

III съезд колопроктологов Украины и II съезд



Наряду с уже ставшим привычным недофинансированием медицинской отрасли второй проблемой, на которую сетуют все без исключения украинские врачи, является дефицит времени для самообразования и усовершенствования. Вместе с тем известно, что тот, кто хочет что-то сделать, найдет для этого возможность, кто не хочет – причину. Убедительным подтверждением заинтересованности и высокой профессиональной активности украинских специалистов стал III съезд колопроктологов Украины и II съезд колопроктологов стран СНГ с участием стран Центральной и Восточной Европы, состоявшийся 18-20 мая в г. Одессе при поддержке Министерства здравоохранения Украины, Национальной академии медицинских наук Украины, Ассоциации колопроктологов Украины, Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца и Одесского национального медицинского университета.

Мероприятие отличалось не только чрезвычайно насыщенной научной программой (в течение 3 дней специалисты имели возможность поделиться накопленным опытом, принять участие в интересующих их секциях, среди которых «Хронические воспалительные заболевания кишечника», «Доброкачественные опухоли толстой кишки. Колоректальный рак», «Реконструктивно-восстановительная хирургия толстой кишки. Медицинская и социальная реабилитация больных со стомами», «Проблемы общей и неотложной колопроктологии», «Лапароскопические и миниинвазивные вмешательства в колопроктологии», «Современные проблемы хирургии органов малого таза и промежности», «Функциональные заболевания толстой кишки», обсудить актуальные вопросы в рамках двух круглых столов, посвященных стратегиям консервативного и хирургического лечения больных с язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона, а также современному состоянию оказания медицинской помощи больным с колоректальным раком), но и всесторонним рассмотрением актуальных проблем, достижений и дискуссионных вопросов современной колопроктологии, направленностью на сотрудничество и взаимодействие врачей различных специальностей, высоким уровнем представленных докладов и активными дискуссиями, которые в рамках некоторых секций продолжались и после официального их завершения.

Приняв эстафету от узбекских коллег (I съезд колопроктологов стран СНГ состоялся в г. Ташкенте и объединил свыше 500 специалистов из стран СНГ, Европы и Азии), в этом году делегатов и гостей практически со всех уголков постсоветского пространства встретила гостеприимная Одесса.

В съезде приняли участие ученые из разных стран СНГ – ведущих учреждений России (г. Москва, Санкт-Петербург, Белгород, Красноярск, Новосибирск, Краснодар, Нижний Новгород, Уфа, Благовещенск, Самара, Волгоград, Ставрополь, Ростов-на-Дону), Беларуси (г. Минск и Витебск), Узбекистана (г. Ташкент), Казахстана (г. Алматы), Молдовы (г. Кишинев), Армении (г. Ереван), Азербайджана (г. Баку), а также авторитетные украинские специалисты практически со всех регионов страны (г. Киев, Харьков, Одесса, Днепрпетровск, Донецк, Львов, Ужгород, Запорожье, Луцк, Хмельницкий, Винница и др.).

Светочи науки

«Он был человеком той эпохи – прекрасным доктором, талантливым преподавателем, просто достойным человеком», – так охарактеризовала своего наставника, академика РАМН, заслуженного деятеля науки Российской Федерации, лауреата премии правительства РФ Геннадия Ивановича Воробьева руководитель научно-консультативной поликлиники Государственного научного центра колопроктологии РФ (ГНЦК РФ) Ирина Анатольевна Калашникова (г. Москва, Россия).

Недавно медицинский мир перенес невосполнимую потерю: ушли из жизни светила науки – академики РАМН Владимир Дмитриевич Федоров и Геннадий Иванович Воробьев. Памяти этих ученых, стоявших у истоков колопроктологии России и в различные периоды возглавлявших ее (в 1972-1988 и 1988-2010 гг. соответственно), было посвящено выступление нынешнего директора ГНЦК РФ, профессора Юрия Анатольевича Шельгина.

