

p-ISSN 0023 - 2130
e-ISSN 2522 - 1396

Том 89, № 9 - 10 додаток
вересень-жовтень 2022

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

науково-практичний журнал

Заснований у червні 1921 р.

Ліга-Інформ

Передплатний індекс 74253

ISSN 0023—2130 (Print)
ISSN 2522—1396 (Online)

Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Том 89, № 9-10 додаток (січень-лютий) 2022

Двомісячний науково—практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.

Головний редактор
О. Ю. УСЕНКО

Заступники головного редактора
С. А. АНДРЕЄЩЕВ, М. В. КОСТИЛІВ

Редакційна колегія
L. ANGRISANI (Italy), J. BENEDIK (Germany),
Л. С. БІЛЯНСЬКИЙ, С. О. ВОЗІАНОВ,
М. FRIED (Czech Republic), В. Г. ГЕТЬМАН,
О. І. ДРОНОВ, Г. П. КОЗИНЕЦЬ, В. М. КОПЧАК,
О. Г. КОТЕНКО, А. С. ЛАВРИК,
В. В. ЛАЗОРИШИНЕЦЬ, І. А. ЛУРІН,
J. MELISSAS (Greece),
С. І. САВОЛЮК, А. В. СКУМС,
Н. FRIESS (Germany), І. П. ХОМЕНКО,
В. І. ЦИМБАЛЮК, R. WEINER (Germany)

Редакційна рада
В. П. АНДРЮЩЕНКО, Я. С. БЕРЕЗНИЦЬКИЙ,
В. В. БОЙКО, М. М. ВЕЛІГОЦЬКИЙ,
Б. С. ЗАПОРОЖЧЕНКО,
І. В. ЮФЕ, П. Г. КОНДРАТЕНКО,
І. А. КРИВОРУЧКО, В. І. ЛУПАЛЬЦОВ,
О. С. НИКОНЕНКО, В. В. ПЕТРУШЕНКО,
В. І. РУСИН, А. І. СУХОДОЛЯ,
Я. П. ФЕЛЕШТИНСЬКИЙ, С. Д. ШАПОВАЛ,
С. О. ШАЛІМОВ, І. М. ШЕВЧУК

Редактор В. М. МОРОЗ
Коректор О. П. ЗАРЖИЦЬКА

Включений
до Переліку наукових фахових видань України
(Наказ МОН № 1301 від 15.10.2019)
Категорія "Б"

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія KB № 22539—12439ПР від 20.02.2017

Адреса редакції
03126, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30
Тел./факс +38 044 408 18 11
e – mail: info@hirurgiya.com.ua
new.article@hirurgiya.com.ua

Видавець
ТОВ «Ліга—Інформ»
03126, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30
Тел./факс (044) 408 18 11

Підписано до друку 28.09.2022
Формат 60 × 90/8.
Ум. друк. арк. 13. Обл. вид. арк. 12,62

Передплатний індекс 74253

Редакція не завжди поділяє думку авторів статті.
Відповідальність за достовірність інформації,
наведеної у статті, несуть її автори.
Розмноження у будь-якій формі матеріалів,
опублікованих у журналі, можливе тільки
з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст
реklamних матеріалів несе рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2022
© Ліга — Інформ, 2022

ЗМІСТ

У З'їзду колопроктологів України

Етапи становлення, сучасний стан проктологічної допомоги в Україні, її проблеми, перспективи розвитку та особливості організації в умовах війни, епідемії Covid-19	4-8
Бойова хірургічна травма живота і тазу	9-9
Колоректальний рак	10-32
Запальні захворювання кишечника	33-45
Хронічні непухлинні захворювання кишечника	46-65
Захворювання прямої кишки, параректальної та куприкової зон	66-80
Дитяча хірургія та проктологія	81-99
Ендоскопічна діагностика і ендоскопічна хірургія	100-103
Загальні питання проктології та хірургії	104-111

ISSN 0023—2130 (Print)
ISSN 2522—1396 (Online)

Association of Surgeons of Ukraine",
O. O. Shalimov National Institute
of Surgery and Transplantology"

