

Резолюция 2-го Всероссийского съезда колопроктологов

The resolution of 2nd All-Russia congress of coloproctologists

2-й Всероссийский съезд колопроктологов, состоявшийся в Уфе 30 мая–1 июня 2007 г., был посвящен памяти одного из основоположников колопроктологии в России профессора А.Н. Рыжих. В работе съезда приняли участие свыше 950 специалистов из 87 регионов России, а также из Армении, Белоруссии, Киргизии, Польши, Таджикистана, Украины, Узбекистана, Чехии и других стран. Среди присутствовавших были представители различных медицинских профессий — колопроктологи, хирурги, онкологи, гастроэнтерологи, рентгенологи, эндоскописты, специалисты УЗИ, патофизиологи, морфологи и др.

В программу были включены актуальные проблемы современной колопроктологии: организация колопроктологической службы, диагностика и лечение таких заболеваний, как геморрой, острый и хронический парапроктит, недостаточность анального жома, выпадение прямой кишки, дивертикулярная болезнь, колоректальный рак и другие опухоли толстой кишки, язвенный колит, болезнь Крона и т. д. Важное место заняли также вопросы реабилитации больных с кишечными стомами, в частности создание в регионах соответствующих кабинетов и организация ассоциаций стомированных больных. При этом особое внимание обращалось на дальнейшее совершенствование хирургической реабилитации, пластических, реконструктивных и восстановительных операций на толстой кишке и анальном канале.

На съезде было представлено 59 докладов, 16 выступлений в прениях, прочитаны 2 лекции: «Профессор А.Н. Рыжих — основоположник российской колопроктологии» (проф. В.Б. Александров) и «Дивертикулярная болезнь толстой кишки» (член-корр. РАМН, проф. В.М. Тимербулатов).

По данным на 1.01.2007 г. в России с учетом ведомственных учреждений функционировало 107 отделений колопроктологии и 4 находятся в стадии организации. Внебольничную помощь оказывают более чем в 850 специализированных городских центрах и отделениях амбулаторной колопроктологии.

Отмечается устойчивая тенденция к дальнейшему расширению объема и повышению качест-

ва амбулаторной колопроктологической помощи. В настоящее время в каждом пятом амбулаторном кабинете выполняются различные операции, что ведет к более эффективному использованию коечного фонда колопроктологической службы и улучшению процессов лечения больных.

В последние годы достаточно интенсивно развивается сеть региональных служб реабилитации стомированных больных. Наиболее успешно она функционирует в Москве, Брянске, Калуге, Липецке, Рязани, Санкт-Петербурге, Улан-Удэ, Уфе, Перми и других городах. В целях дальнейшего совершенствования колопроктологической помощи важную роль призван сыграть приказ Минздравсоцразвития от 13.04.2007 г. № 265 «О мерах по совершенствованию организации колопроктологической помощи населению Российской Федерации». Приказ поможет решить многие организационные аспекты специализированной службы и опосредованно выйти на повышение качества оказания помощи при болезнях толстой кишки и промежности. Этому способствует также введение 10 федеральных стандартов высокотехнологичных видов помощи при особо сложных и тяжело протекающих заболеваниях (язвенный колит, болезнь Крона, дивертикулярная болезнь, болезнь Гиршпрунга и др.)

Продолжает совершенствоваться и углубляться последипломное образование колопроктологов, которое осуществляется на кафедре колопроктологии РМАПО, в Ростовском, Самарском, Санкт-Петербургском, Башкирском медицинских университетах, Амурской медицинской академии. С 2002 г. издается научно-практический журнал «Колопроктология».

Колопроктологи из разных регионов России принимали участие в международных конференциях и съездах: в ноябре 2003 г. — в Киеве на первом учредительном съезде колопроктологов Украины с международным участием; в июне 2003 г. — в Будапеште (Венгрия) на 20-м конгрессе международного общества университетских колоректальных хирургов; 7–10 октября 2004 г. — в Белграде (Сербия и Черногория) на 9-м Центрально-европейском конгрессе колопроктологов; в сентябре 2005 г. — в Монреале (Канада) на Всемирном конгрессе по гастроэн-

терологии; 9–10 июня 2005 г. — на Фальксимпозиуме «Воспалительные заболевания кишечника — диагностические и терапевтические стратегии», который прошел в Москве; в мае 2006 г. — в Граце (Австрия) на Европейском конгрессе колопроктологов; 1–2 ноября 2006 г. — во Львове на 2-м съезде колопроктологов Украины с международным участием.

Вместе с тем съезд отмечает, что в процессе реформирования здравоохранения допущены серьезные погрешности и недостатки в планировании и организации специализированной помощи колопроктологическим больным на многих административных территориях. В Ульяновской, Курганской и Тамбовской областях были ликвидированы единственные отделения колопроктологии. В Калмыкии вместо колопроктологического отделения стало функционировать смешанное отделение колопроктологии и урологии. В настоящее время существенно снижена организующая роль ведущих учреждений по проблеме, в том числе в колопроктологии.

