

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.

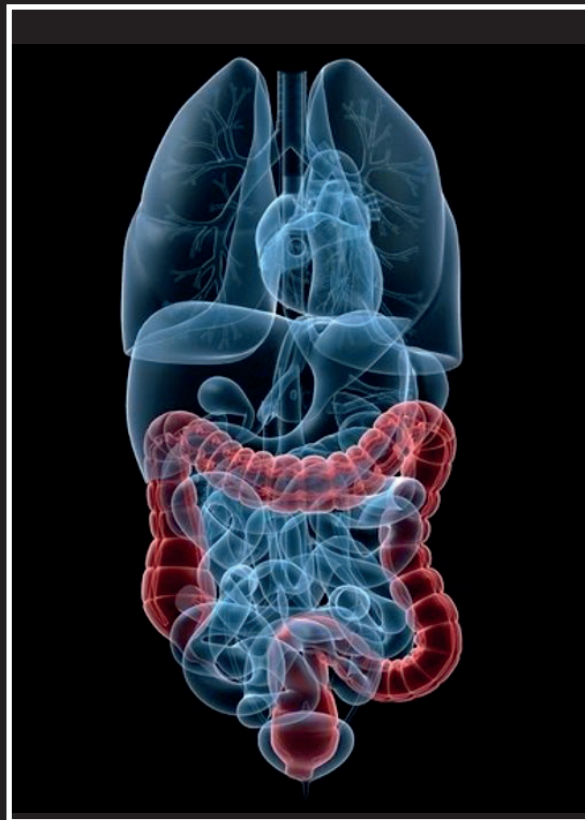
© Klinichna khirurgiia, 2022
© Liga — Inform, 2022

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. Запровадження в широку клінічну практику сучасних ендоскопічних методів діагностики – основна передумова своєчасної діагностики передракових захворювань і ранніх стадій раку, широкого використання мініінвазивної ендоскопічної колоректальної хірургії, яка забезпечує сприятливі безпосередні, віддалені, функціональні результати і високу якість життя оперованих хворих.

3. Більшість інтраопераційно діагностованих ускладнень КС можуть бути успішно ліквідовані ендоскопічно.

4. Використання сучасної відеоендоскопічної апаратури і обладнання, високий рівень професійної підготовки лікаря ендоскопіста – хірурга, чітке дотримання методик виконання КС, диференційований підхід до вибору методу ендоскопічного втручання з обов'язковим урахуванням виду, розмірів, локалізації новоутворення, протипоказань, факторів ризику розвитку ускладнень КС, загального стану хворого та інших чинників – запорука безпечності і успішності виконання ендоскопічних втручань.

Тактика виконання реконструктивно–відновних операцій при хворобі Крона товстої кишки

Мельник В. М., Пойда О. І.

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

Актуальність. Реконструктивно–відновний етап хірургічного втручання в обсязі тазової тонкокишкової резервуарної конструкції, резервуарно–анального або ілеоендоанального анастомозів виконують після колектомії з наднизькою передньою резекцією прямої кишки. Зазначене хірургічне втручання виконують у 17,3 – 21,8 % пацієнтів з хворобою Крона товстої кишки при тотальному враженні. Однак, більшість авторів заперечують доцільність формування тазового тонкокишкового резервуара при хворобі Крона внаслідок значного ризику виникнення в ньому рецидиву захворювання. Інші автори вказують на можливість формування зазначеного резервуару, оскільки ризик виникнення в ньому рецидиву аналогічний ризику рецидиву в інших анатомічних ділянках тонкої кишки. Слід зазначити, що представники кожної із сторін не пропонують достатньо обґрунтованих заходів для попередження або зменшення ризику виникнення рецидиву захворювання в тонкій кишці та сформованому тазовому тонкокишковому резервуарі.

Мета роботи. Покращити результати хірургічного лікування хвороби Крона товстої кишки шляхом удосконалення тактики виконання реконструктивно–відновних операцій.

Матеріал і методи. Розроблено тактику виконання реконструктивно–відновних операцій при хворобі Крона товстої кишки. Вона базується на сучасному, достатньо важливому, положенні патогенезу відповідно до якого пусковий механізм виникнення захворювання полягає в генетичній обумовленості проникнення бактеріальних антигенів через кишковий епітеліальний бар'єр. Зазначена тактика передбачає: 1. Виконання достатньо радикального хірургічного втручання по відношенню до поширення патологічного процесу: колектомії, наднизької передньої резекції прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу, видалення термінальної ділянки тонкої кишки. 2. Виконання реконструктивно–відновного етапу хірургічного втручання лише у пацієнтів з вражен-

ням анатомічних відділів товстої кишки та лише термінальної ділянки тонкої кишки. 3. Використання методів атравматичного формування конструкції тазового тонкокишкового резервуару та ілеоендоанального анастомозу. 4. Тимчасове відключення зазначеної конструкції протекуючою петлевою ілеостомою, яку закривали з місцевого доступу, через 2 місяці після загоєння тазового резервуару та анастомозу.

Положення розробленої тактики були спрямовані на зменшення ризику проникнення бактеріальних антигенів через слизову оболонку кишкового каналу в ділянках враження та найбільш ймовірного виникнення рецидиву захворювання.

Зазначену тактику, за останні 5 років, використано при хірургічному лікуванні 9 пацієнтів з хворобою Крона товстої кишки, тотальним її враженням. Серед оперованих пацієнтів чоловіків було 5, жінок – 4. Їх вік становив 19–34 роки.