KLINICHNA KHIRURHIIA

**Vol 89, Issue 9-10 supplement
(September/October) 2022**

Bimonthly Scientific and Practical Magazine
(specialist edition for doctors)
Founded in June 1921

Editor in Chief
O. USENKO

Vice-editors
S. ANDREIESHCHEV, M. KOSTYLIEV

Editorial board
L. ANGRISANI (Italy), J. BENEDIK (Germany),
L. BILIANSKIY, S. VOZIANOV,
H. FRIESS (Germany),
M. FRIED (Czech Republic), V. HETMAN,
O. DRONOV, H. KOZYNETS,
V. KOPCHAK, O. KOTENKO, A. LAVRYK,
V. LAZORYSHYNETS, J. MELISSAS, (Greece),
S. SAVOLYUK, A. SKUMS,
I. KHOMENKO, V. TSYMBALIUK,
R. WEINER (Germany)

Editorial team
V. ANDRIUSHCHENKO, Ya. BEREZNYTSKYI,
V. BOIKO, M. VELIHOTSKYI,
M. ZAKHARASH, B. ZAPOROZHCHENKO,
I. V. IOFFE, P. H. KONDRATENKO,
I. KRYVORUCHKO, V. LUPALTSOV,
O. NYKONENKO, V. PETRUSHENKO,
V. RUSYN, A. SUKHODOLIA, Ya. FELESHTYNSKYI,
S. SHALIMOV, S. SHAPOVAL, I. SHEVCHUK

Certificate of state registration of print media
Series KB No 22539-12439PIP/20.02.17.

Included in the list of scientific publications
in Ukraine specialized in medicine and biology
(Decree of Ministry of Education and Science
of Ukraine No 1301/15.10.2019.

Publisher allows authors to retain
their copyrights.
No part of the publications may be reproduced
without prior permission of the Publisher.

All authors take public responsibility
for the content presented in the manuscript.

All advertisements are published
on the warranty of the agency and advertiser
that both are authorized to publish
the entire contents and subject matter
of the advertisement.

© Klinichna khirurgiia, 2022
© Liga — Inform, 2022

CONTENS

V Congress of Coloproctologists of Ukraine

Stages of history, modern state of proctological aid in Ukraine, its problems, perspectives of development and peculiarities of organization in the war conditions, and epidemic of Covid-19	4-8
Combat surgical abdominal and pelvic trauma	9-9
Colorectal cancer	10-32
Inflammatory intestinal diseases	33-45
Chronic non-tumoral intestinal diseases	46-65
Rectal diseases, pararectal and coccygeal regions	66-80
Pediatric surgery and proctology	81-99
Endoscopic diagnosis and endoscopic surgery	100-103
General issues of proctology and surgery	104-111

ВГО Асоціація колопроктологів України



**V з'їзд
КОЛОПРОКТОЛОГІВ
УКРАЇНИ**

МАТЕРІАЛИ З'ЇЗДУ

**Київ
20 – 22 жовтня 2022 р.**

ності у відсутності дисплазії по краях видаленого зразка. При наявності множинних неаденоматозних плоских уражень слід виконувати операцію колектомії, незважаючи на ступінь дисплазії через високу ймовірність появи метакриної або синхронної карциноми (23–68,2%).

Хіміопрофілактика із систематичного застосуванням препаратів месалазину, а також топічних глюкокортикостероїдів, закофальку та інших препаратів повинна проводитися усім хворим на ХЗЖ, що значно зменшує ризик виникнення КРР. При ускладненні ХЗЖ первинним склерозуючим холангітом з метою запобігання розвитку холангіокарциноми в якості хіміопрофілактики показаним є використання препаратів урсодезоксихолевої кислоти.

Висновки.

1. В канцерогенезі колоректального раку при ВК провідну роль відіграють метаплазія та дисплазія в імуннозапалених в слизовій оболонці товстої кишки.

2. Базові онкопревентивні заходи передбачають виконання колоноскопії в інтервалі 1–3–5 років у залежності від стану слизової оболонки товстої кишки, поширеності запального процесу, тривалості захворювання, віку хворого, наявності позакишкових проявів (первинний склерозуючий холангіт).

