



О.О. Крилова¹, С.Ю. Єршова²,
І.І. Жихарева³, І.В. Зубкова⁴

¹ ДУ «Інститут гастроентерології АМН України»,
Дніпропетровськ

² Обласна лікарня імені І.І. Мечнікова, Дніпропетровськ

³ Міська лікарня, Алчевськ

⁴ Міська лікарня № 5, Севастополь

Роль ендоскопії в скринінгу, діагностиці, лікуванні та спостереженні хворих на колоректальний рак

Ключові слова

Колоректальний рак, поліпи товстої кишки, колоноскопія, скринінг, діагностика, лікування, спостереження.

Останнім часом спостерігається значне зростання захворюваності на колоректальний рак (КРР) у більшості цивілізованих країн світу. Щорічно у світі реєструють у середньому приблизно 850 тис. нових випадків КРР, і понад 500 тис. хворих помирають від цього захворювання. В США в 2003 р. було вперше діагностовано приблизно 147 тис. випадків КРР та понад 57 тис. людей померли від цієї патології [2].

Україна належить до країн із середнім рівнем поширеності КРР — 36,5 випадку на 100 тис. населення на рік. КРР є другим за частотою онкологічним захворюванням у чоловіків (після бронхолегеневого раку) і третім — у жінок (після бронхолегеневого раку і пухлин молочної залози). Щорічно в Україні виявляють 15–17 тис. нових випадків КРР, вмирає до 8 тис. людей. Виявляють КРР найчастіше на пізніх стадіях — частота виявлення 3–4-ї стадії становить 70 % усіх випадків КРР. При розповсюджених стадіях захворювання прогноз КРР є невтішним. Показники 5-річної виживаності чітко корелюють зі стадіями захворювання.

Профілактика КРР полягає в адекватному лікуванні й спостереженні за хворими груп ризику його розвитку. На сьогодні в медичній практиці залишаються актуальними проблеми адекватної своєчасної діагностики та ефективного лікування колоректальних поліпів і раку. У зв'язку з цим впровадження сучасних тестів й інструментальних методів дослідження товстої кишки для скринінгу колоректальних неоплазій, схем спостереження пацієнтів з підвищеним або високим

ризиком їхнього розвитку є одними з першочергових завдань сучасної медицини. **Чинники ризику КРР** включають: літній вік, випадки КРР у родині, певні спадкові стани (сімейний аденоматозний поліпоз (САП), спадковий неполіпозний КРР (СН КРР)), запальні захворювання кишок (ЗЗК), аденоматозні поліпи, особливості харчування, відсутність фізичної активності, алкоголь, паління й сидячий спосіб життя. Деякі з цих факторів ризику, такі як вік, не можуть бути змінені; інші, зокрема дієта, потребують проведення роз'яснювальної роботи серед широких верств населення для зміни вкорінених звичок [1, 20].

Скринінг безсимптомних осіб. Усім чоловікам і жінкам, починаючи з 50 років, має бути запропоноване проведення скринінгу для виявлення аденоматозних поліпів і раку за допомогою одного з таких методів [3, 12, 16, 19, 20, 22, 23] (ACS, 2008).

Тести для виявлення аденоматозних поліпів та раку

- проведення гнучкої сигмоїдоскопії один раз на 5 років;
- проведення колоноскопії кожних 10 років;
- іригоскопія з подвійним контрастуванням кожних 5 років;
- віртуальна колоноскопія кожних 5 років.

Тести для виявлення переважно раку

- дослідження калу на приховану кров з використанням чутливого гваякового тесту 1 раз на рік;
- дослідження калу на приховану кров з використанням чутливого імунохімічного тесту 1 раз на рік;

• дослідження ДНК калу (високочутливий тест), періодичність не визначено.

У разі позитивного тесту на приховану кров у калі або фекального імунохімічного тесту, виявлення поліпів при сигмоскопії або виявлення патології при подвійному рентгенконтрастному дослідженні товстої кишки з барієм необхідне проведення колоноскопії.

