

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.

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. ЮФФЕ, 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 КВ № 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
рекламних 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. BILIANSKYI, 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 22539-12439П/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.

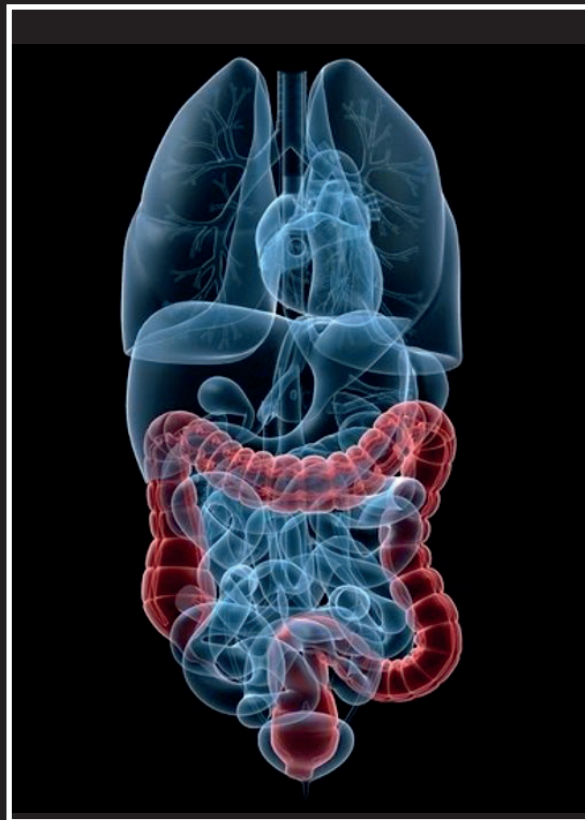
© Klinichna khirurgiia, 2022
© Liga — Inform, 2022

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.**

резекції прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу до зубчастої лінії без видалення підслизового шару, формуванні тонкокишкового резервуару нового типу, ілеоендоанального анастомозу, у 3 (18,7%) – виконували колектомію, низьку передню резекцію прямої кишки, формували ілеоректальний анастомоз. Протекуючу петлеву ілеостому створювали у 13 (81,3%) хворих після формування тонкокишкового резервуару, ілеоендоанального анастомозу. Первинні реконструктивно-відновні операції були виконані у 12 (75,0%) пацієнтів, вторинні – у 4 (25,0%).

Результати. Післяопераційні ускладнення виникли у 3 (18,7%) пацієнтів, переважно після вторинних реконструктивно-відновних операцій. З них нагноєння операційної рани – у 2, пневмонія – у 1. Випадків післяопераційної летальності не було. У 1 пацієнта після колектомії з низькою передньою резекцією прямої кишки в залишеному нижньоампулярному відділі прямої кишки виник рецидив поліпозу та малигізація поліпа через 3 роки після хірургічного втручання, що було підставою для виконання екстирпації куки прямої кишки, формування довічної ілеостоми.

Функціональні результати через 1 рік після оперативного втручання були наступні. Частота стільця 3–5 разів на добу становила – у 10 (62,5%) хворих, відсутність діарейного синдрому – у 11 (68,7%), постколектомічний синдром I ступеня діагностовано у 13 (81,3%), II ступеня – у 3 (18,7%). Синдром вторинної анальної інконтиненції I–II ступеня встановлено у 2 (12,5%) хворих після вторинних реконструктивно-відновних операцій внаслідок тривалого періоду, в межах 2–3 років, «відключеного анального каналу».

Висновки. 1. При родинному аденоматозному поліпозі перевагу слід надавати радикальним, первинним реконструктивно-відновним операціям.

2. Оптимальною операцією вибору вважаємо колектомію з наднизькою передньою резекцією прямої кишки, мукозектомією хірургічного анального каналу до зубчастої лінії, формування тонкокишкового резервуару, ілеоендоанального анастомозу.

