

Колопроктологія в Україні: сучасні реалії та перспективи

14 жовтня 2017 року в м. Умані за підтримки Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Асоціації колопроктологів України, Національного інституту раку, Управління охорони здоров'я Черкаської обласної державної адміністрації відбулася Всеукраїнська науково-практична конференція «Проблемні питання колопроктології». У рамках цього заходу розглянуто актуальні напрями діагностики та лікування запальних та онкологічних захворювань колоректальної ділянки, а також запропоновано сучасні підходи до їх медикаментозної та хірургічної корекції. Цього року час проведення конференції збігся з великим святом – Покрови Пресвятої Богородиці, в яке ми відзначаємо ще й День українського козацтва та День захисника України. На наше переконання, це має символічне значення, адже лікарі – це ті захисники нашої держави, котрі щодня відчайдушно борються за життя пацієнтів. Для кожного учасника конференція стала важливим етапом у професійному розвитку, а дивовижна атмосфера мальовничої Умані сприяла плідній та натхненній роботі.



Під час церемонії відкриття конференції її учасників привітав відомий вітчизняний вчений та авторитетний експерт у галузі колопроктології, член-кореспондент НАМН України, президент Асоціації колопроктологів України, професор кафедри хірургії №1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук Михайло Петрович Захараш. Він наголосив на вкрай важливому значенні своєчасної діагностики хронічних запальних захворювань кишечника (ХЗЗК) та передракових станів лікарями первинної ланки медичної допомоги. Верифікація цих діагнозів сімейними лікарями, терапевтами та лікарями ендоскопічної діагностики дає змогу розпочати негайне лікування хвороби та запобігти розвитку тяжких ускладнень. Тільки завдяки мультидисциплінарному підходу до ведення пацієнта із хронічною патологією кишечника можна змінити загальну тривожну тенденцію стосовно зростання поширеності цих захворювань.

У лекції-майстер-класі М.П. Захараш докладно розглянув проблематику сучасного консервативного та хірургічного лікування такого поширеного хронічного запального захворювання кишечника, як неспецифічний виразковий коліт (НВК).

— Актуальність проблеми ХЗЗК зростає з кожним роком. Вони уражають переважно осіб молодого віку, характеризуються прогресуючим перебігом та потребують життєвого медикаментозного лікування. За даними ДЗ «Центр медичної статистики охорони здоров'я України» (2015), показник захворюваності на НВК в Україні становить 21,1 випадків на 100 тис. населення (9023 випадків), а на хворобу Крона (ХК) — 5,6 випадків на 100 тис. населення. Згідно з сучасними уявленнями, НВК — це багатфакторне, генетично детерміноване захворювання. Поєднання генетичної схильності та несприятливих зовнішніх факторів зумовлює процес неспецифічного імунного запалення слизово-підслизового шару стінки товстої кишки, а у разі розвитку гострих ускладнень НВК — її трансмуральне ураження. Порушення імунної відповіді супроводжується гіперпродукцією багатьох медіаторів запалення: цитокінів (зокрема фактора некрозу пухлин), ейкозаноїдів, інтерферонів та ін. За клінічним перебігом НВК класифікують на: гострий, гострий блискавичний, хронічний рецидивуючий та хронічний безперервний рецидивуючий. Згідно з Монреальською класифікацією за поширеністю запалення виділяють такі форми НВК, як проктит, проктосигмоїдит, лівобічний коліт і тотальний коліт (панколіт). Клінічні прояви НВК варіюють від помірних до різко виражених, які в період ремісії послаблюються або взагалі зникають. Симптомами НВК, зумовленими процесом запалення в кишечнику, є такі: колітичний синдром (діарея до 12-15 разів і більше на добу, наявність у калі слизу, іноді — крові), тенезми, біль та кровотеча при дефекації, абдомінальний біль (локалізується переважно в лівій здухвинній ділянці), нудота та блювання. Перебіг НВК також супроводжується загальними симптомами: втратою ваги, підвищеною втомлюваністю, зниженням апетиту, затримкою фізичного

та розумового розвитку у дітей, аменореєю тощо. Для оцінки активності НВК використовують такі показники: кількість випорожнень із домішками крові на добу, частота пульсу, температура тіла, рівень гемоглобіну, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) та рівень С-реактивного білка (модифікована класифікація НВК за Truelove and Witts). У 33-35% пацієнтів виявляють позакишкові ураження, які можуть бути першими проявами НВК, такі як увеїт (2-13%), анкілозуючий спондиліт (1-6%), склерозуючий холангіт (до 4%), гангренозна піодермія (0,5-2%) та вузликова еритема (6-15%) (Cohen et al., 2003).

