

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.**

ку спостерігається 8 місячна безрецидивна виживаність, пацієнтка завершила проходження ад'ювантної променевої та поліхіміотерапії.

Висновки. Порівняння результатів лікування вагітних і невагітних жінок, співставних за стадією КРР, показує однаковий рівень п'ятирічної виживаності. Однак, на момент встановлення діагнозу у вагітних жінок відсоток виявлення III–VI ст. КРР у двічі вище. У діагностиці та лі-

куванні має бути задіяна мультидисциплінарна команда: акушер–гінеколог, хірург, онколог, для прийняття обґрунтованих рішень, орієнтованих на пацієнта та вирішення індивідуальних завдань. Лікувальна тактика повинно враховувати гестаційний вік плоду, планову або невідкладну клінічну ситуацію, локалізацію та стадію раку, а також побажання пацієнтки.

Оцінки функціональних результатів лікування у хворих на рак прямої кишки у залежності від методу оперативного втручання

Дука Р. В., Белослудцев О. Д., Савенков Д. Ю.

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Актуальність. За даним літератури загальна частота післяопераційних ускладнень після радикальних операцій з приводу раку прямої кишки (РПК) може досягати 25,4%. Одним з частих станів після тотальної мезоректумектомії є пошкодження вегетативних нервів в результаті термічного та/або ішемічного ураження, механічного або місцевого запального ушкодження тканини. При цьому у пацієнтів виникають різні порушення функції тазових органів: проблеми з сечовипусканням, статеві дисфункції, кишкові розлади. Втім, на жаль, у більшості випадків ці стани не діагностуються і вчасно не корегуються у пацієнтів, що суттєво впливає на якість їхнього життя після операції. На сьогоднішній день розроблені спеціальні анкети для об'єктивної оцінки симптомів порушення функції тазових органів, втім їх роль під час хірургічного лікування РПК ще не вивчена.

Мета. Оцінити функціональні результати хірургічного лікування РПК з використанням Індексу статевої дисфункції (ІСД), Міжнародної шкали симптомів порушення сечовипускання (СПС), Індексу порушення анальної інконтиненції (ІПАІ) для визначення функціональних порушень тазових органів за Клівлендською шкалою (Cleveland Clinic Continence Score questionnaire).

Матеріали й методи. Нами обстежено 35 пацієнтів (середній вік – 66 років, чоловіків – 54,3%), що проходили хірургічне лікування у онкохірургічному відділенні №2 КП «ДОКОД» ДОР з приводу РПК у 2021–2022 рр., яким виконано низьку передню резекцію прямої кишки. У залежності від методу виконаного оперативного втручання, хворих розподілено на 3 групи: група 1 – 10 хворих, яким була проведена лапаротомічна операція, група 2 – 14 хворих після лапароскопічної операції, група 3 – 11 хворих, яким застосовувалась робот–асистована техніка (за допомогою роботичної системи Da Vinci S). Анкетування хворих проводилось тричі: візит 1 – до оперативного втручання, візит 2 – через 3 місяці після операції, візит 3 – через 6 місяців після операції. ІСД оціню-

вався від «60» – сексуальна активність до «0» – повна відсутність сексуальної активності; СПС оцінювались від «0» – повне відсутність дизурії до «311» – тяжка дизурія; ІПАІ оцінювалась від «0» – повне тримання калу до «20» – повне нетримання калу.

Результати. Вихідний рівень порушень статевої функції не відрізнявся у хворих різних груп, про що свідчить майже однакова кількість балів за шкалою ІСД на візиті 1 ($22,9 \pm 6,7$ балів – у групі 1, $21,6 \pm 6,1$ балів – у групі 2, $23,1 \pm 7,1$ балів – у групі 3, $p \geq 0,05$ між групами). Тоді як під час візиту 2 виявилось, що хворі групи 1 мали значне погіршення цього стану ($9,8 \pm 1,5$ балів, $p < 0,05$ між візитами) порівняно з групами 2 ($18,2 \pm 4,2$ балів) та 3 ($20,5 \pm 6,3$ балів). Крім того, дана функція не відновилась у хворих після лапаротомічної операції навіть через 6 місяців, а кількість балів за шкалою ІСД склала $9,8 \pm 1,5$ балів, тоді як після лапароскопічної операції цей показник склав $18,2 \pm 4,2$ балів, а після робот–асистованої – $20,5 \pm 6,3$ балів, тобто статеві функції майже повністю відновились у цих категорій пацієнтів.

Щодо порушень сечовипускання, під час візиту 1 хворі не відрізнялись між собою за кількістю балів за шкалою СПС, що складала $48,9 \pm 5,2$ – у групі 1, $44,6 \pm 9,9$ – у групі 2, $54,2 \pm 9,9$ – у групі 3. На візиті 2 виявилось, що хворі групи 1 мали значне погіршення цієї функції (кількість балів СПС склала $84,0 \pm 6,8$, $p < 0,05$ між візитами), а хворі групи 2 – незначне погіршення ($51,8 \pm 7,3$ балів), тоді як хворі групи 3 мали покращення сечовипускання вже через 3 місяці після операції ($50,8 \pm 8,5$ балів). На візиті 3 сечовипускання у хворих групи 1 було гіршим порівняно з доопераційним рівнем ($69,4 \pm 6,8$ балів), у групі 2 воно відновилося майже у всіх хворих ($47,3 \pm 7,8$ балів), а у хворих групи 3 було кращим, ніж до операції ($39,7 \pm 7,6$ балів).

