

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

пічного – 61. Частка первинно– та вторинно – реконструктивно–відновних операцій склала 72,4%. Показник післяопераційних ускладнень після лапаротомних операцій – 22,5%, лапароскопічних – 23,5%, з них неспроможність анастомозу після лапаротомних операцій –3,4%, після лапароскопічних –1,9%. Післяопераційна летальність після лапаротомних операцій – 4(4,5%), після лапароскопічних – 0%. Частка частих хороших і цілком задовільних функціональних результатів хірургічних втручань зросла з 48,1% до 83,4%.

Висновок. Адекватна базисне консервативне лікування хворих на ВК –важливий чинник попередження розвитку гострих його ускладнень. Мультидисциплінарний підход до комплексного лікування хворих на ВК, своєчасна діагностика його гострих ускладнень – важлива передумова своєчасного виконання хірургічного втручання таким хворим, визначення оптимального виду хірургічного втручання, способу та методу його виконання, що і сприяє покращенню безпосередніх, віддалених, функціональних результатів хірургічних втручань і якості життя оперованих хворих. Пріоритетним є виконання лапароскопічних хірургічних втручань.

Аналіз ефективності консервативного та оперативного лікування гострого панкреатиту важкого ступеню аліментарної етіології

Зіновенко Р. В., Завгородній С. М.

Запорізький державний медико – фармацевтичний університет, Запоріжжя,
МЛЕ та ШМД, Запоріжжя

Актуальність. Гострий панкреатит залишається актуальною проблемою в хірургії, займаючи друге місце за частотою звернень серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини після гострого апендициту. Епідеміологічні дослідження останніх десятиліть свідчать про збільшення частоти захворюваності на гострий панкреатит, особливо аліментарної етіології, що пов'язано з надмірним вживанням жирної їжі та/або зловживанням алкоголем. Хоча 70–80% хворих мають сприятливий перебіг, у 20–30% панкреатит має важкий або дуже важкий перебіг, що потребує комплексного та тривалого лікування. За оновленою класифікацією Atlanta 2012 року, гострий панкреатит важкого ступеня встановлюється при наявності транзиторної/персистуючої недостатності з локальними або системними ускладненнями. Незважаючи на досягнення в діагностиці та лікуванні, післяопераційна летальність при гострому панкреатиті залишається високою (10–30%).

Мета. Провести аналіз результатів лікування пацієнтів з гострим панкреатитом важкого ступеню аліментарної етіології.

Матеріали і методи. Здійснено ретроспективний аналіз 35 (100,0%) історій хвороби пацієнтів із діагнозом гострий панкреатит важкого ступеня аліментарної етіології, що отримували лікування у хірургічних відділеннях КНП «Міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» ЗМР із січня 2023 року по вересень 2024 року.

Результати. На фоні проведеного лікування 29 (82,86%) були виписані з поліпшенням, для продовження консервативної терапії та спостереження в амбулаторних умовах. Із 35 хворих досліджуваної групи померло 6 (17,14%) пацієнтів. Серед по-

мерлих оперативне лікування було виконано у 5 (83,33%) хворих. Післяопераційна летальність при гострому панкреатиті важкого ступеня аліментарної етіології становила 31,25%, тоді як летальність не оперованих пацієнтів склала 5,26%, $p = 0,0048$, $U = 112,5$.

Висновки. Пацієнти з гострим панкреатитом важкого ступеню аліментарної етіології складають категорію хворих, що потребують персоналізованого підходу з використанням мультихірургічних методів лікування в поєднанні з індивідуально направленою консервативною терапією. Це покращить результати лікування і тим самим зменшить частоту післяопераційних ускладнень і смертності.

Післяопераційні кровотечі у пацієнтів з ожирінням як раннє ускладнення після лапароскопічного шунтування шлунку

Іоффе О.Ю., Невмержицький В.О., Кривопустов М.С.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Актуальність. Ожиріння на сьогодні є надзвичайно актуальною проблемою системи охорони здоров'я, через зростання захворюваності та набуття ознак глобальної епідемії. За даними ВООЗ, у 2022 році близько 2,5 мільярдів людей мали надлишкову масу тіла. Баріатрична хірургія вважається найбільш ефективним методом лікування ожиріння. За даними 8th IFSO 2023 Registry Report – у світі виконано 480,970 баріатричних втручань у 2023 році, 141,886 з яких – лапароскопічне шунтування шлунку (ЛПШ). Післяопераційна кровотеча є найчастішим ускладненням даної операції у пацієнтів та виникає у 1,0–7,0% пацієнтів.

Мета. Покращення менеджменту пацієнтів з ожирінням, яким проведено ЛШШ з метою зменшення кількості післяопераційних кровотеч.

Матеріали та методи. Протягом 2011–2025 років на клінічній базі кафедри загальної хірургії № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця шляхом ЛПШ було прооперовано 456 пацієнтів з ожирінням. Для пацієнтів 2011–2019 років було проведено ретроспективний аналіз з вивченням основних факторів ризику розвитку кровотечі в ранньому післяопераційному періоді. Для пацієнтів 2020–2025 років ми застосували нову тактику менеджменту, що базувалася на імплементації положень протоколу ERAS та нашого клінічного досвіду. В проспективній групі, інтраопераційно ми виконували місцеву інфільтраційну анестезію місць майбутнього введення троакарів; замість проведення еластичної компресії виконувалася безперервна висхідна пневмокомпресія нижніх кінцівок для профілактики тромбоутворення. Ми змінили касети (синю та зелену) технології GST (однакова висота скобок) для формування малого шлунку, ентероентеро та гастроентеро анастомозу на Tri Staple EGIA60AMT (висота скобок: 3 мм, 3,5 мм, 4 мм) та EGIA60AVM (2 мм, 2,5 мм, 3 мм). Технологія TriStaple є більш оптимальною через різну висоту скобок, це створює кращі умови для кровопостачання лінії швів, та сприяє їх зміцненню. Перед закриттям троакарих доступів внутрішньовенно вводився парацетамол. В проспективній групі вводилися препарати транексамової кислоти 5 мл в кінці операції, та через 12 і 24 год після операції. Після операції пацієнтам відразу видалявся сечовий катетер; назогастральний зонд