Відповідно до положень Європейської організації з вивчення хвороби Крона і неспецифічного виразкового коліту (ЕССО), жодна з ендоскопічних ознак не є специфічною для НВК. Проте найбільш значимими ендоскопічними характеристиками, які з високою ймовірністю вказують на наявність НВК, є такі: обов'язкове ураження прямої кишки з подальшим поширенням процесу у проксимальному напрямку; безперервність ділянки ураження слизової оболонки кишечника з чітким її розмежуванням від здорових тканин; відсутність гаустрації товстої кишки, звуження її просвіту; наявність множинних виразок та псевдополіпів, що свідчать про тривалий перебіг НВК. Важливе місце в діагностиці ХЗЗК займають рентгенологічні методи. Іригоскопія виконується з метою виявлення виразок, псевдополіпів, а у разі тривалого перебігу захворювання — звужень просвіту товстої кишки, оцінки гаустрації, наявності симптому «водостічної труби» тощо. Водночас рентгенологічне дослідження не рекомендується проводити хворим із тяжким клінічним перебігом НВК через реальну загрозу різкого загострення запального процесу, аж до розвитку гострої токсичної дилатації товстої кишки. За допомогою УЗД, СКТ та МРТ органів черевної порожнини можна визначити ширину просвіту товстої кишки, товщину її стінки, наявність запальних інфільтратів тощо. Сучасним лабораторним маркером, який використовують для оцінки тяжкості перебігу НВК та ефективності терапії, є фекальний кальпротектин.

Відповідно до Європейського консенсусу 2014 року, золотий стандарт лікування пацієнтів із НВК — це консервативна терапія. Стратегія ведення таких хворих за останні 5 років еволюціонувала і на сьогодні передбачає досягнення не лише клінічної, а й ендоскопічної ремісії — загоєння дефектів слизової оболонки ураженого відділу товстої кишки (S. Chang et al., 2015). Сучасні принципи консервативного лікування хворих на НВК включають:

- базисну терапію — препарати 5-аміносаліцилової кислоти (5-АСК, месалазин) та системні або топічні кортикостероїди;
- застосування препаратів резерву — імуносупресантів;
- біологічну антицитокінову терапію — препарати на основі моноклональних антитіл.

Препаратом першої лінії базисної терапії пацієнтів із НВК є месалазин. Зараз в Україні більшість лікарів обирають ефективний та високоякісний препарат Салофальк® виробництва німецької фармацевтичної компанії «Alpen Pharma AG». Вагомою перевагою препарату Салофальк® є те, що він представлений у різних лікарських формах

(таблетках, гранулах, ректальних супозиторіях, суспензії для ректального застосування) і різному дозуванні, що дає можливість підібрати для кожного конкретного пацієнта індивідуальну схему лікування. У дослідженні, в якому оцінювалась ефективність застосування (пероральної, ректальної та комбінованої) різних лікарських форм препарату 5-АСК, встановлено, що одночасне застосування різних лікарських форм препарату забезпечує значно кращі результати лікування (Safdi et al., 2007). Гастрорезистентні гранули препарату Салофальк® покращують доставку месалазину до слизової оболонки товстої кишки, адже вивільнення з них молекул діючої речовини відбувається тільки у здухвинному відділі кишки (при рН 6). По ходу товстої кишки препарат розподіляється рівномірно та поетапно. Не менш важливими перевагами препарату Салофальк® є те, що прийом їжі ніяк не впливає на фармакокінетику месалазину, а також його швидка дія та можливість одноразового прийому протягом доби.

Базисна терапія НВК передбачає також застосування кортикостероїдних гормонів, які чинять прямий вплив на клітини запалення, інгібують дію запальних цитокинів та інших медіаторів запалення. З метою зниження ризику системних ускладнень для лікування НВК зараз широко використовують топічні кортикостероїди, зокрема будесонід (препарат Буденофальк® виробництва фармацевтичної компанії «Alpen Pharma AG»), який характеризується доведеною високою ефективністю та сприятливим профілем безпеки, порівняно зі системними стероїдами.

Препаратами другої лінії терапії НВК є імуносупресори. Протягом останніх 10 років активно застосовують антицитокінові препарати, які містять моноклональні антитіла до фактора некрозу пухлин. Хірургічне лікування НВК показане у разі розвитку гострих ускладнень та фульмінантного перебігу захворювання, за наявності дисплазії тяжкого ступеня та малігнізації. При цьому важливо пам'ятати, що однією із причин прогресування НВК і розвитку його ускладнень є неадекватність базисної терапії в період загострення захворювання та відсутність підтримувального лікування під час ремісії. З метою запобігання розвитку станів, які потребують радикального хірургічного лікування, слід своєчасно (на ранніх стадіях захворювання) розпочинати адекватну базисну терапію, адже комбіноване застосування препаратів 5-АСК (Салофальк®) і топічних кортикостероїдів (Буденофальк®) дозволяє досить швидко досягти клінічної та ендоскопічної ремісії у більшості пацієнтів із НВК.



