

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.

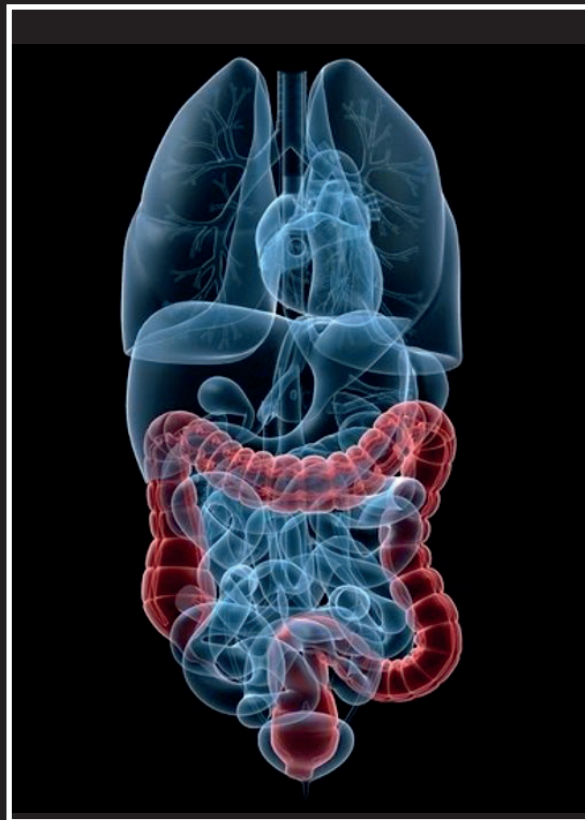
© Klinichna khirurgiia, 2022
© Liga — Inform, 2022

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.**

щини у таких хворих є досить обширними, мають підри-ті нависаючі краї. Локалізуються вони частіше знизу, рідше – латерально або можуть бути множинними. Тріщини можуть ускладнюватися формуванням абсцесів, сепсисом, супроводжуються високою температурою, вираженим болем, а у послідовному можуть ускладнюватися формуванням нориць. В переважній більшості випадків ефективною є місцева консервативна терапія.

Стриктур ануса можуть формуватися як ускладнення запального ураження дистальних відділів прямої кишки або її тріщин. Стеноз не завжди чітко проявляються клінічно через наявність проносів у переважній більшості хворих, що стає причиною їх несвоечасної діагностики. Досить ефективним методом їх лікування може бути балонна дилатація. Стриктур ануса можуть формуватися як ускладнення запального ураження дистальних відділів прямої кишки або її тріщин. Стеноз не завжди чітко проявляються клінічно через наявність проносів у переважній більшості хворих, що стає причиною їх несвоечасної діагностики. Досить ефективним методом їх лікування може бути балонна дилатація.

Висновки

У 92% хворих на ХК при залученні в запальний процес прямої кишки розвиваються перианальні ускладнення.

Якісна діагностика з виконанням ДПА, проктосигмоскопії, УЗД, МРТ є визначальним при виборі стратегії лікувальної тактики при перианальних ускладненнях у хворих на ХК з урахуванням їх локалізації, категорії складності та тяжкості клінічного їх перебігу.

Консервативне лікування перианальної ХК передбачає обов'язкове призначення антибактеріальної (Метронідозол, Ципрофлоксацин), імунно–модулюючої терапії у поєднанні з месалазінами. При рефрактерному клінічному перебігу захворювання або наявності запалення доцільним є призначенні біологічної терапії.

Хірургічний дренаж перианального абсцесу вважається важливим першим кроком у хірургічному лікуванні таких хворих, так як недренований абсцес є деструктивним для перианальних структур, перш за все сфінктерів.

Для визначення ефективності лікування необхідною є клінічна оцінка (зменшення кількості гнійних виділень), а також проведення МРТ–дослідження органів малого таза.

З урахуванням того, що хірургічне лікування хворих на геморой, тріщини завершується серйозними ускладненнями, серед яких найбільш часті – стеноз ануса та тривало незаживаючі виразки, пріоритетним при лікуванні таких хворих є консервативне лікування.

