**Профилактика колоректального рака**

1. **Определение болезни. Причины заболевания.**

Колоректальный рак (КРР) одно из самых распространенных онкологических заболеваний в мире. Заболеваемость колоректальным раком неуклонно растет на протяжении последних лет. В большинстве развитых стран в структуре онкологической заболеваемости КРР стоит на третьем месте как у мужчин, так и у женщин.

Колоректальный рак - это онкологическое заболевание, поражающее отделы ободочной кишки и прямую кишку.

Важной проблемой профилактики рака толстой кишки является диагностика и лечение его предраковых заболеваний, центральное место среди которых занимают полипы.

За последнее время выживаемость пациентов увеличилась благодаря скрининговым программам, выявляющим различные эпителиальные образования кишки (полипы) и своевременному их удалению.

Факторами риска считают пожилой возраст, мужской пол, ожирение, преобладание в пище красного мяса, воспалительные заболевания кишечника и наследственность КРР (наличие злокачественных образований ближайших кровных родственников). По данным разных клинических исследований наследственность выявляется в 25-35 % случаев. При наличии воспалительных заболеваний риск возникновения КРР возрастает в 2-3 раза.

Рис.1 – Диаграмма заболеваемость онкологическими заьолеваниями, статистика за 2018 год.

Рис. 2 – Смертность от онкологических заболеваний, статистика за 2018 год.

1. **Симптомы**

Чаще всего КРР протекает бессимптомно. В запущенных стадиях у пациента начинается выделение кала с примесью крови и/или слизи, явления частичной кишечной непроходимости, изменение стула в виде запоров или поносов, вздутие, урчание, иногда боли в животе. Возможны частые позывы на дефекацию.

Ухудшение самочувствия: слабость, быстрая утомляемость, снижение массы тела, регулярная субфебрильная температура (37,1-37,5 °С).

В анализах крови может наблюдаться понижение уровня гемоглобина и увеличение СОЭ (скорости оседания эритроцитов).

Все полипы толстой кишки растут и развиваются бессимптомно, поэтом врачи всего мира пытаются внедрить программы по раннему выявлению полипов и их удалению. В первую очередь это касается пациентов, входящих в группы риска.

Большинство скрининговых программ, разработанных как на территории Российской Федерации, так и за ее пределами представляют собой анализ кала на скрытую кровь и последующую тотальную колоноскопию. Такие методы довольно эффективны, хотя и имеют ряд недостатков. Повсеместное применение такого метода как колоноскопия ограничивается сложностью проведения процедуры, труднодоступностью для населения, высокой стоимостью процедуры.

1. **Патогенез**

Патогенез развития КРР до конца не изучен. Достоверно известно, что наследственный фактор играет огромную роль.

Большинство случаев колоректального рака возникает на фоне тубулярных и ворсинчатых аденом. Риск злокачественного перерождения тубулярной аденомы напрямую зависит от ее размера. Если размер меньше 0,5 см, то он практически не содержит аденоматозных изменений. В аденоме размером от 0,5 до 1,0 см вероятность злокачественных изменений составляет около 1%, от 1,0 до 2,0 см – 10%, более 2,0 см – 46%.

1. **Классификация и стадии развития заболевания**

Классификация полипов толстой кишки по морфологическому строению:

1. Гиперпластический полип
2. Железистые и железисто-ворсинчатые полипы (аденомы)
3. Кистозно-гранулирующие (ювенильные)
4. Фиброзные полипы.

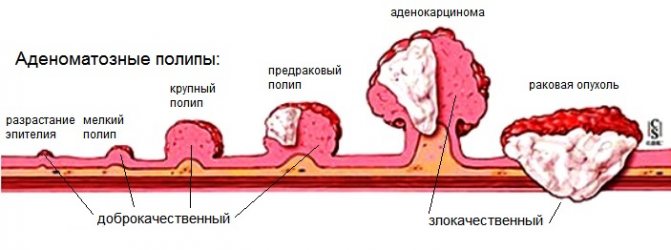


Рис 3. Классификация полипов.

Стадирование КРР по системе T-N-M (2009г)

Т - характиристика самой опухоли, степень прорастания стенок и прилежащих органов.

*Т1 – опухоль распространяется в подслизистый слой стенки кишки*

*Т2 – опухоль распространяется на мышечный слой, без прорастания стенки кишки.*

*Т3 – опухоль прорастает все слои стенки кишки с распространением в жировую клетчатку, без поражения соседних органов.*

*Т4 - прорастание в другие органы и структуры*

N – nodulus (узел) – оценка поражения регионарных лимфоузлов.

