

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. 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. ФЕЛІШТИНСЬКИЙ, 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.

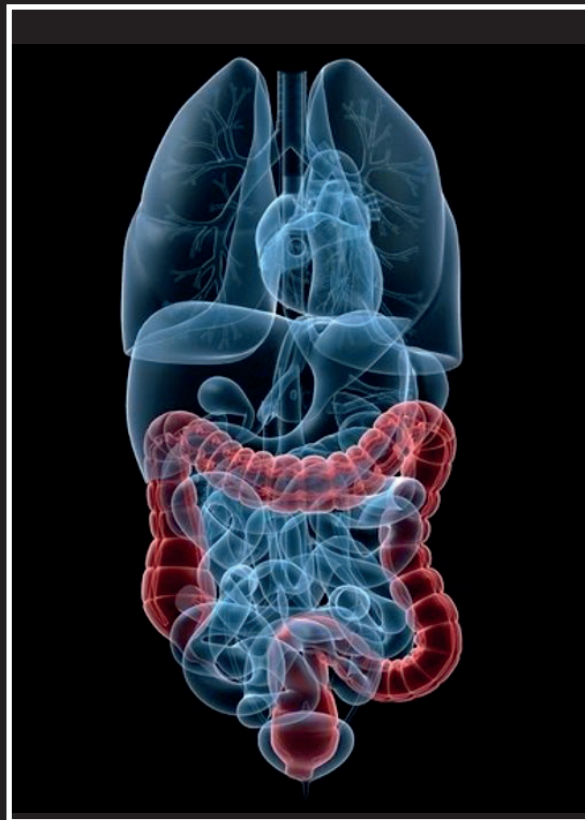
© Klinichna khirurhiia, 2022
© Liga — Inform, 2022

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.**

Перианальні ураження при хворобі Крона: особливості клінічного перебігу, діагностика, сучасна стратегія та клінічні протоколи лікувальної тактики

Захараш М. П., Захараш Ю. М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Актуальність проблеми. Високі показники поширеності захворювання (60–114 і більше на 100 тис. населення) та постійне їх зростання у переважній більшості країн світу. Невпинним є прогресування захворювання. Особливостями лікування хворих на ВК та ХК є необхідність пожиттєвого прийому базисної терапії, висока вартість препаратів, недостатня їх ефективність. Неможливість радикального хірургічного лікування хворих на ХК, неминучість виконання повторних хірургічних втручань – характерні особливості хірургічної тактики при лікуванні хворих на ХК.

Аноректальні ураження (анальні тріщини, нориці, абсцеси) виявляються у 37–40% хворих. Такі ураження розвиваються у 12% хворих з ізольованим ураженням термінального відділу здухвинної кишки, у 15% – при ілеоколіті, у 41% – при ураженні ободової кишки без залучення в запальний процес прямої кишки та у 92% – при залученні в запальний процес прямої кишки. За результатами Популяційних досліджень, виконаних в графстві Одмстед (США), частота розвитку перианальних уражень у хворих на ХК сягає від 12% – за 1 рік тривалості захворювання, 15% – щорічно – після 5 років, до 26% і більше – щорічно після 20 років. За результатами тих же популяційних досліджень при тривалості ХК 20 років більш як у 50% хворих на ХК формуються нориці різної локалізації (міжкишкові, ентеро–вагінальні, ентеро–везикальні, зовнішні, перианальні), хоча переважна більшість з них є саме перианальними. Процес формування перианальних нориць у хворих на ХК остаточно не визначено. Згідно однієї з існуючих теорій нориці формуються внаслідок виражених деструктивних змін в ураженому сегменті стінки кишки, пенетрації глибоких ректальних поздовжніх кавітаційних виразок. Згідно іншої теорії причиною розвитку нориць є криптити, які пенетрують в міжсфінктерний простір. У клінічній практиці більшість експертів їх поділяють на прості та складні, що відповідає класифікації, запропонованої Американською асоціацією гастроентерологів. Простими – є поверхневі низькі транссфінктерні нориці з єдиним зовнішнім вихідним норицевим отвором, безболісні (відсутні ознаки абсцесу); аноректальна стриктура відсутня. До складних нориць відносять високі інтра– та транссфінктерні нориці з множинними зовнішніми отворами, з ознаками абсцедування, ректовагінальні нориці. При наявності таких нориць можуть розвиватися аноректальні стриктури. Для верифікації діагнозу простих і складних нориць необхідним є виконання ендоскопічного дослідження з метою виявлення запальних змін в поверхневих шарах стінки кишки, наявності якого є

