

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.

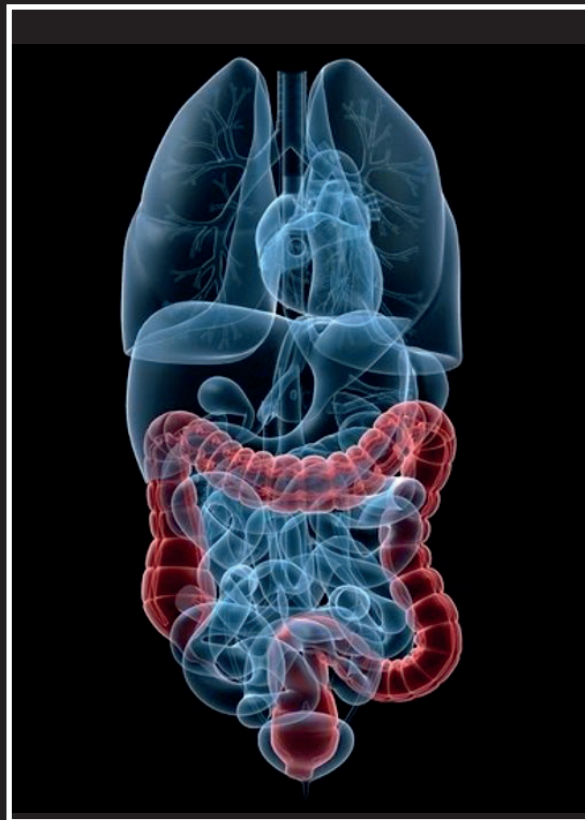
© Klinichna khirurgiia, 2022  
© Liga — Inform, 2022

# CONTENS

## V Congress of Coloproctologists of Ukraine

<b>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</b>	<b>4-8</b>
<b>Combat surgical abdominal and pelvic trauma</b>	<b>9-9</b>
<b>Colorectal cancer</b>	<b>10-32</b>
<b>Inflammatory intestinal diseases</b>	<b>33-45</b>
<b>Chronic non-tumoral intestinal diseases</b>	<b>46-65</b>
<b>Rectal diseases, pararectal and coccygeal regions</b>	<b>66-80</b>
<b>Pediatric surgery and proctology</b>	<b>81-99</b>
<b>Endoscopic diagnosis and endoscopic surgery</b>	<b>100-103</b>
<b>General issues of proctology and surgery</b>	<b>104-111</b>

**ВГО Асоціація колопроктологів України**



**V з'їзд  
КОЛОПРОКТОЛОГІВ  
УКРАЇНИ**

**МАТЕРІАЛИ З'ЇЗДУ**

**Київ  
20 – 22 жовтня 2022 р.**



# Гострі ускладнення дивертикулярної хвороби товстої кишки: міжнародні стандарти та клінічні протоколи лікувальної тактики

Захараш М. П., Захараш Ю. М., Мороз В. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

**Актуальність теми.** Проблема лікування хворих на дивертикулярну хворобу товстої кишки (ДХТК) обумовлена значною поширеністю захворювання, особливо серед людей старших вікових груп (42–73%); показник захворюваності серед осіб віком до 40 років в Європі складає лише 10–12%, старше 70 років – 57% і більше. Реальною є загроза розвитку тяжких за клінічним перебігом і наслідками гострих та/або хронічних її ускладнень. Результати консервативного та хірургічного лікування ДХТК відзначаються високими показниками післяопераційних ускладнень (37–41%) та летальності (15–23%).

Гострий дивертикуліт без/з наявністю параколярного інфільтрату (флегмони) є показанням до призначення консервативної терапії з метою обмеження поширеності запального процесу і створення сприятливих умов для евакуації вмісту дивертикулу в порожнину кишки. Вирішення вказаних проблем досягається призначенням рідкої безшлакової дієти, прийом селективних спазмолітичних засобів (спазмомен, спазган, спазмалгон), антибіотиків широкого спектру дії (цефалоспорини, метронідазол), месалазину (пероральні в поєднанні з ректальними формами «Салофальк» – саше, мікроклізми, свічки, пінка) в сумарній дозі не менше 4г, «Мукофальк», волого–висихаючі пов'язки на проекцію інфільтрату напівспиртові, з спиртовим розчином хлоргексидину. Лікування таких хворих доцільно проводити в умовах стаціонару. При досягненні клінічного ефекту протягом 5–7 діб, можливим є подальше консервативне лікування в амбулаторних умовах.

