

— Юрий Анатольевич, не могли бы вы описать программу совещаний и конференций, прошедших в Астрахани?

— Согласно решению Министерства здравоохранения и социального развития России, принятому еще в июне этого года, на базе Астраханской государственной медицинской академии было решено провести совещание профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Минздравсоцразвития по специальности «Колопроктология».

К этому событию были приурочены и другие мероприятия, проводимые ежегодно профессиональным сообществом колопроктологов. Это межрегиональная научно-практическая колопроктологическая конференция, расширенный пленум правления Ассоциации колопроктологов России.

Конференция и совещание проводились под руководством ФГУ Государственный научный центр колопроктологии МЗ РФ и Ассоциации колопроктологов России. Мероприятия включали обширную научную программу с обсуждением современных проблем колопроктологии, перспектив развития соответствующей службы и профессионального сообщества колопроктологов, наконец, тем докторских диссертаций.

В научных мероприятиях приняли участие около 100 делегатов из 35 регионов Российской Федерации, Казахстана и Азербайджана, сотрудники Астраханской государственной медицинской академии, а также врачи колопроктологии, хирурги, гастроэнтерологи города Астрахани и Астраханской области.

— Конференция отечественных колопроктологов проводится ежегодно, а какие вопросы оказались приоритетными в этом году?

— Безусловно, те, что были связаны с высокотехнологичными инновационными технологиями в колопроктологии. И меня порадовало то, что сразу несколько российских научных школ представили свои «новинки», которые уже начали приносить пользу нашим пациентам.

Успею рассказать подробнее лишь о трех из многих перспективных разработок. Профессор Александр Михайлович Кузьминов (ГНЦ колопроктологии, Москва) представил новый метод клеточной трансплантации в лечении семейного аденоматоза толстой кишки.

Напомню, что семейный аденоматоз — это весьма опасное и пока, увы, неизлечимое заболевание, при котором происходит образование множественных полипов в толстом кишечнике. Причина — мутационные процессы, то есть поломка на геномном уровне. Единственным способом остановить патологический процесс ранее было удаление ободочной и прямой кишки и выведение тонкой кишки на переднюю брюшную стенку. Иначе говоря, формирование илеостомы. Но вы же понимаете, что это означает фактически превращение пациента в пожизненного инвалида. К тому же учтите, что чаще всего данное заболевание диагностируется в молодом возрасте.

Специалистами из ГНЦ колопроктологии был найден новый подход к лечению этого заболевания. Суть его заключается в пересадке здоровой слизистой оболочки в дистальную область прямой кишки, с которой перед этим целиком удаляется собственная патологическая слизистая. В этом случае происходит «вращивание» новой нормальной слизистой оболочки со здоровым генотипом.



**Чтобы ускорить развитие здравоохранения на всей территории нашей страны, важные медицинские форумы, совещания, конференции все чаще проводятся в регионах России. Так и произошло 9—10 сентября в Астрахани, крупном городе юга России, где на базе Астраханской государственной медицинской академии состоялся целый комплекс мероприятий, посвященный развитию колопроктологии как медицинской науки, а также колопроктологической службы отечественного здравоохранения. Вот что рассказал корреспонденту «МВ» Алле Писаревой организатор и участник этих мероприятий профессор Ю.А. ШЕЛЫГИН, исполняющий обязанности директора Государственного научного центра колопроктологии Минздравсоцразвития РФ.**

В докладе кандидата медицинских наук Игоря Валерьевича Переседы (ГНЦ колопроктологии, Москва) «Эндомиохирургические операции при начальных формах рака прямой кишки» сообщалось о том, что после проведения точной диагностики с помощью компьютерной и магнитно-резонансной томографии локализации и формы рака на дооперационной стадии заболевания, с использованием метода трансанальной микрохирургии проводилась резекция пораженного опухолью участка кишки и небольшого количества прилежащих тканей. Это позволило излечить пациентов с начальными формами рака. На данный момент уже более 70 больных перенесли такую операцию и проходят реабилитацию. Уникальность метода заключается в том, что он дает возможность лечить рак без потери органа. Это является крайне важным. Ведь сохраняются функции прямой кишки, а следовательно, привычный образ жизни пациента существенно не меняется, качество жизни не падает.