Необхідно щорічно проводити тест на приховану кров (gFOBT), беручи проби з 3 послідовних випорожнень. Одноразове дослідження не рекомендується. При позитивному результаті будь-якої проби виконують колоноскопію (A).*

Сигмоскопія дає змогу успішно діагностувати КРР лівої половини товстої кишки: виявити 70,3–95 % аденом й випадків інвазивного КРР. Однак проксимальні відділи ободової кишки для обстеження цим способом недоступні. Недоліком є також необхідність повторного дослідження — колоноскопії при виявленні патології лівої половини товстої кишки. Доведено, що в 60–80 % випадків можливо знизити ризик смерті від КРР при використанні скринінгової сигмоскопії [4, 7]. Рекомендується проводити сигмоскопію принаймні 1 раз на 3–5 років. Вибір такого проміжку часу між оглядами зумовлений низкою чинників: існують докази, що скринінгова ефективність сигмоскопії однакова при щорічному огляді й при огляді раз на три роки; розвиток злоякісної пухлини з поліпу рідко відбувається швидше ніж за 3 роки. За даними деяких авторів, «захисний ефект» сигмоскопії може тривати до 10 років.

Сигмоскопію виконують кожних 5 років. Комбінація щорічного FOBT і сигмоскопії кожних 5 років можлива, незважаючи на те, що додаткова користь від FOBT мінімальна. Якщо обидва дослідження плануються разом, то рекомендується спочатку виконання FOBT, тому що позитивний його результат є показанням для колоноскопії (B).

Іригографія з подвійним контрастуванням є досить чутливим методом виявлення КРР і аденом великих розмірів (понад 90 %). Цей метод є ефективнішим при інфільтративному рості пухлини. Недоліками іригографії є низький відсоток діагностики раннього КРР, особливо його поверхневих поширених форм, значна кількість хибнопозитивних результатів і неможливість морфологічної верифікації діагнозу. Тому U.S.

Preventive Services Task Force (USPSTF) не рекомендує іригографію для скринінгу КРР.

Іригографію рекомендується проводити кожні 5 років. При виявленні будь-яких змін проводять колоноскопію (D).

Колоноскопія відіграє провідну роль у встановленні або виключенні колоректальної патології. У National Polyp Study визначено, що у пацієнтів, яким виконувалася колоноскопія з поліпектомією, КРР розвивався на 76 % рідше порівняно із загальною популяцією та на 90 % — порівняно з пацієнтами, яким поліпектомію не виконували. Однак не слід вважати колоноскопію методом, який 100 % виключає патологію товстої кишки. Повідомляється про пропуск 25 % аденом розміром менших за 10 мм й 6 % — розміром понад 10 мм при стандартній ФКС.

Проведення колоноскопії рекомендується кожних 10 років для безсимптомних осіб (середній ризик). Закінченість огляду і якість підготовки потрібно врахувати під час вибору терміну проведення наступної процедури (колоноскопії) (A).

Новим методом діагностики патології товстої кишки є віртуальна колоноскопія, уперше запропонована в 1994 р. Вона дає змогу на основі великої кількості зрізів, отриманих за допомогою комп'ютерного томографа й оброблених спеціальною програмою, одержати зображення товстої кишки зсередини і виявляти утворення розміром понад 10 мм у 90 % випадків, а менші за 10 мм — у 70–80 % випадків (табл. 1). Однак можливі й хибнонегативні результати, найчастіше зумовлені неадекватною підготовкою. Великим недоліком віртуальної колоноскопії є неможливість морфологічної верифікації діагнозу. Дані про необхідну частоту виконання віртуальної колоноскопії з метою скринінгу є спірними.