Профессор Шельгин отметил, что зарождением проктологии в России можно считать 1946 г., когда на базе хирургического отделения больницы №18 было выделено 15 коек для лечения проктологических больных. Спустя 15 лет их количество в г. Москве возросло почти в 7 раз, а в 1962 г. было принято решение помимо существующих в г. Москве и Куйбышеве специализированных проктологических стационаров создать подобные учреждения в 15 городах СССР (г. Киев, Харьков, Львов, Минск, Ташкент, Вильнюс, Тбилиси, Санкт-Петербург, Казань, Свердловск, Ростов-на-Дону, Новосибирск, Краснодар, Ташкент, Алма-Ата), что предопределило их развитие и становление в крупные научные центры.

В.Д. Федоров и Г.И. Воробьев сыграли огромную роль в создании проктологической службы в России. Благодаря

их вкладу в настоящее время в стране создана масштабная сеть специализированных учреждений: 19 региональных центров, 83 проктологических отделения, коечный фонд которых свыше 4 тыс., около 800 амбулаторных кабинетов специализированного колопроктологического приема.

В рамках семи секций практическим опытом поделились ученые разных стран. Какие же актуальные проблемы колопроктологии находятся сегодня в фокусе внимания исследователей?



Украина

В докладе члена-корреспондента НАМН Украины, президента Ассоциации колопроктологов Украины, лауреата Государственной премии Украины в области науки и техники, руководителя Украинского колопроктологического центра, заведующего кафедрой факультетской хирургии №1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктора медицинских наук, профессора Михаила Петровича Захараша были освещены основные аспекты и подходы к ведению пациентов с ЯК, а также обсуждались вопросы, касающиеся проведения оперативного вмешательства у данной категории больных.

Профессор Захараш отметил, что современный этап изучения ЯК отличается необыкновенным динамизмом не только в отношении понимания этиологии, патогенеза, морфологии заболевания, но и в разработке новых методов диагностики, консервативного и хирургического лечения, и подчеркнул, что главной и сложной проблемой в лечении ЯК является именно выбор метода лечения. В настоящее время акценты в хирургическом лечении сместились: операцией выбора стала радикальная реконструктивная колопроктэктомия с формированием резервуарных илеоанальных анастомозов, что позволяет избежать формирования стомы, сохранить естественный пассаж кишечного содержимого. Тем не менее единого мнения относительно выбора хирургической тактики сегодня не существует.

Некоторые специалисты считают приоритетным выполнение многоэтапных операций (первый этап – субтотальная колэктомия), многие, наоборот, указывают на высокий риск осложнений такого подхода. К абсолютным показаниям к хирургическому вмешательству относятся острые осложнения ЯК (токсический мегаколон, перфорация толстой кишки, перитонит, параколярные инфильтраты и абсцессы брюшной полости, профузное кишечное кровотечение), фульминантное течение ЯК при отсутствии эффекта от адекватной комплексной терапии на протяжении 7-10 дней, тяжелое непрерывно рецидивирующее течение ЯК (при отсутствии эффекта в течение 3-4 нед и ухудшении состояния), выраженная дисплазия толстой кишки, малигнизация. При наличии острых осложнений ЯК рекомендовано проведение колэктомии, илеостомии; выполнение колопроктэктомии даже при наличии абсолютных показаний к удалению прямой кишки противопоказано. М.П. Захараш подчеркнул, что 25-летний опыт учреждения подтверждает преимущества выполнения в urgentных случаях колэктомии, низкой резекции прямой кишки, илеостомии, и рассказал о разработанном специалистами учреждения способе формирования резервуарной илеостомы, когда выполнение реконструктивно-восстановительного этапа затруднено.

