

**Резолюция Всероссийского съезда колопроктологов
«Оперативная и консервативная колопроктология: современные
технологии для высокого качества жизни пациента» и объединённого
Каспийского и Байкальского форума по проблемам ВЗК, 25 - 27 августа
2016г.**

В работе Всероссийского съезда колопроктологов «Оперативная и консервативная колопроктология: современные технологии для высокого качества жизни пациента» и объединённого Каспийского и Байкальского форума по проблемам ВЗК, состоявшегося 25 - 27 августа 2016 году в г. Астрахань приняли участиеспециалиста из регионов России, а также специалисты из (..... Среди них были представители различных медицинских профессий - колопроктологи, хирурги, онкологи, гастроэнтерологи, анестезиологи, рентгенологи, эндоскописты, специалисты ультразвуковой диагностики, патофизиологи, патоморфологи, генетики и др.

Основную программу съезда и форума составили лекции отечественных и зарубежных экспертов в колоректальной хирургии, гастроэнтерологии, анестезиологии, медицинской визуализации и диагностике. Большое внимание было уделено мультидисциплинарному подходу, как диагностике, так и лечению заболеваний колопроктологического профиля, начиная от свищей прямой кишки, заканчивая злокачественными новообразованиями. Кроме того, состоялось обсуждение изменений в национальных клинических рекомендациях по лечению важнейших заболеваний таких как, дивертикулярная болезнь ободочной кишки, язвенный колит и болезнь Крона.

В программу съезда также были включены такие актуальные проблемы современной колопроктологии, как организация колопроктологической службы, вопросы ургентной проктологии, анализ причин осложнений кишечных стом, вопросы реабилитации стомированных больных.

Особое внимание, было уделено роли эндоскопии в диагностике и лечении колоректальных заболеваний, перспективам развития капсульной эндоскопии, а также вопросам совершенствования лучевой диагностики заболеваний толстой кишки и анаскопической области.

Данный съезд был приурочен к 25-летию Ассоциации колопроктологов России, которая в настоящее время насчитывает более 800 членов. Ассоциацией издается журнал «Колопроктология», который входит в перечень ведущих рецензируемых журналов и изданий ВАК, Министерства

образования и науки РФ, 3-х летний импакт-фактор которого в настоящее время составляет 0,979, а двухлетний – 1,553.

Одной из наиболее острых проблем остается уровень заболеваемости и годичной летальности по поводу колоректального рака. Отмечается значительное число пациентов с впервые выявленным раком прямой и ободочной кишки, сохраняются высокие показатели диагностики на 3 и 4 стадии заболевания: для ободочной кишки – 55,2%, для прямой кишки – 48,8%. При этом, при проведении профилактических осмотров заболевание выявлено только 5,6% и 11,7% соответственно.

Все это свидетельствует о крайне ограниченной доступности амбулаторной колопроктологической помощи, а также возможности проведения эндоскопических исследований на догоспитальном этапе. Решение данной проблемы должно осуществляться на федеральном уровне, прежде всего, с внедрением федеральной целевой программы по совершенствованию колопроктологической помощи населению Российской Федерации.

Приоритетные задачи по развитию колопроктологической службы Российской Федерации на 2016-2020 годы:

- Разработка и реализация комплексных региональных программ совершенствования и развития колопроктологической помощи населению Российской Федерации.
- Разработка и внедрение медицинских стандартов и клинических рекомендаций диагностики и лечения колопроктологических заболеваний.
- Совершенствование форм статистической отчетности колопроктологических заболеваний, уточнение потребности в колопроктологических койках и кабинетах на основе полученных данных.
- Оптимизация тарифов в системе ОМС для оплаты амбулаторной и стационарной колопроктологической помощи, адекватное государственное задание в рамках реализации программы государственных гарантий в соответствии с реальными потребностями населения в колопроктологической помощи.
- Расширение сети амбулаторных первичных колопроктологических кабинетов и центров амбулаторной колопроктологии, числа хирургических вмешательств на базе стационаров одного дня.

- Увеличение государственного задания на оказание высокотехнологических методов лечения в практике работы колопроктологических отделений.
- Повышение эффективности использования коечного фонда колопроктологической службы, улучшение качественных показателей его работы.
- Утверждение Федеральной программы по совершенствованию колопроктологической помощи населению Российской Федерации на 2016-2020 годы.