Хронічний колостаз: сучасний стан проблеми, діагностичний алгоритм, диференційований підхід до вибору лікувальної тактики

Пойда О. І., Мельник В. М., Яремчук Г. О.

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

Вступ. Хронічний коло–проктогенний стаз – це функціональне, а з часом і органічне ураження товстої кишки, симптомами якого є стійкі закрепи, що супроводжуються болем та здуттям живота, в тяжких випадках явищами інтоксикації та механічної непрохідності товстої кишки. Хронічним коло–проктогенним стазом постійно або періодично в різних країнах страждає кожна третя – четверта доросла людина. Захворювання становить 25–60% від усіх патологічних станів травного каналу. Найвищий його рівень відзначено серед населення економічно розвинутих країн: Великобританії – 50%, Німечції – до 30%, Франції – понад 20%, США – 25%, Україні – 37%.

Мета. Покращити результати діагностики та лікування хронічного коло–проктогенного стазу шляхом удосконалення методів його діагностики консервативного та хірургічного лікування.

Матеріал і методи. Для визначення лікувальної тактики проводили комплексне обстеження пацієнта: 1-й етап передбачав анкетування, оцінку скарг даних анамнезу захворювання; стандартне обстеження органів та систем з метою виключення вторинних закріпів; проктологічний огляд, оглядову рентгенографію черевної порожнини, іригоскопію (в двох фазах), колоноскопію, КТ, МРТ органів черевної порожнини та малого тазу (за по-

казаннями); 2-ий етап включав проведення функціональних методів дослідження (транзиту кишкового вмісту по травному каналу, проктографію, дефекографію, функціональне дослідження пластичних, кінетичних та сенсорних властивостей прямої кишки методом комп'ютерної пневмокінезометрії). Після завершення діагностики захворювання визначали тип стазу: кологенного, проктогенного (інертна пряма кишка I–II типу, дисинергія тазового дна I–III типу), змішані форми. За ступенем компенсації: компенсований, субкомпенсований, декомпенсований. Показаннями до хірургічного лікування були наступні: рефрактерність до адекватного консервативного лікування при субкомпенсованій стадії більше 6 місяців, декомпенсована стадія хронічного коло–проктогенного стазу, розвиток ускладнень захворювання.

В Колопроктологічному центрі України – клінічній базі кафедри хірургії №1 НМУ імені О. О. Богомольця за 2012–2021 роки було обстежено 605 хворих з хронічним коло–проктогенним стазом, з них: 437 (72,2%) – жінок, 168 (27,8%) – чоловіків, більшість з них – 495 (81,8%) були пацієнти працездатного віку. Консервативне лікування проведено 574 (94,9%) пацієнту. Використовували наступні методи консервативної терапії, зокрема, поведінкову терапію: дотримання режиму дня, формування рефлекс-

су до дефекації, гімнастику, посилення фізичної активності; дієтотерапію, що передбачала вживання в межах 70% продуктів рослинного походження багатих клітковиною, вживання рідини – мінімум 2–2,5 л на добу, препаратів, що містять харчові волокна, послаблюючі препарати (per os або ректально), очисні та лікувальні клізми, про – та пребіотики, прокінетики, ЛФК, масаж живота, рефлексотерапію, магнітотерапію, біофідбек – тренінг (метод біологічного зворотнього зв'язку), санаторно-курортне лікування (вживання мінеральних вод, бальнеологічне лікування).

Хірургічне лікування було виконане у 31 (5,1%) пацієнта виключно при декомпенсованому колопроктогенному стазі. Вибір обсягу хірургічного втручання залежав від типу колостазу. Пацієнтам з кологенним стазом виконували субтотальну дистальну резекцію товстої кишки – у 10 (32,3%), колектомію – у 2 (6,4%); з наявним колопроктогенним стазом – субтотальну дистальну резекцію з резекцією прямої кишки – у 16 (51,6%), колектомію з резекцією прямої кишки – у 3 (9,7%). Обґрунтовано були виключені показання до хірургічного лікування при дисинергії тазового дна (форма проктогенного стазу).

