

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 10.3 (893) жовтень 2016
Щомісячний науково—практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений
«КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,
медалями «ТРУДОВА СЛАВА» та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»
Міжнародної Академії
Рейтингових технологій та соціології
«Золота Фортуна»

Видано в авторській редакції

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
SciVerse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.
Журнал реферований у PubMed.

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>
e-mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 04.10.16. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 18
Обл. вид. арк. 17,61. Тираж 700.

Замов. 312
Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.
Тел./факс (- 044) 463.73.01.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих
в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2016
© Ліга – Інформ, 2016

ISSN 0023–2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 10.3 (893) ЖОВТЕНЬ 2016

Головний редактор
О. Ю. Усенко

Заступники
головного редактора
С. А. Андреещев
М. Ю. Ничитайло

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Л. С. Білянський
С. О. Возіанов
В. Г. Гетьман
О. І. Дронов
М. Ф. Дрюк
Я. Л. Заруцький
М. П. Захараш
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
М. В. Костилен
О. Г. Котенко
А. С. Лаврик
В. В. Лазоришинець
О. С. Ларін
С. Є. Подпрятюв
А. П. Радзіховський
А. В. Скумс
Я. П. Фелештинський
П. Д. Фомін
В. І. Цимбалюк
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрющенко
Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Никоненко
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал
І. М. Шевчук

ISSN 0023-2130



9 770 023 213 008 >

ДО УВАГИ АВТОРІВ

**Редакція журналу приймає до публікації статті українською та російською мовами.
Направляючи статтю до редакції, необхідно дотримувати наступних правил**

1. Стаття супроводжується направленням установи, в якій виконана робота, і висновком експертної комісії.

2. Статтю візує керівник установи і підписують всі автори, вказуючи прізвище, ім'я, по батькові, посаду, наукове звання, вчений ступінь, адресу (домашню та службову), номери телефонів (домашнього та службового), e-mail.

3. Статтю надсилати в двох примірниках, обсяг її 9–10 с., коротких повідомлень 1–3 с. Текст друкувати з одного боку стандартного аркуша формату А4 (210 × 297 мм), 29–30 рядків на сторінці без будь-якого форматування та на електронних носіях (ІВМ сумісні РС) у форматах *.doc, *.rtf без OLE-об'єктів.

СТАТТЯ ПОВИННА МІСТИТИ ТАКІ СКЛАДОВІ:

реферат (15–20 рядків, обґрунтування, методики, результати досліджень); ключові слова; вступ, матеріали та методи, результати, обговорення, висновки, список літератури. Список літератури (до 10 джерел у статтях, не більше 45 – в оглядах літератури) друкувати на окремому аркуші, кожне джерело з нового рядка. До списку включати всіх авторів, наведених в тексті, у порядку цитування. Автори відповідальні за правильність даних, наведених у списку літератури.

ПРИКЛАДИ ОФОРМЛЕННЯ СПИСКУ ЛІТЕРАТУРИ

Бібліографічний опис літературних (інформаційних) джерел складати за стандартом "Бібліографічний запис. Бібліографічний опис" (ДСТУ 7.1:2006), використовувати нумераційний спосіб розстановки бібліографічних описів джерел (в порядку цитування посилань у тексті роботи).