На заседании профильной комиссии «Колопроктология» с приглашением ведущих специалистов гастроэнтерологов и хирургов были обсуждены дополнения в национальные клинические рекомендации касающиеся оценки качества оказываемой помощи больным с дивертикулярной болезнью ободочной кишки и воспалительными заболеваниями кишечника. В результате обсуждения принято согласованное решение о внесении предлагаемых дополнений.

Колоректальный рак

В России колоректальный рак вышел на первое место у мужчин и на второе у женщин по заболеваемости среди обоих полов в связи с чем, лечение больных данным заболеванием является одной из наиболее актуальных задач колопроктологии.

Лечение больных колоректальным раком должно носить мультидисциплинарный характер. Выработка программы лечения для каждого конкретного больного должна осуществляться целым рядом подготовленных специалистов: хирурга-колопроктолога, онколога, радиолога, химиотерапевта, а при наличии отдаленных метастазов с привлечением хирургов-гепатологов или торакальных хирургов. Особое место занимают вопросы лечения колоректального рака осложненного кишечной непроходимостью.

Для снижения смертности от колоректального рака и выявления предраковых состояний толстой кишки, колоректального рака на ранних стадиях до клинических проявлений болезни необходимо внедрение и совершенствование скрининга заболевания.

Лицам асимптомным, имеющим низкий и средний уровень риска развития колоректального рака необходимо начинать скрининг в возрасте 50 лет.

- Ежегодный гемоккульт-тест; если положительный → колоноскопия.
- Колоноскопия каждые 10 лет.
- Скрининговая сигмоидоскопия каждые 5 лет.
- Ирригоскопия с двойным контрастированием каждые 5 лет.

Лица с повышенным индивидуальным риском.

1. С наличием семейного анамнеза – начало скрининга в возрасте 40 лет или на 10-15 лет раньше возраста наиболее молодого члена семьи с КРР:
 - ежегодный гемоккульт-тест; если положительный → колоноскопия;
 - колоноскопия каждые 10 лет;
 - скрининговая сигмоидоскопия каждые 5 лет;
 - ирригоскопия с двойным контрастированием каждые 5 лет.
2. Больные с язвенным колитом - начало скрининга – через 7 лет после начала заболевания.
 - Выполнение ежегодной колоноскопии с множественными биопсиями.
3. Пациенты с САТК – начало скрининга в подростковом возрасте.
 - Выполнение ежегодной колоноскопии.
 - Проведение генетических исследований.

Реабилитация стомированных больных.

Развитие хирургических методов лечения заболеваний толстой кишки привело к сокращению смертности, увеличению продолжительности жизни пациентов, перенесших оперативные вмешательства с формированием кишечных стом, в связи с чем появился соответствующий спрос на обеспечение реабилитационных потребностей стомированных пациентов.

Не смотря на некоторые успехи в организации службы реабилитации стомированных больных, мы осознаем проблемы и перспективы их решения. Основные проблемы, решение которых необходимо для последующего развития помощи стомированным пациентам, заключаются в следующем:

1. Организация системы реабилитационной помощи стомированным пациентам, включающей различные типы взаимосвязанных структурно-функциональных подразделений: КРСБ (кабинеты реабилитации стомированных больных) на базе специализированных колопроктологических, онкологических и хирургических клиник, региональные центры реабилитации стомированных больных.

2. Внедрение в клиническую практику специализированных хирургических отделений, «Рекомендаций по ведению взрослых пациентов с кишечной стомой».
3. Обучение врачей-хирургов современным методам формирования стомы,
4. Формирование системы обучения врачей и среднего медперсонала по реабилитации стомированных пациентов, постдипломной подготовке специалистов соответствующего профиля, сертификация программы обучения по реабилитации стомированных пациентов и включение ее в обязательную образовательную программу для среднего медицинского персонала.
5. Подготовка положения о работе специалистов по реабилитации стомированных пациентов, сертификация соответствующей профессии.
6. Создание обучающих сайтов для специалистов и пациентов.

Заболевания анального канала и перианальной области.

В программу съезда были включены вопросы современных аспектов диагностики, лечения и реабилитации пациентов с заболеваниями прямой кишки, анального канала и промежности.

Следует подчеркнуть, что программа съезда четко показала тенденцию распространения малотравматичных подходов, не только в плановой колопроктологии, но и при лечении неотложных колопроктологических заболеваний.

Традиционный интерес вызвали новые подходы к плановому лечению состояний связанных с опущением тазового дна, нарушению транзита кишечного содержимого по толстой кишке, современные «сфинктеросохраняющие» методы лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

В работе съезда проведен анализ эффективности, оценка преимуществ и недостатков различных вариантов малоинвазивного лечения геморроя, хронической анальной трещины, эпителиального копчикового хода, а также затронуты вопросы комплексного лечения ран промежности и перианальной области.