підставою до віднесення таких нориць до категорії складних. Більшість Класифікацій передбачають використання в якості орієнтиру зубчасту лінію, розташовану посередині внутрішнього анального сфінктеру. Вказана лінія розділяє призматичний та перехідний епітелій від плоского епітелію заднього проходу. В межах зубчатої лінії локалізуються анальні кріпти з розташованими в їх основі анальними залозами. За цією ознакою і класифікуються нориці як високі (вище зубчатої лінії) і низькі (нижче зубчатої лінії). В зарубіжних країнах користуються класифікацією Паркса, згідно якої виділяють чотири основні групи нориць – підшкірні (45,6%), транссфінктерні (29,7%), супрасфінктерні (19,5%), екстрасфінктерні (5%).

Якісна діагностика є визначальною умовою у виборі стратегії лікувальної тактики при перианальних норицях у хворих на ХК з урахуванням їх локалізації, категорії складності, тяжкості клінічного їх перебігу, наявності ознак запального процесу в параректальній зоні. Серед традиційних методів діагностики параректальних нориць –проктологічний огляд (пальпація перианальної ділянки, пальцьове дослідження, огляд ректальним зеркалом/аноскопом, ректоромано–/сигмоскопія), а також виконання пробі з барвником, дослідження з використанням металевого зонду, сфінктерометрія. Слід, однак, відзначити, що повноцінний проктологічний огляд хворих на ХК передбачає проведення пальцьового дослідження під обов'язковою анестезією (ДПА), яке є «золотим стандартом» обстеження таких пацієнтів, що підвищує діагностичну значимість проктологічного огляду до 60–62%. З урахуванням того, що навіть при закритті норицевого отвору і відсутності будь–яких проявів захворювання, а також того, що залишкові внутрішні норицеві ходи залишаються на досить тривалий термін, вирішального значення в обстеженні таких хворих набувають КТ, МРТ, ультразвукове дослідження (УЗД). Поєднання приведених досліджень забезпечує точність діагностики майже в 100% випадків. Виконання фістулографії при наявності перианальних нориць хворим на ХК повинно бути чітко аргументованим.

Скарги хворого на перианальні болі у хворих на ХК, ускладнену параректальними норицями, зазвичай свідчать про наявність перианального абсцесу, для виявлення якого або при підозрі на нього процедурою вибору є термінове проктологічне дослідження під анестезією (ДПА) з виконанням ректоромано–/сигмоскопії, діагностична значимість якого сягає 90%. При підтвердженні діагнозу перианальний абсцес показаним є термінове його розкриття і дренивання (для попередження самостійного його

го розкриття) у поєднанні з базисною терапією. ДПА не слід відкладати до виконання МРТ, якщо тільки МРТ не є безпосередньо доступною, хоча МРТ має точність 92–100%. Аноректальне УЗД має точність 86–%, особливо коли виконується у поєднанні з контрастуванням перекисом водню. Згідно Положення ЕССО 9С, аноректальне ультразвукове дослідження вимагає досвіду, однак може бути еквівалентом тазової МРТ. Положення ЕССО 9.4.1. передбачає, що первинною процедурою в діагностиці періанальних фістул має бути тазова МРТ через її точність та неінвазивність, хоча її проведення не є необхідною при простих фістулах [EL2b, RG B]. Згідно Положення ЕССО 9.4.2, дослідження під анестезією (ДПА) вважається «золотим стандартом» тільки в руках досвідченого хірурга. Таке дослідження дає можливість проведення одночасного хірургічного втручання, у зв'язку з чим необхідним є отримання відповідної інформованої згоди пацієнта, оскільки неочікувані знахідки можуть цьому завадити [EL5, RG D].

Консервативне лікування періанальної ХК (первинних та простих нориць) окрім месалазинів передбачає обов'язкове призначення антибактеріальної, імунно-модулюючої, детоксикаційної та іншої терапії. При рефрактерному клінічному перебігу захворювання або наявності запалення доцільним є призначення загальної або локальної біологічної терапії. При наявності періанальних абсцесів, при складних норицях показаним є поєднання інтенсивної консервативної терапії з хірургічним лікуванням. Основою консервативної терапії при періанальних ураженнях у хворих на ХК являються Метронідозол та Ципрофлоксацин. Окремі дослідження свідчать, що терапія періанальної ХК з використанням Метронідозолу в дозі 20 мг/кг/добу приводить до повного заживлення нориць у 56% хворих у поєднанні з покращенням загального стану та суттєвим зменшення інтенсивності больового синдрому. Однак зниження дози препарату або його відміна призводить до відновлення симптомів та рецидиву нориці. Середня рекомендована доза Метронідозолу складає 750–1500 мг/добу, Ципрофлоксацину – 500–1000 мг/добу.

