

В.Я. ХМЕЛЬНИКОВ, С.А. СУШКОВ, В.Л. ДЕНИСЕНКО

**II СЪЕЗД КОЛОПРОКТОЛОГОВ УКРАИНЫ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
(1-2 НОЯБРЯ 2006 Г. ЛЬВОВ)**

ЛПУ «Отделенческая клиническая больница на станции Витебск Белорусской железной дороги»
УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

1-2 ноября в г. Львове прошел II съезд колопроктологов Украины с международным участием. В работе съезда принимали участие проктологи из Беларуси, США, Словакии, Польши, России, Узбекистана. Белорусская делегация была представлена проктологами из Минска и Витебска.

Съезд открыл член-корреспондент А.М.Н. Украины, заведующий кафедрой факультетской хирургии №1 национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, руководитель Украинского проктологического центра д.м.н., профессор М.П. Захараш. Он выступил с программным докладом, в котором отразил состояние проктологической помощи населению в Украине. М.П. Захараш подчеркнул, что в Украине, как и в большинстве цивилизованных стран мира, отмечается неуклонный рост заболеваемости колоректальным раком, неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, диффузным семейным полипозом, полипами и другими заболеваниями толстой кишки. По данным современной статистики, удельный вес колопроктологических заболеваний в структуре общей заболеваемости населения составляет более 25%.

По мнению М.П. Захараш, в последние 10-15 лет уровень проктологической помощи населению Украины снизился: в отдельных регионах закрыты проктологические отделения, количество проктологических коек сократилось, причем значительная часть из них базируется в хирургических отделениях общего профиля, явно не отвечает уровню современных требований их техническая оснащенность.

Серьезную озабоченность вызывает состояние кадрового обеспечения лечебных учреждений Украины врачами-проктологами. При нормативе 0,15 ставки врача-проктолога на 10 тыс. населения в Украине на 47 млн. специализированную проктологическую помощь оказывают менее 200 хирургов-проктологов против 604 расчетных (33,1%).

С приветствием выступил министр здравоохранения Украины, профессор Ю.В. Поляченко. Белорусская делегация, возглавляемая доктором медицинских наук, профессором, заведующим кафедрой хирургии БелМАПО А.В. Воробьем, вручила мантии академиков Белорусской медицинской академии наук академику Российской академии медицинских наук, руководителю научно-

го центра колопроктологии МОЗ Российской Федерации, президенту ассоциации колопротологов Российской Федерации Г.В. Воробьеву, члену-корреспонденту АМН Украины, руководителю Украинского проктологического центра д.м.н., профессору М.П. Захараш, профессору, заведующему кафедрой хирургии и проктологии ХМАПО Б.М. Даценко, профессору, заведующему отделом хирургического центра онкологии Латвии В.Ю. Янушкевичу.

В структуре госпитализированных в проктологические отделения до 4% составляют больные колоректальным раком, который является огромной и сложной проблемой современности, смертность до года при котором составляет около 50%. К сожалению, в Украине, как, по-видимому, и в других странах СНГ, в настоящее время не существует государственной программы профилактики и раннего выявления как доброкачественных, так и злокачественных заболеваний прямой и ободочной кишки из-за ликвидации всеобщей диспансеризации населения. Более 60% пациентов со злокачественными новообразованиями толстой кишки поступают в стационары с запущенными стадиями.

В снижении показателей заболеваемости и распространенности колоректального рака наиболее значимым и важным резервом является активное выявление и своевременное удаление полипов толстой кишки как наиболее частой причины рака.

Первоочередной задачей врачей является раннее выявление рака в бессимптомную его фазу, и, прежде всего, среди групп риска колоректальным раком (больные семейным полипозом толстой кишки, аденоматозные полипы, хронические воспалительные заболевания толстой кишки, семейный анамнез колоректального рака и др.).

В соответствии с рекомендациями Американского ракового общества, для своев-

ременной диагностики рака в «бессимптомной» популяции в естественных (обычных) условиях риска показано выполнение следующих диагностических исследований:

- пальцевое исследование прямой кишки – ежегодно после 40 лет;
- исследование кала на скрытую кровь – ежегодно после 50 лет;
- фиброколоноскопия – каждые 3–5 лет после 50 лет, а в наших условиях, с учетом радиоэкологической ситуации, – каждые 2 года. (М.П. Захараш).

Хронические неспецифические воспалительные заболевания кишечника – язвенный колит и болезнь Крона – одна из наиболее серьезных и не решенных проблем современной колопроктологии.

И хотя в Украине, как и в других странах СНГ, показатели заболеваемости и распространенности ориентировочно соответствуют Европейским, удельный вес пациентов с тяжелым и осложненным течением указанных заболеваний в 3 раза выше, чем в других странах Западной Европы, США. Такое неблагополучие обусловлено поздней диагностикой указанных заболеваний, неадекватностью консервативной терапии.