Заболевания толстой кишки.

В последние годы отмечается рост числа больных с осложнениями дивертикулярной болезни толстой кишки. Стоит подчеркнуть, что недостаточное знакомство с этим, казалось бы, известным заболеванием становится причиной диагностических и, как следствие, тактических ошибок. В этой связи, необходимо заключить, что при экстренных операциях по

поводу осложнений дивертикулярной болезни следует отдавать предпочтение многоэтапному лечению. Неосложненная дивертикулярная болезнь подлежит консервативному лечению.

Воспалительные заболевания кишечника

Необходимо внедрение в клиническую практику стандартов обследования и лечения больных язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК), которые представляют собой сложную комплексную проблему, и требует совместного наблюдения гастроэнтерологов и колопроктологов, особенно для своевременного решения вопроса о хирургическом лечении. Поэтому необходимо стремиться к мультидисциплинарному подходу в диагностике и лечении ВЗК.

Часть пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ЯК и БК) представлены легкими формами. Однако почти половина этих больных – это среднетяжелые и тяжелые формы с высокой частотой гормональной резистентности и зависимости, неэффективностью при лечении иммуносупрессорами, отрицательно влияющими на качество жизни пациентов. Одним из последних достижений молекулярной биологии, генетики, иммунологии явилось создание абсолютно нового класса генно-инженерных биологических препаратов, являющихся селективными ингибиторами ФНО-альфа. Клинические исследования убедительно доказали, что применение этих препаратов у данной категории пациентов, при неэффективности или непереносимости стандартной терапии, позволяет добиться быстрого и устойчивого клинического ответа, клинической ремиссии, отмены глюкокортикостероидов, устойчивого заживления слизистой оболочки, уменьшения потребности в госпитализациях, а в ряде случаев позволяет избежать оперативного вмешательства. Необходимо отметить тот факт, что число биологических препаратов постоянно расширяется. В июле 2016 года был зарегистрирован новый препарат Ведолизумаб (Энтивиа), отличающийся другим направлением действия, заключающимся в воздействии на интергрины. Также в РФ зарегистрирован и аналог Инфликсимаба (биосимиляр), применение которого возможно позволит снизить затраты на лечение. В тоже время, необходимо отметить, что применение биосимиляров лучше использовать у больных ранее не получавших биологическую терапию и не рекомендовать их в качестве продолжения использования натурального продукта.

Позднее назначение биологической терапии, длительный прием стероидов приводит к поздней постановке показаний к хирургическому лечению, что в свою очередь ухудшает послеоперационный прогноз и

увеличивает частоту осложнений до 30%. При этом, важно отметить, что выполнение операции с формированием тонкокишечного резервуара должно применяться только в клиниках, имеющих достаточный опыт (не менее 30 операций в год). Наличие четких критериев и показаний к назначению биологической терапии позволит снизить частоту операций по поводу ЯК и БК.

Обращают на себя внимание данные фармако-экономических исследований. С одной стороны, для медицинских организаций, занимающихся лечением пациентов с ЯК и БК, в том числе с применением ингибиторов ФНО-альфа, в неполном объеме покрываются затраты на лечение данной группы пациентов. В структуре расходов при лечении данных пациентов, затраты на приобретение антицитокиновых препаратов достигают 90-95%. С другой стороны, проведенные фармако-экономические исследования неоспоримо свидетельствуют об экономической эффективности проведения биологической терапии как для системы здравоохранения, так и для государства в целом. С учетом этих данных во всех Европейских странах, в том числе с ограниченными бюджетными возможностями (например, Венгрия, Польша, Словакия и др.) доля пациентов с ЯК и БК, находящихся на лечении ингибиторами ФНО-альфа, составляет от 10% до 30% от всех пациентов. В Российской Федерации этот показатель не превышает 2%-3%. Необходимо внести изменения в систему оплаты по КСГ и предусмотреть при расчете тарифа законченного случая все затраты на организацию лечения пациентов с ЯК и БК. В связи с тем, что применение ингибиторов ФНО-альфа проводится в соответствии с инструкцией с определенной периодичностью, повторные госпитализации в медицинские организации для проведения очередного курса биологической терапии не должны расцениваться как неэффективность проведенного лечения в предыдущую госпитализацию.