Заболевания анального канала и периаанальной зоны

Геморрой продолжает оставаться самым массовым колопроктологическим заболеванием. В последние годы при выполнении геморроидэктомии широко используются высокотехнологичные методы лечения с применением ультразвукового скальпеля и высокочастотной электрокоагуляции, которые позволяют значительно уменьшить послеоперационный болевой синдром, частоту дизурических расстройств и сократить сроки пребывания больных в стационаре. Внедрение в клиническую практику склерозирующих препаратов последних поколений приводит к заметному увеличению эффективности склеротерапии геморроя, включая пациентов с острым кровоточащим геморроем, сопровождающимся выраженной анемией.

При лечении **анальных трещин** стали применяться нехирургические методы ликвидации спазма внутреннего сфинктера (пневмодивульсия и т. д.), что исключает риск развития анальной инконтиненции.

При **экстрасфинктерных свищах прямой кишки** чаще используются пластические методы ликвидации внутреннего свищевого отверстия и несколько реже — лигатурный метод.

Заболевания толстой (прямой и ободочной) кишки

Совершенствование методов лечения **ректоцеле** не потеряло своей актуальности, что обусловлено частотой и разнообразием форм заболевания. Признано необходимым помимо леваторопластики шире использовать различные синтетические

материалы для пластики ректовагинальной перегородки.

У больных с **выпадением прямой кишки** наиболее результативны различные методы ректопексии. Существенному снижению операционной травмы способствуют лапароскопические технологии. В случае необратимых изменений эвакуаторной функции толстой кишки более стойкий клинический эффект наряду с ректопексией достигается при выполнении резекции пораженных отделов ободочной кишки. У пожилых пациентов с высокой степенью операционного риска возможно применение трансанальных методов хирургического лечения (операция Делорма, трансанальная резекция прямой кишки).

Продолжается рост числа больных с осложнениями **дивертикулярной болезни толстой кишки**. Недостаточное знакомство с этим заболеванием, прежде всего хирургов, приводит к частым диагностическим и тактическим ошибкам. Единодушно было высказано мнение, что при экстренных операциях следует отдавать предпочтение многоэтапному лечению. Неосложненный дивертикулез подлежит консервативной терапии.

Синдром раздраженной кишки (СРК) является одной из самых частых причин обращения пациентов к врачам. Диагностика должна основываться на критериях, разработанных в 1999 г. Международной рабочей группой (Римские критерии СРК II), после исключения органических заболеваний толстой кишки.

Хирургическое лечение хронического толстокишечного стаза необходимо проводить только в специализированных клиниках при наличии объективных доказательств неэффективности консервативной терапии.

Требуется широкое внедрение в практику стандартов обследования и лечения пациентов с **язвенным колитом** и **болезнью Крона**, разработанных Российской группой по изучению воспалительных заболеваний кишечника. Принципиальным аспектом является разработка новой «биологической» лечебной стратегии, основанной на применении антицитокиновой терапии. Исключительно важное значение имеет наблюдение больных язвенным колитом и болезнью Крона совместно гастроэнтерологами и колопроктологами, особенно для своевременного решения вопроса о необходимости хирургического вмешательства.

Больные язвенным колитом и болезнью Крона должны оперироваться в специализированных колопроктологических отделениях, имеющих подготовленных специалистов.

Опухоли толстой кишки

Семейный аденоматоз толстой кишки. Лечение в данных ситуациях должно проводиться только в специализированных колопроктологических отде-

лениях. В настоящее время чаще всего у таких больных выполняются операции по удалению ободочной и прямой кишки. Вместе с тем при атenuированных формах заболевания оправданным считается оставление непораженных отделов толстой кишки. Требуется создание Всероссийского регистра семейного аденоматоза с участием всех колопроктологических отделений России.

Рак толстой кишки. По-прежнему продолжается рост числа больных колоректальным раком, подавляющее большинство которых поступает в стационары с запущенными стадиями болезни, что обусловлено прежде всего отсутствием программ раннего выявления доброкачественных и злокачественных заболеваний толстой кишки. Для определения лечебной тактики в комплекс обследования пациентов помимо стандартных методов необходимо включать трансректальную и трансвагинальную ультрасонографию, шире использовать компьютерную и магнитно-резонансную томографию.

Основным методом лечения колоректального рака остается хирургический. Значительному снижению операционной травмы при локализации опухоли в ободочной кишке способствует применение лапароскопических технологий. Указанные методы позволяют соблюдать все принципы абластики и обеспечивают адекватную трех- и пятилетнюю выживаемость.

При распространенных формах колоректального рака обосновано применение комбинированных операций, включая аортоподвздошно-тазовую лимфаденэктомию, резекцию вовлеченных в опухолевый процесс смежных органов, резекцию печени с использованием метода Хабиба. При наличии неудаляемых отдаленных метастазов показаны циторедуктивные операции, интраоперационная внутрибрюшная и внутритазовая химиотерапия с гипертермией, радиочастотная деструкция метастазов.

