

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. ЮФФЕ, П. Г. КОНДРАТЕНКО,
І. А. КРИВОРУЧКО, В. І. ЛУПАЛЬЦОВ,
О. С. НИКОНЕНКО, В. В. ПЕТРУШЕНКО,
В. І. РУСИН, А. І. СУХОДОЛЯ,
Я. П. ФЕЛІШТИНСЬКИЙ, 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.**

Про необхідність проктологічних оглядів вагітних

Мальцев В. М., Маланчук О. Б., Мальцев С. В., Поладич І. В.

Кафедра хірургії №1, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
КНП «Перинатальний центр м.Києва»,
КМКЛ № 18, м. Київ, Україна,
Кафедра акушерства і генекології № 1

Напередодні пологів, не важливо перших чи повторних, нерідко виникає питання про пологорозродження. Чи виконувати операцію кесарів розтин, чи народжувати per vias naturalis. Питання суперечливе, так як зміни в прямій кишці, можуть бути небезпечними для здоров'я роділлі. Небезпека залежить від присутності патології в анальному каналі, її виду, а також від змін м'язового шару промежини. При проктологічному огляді напередодні пологів можна вирішити питання про оперативне пологорозродження, тим самим попередити розвиток ускладнень з боку як пологових шляхів, так і порушень структури плода. Про патологію з боку тканин промежини, анального каналу, прямої кишки до пологів ні породіллі, ні лікар що її спостерігає, тим паче акушерка, можуть і не знати. А патологія, достатньо розповсюджена: геморої з випадінням слизової, випадіння прямої кишки, ректоцеле, синдром опущення

промежини, новоутворення тканин промежини, нориці, гнійні зміни в криптах анального каналу.

Під нашим спостереження в період 2020–2022 рр. знаходилось 206 вагітних. Всім вагітним за 1–1,5 місяці до пологів проводився проктологічний огляд. Огляд включав вербальний контакт проктолога, ректоскопію, ректороманоскопію. Такий підхід дозволив 57 роділлям виконати операцію кесарів розтин, в зв'язку з чим в них були виявлені синдром опущення промежини – 18 (31,6%), ректоцеле – 13 (22,8%), геморої з випадінням слизової прямої кишки – 26 (45,6%). Через 12–13 міс породіллям було запропонована хірургічна реабілітація.

Таким чином, прийнята нами тактика, дозволила покращити стан породіль на основі обґрунтованого підходу до пологорозродження.

Вибір методу формування довічної ілеостоми

Мельник В. М., Пойда О. І.

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

Актуальність. Необхідність формування довічної ілеостоми виникає після виконання колектомії з екстирпацією прямої кишки. Зазначену операцію виконують у 5,1–6,4% пацієнтів, оперованих з приводу запальних захворювань товстої кишки. Функціонування довічної ілеостоми, яку формують за методом Бука, супроводжується значними втратами рідкого хімусу, в межах 900–1500 мл упродовж доби, призводить до значних метаболічних порушень, тяжких ознак постколектомічного синдрому. Відсутність герметичних калоприймачів до початку XXI століття і незручності догляду за вказаною ілеостоמוю спонукали розробці методів формування резервуарних ілеостом. Випорожнення цих ілеостом здійснювали керовано за допомогою зонду, виготовленого з еластичних матеріалів. Це виключало необхідність використання калоприймача. Недоліком зазначених резервуарних ілеостом, крім технічних труднощів формування і частих післяопераційних ускладнень, у 12,3–14,6% оперованих хворих, були значні втрати хімусу, аналогічні втратам з ілеостоми за Бруком, що не сприяло зменшенню вираженості ознак постколектомічного синдрому.

Мета роботи. Покращити результати хірургічного лікування пацієнтів з довічними ілеостомами.

Матеріал і методи. Розроблено спосіб формування резервуарної утримуючої ілеостоми. Сутність способу по-

лягає у створенні функціонального тонкокишкового резервуару, розташованого престомаально, складовими якого є вигини термінальної ділянки тонкої кишки та утримуючі клапани, створені за допомогою серозо-м'язових швів, розташовані проксимально та дистально від зазначених вигинів. Ілеостому формували справа за методом Брука. Створена таким чином утримуюча резервуарна ілеостома сприяє фізіологічній затримці просування вмісту тонкої кишки. Це покращує перебіг процесів кишкового травлення і всмоктування, значно зменшує втрати вмісту тонкої кишки через ілеостому, ступень вираженості постколектомічного синдрому.

Крім зазначеного способу формування резервуарної утримуючої ілеостоми також розроблено спосіб формування безрезервуарної утримуючої ілеостоми. Особливість цього способу полягає у створенні евагінату в термінальній ділянці відрізка тонкої кишки, виконанні мукозектомії термінальної ділянки цього евагінату, виведенні його через отвір в мезогастральній ділянці справа таким чином щоб ділянка демукозації була розташована на рівні стінок стомального отвору. Це сприяє неускладненому перебігу процесів загоєння ілеостоми. Демукозований евагінат розташований на рівні стінок стомального отвору виконує функцію утримуючої анатомічної структури оскільки

складовими його крім підслизової основи є серозо-м'язовий футляр термінальної ділянки стінки тонкої кишки.

