



О проблемах и достижениях в области диагностики и лечения колопроктологических заболеваний в интервью нашему

корреспонденту рассказал вице-президент Ассоциации колопроктологов Украины, заслуженный врач Украины, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца **Александр Иванович Пойда.**

– **Насколько широко распространена колопроктологическая патология среди жителей Украины в настоящее время?**

– В среднем для нашей страны уровень заболеваемости составляет 25%, а в ряде регионов достигает 30%. Согласно зарубежным данным, общее число заболевших колеблется от 10 до 30%, что несколько отличается от показателей Украины. Это различие обусловлено тем, что при проведении целенаправленного обследования пациентов выявляемость патологии составляет 30%; если основываться только на данных самостоятельного обращения больных, то уровень заболеваемости будет несколько ниже (10-15%). Необходимо подчеркнуть, что из всех людей, обратившихся за помощью в специализированное медицинское учреждение по поводу заболеваний колоректальной локализации, приблизительно 40% нуждаются в хирургическом лечении.

– **Какие нозологии доминируют в структуре заболеваемости толстой кишки?**

– Условно колопроктологию можно подразделить на «малую» и «большую». В структуре «малой» колопроктологии преобладают промежностные заболевания: геморрой, трещина заднего прохода, эпителиальные копчиковые ходы, различные доброкачественные заболевания промежности и т. д. В «большой» колопроктологии на первый план выступают заболевания, связанные с поражением ободочной и прямой кишки: неспецифические колиты (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит – НЯК), дивертикулярная болезнь, рак толстой кишки, на долю которого приходится до 6-7% всех заболеваний толстой кишки.

– **Неспецифические гранулематозные колиты (болезнь Крона) и НЯК – заболевания, характеризующиеся сложностью диагностики и лечения. Какие основные подходы к терапии должны соблюдаться на современном этапе оказания специализированной медицинской помощи таким больным?**

– Во время лечения этой группы пациентов необходимо помнить о том, что неспецифические колиты (НК) относятся к группе неизлечимых заболеваний, поскольку на сегодняшний день их этиология и патогенез остаются до конца не выясненными. Поэтому в настоящее время проводится лишь симптоматическая терапия, направленная в основном на увеличение защитных сил организма, необходимых для его самостоятельной борьбы с болезнью. Во многом успех лечения зависит от того, насколько рано будет верифицирован диагноз НК.

Терапия этих нозологий подразделяется на консервативную и хирургическую. Еще 10-20 лет назад в оперативных вмешательствах нуждались около 45% пациентов с болезнью Крона и НЯК, в настоящее время их число уменьшилось до 16-18%, что стало возможным благодаря открытию новых фармакологических средств, а также внедрению современных схем медикаментозной терапии. Основные направления консервативного лечения представлены противовоспалительной (препараты 5-аминосалициловой

О сложностях и успехах украинской колопроктологии

кислоты (месалазина), глюкокортикостероиды, антицитоклиновые средства), антибактериальной, инфузионной и детоксикационной терапией.

Наряду с терапией обострений, требующей внутривенного введения инфузионных растворов, препаратов крови, необходимых для коррекции электролитных нарушений и анемии, существует также поддерживающее лечение, заключающееся в пероральном приеме лекарственных препаратов. Поскольку НЯК и болезнь Крона относятся к хроническим заболеваниям, для пациентов крайне важно соблюдать режим поддерживающей терапии, постоянно находиться под наблюдением у колопроктолога. При легкой форме НК возможно амбулаторное лечение – 2-3 четырехнедельных курса с последующим назначением поддерживающей терапии (длительностью приблизительно 3 мес со снижением дозы препаратов в 2 раза). При среднетяжелом течении заболевания пациент должен 2 раза в год получать лечение в стационаре длительностью 3-4 нед.

– **Насколько актуальна проблема доброкачественных новообразований толстой кишки для жителей нашей страны?**

– О важности этой проблемы свидетельствует тот факт, что за период времени от аварии на ЧАЭС до настоящего момента количество доброкачественных новообразований, в частности полипов толстой кишки (на их долю приходится до 92% всех доброкачественных эпителиальных опухолей толстой кишки), увеличилось в 2, а в некоторых регионах – в 2,5 раза, что связано с последствиями возникшей экологической катастрофы (постоянное поступление в организм с пищей и водой долгоживущих радиоактивных изотопов, имеющих тропность к пищеварительному тракту). Согласно данным фиброколоноскопии, полипы обнаруживаются у 20-50% лиц в возрасте старше 50 лет. При подозрении на полип толстой кишки пациент должен пройти проктологическое обследование, включающее проктологический осмотр (осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, осмотр прямой кишки при помощи ректального зеркала или аноскопа, ректороманоскопию с осмотром прямой и дистальных отделов сигмовидной кишки), фиброколоноскопию (при необходимости со взятием биопсии). При выявлении полипа в толстой кишке обязательной является также фиброгастроуденоскопия.

