

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.

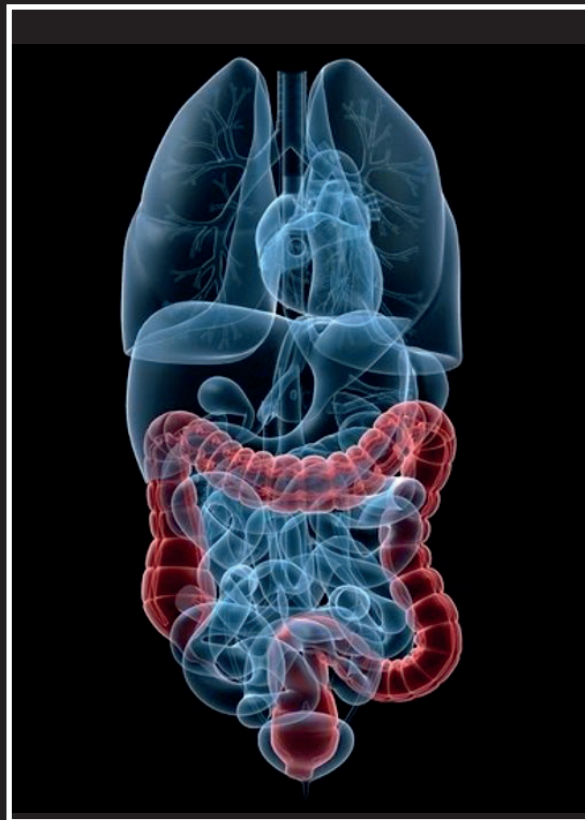
© Klinichna khirurgiia, 2022
© Liga — Inform, 2022

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.**

Висновки.

1. Рішення про вибір оптимального методу лікування відповідно до сучасної стратегії і тактики при ВК та ХК необхідно приймати лише після верифікації діагнозу на підставі комплексної оцінки клінічного перебігу захворювання та результатів проведених досліджень.

2. Впровадження в клінічну практику відпрацьованої і стратегії і тактики при ВК та ХК дозволило збільшити до 82,6 % кількість пацієнтів, яким показана консервативна терапія, зменшити ризик виникнення рецидивів цих захворювань, кількість хірургічних втручань до 17,4%, збільшити виконання хірургічних втручань за відносними показаннями до 62,5% до виникнення тяжких ускладнень захворювань, зменшити частоту виникнення післяопераційних ускладнень до 15,9%, післяопераційну летальність – до 2,1%, покращити функціональні результати та якість життя оперованих пацієнтів.

Онкологічні стандарти хірургічного лікування запальних захворювань товстої кишки

Пойда О. І., Мельник В. М., Кучер М. Д., Криворук М. І.

Кафедра хірургії № 1 НМУ імені О. О. Богомольця,
Колопроктологічний центр України. Київ, Україна

Актуальність. У 20–40% пацієнтів, оперованих з приводу тяжкого перебігу виразкового коліту, хвороби Крона товстої кишки, виявляють ділянки малігнізації у видалених препаратах при гістологічному дослідженні. Труднощі верифікації осередків малігнізації на етапі обстеження шляхом використання доступних стандартних методів діагностики вимагають перегляду ряду тактичних положень стосовно діагностики, тактики хірургічного лікування зазначених захворювань. Необхідне удосконалення діагностики, визначення факторів ризику малігнізації, виконання радикального етапу хірургічних втручань з використанням онкологічних стандартів не лише при гістологічно верифікованій малігнізації, але й при наявних факторах ризику її виникнення.

Мета роботи. Покращити результати лікування пацієнтів з запальними захворюваннями товстої кишки шляхом використання онкологічних стандартів при виконанні хірургічних втручань.

Матеріал і методи. Факторами ризику малігнізації при дифузних запальних захворюваннях – виразковому коліті, хворобі Крона товстої кишки вважаємо дисплазію середнього і високого ступеня, тотальне ураження патологічним процесом товстої кишки, наявність множинних псевдополіпів, тривалість захворювання 15 років і більше, наявність стриктури товстої кишки при хворобі Крона.

Для удосконалення діагностики малігнізації застосовували метод хромоколоноскопії, заснований на здатності пухлинної тканини накопичувати індігокармін. Метод фотодинамічної колоноскопії, сутність якого полягає в акумуляції пухлиною препаратів з властивим їм ефектом фотолюмінісценції упродовж більш тривалого часу, ніж їх утримують невражені онкологічним процесом тканини. Використання зазначених методів дозволяє зменшити кількість біопсій і збільшити їх точність, за рахунок «маркування» ділянок малігнізації.

Найбільш часто при запальних захворюваннях товстої кишки виконували колектомію, наднижку резекцію прямої кишки, мукозектомію а також колектомію з екстирпацією прямої кишки при ураженні сфінктерного апарату прямої кишки хворобою Крона. Особливість онкологічних стандартів зазначених операцій полягала у високому перетині артерій правої половини товстої кишки: клубово–ободової, середньої ободової в місцях відгалуження від основного стовбура верхньої брижової артерії; роздільній перев'язці нижньої брижової артерії в безпосередній близькості до аорти і нижньої брижової вени – на межі нижнього краю підшлункової залози. Важливим онкологічним принципом вважаємо видалення брижі поперечної, низхідної, сигмовидної ободової кишок (мезоколон), мезоректуму разом з лімфатичними колекторами, без пошкодження фасціальних футлярів зазначених анатомічних відділів товстої кишки.