3. Серед багаточисельних медикаментозних методів онкопревенції патогенетично обґрунтованим є застосування препаратів месалазину, буденофальку, урсофальку, закофальку.

4. Модифікація способу життя і харчування знижує ризик розвитку колоректального раку на 25–30%.

Сучасні можливості ендоскопічної діагностики і ендоскопічної хірургії передракових захворювань та ранніх стадій колоректального раку. Можливі ризики, протипоказання, складності виконання та ускладнення колоноскопії

Захараш М. П., Яковенко В. О., Захараш Ю. М.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
Універсальна Клініка "Оберіг"

Актуальність теми. В Україні відзначається стійка тенденція до збільшення показників захворюваності населення на колоректальний рак (КРР), що є наслідком, перш за все, вживання низької якості продуктів харчування, наслідків аварії на ЧАЕС та інших чинників. В Україні щорічно реєструється 19–21 тис. хворих на КРР, який серед злоякісних пухлин органів ШКТ займає I місце. Лише в 8–12% випадків КРР виявляється при профілактичному обстеженні пацієнтів. Частка хворих на КРР, діагностованих на I–II стадіях, не перевищує 42,1–46,5%, чим обумовлена висока річна летальність (36,8–42,1%). Всього на обліку у Національному канцер реєстрі щорічно знаходиться понад 70 тис. хворих на колоректальний рак.

Мета роботи. Покращити результати лікування хворих на КРР за рахунок широкого впровадження скринінгових методів діагностики ранніх форм КРР і використання ендоскопічних методик його лікування на ранніх стадіях захворювання.

Матеріал та методи дослідження. Ретроспективно досліджені протоколи 2527 КС (804 – скринінгових, 1723 – лікувальних), виконаних в Універсальній Клініці "ОБЕРІГ" 2016–2020 рр.. В 99,2% випадків колоноскопія виконувалась з інтубацією здухвинної кишки з біопсією її слизової оболонки. 95,2% досліджень виконувалось під

загальною седациєю пропופолом. Ретельно досліджували ускладнення скринінгових та лікувальних колоноскопій: кровотечі, перфорації.

Результати та обговорення. Загальна кількість ускладнень колоноскопії в нашому дослідженні склала 1,3% (34 на 2527 досліджень). Ускладнення скринінгових та лікувальних ФКС склали відповідно 0,9% (8 на 804) та 1,5% (26 на 1723 дослідження). В групі лікувальних ФКС було 11 перфорацій проти 2 в групі скринінгових ФКС (0,6% та 0,3% відповідно), $p=0,31$, різниця статистично не достовірна. В 9 випадках рани кліповано ендоскопічно при виконанні ендоскопічної резекції слизової оболонки або ендоскопічної підслизової дисекції; в 4 випадках перфоративні отвори були ушиті лапароскопічно. Кровотечі виникли в 0,9% випадків (15 на 1723 дослідження) – при лікувальній ФКС та в 0,7% (6 на 804 дослідження) – при скринінговій ФКС, $p=0,7$, різниця не достовірна. Для усунення кровотечі в 17 випадках виконано ендокліпування, в 4 випадках кровотечу було зупинено за допомогою консервативної терапії.

Висновки.

1. Відсутність скринінгу КРР, несвоєчасне виявлення передракових захворювань і дисплазії товстої кишки – головні причини несвоєчасної його діагностики, незадовільних результатів лікування хворих на КРР.

2. Запровадження в широку клінічну практику сучасних ендоскопічних методів діагностики – основна передумова своєчасної діагностики передракових захворювань і ранніх стадій раку, широкого використання мініінвазивної ендоскопічної колоректальної хірургії, яка забезпечує сприятливі безпосередні, віддалені, функціональні результати і високу якість життя оперованих хворих.

3. Більшість інтраопераційно діагностованих ускладнень КС можуть бути успішно ліквідовані ендоскопічно.

4. Використання сучасної відеоендоскопічної апаратури і обладнання, високий рівень професійної підготовки лікаря ендоскопіста – хірурга, чітке дотримання методик виконання КС, диференційований підхід до вибору методу ендоскопічного втручання з обов'язковим урахуванням виду, розмірів, локалізації новоутворення, протипоказань, факторів ризику розвитку ускладнень КС, загального стану хворого та інших чинників – запорука безпечності і успішності виконання ендоскопічних втручань.