Тему лікування ХЗЗК продовжила у своєму виступі асистент кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького Любов Юрївна Лозинська, яка розповіла про оптимізацію лікування термінального ілеїту в пацієнтів із ХК.

— Термінальний ілеїт потребує проведення ретельної диференційної діагностики із цілою низкою захворювань інфекційної (ієрсиніозом, сальмонельозом,

актиномікозом, туберкульозом, гістоплазмозом, цитомегаловірусною інфекцією) та неінфекційної (тифлітом, ілеїтом, асоційованими із спондилоартропатіями, васкулітом, пухлинами тонкої кишки, медикаментозно-асоційованим ілеїтом, еозинофільним гастроентеритом, амліоїдозом, ендометріозом) етіології. З метою оцінки активності запалення використовують індекс активності ХК (CDAI). Для його визначення використовують такі критерії: кількість дефекацій з виділенням рідких калових мас, абдомінальний біль та загальний стан протягом останнього тижня, наявність позакишкових проявів хвороби та їх кількість, використання опіодоподібних антидіарейних засобів, гематокрит та маса тіла пацієнта. Стадії ремісії відповідає індекс менше 150 балів, легкій формі захворювання — 150-220 балів, середньоважкій — 220-450 балів, важкій — більше 450 балів.

Тактика лікування ХК є поетапною. Базисна консервативна терапія включає препарати 5-АСК і топічні кортикостероїди. Другим етапом лікування є призначення системних кортикостероїдів. Хірургічні методи лікування застосовують лише за наявності важкої форми захворювання та у разі розвитку ускладнень. Препаратом першої лінії терапії ХК зараз є месалазин (Салофальк®), який представлений на фармацевтичному ринку України в різних лікарських формах (гастрорезистентних гранулах, таблетках, ректальних супозиторіях, суспензії для ректального введення). Активні молекули месалазину вивільняються із гранул при рН 6, що забезпечує дію препарату саме в товстій кишці. Фармакокінетика та фармакодинаміка лікарського засобу Салофальк® не залежить від прийому їжі. Молекули месалазину поступово вивільняються із гранул препарату, що уможливорює рівномірний розподіл по всій поверхні ураженого кишечника.

Відповідно до рекомендацій ЕССО щодо лікування пацієнтів із легкою формою ХК, перевага надається щоденному використанню топічних кортикостероїдів. Серед них одним із найбільш оптимальних завдяки високому профілю безпеки є будесонід (Буденофальк®). При середньотяжкій формі хвороби Крона медикаментозну терапію слід розпочинати із призначення системних кортикостероїдів. У разі виникнення рецидиву захворювання у схему лікування включають антагоністи фактора некрозу пухлин та/або імуномодулятори. Проведення хірургічного втручання є обґрунтованим при ілеоцекальній локалізації патології за наявності обструктивних симптомів та за відсутності істотних ознак активного запалення. Слід враховувати, що за допомогою хірургічної корекції не можна досягти повного одужання пацієнта. Тактика лікування ХК у пацієнтів із фіброзною стриктурою ілеоцекальної ділянки схематично має вигляд перевернутого трикутника, у якому першочерговим є проведення операції. Після хірургічного етапу призначають протирецидивне лікування, яке передбачає застосування стероїдів, імуномодуляторів та антицитокінових препаратів. Отже, своєчасне консервативне лікування є необхідним для запобігання ускладненням термінального ілеїту до і після проведення оперативних втручань.



Лекцію-майстер-клас «Хірургічна тактика при параректальних норицях» до уваги учасників науково-практичної конференції представив доцент кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кандидат медичних наук Руслан Капітонович Палієнко.

— При визначенні тактики хірургічного лікування пацієнтів із параректальними норицями лікар стикається зі значною кількістю проблем, серед яких — неусталеність термінології (варіативність термінів «параректальна нориця», «нориця прямої кишки», «анальна нориця», «періанальна нориця»), плутанина в класифікаціях та їх інтерпретації, відсутність чітких критеріїв вибору методу лікування. Наявна ситуація вимагає розроблення єдиного алгоритму вибору тактики лікування пацієнтів із параректальними норицями.

