

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. 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. 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

суперечливі дані стосовно хіміотерапії під час вагітності (Cirillo M. et al., 2012 Габидзе ДЛ., та ін. 2015).

**Мета роботи** – запропонувати тактику хірургічного лікування та алгоритм консультування жінок із КРР, який розвинувся під час вагітності.

**Матеріали й методи.** Протягом 2004–2021 років спостереження у проктологічному відділенні КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна лікарня» зареєстровано трьох вагітних, у яких було виявлено КРР. Одній жінці виконано операційне втручання під час вагітності на терміні 14–15 тижнів, двом іншим, яким діагноз встановлено на 5–ий і 35–ий дні після родів, відповідно, через тиждень і 35 днів після народження дітей. Діагноз КРР підтверджено за допомогою загально–клінічного, лабораторного, ендоскопічного (фіброгастроскопії, колоноскопії) методів дослідження. Для визначення прогресування хвороби проведено радіологічне, променево дослідження та магнітно–резонансну томографію.

**Результати та обговорення.** У жінки, яка завагітніла після 5 років лікування безпліддя в результаті екстракорпорального запліднення, на терміні 4–5 тижнів діагностовано рак прямої кишки. Пацієнтці на 14–15–тиждень вагітності після проведення необхідних діагностичних процедур було виконано операцію: лапаротомія, наданальна резекція прямої кишки з D3 лімфодисекцією та накладанням сигмоанального анастомозу з надлишком. На даний час функція анального сфінктера збережена, утримує газу і рідкий кал. Жінка виховує здорову дитину, якій виповнилось 5 років. Двоє інших жінок, яким виконали операцію на 7–ий день після родів – одній жінці з раком ободової кишки та через 35 днів – іншій, з раком

прямої кишки, також живі і виховують здорових дітей. Консультування жінок повинне включати наступні етапи: 1) збір анамнезу, зокрема ретельний аналіз генеалогічної інформації для виявлення групи ризику осіб із синдромами спадкового раку, який розвивається у молодому віці; 2) фізикальний огляд; 3) ендоскопічні обстеження; 4) лабораторні дослідження – виявлення скритої крові в калі; 5) візуалізація органів черевної порожнини; 6) пацієнткам, яким планується екстракорпоральне запліднення, особливо з обтяженим сімейним анамнезом на КРР, в протокол необхідних методів обстежень слід включити фіброколоноскопію. Хірургічне лікування є умовно ризикованим як для вагітності, так і для плоду.

**Висновки.** Тактика лікування колоректального раку у вагітних повинна вирішуватися індивідуально, в залежності від того, чи після отримання повної та об'єктивної інформації стосовно захворювання, жінка наполягає на збереженні вагітності. Операція лапаротомія, наданальна резекція прямої кишки з D3 лімфодисекцією та накладанням сигмоанального анастомозу з надлишком дозволяє мінімізувати можливість формування превентивної стоми для профілактики ускладнень, що можуть виникнути після операції низької передньої резекції прямої кишки з апаратним анастомозом. Необхідним є надання консультації і рекомендацій пацієнткам щодо ризику прогресування новоутворення для негайного початку комбінованого лікування. Рішення про переривання вагітності після отримання інформації від хірурга є особистим для кожної жінки. У залежності від цього приймається тактика подальшого лікування.

## Вибір способу формування екстракорпорального колоанального анастомозу

Гордійчук М. П.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна,  
КНП «Київський міський клінічний онкологічний центр», Київ, Україна

**Актуальність.** Сучасний рівень розвитку онкологічної науки та хірургічних технологій не виключає виникнення неспроможності низького колоанального анастомозу, одного з найважчих ускладнень після низької резекції прямої кишки, що зустрічається у 3,5 – 21% хворих, а пов'язана з ним післяопераційна смертність досягає від 6,0 до 39,3%. Сучасним пріоритетом в хірургічному лікуванні даної категорії хворих є концепція: – впровадження надійних способів первинного відновлення безперервності при можливості без формування превентивних стом; – раннє відновлення континенції, – скорочення терміну лікування на основі удосконалення всіх етапів лікування хворих на рак прямої кишки.

**Мета роботи.** Пошук і розробка способів формування низького колоректального анастомозу без накладання превентивної стоми з максимально низьким показником неспроможності.