Скринінг осіб підвищеного та високого ризику КРР. У пацієнтів підвищеної групи ризику КРР скринінгові методи й частота їх проведення не відрізняються від таких групи безсимптомних осіб (із середнім ступенем ризику), але починати скринінг слід з 40 років або на 10 років раніше, ніж найраніший вік виникнення раку товстої кишки в родича.

Експерти ACS рекомендують починати скринінг колоректального раку раніше (ніж у безсимптомних осіб — у 50 років) й/або частіше проводи-

* A — prospective controlled trials (якщо для обґрунтування рекомендацій є надійні дані, отримані в рандомізованих контрольованих дослідженнях, до них слід ставитися з більшою увагою);

B — observational studies (якщо через відсутність надійних даних рекомендації ґрунтуються на нерандомізованих популяційних дослідженнях або дослідженнях типу «випадок — контроль», ними не слід нехтувати. Однак використання таких рекомендацій виправдане лише у разі, якщо їх впровадження може суттєво скоротити витрати або запобігти шкоді пацієнту);

C — expert opinion (якщо рекомендації ґрунтуються на поглядах окремих дослідників, то це означає, що провідні фахівці погодилися рекомендувати таку тактику дій саме на основі загальних уявлень, а не на основі доказових досліджень).

ти тести для скринінгу у разі: наявності в анамнезі КРР або аденоматозних поліпів; сімейного анамнезу КРР або поліпів (рак або поліпи в одного з родичів першої лінії, молодших за 60 років або у двох родичів першої лінії будь-якого віку); наявності в анамнезі хронічних ЗЗК; сімейного анамнезу спадкового колоректального ракового синдрому (САП або СН КРР).

Колоноскопія дає змогу виявити та одночасно видалити поліпи товстої кишки. Її слід виконувати, якщо при сигмоскопії виявлено хоча б одну аденому великих розмірів (табл. 2). Дотепер не вирішено, чи є необхідність у проведенні колоноскопії при виявленні тубулярних аденом розміром менше ніж 1 см. Фактори, які підвищують ризик проксимальної неоплазії [1]: вік понад 65 років, наявність ворсинчастих структур у дистально розташованих аденомах, наявність аденом, розміри яких дорівнюють 1 см або більше, наявність множинних дистально розташованих аденом. Пацієнтам, які мають хоча б один з цих факторів або у яких під час сигмоскопії виявлено 1 чи більше поліпів розміром 1 см або більше, потрібно виконувати колоноскопію [17].

Особи з сімейним анамнезом КРР чи аденоматозних поліпів — це особи, які мають одного чи двох родичів першої лінії, в яких діагностовано КРР чи аденоматозні поліпи. Ризик розвитку КРР у них зростає в 2–4 рази. Рекомендації щодо спостереження осіб з сімейним анамнезом КРР чи аденоматозних поліпів наведено в табл. 3.

Пацієнтам з НВК чи хворобою Крона колоноскопію виконують кожних 1 чи 2 роки, починаючи з 8–10 років від перших виявів хвороби (D).

У пацієнтів з панколітом біопсію виконують з 4 точок через кожних 10 см від сліпої кишки до прямої (не менше ніж 32 біоптати) [13]. У пацієнтів з менш протяжним ураженням кишечника забір біоптатів виконують з уражених ділянок. Збір біоптатів також проводять зі стриктур, об'ємних утворень, макроскопічно змінених ділянок (за винятком псевдополіпів). Хворі на НВК у поєднанні з первинним склерозуючим холангітом мають більш високий ризик розвитку КРР і мають проходити колоноскопію щорічно. Основною метою виконання множинних біопсій є виявлення поліпоподібних неоплазій, так званих DALM (dysplasia associated lesions or masses), і неопластичних пласких утворень. Установлено, що у разі діагностики DALM або пласких неоплазій високого й низького ступеня під час колоноскопії, після виконання колектомії, КРР виявлено в 43 %, 42 % і 19 % пацієнтів відповідно. У 29 % хворих з дисплазією низького ступеня з часом вона прогресує в дисплазію високого ступеня, DALM.