Усі хворі мали погіршення анальної інконтиненції до операції; на візиті 1 кількість балів за ІПАІ становила $1,0 \pm 0,3$ – у групі 1, $0,93 \pm 0,3$ – у групі 2, $0,90 \pm 0,4$ – у групі 3. Через 3 місяці після операції переважна більшість хворих мали погіршення цієї функції ($3,5 \pm 0,3$ балів – у гру-

пі 1, $3,0 \pm 0,4$ балів – у групі 2, $2,5 \pm 0,6$ балів – у групі 3), при цьому найменша кількість ускладнень спостерігалась серед хворих з використанням робот–асистованої техніки. Через 6 місяців у хворих груп 2 і 3 дана функція майже відновились до вихідних, тоді як у деяких хворих групи 1 все ще спостерігались тяжкі порушення анальної інконтиненції ($2,1 \pm 0,2$ балів – у групі 1, $1,21 \pm 0,1$ – у групі 2, $1,0 \pm 0,4$ балів – у групі 3).

Висновки. 1) частота та виразність виникнення дисфункції тазових органів залежить від методу обраної операції, під час використання лапароскопічної та роботи-

зованої технік тазові дисфункції набагато рідше, а відновлення функції органів відбувається швидше.

2) використання Індексу статевої дисфункції (ІСД), Міжнародної шкали симптомів порушення сечевипускання (СПС), Індексу порушення анальної інконтиненції (ІПАІ) для визначення функціональних порушень тазових органів за Клівлендською шкалою (Cleveland Clinic Continence Score questionnaire) дозволяє об'єктивно оцінити виразність порушення тазових органів у хворих на РПК під час різних етапів динамічного спостереження.

Післяопераційні порушення функції тазових органів при лікуванні раку прямої кишки

Дука Р. В., Белослудцев О. Д., Савенков Д. Ю.

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Рак прямої кишки (РПК) характеризується дуже великою частотою розповсюдження та смертності. Хірургічне лікування дозволяє радикально видалити пухлину, але при цьому, на жаль, зустрічаються різні ускладнення. Деякі з них є життєвонебезпечними (кровотеча, неспроможність анастомозу, поліорганна недостатність, бактеріальна контамінація), їх добре досліджують та завжди прагнуть запобігти. Втім, під час цих операцій у пацієнтів подекуди відбувається пошкодження вегетативних нервів, що викликає порушення функції тазових органів. Ця проблема часто залишається не діагностованою, не дивлячись на відсутність загрози життю хворого, такі ускладнення значно знижують якість життя пацієнтів та потребують подальших досліджень.

Мета. Дослідити частоту та склад післяопераційних ускладнень у хворих після радикальних операцій з приводу РПК за даними ретроспективного аналізу медичної документації.

Матеріали й методи. Нами проаналізовано 108 історій хвороб пацієнтів (середній вік – 65 років, чоловіків – 52,8%), що проходили хірургічне лікування в онкохірургічному відділенні №2 КП «ДОКОД» ДОР з приводу РПК у 2021–2022 рр, яким виконано оперативне лікування в об'язі низької передньої резекції прямої кишки. У залежності від методу виконаного оперативного втручання, хворих розподілено на 3 групи: група 1 – 59 хворих, яким була проведена лапаротомічна операція, група 2 – 38 хворих після лапароскопічної операції, група 3 – 11 хворих, яким застосовувалась робот–асистована техніка (за допомогою роботичної системи Da Vinci S).

Результати. Згідно з отриманими даними вибір методу хірургічного втручання суттєво не вплинув ані на

тривалість лікування (кількість післяопераційних ліжко–днів після лапаротомічних операцій склала 7 днів, лапароскопічних – 6 днів, роботизованої – 6 днів, $p \geq 0,05$), ані на об'єм крововтрати (група 1 – 200 мл, групи 2 та 3 – по 100 мл).

Тоді як достовірна відмінність між групами ($p < 0,05$) спостерігалась у частоті виявлення післяопераційних ускладнень. У групі 1 ускладнення фіксувались у 15,3% випадках, а саме неспроможність коло–ректального анастомозу – у 3,4%, нейрогенна дисфункція сечового міхура – у 3,4% випадків, інші функціональні порушення (діарея, нетримання газів та стільця, нічна дефекація на ін.) – у 8,5% випадків. У хворих групи 2 ускладнення фіксувались у 10,6% хворих: неспроможність коло–ректального анастомозу – у 5,3%, нейрогенна дисфункція сечового міхура – у 5,3% випадків. Тоді як у хворих групи 3 фіксувались поодинокі випадки неспроможності анастомозу (9% випадків), тоді як функціональні порушення не виявлялись взагалі.

Висновки: 1) частота виникнення дисфункції тазових органів залежить від виду обраної операції, її ризик знижується вдвічі під час використання лапароскопічної техніки та стає мінімальним під час роботичної операції.

2) найчастішими післяопераційними ускладненнями з приводу РПК за даними ретроспективного дослідження є: після лапаротомічної операції – неспроможність коло–ректального анастомозу (до 4%) та функціональні порушення тазових органів (до 12%), після лапароскопічної – неспроможність коло–ректального анастомозу (до 5%) та функціональні порушення тазових органів (до 5%), після робот–асоційованої – неспроможність коло–ректального анастомозу (до 9%).