Выход опухоли за пределы висцеральной фасции прямой кишки является прямым показанием к предоперационной лучевой терапии. При поражении регионарных лимфатических узлов последняя дополняется послеоперационной химиотерапией. В составе колопроктологических отделений должны быть подготовленные специалисты по применению противоопухолевой лекарственной терапии. При локализации опухоли в пределах висцеральной фасции на расстоянии 2 см и выше от аноректальной (зубчатой) линии оправданно выполнение операций с сохранением наружного сфинктера.

Для обеспечения латеральной границы резекции при раке прямой кишки необходимо удаление мезоректум без повреждения вегетативных нервов таза (гипогастральных, сакральных нервов и тазового сплетения). Удаление опухолей средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки должно сопровождаться тотальной мезоректумэктомией,

тогда как при раке верхнеампулярного отдела достаточно ограничиться резекцией мезоректум на протяжении 5 см дистальнее опухоли.

Лечение **рака анального канала** следует начинать с лучевой терапии в сочетании с химиотерапией. В случае их неэффективности (наличие раковых комплексов в биоптате) рекомендуется экстирпация прямой кишки. Хирургическое лечение показано также при рецидивном раке анального канала и метастатическом поражении паховых лимфатических узлов.

При ворсинчатых и других доброкачественных опухолях прямой кишки применяется метод трансанальной эндомиохирургической резекции.

Реконструктивно-восстановительная колопроктология

Улучшение функциональных результатов — одно из важнейших направлений колопроктологии. При удалении прямой кишки и сохранении запирающего аппарата аргументированным представляется создание тазовых толстокишечных резервуаров. Наряду с резервуарами положительные результаты при экстирпации кишки дает формирование гладкомышечной манжетки. При посттравматической или врожденной недостаточности анального жома перспективным является создание неосфинктера (грацилопластика) с последующим проведением кинетотерапии и систематической электростимуляцией перемещенных мышечных структур индивидуальными портативными приборами. Улучшению функции держания способствует моделирование пубо-ректальной петли аллотрансплантатами.

При диагностике и лечении большинства заболеваний толстой кишки обязательно должны использоваться функциональные методы — рентгенологические, патофизиологические и др. В колопроктологических кабинетах и отделениях необходимо иметь соответствующее оборудование.

Заслушав и обсудив наиболее актуальные проблемы колопроктологии, съезд постановил:

— обратиться к руководству Минздравсоцразвития с просьбой рассмотреть вопрос о воссоздании института главных специалистов, головных учреждений по проблеме и целесообразности сохранения номенклатуры главных экспертов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (приказ Росздравнадзора от 12.04.2005 г. № 766/2р/05);

— в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 13.04.2007 г. № 265 основными задачами колопроктологической службы являются не только диагностика и лечение больных с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности, включая вторичные злокачественные новообразования ободочной и прямой кишки, забрюшинного пространства и промежности, но

и постхирургическая и медико-социальная реабилитация, в том числе больных с кишечными стомами;

— важнейшим направлением в организации колопроктологической службы в субъектах по-прежнему остается изучение заболеваемости и обращаемости населения при болезнях толстой кишки, анального канала и периаанальной зоны, расширение объема специализированной помощи во внебольничных условиях, внедрение скрининговых методов для раннего выявления новообразований толстой кишки;

— одной из первоочередных задач следует считать дальнейшее развертывание кабинетов реабилитации колопроктологических больных, тесное взаимодействие с ассоциациями стомированных больных, проведение циклов по уходу за такими пациентами, разработка и внедрение более эффективного механизма финансирования и контроля за использованием денежных средств для медико-социальной реабилитации больных с кишечными стомами.

Правлению и генеральной дирекции Ассоциации колопроктологов России рекомендовать:

— принять самое активное участие в решении организационно-тактических аспектов оказания колопроктологической помощи, своевременном повышении квалификации колопроктологов, членов ассоциации, шире привлекать руководителей региональных отделений к подготовке документов по различным вопросам помощи колопроктологическим больным;

— резолюцию съезда довести до сведения руководителей федеральных и региональных органов управления здравоохранения.

Перспективные научные направления развития колопроктологии:

— разработка и совершенствование малоинвазивных методов диагностики и лечения заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности;

— широкое внедрение новых хирургических технологий (ультразвуковой скальпель, высокочастотная электрокоагуляция, лапароскопические, микрохирургические, лазерные методы и др.) при операциях на толстой кишке;

— расширенное применение при проктологических заболеваниях хирургических методов в амбулаторных условиях. Использование однодневных стационаров или стационаров с укороченными сроками пребывания для лечения колопроктологических больных;

— дальнейшее совершенствование первичных и вторичных пластических и реконструктивно-восстановительных методов хирургического лечения колопроктологических больных, способов коррекции недостаточности анального сфинктера, в том числе создание неосфинктера.

Ассоциация колопроктологов России должна:

— принять активное участие в разработке протоколов диагностики и лечения больных с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности;

— активно участвовать в организации непрерывного повышения квалификации входящих в ее состав специалистов и других колопроктологов;

— способствовать внедрению курса по колопроктологии в практику работы кафедр госпитальной хирургии медицинских университетов и академий.