При наявності параколярної флегмони показаним є обов'язкове парентеральне введення антибіотиків, проведення дезінтоксикаційної та симптоматичної терапії у поєднанні з терапією, яка проводиться при гострому дивертикуліті.

При ускладненні гострого дивертикуліту параколярним абсцесом, вказаний вище комплекс доповнюється пункцією абсцесу під УЗД або КТ контролем, за необхідності – його дрениванням і пролонгованою санацією з використанням антисептичних засобів (водний розчин хлоргексидину, розчин фурациліну, тощо) до повної ліквідації запального процесу. Така лікувальна тактика в 30–40% випадків забезпечує відмову від виконання радикального хірургічного втручання.

Основним предиктором неефективності консервативної терапії є наявність ознак деструкції стінки хоча б одного дивертикулу, виявленої при проведенні вказаних досліджень, при наявності якої навіть при першому загостренні ускладнення показаним є виконання планового хірургічного втручання.

Аналогічною повинна бути хірургічна тактика при підозрі на наявність пухлини товстої кишки. Вирішального значення у верифікації діагнозу в таких випадках набуває ФКС з біопсією і проведенням морфологічного дослідження.

При прийнятті рішення про необхідність виконання хірургічного втручання враховуються і інші чинники: вік понад 50 років, кількість рецидивів ускладнення, тривалість прийому нестероїдних протизапальних, імуносупресорних препаратів, наявність колагенових системних та інших тяжких супутніх захворювань, їх вираженість, тощо.

При несприятливому клінічному перебігу гострого дивертикуліту, параколярного абсцесу показаним є виконання екстреного хірургічного втручання з сегментарною резекцією товстої кишки і видаленням зруйнованого запальним процесом дивертикулу. Ушивання перфорованого дивертикулу є недопустимим через високі показники післяопераційних ускладнень і летальності. Операцією вибору при перфоративному дивертикуліті є операція Гартмана. Лише в окремих випадках при наявності локалізованого абсцесу, незначно виражених ознаках перитоніту можливим є виконання резекції сегменту кишки з формуванням первинного товстокишкового анастомозу, який доповнюють превентивною ілео– або колостомою. При хірургічному лікуванні перфоративного дивертикуліту не слід прагнути видалити (висікати) усі наявні в інших відділах ободової кишки дивертикули, додатково мобілізувати селезінковий згин, проникати в пресакральний простір через реальну загрозу розповсюдження інфекції, а також видалити дистальний сегмент сигмовидної кишки при відсутності запально змінених дивертикулів. Перед ушиванням післяопераційної рани обов'язковим є дослідження видаленого макропрепарату з метою виключення наявності злоякісної пухлини, при виявленні якої хірургічне втручання повинно бути виконане з чітким дотриманням онкологічних принципів.

Хірургічне лікування перитоніту при ДХТК проводиться за загальними принципами лікування абдомінального сепсису. Досягнення сприятливих

результатів хірургічних втручань у таких хворих є неможливим без проведення інтенсивної детоксикаційної та корегуючої порушення метаболізму інтенсивної інфузійної терапії з використанням збалансованих кристалоїдних розчинів (Реополіглюкін, Плазмовен) та інше, дезагрегантів (Латрен) та інших інфузійних розчинів, антибактеріальної терапії (Леофлоцин, Браксон, цефалоспорини III–IV покоління, Орнігіл), нутритивної підтримки (парентеральне харчування, пероральні харчові суміші) тощо.

При наявності тазових абсцесів їх дренують з трансректального або трансвагінального доступу. Відсутність вираженого клінічного ефекту від мініінвазивного хірургічного втручання є показанням до виконання операції розкриття (пріоритетніше з екстраперитонеального доступу) абсцесу, його санації і дренивання.

