

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 10.3 (893) жовтень 2016
Щомісячний науково—практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений
«КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,
медалями «ТРУДОВА СЛАВА» та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»
Міжнародної Академії
Рейтингових технологій та соціології
«Золота Фортуна»

Видано в авторській редакції

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
SciVerse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.
Журнал реферований у PubMed.

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>
e-mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 04.10.16. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 18
Обл. вид. арк. 17,61. Тираж 700.

Замов. 312
Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.
Тел./факс (- 044) 463.73.01.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих
в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2016
© Ліга – Інформ, 2016

ISSN 0023–2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 10.3 (893) ЖОВТЕНЬ 2016

Головний редактор
О. Ю. Усенко

Заступники
головного редактора
С. А. Андреещев
М. Ю. Ничитайло

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Л. С. Білянський
С. О. Возіанов
В. Г. Гетьман
О. І. Дронов
М. Ф. Дрюк
Я. Л. Заруцький
М. П. Захараш
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
М. В. Костилен
О. Г. Котенко
А. С. Лаврик
В. В. Лазоришинець
О. С. Ларін
С. Є. Подпрятюв
А. П. Радзіховський
А. В. Скумс
Я. П. Фелештинський
П. Д. Фомін
В. І. Цимбалюк
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрющенко
Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Никоненко
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал
І. М. Шевчук

ISSN 0023-2130



9 770 023 213 008 >

ВГО "Асоціація колопроктологів України"

IV з'їзд колопроктологів України

**Тези
наукових робіт**

**(26-28 жовтня, 2016 р.)
м. Київ**

операцією вибору була колектомія, ілеостомія. Через тяжкість стану таких хворих, велику травматичність, виконання операції колпроктектомії в таких випадках було неприйнятним. При плановому хірургічному лікуванні пріоритетною операцією була операція колектомія, низька передня резекція прямої кишки з демукзацією її кукси і формуванням ілеоанального/ ректального (у виключних випадках) резервуарних, переважно J—pouch анастомозів (ІАРА), які позбавляли хворого від захворювання, забезпечували збереження природного пасажу кишкового вмісту (протипоказами до виконання ІАРА є недостатність анального сфінктера, наявність малігнізації, дисплазії середнього чи тяжкого ступеню), суттєво покращували якість життя оперованих хворих. При формуванні ІАРА довжина слизової оболонки ано-ректальної області між зубчатою лінією та анастомозом не перевищувала 2 см.

Результати. Реконструктивно — відновні операції (РВО) виконали 89 (72,4%) з 123 оперованих хворих, з них первинні — 53 (59,6%), вторинні — 36 (40,3%). З використанням лапароскопічних технологій виконано 51 (41, 5%) операцій, з них за абсолютними показами — 16, відносними — 18, як II етап РВО — 17. Конверсій було 3 (5,8%) випадки. В групі хворих, яким були виконані лапаротомні хірургічні втручання, інтраопераційні ус-

кладнення виникли в 8 (8,9%) випадках, післяопераційні — в 30 (22,5%), післяопераційна летальність склала 4,5% (4 випадки). При виконанні лапароскопічних операцій інтраопераційні ускладнення виникли у 5 (8%) хворих, післяопераційні — у 12 (23,5%), летальних випадків не було.

Висновки

1. Однією з головних причин прогресування НВК і розвитку його ускладнень являється неадекватність базисної терапії — в період загострення захворювання та підтримуючої — в період ремісії.

2. Хворі на тяжкі і ускладнені форми НВК повинні бути госпіталізовані лише в спеціалізовані проктологічні відділення і Центри.

3. При розвитку гострих ускладнень НВК операцією вибору є колектомія, ілеостомія.

4. Операцією вибору при плановому хірургічному лікуванні хворих на НВК є колектомія, низька передня резекція, мукозектомія, формування резервуарного ілео—анального ректального анастомозу.

5. Хірургічного лікування хворих на НВК за аргументованими відносними показами — один із найважливіших резервів покращення безпосередніх, віддалених, функціональних його результатів і якості життя оперованих хворих.

ВЕДОЛИЗУМАБ — ПЕРВЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ С СЕЛЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ НА ЖЕЛУДОЧНО — КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ В ЛЕЧЕНИИ ХВЗК

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

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

Одно из наиболее ярких достижений фармакотерапии воспалительных заболеваний кишечника конца XX века — разработка принципиально новой группы лекарств, получивших название "биологические агенты" ("biologic agents") или антицитокины, к которым относятся рекомбинантные интерлейкины, — ингибиторы провоспалительных интерлейкинов (IL—1, IL—2, IL—6, IL—8), рекомбинантный интерферон—реаферон. В последние 10 лет в клинической практике активно и довольно успешно используются препараты, содержащие моноклональные антитела (МАТ) к ФНО— α фактору, синтезируемому моноцитами, макрофагами и Т—клетками — Инфлексимаб (Ремикейд), Адалимуаб (Хумира). К сожалению, более чем у 60% пациентов с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) и болезнью Крона (БК), оценка которых проводилась в многочисленных рандомизированных клинических исследованиях, не удалось достичь или поддерживать ремиссию через 52 недели после инициирования терапии антагонистами ФНО— α [Hanauer et al. 2002; Rutgeerts et al. 2005; Colombel et al. 2007].

Кроме того, документально подтверждено, что пациенты, не ответившие на терапию одним антагонистом

ФНО— α , имеют заметно сниженный уровень ответа на терапию вторым антагонистом ФНО— α [Sandborn, 2007; Sandborn et al. 2007].

