та 35 (39,77%) жінок.

Під час дослідження дистрибуції генотипів R122H–поліморфізму гена PRSS1 встановлено, що у хворих на ГП частіше трапляється носійство сприятливого R–алеля (RR–і RH–генотипи 27,27% та 64,77%, відповідно), у разі меншої кількості патологічних HH–гомозигот (7,96% осіб). При цьому кількість гетерозиготних носіїв мутаційного RH–генотипу–64,77% (57) осіб–вірогідно переважала кількість RR–та HH–гомозигот–27,27% (24) та 7,96% (7) осіб відповідно ($p < 0,05$).

При вивченні дистрибуції генотипів N34S–поліморфізму гена SPINK1 у більшості хворих на ГП виявили наявність сприятливого «дикого» N–алеля («wild-type» (D. Whitcomb, 2013), Wt)–69,32% (61) осіб, тоді як патологічний «мутантний» S–варіант ідентифікували у 30,68% (27) осіб. Гомозиготних носіїв «дикого» NN–генотипу (N34) було 42,05% (37) осіб, NS–гетерозигот (N34S)–54,55% (48) осіб, а гомозиготних носіїв «мутантного» S–алеля (SS–генотип, 34S) –3,40% (3) осіб.