

**Коммунальное учреждение Херсонского областного совета
«ХЕРСОНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»**

**Раннее выявление предраковых
заболеваний и рака толстой кишки**

Методические рекомендации

г. Херсон
2012

Учреждение-разработчик: КУ «Херсонский областной онкологический диспансер», абдоминально-проктологическое отделение.

Авторы: Ковальский Михаил Леопольдович, заведующий абдоминально-проктологическим отделением КУ ХООД;

Редько Илья Семенович, врач хирург-проктолог абдоминально-проктологического отделения КУ ХООД

(тел.отделения 35-92-87).

Рецензент: Жердзицкий Валентин Александрович, заместитель главного врача по оргметодработе КУ ХООД.

Разработано для врачей общей практики, семейной медицины, терапевтов, хирургов, эндоскопистов.

В последние десятилетия в большинстве цивилизованных странах мира отмечается неуклонное увеличение показателей заболеваемости населения колоректальным раком (КРР), включающим в себя рак ободочной кишки, прямой кишки и ануса. В Украине в 2010 году выявлено 18441 таких больных, из них до 40% процентов умирает в течение первого года с момента постановки диагноза. Проблемой раннего выявления этого заболевания становится все более актуальное. Длительность жизни больных КРР зависит, прежде всего, от того насколько рано будет установлен правильный диагноз и начато адекватное лечение. Показатель пятилетней выживаемости составляет 83% при локализации опухоли в пределах кишечной стенки, 64% - при ее прорастании всех слоев кишечной стенки, 38% - при наличии метастазов в регионарные лимфатические узлы и не превышает 3% - при наличии отдаленных метастазов.

В Херсонской области на протяжении последних лет колоректальный рак занимает 2 место в структуре онкологической заболеваемости. В 2010 г. - 484 больных взяты на учет с впервые выявленным диагнозом рака толстой кишки. Запущенность при раке ободочной кишки составила 22,2%, при раке прямой кишки и ануса 22%. Заболеваемость КРР в Херсонской области имеет тенденцию к росту и превышает заболеваемость по Украине.

Заболеваемость КРР в Украине и Херсонской области.

Год	Рак ободочной кишки		Рак прямой кишки		КРР всего	
	Украина	Херсонская обл.	Украина	Херсонская обл.	Украина	Херсонская обл.
2006	21,3	20,1	19,6	20,2	40,9	40,3
2007	21,5	20,1	19,7	22,1	41,2	42,2
2008	21,9	22,0	19,8	18,4	41,7	40,4
2009	22,14	22,86	20,16	20,41	42,30	43,27
2010	21,31	23,08	18,97	21,25	40,28	44,33

Общепризнанным в мире является факт, что пациент с онкологическим заболеванием попадает к онкологу лишь через 5 - (месяцев от начала его клинических проявлений. Первым специалистом, к которому обращается пациент с предопухолевым заболеванием или опухолью органов пищеварения, является чаще всего терапевт или гастроэнтеролог, затем - врач-эндоскопист, и лишь потом - онколог. Поэтому важным резервом повышения диагностики и лечения на ранних стадиях КРР является повышение онконастороженности этих специалистов, выполнение рекомендуемых исследований] «бессимптомных» больных, проведение указанными специалистами] полноценного скрининга.

Регулярное проведение диагностических исследований у бессимптомных больных

С целью ранней диагностики КРР целесообразно использовать опыты Американского ракового общества, которое рекомендует выполнение следующих диагностических исследований у «бессимптомных» больных (эти исследования назначаются врачом, к которому больной обратился за помощью):

пальцевое исследование прямой кишки - ежегодно у пациентов в возрасте старше 40 лет;

исследование кала на скрытую кровь - ежегодно у пациентов в возрасте после 50 лет; В настоящее время, одним из наиболее эффективных методов диагностики рака и предраковых состояний является быстрый иммунохроматографический экспресс-тест (ИХА-тест), направленный на выявление скрытой крови образцах кала - СИТО TEST FOB. Чувствительность метода более 95%, специфичность - более 99%.

ФКС - через каждые 3 года у пациентов в возрасте старше 50 лет

Проведение скрининга

Скрининг целесообразно проводить в два этапа. Первый этап проводится врачом, к которому обратился больной за помощью. Результатом I этапа проводимого скрининга является формирование группы риска КРР. Эта группа формируется из пациентов, которые дадут положительный ответ хотя бы на один из поставленных вопросов:

- 1) Имел ли пациент в прошлом аденоматозные полипы, диффузный семейный полипоз ?
- 2) Имеет ли пациент хронические заболевания кишечника ? (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)
- 3) Имели ли члены семьи в прошлом колоректальный рак или аденоматозные полипы кишечника ?
- 4) Отмечает ли пациент изменения привычного характера стула: появление запоров, поносов, частых ложных позывов к стулу ?
- 5) Отмечает ли пациент периодические выделения крови из заднего прохода, независимо от того, связывает ли эти выделения с «геморроем» или нет ?
- 6) Имел ли пациент анемию, подтвержденную лабораторными исследованиями крови ?

Указанные вопросы рекомендуем включить в анкеты-опросники • это позволит охватить большее количество пациентов.

На II этапе скрининга проводится обследование больных вошедших в группу риска. Этот этап также выполняется терапевтами гастроэнтерологами, хирургами. Больным назначаются:

Общеклинические лабораторные исследования крови, мочи, ФГ ОГБ (Яо-графия ОГК), осматриваются урологом или гинекологом.