Тактика виконання реконструктивно–відновних операцій при хворобі Крона товстої кишки

Мельник В. М., Пойда О. І.

Кафедра хірургії № 1 Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Актуальність. Реконструктивно–відновний етап хірургічного втручання в обсязі тазової тонкокишкової резервуарної конструкції, резервуарно–анального або ілеоендоанального анастомозів виконують після колектомії з наднизькою передньої резекцією прямої кишки. Зазначене хірургічне втручання виконують у 17,3 – 21,8 % пацієнтів з хворобою Крона товстої кишки при тотальному враженні. Однак, більшість авторів заперечують доцільність формування тазового тонкокишкового резервуара при хворобі Крона внаслідок значного ризику виникнення в ньому рецидиву захворювання. Інші автори вказують на можливість формування зазначеного резервуару, оскільки ризик виникнення в ньому рецидиву аналогічний ризику рецидиву в інших анатомічних ділянках тонкої кишки. Слід зазначити, що представники кожної із сторін не пропонують достатньо обґрунтованих заходів для попередження або зменшення ризику виникнення рецидиву захворювання в тонкій кишці та сформованому тазовому тонкокишковому резервуарі.

Мета роботи. Покращити результати хірургічного лікування хвороби Крона товстої кишки шляхом удосконалення тактики виконання реконструктивно–відновних операцій.

Матеріал і методи. Розроблено тактику виконання реконструктивно–відновних операцій при хворобі Крона товстої кишки. Вона базується на сучасному, достатньо важливому, положенні патогенезу відповідно до якого пусковий механізм виникнення захворювання полягає в генетичній обумовленості проникнення бактеріальних антигенів через кишковий епітеліальний бар'єр. Зазначена тактика передбачає: 1. Виконання достатньо радикального хірургічного втручання по відношенню до поширення патологічного процесу: колектомії, наднизької передньої резекції прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу, видалення термінальної ділянки тонкої кишки. 2. Виконання реконструктивно–відновного етапу хірургічного втручання лише у пацієнтів з вражен-

ням анатомічних відділів товстої кишки та лише термінальної ділянки тонкої кишки. 3. Використання методів атравматичного формування конструкції тазового тонкокишкового резервуару та ілеоендоанального анастомозу. 4. Тимчасове відключення зазначеної конструкції протекуючою петлевою ілеостомою, яку закривали з місцевого доступу, через 2 місяці після загоєння тазового резервуару та анастомозу.

Положення розробленої тактики були спрямовані на зменшення ризику проникнення бактеріальних антигенів через слизову оболонку кишкового каналу в ділянках враження та найбільш ймовірного виникнення рецидиву захворювання.

Зазначену тактику, за останні 5 років, використано при хірургічному лікуванні 9 пацієнтів з хворобою Крона товстої кишки, тотальним її враженням. Серед оперованих пацієнтів чоловіків було 5, жінок – 4. Їх вік становив 19–34 роки.

Результати. Післяопераційних ускладнень, обумовлених виконанням реконструктивно–відновного етапу хірургічного втручання в ранньому післяопераційному періоді встановлено не було. Кишкові нориці виникли у 2 (22,2 %) пацієнтів. У 1 пацієнтки, через 1 місяць після «закриття» протекуючої петлевої ілеостоми, виникла внутрішня нориця між ділянкою переднього півкола ілеоендоанального анастомозу та задньою стінкою піхви. Консервативна терапія, спрямована на загоєння нориці упродовж 3 місяців була неефективною. У зв'язку з цим виконано екстирпацію кукси анального каналу з ділянкою анастомозу, сформовано довічну ілеостому за методом Брука. У іншого пацієнта виникла зовнішня нориця в ділянці промежини внаслідок рецидиву захворювання в сформованому тазовому тонкокишковому резервуарі. Консервативна терапія рецидиву хвороби Крона та терапія спрямована на загоєння зовнішньої нориці призвела до загоєння нориці. На підставі клінічних даних та результатів резервуароскопії у пацієнта періодично виникав