М – metastasis – наличие местастазов и поражение органов-мишеней (печень,легкие).

Международная классификация МКБ-10:

18 - Злокачественное новообразование ободочной кишки.

С 18.0 Злокачественное новообразование слепой кишки.

С 18.1 Злокачественное новообразование червеобразного отростка.

С 18.2 Злокачественное новообразование восходящей ободочной кишки.

С 18.3 Злокачественное новообразование печеночного изгиба ободочной кишки.

С 18.4 Злокачественное новообразование поперечной ободочной кишки.

С 18.5. Злокачественное новообразование селезеночного изгиба ободочной кишки.

С 18.6 Злокачественное новообразование нисходящей ободочной кишки.

С 18.7 Злокачественное новообразование сигмовидной кишки.

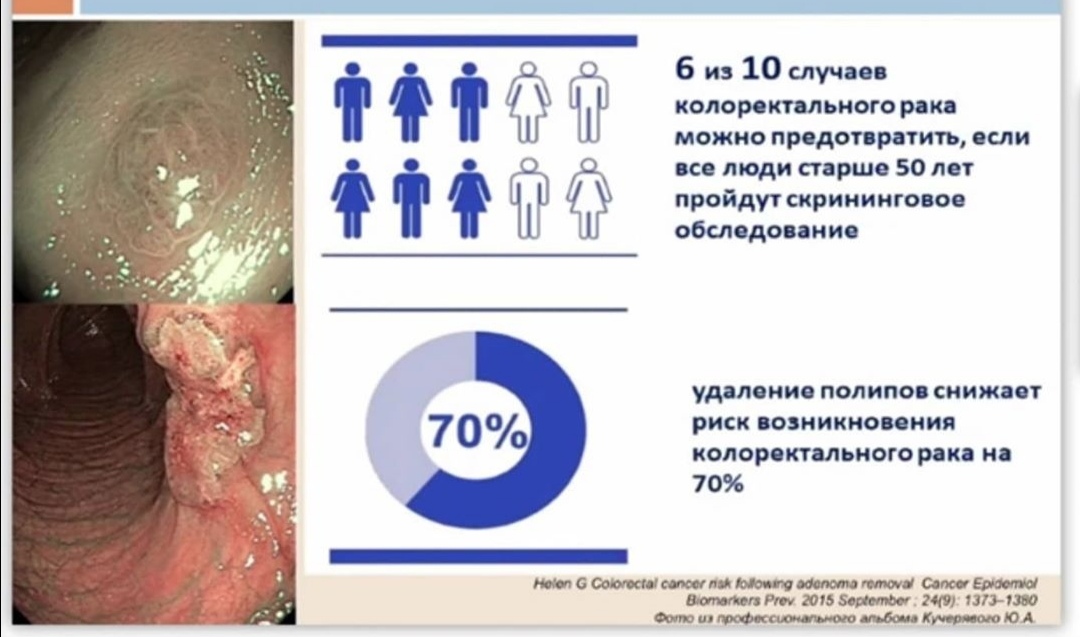
С18.8 Поражение ободочной кишки, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций.

С 18.9 Злокачественное новообразование ободочной кишки неуточненной локализации.

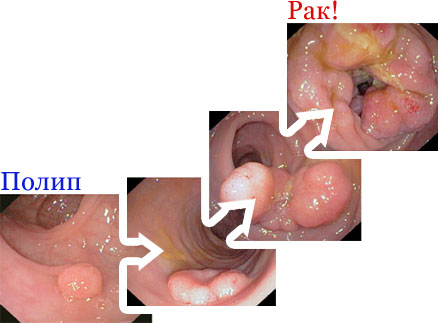
С 19 Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения.

1. **Осложнения**

Самым опасным осложнением заболевания является злокачественная опухоль. При длительном отсутствии лечения полип начинает увеличиваться в размерах, клетки формирующие полип, мутируют, перерождаются и превращаются в опухоль. Поэтому важно не упустить ту стадию болезни, на которой медицина способна помочь пациенту и своевременно обратиться в больницу. При наличии онкологии и метастазов, шансов на выздоровление значительно меньше.



*Рис. 4. Профилактика КРР.*



*Рис 5. Динамика развития КРР из аденоматозного полипа.*

1. **Диагностика**

Во всем мире «золотым стандартом» диагностики КРР является колоноскопия. Колоноскопия – метод диагностики заболеваний толстой кишки с помощью гибкого эндоскопа.