Таблиця 1. Чутливість основних скринінгових тестів у виявленні КРР, %

Тест	Розмір утворень	
	Менше за 10 мм	Понад 10 мм
Тест на приховану кров	≈ 17	23,9
Сигмоїдоскопія	≈ 65*	70,3*
Барієва клізма	32–52	48–90
Колоноскопія	75–85	94
Віртуальна колоноскопія	70–80	90

Примітка. * Чутливість сигмоїдоскопії у виявленні утворень прямої і сигмоподібної кишки аналогічна такій при ФКС.

Таблиця 2. Рекомендації для осіб з анамнезом колоректальної неоплазії (ASGE, 2006)

Анамнез	Рекомендації щодо спостереження
КРР	При повноцінній резекції пухлини — колоноскопія через 1 рік після операції, потім через 3 і 5 років, якщо змін не виявлено
Рак прямої кишки	При повноцінній резекції пухлини — колоноскопія через 1 рік після операції, потім через 4 роки після резекції, далі — з інтервалом 5 років Після низької передньої резекції, якщо немає проростання в суміжні органи, — сигмоскопія кожних 3–6 міс протягом 2–3 років
Аденома товстої кишки: ≤ 2 тубулярні аденоми (< 1 см) чи лише дисплазія низького ступеня	Не раніше ніж через 5 років
Поширена неоплазія чи 3–10 аденом	3 роки
Понад 10 аденом	У межах 3 років
Великий поліп на широкій підставі (сидячий) з імовірно неповним видаленням	2–6 міс
Колоноскопія спостереження без змін	Не раніше ніж через 5 років
НВК чи поширена хвороба Крона тривалістю 8–10 років	Колоноскопія кожних 1–2 роки з множинною біопсією для виявлення дисплазії

Таблиця 3. Рекомендації для осіб із сімейним анамнезом КРР чи аденоматозних поліпів (ASGE, 2006)

Пацієнти	Скринінг	Спостереження
Родичі першої лінії хворих, у яких рак діагностовано у віці менше ніж 60 років	Колоноскопія в 40 років або на 10 років раніше, ніж вік хворого родича	Якщо змін не виявлено, то колоноскопія кожних 3–5 років
Родичі першої лінії хворих, у яких рак діагностовано у віці понад 60 років	Колоноскопія в 40 років	Якщо змін не виявлено, то колоноскопія кожних 10 років
Родичі першої лінії хворих з аденоматозними поліпами, виявленими у віці менше ніж 60 років	Колоноскопія в 40 років або на 10 років раніше, ніж вік хворого родича	Якщо змін не виявлено, то колоноскопія кожних 5 років
Родичі першої лінії хворих з аденоматозними поліпами, виявленими у віці понад 60 років	Колоноскопія кожних 10 років, вік початку скринінгу встановлюють індивідуально	Якщо змін не виявлено, то колоноскопія кожних 10 років
Родичі другої або третьої лінії хворих, у яких діагностовано рак або аденоматозні поліпи	Колоноскопія кожних 10 років, починаючи з 50 років	Якщо змін не виявлено, то колоноскопія кожних 10 років

Аденоматозні поліпи видаляють під час колоноскопії і беруть біопсії з навколишньої слизової оболонки для виключення наявності дисплазії. Якщо у хворих на НВК чи хворобу Крона виявлено поліп з дисплазією поза зоною активного запалення, то спостереження слід вести як при спорадичних поліпах, виявлених у осіб загальної популяції. Якщо поліп з дисплазією (DALM) і диспластичні зміни навколишньої слизової оболонки виявлено в зоні активного запалення, то показана колектомія.

Хворим з виявленою дисплазією високого ступеня, мультифокальною дисплазією низького ступеня або DALM рекомендується проведення профілактичної колектомії або, за можливості, ендоскопічне видалення патологічного вогнища. Перед втручанням діагноз повинен бути підтверджений двома досвідченими морфологами (D).