Также на конференции были обсуждены новые подходы к хирургическому лечению воспалительных заболеваний кишечника, в частности, оперативное лечение резистентных форм язвенного колита (автор доклада — доктор медицинских наук Николай Владимирович Костенко, Астраханская государственная медицинская академия) и выбор способов реконструкции после удаления толстой кишки (кандидат медицинских наук Кирилл Валерьевич Болихов, ГНЦ колопроктологии, Москва).

Причины возникновения язвенного колита до сих пор не ясны. Непонятной остается самая важная особенность патогенеза — почему организм отторгает собственную слизистую оболочку как чужеродную, в результате чего происходят ее изъязвление, кровотечения, многократный стул. В этом случае единственным способом лечения остается хирургическое удаление толстой кишки. Затем формируется искусственное расширение тонкой кишки — резервуар, который замещает ампулу прямой

кишки. Так сохраняется акт дефекации через задний проход, и человек может продолжать вести нормальный образ жизни. Об инновационных подходах к лечению язвенного колита и реабилитации таких больных и рассказали Н.В. Костенко и К.В. Болихов.

На конференции были представлены также интересные доклады ученых из других регионов нашей страны: Санкт-Петербурга, Ростова-на-Дону, Владикавказа, Белгорода, Уфы, Иркутска, Самары, Волгограда, Ставрополя, что позволило специалистам не только поделиться с коллегами данными своих научных исследований, но и обсудить полученные результаты, обменяться опытом работы. Собственно, для этого и проводятся такого рода конференции, чтобы мы учились друг у друга, а затем лучше помогали нашим больным. Ради этого мы живем и работаем!

— Известно, что Минздравсоцразвития РФ разрабатывает новые стандарты медицинской помощи. Как изменится помощь колопроктологическим больным?

— Главной целью встречи в Астрахани стало совещание профильной комиссии экспертного совета Минздравсоцразвития РФ в сфере здравоохранения по специальности «Колопроктология». На ней обсуждались актуальные вопросы организации колопроктологической службы в нашей стране, а также усовершенствования помощи таким пациентам. По итогам такого обсуждения была принята резолюция.

Начиная с 90-х годов, главным аспектом работы колопроктологов является улучшение качества жизни больных. Решая проблему радикальности лечения, мы основное внимание обращаем на сохранение нормальной функции кишечника. Особенно же это важно для больных, имеющих колостому или илеостому. Интересно, что сейчас даже появилась новая специальность — стоматерапевт, который занимается подборкой индивидуальных калоприемников, средств ухода за стомой.

Наряду с медицинской сестрой, врачами, стоматерапевтами с больными работают психо-

логи, которые помогают им преодолеть психологические трудности, связанные с изменением целостности тела, перестройкой образа жизни. В последние годы также созданы ассоциации колопроктологических больных. Одна из них называется «Астом». На занятиях пациенты под руководством специалистов помогают друг другу преодолевать определенные трудности. Такие организации действуют по всей России, в них оказывается психологическая поддержка, даются советы социального плана.

— Можно ли выделить самые распространенные причины возникновения колопроктологических заболеваний?

— Увы, сегодня крайне актуальна проблема позднего обращения пациентов с запущенными формами болезни. В нашей области медицины данная проблема была, есть и будет всегда. Объясняется она интимностью зоны недуга. При этом очень важно донести до пациентов мысль, что подобные заболевания могут быть как доброкачественными, так и злокачественными. А вот симптоматика у них совершенно одинакова: либо кровотечение, либо болевой синдром, либо нарушение дефекации.

Плохо и то, что наши граждане с легкостью сами себе ставят диагноз — чаще всего геморрой — и убеждают себя в том, что скоро само все пройдет. А итогом такого легкомысленного отношения к своему здоровью становится быстрое прогрессирование недуга. Такая проблема, кстати, встречается даже среди врачей, в том числе и врачей-проктологов. Необходимо трезво оценивать симптомы заболевания, помнить, что излишняя стеснительность приводит порой к очень серьезным последствиям.

— Юрий Анатольевич, а как вы относитесь к работе коммерческих колопроктологических организаций, которые в последнее время стали широко рекламировать свою деятельность?