Врач-эндоскопист внимательно осматривает слизистую оболочку толстой кишки и выявляет различные образования: язвы, эрозии, полипы, подслизистые образования и т.д. Очень важна хорошая подготовка кишки. При качественной ответственной подготовке пациента, врач видит образования 0,1-0,2 см, что значительно повышает качество процедуры. При необходимости используются дополнительные методы диагностики, например, хромоскопия (метод окрашивания участка тканей с целью выявления патологических участков). В аппаратах экспертного класса присутствуют дополнительные функции, такие, как увеличение, узкий спектр света, структурная детализация, позволяющие врачу достаточно точно визуализировать пораженный участок и даже определить морфологическое строение образования.



*Рис. 6. Участок слизистой оболочки при хромоскопии с раствором индигокармина в комбинации с увеличительной эндоскопией. В центре - патологическое изменение ткани в виде депрессии и нарушение ямочного рисунка слизистой оболочки, что предполагает возможное озлокачествление.*

Врач, выявляя образования, описывает их форму, размер, количество, структуру.

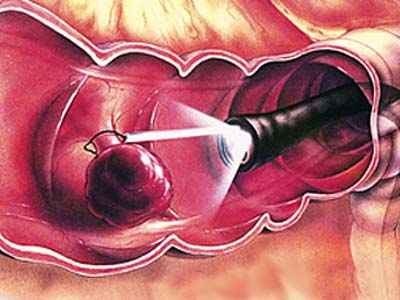
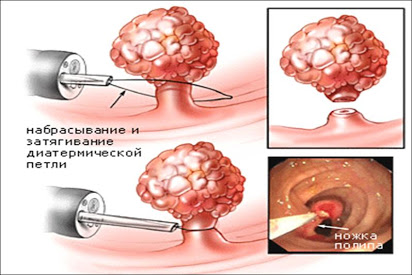
При выявлении различных образований необходимо провести биопсию образования. Например, при обнаружении полипов небольшого размера можно удалить образование полностью и весь материал отправить на гистологическое исследование.

1. **Лечение**

Как говорилось ранее, профилактикой КРР является своевременное хирургическое лечение полипов.

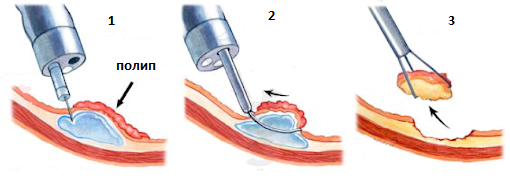
Выбор метода лечения зависит от вида полипа, наличия оборудования, инструментов и классификации хирурга.

Полипы на длинном основании удаляются петлевой резекцией.



*Рис. 7,8. Петлевая резекция полипов толстой кишки.*

Стелющиеся полипы и полипы на коротком широком основании удаляются методом эндоскопической мукозальной резекции (EMR). Под основание полипа необходимо ввести специальный окрашенный раствор, чтобы расслоить стенки кишки и «отодвинуть» полип от крупных сосудов и наружной стенки кишки, создав «подушку безопасности». После достаточной элевации врач накидывает петлю и выполняет резекцию.



*Рис 9. Эндоскопическая мукозальная резекция (EMR) стелющегося образования.*

При отсутствии элевации полипа, необходимы уточняющие методы обследования, например, эндосонография (эндоУЗИ). Если полип прорастает в глубжележащие слои стенки кишки, то необходима полостная операция или полнослойная резекция участка кишки.

При стелящихся опухолях больших размеров применяется метод подслизистой диссекции.

Как и при EMR под основание опухоли необходимо ввести окрашенный раствор, для расслоения стенки кишки, но главное отличие это инструмент – нож для диссекции. С его помощью можно удалить образования размером более 2-2,5 см единым блоком.

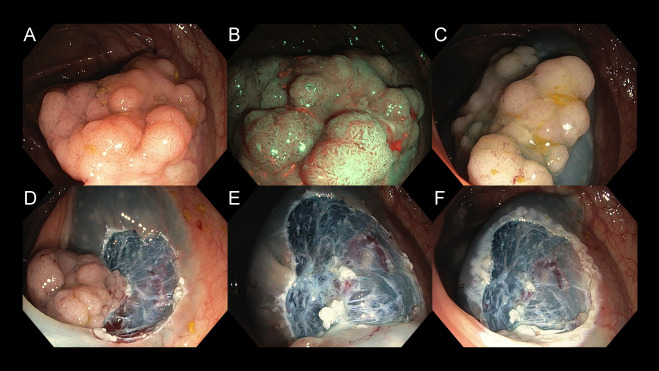


Рис. 10. Эндоскопическая подслизистая резекция (ESD) образования размером больше 2-3 см.