Также были освещены условия и принципы выполнения восстановительного этапа операции, методики выявления дисплазии (фотодинамической диагностики с использованием фотосенсибилизатора украинского производства, хроморектоскопии); преимущества мукозэктомии, описаны возможные осложнения, представлены результаты метаанализа 21 исследования с участием свыше 4 тыс. пациентов, посвященного сравнению ручного и степлерного илеоанального Rouch-анастомоза после колопроктэктомии (различия в отношении послеоперационных осложнений и частоты дефекаций не выявлены; преимущества относительно ночных подтеканий наблюдались при выполнении степлерного анастомоза).

Заведующий отделом организации противораковой борьбы Национального института рака, кандидат медицинских наук Андрей Владимирович Гайсенко (доклад совместно с главным онкологом МЗ Украины, директором Национального института рака, доктором медицинских наук, профессором Игорем Борисовичем Щепотиним, г. Киев) оценил ситуацию относительно колоректального рака (КРР) в Украине. Он подчеркнул, что в Европе наряду с раком легкого и молочной железы КРР является наиболее распространенной формой злокачественных опухолей в структуре онкопатологии (с ним связаны 12,5% случаев смерти, обусловленных онкопатологией). В Украине КРР занимает первое место в структуре заболеваемости и второе – в структуре смертности по причине злокачественных новообразований; отмечается стабильный рост заболеваемости КРР, в особенности среди мужчин 50-55 лет. Наиболее высокие показатели заболеваемости КРР отмечены в юго-восточных областях страны. Показатель пятилетней выживаемости больных КРР значительно ниже такового в развитых странах – 32%, что обуславливает необходимость оптимизации оказания медицинской помощи данной категории пациентов.

Докладчик акцентировал внимание на ряде упущений, выявленных по результатам аудита стандартов диагностики и лечения КРР в регионах Украины (24 области; 2008-2011 гг.): не выполняется эзофагогастродуоденоскопия, ирригоскопия; не проводится трансректальное ультразвуковое исследование (УЗИ) с целью предоперационной диагностики распространенности первичной опухоли; не используется компьютерная томография (КТ) для оценки распространенности процесса и эффективности неoadъювантного лечения; в большинстве учреждений общелечебной сети стадирование опухоли по системе TNM производится неправильно. Подобные пробелы в диагностике не могут не отразиться на качестве проводимой терапии: значительное количество больных не получают специального лечения; плановые и urgentные хирургические вмешательства осуществляются врачами, не имеющими соответствующей специализации; наблюдается недостаточное обеспечение отделений химиопрепаратами, лекарственными средствами для терапии сопровождения. По мнению специалистов, улучшить ситуацию может проведение следующих мероприятий – выполнение стандартов и клинических протоколов диагностики и лечения КРР, внедрение программы популяционного скрининга с использованием международного опыта, улучшение материально-технической базы эндоскопических отделений и кабинетов, обеспечение функционирования смотровых кабинетов, формирование групп риска относительно КРР и их диспансерный учет (для учреждений первичного и вторичного уровня оказания медицинской помощи), утверждение положения об обязательном лечении КРР в высокоспециализированных учреждениях, обеспечение выполнения стандартов и клинических протоколов, подготовка специалистов по специальности «Онкопроктология», мониторинг качества оказания медицинской помощи больным КРР (Национальный канцер-регистр) и регулярный аудит выполнения стандартов диагностики и лечения (для учреждений третичного уровня оказания помощи).

Современные принципы диагностики и лечения больных КРР – такой теме был посвящен доклад академика НАМН Украины, директора Донецкого областного противоракового центра, заведующего кафедрой онкологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, профессора Григория Васильевича Бондаря. Он остановился на показателях заболеваемости раком толстой кишки – РТК (в Украине этот показатель составляет 40 случаев на 100 тыс. населения; в структуре онкологических заболеваний данная патология входит в тройку лидеров), оценил хирургическую активность при раке прямой кишки. Г.В. Бондарь рассказал о практическом опыте, накопленном в учреждении (с 1967 по 2010 г. было проведено 14 842 оперативных вмешательства по поводу РТК, из которых 8376 по поводу рака прямой кишки, 6466 по поводу рака ободочной кишки); о перспективных направлениях комбинированного лечения рака ободочной кишки (неoadъювантной химиолучевой терапии с ис-