Интегриновые рецепторы В— и Т—лимфоцитов, мигрирующих в зону воспаления, стали мишенями для более новых видов терапии у пациентов с ХВЗК. К интегринным рецепторам В— и Т—лимфоцитов, содержащимся в тканях именно желудочно—кишечного тракта при ХВЗК относятся интегрин $\alpha 2\beta 2$, $\alpha 4\beta 1$ и $\alpha 4\beta 7$ (хотя этот перечень не является исчерпывающим).

В 2014 году FDA был одобрен новый препарат Ведолизумаб (Энтививо) — Takeda Pharmaceuticals, Дирфилд, Иллинойс, США, также известный под названием MLN0002, который представляет собой гуманизованное моноклональное антитело, селективно проявляющее антагонизм к интегринным рецепторам $\alpha 4\beta 7$ именно органов ЖКТ.

При блокировании интегринных рецепторов у больных с воспалительными заболеваниями кишечника происходит уменьшение или прекращение миграции лимфоцитов в слизистую оболочку желудочно—кишечного тракта [Gosh and Panaccione, 2010; Jovani and Danese, 2013].

FDA утвердили схему применения препарата 300 мг в виде 30-минутной внутривенной инфузии на 0-й, 2-й и 6-й неделе, а впоследствии — каждые 8 недель, как при ЯК, так и при БК [Takeda Pharmaceuticals America Inc., 2014].

Кишечно—селективный механизм действия ведолизумаба позволяет обеспечить таргетную терапию без побочных эффектов, ассоциированных с системной иммуносупрессией с хорошим профилем безопасности для пациентов с НЯК и БК

Ведолизумаб обеспечивает эффективную индукцию с длительной ремиссией и уменьшает или избавляет от необходимости в стероидах, в частности у пациентов со средне—тяжелым и тяжелым течением НЯК и БК. При непрямом сравнении у пациентов с НЯК Ведолизумаб имеет достоверно лучшую переносимость в сравнении с адалимумабом и инфликсимабом.

Заключение: Ведолизумаб может быть использован как эффективный препарат первой линии биологической терапии с хорошим профилем безопасности для лечения пациентов с НЯК и БК.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХВОРОБИ КРОНА

Русин В. І., Чобей С. М., Сірчак Є. С., Крч К. Л.

Ужгородський національний університет, Ужгород

Актуальність. Первинна захворюваність хворобою Крона по Україні за останні 10 років збільшилась з 2-4 до 30-50 хворих на 100 тис. населення та має тенденцію до збільшення. Прогресуючий характер захворювання, загроза розвитку тяжких, нерідко загрожуючих життю ускладнень, відсутність осередків та нерідкі побічні ефекти етіотропної терапії, яка традиційно використовуються або резистентність до неї, переважно молодий вік хворих, необхідність виконання резекцій тонкої та товстої кишки, які можуть привести до інвалідизації і погіршення якості життя пацієнтів, визначають медичну та соціальну значимість хвороби Крона.

Мета роботи. На основі клініко-інструментальних методів дослідження визначити найбільш ефективні способи хірургічної тактики лікування ускладнених форм хвороби Крона.

Матеріал та методи. У даній роботі узагальнений досвід обстеження та лікування 43 хворих із ускладненими формами хвороби Крона, які лікувалися в клініці хірургічних хвороб Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака з 2000 по 2014 роки. У всіх пацієнтів діагноз хвороби Крона був підтверджений результатами ендоскопічного, рентгенологічного та морфологічного дослідження.

Результати. У 43 пацієнтів першої групи розвинулося 93 ускладнення, причому у 10 з них спостерігалися послідовно три і у чотирьох - по два ускладнення хвороби Крона. У 30 (69,8%) пацієнтів з хворобою Крона. Ускладнення представлені стриктурами й інфільтратами, нагноєннями та абсцесами, які часто супроводжувались кишковою непрохідністю. У 29 (67,4%) випадках

зустрічалися нориці. У восьми пацієнтів були зовнішні нориці, причому у двох із них норицний хід відкривався безпосередньо в зоні рубців після раніше перенесених операцій. У 16 (37,2%) хворих спостерігалися внутрішні нориці між термінальним відділом здухвинної кишки і сліпою кишкою, у двох пацієнтів були нориці між петлями клубової кишки, і у однієї пацієнтки мала місце ректовагінальна нориця. Слід відзначити, що внутрішні і зовнішні нориці зустрічалися при коліті і ілеоколіті частіше, ніж при ізольованому ураженні товстої кишки. У семи (16,3%) хворих зустрічались множинні періанальні нориці на тлі ураження товстої кишки.

Хворим було виконано 79 операцій, з них одному - 8 операційних втручань, 10 пацієнтів перенесли по 3 операції, ще 5 пацієнтам було виконано по 2 операції, а решта перенесли по одному операційному втручання.

Висновки та заключення. Хірургічне лікування у вигляді екстрених втручань хворим на хворобу Крона проводяться при перфорації, перитоніті, кишковій непрохідності та абсцедуванні.

При інфільтраті, внутрішніх та зовнішніх норицях виконуються термінові або відтерміновані: одно-, дво- та трьохмоментні втручання. Стриктуропластика, висічення нориць, ілеоєюностомія, ілеокоlostомія використовуються при сприятливому перебігу захворювання.

Кумулятивний аналіз стабільності результатів лікування захворювання за Каплан-Майером показав, що не мали рецидиву захворювання протягом 36 міс. 83,7% пацієнтів.