После всех видов резекции врач оценивает ложе полипа, при необходимости сшивает рану титановыми клипсами. Заживление происходит через 14-30 дней.

1. **Прогноз. Профилактика.**

Прогноз заболевания зависит от стадии процесса и наличия метастазов.

Ранний рак.Т1 - благоприятный прогноз (5-летняя выживаемость более 90%) и возможность применения органосохраняющих способов лечения (эндоскопическая резекция слизистой оболочки) с высокой эффективностью.

Т2 и Т3 – прогноз сомнительный, но оценка прогноза проводится индивидуально в каждом случае.

Т4 – неблагоприятный прогноз.

Профилактика КРР - это регулярное прохождение колоноскопии при качественной подготовке и своевременное удаление полипов. Если у Вас нашли полип и удалили его, врач сам назначает контрольную колоноскопию, чаще рекомендуется через 6-12 мес. Если колоноскопия не выполнена полностью, осмотрены не все отделы, необходимо повторить колоноскопию под внутривенной седацией и при качественной подготовке спустя 1-3 мес.

Предложены следующие направления профилактики для пациентов из групп риска:

1. Сокращение или исключение из рациона «красного мяса», полуфабрикатов, колбас, копченых продуктов.
2. Отказ от курения и алкоголя.
3. Нормализация веса, приобщение к активном образ жизни – пешие прогулки в обьеме до 10 тыс шагов в день.
4. Увеличение в пище клетчатки: овощи, фрукты, хлеб грубого помола, отруби, орехи, сухофрукты)
5. Употребление молочных и кисломолочных продуктов.
6. **Список литературы.**
7. Терскова Т.В., Зыкова Л.Д. Современные вопросы этиологии рака прямой кишки. // Сибирское медицинское обозрение. - 2006. - № 3 (40). - С. 6-9.
8. Ветшев П.С., Стойко Ю.М., Крылов Н.Н. Профилактика, диагностика и лечение новообразований толстой кишки // Рос. журн. гастроэнтер., гепатол., колопроктол. – 2005. – Т.15, №1. – С. 86-91.
9. Torre, L.A.; Bray, F.; Siegel, R.L.; Ferlay, J.; Lortet-Tieulent, J.; Jemal, A. Global cancer statistics, 2012 // CA. Cancer. J. Clin. – 2015. - №65. – Р. 87–108.
10. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) Cancer in Australia 2017. Available online URL: https://www.aihw.gov.au/reports/cancer/cancer-in-australia-2017/ (accessed on 3 February 2017).
11. Горбунова В.А. Современные возможности таргетной терапии метастатического колоректального рака // Современная онкология. – 2015. – Т. 17, №4. – С. 15-21.
12. Скрининг колоректального рака: Практич. рук. /Под ред. S. Winawer. – World Gastroenterology Organisation, 2008. – 280 с.
13. . De Rosa M., Rega D., Costabile V. et al. The biological complexity of colorectal cancer: insights into biomarkers for early detection and personalized care. Ther Adv Gastroenterol 2016;9(6):861–86.
14. Meurs-Szojda M. M., Terhaar sive Droste J. S., Kuik D. J., Mulder C. J. J., Felt-Bersma R. J. F. Diverticulosis and diverticulitis form no risk for polyps and colorectal neoplasia in 4,241 colonoscopies. Int. J. Colorectal. Dis. 2008;23(10):979-984.
15. Давыдов М. И.Статистика злокачественных образований в России и странах СНГ в 2012 году / М. И. Давыдов, Е. М.Аксель // Вестн. РОНЦ. — 2014.
16. . Десятов Е. Н. Обоснование лечения стелющихся неоплазий прямой кишки методом этапной анрогон-плазменной коагудяции : автореф. канд. ... мед. наук / Е. Н. Десятов. — Тюмень, 2011.
17. Эндоскопическая полипэктомия / С. И. Емельянов [и др.] // Эндоскоп. хирургия. — 2010. — № 5. — С. 31–34.
18. Воробей А.В., Хмельницкая В.Я., Сушков С.А. и др. Полипы толстой кишки. Актуальные вопросы колопроктологии. Тез. докл. 1-го съезда колопроктологов России с межд. участ. Самара, 2003. С. 202−203.

Статья подготовлена главным врачом Регионального Центра Эндоскопии

Митраковой Ниной Николевной.