**Матеріали і методи.** Розроблений спосіб формування екстракорпорального низького колоректального анастомозу, як етап хірургічного лікування виконали у 23 хворих з нижньоампулярним раком (T<sub>2-3</sub>, N<sub>0-2</sub>) прямої кишки. Середній вік оперованих склав – 61,47 ± 5,2 роки, чоловічої статі – 14 пацієнтів, жіночої – 9, морфологічно верифікована аденокарцинома різного ступеня диференціації. Операція виконувалася через 8 тижнів після проведення неoad'ювантного хіміопроменевого лікування (ПТ



– 45–55 Гр. + Capecitabine чи інфузія 5–FU) при інтраопераційно отриманій довжині ректальної кукси < 20мм. З технікою виконання етапу формування анастомозу можна ознайомитися за посиланням: <https://sis.ukrpatent.org/uk/search/detail/1433223/>

**Результати.** Післяопераційний період протікав у більшості хворих гладко, за винятком одного хворого у якого на 5 добу отримали рентгенологічне підтвердження часткової неспроможності анастомозу, хворому накладена колостома. Пацієнти виписані з відділення на 8–9 доби післяопераційного періоду, за винятком пацієнта з ускладненням, якого виписано на 14 добу. Післяопераційної ле-

тальності не було. При повторному огляді пацієнтів через 3 місяці ускладнень не виявлено, випорожнення кероване, гази стримують не постійно. Проведене планове дослідження через шість місяців в об'ємі: колоноскопія, СКТ, МРТ, визначення онкомаркерів за їх даними – локорегіонарних рецидивів та продовження хвороби не виявлено. Континенція та дефекація керовані, якість життя добра.

**Висновки.** Даний спосіб на основі попередньо отриманих результатів зарекомендував себе, як онкологічно надійний з низьким ризиком виникнення післяопераційних ускладнень та задовільною якістю життя пацієнта. Потребує подальшого вивчення.

## Перспективи та зауваження щодо повної неoad'ювантної терапії дистального раку прямої кишки

Гордійчук П. І., Кошель К. В., Гордійчук М. П.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна,  
КНП «Київський міський клінічний онкологічний центр», Київ, Україна

**Актуальність.** Наведені результати Міжнародної агенції з вивчення раку, у 2020 р. свідчать про безперервний ріст захворюваності на рак прямої кишки. Незважаючи на впровадження сучасних онкологічних досягнень у лікуванні хворих на середньо-, нижньоампулярний рак прямої кишки, зберігаються не бажані онкологічні результати, які пов'язані з виникненням місцевих рецидивів та високої частоти віддалених метастазів.

**Мета роботи.** Оцінити перспективи та виявити недоліки чи зауваження у проведенні повної неoad'ювантної терапії раку дистальних відділів прямої кишки, яка проводиться за рекомендаціями NCCN Version 1.2022.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективний аналіз лікування 127 хворих на дистальний рак прямої кишки, яким була проведена неoad'ювантна терапія в продовж 2021–2022рр. Показом для проведення повної неoad'ювантної терапії був встановлений діагноз: рак середньо-, нижньоампулярного відділу прямої кишки з наступною характеристикою процесу: – T<sub>1-2</sub>, N<sub>1-2</sub>; – T<sub>3-4</sub>, N будь-який з залученням або сумнівним CRM. Пацієнти були розподілені на три групи: – у першу групу увійшло 24 хворих, яким була проведена в продовж 16 тижнів поліхіміотерапія за схемою FOLFOX або CAPEOX з наступною хіміопроменевою терапією (довгий курс ПТ + Capecitabine); – друга група включала 19 хворих у яких змінена послідовність проведення неoad'ювантної терапії, спочатку проведена хіміопроменева (довгий курс ПТ + Capecitabine або інфузія 5–FU) потім FOLFOX чи CAPEOX до 16 тижнів; – третю групу склали 84 хворих, яким в неoad'ювантному лікуванні була виконана лише хіміопроменева терапія (довгий курс ПТ до 45–55 Гр.+ Capecitabine чи інфузія 5–FU). Усім хворим через 7–8 тижнів після завершення неoad'ю-

вантного лікування проведено рестадіювання з наступним плануванням хірургічного лікування.

**Результати.** У перших двох групах хворих термін від початку неoad'ювантного лікування до хірургічного склав ≥ 6 місяців, що призводило до констатації у пацієнтів проявів дистресу, що потребувало постійної психологічної та медикаментозної підтримки. Стресові розлади пояснювалися впливом сукупних двох чинників, а саме затримкою хірургічного видалення пухлини та боязню генералізації процесу при її наявності. У двох хворих першої групи при проведенні неoad'ювантної поліхіміотерапії підтверджені метастази в печінку, що потребувало введення додаткового етапу рестадіювання перед хіміопроменевою терапією у хворих даної групи. У семи хворих перших двох груп за результатами рестадіювання встановлений факт місцевого прогресування пухлинного процесу, а саме: інвазія задньої стінки піхви, міжсфінктерного простору, CRM+, EMVI+. Отримані результати впливали на вибір типу хірургічного втручання і були підтверджені результатами післяопераційного морфологічного дослідження. Результати третьої групи уже представлялися є традиційними і не потребують повторення.

**Висновки.** Передчасно робити категоричні висновки тому, що повна неoad'ювантна терапія лише на етапі широкого впровадження. Отримані результати засвідчують про потребу предметного перспективного, контрольованого міжцентрового вивчення низки питань, а саме: – який варіант неoad'ювантного лікування краще використовувати; – яка повинна бути психологічна підтримка пацієнта; – які будуть отримані онкологічні результати; – яка економічна доцільність її використання, тощо.