– **Геморроем страдают 10-15% взрослого населения. Какие препараты используются для консервативной терапии этого состояния в настоящее время и как часто приходится прибегать к оперативным вмешательствам?**

– Основные усилия медикаментозной терапии направлены на профилактику возникновения обострений заболевания и его прогрессирования. Консервативное лечение эффективно исключительно на I-II стадиях заболевания, причем оно должно быть комплексным, включающим местную (использование мазей (Проктозан, Релиф, Ультрапрокт), свечей, микроклизм (30-50 мл) с растворами ромашки, зверобоя, коры дуба комнатной температуры) и системную терапию (пероральный прием препаратов, обладающих венотоническим и ангиопротекторным эффектом, в частности Детралекса). В настоящее время доказано, что комплексная терапия эффективнее монотерапии на 25-40%.

Примерно 30% пациентов с хроническим геморроем требуют хирургического вмешательства. Больных с острым геморроем оперируют в неотложном порядке в 80-90% случаев, поскольку наличие таких осложнений, как профузное кровотечение, тромбоз геморроидальных узлов, свидетельствует о необратимости изменений в кавернозной ткани геморроидального узла. В этом случае операция предупреждает дальнейшие многократные курсы лечения, не дающие стойкого положительного эффекта.

В зарубежных странах в лечении геморроя на начальных стадиях развития заболевания в большинстве случаев применяются малоинвазивные методики (инфракрасная коагуляция геморроидальных узлов, лигирование латексными кольцами, криотерапия, склеротерапия, моно-, биполярная, а также лазерная коагуляция), что позволяет добиться снижения количества выполняемых радикальных оперативных вмешательств. Нужно подчеркнуть, что противопоказаниями для проведения таких манипуляций служат тромбоз геморроидальных узлов, острый и хронический парапроктит, а также другие воспалительные

заболевания анального канала и промежности, причем успешное выполнение малоинвазивного вмешательства не гарантирует радикального излечения геморроя.

– **Ранняя диагностика – залог успеха лечения большинства заболеваний толстой кишки. Насколько значима проблема предраковых состояний и колоректального рака для отечественной колопроктологической службы?**

– Проблема своевременной диагностики и рационального лечения предраковых состояний и колоректального рака (КРР) крайне актуальна для украинской медицины. Ранее контролировать состояние здоровья населения позволяла активная диспансеризация (лица, состоящие в группе риска, подвергались более частому и детальному обследованию). Сегодня под наблюдением находится лишь группа людей, непосредственно обратившихся за помощью в специализированное медицинское учреждение.

Удельный вес КРР составляет около 7% среди всех злокачественных новообразований. Эта патология занимает 2-е место в структуре смертности от рака в странах Западного полушария. Необходимо принять во внимание, что за последние 20 лет количество доброкачественных новообразований колоректальной локализации увеличилось в 2-2,5 раза, что за счет малигнизации приводит к увеличению также и числа злокачественных эпителиальных опухолей слепой, ободочной и прямой кишок (в 50-75% случаев рак толстой кишки развивается из полипов).

Помимо сложной экологической ситуации, развитию КРР способствуют погрешности в питании населения (чрезмерное употребление в пищу рафинированных углеводов, насыщенных жиров, красного мяса). К сожалению, 60-65% больных раком толстой кишки поступают в стационар на поздних стадиях злокачественного процесса, когда их начинают беспокоить первые симптомы заболевания, однако в таких ситуациях радикальное лечение зачастую невозможно. При этом у 20% всех пациентов выявляются неоперабельные формы КРР, а у 60% больных возникают осложнения заболевания. Поэтому при малейшем подозрении на КРР необходимо не только выполнить проктологический осмотр больного, но и провести колоноскопию (с биопсией не менее чем из трех участков кишки), ирригоскопию, УЗИ органов брюшной полости, а при обнаружении опухоли в толстой кишке – также фиброгастроуденоскопию.

– **Что, на Ваш взгляд, необходимо предпринять для улучшения качества и полноты охвата диагностической помощью фокусной группы населения?**

– До тех пор пока не будет создана хорошо отлаженная, финансируемая на государственном уровне программа по активной диспансеризации населения, добиться более высоких показателей ранней диагностики КРР невозможно. С другой стороны, необходимо объяснить людям важность контроля за состоянием собственного здоровья, что может быть достигнуто путем проведения информационной кампании среди жителей нашей страны. Каждый человек, проживающий в данной экологической обстановке, даже при отсутствии каких-либо жалоб в возрасте 45-50 лет должен пройти гастро- и колоноскопию, что позволит повысить частоту выявления предраковых заболеваний в 2-3 раза. Несмотря на то что организация таких профилактических осмотров кажется крайне сложной, условия для проведения колоноскопии созданы во всех крупных городских больницах и диагностических центрах, а подготовка к осмотрам значительно упростилась благодаря внедрению в клиническую практику неинвазивных методов очистки толстой кишки. За рубежом частота осмотров членом семьи различными специалистами регламентируется семейными врачами, поскольку они хорошо знакомы с семейным анамнезом своих пациентов и знают, необходимо или нет относить их к определенным группам риска по развитию той или иной патологии. Не стоит забывать, что благодаря ранней диагностике становится возможным лечить пациентов на начальных стадиях заболевания, в некоторых случаях – амбулаторно, что позволяет не только повысить процент выживаемости больных КРР, но и снизить материальные затраты государства на лечение таких пациентов.

Подготовил **Антон Пройдак**