

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

УДК 617 (063)

**Затверджено та рекомендовано до друку  
Президією Правління ГО «Асоціація хірургів України»  
17 серпня 2025 р., протокол № 8**

**Редакційна колегія:**

О. Ю. Усенко, М. В. Кости́лев, Р. В. Салютін, С. А. Андре́щев

**Рецензенти:**

А. В. Габрієлян, А. В. Гриненко, К. В. Гуменюк, А. Є. Коваленко, Г. П. Козинець,  
В. М. Копчак, Д. Ю. Кривченя, О. С. Тивончук, І. А. Лурін, В. П. Притула,  
А. В. Ратушнюк, А. В. Сидюк, Є. В. Симулик, І. С. Терешкевич, Д. О. Федоров,  
С. М. Фуркало, І. В. Хомяк, В. П. Шкарбан

**Відповідальний за випуск**

**О. Ю. Усенко**

XXV з'їзд хірургів України [Електронний ресурс]: Зб. наук робіт. Електрон. текст. дані.  
Київ, Ліга-Інформ, 2025. USB диск.

**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.

# 5

## ХІРУРГІЧНА ІНФЕКЦІЯ, СЕПСИС



**Висновки.** Ефективність міні-інвазивних та ендо-відеоскопічних втручань як фінального етапу step-up стратегії при інфікованому некротичному панкреатиті значною мірою залежить від патоморфологічних характеристик ураження.

До патоморфологічних предикторів неефективності мінімально інвазивного лікування належать: трансмуральний субтотальний або тотальний некроз, синдром роз'єднаної головної панкреатичної протоки, центральний тип екстрапанкреатичного поширення, ураження тазової клітковини та інтраперитонеальне розповсюдження з розвитком перитоніту.

Наявність зазначених ознак обґрунтовує необхідність планування «відкритої» некр-секвестрэктомії як завершального етапу хірургічної тактики в межах персоналізованого підходу до пацієнтів з ІНП.

## Сучасний підхід до вирішення проблеми інфекцій в абдомінальній хірургії: світовий досвід та власні спостереження

Лупальцов В.І., Чумаченко Т.О.

Харківський національний медичний університет

**Актуальність.** Однією з головних причин післяопераційної захворюваності та смертності пацієнтів є інфекційні ускладнення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я та Центрів профілактики та контролю хвороб (CDC, США), до 30% усіх інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги у стаціонарі, припадає на післяопераційні інфекції області хірургічного втручання (ІОХВ). Серед них особливої уваги потребує абдомінальна хірургія, де ІОХВ часто асоційовані з контамінацією вмістом шлунково-кишкового тракту. Проблема загострюється під час війни, коли збільшується кількість поранених, що потребують хірургічного втручання в черевну порожнину. Для запобігання ІОХВ в абдомінальній хірургії ефективною стратегією є застосування періопераційної антибіотикопрофілактики (ПАП).

**Мета.** Аналіз сучасних принципів проведення ПАП в абдомінальній хірургії та узагальнення результатів власного досвіду тактики антибіотикопрофілактики ІОХВ.

**Матеріали і методи.** Підсумовано результати аналізу наукової літератури, міжнародних та національних настанов, Стандартів та протоколів щодо застосування ПАП в абдомінальній хірургії. Проведено дослідження 415 випадків абдомінальних утручань (власні спостереження). Чутливість до антибіотиків штамів мікроорганізмів, ізольованих від пацієнтів, оцінювалась диско-дифузійним методом.

**Результати.** Результати дослідження визначили основні принципи ПАП, які підвищують її ефективність в абдомінальній хірургії. По-перше, повинно бути чітке обґрунтування показань до застосування ПАП. Призначення антибіотиків для профілактики інфекцій має бути клінічно доцільним та базуватися на оцінці ризиків та особливостей конкретного пацієнта та характеру операції. ПАП показана лише при втручаннях з високим ризиком ІОХВ (чисто-контаміновані, контаміновані, брудні операції). По-друге, науково доведена важливість дотримання термінів введення препарату. Оптимальним є введення антибіотиків за 30–60 хвилин до розрізу шкіри в разі застосування β-лактамів, що забезпечує терапевтичну концентрацію препаратів у ткани-