Наводимо приклади бібліографічного опису літературних (інформаційних) джерел

1. Белоусов А. Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А. Е. Белоусов. – СПб. : Гиппократ, 1998. – 704 с.
2. Досвід 400 трансплантацій нирок / В. К. Денисов, П. С. Серняк, В. В. Захаров [та ін.] // Трансплантологія. – 2000. – № 1. – С. 131–133.
3. Профилактика послеоперационных тромбозмболических осложнений у больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу острого холецистита / Л. В. Гирин, Ф. И. Дуденко, И. И. Немченко, А. А. Маевский // Тез. докл. юбил. конф., посвящ. 75 – летию проф. Л. Г. Завгороднего. – Донецк, 1994. – Т. 1. – С. 146–147.
4. Использование цитологического исследования для диагностики Helicobacter pylori: метод, рекомендации / Л. А. Ахтомова, В. Н. Медведев, В. Ф. Орловский [и др.]. – Запорожье, 1992. – 9 с.
5. Пат. 9739 А Україна, МПК А61В17/00. Спосіб аутотканинної реконструкції аорто–стегнового сегмента / А. Б. Домінія (Україна); заявник і власник патенту ІХТ АМН України. – № 336059523; заявл. 25.04.95; опубл. 30.09.96. Бюл. № 3.

6. Сивожелезов А. В. Состояние иммунореактивности организма у больных с гиперпластическими заболеваниями щитовидной железы до и после хирургического лечения (клинико–лабораторное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.03 – хірургія / А. В. Сивожелезов; Харьк. мед. ин-т. – Х., 1999. – 18 с.

7. Histamine and tissue fibrinolytic activity in duodenal ulcer disease / A. Ben-Hamida, A. A. Adesanya, W. K. Man [et al.] // Dig. Dis.Sci. – 1998. – Vol. 43, N 1. – P. 126 – 132.

8. Lankisch P. G. Pancreatic disease. State of the art and future aspect of the research / P. G. Lankisch, E. P. Di Mango. – Berlin e. a. : Springer, 1999. – 272 p.

4. Всі позначення мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), терміни – за Міжнародною анатомічною номенклатурою, назви хвороб – за Міжнародною класифікацією хвороб.

5. Описуючи експериментальні дослідження, вказувати вид, статі і число тварин, методи анестезії при маніпуляціях, пов'язаних з заподіянням болю, метод умертвіння їх або взяття в них матеріалу для лабораторних досліджень згідно з правилами гуманного ставлення до тварин. Назви фірм і апаратів наводити в оригінальній транскрипції, вказувати країну–виробника.

6. Ілюстрації до статті надсилати у 2 примірниках розмірами 13 × 18 або 9 × 12 см, на звороті кожної ілюстрації вказувати номер, прізвище авторів і позначки «верх», «низ», або на електронних носіях (ІВМ сумісні РС) у форматах *.tif (не менше 300 dpi). Позначення проставляти тільки на одному примірнику. Фотографії повинні бути контрастними, на тонкому глянсовому папері, рисунки – чіткими, креслення і діаграми – виконані тушшю (діаграми можуть бути надіслані на дискеті у форматі MS Graph).

КСЕРОКОПІЇ РИСУНКІВ РЕДАКЦІЯ НЕ ПРИЙМАЄ.

7. Під час редагування статті редакція зберігає за собою право змінювати стиль, але не зміст роботи.

8. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, редакція не реєструє. Відмова в публікації може не супроводжуватись роз'ясненням його причин і не може вважатись негативним висновком щодо наукової та практичної цінності роботи. Не схвалені до друку статті не повертаються. В разі змін, що виникли після реєстрації роботи, необхідно сповістити редакцію окремим листом, підписаним усіма авторами.

9. Після прийому та публікації статті до редакції переходять всі права, включаючи право на переклад іншими мовами.

10. Статті, опубліковані або направлені до іншого журналу чи збірника, не надсилати.



ЗМІСТ

5-9	Стан колопроктологічної допомоги в Україні, її проблеми, перспективи розвитку
10-15	Травма органів черевної порожнини і малого тазу
16-46	Колоректальний рак
47-53	Хронічні запальні захворювання кишечника
54-65	Хронічні непухлинні захворювання кишечника. Сімейний аденоматозний поліпоз товстої кишки
66-72	Ендоскопічна діагностика і ендоскопічна хірургія захворювань товстої кишки
73-79	Лапароскопічна колопроктологія і хірургія
80-95	Гострі та хронічні захворювання прямої кишки та куприкової зони
96-117	Дитяча проктологія
118-141	Додатково

СТАН КОЛОПРОКТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ, ЇЇ ПРОБЛЕМИ, ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Захараш М. П.