Параректальна нориця — це нориця, розташована в параректальній клітковині, яка завжди анатомічно та патогенетично пов'язана з анальним каналом. Причини виникнення параректальних нориць можуть бути: криптит (у 62% випадків), анальна тріщина (17%), гострий геморой (3%), післяопераційні ускладнення (2%), травматичні пошкодження (1%), НВК (1%), а також нез'ясовані фактори (14%). Згідно з класифікацією Parks (1976) виділяють: інтрасфінктерні, трансфінктерні (низькі та високі), супрасфінктерні та екстрасфінктерні параректальні нориці. Класифікація Дульцова-Саламова (1981) передбачає групування патології за етіологічним чинником (неспецифічні, специфічні, післятравматичні), локалізацією внутрішнього отвору нориці (передня, задня, бокова), за наявності зовнішньої нориці (повні, неповні, внутрішні) та відносно зовнішнього анального сфінктера (інтрасфінктерні, трансфінктерні та екстрасфінктерні I-IV ступеня складності).

Лікування параректальної нориці при ХК включає виконання операції (лігатурна методика, «відключення» кишки, санація нориці) та медикаментозну терапію (месалазин, будесонід, метронідазол). У консервативному післяопераційному лікуванні пацієнтів із параректальними норицями широко застосовують препарат Салофальк®, який випускається в різних лікарських формах та забезпечує ефективність терапії при будь-якій локалізації запального процесу.

Хірургічна тактика при параректальних норицях залежить від обсягу ураження зовнішнього анального сфінктера та локалізації внутрішнього отвору утворення (при трансфінктерній нориці) та ступеня тяжкості (при екстрасфінктерних норицях). Ґрунтуючись на власному досвіді та результатах проведених клінічних досліджень, можна запропонувати такий алгоритм хірургічного лікування пацієнтів із різними видами параректальних нориць:

- при ураженні більше 1/3 зовнішнього анального сфінктера хірургічна тактика аналогічна тій, яка використовується при екстрасфінктерних норицях;
- якщо в патологічний процес залучено менше 1/3 порції зовнішнього анального сфінктера, перевагу слід надати операції Габріеля;
- при екстрасфінктерних норицях I ступеня складності можна виконувати будь-які оперативні втручання із пластики сфінктера, переміщення нориці та лоскута кишки, пломбування нориці;
- при II ступені складності тактика така сама, як і при I ступені, окрім пломбування нориці;
- при III ступені складності виконують операцію Гіппократа;
- при IV ступені складності доцільно виконувати операцію Гіппократа з широким висіченням і розкриттям гнійників або, як варіант, відключення прямої кишки з пасажу з 3-етапним лікуванням (стома, санація параректальної клітковини, пластика сфінктера та закриття стоми).

Впровадження цієї хірургічної тактики дало можливість істотно знизити ризик розвитку рецидивів — з 9 до 3%.



Володимир Михайлович Мельник.

— Проблема виконання РВО на товстій кишці є вкрай актуальною у колопроктології. На сучасному етапі ці хірургічні втручання мають відповідати таким вимогам:

- радикальність (залежно від особливостей патологічного процесу);
- наявність первинного відновного або реконструктивно-відновного етапу;
- забезпечення неускладненого перебігу післяопераційного періоду та сприятливих найближчих та віддалених функціональних результатів.

Якість життя пацієнта, якому проведено операцію на товстій кишці, залежить від хірургічної реабілітації — комплексу хірургічних втручань і заходів, спрямованих на ліквідацію захворювання та його ускладнень, забезпечення неускладненого післяопераційного періоду та досягнення максимальної соціально-трудова адаптації. Хірургічна реабілітація хворих включає РВО, які спрямовані на відновлення безперервності, прохідності товстої кишки та функціонально-активних анатомічних відділів, видалених на «радикальному» етапі, що дає можливість створити нову анатомо-функціональну конструкцію. Незважаючи на складність техніки виконання та високий ризик післяопераційних ускладнень, РВО забезпечують значний реабілітаційний ефект. Головна мета РВО — це відновлення здатності пацієнта до самореалізації в соціальному та біологічному аспектах. На сьогодні завдання хірурга — не тільки ліквідувати основне захворювання, а й сприяти реалізації соціальних програм для пацієнта, що допоможе йому здобути освіту, досягти успіхів у професійній діяльності, створити сім'ю, народити та виховати дітей, підтримувати близьких.

РВО поділяють на первинні (їх проводять одночасно з радикальною операцією) та вторинні (через 6-24 міс після ліквідації основної патології). Після виконання вторинних РВО здійснюють оцінку функціональних результатів. Проведена РВО визначається як успішна при досягненні: фізіологічної, або близької до фізіологічної, частоти випорожнень, достатньої континентної функції, відсутності пізніх ускладнень з боку міжкишкового анастомозу та створеної анатомо-функціональної конструкції, вільного випорожнення прямої кишки та відсутності патологічних синдромів (або їх помірної вираженості), зумовлених видаленням функціонально-активного відділу товстої кишки.