нах в момент можливої контамінації. Якщо використовується ванкомицин / фторхінолони, то ПАП проводять за 60–120 хв., що зумовлено тривалістю введення препаратів. Наступним принципом є кратність введення антибіотика. У більшості випадків показано однократне його введення, повторне введення можливо лише за умов тривалої операції (більше 3 годин), значної крововтрати під час втручання (більше 1,5 л), ожирінні або великому обсязі інфузійної терапії. Доведено важливість правильного вибору антибіотика з урахуванням передбачуваного спектру патогенів та регіональних даних їх антибіотикорезистентності. За рекомендаціями міжнародних керівництв переважно слід застосовувати цефалоспорины I–II покоління (цефазолін) як препарати першого вибору, та додавати метронідазол при наявності анаеробної флори (колоректальні операції). У пацієнтів з алергією показано застосування кліндаміцину або ванкомицину. Наш досвід досліджень 415 випадків абдомінальних утручань показав, що основними збудниками інфекційних ускладнень у пацієнтів з панкреатитом були асоціації аеробно–анаеробних мікроорганізмів, а етіологічним фактором ІОХВ після операцій на органах черевної порожнини були *E. coli* в монокультури або в асоціації із стафілококом і протеєм. Більшість ізолятів були резистентні до аміноглікозидів, цефалоспоринів та часто до фторхінолонів. Тому доцільно розробляти власні протоколи та стандартні операційні процедури (СОП) для кожного окремого відділення з урахуванням особливостей циркулюючих штамів. Необґрунтоване продовження ПАП більше 24 годин не лише неефективне, а й підвищує ризик формування антибіотикорезистентності мікроорганізмів та виникнення інфекцій, спричинених *Clostridium difficile*.

Виявлено типові помилки в практиці застосування ПАП в хірургічних відділеннях. Часто ПАП призначається всім пацієнтам відділення, навіть при «чистих» операціях. Спостерігаються порушення термінів введення препарату: введення антибіотика розпочинається після індукції анестезії або вже під час операції. Відмічається пролонгація ПАП до 3–5 діб без відповідних показань. Найбільш типовою помилкою є вибір неадекватного препарату або дози. Ці помилки знижують ефективність ПАП та послаблюють прихильність медичних працівників до принципів ПАП. Серед проблем впровадження ПАП в хірургічних стаціонарах слід відзначити відсутність локальних протоколів та СОП, які ґрунтуються на міжнародних керівництвах, затверджених Стандартах (Наказ МОЗУ від 17.05.2022 № 822) та результатах мікробіологічного моніторингу; не проводиться моніторинг часу введення препарату; спостерігається недостатня взаємодія хірургів, анестезіологів та епідеміологів; відсутній контроль правильності ПАП, а саме не розроблені чек-листи, не проводиться аудит, не має зворотного зв'язку, медичний персонал не завжди обізнаний щодо принципів ПАП, що потребує додаткового навчання персоналу.

**Висновки.** Періопераційна антибіотикопрофілактика є ефективним інструментом зниження частоти ІОХВ в абдомінальній хірургії при правильному визначенні показань до її проведення, дотриманні термінів та тривалості ПАП, вибору оптимального препарату. Власні спостереження підтверджують дієвість раціонального підходу до ПАП. Для оптимізації імплементації ПАП в хірургічних стаціонарах потрібні розробка та впровадження локальних протоколів ПАП згідно з міжнародними настановами та результатами мікробіологічного моніторингу, проведення динамічного спостереження за випадками ІОХВ, навчання персоналу, постійний аудит і контроль додержання принципів ПАП.

## **ЗМІСТ**

Розділ 1. Бойова травма – діагностика, лікування, реабілітація	3
Розділ 2. Актуальні проблеми торакоабдомінальної хірургії	64
Розділ 3. Сучасні виклики в ургентній хірургії	89
Розділ 4. Ускладнення в хірургії та тактика їх усунення	118
Розділ 5. Хірургічна інфекція, сепсис	150
Розділ 6. Хірургія ендокринних органів	170
Розділ 7. Хірургія серця та магістральних судин	216
Розділ 8. Хірургія дітей та підлітків	233
Розділ 9. Трансплантація органів	248
Розділ 10. Реконструктивно-відновна хірургія та опікова травма	258
Розділ 11. Ендоскопічна хірургія та інтервенційна радіологія	276
Розділ 12. Різне	293
Розділ 13. Додатково	323