

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. 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.

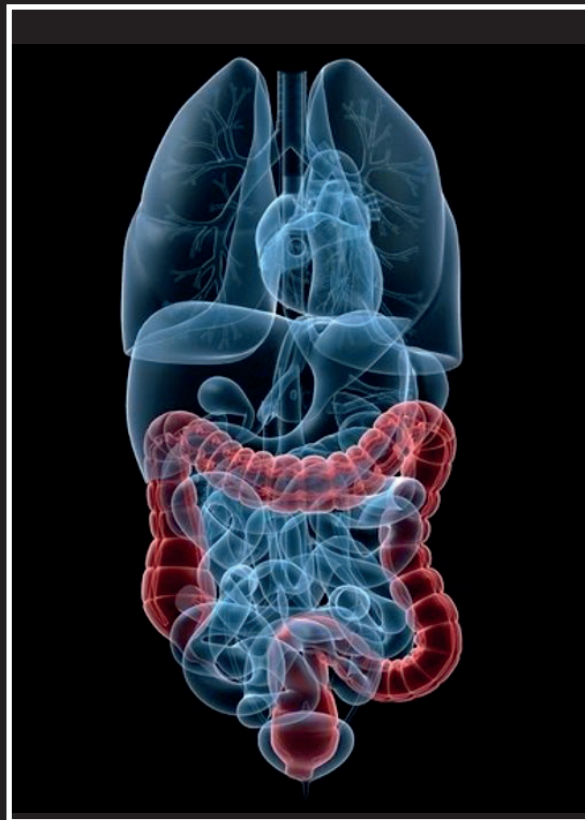
© Klinichna khirurgiia, 2022
© Liga — Inform, 2022

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.**

захворювання вражається ділянка анастомозу. Імовірність рецидиву захворювання протягом 5–20 років складає 44–81%

Матеріал і методи. В Українському проктологічному Центрі: в 2000–2019 рр. знаходилося на лікуванні 726 хворих на ВК. Хірургічні втручання виконано – 133 (19,1%) хворим. З використанням лапароскопічних технологій виконано 56 (39,3%) операцій, із них 16 – за абсолютними, 18 – за відносними показами, 18 – як II реконструктивно – відновний етап. Частка післяопераційних ускладнень складала 18,6%, післяопераційна летальність – 4,5%. Дотримання опрацьованої в клініці хірургічної тактики дозволило збільшити частку хороших та цілком задовільних результатів з 48,1 до 83,4%.

Висновки.

1. Консервативна терапія залишається “золотим стандартом” у лікуванні хворих на ХК. Запровадження сучасної біологічної антицитокінової терапії – основний резерв покращення його результатів, запобігання необхідності виконання хірургічних втручань.

2. Хірургічне лікування хворих на ХК за аргументованими відносними показами – основний резерв покращення його результатів.

3. При розвитку гострих ускладнень ВК операцією вибору є колектомія, ілеостомія, ХК – сегментарна резекція ураженого сегменту кишки, який став причиною розвитку гострого ускладнення.

Хронічні запальні захворювання кишечника і колоректальний рак. Можливості онкопrevenції

Захараш Ю. М.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

Актуальність теми. Колоректальний рак (КРР) – світова глобальна проблема сучасності. Щорічно у світі реєструється понад 1,5 млн. хворих на КРР. В переважній більшості країн світу рак даної локалізації займає I місце серед злоякісних пухлин органів ШКТ.

Одним із провідних факторів ризику розвитку КРР є хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК) – виразковий коліт (ВК) та хвороба Крона (ХК). Чинниками, які сприяють розвитку малігнізації у хворих на ХЗЗК: а) початок захворювання в 15–18-річному віці; б) панколіт з хронічним безперервно рецидивуючим перебігом тривалістю 10 років і більше без тенденції до відновлення морфологічної структури слизової оболонки товстої кишки; ХЗЗК тривалістю 8–10 років і більше при наявності родинного анамнезу КРР; в) наявність зливних виразкових полів з множинними псевдополіпами, які перешкоджають виконанню якісних контрольних колоноскопій і політопних біопсій, своєчасному виявленню дисплазії, малігнізації; г) наявність виражених позакишкових проявів ХЗЗК (склерозуючий холангіт). Основою розвитку карциноми у хворих на ХЗЗК є дисплазія епітелію слизової оболонки стінки кишки, яка виявляється у 10–12% хворих, з них малігнізація розвивається у 4,1–7,2% хворих.

Базовими принципами онкопrevenції при ХЗЗК являються: ретельний скринінг хворих на ХЗЗК з метою виявлення дисплазій; адекватна консервативна терапія захворювань; модифікація способу життя і харчування; онкохіміопrevenція; чіткий моніторинг оперованих хворих (кукса прямої кишки – при ВК, збережені сегменти кишечника – при ХК), тощо.

Колоноскопичне спостереження за хворими на ВК є процедурою вибору скринінгу хворих на ХЗЗК. Проводити дослідження краще на стадії ремісії вказаних захворювань, оскільки в іншому випадку у біоптатах зі слизової оболонки складно розрізнити дисплазію та запалення. Вибіркову політопну (взяття біоптату кожні 10 см) та прицільну біопсію будь-якого видимого ураження краще виконувати за умови використання сучасних методів ендоскопії. Відеоендоскопія зі збільшенням (x115 разів), вузькоспектровою (NBI) ендоскопією, ендоскопією у білому світлі, хромоендоскопією (індигокармін, оцтова кислота, метиленовий синій, генціанвіолет) – найбільш інформативні методи сучасної ендоскопії.

