

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



# XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження  
академіка О. О. Шалімова

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ**

# 2018

26 -28 вересня  
м. Київ

**Затверджено та рекомендовано до друку  
Президією Правління ВГО «Асоціація хірургів України»  
27 квітня 2015 р., протокол № 4**

**Редакційна колегія:**

О. Ю. Усенко, М. В. Костилов, Р. В. Салютін, С. А. Андреєщев, П. О. Шкарбан

**Рецензенти:**

А. В. Габріелян, С. П. Галич, С. О. Гур'єв, Р. О. Зограб'ян, А. Є. Коваленко,  
Г. П. Козинец, В. М. Копчак, О. Г. Котенко, Д. Ю. Кривченя, А. С. Лаврик,  
М. Ю. Ничитайло, П. І. Нікульников

**Відповідальний за випуск**

**О. Ю. Усенко**

XXIV з'їзд хірургів України [Електронний ресурс]: Зб. наук робіт. Електрон. текст. дані. Київ, Клін. хірургія, 2018. 1 електрон. опт. диск (CD–R).

**Видано в авторській редакції.**

**Відповідальність за зміст та дані, наведені в роботах, несе автор**

У збірнику наукових робіт узагальнено досягнення сучасної науки і практики в галузі хірургії. Наведено методи лікування вогнепальних ушкоджень, сучасні технології хірургічної корекції патології органів травлення, серцево-судинних захворювань, опіків, проблеми пластичної, дитячої, баріатричної та ендокринної хірургії, широко висвітлені питання ургентної хірургії та післяопераційних ускладнень й трансплантології. та ін.

Для широкого кола лікарів-хірургів, наукових працівників, студентів медичних вузів.

групі П у 26 (54,2%) та 55 (47%) хворих групи О і позаочеревинно у 26 (54,2%) та 54 (46,2%) хворих, відповідно, причому у 25 (52,1%) та 37 (31,6%) хворих вони виникали в кількох ділянках. Померли в ранню фазу 6 (12,5%) хворих групи П та 8 (6,8%) хворих групи О.

В групі О пункція ГНР знадобилася у 34,2% хворих, що було достовірно менше ніж в групі П – 58,3%,  $p = 0,004$ .

В ранньому періоді ГНП відсоток померлих в групі П був вищим – 12,5% порівняно з групою О – 6,8%, але не достовірно,  $p=0,329$ . В той же час, відсоток хворих з регресом захворювання в групі П був нижчим – 11 (22,9%) хворих проти 37 (31,6%) хворих в групі О, але також не достовірно,  $p=0,263$ .

**Висновок.** У хворих, яким проводився ПФ за розробленою методикою достовірно меншими були тривалість динамічної кишкової непрохідності ( $3,15 \pm 0,11$  діб проти  $3,95 \pm 0,18$  діб), тривалість парентерального харчування ( $4,22 \pm 0,10$  діб проти  $5,00 \pm 0,16$  діб), частота ерозивних шлунково–кишкових кровотеч (0,9% проти 8,3%), цитратних реакцій (2,6% проти 22,9%), ГНР що розташовані парапанкреатично та позаочеревинно (9,4% проти 20,8%), та кількістю вогнищ ГНР. Проведення комплексного лікування з використанням розробленої методики ПФ також асоціювалось з меншою летальністю порівняно з групою П, але дані не були достовірні.

## Предиктори важкості гострого некротичного аліментарного панкреатиту

Т. О. Мельник, С. І. Саволук

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України

**Вступ.** Розв'язання проблеми комплексного лікування гострого некротичного аліментарного панкреатиту (ГНАП) знаходиться в площині постійного вдосконалення методів прогнозування його перебігу та розвитку органних та гнійно–некротичних ускладнень, модифікуючи динамічну агресивну тактику (організаційно–діагностичний та лікувальний компоненти з пріоритетом на відтермінованих малоінвазивних хірургічних втручань та суровій етапності їх виконання) та оптимізуючи засоби багатовекторної, патогенетично спрямованої, превентивної інтенсивної терапії. З цих позицій увагу привертають вивчення механізмів ініціації, розвитку та прогресування анемічного синдрому при ГНАП, навіть за умови неускладненого перебігу.

**Мета:** оцінка діагностичних та прогностичних можливостей системи еритрону та обміну заліза при ГНАП в залежності від морфологічних змін та наявності органних (в ранню фазу) і гнійно–некротичних (в пізню фазу) ускладнень.

**Матеріали та методи дослідження.** В роботі аналізуються результати комплексного лікування 126 хворих на ГНАП. Верифікація діагнозу здійснювалася в межах протоколу (клінічні, лабораторні, інструментальні критерії), поширеність некротичних змін в ПЗ, залучення в процес заочеревинної клітковини, діагностика рідинних утворів та гнійно–некротичних ускладнень з боку черевної порожнини та заочеревинного простору визначалась за результатами динамічної УСГ та СКТ: відокремлений ГНЕП 54 (42,8%) (до 30% некрозу паренхіми ПЗ), розповсюджений ГНЕП 42 (33,3%) (30–50% некрозу), субтотально–тотальний ГНЕП 30 (23,9%) (більше 50% некрозу).