Міжнародні консенсуси, клінічні протоколи лікування хворих на гострі ускладнення виразкового коліту та хвороби Крона

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

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

Актуальність проблеми. Високі показники поширеності захворювання (60–322 і більше на 100 тис. населення) та невпинне їх зростання у переважній більшості країн світу, пік первинної захворюваності – дитячий, молодий репродуктивний працездатний вік хворих – 10–40 років. Невпинним є прогресування захворювання. Особливостями лікування хворих на ВК та ХК є необхідність пожиттєвого прийому базисної терапії, висока вартість препаратів, недостатня їх ефективність. Характерним для вказаних захворювань є можливий ранній розвиток ускладнень (ГТДТК, перфорація, кровотеча, НК та інші), які обумовлюють необхідність виконання, переважно інвалідизуючих хірургічних втручань, зазвичай в ургентному порядку.

Неможливість радикального хірургічного лікування хворих на ХК, неминучість виконання повторних хірургічних втручань – такими є особливості клінічного перебігу та лікування хворих на ХК.

В Україні станом на 2020 рік зареєстровано 12625 хворих на ВК та 4273– хворих на ХК. Локалізація, пошире-

ність запального процесу, ефективність базисної і резервної терапії, наявність кишкових та позакишкових проявів, інші чинники визначають особливості і тяжкість клінічного перебігу і прогноз ЗЗК.

У відповідності до Європейського консенсусу 2019 р. «Золотим стандартом в лікуванні хворих на ЗЗК залишається консервативна терапія, яка повинна розпочинатися якомога раніше через невідворотний розвиток виражених морфологічних змін в стінці кишки у більш пізні терміни, складності досягнення ремісії, реальну загрозу розвитку гострих ускладнень та інше.

18–25 % хворих на ВК підлягають хірургічному лікуванню, переважно з приводу гострих ускладнень захворювання. Хірургічні втручання виконуються більш як 70% хворих на ХК з приводу гострих та хронічних її ускладнень. Переважній більшості таких хворих виконується протягом їх життя 5–7 і більше хірургічних втручань.

Серед гострих ускладнень ВК та ХК –гостра токсична дилатація товстої кишки (токсичний мегаколон), перфорація стінки товстої кишки, перитоніт, параколярні інфіль-

трати, абсцеси черевної порожнини, абсцеси та флегмони заочеревинного простору, профузнакишечна кровотеча, непрохідність кишечника, які, у переважній більшості випадків, обумовлюють необхідність виконання хірургічних втручань в ургентному порядку.

Одним із найбільш тяжких за клінічним перебігом і наслідками ускладнень є гостра токсична дилатація товстої кишки (ГТД ТК) – «Токсичний мегаколон», яка розвивається у 5–12% хворих на ВК та ХК, зазвичай через неадекватність консервативної терапії, виконання КС в період загострення вказаних захворювань, перенесені інфекційні захворювання, стресові ситуації та інше.

Пріоритетною в лікуванні хворих на ВК та ХК, ускладнених ГТД ТК, є консервативна терапія (I етап) з послідовним обов'язковим виконанням операції протоколектомії в плановому порядку (II етап).

Операцією вибору при ГТД ТК являється колектомія, формування ілеостоми. Летальність за останнє десятиріччя знизилась з 27–30% до 7–10% (за даними клініки – до 4–5%).

Стратегічно важливим положенням хірургічного лікування ХК (її ускладнень) слід вважати виконання мінімально необхідної резекції ураженої ділянки кишечника з виконанням відновного етапу операції. Довічне післяопераційне диспансерне спостереження і проведення протирецидивної терапії дає можливість скоротити число тяжких рецидивів захворювання до 24–28%, запобігти необхідності виконання повторних резекцій кишечника.

Перфорація стінки ураженого сегменту кишки розвивається у 2,7–7,4% хворих на ВК та у 3–5% хворих на ХК з тяжким клінічним перебігом, а також при ускладненні вказаних захворювань ГТД ТК (дані клініки –4,2–6,5%). Перфорація може бути першим проявом ВК та ХК у 2,7–3,9% хворих. – Характерним є малосимптомний початок і поступовий розвиток клінічних проявів перфорації. Лише у 40% хворих відзначається типова клініка разлитого перитоніту внаслідок перфорації у вільну черевну порожнину. Більш ніж у 60% хворих відзначаються атипові клінічні варіанти перфорації: в заочеревинний простір, в суміжні органи, мікроперфорація, прикрита перфорація. Поява дефансу – основний клінічний критерій перфорації.