Результати та обговорення. Використання комплексного консервативного лікування дозволило досягти повного відновлення самостійного стільця у 206 (34,1%) пацієнтів, покращення клінічного перебігу захворювання та показників функції випорожнення – у 374 (61,8%),

суттєвих позитивних змін при консервативному лікуванні не отримано лише у 25 (4,1%) пацієнтів.

У оперованих пацієнтів відзначено відсутність затримки та самостійність випорожнень без застосування прокінетиків та очисних клізм. Частота випорожнень становила 2–4 рази протягом доби. Час транзиту сульфату барію по кишковому каналу у більшості оперованих пацієнтів, за даними рентгенологічних досліджень, вказував на відновлену його фізіологічність.

Висновки.

1. Визначення лікувальної тактики при хронічному коло-проктогенному стазі ґрунтується на результатах комплексного обстеження хворого, ретельній оцінці результатів раніше проведеного консервативного лікування.

2. Використання комплексного консервативного лікування дозволило досягти

повного відновлення самостійного стільця у 206 (34,1%) пацієнтів; покращення клінічного перебігу захворювання та показників функціонального стану у 374 (61,8%), суттєвих змін після проведеного лікування не спостерігали – у 25 (4,1%) пацієнтів.

3. Удосконалення діагностики, методів консервативного лікування, хірургічних втручань при хронічному колопроктогенному стазі дозволило зменшити кількість пацієнтів з виконаними хірургічними втручаннями до 31 (5,2%) та отримати у них позитивні функціональні результати.

Зміни внутрішньокишкового тиску при реконструктивно-відновних операціях у стомованих хворих

Русин В. І., Чобей С. М., Болдіжар О. О., Дутко О. О.

Кафедра хірургічних хвороб, Медичний факультет, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Актуальність. Закономірним наслідком будь-якого хірургічного втручання на черевній порожнині є підвищення тиску у всіх відділах травної системи, рівень якого залежить від вихідного захворювання, підготовки до операції, об'єму хірургічного втручання й ряду інших факторів. Провідну роль в порушенні загоювання кишкового шва також належить внутрішньокишковій гіпертензії. Внутрішньокишковий тиск (ВКТ) призводить до локального порушення капілярного кровотоку, змін взаємодії симпатичної та парасимпатичної іннервації, гіпоксії слизової оболонки стінки кишки.

Мета роботи. Вивчити вплив внутрішньокишкового тиску на процес загоєння товстокишкового анастомозу та оптимізувати спосіб корекції внутрішньокишкової гіпертензії після оперативного втручання.

Матеріали та методи. У 30 пацієнтів з одноствбовими колостомами, які були сформовані після резекції сигмовидної кишки (з приводу раку сигмовидної киш-

ки – у 12, перфорації дивертикулів сигмовидної кишки – у 10, та завороту доліхосигми – у 8 хворих) вимірювали ВКТ в післяопераційному періоді після реконструктивно-відновної операції, яка була виконана через 3 місяці після первинної операції. При цьому однорядний інвагінаційний товстокишковий анастомоз (ТКА) за розробленою методикою виконали – 17, ручний дворядний ТКА – 3, апаратний циркулярний ТКА – 10 хворим. Під час операції на рівні анастомозу встановлювали трансанальний дренаж і за допомогою цифрового датчика абсолютного тиску проводили моніторинг внутрішньокишкового тиску протягом 72 годин після операції 6 раз на добу (патент України № 144168).

Результати. У післяопераційному періоді в зоні анастомозу відзначалися коливання ВКТ протягом доби в середньому до $5,3 \pm 0,1$ мм рт. ст., з подальшим зниженням цього рівня наступні 12–20 год. до $2,1 \pm 0,3$ мм рт. ст. Після промивання трансанального дренажу рівень ВКТ знижував-