член-кореспондент НАМН України, професор
Головний спеціаліст зі спеціальності "Проктологія" МОЗ України,
Президент Асоціації колопроктологів України

В Україні, як і в переважній більшості технологічно розвинених країн світу, відзначається невпинне зростання показників захворюваності та поширеності колопроктологічного раку, хронічних запальних захворювань кишкового тракту, сімейного аденоматозного поліпозу та інших захворювань товстої кишки.

Провідне місце серед причин такого зростання є незбалансоване харчування, несприятлива екологічна ситуація через неконтрольоване використання в сільськогосподарському виробництві пестицидів, нітратів, гербіцидів та інших токсичних речовин, грубі порушення технологій виробництва продуктів харчування, тощо), і накінець, несприятлива радіоекологія, обумовлена глобальною катастрофою — Аварією на ЧАЕС, внаслідок чого ось уже понад 30 років з продуктами харчування, водою в шлунково — кишковий тракт (ШКТ) населення України, Білорусії та інших країн і континентів поступають радіонукліди з довготривалими періодами напіврозпаду. І, як наслідок, кількість поліпів товстої кишки в після аварійний період збільшилось більш як вдвічі, а КРР чітко зайняв І місце серед усіх злоякісних пухлин органів ШКТ.

Медико — соціальну значимість вказаних захворювань товстої кишки, в т.ч. колоректального раку, визначає висока частка (до 70%) хворих працездатного віку, інвалідизація більш як 50 % оперованих хворих, що обумовлює необхідність ретельного вивчення реальної ситуації та пошуку ефективних шляхів вирішення назрілих проблем.

Одним із важливих факторів, які суттєво впливають на показники захворюваності та поширеності колопроктологічних захворювань, є рівень і якість організації надання спеціалізованої проктологічної допомоги. В 80—90-і роки минулого століття в Україні була створена і успішно функціонувала чітка система спеціалізованої проктологічної допомоги: мережа проктологічних відділень сягнула за 1200 ліжок, були відкриті близько 100 проктологічних кабінетів, придбана необхідна діагностична апаратура і обладнання (в т.ч. сигмоскопи, фіброколоноскопи, тощо), на достатньо високому рівні проводилися профілактична робота, диспансеризація населення та інше. Чітко була налагод-

жена система професійної підготовки лікарів—проктологів —хірургів. Важливим етапом розвитку української колопроктології стало створення Українського проктологічного центру, першим керівником якого став всесвітньо відомий вчений професор Г. М. Матяшин.

Сьогодні слова щирої вдячності ми повинні висловити на адресу засновників Української проктології — професорів Володимира Миколайовича Масляка, Гната Михайловича Матяшина, Юлія Вікторовича Балтайтіса, Бориса Макаровича Даценка, Академіка Григорія Васильовича Бондаря та інших наших співвітчизників, наукові і практичні досягнення яких отримали всесвітнє визнання.(ФОТО).

Останні роки також були відзначені суттєвими позитивними зрушеннями: були відкриті регіональні проктологічні центри у Львові, Харкові, Запоріжжі. У переважній більшості проктологічних відділень активно запроваджувались новітні технології (м. Київ, Київська область, Дніпропетровськ, Харків), активно вивчалися проблеми КРР, виразкового коліту, хвороби Крона, активно запроваджувались реконструктивно—відновні операції, операції з використанням електрозварювальних технологій, розроблених Українськими вченими, які були удостоєні Державної премії в галузі науки і практики. Активно запроваджувалась лапароскопічна хірургія товстої кишки. Такі хірургічні втручання сьогодні виконуються в ряді областей України (Київ, Одеса, Дніпро, Харків, Івано—Франківськ та інші). Важливим досягненням останніх років стало впровадження в клінічну практику сучасних ендоскопічних технологій — ендоскопія зі збільшенням, хромоскопія, ендоскопічна ультрасонографія, балонна ендоскопія (Київ, Дніпро), неймовірно розширились можливості ендоскопічної хірургії, тощо.

