

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.

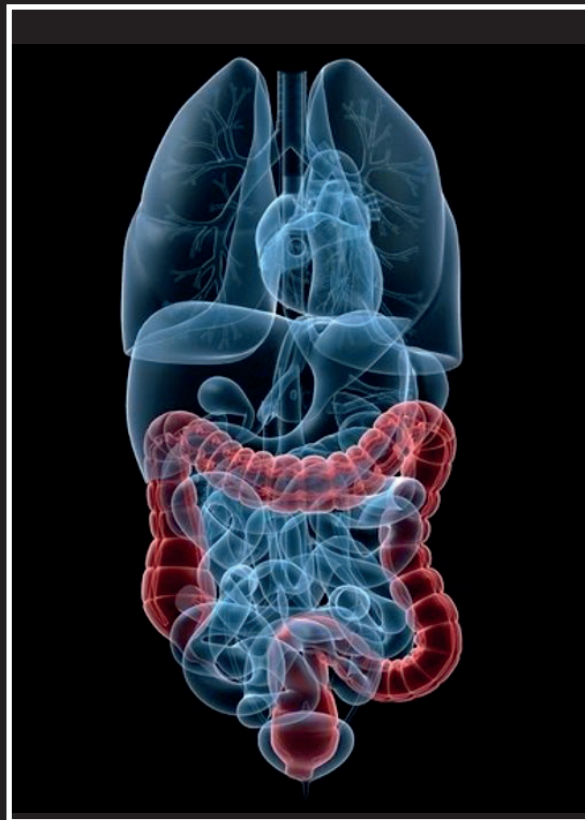
© Klinichna khirurgiia, 2022  
© Liga — Inform, 2022

# 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.**



## Актуальні питання сучасної стратегії і тактики при запальних захворюваннях кишечника

Пойда О. І., Мельник В. М., Кучер М. Д., Кравченко Т. Г., Криворук М. І.

Кафедра хірургії № 1

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,  
Колопроктологічний центр України, Київ, Україна

**Актуальність.** Запальні захворювання кишечника (ЗЗК), а саме виразковий коліт (ВК) та хвороба Крона (ХК) є достатньо поширеними і кількість хворих на ці захворювання, не дивлячись на значні покращення їх діагностики і лікування, не зменшується. Це пов'язано з існуючими на сьогодні проблемами ЗЗК: молодий, працездатний вік більшості пацієнтів, недостатня вивченість етіології та патогенезу, вимушене проведення протизапального та симптоматичного, а не етіотропного консервативного лікування, тривалість лікування упродовж всього життя, значний обсяг хірургічних втручань, значна тривалість та багатовіковість хірургічної, фізичної, соціально-трудової реабілітації, психоемоційної адаптації до наслідків хірургічного лікування.

**Мета роботи.** Покращити діагностику та лікування ЗЗК шляхом використання сучасних діагностичних технологій, оптимізації та уніфікації оцінки результатів обстеження та удосконалення вибору методу та технологій лікування.

**Матеріал і методи.** З урахуванням наукового і практичного досвіду кафедри і центру були змінені деякі клінічні положення і точки зору щодо діагностики та лікування хворих на ЗЗК. Перш за все це стосувалося об'єктивізації та оптимізації діагностики, оцінки і аналізу отриманих результатів досліджень, вибору методів лікування, прогнозування перебігу, в тому числі і ймовірності розвитку ускладнень, обґрунтування своєчасних показань та методів хірургічного лікування, особливостей післяопераційного моніторингу. В основі вказаних змін були прагнення покращити результати лікування, в першу чергу – консервативного, завдяки медикаментозній модифікації перебігу захворювання, а в другу – намагання зменшити післяопераційні ускладнення й летальність, покращити фізичну та соціально-трудову реабілітацію оперованих хворих.

Сформована і використовується сучасна стратегія діагностики та лікування ВК і ХК, яка полягає у діагностиці та диференціальній діагностиці цих захворювань; обґрунтуванні і виборі оптимального персоналізованого методу лікування у кожному конкретному випадку: – лише консервативного; консервативного з оцінкою ефективності, за відсутності позитивного результату – хірургічного; – лише хірургічного (з наступною протирецидивною терапією при ХК!).

Серед сучасних технологій діагностики використовували ілеоколоноскопію та гастродуоденоскопію з ендосонографією, КТ– або МРТ–ентеро–, колонографію, капсульну ендоскопію та ентроскопію при ХК, морфо-

логічні методи дослідження – аналіз біопсійного матеріалу, отриманого під час ендоскопічних досліджень з уточненням ділянок його забору завдяки використанню фотодинамічної діагностики, хромоколоноскопії, вузькоспектральної та збільшувальної ендоскопії.

Введено поняття «незворотні зміни стінки тонкої і товстої кишки» при ВК та ХК. Зазначені зміни встановлювали за даними ендоскопії, ендосоноскопії, іригоскопії, КТ, МРТ, патогістологічного дослідження. Вважаємо, що незворотні зміни характеризуються трансмуральними порушеннями (руйнуванням) структури шарів стінки кишечника. Зазначені порушення виникають внаслідок генетично обумовленої неповноцінності кишкового бар'єру і аутоімунного гострого або хронічного запалення, що супроводжується порушенням мікроциркуляції і, як наслідок, критичною ішемією з подальшим некрозом тканин, що в більшості випадків завершується розвитком гострих і хронічних ускладнень.

Удосконалено показання до консервативного і хірургічного лікування, хірургічна стратегія і тактика при ВК та ХК.

**Результати.** За період з 2012 до 2021 року в Колопроктологічному центрі України на лікуванні з приводу ЗЗК перебувало 1340 пацієнтів, з них 732 (54,6%) чоловіків та 608 (45,4%) жінок. Вік цих пацієнтів становив в межах 18–43 років. З ВК перебувало – 812(60,6%), ХК – 528 (39,4%). Консервативну терапію, як самостійний метод лікування, відповідно до опрацьованої стратегії лікування ВК та ХК, з урахуванням визначених показань, проводили 1107 (82,6%) пацієнтам, переважно з середнім та тяжким ступенем тяжкості клінічного перебігу, при I–III ступенях активності запального процесу при ВК та I–III ступенях вираженості запальних змін при ХК, за відсутності гострих ускладнень (перитоніту, токсичної дилатації, профузної кровотечі) та хронічних ускладнень, які належать до переліку абсолютних показань до хірургічного лікування, зокрема, раку, стриктури з ознаками непрохідності, внутрішніх та зовнішніх нориць. Хірургічне лікування було виконане 233 (17,4%) пацієнтам з ЗЗК, з них з приводу ВК – у 128 (15,7%), ХК – у 105 (19,8%). За абсолютними показаннями при гострих ускладненнях ВК оперували – 42 (32,8%) пацієнти, при ХК – 30 (28,6%), за наявного поширеного перитоніту на тлі тотального ураження товстої кишки – 35 (15,0%), токсичної дилатації товстої кишки – 12 (5,1%), профузної кишкової кровотечі – 13 (5,6%) від числа оперованих, за відносними – 62,5%. Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді виникли у 37 (15,9%) оперованих пацієнтів. Випадки післяопераційної летальності мали місце у 5 (2,1%).

**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-