колопроктологов стран СНГ: достижения в мире и в Украине

(18-20 мая, г. Одесса)

пользованием крупных фракций, что позволяет увеличить пятилетнюю выживаемость), о видах и исходах используемых методик, о динамике изменения доли сфинктеросохраняющих операций (в частности, в ДОПЦ их частота возросла с 48% в 1967 г. до 97% в 2009 г.) и их разновидностях. Также профессор Бондарь отметил, что специальная программа химиолучевой терапии ограничено подвижных и неподвижных опухолей прямой кишки с использованием крупных фракций позволяет достичь ректабельного состояния в 54% случаев.

Непосредственные результаты лечения больных КРР, осложненным прорастанием в мочевой пузырь, рассмотрели ученые ДОПЦ (Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев, Н.Г. Семикоз, С.Э. Золотухин и др.). Частота осложнений КРР достигает 32-35% от общего количества осложнений онкологических заболеваний, а показатели ежегодной летальности — 16,3-52%. Наиболее частыми осложнениями из них являются кишечная непроходимость, перифокальное воспаление, перфорация, кровотечение, анемия. Были представлены результаты исследования, изучавшего данные 186 больных РТК, осложненным прорастанием в мочевой пузырь, получавших лечение с 1970 по 2006 г.

Целью исследования группы ученых кафедры хирургических болезней Ужгородского национального университета (В.И. Русин, А.В. Русин, С.М. Чобей, А.Ю. Куценко) являлось изучение отдаленных результатов лечения 336 больных раком ободочной кишки (сопровождаясь кишечной непроходимостью) с метастазами в печень в зависимости от способа лечения. Пациентов разделили на четыре группы: первая (n=27) — которым выполнено удаление опухоли и назначена внутриартериальная полихимиотерапия (ВАП); вторая (n=26) — перенесшие радикальное удаление опухоли и ВАП; третья (n=15) — которым провели внутривенную химиотерапию + селективный тромболитический; четвертая (n=34) — получавшие системную полихимиотерапию.

Лучшие отдаленные результаты наблюдались при применении комбинированной терапии — сочетание удаления метастазов и предоперационной селективной ВАП с эмболизацией.



Россия

Современный взгляд на роль прогностических факторов, к которым относятся стадия по системе TNM, гистологический тип и степень дифференцировки опухоли, края резекции, сосудистая инвазия, до- и послеоперационный уровень ракового эмбрионального антигена (РЭА), в лечении больных КРР был представлен группой ученых из России (И.В. Правосудов, А.В. Беляева, ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова», Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург). Авторы отметили, что значимым фактором развития местного рецидива является расстояние между опухолью и собственной фасцией прямой кишки (классификация по системе TNM не учитывает локализацию опухоли и ее отдаленность от собственной фасции, поэтому опухоли, классифицируемые как стадия T₃, характеризуются различным риском развития рецидива и требуют различного подхода к лечению). Согласно данным Merkel (2003) местный рецидив развился у 10,4% больных раком прямой кишки стадии T_{3a} и 26,3% — T_{3b}; пятилетняя выживаемость составила 85,4 и 54,1% соответственно. Локализация опухоли относительно собственной фасции прямой кишки является краеугольным камнем при выборе лечебной тактики. Изучение числа исследованных (метастатических) лимфатических узлов и уровня РЭА позволяет оценить качество проведенного лечения — они являются независимыми прогностическими факторами.

Внимание А.В. Беляевой (ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург) было сосредоточено на значении мутации гена K-ras в течении КРР. Результаты проведенного анализа позволили сделать следующие выводы: у больных с мутацией в гене K-ras достоверно чаще наблюдается сочетание аденокарциномы с полипами в толстой кишке; мутация в данном гене обуславливает трансформацию аденомы в аденокарциному и повышает риск дальнейшего прогрессирования процесса; опухоли толстой кишки у пациентов с мутацией гена K-ras более склонны к лимфогенному метастазированию, чем опухоли с «диким» типом.