Важлива робота проведена по створенню Уніфікованих Клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на НВК, Хворобу Крона, рак ободової та прямої кишки, тощо. Вказана робота продовжується.

Сприяло прогресу української проктології проведення 3—х з'їздів колопроктологів України за міжнародною участю, активна участь провідних спеціалістів—колопроктологів у міжнародних форумах, вивчення досвіду

роботи провідних проктологічних клінік країн Європи, СНД та інше. Лише за останні 2 роки проведено 5 науково — практичних конференцій, круглих столів з актуальних проблем колопроктології (Чернівці, Львів, Черкаси, Рівне, Ужгород, Луцьк). В "2012 році Україна була прийнята до Європейського комітету "ЕССО".

Однак, на жаль, вимушені констатувати, що на сьогодні ряд із приведених чинників набувають негативних, навіть тривожних тенденцій. Так, у Вінницькій області, яка є однією з тих, де проводилось реформування системи охорони здоров'я, ще до недавнього часу функціонувало повноцінне проктологічне відділення в обласній лікарні імені М.І. Пирогова на 30 ліжок, 5 проктологічних кабінетів в т.ч. у містах М. Подільський, Бершадь, Гайсин, на сьогодні навіть ліквідована посада головного позаштатного спеціаліста зі спеціальності "Проктологія", залишився лише 1 проктологічний кабінет у поліклініці обласної лікарні, в обласній лікарні ліквідовано проктологічне відділення (виділені 10 ліжок в відділенні гнійної хірургії); по суті в області залишилося 2 атестовані лікарі—проктологи. Приватні кабінети працюють безконтрольно, допускаючи серйозні помилки.

В цілому мережа проктологічних відділень і центрів України зменшилась до 1120 ліжок. Переважна їх кількість дислокується в обласних лікарнях; їх місткість лише в 12 регіонах складає 30 і більше ліжок, в 5 областях— 20—25 ліжок, в інших 5 (Сумська, Херсонська, Харківська, Тернопільська, Одеська області)— 10—15 ліжок, тобто не відповідає рівню обласних. Обласні проктологічні відділення функціонують і в 11 міських лікарнях, які в Харківській і Запорізькій областях виконують функції міжобласних проктологічних центрів, забезпечуючи достатньо високий рівень проктологічної допомоги населенню цих регіонів. Абсолютно невинуватим, за нашим переконанням, є функціонування по 5 проктологічних ліжок в м. Новоград—Волинському, Бердичеві, Хусті, на підприємстві "Мотор—Січ", в Кременчузі, 7 ліжок у Львівській лікарні швидкої медичної допомоги та інших лікувальних закладах. Необхідний рівень спеціалізованої проктологічної допомоги може бути забезпечено лише у відділеннях потужністю 30—50 ліжок на базі обласної, або однієї з міських лікарень. А вже на сьогодні не може задовільняти об'єм проктологічної допомоги населенню регіону лише в межах малої проктології (Миколаївська, Вінницька, Житомирська, Полтавська області), в той час як в переважній більшості обласних відділень виконується повний діапазон хірургічних втручань, в тому числі реконструктивно—відновних, з використанням циркулярних степлерів, які забезпечують хороші функціональні результати та якість життя оперованих хворих, активно запроваджуються лапароскопічні технології (Київ, Дніпропетровськ, Харків, Луганськ, Львів, Херсон, Івано—Франківськ, Одеса). Такі тенденції повинні стати надбанням всіх проктологічних стаціонарів

В Україні вкрай недостатньою (лише близько 40% від розрахункових за нормативами) є кількість прокто-

логічних кабінетів, перш за все у Вінницькій, Дніпровській, Київській, Рівненській, Херсонській, Хмельницькій, Черкаській та інших областях, що вкрай негативно відображається на стані спеціалізованої проктологічної допомоги населенню вказаних областей. А вже проктологічний кабінет її "передній край", першочерговим завданням якого є виявлення передракових та інших захворювань товстої кишки, КРР на ранніх його стадіях.