Кровотеча, як ускладнення ДХТК, виникає у 15–45% хворих на дивертикульоз товстої кишки і клінічно проявляється виділенням крові темного або яскраво-червоного кольору, нерідко з наявністю згустків. Первинним високоінформативним методом діагностики залишається іригографія, при виконанні якої внаслідок пломбування дивертикулу барієм можна досягти досить надійного гемостазу. При виконанні ФКС в усні дивертикулу може бути виявлена судина, яка кровоточить, (14–20% випадків), що дає можливість виконати у таких випадках ендоскопічний гемостаз, ефективність якого складає 69–80%. До інших методів діагностики відносяться КТ, ангіографія, сцинтиграфія з еритроцитами, маркованими ізотопом технецію ( $^{99m}\text{Tc}$ ), ефективність яких сягає 90% (застосовуються при недостатній ефективності іригографії, ФКС). З метою виявлення уражень тонкої кишки, як причини кровотечі, успішно використовується капсульна ендоскопія (метод вибору). Ризик рецидиву кровотечі після I епізоду сягає 20–30%, а після повторних – до 50%. В переважній більшості випадків (понад 80% спостережень) гострі товстокишкові кровотечі зупиняються самостійно. Однак, у всіх випадках виникнення такого ускладнення показаним є виконання ФКС з метою верифікації діагнозу і встановлення локалізації джерела кровотечі, констатації факту зупинення чи продовження кровотечі, тощо. При наявності триваючої в момент виконання ФКС кровотечі застосовують методи ендоскопічного гемостазу (ін'єкції адреналіну, кліпування, аргон-плазма коагуляція, електрокоагуляція). В залежності від ступеня тяжкості крововтрати лікувальна тактика передбачає проведення гемостатичної терапії згідно Клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на шлунково-кишкові кровотечі, відміну прийому антиагрегантів, антикоагулянтних, нестероїдних протизапальних препаратів. В 70–100% випадків ефективним є проведення селективної ан-

гіографії з емболізацією. Виконання радикального хірургічного втручання – сегментарної резекції товстої кишки з видаленням дивертикулу, що кровоточить, з формуванням товсто-товстокишкового анастомозу показано при умові чіткого доопераційного встановлення локалізації і джерела кровотечі. Виконання таких операцій показано при рецидивних чи не зупинених кровотечах, необхідності проведення гемотрансфузії в об'ємі 4 доз протягом доби з метою компенсації крововтрати, а також при нестабільній гемодинаміці, яку неможливо корегувати при проведенні інтенсивної терапії.

Летальність в групі пацієнтів, які потребують виконання невідкладного хірургічного втручання, сягає 15–20%. При відсутності точної доопераційної топічної діагностики джерела кровотечі ризик розвитку його рецидиву після виконання сегментарної резекції товстої кишки складає 42%. В таких випадках пріоритетним є виконання субтотальної колектомії, частота ускладнень після виконання якої зростає до 37%, а летальність – до 31%, хоча випадки рецидиву кровотечі не спостерігаються. При рецидивних кровотечах хірургічні втручання виконуються за такими ж принципами.

#### **Висновки.**

1. Клінічний перебіг гострих та хронічних ускладнень ДХТК відзначається значною варіабельністю, у переважній більшості спостережень схильні до прогресування і рецидивів, нерідко є досить складними для діагностики і вибору оптимальної лікувальної тактики. 2. Провідна роль в діагностиці гострих ускладнень ДХТК належить іригоскопії або іригографії, колоноскопії, УЗД, в т.ч. трансректальному (у жінок – і трансвагінальному), КТ з контрастуванням, МРТ органів черевної порожнини, лапароскопії. 3. При розвитку більшості гострих запальних ускладнень ДХТК показаним є проведення інтенсивної комплексної консервативної терапії. При відсутності ефекту, прогресуванні морфологічних деструктивних локальних змін, інтоксикації та інших клінічних проявів показаним є виконання планового хірургічного втручання. Перфорація дивертикулів, абсцесів черевної порожнини є показанням до виконання ургентних хірургічних втручань.

## **Малоінвазивне лікування гострого деструктивного дивертикуліту**

**Каштальян М. А., Ткаченко А. Є., Тимчук О. Б.**

Гострий дивертикуліт є актуальною проблемою сучасної хірургії. На нього припадає 3–5% від усіх хворих з гострими захворюваннями черевної порожнини, а 15–30% з них потребують термінового хірургічного лікування в зв'язку з розвитком гнійно-деструктивних ускладнень. Виникнення цих ускладнень обумовлюється руйнуванням стінки ураженого дивертикулу, і в залежності від фак-

торів резистентності організму, – гнійно-запальне вогнище відмежується від вільної черевної порожнини з формуванням інфільтрату (за класифікацією Hinchey I) чи абсцесу (Hinchey II); або розвивається розлитий перитоніт: гнійний (Hinchey III) та каловий (Hinchey IV). З широким впровадженням в клінічну практику технологій малоінвазивного хірургічного лікування постало питан-