- 1) Пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия
- 2) Фиброколоноскопия (или ирригоскопия по показаниям).
- 3) УЗИ органов брюшной полости и забрюшинных лимфоузлов.
- 4) ЯМРТ, СКТ органов брюшной полости по показаниям.

Если какой-то из методов исследования в районных больницах отсутствует - его можно выполнить в областном онкологическом диспансере.

Результатом второго этапа проводимого скрининга должно быть выявление больных с предраковыми заболеваниями или КРР.

Больные с выявленными предраковыми заболеваниями (диффузный семейный полипоз, полипы толстой кишки, остроконечные перианальные кондиломы, хронические анальные трещины, и др.) подлежат лечению в проктологических отделениях. Больные с выявленными неспецифическими воспалительными заболеваниями толстой кишки получают лечение и наблюдаются у проктолога и гастроэнтеролога.

Больных КРР необходимо направлять на консультацию к хирургу-онкологу областного онкологического диспансера, который, при необходимости, дообследует, проведет комиссионный осмотр (онкохирург, врач-радиолог, врач-химиотерапевт) и назначит адекватное лечение в соответствии со Стандартами диагностики и лечению онкологических больных, утвержденных приказом МОЗ Украины от 17.09.07г. № 554. **Областной онкологический диспансер является} единственным лечебным учреждением в Херсонской области которое располагает возможностями для комплексного лечения больных КРР.**

Алгоритм ранней диагностики колоректального рака предраковых заболеваний

I путь

Регулярное проведение диагностических исследований у «бессимптомных» больных. Проводится врачом, к которому обратился больной (терапевт, хирург, онколог)

Методы исследования:

- 1) исследования rectum 1 раз в год у пациентов старше 40 лет;
- 2) исследование кала на скрытую кровь 1 раз в год у пациентов старше 50 лет;
- 3) ФКС 1 раз в три года у пациентов старше 50 лет

II путь

Проведение скрининга.

Проводится участковым терапевтом с помощью анкет-опросников. Возможно проведение скрининга другими врачами при обследовании групп населения, коллективов, предприятий.

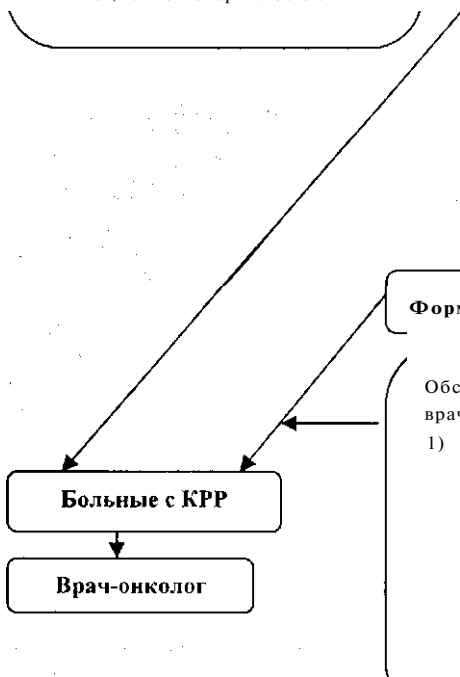
Вопросы скрининга:

- 1) Имел ли пациент в прошлом аденоматозные полипы, диффузный семейный полипоз ?
- 2) Имеет ли пациент хронические заболевания кишечника ? (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)
- 3) Имели ли члены семьи в прошлом колоректальный рак или аденоматозные полипы кишечника?
- 4) Отмечает ли пациент изменения привычного характера стула: появление запоров, поносов, частых ложных позывов к стулу ?
- 5) Отмечает ли пациент периодические выделения крови из заднего прохода, независимо от того, связывает ли эти выделения с «геморроем» или нет?
- 6) Имел ли пациент анемию ?

Формирование группы риска

Обследование больных группы риска проводится врачом-хирургом, онкологом.

- 1) Общеклинические лабораторные исследования крови, мочи, ФГ ОГК (Яо-графия ОГК), осматриваются урологом или гинекологом. Пальцевое исследование прямой кишки, 1005. Фиброколоноскопия (или ирригоскопия по показаниям). УЗИ органов брюшной полости и забрюшинных лимфоузлов. ЯМРТ, СКТ органов брюшной полости по показаниям.



Список литературы

1. Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Псарас Г.Г. Современные аспекты лечения рака толстой кишки, осложненного непроходимостью кишечника. Клиническая хирургия, 2000 г., № 8, стр. 48 - 49.
2. Бюллетень национального канцер-реестра Украины № 8, Киев, 2007 г.
3. Бюллетень национального канцер-реестра Украины № 9, Киев, 2008 г.
4. Бюллетень национального канцер-реестра Украины № 10, Киев, 2009 г.
5. Бюллетень национального канцер-реестра Украины № 11, Киев, 2010 г.
6. Бюллетень национального канцер-реестра Украины № 12, Киев, 2011 г.
7. Захараш М.П. Состояние колопроктологической помощи в Украине, перспективы ее развития. Клиническая хирургия, 2003 г. № 11, стр. 3 - 6 .
8. Захараш М.П., Харченко Н.В., Музыка СВ. Скрининг предраковых заболеваний и рака толстой кишки. Киев, Медицина, 2010г.
9. Федоров В.Д., Одарюк Т.С., Ривкин В.Л., и др. Рак прямой кишки. Москва Медицина, 1987 г.