Вместе с тем, в последние годы имеются и положительные тенденции в решении этой важной проблемы: внедряются современные группы базисных и других препаратов, применяемых для лечения больных, в т.ч. топические глюкокортикоиды (будесонит, буденофальк и другие), новые биологические антицитокиновые препараты, что способствует снижению удельного веса больных, которым показано хирургическое лечение. К примеру, в Украинском проктологическом Центре количество прооперированных за последние 10 лет по сравнению с аналогичным предыдущим периодом снизилось вдвое.

В хирургическом лечении язвенного колита и болезни Крона все большее распространение получают первично-восста-

новительные и реконструктивные операции. При болезни Крона вместо обширных резекций подвздошной, толстой кишки, колэктомий, стали выполнять операции экономной резекции пораженного сегмента. Показания к хирургическому лечению болезни Крона резко сузились, особенно при наличии свищей (М.П. Захараш).

В клиниках Украины выполнено около 400 лапароскопических операций на толстой кишке. Целесообразность оперативных вмешательств при колоректальном раке оценивается специалистами неоднозначно в различных клиниках мира при ранних стадиях рака. При отсутствии отдаленных метастазов их приоритетность не вызывает сомнений. (М.Д. Кучер).

При остром тромбозе геморроидальных узлов все большее распространение получает срочная геморроидэктомия, что позволяет существенно сократить сроки лечения больных. Способствует этому и широкое применение при лечении таких пациентов в до- и послеоперационный период системных современных лекарственных препаратов – детралекса, гепатромбина-Г, пастеризана, гинкор-форте, проктогливенола, релиф и др. Вместе с тем, в лечении хронического геморроя по-прежнему приоритетной остается операция геморроидэктомия по Миллигану–Моргану (более 80% операций), в то время как в США и большинстве стран Европы операция геморроидэктомия выполняется лишь 17–21% больных за счет широкого распространения малоинвазивных методов лечения геморроя – инфракрасной коагуляции геморроидальных узлов, лигирования их латексными кольцами, биполярной, лазерной коагуляции и других методов. (О.И. Пойда).

Удельный вес первично–восстановительных и реконструктивных операций на толстой кишке, выполняемых при колоректальном раке, язвенном колите, болезни

Крона, дивертикулезе толстой кишки и других заболеваниях, в последние годы заметно увеличивается, количество больных с временными или постоянными илео– или колостомами огромно.

Такие пациенты крайне нуждаются в социальной и психологической реабилитации, чему может способствовать создание обществ стомированных больных (М.П. Захараш).

На съезде приняли решение, что основными задачами колопроктологической службы следует считать:

- разработку и утверждение государственной программы борьбы с колоректальным раком, хроническими воспалительными заболеваниями толстой кишки;
- создание сети колопроктологических учреждений (отделений больниц, кабинетов поликлиник, оснащение их современной диагностической и лечебной аппаратурой и оборудованием);
- укомплектование указанных учреждений квалифицированными специалистами врачами–колопроктологами;
- в поликлиниках, где указанные специалисты не предусмотрены, следует обеспечить подготовку врачей–хирургов по колопроктологии;
- осуществление диспансерных профилактических осмотров населения страны, качественного динамического наблюдения и своевременного лечения больных с предопухолевыми заболеваниями;
- соблюдение государственных стандартов (протоколов) оказания амбулаторной и стационарной специализированной колопроктологической помощи больным с колопроктологическими заболеваниями, осуществление контроля за их выполнением во всех лечебных учреждениях всех форм собственности;
- расширение объема специализированной проктологической помощи во внебольничных учреждениях, расширение сети

дневных стационаров с более широким использованием малоинвазивных (лазерная, инфракрасная коагуляция, латексные кольца, криотерапия и др.) методов лечения геморроя I–II ст., хирургического лечения острого тромбоза геморроидальных узлов, соблюдение дифференцированного подхода к хирургическому лечению острого парапроктита;

- внедрение лапароскопических технологий в ведущих колопроктологических клиниках;

- создание условий для лечения больных с неспецифическими воспалительными заболеваниями толстого кишечника в соответствии с современными требованиями;

- более широкое внедрение в специализированных колопроктологических центрах

и отделениях выполнения первично–восстановительных и реконструктивных операций больным с заболеваниями прямой и ободочной кишки;

- создание банка данных стомированных больных, решение проблемы обеспечения их предметами ухода, в т.ч. калоприемниками;

- решение проблемы льготного обеспечения базисными препаратами для лечения больных язвенным колитом и болезнью Крона.

Необходимо отметить, что основные задачи колопроктологической службы Украины актуальны и для Республики Беларусь.

Все доклады, представленные на съезде, были заслушаны с интересом. Следует отметить высокий уровень докладов и хорошую организацию съезда.

Поступила 30.11.2006 г.