Результати. Післяопераційних ускладнень, обумовлених виконанням реконструктивно–відновного етапу хірургічного втручання в ранньому післяопераційному періоді встановлено не було. Кишкові нориці виникли у 2 (22,2 %) пацієнтів. У 1 пацієнтки, через 1 місяць після «закриття» протекуючої петлевої ілеостоми, виникла внутрішня нориця між ділянкою переднього півкола ілеоендоанального анастомозу та задньою стінкою піхви. Консервативна терапія, спрямована на загоєння нориці упродовж 3 місяців була неефективною. У зв'язку з цим виконано екстирпацію кукси анального каналу з ділянкою анастомозу, сформовано довічну ілеостому за методом Брука. У іншого пацієнта виникла зовнішня нориця в ділянці промежини внаслідок рецидиву захворювання в сформованому тазовому тонкокишковому резервуарі. Консервативна терапія рецидиву хвороби Крона та терапія спрямована на загоєння зовнішньої нориці призвела до загоєння нориці. На підставі клінічних даних та результатів резервуароскопії у пацієнта періодично виникав

рецидив захворювання в сформованому резервуарі, консервативне лікування якого було ефективним.

Функціональні результати в пізньому післяопераційному періоді, через 1–3 роки після «закриття» протекуючої ілеостоми, у більшості оперованих пацієнтів були задовільними. Вони вказували на сприятливий перебіг процесів кишкового травлення, всмоктування, випорожнення, анального тримання. Завдяки цьому у оперованих пацієнтів був відсутній діарейний синдром, наявний постколектотмічний синдром I (легкого) ступеня.

Висновки.

1. Виконання реконструктивно–відновних операцій при хворобі Крона товстої кишки показане за умови дотримання тактичних положень, спрямованих на зменшення ризику проникнення бактеріальних антигенів через слизову оболонку кишкового каналу в ділянках найбільш ймовірного виникнення рецидиву захворювання.

2. Використання розробленої тактики виконання реконструктивно–відновних операцій при хворобі Крона товстої кишки сприяло значному зменшенню ризику виникнення рецидиву захворювання, діарейного та тяжких форм постколектотмічного синдрому, значному покращенню функціональних результатів, якості життя оперованих пацієнтів.

Вибір методів ендоскопічного лікування рубцевих стриктур тонкої та товстої кишки при хворобі Крона

Олійник Д. С., Орлов О. Л., Кобець Т. П., Горобець М. М., Білянський Л. С.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна,
 КНП «Київська міська клінічна лікарня № 18», Київ, Україна

Актуальність. Хвороба Крона – це хронічне запалення невизначеної етіології з переважним ураженням органів шлунково–кишкового тракту. Не менше третини всіх відповідних пацієнтів мають прояви стенозуючого синдрому після 10 років перебігу хвороби. Перша лінія мініінвазивних методів менеджменту тонко– та товстокишкових рубцевих стенозів при хворобі Крона останні роки представлена їх балонною дилатацією (БД). Ендоскопічна стриктуротомія (ЕС), як одна із найновіших технік лікування стриктур різної локалізації при хворобі Крона, продемонструвала високий рівень технічного успіху та стійке зниження частоти рестенозування після проведення процедури. Водночас відмічається різке збільшення довготривалого безрецидивного ефекту при використанні комбінованого лікування стриктур товстої та тонкої кишки – балонної дилатації або ендоскопічної стриктуротомії із подальшим встановленням покритих металевих стентів (БД+Ст).

Матеріал і методи. Були включені всі пацієнти із рубцевими стриктурами тонкої та товстої кишки при хворобі Крона, які отримували БД або ЕС. Оцінка результатів проведена за частотою післяопераційних ускладнень.

Результати. проаналізовано результати лікування 89 пацієнтів, у тому числі 24 отримували лікування ЕС року та 52 пацієнти з БД, і 13 пацієнтів з БД+Ст з 2019 по

2022 роки. Негайний технічний успіх після терапії був досягнутий у 100% пацієнтів, які отримували ЕС, і 45/52 (86,5% пацієнтів з БД, та у 13 (100,0%) БД+Ст. Показники симптоматичного покращення були вищими у тих, хто отримував ЕС та БД+Ст 26/37 (70,2%), ніж БД 23/52 (44,2%), OR(Odds ratio) =2,98 (1,1–8,1), p=0,015 та ендоскопічного покращення відповідно 16/37 (43,2% в підгрупі ЕС та БД+Ст) проти 17/52 (32,7% в групі БД), OR =1,56 (0,6–4,1), p=0,310.

Подальше хірургічне втручання рідше знадобилося пацієнтам з ЕС 3 (12,5%), ніж 19 (36,5%) з БД, OR =0,25 (0,04–1,0), (p = 0,032). Перфорації, пов'язані з процедурою, виникли в групі БД у 1 (1,9%) і жодної в групі ЕС. Кровотечі, пов'язані з процедурою, що потребували переливання крові, виникли у 2 (8,3%), виникли в групі ЕС і жодної в групі БД (p>0,05).

Висновки. ЕС та БД+Ст виявляється більш ефективним у лікуванні хворих із рубцевими стриктурами тонкої та товстої кишки при хворобі Крона, ніж БД – вірогідність досягнення симптоматичного покращення у 2,98 рази та ендоскопічного покращення у 1,56 рази вища. Відповідно, суттєво зростає вірогідність безрецидивного перебігу. Хоча ЕС та БД+Ст можуть мати менший ризик для перфорації, процедура потребує технологічної оптимізації, щоб зменшити ризик кровотеч та міграцій стентів