Операцією вибору при наявності перфорації стінки товстої кишки у хворих на ВК є колектомія, ілеостомія. Операцією вибору при перфорації стінки кишки у хворих на ХК є резекція сегменту кишки, який став причиною розвитку ускладнення з формуванням анастомозу і протективної ілеостоми – при відсутності вираженого перитоніту, або коло – чи ілеостоми – при його наявності.

Запальні інфільтрати, абсцеси черевної порожнини та заочеревинного простору – як ускладнення ВК та ХК діагностуються у 2,3–3,1% хворих на ХК та ВК. Клінічний перебіг запальних інфільтратів, абсцесів черевної порожнини, абсцесів та флегмон заочеревинного простору також відзначається відсутністю їх класичних ознак.

Хірургічне лікування абсцесів, локалізованих в черевній порожнині, запальних інфільтратів (при неефектив-

ності адекватної інтенсивної протизапальної терапії) передбачає виконання хворим на ВК операції колектомії, ілеостоми, хворим на ХК – резекції ураженого сегменту кишки, який став причиною розвитку ускладнення, з/без формування первинного анастомозу.

При діагностуванні абсцесів, флегмон, локалізованих в заочеревинному просторі, пріоритетним є використання пункційних методів лікування, їх дренивання, санація, або виконання лапаротомних хірургічних втручань.

Стрикттури і стенози кишечника – обструктивні ускладнення, які розвиваються при тривалому клінічному перебігу ХК з ураженням тонкої або товстої кишки (12–17). У залежності від ступеню вираженості, локалізації, клінічні прояви стенозів і стриктур є варіабельними і проявляються інтермітуючими нападами болями в животі, метеоризмом, ознаками компенсованої, суб- і навіть декомпенсованої НК. Компенсована /субкомпенсована НК, як наслідок неповної стриктури/стенозу ураженого сегменту кишки, являється показом до проведення базисної, протизапальної, корегуючої порушення метаболізму, симптоматичної терапії. При відсутності ефекту показано виконання планового хірургічного втручання – резекцію ураженого сегменту кишки, пріоритетніше з виконанням відновного етапу операції. При розвитку декомпенсованої НК показано виконання хірургічного втручання за ургентними показами – операція сегментарна резекція ураженої ділянки кишечника за правилами класичної гострої кишкової непрохідності. Показання до стриктуропластики – наявність рубцевого звуження кишки протяжністю до 3–4 см без перифокального запалення її стінки проксимальніше і дистальніше стриктури.

Профузна кишкова кровотеча, яка зустрічається у 2,5–4,2% хворих на ВК, у 1,5–2,7% хворих на ХК, являється показом до хірургічного лікування лише при відсутності ефекту від адекватної інтенсивної консервативної гемостатичної і замісної терапії.

Вкрай тяжкий загальний стан хворих, травматичність операцій, які виконуються в ургентному порядку при розвитку гострих ускладнень ВК та ХК, обумовлюють високі показники післяопераційних ускладнень (31,2 – 44,7%) та летальності (20–23,7%). Основним резервом у покращенні безпосередніх, віддалених, функціональних результатів і якості життя оперованих хворих на ВК є виконання хірургічних втручань до розвитку гострих ускладнень за чітко аргументованими відносними показами (агресивний перебіг захворювання, резистентний до консервативної терапії; незворотні морфологічні зміни ураженого сегменту стінки кишки (множинні глибокі виразки, зливні виразкові поля, множинні псевдополіпи, протяжні стриктури тощо); стероїдозалежна та стероїдорезистентна форми ЗЗК («хронічно активна хвороба» – у 20–23% хворих); значна затримка росту та розвитку дітей та підлітків на фоні хронічного перебігу ВК та ХК тощо.

Протягом першого року після операції у 72% хворих на ХК виявляється рецидив захворювання, а у подальшому ризик рецидиву зростає до 88%. Зазвичай при рецидиві

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 вузькосмугова ендоскопія (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 колопроктометрії через високий ризик розвитку КРР у майбутньому. Наявність окремих аденомоподібних виступаючих новоутворень розмірами понад 0,5 см є показом до їх видалення з контролем вперне-