Особливо тривожною і небезпечною є ситуація зі станом спеціалізованої проктологічної допомоги на рівні районної ланки охорони здоров'я. Майже в 20 областях України в ЦРЛ немає жодного лікаря—проктолога—хірурга; більше як в 300 ЦРЛ проктологічну допомогу надають не підготовлені з проктології загальні хірурги (за виключенням Житомирської, Київської, Закарпатської, Хмельницької, Херсонської областей). В той же час усі умови для підготовки як лікарів—проктологів, так і лікарів—хірургів з проктології в Україні наявні (Київська, Харківська, Запорізька Академії післядипломної освіти, Український проктологічний центр, Львівська обласна лікарня).

Серйозне занепокоєння викликає в цілому стан кадрового потенціалу лікарів—проктологів—хірургів. При нормативі 0,15 ставки на 10 тисяч населення, на сьогодні спеціалізовану проктологічну допомогу надають лише 230 спеціалістів (37,1% від штатних нормативів). Причинами настільки серйозної ситуації в організації проктологічної, до речі як багатьох інших спеціалізованих служб, безперечно є стан економіки в Україні, вкрай недостатнє фінансування системи охорони здоров'я. Практично ліквідована профілактична направленість в роботі лікувальних закладів, диспансеризація населення, відзначається низький рівень забезпечення більшої лікувальною та лікувальною апаратурою переважної більшості лікувальних закладів (кращим є стан справ в проктологічних відділеннях і центрах Львівського, Київського, Донецького, Харківського, Хмельницького, Волинського регіонів). На жаль, в ряді областей наявні лише 3—5 фіброколоноскопів, вкрай недостатня кількість ректороманоскопів, сигмоскопів, та інше. Так, в Полтавській області з 28 районів в 18 відсутні фіброколоноскопи, а в 6 — навіть ректороманоскопи; в Хмельницькій області, при досить високому рівні технічного забезпечення проктологічного відділення обласної лікарні, майже у всіх ЦРБ відсутні ректороманоскопи; в Кіровоградській області наявні лише 2 фіброколоноскопи, в Херсонській — 3. Із 1063 функціонуючих в Україні ендоскопічних кабінетів ФКС виконується лише в 52% із них, при цьому 1 колоноскопом за рік виконується менше 1000 досліджень, а частка колоноскопій серед усіх ендоскопічних досліджень не перевищує 7%. У вирішенні вказаної проблеми особливої значимості набуває активна громадська позиція головного спеціаліста, і керівників медичної галузі області та районів, які спільно з керівниками підприємств і відомств, бізнесменами та іншими небайдужими особами, об'єднавши зусилля, здатні успішно вирішувати такі

проблеми, як це вирішується сьогодні в Київській, Волинській, Хмельницькій та інших областях.

Однією з провідних проблем сучасної світової колопроктології залишається колоректальний рак, який за частотою посідає II місце серед злоякісних пухлин різних локалізацій. КРР є II в структурі причин смертності населення (15—17%) після серцево—судинних захворювань (55,4%). Україна не є виключенням. Більш того, відзначається чітка тенденція до збільшення кількості таких хворих. Так, якщо ще 5 років тому щорічно виявляли 16—17 тис. таких хворих, то в останні 2 роки цей показник сягає за 20 тис. На сьогодні в канцер—реєстрі України нараховується більше 70 тис. хворих на колоректальний рак. Нажаль, як і раніше, лише в 8—12% випадках захворювання виявляється під час проведення профілактичних оглядів. Частка хворих з III—IV ст. КРР сягає понад 45%, що виключає можливість виконання органозберігаючих ендоскопічних та трансанальних мікрохірургічних резекцій. Переважна більшість таких хворих поступають в лікувальні заклади з тяжкими ускладненнями (КН, перфорація, перитоніт, кишкова кровотеча та інш.), через що в рік встановлення діагнозу помирає майже 50% хворих. Одна із основних причин такої ситуації — недостатня онконастороженість лікарів не лише первинної ланки охорони здоров'я, а і лікарів—терапевтів, хірургів, гастроентерологів і, навіть, проктологів.

