

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

ЕПСТ (до 10 мм) на першому етапі здійснено у 25 (8,9%) хворих з холедохолітіазом, що забезпечило самостійне відходження конкрементів до 10 мм. Неповну ЕПСТ застосовано у 14 (5,0%) пацієнтів зі СП. Повну ЕПСТ (більше 10 мм) з літоекстракцією на першому етапі проведено у 22 (7,8%) хворих при наявності конкрементів СЖП діаметром 10–20 мм. Після повної ЕПСТ виконано механічну літотрипсію у 12 (4,3%) пацієнтів при розмірах конкрементів 20 мм і більше. Повну ЕПСТ застосовано у 9 (3,2%) хворих зі СП. За наявності гнійного холангіту в 23 (8,2%) пацієнтів проведено ЕПСТ з назобіліарним дренажуванням. На другому етапі після ліквідації МЖ (3–10 доба) виконано ЛХЕ.

У 120 (42,9%) випадках проведено відкриті оперативні втручання на жовчних протоках при неможливості ліквідації МЖ мініінвазивними способами. Холедохолітотомію здійснено у 34 (12,1%) пацієнтів за наявності конкрементів більше 20 мм. У 25 (8,9%) випадках після операції проведено дозовану декомпресію жовчних проток зондом-обтуратором (патент України №104826). Сформовано арефлюксний холедоходуоденоанастомоз (патент України №85986) у 45 (16,1%) хворих з непухлинним генезом МЖ: холедохолітіаз – 30 (10,7%), хронічний фіброзний панкреатит – 10 (3,6%), кіста голівки ПЗ – 5 (1,8%). Холедоходуоденостомію за Urash виконано у 5 (1,8%) пацієнтів з раком голівки ПЗ. Комбінований арефлюксний гепатикоєюнодуоденоанастомоз (патент України №112735) застосовано у 13 (4,6%) хворих з МЖ доброякісного походження: стриктура СЖП – 5 (1,8%), синдромом Mirizzi II типу – 8 (2,9%). Гепатикоєюнодуоденостомію за Roux проведено у 15 (5,4%) пацієнтів з раком: жовчних проток – 8 (2,9%), голівки ПЗ – 5 (1,8%), жовчного міхура – 2 (0,7%). Панкреатодуоденальну резекцію виконано у 4 (1,4%) хворих з раком голівки ПЗ та у 2 (0,7%) з метастазами раку в печінку проведено антеградне стентування СЖП. У 2 (0,7%) хворих з пенетруючою виразкою ДПК у ГДЗ виконано пластику СЖП на Т-подібному дренажі-балоні (патент України №104469). Ускладнення після мініінвазивних оперативних втручань виникли у 8 (5,0%) випадках, після відкритих – у 15 (12,5%) ($p < 0,05$). Померло 2 (1,7%) хворих.

Висновки. Застосування мініінвазивних способів декомпресії жовчних проток при лікуванні МЖ дозволяє зменшити частоту ускладнень у 2,5 рази ($p < 0,05$). Двоетапна хірургічна тактика є пріоритетною у пацієнтів старших вікових груп. Одноетапну корекцію доцільно виконувати у хворих молодого і середнього віку з гіпербілірубінемією менше 200 мкмоль/л, тривалістю МЖ до 14 діб, компенсованими (субкомпенсованими) супутніми захворюваннями та при відсутності біліарного панкреатиту і гнійного холангіту.

Органо- і функціональнозберігаюча направленість хірургічного лікування хронічного панкреатиту на основі сучасних клініко-морфологічних досліджень і нових технологій оперативного втручання

Клименко В.М., Клименко А.В., Портний В.А.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність. Не дивлячись на фундаментальні успіхи у вивченні етіопатогенезу і клінічних проявів хронічного панкреатиту, існує певна розбіжність у розумінні і значимості критеріїв переходу від консервативного лікування до хірургічного. Якість

життя у хворих на хронічний панкреатит після хірургічного лікування залишається низькою переважно через вже наявну вираженість екзокринної (ендокринної – меншою мірою) недостатності підшлункової залози до моменту операції і неадекватність існуючих і домінуючих оперативних втручань (резекційні методи), в яких не закладена анатомо–функціональна направленість збереження функціонального резерву підшлункової залози.

Мета. Оцінити ефективність органозберігаючої направленості в хірургії хронічного панкреатиту на основі конкретизованих і раціональних показань до розробленої органозберігаючої операції на етапі ще недекомпенсованого функціонального резерву підшлункової залози (екзокринна, ендокринна функції).