Важливо при періанальному ураженні проводити під час виконання ДПА операцію дренування абсцесу та розміщення лігатури перед початком терапії Інфліксимабом з тим, щоб уникнути септичних ускладнень та оптимізувати результати лікування. В стадії загострення ХК для попередження дизбактеріозу і транслокації кишкової інфекції в системний кровоток у хворих на ХК через підвищення проникності стінки кишки (кишечник, печінка, легені, інші органи з розвитком СПОН), доцільним є призначення антибіотика з широким спектром антимікробної дії (Гр.+, Гр.–, анаероби, аероби) Рифаксиміна (Альфа–Нормікс) 1200 мг/добу на термін до 14 діб. За рахунок протизапальної дії препарату знижується вірулентність мікрофлори, зменшується загроза її траслокації, зменшується інтенсивність больового синдрому, що є співставним з дією кортикостероїдних гормонів. Перспективним напрямком лікування хворих на ХК, ускладнену параректальними норицями, стане використання аллогенних мезенхімальних

стовбурових клітин жирової тканини – аналогу препарату Апофисел фармацевтичної фірма «Такеда», клінічні випробування яких найближчим часом буде розпочато в Україні.

Вибір оптимальної хірургічної тактики при лікуванні хворих з періанальними ускладненнями ХК базується, перш за все, на особливостях клінічного перебігу ХК та її ускладнень. Біль в періанальній ділянці у таких пацієнтів з простою періанальною фістулою найчастіше викликається абсцесом, відсутність якого повинна бути виключена шляхом виконання ДПА, за необхідності – доповнена тазовим МРТ або аноректальним УЗД.

Хірургічний дренаж абсцесу після його розтину вважається першим кроком у лікуванні таких хворих. Важливим є те, що недренований абсцес призводить до деструктивних змін періанальних структур, перш за все сфінктерів. Необхідно виключити наявність періанального абсцесу, і, якщо він має місце, його необхідно дреновати у невідкладному порядку [EL5, RGD]. Безсимптомні нориці не потребують хірургічного лікування. Лише тоді, коли прості фістули симптомні, рекомендуються на вибір – неріжуча (вільна) лігатура або фістулектомія [EL3, RG D]. Фістулектомію та фістулотомію слід проводити дуже вибірково через ризик розвитку нетримання. При тяжкому перебігу захворювання, стійкого до медикаментозного лікування, може бути необхідною відвідна стома або проктотомія. Локальне введення Інфліксимабу, Адалімумабу поблизу ходу фістули може бути корисним для пацієнтів, що не відповідають на традиційне введення препарату. За останні 5 років кілька досліджень в невеликих когортах продемонстрували, що комбінація накладання лігатури та біологічна терапія краща за будь-яку одиничну стратегію, вірогідно, через кращий дренаж абсцесів та фістул. Така комбінація дає кращу ефективність лікування довшу тривалість ефекту та меншу частоту рецидиву. Реконструктивна операція (наприклад, за допомогою пересадки слизової оболонки або закриття фістули) під час лікування ІФК може покращити довготермінові результати загоєння. На I етапі двоетапного хірургічного лікування в норицевий хід вводиться шовкова лігатура, навколо якої у послідуєчому формується пряма нориця, здійснюється дренування можливих запальних запалів, зменшується інтенсивність запальних проявів, перешкоджується передчасне закриття зовнішнього отвору нориці. На II етапі після стихання запального процесу (через 4–6 місяців) здійснюється висічення нориці, що мінімізує загрозу розвитку можливих післяопераційних ускладнень. Геморої у хворих на хворобу Крона спостерігається досить рідко.

В ряді ретроспективних досліджень доведено, що хірургічне лікування симптомного геморою у хворих на ХК завершувалось у кожного другого з них серйозними ускладненнями, серед яких найбільш часті – стеноз ануса та тривало незаживаючі виразки. Крім того, кожному третьому хворому вимушено була виконана резекція прямої кишки і навіть проктотомія.

На тріщини прямої кишки у хворих на ХК припадає 20–30% всіх анальних та періанальних уражень. Зазвичай три-

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 невинне 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-