Методичні рекомендації щодо скринінгу колоректального раку в Україні, затверджені МОЗ України в 2010 році, не виконуються. Нажаль, на сьогодні більше 50% населенню старших вікових груп жодного разу не проводилась фіброколоноскопія. Вкрай недостатня увага приділяється виявленню аденоматозних та інших видів поліпів товстої кишки — основної причини колоректального раку. Їх кількість, при щорічному виявленні 20 тис. хворих на колоректальний рак, за даними звітів головних проктологів регіонів не перевищує 10—12 тис. (5 тис. з яких виявлено у Львівській області), хоча реальна їх чисельність повинна бути, щонайменше на порядок вищою. З сучасними можливостями ендоскопічної діагностики і ендоскопічної хірургії переважна більшість лікарів—проктологів, гастроентерологів, нажал, навіть не знайома.

Невідкладним нашим завданням є повсюдне запровадження скринінгу колоректального раку з використанням імуноферментного хроматографічного експрес—FOBS тесту на приховану кров, що повністю виключає хибно—позитивні результати, з послідуочим обов'язковим проведенням тест—позитивним пацієнтам ендоскопічного обстеження. Адже запровадження скринінгових досліджень, як це не звучить парадоксально в умовах економічної кризи, з рахуванням високої вартості лікування хворих на КРР, є абсолютно рентабельними. Реалізація програми скринінгу КРР дозволять змінити ту негативну ситуацію, яка на сьогодні склалася в Україні, коли 90% витрат на охорону здоров'я витрачається виключно на лікування, в той час як у цивілізованих країнах світу — 50% — на лікування, 30% — на про-

філактику і 20% — на реабілітацію. Повсюдне запровадження скринінгу сприятиме виявленню передракових станів та раку на ранніх стадіях (Insitu, I стадія), що суттєво покращить результати комплексного лікування даної категорії хворих. Лише за рахунок цих заходів, проведення фіброколоноскопії 1 раз на 3 роки населенню віком 50 років і більше, кількість хворих на колоректальний рак можна було б зменшити щонайменше на 25—30%.

У відповідності до рекомендацій Американського товариства хірургів для своєчасної діагностики КРР в безсимптомній популяції в звичайних умовах ризику всім особам віком 50 років і більше показане щорічне проведення тесту на приховану кров, кожні 2 роки — сигмоскопії, кожні 5 років ФКС, або рентген контрастне дослідження у поєднанні з сигмоскопією — кожні 2 роки.

Сімейний анамнез, пов'язаний з неполіпозним КРР обумовлює необхідність виконання генетичного консультування, можливо — і тестування, більш прискіпливого спостереження, починаючи з 40— річного віку. Представлений нами в Методичних рекомендаціях "Скринінг колоректального раку" (2010) Алгоритм скринінгу відображає досвід його проведення в більшості країн світу.

Вважаю за необхідне зупинитись ще на одному дискусійному питанні онкопроктології. Безперечно, в умовах онкологічних лікувальних закладів хворі на КРР мають можливість отримати комплексне лікування, включаючи хімію — та променеву терапію. Однак, реальність залишається такою, що майже 50% хворих лікуються в проктологічних і, навіть, в загально— хірургічних стаціонарах через ряд обставин: небажання хворого лікуватися в онкологічному лікувальному закладі через необгрунтовану настороженість і страх перед словом "ОНКОЛОГІЯ"; ургентність ситуації при ускладненому перебігу захворювання; реальну дійсність щодо зменшення доступності, перш за все сільського населення, до обласних онкологічних закладів через низьку платіжну спроможність значної частини населення України. З урахуванням приведених обставин, а також складності і травматичності операцій на товстій кишці, важливо щоб таких хворих оперував хірург високої кваліфікації; обов'язковим повинно бути чітке дотримання онкологічних принципів, виконання таких втручань з послідуочими консультаціями лікарів онкохірургів, хімію— і променевих терапевтів. Досвід плодотворного співробітництва нашої клініки з Інститутом раку МОЗ України, міським онкологічним центром є підтвердженням тому.