Варианты комплексного лечения больных раком прямой кишки с использованием различных способов неoadьювантной химиотерапии обсудил Ю.А. Барсуков (отделение онкопроктологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва). Он отметил, что созданию комплексной программы лечения предшествовал более чем 30-летний опыт РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, и рассказал о методике крупнофракционной предоперационной лучевой терапии, используемой в учреждении. В настоящее время работа по созданию комплексных методик лечения продвигается по двум направлениям: повышение эффективности лучевого компонента на основе использования концепции полирадиомодификации и применения лекарственной терапии в процессе облучения. В РОНЦ разработана программа полирадиомодификации с использованием в процессе неoadьювантной лучевой терапии двух радиосенсибилизаторов гипоксической фракции опухолевых клеток: локальная СВЧ-гипертермия и электронакцепторное соединение — метронидазол в составе полимерной композиции. Использование полирадиомодификации в схеме комбинированного лечения позволяет снизить количество местных рецидивов до 3,1%. Профессор Барсуков проанализировал эффективность комплексной терапии рака прямой кишки с учетом стадии опухолевого процесса, локализации опухоли и результаты выполнения сфинктеросохраняющих операций.

Основные принципы восстановительных операций у колостомированных больных рассмотрели **российские специалисты** (Э.А. Каливо, М.Х. Фридман, М.Д. Ханевич, **Городской клинический онкологический диспансер, г. Санкт-Петербург**). Они подчеркнули, что в стандарты дооперационного обследования входят УЗИ брюшной полости, КТ, рентгенография легких, фиброколоноскопия и ирригография, определение уровня онкомаркеров, также акцентировали внимание на необходимости догоспитальной самоподготовки (выполнения ежедневных тонусных упражнений для сфинктера прямой кишки, лечебных микроклизм с фитосборами и имитацией функции удержания в течение месяца). Доклад сопровождался широким иллюстративным материалом, было представлено поэтапное выполнение восстановительных операций. На основании анализа данных 721 пациента, которым были проведены восстановительные операции, авторами были сделаны следующие выводы: вмешательства следует проводить в условиях специализированных стационаров; оптимальный срок их осуществления — спустя 6-12 мес с момента формирования стомы; обследование в условиях онкологического учреждения повышает частоту своевременного выявления опухолей и их прогрессирования. Также исследователи указали на преимущества применения сшивающих аппаратов, что позволяет выполнять более сложные технические вмешательства.

Непосредственные результаты эвисцераций в лечении местнораспространенного рака органов малого таза (ОМТ) представил К.Г. Шостка (в содружестве с группой ученых, среди которых Л.Д. Роман, И.П. Костюк, А.Н. Павленко и др., Ленинградский областной онкологический диспансер). Под эвисцерацией подразумевают полное моноблочное удаление ОМТ. Среди причин ограниченного выполнения подобного вмешательства докладчик выделил высокий риск осложнений, снижение качества жизни больного, недостаточную информированность специалистов. Он акцентировал внимание на том, что современные достижения хирургии и анестезиологии позволяют пересмотреть отношение к данным операциям, и проанализировал накопленный в учреждении опыт их проведения. С 2006 по 2011 г. была выполнена 141 эвисцерация по поводу местнораспространенного рака ОМТ (у 74,5% больных сопровождавшегося осложнениями). Передняя эвисцерация выполнена 35 больным, задняя — 45, тотальная — 61. Послеоперационные осложнения наблюдались у 60 (42,8%) пациентов, показатель послеоперационной летальности составил 7,4%. Проведение эвисцерации показано в случае местнораспространенных первичных и рецидивных опухолей ОМТ, в случае неэффективности либо тяжелых осложнений химиотерапии при условии отсутствия распространения опухоли на стенки таза и наружные подвздошные сосуды (по данным МРТ) и множественных отдаленных метастазов (по результатам КТ); в некоторых случаях ее можно рассматривать как «вмешательство резерва».