На базі Українського центру колопроктології (Київська міська клінічна лікарня № 18) виконують класичні тонкокишкові, товстокишкові резервуарно-анальні та резервуарно-ректальні РВО, а також створюють авторські тонкокишково-ободові, тонкокишкові, товстокишкові резервуарні, товстокишкові утримуючі анатомо-функціональні конструкції нового типу. Концепція авторських РВО на товстій кишці включає визначення поняття «реконструктивно-відновної операції», «функціонально-активного відділу товстої кишки» та «анатомо-функціональної конструкції», а також критеріїв доцільності формування певного типу анатомо-функціональної конструкції після видалення одного чи кількох функціонально-активних відділів товстої кишки.

Функціонально-активні відділи товстої кишки — це анатомо-функціональні структури, які мають певну анатомічну будову та виконують специфічну функцію. До них належать: іліоцекальний перехід, ободова кишка, ампула та сфінктерний апарат прямої кишки. Анатомо-функціональна

конструкція нового типу — це створена нова топографо-анатомічна структура між різними за морфологічною будовою та функціональним призначенням відрізами кишкового каналу, яка достатньою мірою може виконувати функцію видаленого функціонально-активного відділу товстої кишки. Вони формуються відповідно до таких принципів:

- забезпечення фізіологічної затримки просування вмісту по кишечнику, поліпшення кишкового травлення, всмоктування, калоутворення, анального тримання та випорожнення;
- використання відомих анатомічних та фізіологічних факторів затримки просування вмісту;
- розташування сформованої анатомо-функціональної конструкції на певній відстані від ілео-анального або коло-анального анастомозу;
- диференційований підхід до вибору способу формування тонкокишкової та товстокишкової конструкції;
- збереження анатомічної цілісності стінки тонкої та товстої кишки.

Отже, удосконалення РВО — це важливий напрям поліпшення результатів хірургічного лікування пацієнтів із захворюваннями товстої кишки.



Про сучасні проблеми, пов'язані із використанням колостом, розповів головний науковий співробітник Національного інституту хірургії і трансплантології імені О.О. Шалімова, заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор Андрій Семенович Лаврик.

— Кишкова стома — це штучно створений отвір між ділянкою кишкового тракту та поверхнею шкіри. Створення колостоми — це інвалідизуюча операція, яка істотно знижує якість життя пацієнта. Нині існує кілька видів колостом, найпоширеніші з яких — кінцева (одностовольна) та петлева (двостовольна). Перший варіант передбачає виведення на передню черевну стінку тільки одного кінця кишечника, через який буде відбуватись евакуація вмісту. При формуванні двостовольної колостоми назовні виводиться петля товстої кишки та формуються два отвори на передній черевній стінці.

Ускладнення колостоми поділяються на ранні (ішемія, ретракція, стриктура, інфікування, некроз) та пізні (евагінації, периколостомічні грижі та кровотечі). Крім того, на тлі постійного механічного та хімічного подразнення шкіри навколо стоми часто виникає дерматит. Можливе також приєднання алергічного компонента, що проявляється почервонінням, свербіжем, печінням. Здебільшого причиною цих ускладнень є недостатній догляд за шкірою в ділянці накладання колостоми. Іноді на межі шкіри та сформованого отвору утворюються поліпоподібні вирости, які кровоточать. Стома має бути прохідною і вільно пропускати вказівний палець. Звуження отвору, як правило, спостерігається при запаленні стоми в ранньому післяопераційному періоді. Стриктура колостоми розвивається при формуванні занадто широкого каналу навколо кишки, а також при надмірній схильності шкіри до рубцювання. Внаслідок втягнення стінки кишки нижче рівня шкіри з'являється воронкоподібне заглиблення стоми. Це ускладнення колостоми істотно утруднює догляд за штучним отвором і потребує застосування спеціальних двокомпонентних калоприймачів. Часто зустрічається вип'ячування стінки кишечника через колостому, що не супроводжується погіршенням стану пацієнта. Проте повне випадіння всіх шарів кишки порушує прохідність отвору, створює передумови для защемлення стінки

кишечника. Парастомальна грижа формується в місці виведення стоми, де м'язовий шар є найслабшим. Ризик виникнення патологічного випинання підвищується при ожирінні, тривалому кашлі. Для профілактики цього ускладнення в ранній післяопераційний період рекомендують носити еластичний бандаж.

Отже, формування стоми вимагає від хірургів дотримання правильної техніки операції та адекватного післяопераційного догляду для запобігання небажаним наслідкам.



Сучасні принципи хірургічного лікування колоректального раку (КРР) у своїй доповіді висвітлює директор Національного інституту раку, доктор медичних наук Олена Олександрівна Колеснік.