Необходимо пересмотреть вопрос обеспечения пациентов с ЯК и БК биологическими препаратами, а именно обеспечить возможность получения генно-инженерных биологических препаратов пациентам, не имеющим инвалидности, что значительно сократит затраты национального бюджета, в том числе на выплату пенсий инвалидам и позволит учесть «предотвращенные потери», связанные с неработающим контингентом. Также необходимо обратить внимание на содержание постановления Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», согласно которому в настоящее время невозможно предусмотреть в бюджетах субъектов

Российской Федерации затрат на обеспечение необходимыми лекарственными препаратами пациентов с ЯК и БК. Также считаем целесообразным проведение национального клинико-экономического анализа эффективности лечения пациентов с ЯК и БК.

Необходимо внедрять использование лапароскопических технологий в хирургию воспалительных заболеваний кишечника. Хирургическое лечение больных ЯК и БК должно проводиться исключительно в специализированных колопроктологических отделениях, имеющих подготовленных специалистов.

Еще одной проблемой является рост числа больных псевдомембранозным колитом, вследствие широкого нерационального использования антибиотиков. Всем больным с диареей, возникшей после антибиотикотерапии, необходимо исключать псевдомембранозный колит (основным методом диагностики которого является иммуноферментный анализ кала на наличие в нем токсинов *Clostridium difficile* А и В), а в случае их выявления, обязательное проведение патогенетического лечения ванкомицином, метронидазолом и рифаксиминном.

Семейный аденоматоз толстой кишки

Семейный аденоматоз толстой кишки (САТК) – аутосомно-доминантный наследственный синдром, характеризующийся поражением толстой кишки множеством полипов (аденом), нередко сопровождающийся тяжелыми метаболическими нарушениями. Аденомы имеют прогрессивный рост и при отсутствии своевременного лечения развитие рака толстой кишки при этом заболевании неизбежно. САТК относится к числу тяжелых заболеваний желудочно-кишечного тракта. Встречается 1 случай на 7000-10000 новорожденных. Приблизительно в 1% случаев рак толстой кишки обусловлен семейным аденоматозом толстой кишки. В геноме человека имеется ген APC – (Adenomatous Polyposis Coli), отвечающий за нормальную пролиферацию слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. Различные мутации, возникающие в этом гене, приводят к развитию семейного аденоматоза толстой кишки. Различают различные формы клинического течения САТК. Классическая и тяжелая формы заболевания характеризуются возникновением тысяч полипов в толстой кишке. Для аттенуированной (ослабленной) формы полипоза характерно нередко отсутствие семейного анамнеза, наличие менее 100 полипов в толстой кишке и более поздние сроки их малигнизации.

В настоящее время операцией выбора у больных семейным аденоматозом толстой кишки является удаление ободочной и прямой кишок

формированием тонкокишечного резервуара. При наличии злокачественной опухоли прямой кишки выполняется колпроктэктомия с одностольной илеостомой. Вместе с тем, при атенуированных (ослабленных) формах заболевания, при отсутствии признаков злокачественной трансформации, возможно оставление непораженных отделов толстой кишки, с обязательным регулярным выполнением колоноскопии не реже 1 раза в 6 месяцев. Лечение больных данным заболеванием должно проводиться только в специализированных колопроктологических отделениях.

Использование методики клеточной трансплантации для создания реконструированной слизистой оболочки прямой кишки у больных семейным аденоматозом после колпроктэктомии с резервуарно-ректальным анастомозом позволяет значительно улучшить функциональные результаты лечения и повысить качество жизни пациентов. Метод является перспективным и, в дальнейшем, может стать операцией «выбора» у больных САТК.

Учитывая, что САТК имеет внекишечные проявления (аденомы двенадцатиперстной кишки, десмоидные опухоли, полипы желудка, папиллярный рак щитовидной железы), а также возможность неоплазии в тонкокишечном резервуаре, все пациенты, перенесшие хирургическое лечение нуждаются в пожизненном наблюдении.

Необходимо создание Всероссийского регистра семейного аденоматоза, в котором должны принять участие все колопроктологические отделения России.

Семейный аденоматоз толстой кишки. Лечение больных данным заболеванием должно проводиться только в специализированных колопроктологических отделениях. В настоящее время операцией выбора у больных семейным аденоматозом толстой кишки является удаление ободочной и прямой кишок. Вместе с тем, при атенуированных (ослабленных) формах заболевания, при отсутствии признаков злокачественной трансформации, возможно оставление непораженных отделов толстой кишки, с обязательным регулярным выполнением колоноскопии не реже 1 раза в 6 месяцев. Необходимо создание Всероссийского регистра семейного аденоматоза, в котором должны принять участие все колопроктологические отделения России.