— К сожалению, ситуация в сфере здравоохранения такова, что бюджетные государственные клиники не имеют возможности финансировать рекламные проекты. Но здесь вопрос в том, насколько высок уровень квалификации лечебного заведения, которое рекламирует свою деятельность. Ведь в государственных клиниках образованы и действуют научные школы, заложенные традиции, имеется гораздо больший опыт, чем во многих коммерческих организациях. Однако если речь идет о профилактическом осмотре, в коммерческом центре работает специально обученный, высококвалифицированный персонал. И у этого центра есть связь с клиниками, оказывающими высокотехнологичную помощь. Если такая «цепочка» срабатывает, то отлично.

Но если таких условий и связей нет, в центре работают один-два «широкопрофильных» специалиста, целью которых является только коммерческая выгода, то это совсем другое дело. К примеру, нашу организацию, то есть Государственный научный центр колопроктологии Минздравсоцразвития РФ, можно назвать действительно медицинским центром. В нем работают 700 квалифицированных сотрудников, функционирует серьезная, отработанная годами структура.

Наши специалисты отлично обучены их главному медицинскому делу — диагностике и лечению заболеваний толстой кишки, чему они посвятили большую часть жизни. Поэтому мой совет: выбирайте клиники с хорошей репутацией и серьезным опытом работы.

## КСТАТИ...

### Армстронга острый серозный менингит

**Синоним — острый лимфоцитарный хориоменингит**

Распространенная инфекционная болезнь, вызываемая вирусом семейства *Arenaviridae*. Вирус устойчив к окружающей среде, циркулирует среди многих видов животных, в частности среди мышевидных грызунов. Для человека основным источником возбудителя являются домовые мыши, которые выделяют вирус с мочой, фекалиями, носовым секретом, загрязняя воду, пищу, различные предметы. Болеют чаще сельские жители, в городах — жильцы нижних этажей старых зданий с подвальными помещениями. Возможны бессимптомная инфекция, гриппоподобная форма болезни.

Наиболее типична менингеальная форма. Инкубационный период от 5 до 14 дней. Болезнь характеризуется высокой лихорадкой длительностью от 1 до 3 недель, интенсивной головной болью, частой рвотой. Менингеальные симптомы резко выражены, сохраняются до 2—3 недель. Известны хронические формы болезни, протекающие как медленная инфекция с нарастающей церебральной гипертензией, деменцией, парезами и параличами. Для подтверждения диагноза используют серологические методы, ИФА, полимеразную цепную реакцию (ПЦР). Лечение симптоматическое. Основные профилактические мероприятия: дератизация, защита пищи от грызунов, обеззараживание воды.

Выделен в самостоятельную нозоформу в 1933 году американским бактериологом С. Armstrong, 1886—1967 г. Первая статья о бактериальной инфекции как причине менингита была написана австрийским бактериологом Антоном Вайксельбаумом (нем. Anton

Weichselbaum), который в 1887 описал менингококк. Одной из первых форм вирусных менингитов является лимфоцитарный хориоменингит. Армстронг и Лилли в 1934 году в эксперименте на обезьянах показали, что эта форма менингита вызвана автономным фильтрующим вирусом. Вскоре вирус Армстронга и Лилли был выделен и из спинномозговой жидкости больных.

### Синдром Маклеода

Это односторонняя эмфизема легкого или доли легкого, сопровождающаяся гипоплазией ветвей легочной артерии и обструкцией мелких бронхов. Возможно, развивается в исходе облитерирующего бронхолита, перенесенного в первые 8 лет жизни, когда в норме происходит увеличение количества альвеол. В юношеском возрасте появляется и прогрессирует одышка.

Объем одной из половин грудной клетки увеличен, иногда она имеет бочкообразную форму; нижняя граница пораженного легкого смещена книзу, подвижность ее ограничена, перкуторный звук — коробочный; дыхание на стороне поражения ослаблено. При рентгенологическом исследовании прозрачность легочного поля значительно повышена («сверхпрозрачное легкое»), легочный рисунок обеднен. Средостение на высоте вдоха смещается в здоровую сторону. Оперативное лечение (удаление эмфизематозного легкого) показано при нарушении вентиляции нормально развитого легкого, с частыми инфекционными осложнениями.

Впервые этот синдром описал P.R. Swyer и G.C.W. James (Свайра—Джеймс синдром), патогенез представлен британским пульмонологом W.M. Macleod, 1911—1977 г.

*По материалам отечественной и зарубежной литературы*