— За показниками смертності від КРР Україна через відсутність скринінгових програм, на жаль, займає одну з найвищих позицій серед європейських країн. Відомо, що у хворих на рак прямої кишки показник п'ятирічної виживаності є достовірно вищим, ніж у пацієнтів із раком ободової кишки (D.J. Renouf, R. Woods et al., 2013). Тому при хірургічному лікуванні раку ободової кишки доцільно проводити повну мезоколонектомію з центральною перев'язкою судин, що підвищує радикальність оперативного втручання з онкологічної точки зору порівняно зі стандартним хірургічним лікуванням при раку ободової кишки. D3-лімфодисекція (видалення не тільки регіонарних лімфатичних колекторів, а й лімфатичних вузлів 3-го етапу метастазування) забезпечує високу виживаність на I (100%), II (90,8%) і III (77,7%) стадіях захворювання (W. Hohenberger, K. Weber et al., 2006, 2008).

Що стосується метастазування раку ободової та прямої кишки, то кількість видалених лімфовузлів достовірно впливає на віддалені результати лікування: при видаленні 40 і більше лімфовузлів загальна 5-річна виживаність становить 93%, а безрецидивна виживаність — 90%. При видаленні 10 і менше лімфовузлів показники виживаності знижуються майже на 30% (L.E. Voyer et al., 2013).

Що ж стосується раку прямої кишки, то слід пам'ятати, що хірургічне лікування цього захворювання включає такі онкологічні та функціональні принципи:

- радикальність резекції (R0);
- тотальна мезоректумектомія (TME);
- латеральна межа резекції (CRM) >1mm;
- збереження сфінктера;
- задовільна континенція;
- збереження сечостатевої функції.

На сьогодні також актуальним є питання щодо визначення оптимального обсягу лімфодисекції у хворих на рак прямої кишки. Завдяки низькій перев'язці нижньої брижової артерії вдається досягти видалення апікальної групи лімфовузлів (частота прогресування захворювання є вищою при ураженні апікальних лімфовузлів у басейні нижньої брижової артерії), збільшення кількості видалених лімфовузлів та потенційного зростання загальної 5-річної виживаності. Проте цей метод має і мінуси: достовірно вища неспроможність анастомозу (34%), вплив на виживаність доведений лише тільки у 5 із 13 досліджень, ризик травмування нижнього мезентеріального сплетіння, порушення континенції та сечовипускання (68%).

Сучасним стандартом лікування КРР є лапароскопічна хірургія. Цей метод дає змогу зменшити травмування передньої брюшної стінки, парієтальної та вісцеральної брюшини, забезпечує кращу візуалізацію для хірурга, а також характеризується нижчою частотою післяопераційних ускладнень.

Продовження на стор. 28.

Колопроктологія в Україні: сучасні реалії та перспективи

Продовження. Початок на стор. 26.

Дотепер важливою проблемою є місцевопоширений рак прямої кишки – первинний рак прямої кишки, при якому, за даними МРТ, для досягнення R0-резекції необхідно проводити дисекцію за межами мезоректальної площини. Отже, без проведення МРТ не можна починати лікування місцевопоширеного раку прямої кишки. Пацієнти з таким захворюванням мають отримувати лікування (хіміотерапію та променеву терапію) у високоспеціалізованих центрах. Дедалі більше зростає роль неоад'ювантної променевої терапії у лікуванні раку прямої кишки. Променева терапія має на меті зменшення об'єму пухлини, зниження частоти локальних рецидивів та передопераційних ускладнень. Променева терапія дає можливість досягти повного регресу місцевопоширеного раку прямої кишки, але лише за умови застосування сумарної дози 50 Гр.



Про переваги та обмеження проведення лапароскопічних операцій у хворих на рак товстої кишки розповів **професор кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук**

Микола Дмитрович Кучер.

– На сьогодні лікування раку товстої кишки в нашій країні регламентоване такими нормативними документами, як «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Колоректальний рак» (затверджений наказом МОЗ України від 12.07.2016 № 703) та видана державним експертним центром МОЗ України Клінічна настанова «Діагностика та лікування колоректального раку», яка має рекомендаційний характер. Крім того, є ціла низка зарубіжних керівництв та рекомендацій, складених профільними товариствами онкологів США та Європи.

Відповідно до вказаних рекомендацій, можна виділити 4 принципи проведення лапароскопічних резекцій при раку товстої кишки:

- хірург повинен мати досвід виконання резекцій прямої кишки з тотальною мезоректумектомією;
- мініінвазивні технології не показані у випадках місцевого поширення пухлини (за наявності високого ризику отримати позитивний щодо ракової інвазії циркулярний край резекції);
- вони не показані у випадках гострої obtураційної непрохідності товстої кишки або перфорації пухлини;
- має існувати можливість детальної ревізії черевної порожнини;
- у випадку раку ободової кишки додається 5-й принцип: доопераційне маркування пухлини (наприклад, ендоскопічне татуювання).