За останні 10 років, з 2012 по 2021 рр. в Колопроктологічному центрі України довічну ілеостому було сформовано 9 пацієнтам. Серед них жінок було 5 (55,6%), чоловіків – 4 (44,4%). Їх вік становив 21–37 років. З приводу тяжкого перебігу хвороби Крона товстої кишки оперовано – 6 пацієнтів, виразкового коліту – 2, родинного аденоматозного поліпозу – 1. Радикальний етап хірургічного втручання у всіх оперованих хворих полягав у виконанні колектомії та екстирпації прямої кишки. Резервуарну утримуючу ілеостому було сформовано у 5 пацієнтів, з них у 2 – оперованих з приводу виразкового коліту, 2 – хвороби Крона товстої кишки, 1 – родинного аденоматозного поліпозу. Спосіб формування безрезервуарної утримуючої ілеостоми було використано у 4 пацієнтів з хворобою Крона товстої кишки.

Результати. Післяопераційний перитоніт виник у 1 пацієнта після формування резервуарної утримуючої ілеостоми, оперованого з приводу хвороби Крона товстої кишки, внаслідок неспроможності серозо-м'язових швів в ділянці сформованого тонкокишкового резервуара. Внаслідок цього було виконано резекцію тонкої кишки в ділянці неспроможності, сформовано ілеостому за Бруком. На підставі макроскопічного і патгістологічного дослідження видаленого макропрепарата в ділянці неспроможності було встановлено рецидив хвороби Крона, що ймовірніше всього спровокувало неспроможність серо-

зо-м'язових швів. Випадків післяопераційної летальності не було. Виникнення рецидиву хвороби Крона в ділянці резервуарної ілеостоми слугувало підставою для розробки і впровадження способу формування безрезервуарної утримуючої ілеостоми, який виключає виконання хірургічних маніпуляцій в престомальній ділянці тонкої кишки, які могли б створювати ризик виникнення рецидиву захворювання. Випадків рецидиву захворювання хвороби Крона в тонкій кишці у пацієнтів з безрезервуарною утримуючою ілеостою не було.

У всіх оперованих пацієнтів після формування резервуарної і безрезервуарної утримуючих ілеостом спостерігали значне зменшення втрат кишкового вмісту, до 300–500 мл упродовж доби, кашоподібну його консистенцію, значне збільшення маси тіла, помірно виражені ознаки постколектомічного синдрому, що вказує на покращення перебігу процесів кишкового травлення і всмоктування.

Висновки.

1. Формування утримуючої довічної ілеостоми у пацієнтів після колектомії і екстирпації прямої кишки є важливим чинником покращення перебігу процесів кишкового травлення і всмоктування, попередження тяжких форм постколектомічного синдрому.

2. Вибір способу формування довічної утримуючої ілеостоми повинен бути диференційованим залежно від діагнозу основного захворювання, наявних чинників ризику рецидиву його виникнення.

Реконструктивно-відновні операції при непухлинних захворюваннях товстої кишки в нестандартних умовах

Мельник В. М., Пойда О. І.

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

Актуальність. Відомо, що реконструктивно-відновні операції найчастіше виконують після колектомії, наднизької передньої резекції прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу. Зазначена радикальна операція є стандартом хірургічного лікування непухлинних захворювань товстої кишки, зокрема, родинного аденоматозного поліпозу, виразкового коліту, а також, за даними окремих авторів, хвороби Крона товстої кишки при тотальному її враженні. Збереження при цій операції сфінктерного апарату прямої кишки і можливість виконання достатньо складних реконструктивно-відновних операцій, а саме, формування тазового тонкокишкового резервуара та резервуарно-анального або ілеоендоанального анастомозів забезпечують сприятливі функціональні результати, належний рівень якості життя оперованих хворих. Однак у 28–32% пацієнтів при виконанні реконструктивно-відновних втручань мають місце значні технічні труднощі внаслідок нестандартних умов, що виникають після радикального етапу хірургічного лікування.

До таких нестандартних умов відносять: коротку брижку тонкої кишки, функціональні порушення тонкої кишки у вигляді синдрому подразненої тонкої кишки, розсіпний тип архітекtonіки верхньої брижової артерії, нетипові анатомічні взаємовідношення між відрізками клубової кишки та демукозованого хірургічного анального каналу особливо після вимушеної резекції термінальної ділянки зазначеної клубової кишки.

Мета роботи. Покращити результати хірургічного лікування тяжких непухлинних захворювань товстої кишки при нестандартних умовах виконання реконструктивно-відновних операцій шляхом удосконалення їх технічних аспектів: нових методів мобілізації та дислокації тонкокишкового трансплантата в порожнину малого тазу, тазового тонкокишкового резервуару, ілеоендоанального анастомозу.

Матеріал і методи. Розроблено новий спосіб дислокації тонкокишкового трансплантата в порожнину малого тазу після колектомії з наднизькою передньою резекцією