Виконання ендоскопічного дослідження у білому світлі у поєднанні з хромоендоскопією дозволяє чітко не лише виявити різні види поліпів, метаплазію, дисплазію, а і визначити їх поширеність, ступінь вираженості дисплазії та інше.

Ендоскопія під значним збільшенням (до 115 разів) і вузькосмуговою ендоскопією (NBI) дають можливість виявляти мінімальні зміни не лише в слизовій оболонці, а і в підслизовому шарі, діагностувати метаплазію, дисплазію, виконувати ендоскопічну ультрасонографію з метою визначення наявності і глибини інвазії новоутворення в стінку кишки, визначити можливості виконання ендоскопічної підслизової дисекції (EMR) слизової оболонки.

Дисплазія високого ступеню у хворих на ВК є підставою для виконання колопроктометомії через високий ризик розвитку КРР у майбутньому. Наявність окремих аденомоподібних виступаючих новоутворень розмірами понад 0,5 см є показом до їх видалення з контролем вповне-

ності у відсутності дисплазії по краях видаленого зразка. При наявності множинних неаденоматозних плоских уражень слід виконувати операцію колектомію, незважаючи на ступінь дисплазії через високу ймовірність появи метакронної або синхронної карциноми (23–68,2%).

Хіміопрофілактика із систематичним застосуванням препаратів месалазину, а також топічних глюкокортикостероїдів, закофальку та інших препаратів повинна проводитися усім хворим на ХЗК, що значно зменшує ризик виникнення КРР. При ускладненні ХЗК первинним склерозуючим холангітом з метою запобігання розвитку холангіокарциноми в якості хіміопрофілактики показаним є використання препаратів урсодезоксихолевої кислоти.

Висновки.

1. В канцерогенезі колоректального раку при ВК провідну роль відіграють метаплазія та дисплазія в імуннозапаленій в слизовій оболонці товстої кишки.

2. Базові онкопревентивні заходи передбачають виконання колоноскопії в інтервалі 1–3–5 років у залежності від стану слизової оболонки товстої кишки, поширеності запального процесу, тривалості захворювання, віку хворого, наявності позакишкових проявів (первинний склерозуючий холангіт).

3. Серед багаточисельних медикаментозних методів онкопревенції патогенетично обґрунтованим є застосування препаратів месалазину, буденофальку, урсофальку, закофальку.

4. Модифікація способу життя і харчування знижує ризик розвитку колоректального раку на 25–30%.

Сучасні можливості ендоскопічної діагностики і ендоскопічної хірургії передракових захворювань та ранніх стадій колоректального раку. Можливі ризики, протипоказання, складності виконання та ускладнення колоноскопії

Захараш М. П., Яковенко В. О., Захараш Ю. М.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Універсальна Клініка "Оберіг"

Актуальність теми. В Україні відзначається стійка тенденція до збільшення показників захворюваності населення на колоректальний рак (КРР), що є наслідком, перш за все, вживання низької якості продуктів харчування, наслідків аварії на ЧАЕС та інших чинників. В Україні щорічно реєструється 19–21 тис. хворих на КРР, який серед злоякісних пухлин органів ШКТ займає I місце. Лише в 8–12% випадків КРР виявляється при профілактичному обстеженні пацієнтів. Частка хворих на КРР, діагностований на I–II стадіях, не перевищує 42,1–46,5%, чим обумовлена висока дорічна летальність (36,8–42,1%). Всього на обліку у Національному канцер реєстрі щорічно знаходиться понад 70 тис. хворих на колоректальний рак.

Мета роботи. Покращити результати лікування хворих на КРР за рахунок широкого впровадження скринінгових методів діагностики ранніх форм КРР і використання ендоскопічних методик його лікування на ранніх стадіях захворювання.

Матеріал та методи дослідження. Ретроспективно досліджені протоколи 2527 КС (804 – скринінгових, 1723 – лікувальних), виконаних в Універсальній Клініці "ОБЕРІГ" 2016–2020 рр.. В 99,2% випадків колоноскопія виконувалась з інтубацією здухвинної кишки з біопсією її слизової оболонки. 95,2% досліджень виконувалось під

загальною седациєю пропофолом. Ретельно досліджували ускладнення скринінгових та лікувальних колоноскопій: кровотечі, перфорації.

Результати та обговорення. Загальна кількість ускладнень колоноскопії в нашому дослідженні склала 1,3% (34 на 2527 досліджень). Ускладнення скринінгових та лікувальних ФКС склали відповідно 0,9% (8 на 804) та 1,5% (26 на 1723 дослідження). В групі лікувальних ФКС було 11 перфорацій проти 2 в групі скринінгових ФКС (0,6% та 0,3% відповідно), $p=0,31$, різниця статистично не достовірна. В 9 випадках рани кліповано ендоскопічно при виконанні ендоскопічної резекції слизової оболонки або ендоскопічної підслизової дисекції; в 4 випадках перфоративні отвори були ушиті лапароскопічно. Кровотечі виникли в 0,9% випадків (15 на 1723 дослідження) – при лікувальній ФКС та в 0,7% (6 на 804 дослідження) – при скринінговій ФКС, $p=0,7$, різниця не достовірна. Для усунення кровотечі в 17 випадках виконано ендокліпування, в 4 випадках кровотечу було зупинено за допомогою консервативної терапії.

Висновки.

1. Відсутність скринінгу КРР, несвоєчасне виявлення передракових захворювань і дисплазії товстої кишки – головні причини несвоєчасної його діагностики, незадовільних результатів лікування хворих на КРР.