Окрім цього, слід враховувати онкологічні правила оперування:

- межі резекції кишки: відстань від країв пухлини до проксимальної, дистальної (мінімум 5 см) і циркулярної (мінімум 1 мм до ціломічної фасції) меж;
- шари дисекції: витинання єдиним блоком ділянки кишки з пухлиною і судинної ніжки разом з регіонарними лімфатичними вузлами між ціломічною фасцією (*fascia Toldt*), яка входить до макропрепарату, що видаляється, і преренальною фасцією (*fascia Gerota*), яка вкриває органи та структуру заочеревинного простору:

- первинна і висока перев'язка судинної ніжки.

Багаторічна світова практика показала, що лапароскопічний спосіб оперування забезпечує тотожні із лапаротомічними операціями онкологічні результати, при цьому він має низький рівень післяопераційних ускладнень. Після лапароскопічних операцій раніше відновлюється пероральне харчування, зменшується вираженість больового синдрому, а також швидше відновлюється фізична активність.

Член-кореспондент НАМН України, президент Асоціації колопроктологів України, професор кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук Михайло Петрович Захараш представив до уваги аудиторії ще одну доповідь, присвячену сучасним можливостям ендоскопічної діагностики та хірургії передпухлинних захворювань товстої кишки.

— У структурі онкологічної патології КРР займає 3-тє місце, а за показниками смертності — 2-ге, поступаючись лише серцево-судинним захворюванням. В Україні протягом останніх років спостерігається тривожна стійка тенденція до зростання кількості випадків КРР: щорічно реєструється 19-21 тис. нових випадків захворювання, серед яких тільки 8-12% виявляють під час профілактичних оглядів. На жаль, у більшості випадків діагноз КРР встановлюється вже на III-IV стадії захворювання, що зумовлює високий рівень летальності.

Найчастішою причиною розвитку КРР є малігнізація аденоматозних поліпів товстої кишки, які становлять 70% серед всіх діагностованих доброякісних новоутворень. Саме тому своєчасне виявлення і хірургічне лікування поліпів, інших передракових станів, а також дисплазій слизової оболонки товстої кишки – основний резерв зниження показників захворюваності на КРР. Найбільш ефективним методом вирішення цієї проблеми є широке впровадження скринінгу КРР. Тоді, як у більшості економічно розвинених країн запроваджено і широко виконуються такі програми, в Україні, на жаль, їх немає. Золотим стандартом та оптимальним скринінговим дослідженням передракових захворювань товстої кишки і КРР визнано колоноскопію (КС). Водночас стан ендоскопічної служби в Україні викликає значне занепокоєння через низький рівень її технічного забезпечення та нерациональне використання наявної апаратури. Враховуючи це, в Україні обов'язковим має стати проведення КС всім пацієнтам із позитивним результатом аналізу калу на приховану кров (Cito test Fob), впровадження якого в широку клінічну практику є першочерговим завданням.

Важливою перевагою КС є можливість виконання біопсії новоутворень, які не підлягають ендоскопічному видаленню, з подальшою морфологічною верифікацією діагнозу. Недопустимим є проведення біопсії плоских неоплазій. Внаслідок такого втручання можуть розвинутися низка ускладнень: кровотеча, перфорація, фіброз, що в подальшому істотно ускладнюють або унеможливають проведення ендоскопічного лікування. Саме широке впровадження ендоскопічних методів діагностики, зокрема ендоскопічної ультрасонографії, дає змогу своєчасно діагностувати передракові захворювання і рак на ранніх стадіях, а також використовувати можливості малоінвазивної ендоскопічної колоректальної хірургії, яка забезпечує хороші безпосередні, віддалені, функціональні результати оперативних втручань і високу якість життя прооперованих хворих.



вий співробітник ДУ «Інститут спадкової патології НАМН України», доктор біологічних наук Марія Ростиславівна Лозинська.

– У розвитку ХЗЗК, які характеризуються порушенням регуляції імунної відповіді на кишкову бактеріальну флору (зокрема, при ХК), першочергове значення мають зміни на генетичному рівні (С. Lees et al., 2011). У 2001 р. вперше було виявлено ген схильності до розвитку ХК – *NOD2*, що відповідає за функцію внутрішньоклітинного рецептора відносно компонентів бактеріальної стінки (J. Hugot et al., 2001; Y. Ogura et al., 2001). Одночасно з цим відкриттям було виявлено 3 найбільш поширені мутації цього гена: R702W, G908R, 1007fs. Усі вони незалежно асоційовані з розвитком ХК і зумовлюють підвищений ризик виникнення цього захворювання (J. Hugot et al., 2001; Y. Ogura et al., 2001). Встановлено, що носії мутацій гена *NOD2* мають підвищений ризик розвитку ХК: у гетерозиготному стані – у 4 рази, а у гомозиготному стані – у 20-40 разів (J. Hampe et al., 2001). Специфічною для ХК також є мутація гена *ATG16L1*, залученого у процес аутофагії. У носіїв деяких мутацій цього гена підвищений ризик розвитку КРР, а підсилення аутофагії сприяє прогресії наявної злоякісної пухлини (Brest, 2010).