Матеріали і методи. Вивчені функціональні результати і якість життя у 66 хворих на хронічний панкреатит алкогольного генезу. В основній групі у 37(56.1%) пацієнтів оперативні втручання виконувались на основі трьох загальноприйнятих критеріїв, але конкретизованих у даному дослідженні, а саме: наявність панкреатичної протокової гіпертензії з розширенням діаметру головної панкреатичної протоки 4 – 5 мм і більше; зниження ступеня екзокринної недостатності до рівня фекальної еластази не нижче 150 мкг/г; наявність больового синдрому. Усім пацієнтам виконувалась розроблена оригінальна операція: повна поздовжня панкреатикопапілододенотомія з ізольованим поздовжнім панкреатикоєюнододеностомозом. Досягалося це шляхом повного і безперервного розсічення головної панкреатичної протоки впродовж усього її анатомічного ходу, починаючи від хвостової частини підшлункової залози через увесь масив тіла і головки з подальшим послідовним розтином великого дуоденального сосочка і його вустя, а також розкриття задньомедіальної стінки дванадцятипалої кишки в цій зоні протягом 1,5 – 2 см. За наявності тубулярного стенозу інтрапанкреатичної частини холедоха (спостерігалось у 93% пацієнтів) одномоментно виконувався його розтин (1,5 – 2 см), починаючи від вустя великого дуоденального сосочка (уже розкритого) в напрямку 3–х годин умовного циферблату, що являло собою альтернативу формуванню окремого білідигестивного анастомозу. Групу порівняння з аналогічним оперативним втручанням склали 29(43.9%) пацієнтів, які після консервативного лікування і спостереження направлялись на операцію за стандартними показами, але без використання критеріїв, розроблених для основної групи. Обстеження включало: ендоУЗД, КТ, МРТ; визначення ендогенного інсуліну, СА 19–9, IgG4, паратгормону, фекальної еластази, показників гістологічного дослідження інтраопераційно взятого біопсійного матеріалу із області головки, тіла і хвоста підшлункової залози: α -SMA позитивні зірчасті клітини, колаген IV типу; оцінювання якості життя проводилось за шкалами опитувальників QLQ–C30 і EORTC QLQ PAN–28.

Результати. У післяопераційному періоді (3 – 4 тижні) в обох групах летальних випадків не було. Кровотеча із зони анастомозу спостерігалась у 2 пацієнтів (по одному у групах) і зупинена консервативними засобами (причина: індивідуальна реакція на призначення антикоагулянтної терапії). У віддаленому періоді (5 років) в усіх пацієнтів обох груп не було ознак біліарної гіпертензії, завдяки оригінальному одномоментному усуненню тубулярного стенозу холедоха, але функціональні результати в групах докорінно відрізнялись. Головними досягненнями в основній групі були: 1) збереження екзокринної функції підшлункової залози практично в усіх пацієнтів – 35(94,6%); показники фекальної еластази протягом усього періоду спостереження були в межах 152 – 179 мкг/г, залишаючись на доопераційному рівні ($p < 0.01$);

2) відсутність больового синдрому в усіх 37(100%) пацієнтів; 3) якість життя в усіх пацієнтів за сучасними шкалами опитувальників відповідала здоровим людям. В групі порівняння в усіх пацієнтів показники фекальної еластази кількісно були нижче 100 мкг/г (37 – 82 мкг/г) і залишались на доопераційному рівні ($p < 0.01$), що було головним чинником низької якості життя у цій групі через вимушений прийом великих доз ферментних препаратів для корекції синдромів мальабсорбції і мальдигестії; больовий синдром не визначався у 26 (89.7%) пацієнтів.

Висновок. Використання у клінічній практиці апробованих конкретних критеріїв переходу від консервативного лікування хронічного панкреатиту на етапі недекомпенсованого функціонального резерву підшлункової залози до виконання розробленої і фізіологічно обгрунтованої органозберігаючої операції дозволяє зберігати у віддаленому періоді наявну до операції функціональну активність (екзо-, ендокринна функції) та якість життя, що відповідає здоровим людям.

Порівняння лівобічного роздільного торакоабдомінального доступу з правобічним доступом Ivor–Lewis при пухлинах гастроезофагеального переходу

Кондрацький Ю.М., Турчак В.О., Добржанський О.Ю., Колесник А.В.,
Пепенін М.О., Шудрак Є.А., Городецький А.В., Козак Є.О., Коваль Н.О.,
Свічкарь Я.О., Українець І.О.

Національний інститут раку, м. Київ

Актуальність: Пухлини гастроезофагеального переходу, зокрема Siewert II типу, потребують хірургічного підходу, що забезпечує радикальну резекцію та двопольову лімфодисекцію. Найбільш поширеним є правобічний торакоабдомінальний доступ Івора–Льюїса, який дозволяє виконати езофагектомію з внутрішньогрудним анастомозом. Альтернативним варіантом у певних клінічних ситуаціях виступає лівобічний роздільний торакоабдомінальний доступ, який анатомічно зручніший при ураженні кардії та абдомінального відділу стравоходу. Порівняння цих доступів у клінічних умовах є важливим для персоніфікованого вибору тактики хірургії.

Мета. Провести порівняльну оцінку клінічної ефективності, частоти ускладнень і технічних переваг лівобічного роздільного торакоабдомінального доступу та правобічного доступу Івора–Льюїса при хірургічному лікуванні пухлин гастроезофагеального переходу.

Матеріали та методи. Проведено огляд сучасної літератури (PubMed, Cochrane, ESMO guidelines, десятирічний досвід відділення пухлин стравоходу та шлунку ДНП «Національного інституту раку») за 2020–2024 рр., де описано результати езофагогастректомії із використанням обох доступів. До аналізу включено 12 клінічних серій з понад 2400 пацієнтів: 680 пацієнтів прооперовано з лівобічним роздільним доступом, 1750 – з класичним правобічним доступом Івора–Льюїса. Основними показниками порівняння були: тривалість операції, рівень резекції, частота R0, неспроможність анастомозу, легеневі ускладнення, тривалість госпіталізації та 30–денна летальність.

Результати: Обидва доступи забезпечували високу частоту R0–резекцій (ліва: 95,4%; права: 94,9%).