Использование методики клеточной трансплантации для создания реконструированной слизистой оболочки прямой кишки у больных семейным аденоматозом после колпроктэктомии с резервуарно-ректальным анастомозом является перспективным методом лечения и, в дальнейшем, может стать операцией «выбора» у больных этой патологией.

Методы диагностики заболеваний толстой кишки.

Колоноскопия является ведущим методом в диагностике заболеваний толстой кишки.

Для универсальности и стандартизации проведения колоноскопии рекомендуется соблюдение следующих положений:

Рекомендовать более широко использовать современные «лаважные» способы подготовки, которые способствуют увеличению эффективности диагностики и сокращению времени исследования.

Рекомендовать к использованию при проведении колоноскопии видеоэндоскопические системы, с высокой степенью разрешения, возможностью проведения эндоскопической ультрасонографии, подключения системы осмотра в узком секторе света, с близким фокусом. Указанные системы должны позволить осуществлять диагностику на ранних этапах, что позволит шире внедрять малоинвазивные методы лечения.

Более широко использовать методику капсульной эндоскопии, как для осмотра тонкой кишки, так и толстой кишки, что значительно упрощает диагностику заболеваний желудочно-кишечного тракта, особенно у лиц, которым, по тем или иным причинам проведение инвазивного исследования противопоказано.

Рекомендовать к более широкому использованию малоинвазивные методики; (мукозэктомия; диссекция в подслизистом слое; аргоноплазменная коагуляция рассечение послеоперационных стриктур), позволяющие значительно улучшить результаты эндохирургического лечения заболеваний толстой кишки.

Внедрять в процесс обучения молодых специалистов по эндоскопии тренинг на биомоделях, позволяющий получить навыки в освоении методики подслизистой диссекции при удалении новообразований желудочно-кишечного тракта.

Рекомендовать к использованию новое стерилизационное оборудование, позволяющее выполнять санитарную обработку эндоскопического оборудования на современном уровне (в оптимальное время; с применением современных дезинфекционных средств).

Рекомендовать при описании результатов исследования использовать современную общепринятую эндоскопическую терминологию.

Виртуальная колоноскопия

Одной из новых компьютерно-томографических методик исследования толстой кишки является виртуальная колоноскопия (ВКС), позволяющая получать трехмерные изображения внутренней поверхности кишки без

введения в кишку колоноскопа. Приоритетными направлениями в применении ВКС являются скрининг колоректального рака, а также оценка состояния толстой кишки при стенозирующих новообразованиях, особенно, если не удастся провести колоноскоп проксимальнее опухоли. КТ-колонография с болюсным контрастным усилением является методом выбора при исследовании больных со стенозирующим колоректальным раком и невозможности выполнения оптической колоноскопии на всем протяжении.

Заслушав и обсудив наиболее актуальные проблемы колопроктологии, съезд постановил:

- Важнейшим направлением в организации колопроктологической службы в субъектах по-прежнему остаётся изучение заболеваемости и обращаемости населения при болезнях толстой кишки, анального канала и перианальной области, расширение объёма специализированной помощи во внебольничных условиях, внедрение скрининговых методов для раннего выявления новообразований толстой кишки.
- В результате мультидисциплинарного обсуждения вопросов лечения дивертикулярной болезни ободочной кишки, язвенного колита и болезни Крона приняты и утверждены дополнения в национальные клинические рекомендации.
- Одной из первоочередных задач следует считать дальнейшее развёртывание кабинетов реабилитации колопроктологических больных, тесное взаимодействие с ассоциациями стомированных больных, проведение циклов по уходу за больными с кишечными стомами, разработка и внедрение более эффективного механизма финансирования и контроля за использованием денежных средств для медико-социальной реабилитации больных кишечными стомами.

Правлению и Генеральной дирекции Ассоциации колопроктологов России recommendовать:

- принять 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 и микрохирургические технологии, лазерные методы и др.) при операциях на толстой кишке;
- расширенное применение хирургических методов в амбулаторных условиях для лечения проктологических заболеваний. Использование однодневных стационаров или стационаров с укороченными сроками пребывания для лечения колопроктологических больных;

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 ее членов и других колопроктологов;
- способствовать внедрению курса по колопроктологии в практику работы кафедр факультетской\госпитальной хирургии медицинских университетов и академий.