Грунтуючись на результатах власних багаторічних клінічних спостережень пацієнтів із ХК та даних їх генетичного обстеження, було виділено основні чинники ризику розвитку КРР, а саме: чоловіча стать, вік старше 59 років, тривалість хвороби більше 8 років.

лівобічна локалізація патологічного процесу, множинні поліпи після запалення, обтяжений сімейний анамнез щодо KPP, носійство мутації R702W гена *NOD2*. З метою своєчасного виявлення KPP у пацієнтів із ХК рекомендується дотримуватися такої періодичності проведення колоноскопії:

- при ХК з ураженням менше 50% товстої кишки (низький ризик) – через 5 років;
- за наявності поліпів після запалення або сімейного анамнезу КРР у родича (-ів) I-го ступеня спорідненості віком менше 50 років (помірний ризик) – через 3 роки;
- у разі появи стриктури або дисплазії протягом попередніх 5 років, обтяженого сімейного анамнезу щодо КРР у родича (-ів) I-го ступеня спорідненості віком менше 50 років (високий ризик) – через 1 рік.

Отже, важливою умовою формування групи ризику розвитку KPP, асоційованого з ХК, є реєстрація хворих з обтяженим сімейним анамнезом щодо KPP та носіїв мутації R702W гена *NOD2*, які потребують прицільного спостереження. Згідно з даними ретроспективних зарубіжних досліджень, перспективним напрямом хемопревенції KPP у пацієнтів із ХК є тривала терапія месалазином (J. Beu, 2010).

Хронічні захворювання кишечника – це мультидисциплінарна проблема, до вирішення якої мають бути залучені, крім вузьких спеціалістів, ще й працівники первинної ланки медичної допомоги. У представлених доповідях продемонстровано сучасні можливості діагностики та лікування ХК, НВК, передракових захворювань товстої кишки та КРР. Завдяки участі у науково-практичних конференціях такого формату фахівці мають унікальну можливість обговорити найбільш актуальні проблеми вітчизняної колопроктології та запропонувати раціональні шляхи їх вирішення.

Підготували Ілона Цюпа
та Марина Тітомір



Буденофальк®

Ректальна піна

Потужна протизапальна дія^{1,2}
Швидке купірування симптомів^{1,2}



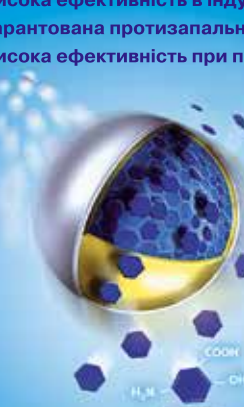




Салофальк® гранули

Єдині гранули месалазину з інноваційною технологією подвійного вивільнення на основі оригінальної полімерної матриці

- Висока ефективність в індукції та підтримці ремісії у переважній більшості пацієнтів^{3,4}
- Гарантована протизапальна дія протягом всього товстого кишечника та прямої кишки^{3,4}
- Висока ефективність при проктосигмоїдитах: ремісія у 86% пацієнтів^{3,4}






Увага! Тепер в Україні Салофальк гранули 3 г та 1,5 г для стартової та підтримуючої терапії виразкового коліту.

Представителю «НьюФарма КС» 04075 Київ, Пуш-Волода, вул. Писка, 30-А, тел.: (044) 401-41-41, 401-45-20. Інформація для фахівців медичної практики: Інформація для використання у професійній діяльності. Термін застосування згідно з інструкцією. Препарати мають подвійну дію. Використання в педіатричній практиці. Буденофальк: капсули РП № 044-0964-01-01; Буденофальк піна РП № 044-0964-02-01; Салофальк гранули РП № 044-0964-03-01, РП № 044-0964-04-01, РП № 044-0964-05-01. 1. Van Marrewijk W, Boudewijnse-Huisman H. Hydrocortisone acetate foam in the treatment of active distal ulcerative proctitis. Dis Colon Rectum 2003; 46: 521–526. 2. Gassner G. Budenofalk foam versus hydrocortisone foam in active distal ulcerative proctitis and proctosigmoiditis. Aliment Pharmacol Ther 2004; 23: 303–312. 3. Kruis A et al. Gut. 2009; 58:233-240. 4. Leffell et al. Aliment Pharmacol Ther. 2011; in press.