Хронічні запальні захворювання кишечника — виразковий коліт та хвороба Крона — одна з найбільш серйозних і, далеко не до кінця вирішених проблем сучасної колопроктології, незважаючи на суттєві позитивні зрушення у вивченні етіології, патогенезу, діагностики, консервативного та хірургічного їх лікування. В останні десятиріччя в Україні досягнуто взаємодії між лікарями гастроентерологами і проктологами щодо

принципів базисної терапії, використання препаратів резерву і допоміжної терапії. Позитивною є тенденція до запровадження виконання реконструктивно—відновних операцій (РВО) в т.ч. з формуванням резервуарних анастомозів при хірургічному лікуванні хворих на НВК в ряді регіонів (Київ, Харків, Дніпропетровськ, Львів, тощо). Однак, непоодинокими залишаються випадки несвоечасного визначення показань до хірургічного лікування хворих, внаслідок чого щорічно помирає 35 — 50 з них. Вкрай тяжкі за клінічним перебігом хворі тривалий час залишаються на лікуванні в гастроентерологічних стаціонарах (Запоріжжя, Рівне); нерідко вони не за направленнями лікувальних закладів, а самостійно приїжджають до Українського проктологічного центру у край тяжкому стані. Щодо хірургічної тактики, то і на сьогодні, нажал, при виразковому коліті виконуються операції сегментарної резекції товстої кишки, геміколектомії, що є недопустимим.

Відсутній чіткий реєстр хворих на НВК, ХК, нездовільно здійснюється динамічне спостереження за такими пацієнтами, недостатньо контролюється лікарями як гастроентерологами так і проктологами проведення підтримуючої терапії в період ремісії, що призводить до частих загострень захворювань, розвитку їх ускладнень. Значна частка хворих лікується в умовах загально—терапевтичних стаціонарів, отримує неадекватну терапію, наслідком чого є суттєве погіршення їх стану, а несвоечасне прийняття рішення про хірургічне лікування стає причиною розвитку тяжких ускладнень і навіть летальних наслідків (Запорізьська, Івано — Франківська та інші області).

Наша країна залишається однією з небагатьох країн світу, де вкрай повільно запроваджується біологічна цитокінова терапія, внаслідок чого частка хворих з тяжким і ускладненим перебігом НВК і ХК в Україні майже в три рази більша ніж в країнах Європи, Азії, США. Безумовно, вкрай негативним чинником, який обумовлює таку ситуацію, є і низька платіжоспроможність населення України, висока вартість препаратів для базисної терапії, що примушує хворих відмовлятися від подальшого лікування. Вказані чинники обумовлюють необхідність вирішення (хоча б часткового) проблеми пільгового забезпечення такими препаратами за рахунок державних коштів.

Нажал, чимало не до кінця вирішених проблем залишається в "малій проктології". Близько 80% хворим на геморої сьогодні, як і раніше, виконується операція гемороїдектомія за Мілліганом—Морганом, допускаються серйозні помилки при хірургічному лікуванні хворих на парапроктити, анальні тріщини, повільно запроваджуються сучасні мініінвазивні методики, тощо. Більш широке розповсюдження повинна отримати амбулаторна проктологія в умовах денних стаціонарів, повинен бути розширений діапазон виконуваних в них операцій.