З використанням онкологічних стандартів за останні 10 років оперували 28 хворих, 15 (53,6%) – чоловіків і 13 (46,4) – жінок, їх вік був у межах 21–53 років. З них з приводу виразкового коліту оперували – 16 (57,1%), хвороби Крона товстої кишки тотальним, або субтотальним враженням – 12 (42,9%). Колектомію, наднижку резекцію прямої кишки виконували у 23 (82,1%) хворих, колектомію з екстирпацією прямої кишки – у 5 (27,9%).

Результати. Онкологічні стандарти хірургічного лікування запальних захворювань товстої кишки використовували при гістологічній верифікації осередків малігнізації в передопераційному періоді. У 13(46,3) пацієнтів, в період до виконання хірургічного втручання, осередки малігнізації були встановлені на підставі хромоколоноскопії або фотодинамічної колоноскопії. У 9 (32,5) пацієнтів осередки малігнізації були виявлені лише під час гістологічного дослідження видалених макропрепаратів, проте зазначені пацієнти були вже оперовані з викорис-

танням онкологічних стандартів на підставі наявності у них позначених факторів ризику. У 6(21,2%) пацієнтів з наявними факторами ризику, оперованих відповідно до чинних онкологічних стандартів, під час гістологічного дослідження видалених макропрепаратів осередки малігнізації встановлені не були.

Висновки. 1. Застосування більш досконалих методів діагностики – хромоколоноскопії та фотодинамічної колоноскопії сприяє своєчасному виявленню раку на тлі запальних захворювань товстої кишки.

2. Використання встановлених факторів ризику при запальних захворюваннях товстої кишки дозволяє обґрунтувати виконання хірургічних втручань з використанням онкологічних стандартів у пацієнтів з не верифікованою в передопераційному періоді малігнізацією.

Роль IgG4 при запальних захворюваннях кишечника (ЗЗК)

Стойкевич М. В., Тарасова Т. С., Сімонова О. В., Федорова Н. С., Шевцова З. І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м.Дніпро, Україна

Досліджень, в яких вивчався рівень IgG4 при запальних захворюваннях кишечника (ЗЗК) небагато, і більшість з них є ретроспективними але результати цих досліджень доводять, що це перспективний напрямок для диференційної діагностики ЗЗК, визначення ступеня тяжкості, прогнозування перебігу захворювання, оцінювання якості лікування.

Мета Визначення взаємозв'язків між активністю та тяжкістю перебігу ЗЗК і рівнем IgG4 в крові і у слизовій оболонці товстої кишки (ТК) пацієнтів з виразковим колітом (ВК) та хворобою Крона (ХК).

Матеріали та методи. Обстежено 74 хворих на ЗЗК, у тому числі 61 пацієнт з ВК та 13 – з ХК. Хворі були розподілені за ступенем тяжкості за індексами Мейо та Беста. Всім пацієнтам було виконано ендоскопічне обстеження кишечника з взяттям біопсії. Рівень IgG4 в сироватці крові визначали імуноферментним методом, рівень IgG4 у слизовій оболонці товстої кишки – імуногістохімією.

Результати. Підвищення концентрації IgG4 в сироватці крові визначено у хворих на ВК в 2,2 рази ($p < 0,05$) та в 1,5 рази частіше ($p < 0,05$) порівняно із його рівнем

у групі контролю та у хворих на ХК, відповідно. Рівень IgG4 залежав від тяжкості хвороби, максимальні значення були притаманні хворим середньою тяжкістю перебігу хвороби при обох патологіях.

При ВК позитивний тканинний IgG4 зустрічався в 2,3 рази частіше ніж при ХК. При розподілі хворих на ВК за ступенем тяжкості, позитивний тканинний IgG4 зустрічається в 1,5 разів частіше при середньому ступені тяжкості, ніж при важкому. Серед хворих на ХК тяжкого ступеня тяжкості тканинний IgG4 не визначався. Для хворих із тривалістю ВК 6–10 років були характерними найвищі значення IgG4. Найбільший рівень IgG4 у сироватці крові було визначено у хворих із середнім ступенем ВК. **Висновок:** Таким чином, підвищення рівня IgG4 у сироватці крові та позитивний тканинний IgG4 є більш притаманним для пацієнтів з ВК порівняно з пацієнтами з ХК. Максимальні значення були характерні для пацієнтів із ЗЗК середньої тяжкості.

Фекальні маркери запальних захворювань у хворих із запальними захворюваннями кишечника

Стойкевич М. В., Татарчук О. М., Кленіна І. А., Карачинова В. А., Федорова Н. С.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпро, Україна

Актуальність. Проблема діагностики та лікування неспецифічного виразкового коліту (НВК) та хвороби Крона (ХК) залишається однією з найсерйозніших і невирішених проблем гастроентерологічної практики сучасності. Виділення з калом фекального кальпротектину (ФК), білка нейтрофілів, що входить до складу запального інфільтрату при запальних захворюваннях кишечника (ЗЗК), відображає перехід запальних клітин у просвіт кишечника і виконує захисну роль. Порушення мікробіоти кишечника, що призводить до зниження коротколанцюгових жир-

них кислот (КЖК) і збільшення ФК, пов'язане із захворюваннями товстої кишки, включаючи ЗЗК.

Методи. 61 хворий на ЗЗК із середнім віком $41,8 \pm 1,14$ роки (I група – 46 хворих на НВК; II група – 15 хворих на ХК; контрольна група – 10 практично здорових осіб). ФК визначили у 40 пацієнтів, КЖК у 61. Визначення ФК у пробах фекалій проводили за допомогою набору «Імундіагностик», Німеччина. Визначення КЖК у фекаліях проводили за допомогою газового хроматографа.