

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. КОСТИЛЄВ

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.

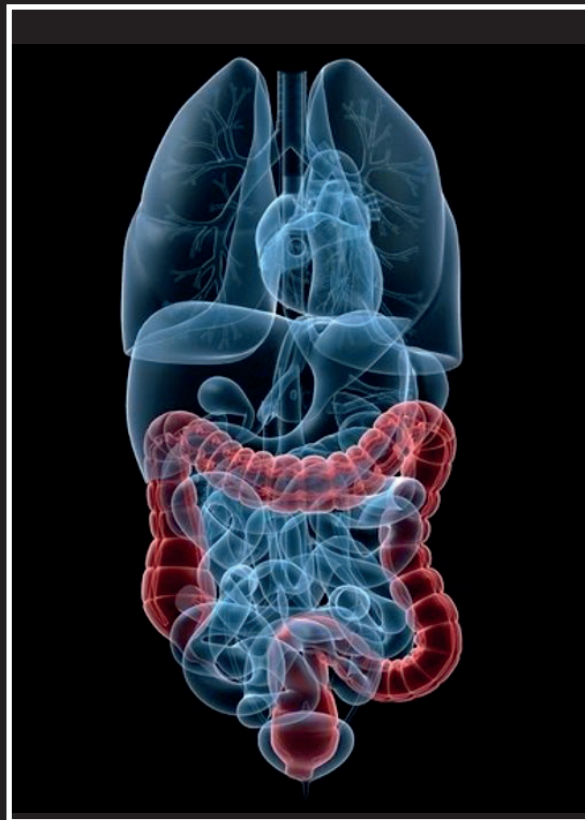
© Klinichna khirurgiia, 2022
© Liga — Inform, 2022

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.**

–2,3±0,2мг/л. Аналіз рівня кальпротектину у випорожненнях в залежності від кількості дивертикулів засвідчив його більш виражене підвищення (до 70,37±2,95мкг/г. Як відомо з даних літератури, кальпротектин є привабливим біомаркером, який відображає вираженість запального процесу в кишечнику, дозволяє диференціювати його з синдромом подразненої кишки, а останнім часом з інфекцією *Clostridium difficile*, підозрювати коло ректальний рак, целиакию і дивертикулярну хворобу, а визначення цього білка має високу точність, відтворюваність і практич-

ність. Тим більше, що як вказують M.R.Konikoff et al [2006] рівень кальпротектину вище 50 мкг/г обов'язково свідчить про запальний процес в кишечнику. За даними Tursi et al [2012] рівень кальпротектину вище 60 мкг/г корелює з гострими ускладненнями з боку кишечника. Таким чином дослідження рівня фекального кальпротектину може служити маркером важкості перебігу дивертикулярної хвороби, розвитку дивертикулітів та оцінки ефективності лікування.

Родинний аденоматозний поліпоз. Сучасна хірургічна стратегія і тактика

Пойда О. І., Мельник В. М., Короленко В. Б.

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

Актуальність. Родинний аденоматозний поліпоз товстої кишки – генетично детерміноване захворювання, що успадковується за аутосомно–домінантним типом, характеризується появою в ранньому віці значної кількості тубулярних аденом в ободовій і прямій кишці. Показники захворюваності становлять 1 випадок на 8300 – 29000 новонароджених. Клінічний перебіг захворювання полягає у виникненні виражених метаболічних порушень, малігнізації поліпів у 80–100% хворих, що призводить до летального наслідку при досягненні пацієнтом віку 35–45 років.

Єдиним ефективним методом лікування таких пацієнтів є хірургічне втручання. Радикальний етап хірургічного втручання у переважній більшості випадків полягає у виконанні колектомії, наднизької передньої резекції прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу. Реконструктивно–відновний етап – у формуванні тазового тонкокишкового резервуару та резервуарно–анального або ілеоендоанального анастомозу.

Тяжкий клінічний перебіг захворювання, облігатність малігнізації поліпів, значні технічні труднощі виконання хірургічних втручань, часті післяопераційні ускладнення – у 21–32 % оперованих хворих вимагають удосконалення хірургічної стратегії і тактики його лікування.

Мета роботи. Покращити результати хірургічного лікування хворих на родинний аденоматозний поліпоз.

Матеріал і методи. Під хірургічної стратегією і тактикою при родинному аденоматозному поліпозі розуміємо своєчасну діагностику захворювання, виконання радикальної операції – колектомії з наднизькою передньою резекцією прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу до зубчастої лінії, формування тонкокишкового резервуара, його дислокацію в порожнину малого тазу, ілеоендоанального анастомозу, захист створеної конструкції тонкокишкового резервуару з ілеоендоанальним анастомозом шляхом формування протектуючої петлевої ілеостоми, профілактику післяопераційних ускладнень, оцінку резуль-

татів лікування. Перевагу надаємо виконанню первинних реконструктивно–відновних операцій.

Мукозектомію виконуємо без видалення підслизового шару, що виключає пошкодження внутрішнього сфінктера прямої кишки, сприяє збереженню його функції. Використовуємо розроблені нові оригінальні способи формування ілеоендоанального анастомозу і тонкокишкового резервуару. Формування ілеоендоанального анастомозу передбачає розміщення відрізка тонкої кишки і його брижі проксимальніше рівня зубчастої лінії, значної частини внутрішнього сфінктера (підшкірної, поверхневої і частково глибокої його порцій), а також зовнішнього сфінктера. Тонкокишковий резервуар створюємо проксимальніше анастомозу на 3–4 см у вигляді анатомічних вигинів тонкої кишки без перетинання і зшивання її стінки. Особливістю зазначеної анатомо–функціональної конструкції є розташування тонкокишкового резервуару проксимальніше створеного анастомозу. Це виключає статичне навантаження стінок резервуару і його вмісту на сфінктерний апарат прямої кишки, попереджує, таким чином, порушення функції анального тримання.

За період з 2012 по 2021 рік в Колопроктологічному центрі України на лікуванні з приводу родинного аденоматозного поліпозу знаходилося 17 хворих. Жінок було 9 (52,9 %), чоловіків – 8 (47,1 %), їх вік становив 18–29 (21,3 ± 5,1) років. Проліферативний родинний поліпоз був діагностований у 16 (88,2 %), з них у 12 – аденоматозний, у 4 – аденопапіломатозний. Гамартомний сімейний поліпоз (синдром Пейтца–Егерса) відзначений у 1 пацієнтки, яка померла в передопераційному періоді від тромбоемболічних ускладнень. Оперували 16 хворих, всіх з приводу проліферативної форми родинного поліпозу. Тотальне ураження товстої кишки встановлено у 13 (81,3 %) хворих, субтотальне – у 3 (18,7%). У середньонижньоампулярному відділі прямої кишки у цих пацієнтів поліпів не було.

Обсяг операції у 13 (81,3 %) пацієнтів, з числа оперованих, полягав у виконанні колектомії, наднизької передньої

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-