Існує ще один важливий аспект проблеми амбулаторної проктології, який сьогодні не можливо не озву-

чити. У зв'язку з все більшим поширенням в Україні приватної медичної практики, в багатьох містах і навіть районних центрах відкривається мережа проктологічних кабінетів, що є позитивним напрямком. Однак, нажал, ліцензію на право займатися лікувальною практикою нерідко отримують лікарі вкрай низької кваліфікації, які мають лише фінансові можливості відкриття таких кабінетів, працюють вони безконтрольно, допускаючи грубі помилки і порушення. Неодноразово до Українського проктологічного центру, які до інших центрів, в ургентному порядку поступали хворі з тяжкими ускладненнями (кровотеча, флегмона промежини, гострий парапроктит, тощо) після некваліфікованого застосування переважно мініінвазивних методик без урахуванням протипоказань та інше. Користуючись присутністю представників Міністерства охорони здоров'я, вважаю за необхідне звернутися з пропозицією видавати ліцензії на право займатися лікувальною практикою лише після оцінки рівня професійної підготовки за участю спеціалістів Українського проктологічного Центру і Асоціації колопроктологів України.

Актуальною залишається і проблема медико — соціального забезпечення стомованих хворих. Хоча частка реконструктивно — відновних операцій, які виконуються хворим на КРР, НВК, ХК, дивертикулярну хворобу, сімейний аденоматозний поліпоз поступово зростає, близько 40 тис. таких пацієнтів залишається з тимчасовими або по життєвими ілео— чи колостомами. Це вкрай важлива не лише медико—соціальна, а і економічна проблема. Адже вартість калоприймачів та предметів догляду за стомами сягає 5—7 тис. грн. на рік, що тяжким тягарем лягає на всю сім'ю хворого.

Нажал, Україна залишається єдиною у світі країною, де такі пацієнти не мають державної підтримки та соціального захисту, що цілком закономірно викликає їх обурення і акції протестів. Нажал, ні Постанова КМ України від 3 грудня 2009 року, ні наказ МОЗ України від 11 лютого 2013 року № 109 не призвели до будь—яких зрушень. Лише в окремих регіонах частково вирішується ця проблема (в Львівській, Харківській, Дніпропетровській областях, в м. Києві). Недостатньо активними у вирішенні даної проблеми є більшість із обласних проктологів.

Терміново слід створювати регіональні реєстри стомованих хворих у відповідності до вимог до наказу МОЗ України від 12 лютого 2013 року № 109, активізувати роботу з місцевими органами влади щодо цільового виділення коштів з місцевих бюджетів, пошуку спонсорських коштів, створення кабінетів медико—соціальної реабілітації стомованих хворих, організації Всеукраїнського товариства стомованих хворих, які на сьогодні успішно функціонують у Львівській, Волинській, Одеській та інших областях.

Отже, сьогодні в роботі проктологічної служби України існує ряд приведених та інших проблем, які потребують їх вирішення:

1. Нагальною є необхідність розробки та поетапної реалізації державної проблеми розвитку та удоскона-

лення проктологічної служби України, її матеріальної бази, кадрового забезпечення.

2. Продовження роботи по розробці уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на основні проктологічні захворювання.

3. Запровадження скринінгу КРР в Україні.

4. Подальше запровадження мініінвазивних ендоскопічних, трансанальних лапароскопічних методів діагностики і лікування проктологічних захворювань.

5. Розширення мережі та об'єму спеціалізованої проктологічної допомоги в позалікарняних лікувальних за-

кладах, створення денних стаціонарів з пріоритетним використанням мініінвазивних методів діагностики і лікування проктологічних захворювань.

6. Створення реєстру хворих на НВК, хворобу Крона, дифузний сімейний поліпоз, здійснення постійного моніторинга за ними.

7. Створення реєстру стомованих хворих, поетапне вирішення проблеми забезпечення стомованих хворих калоприймачами і предметами догляду за ними.

8. Активізація наукових розробок з проблем колопроктології.