Оцінка показників еритрону включала: кількість еритроцитів (Er) (RBC), гемоглобіну (HGB) та гематокриту (HCT), середній об'єм (MCV), середній вміст HGB в 1 Er

(МСН), середню концентрацію HGB в Ер (МСНС), ширину розподілення Ер (RDW), вміст HGB в ретикулоцитах (СНг), ступінь проникності мембран Ер (СЗЕ), оцінювали форму Ер – здатність до деформації (ступінь деформованості) (індекс подовження на стрес) та здатність до агрегації (індекс агрегації). Оцінка обміну Fe: сироватковий вміст Fe, феритину (Фр) (оцінка вмісту Fe в депо), трансферину (Тр) та ступінь його насичення Fe (НТЗ), розчинних рецепторів до Тр та відношення їх концентрації до  $\log$  Фр.

**Результати.** Порівняння показників хворих з ГНАП та з набряковим ГАП констатувало ознаки функціонального Fe–дефіцитного стану: мікроцитоз ( $MCV < 80 \text{ мкм}^3$ ), гіпохромії ( $МСН < 27 \text{ пг}$ ) та значенням Фр в межах 100–300 мкг/л на тлі зниження НТЗ < 20%. Це свідчить про фіксацію заліза в ретикулоендотеліальній системі, його достатній кількості в депо.

Виникнення некрозу паренхіми ПЗ різної площини супроводжується ознаками абсолютного Fe–дефіцитного стану. Відокремлений ГНАП характеризується ознаками Fe–дефіцитної анемії: зниження Фр ( $< 100 \text{ мкг/л}$ ), НТЗ < 20% (18%), сироваткового Fe, підвищення Тр та кількості розчинних рецепторів до Тр, відношення концентрації розчинних рецепторів Тр до  $\log$  Фр  $> 2$  (високе). При розповсюдженому ГНЕП прояви Fe–дефіцитної анемії прогресують внаслідок імунного дистрес–синдрому: підвищення Фр, зниження насичення Тр Fe (НТЗ) та сироваткового Fe, Тр та кількість розчинних рецепторів до Тр перебувають в межах норми, відношення концентрації розчинних рецепторів Тр до  $\log$  Фр  $< 1$  (низьке). При субтотально–тотальному ГНАП абсолютний Fe–дефіцит поглиблюється через цитокинову агресію: значення Фр є в межах показників порівняння та контролю, показник НТЗ, Тр та Fe знижені, кількість розчинних рецепторів до Тр збільшується, а їх відношення до  $\log$  Фр  $> 2$  (високе).

**Висновки.** Перебіг ГНАП супроводжується змінами в системі еритроноу та обміну заліза, причому ступінь цих змін знаходиться в прямій залежності від площини морфологічного субстрату, що дозволяє їх використання в якості критеріїв важкості, прогнозування перебігу та розвитку гнійно–некротичних та органних ускладнень в ранню та пізню фази захворювання, змінюючи тактичну парадигму та визначаючи покази до малоінвазивної хірургічної інтервенції.

## Лапароскопічна поздовжня панкреатоеюностомія при хронічному панкреатиті. Перший досвід виконання

Ю. О. Міхеев

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Незважаючи на розвиток сучасних ендоскопічних транспілярних технологій, оперативне лікування є більш ефективним варіантом для полегшення болю при хронічному панкреатиті. Обґрунтованим є виконання ранньої операції при хронічному панкреатиті. Саме у цих пацієнтів без збільшення головки підшлункової залози та дилатацією головної панкреатичної протоки лапароскопічна продольна панкреатоеюностомія може дати добрі довгострокові результати. Ми представляємо наш власний досвід за минулий рік.

**Матеріали та методи.** Три спроби лапароскопічної поздовжньої панкреатоеюностомії було зроблено у пацієнтів з раннім хронічним панкреатитом без збільшення головки підшлункової залози. Серед них було дві жінки та одна чоловік, середній вік становив 42,6 роки. Показаннями для хірургічного втручання у всіх пацієнтів були абдомінальний

|                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Олександр Олексійович Шалімов – вчений, хірург, педагог<br>(до 100-річчя з дня народження) ..... | 4   |
| Розділ 1. Бойові ушкодження та травми мирного часу.....                                          | 7   |
| Розділ 2. Хірургічне лікування захворювань стравоходу<br>та шлунка .....                         | 36  |
| Розділ 3. Хірургія кишечника .....                                                               | 79  |
| Розділ 4. Гепатобіліарна хірургія .....                                                          | 125 |
| Розділ 5. Хірургія підшлункової залози .....                                                     | 173 |
| Розділ 6. Проблеми перитоніту, сепсису та інфекцій,<br>пов'язаних з лікуванням .....             | 229 |
| Розділ 7. Ургентна хірургія .....                                                                | 273 |
| Розділ 8. Хірургія магістральних судин та серця .....                                            | 318 |
| Розділ 9. Мікросудинна та пластична хірургія,<br>комбустіологія .....                            | 411 |
| Розділ 10. Дитяча хірургія .....                                                                 | 448 |
| Розділ 11. Хірургія ендокринних органів .....                                                    | 486 |
| Розділ 12. Трансплантація .....                                                                  | 542 |
| Розділ 13. Герніологія, експериментальна хірургія<br>та різне .....                              | 554 |