Республика Беларусь

Хирургические аспекты долихоколона рассматривались в докладе группы белорусских ученых (А.В. Воробей, Ф.М. Высоцкий, В.К. Тихон и др., Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии, Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск). Обсуждались причины хронического колостазы и болевого синдрома при долихоколоне, диагностические подходы при заворотах ободочной кишки, мегадолихоцигмы (симптом кофейного зерна при проведении обзорной рентгенографии, симптом клюва, симптом воронки при сигмоскопии), был представлен 30-летний опыт лечения данных осложнений, накопленный в учреждении. Также специалисты выразили обеспокоенность высоким риском летальности (11,9%) при заворотах, что требует дальнейшего совершенствования лечебной тактики.

В.Л. Денисенко, Л.А. Фролов, В.Я. Хмельников, В.К. Смирнов (Витебская областная клиническая больница № 2) указали на эффективность и меньшую травматичность метода лигирования геморроидальных артерий под контролем УЗ-доплерометрии у пациентов с внутренним геморроем II-IV ст.



Узбекистан

Современные подходы к диагностике и лечению болезни Гиршпрунга (БГ) у взрослых стали направлением научных изысканий узбекских ученых (С.Н. Наврузов, М.М. Мирзахмедов, М.А. Ахмедов, Республиканский научный центр колопроктологии, г. Ташкент). Целью исследования, в рамках которого были проанализированы данные 78 пациентов с БГ, получавших стационарное лечение на базе учреждения с 1992 по 2011 г., являлась оценка эффективности различных вмешательств, применяемых при данной патологии. По мнению специалистов, операцией выбора при БГ является брюшноанальная резекция прямой кишки с низведением проксимального отдела толстой кишки в анальный канал, поскольку данный метод хирургического вмешательства в 80% случаев сопровождался положительными результатами.

Ш.М. Маматкулов, М.А. Ахмедов, С.Р. Маткаримов (Республиканский научный центр колопроктологии, г. Ташкент) остановились на диагностике и тактике лечения больных дивертикулезом толстой кишки, осложненным кровотечением. Они проанализировали результаты лечения 92 пациентов (70,7% женщин) и пришли к выводу, что оптимальной является активная выжидательная тактика с проведением гемостаза (в 94% случаев кровотечение удалось остановить путем консервативной терапии).



Армения

В работе группы армянских ученых (А.С. Акопян, А.Ф. Абрамян, Т.Г. Багдасарян, НМЦ «Сурб Нерсес Мец», кафедра колопроктологии Ереванского государственного медицинского университета, г. Ереван) поднимались вопросы выбора тактики хирургического лечения пациентов с острым парапроктитом. Известно, что после вскрытия абсцесса парапроктитной клетчатки без ликвидации внутреннего отверстия парапроктита рецидив заболевания или свищи прямой кишки возникают более чем в 70% случаев, с ликвидацией — в 1,2% случаев. Предварительные пункция или вскрытие абсцесса при остром парапроктите способствовали заживлению ран без их нагноения, снижению риска рецидива, уменьшению продолжительности пребывания в стационаре.

Общение с участниками съезда во время научных дискуссий, беседы «за кулисами», где они с восхищением делились опытом и рассказами о спасенных «сыновьях и дочерях полка» (именно так многие специалисты называли пациентов, которым смогли подарить вторую жизнь), поиск времени и ресурсов для посещения мероприятия (не только специалистами крупных специализированных центров, но и врачами обычных медицинских учреждений регионов), неподдельный интерес к обсуждаемым на съезде проблемам убедительно доказывали, что именно это составляет любовь к профессии и является «взлетной полосой» для нынешних и будущих достижений в области колопроктологии.

Подготовила **Ольга Радучич**