Сімейний анамнез спадкового колоректального ракового синдрому. Наявність у родичів САП або СН КРР потребує проведення генетичної консультації, генетичного тестування та більш інтенсивного спостереження в молодому віці [17] (C) (табл. 4).

Спостереження. Після видалення аденоматозного поліпу необхідно почати програму колоноскопічного спостереження. Зазвичай перша контрольна колоноскопія може проводитися через 3–5 років, строк визначається кількістю вилучених поліпів і ступенем їхніх патологічних змін. Деяким пацієнтам слід провести колоноскопію раніше, якщо кишка не була добре підготовлена або були множинні поліпи або поліпи мають ознаки малігнізації [9].

Рекомендації щодо спостереження пацієнтів з колоректальними поліпами (ACS, AGA, ASGE, 2006)

1. Пацієнти з виявленим гіперпластичним поліпом не належать до осіб з підвищеним ризиком КРР. Наступна колоноскопія їм проводиться через 10 років. Винятком є пацієнти з гіперпластичним поліпозним синдромом, які належать до груп підвищеного ризику розвитку аденом та КРР і потребують інтенсивного спостереження.

2. Пацієнти, у яких виявлено 1 чи 2 невеликі (< 1 см) тубулярні аденоми з низьким ступенем дисплазії, потребують проведення колоноскопії

Таблиця 4. Рекомендації для осіб із сімейним анамнезом спадкового колоректального ракового синдрому (ASGE, 2006)

Сімейний анамнез	Рекомендації
Сімейний аденоматозний поліпоз	Проводиться генетичне дослідження. У родичів з позитивним генетичним тестом проводиться щорічна сигмоскопія, починаючи з 10–12-річного віку. Якщо поліпів не виявлено, то проводиться щорічна сигмоскопія до 40 років, потім — кожних 3–5 років. Припускається, що родичі з негативним результатом генетичного тесту не хворіють. Однак їм пропонується проведення сигмоскопії кожних 5–7 років до 40-літнього віку, потім — колоноскопію проводять кожних 5 років.
Спадковий неполіпозний колоректальний рак	Виконується колоноскопія кожних 1–2 роки, починаючи з 20–25 років, або на 10 років молодших, ніж найранніший вік діагнозу СН КРР у сім'ї. Щорічно колоноскопію потрібно виконувати після 40 років.

через 5–10 років. Точний вибір часу проведення процедури має ґрунтуватися на інших клінічних факторах (попередні результати колоноскопій, наявність генетично зумовлених захворювань, рішення лікаря або пацієнта).

3. У пацієнтів, в яких виявлено від 3 до 10 аденом, аденому розміром ≥ 1 см, аденому з ворсинчастими елементами або дисплазію високого ступеня, колоноскопію проводять не пізніше, ніж через 3 роки, для підтвердження повного видалення всіх патологічних елементів. Якщо при контрольній колоноскопії змін не виявлено чи виявлено 1 чи 2 невеликі тубулярні аденоми з низьким ступенем дисплазії, то наступну колоноскопію проводять через 5 років.

4. У пацієнтів, у яких виявлено понад 10 аденом, колоноскопію проводять з інтервалом менше ніж 3 роки, який встановлюється індивідуально. Необхідно провести генетичне тестування на наявність САП.

5. Пацієнтам, у яких видалено поліп на широкій підставі, необхідно виконувати колоноскопію через 3–6 міс після поліпектомії. Якщо знайдено залишкову тканину поліпа, то слід провести остаточне видалення та повторити колоноскопію через 6 міс. Якщо патологічних змін (як макроскопічних, так і мікроскопічних) не виявлено, то подальше спостереження проводять за індивідуальними показаннями, якщо патологічну тканину не видалено, за даними 2–3 експертиз (колоноскопій), то необхідно вирішувати питання про хірургічне лікування.

Після хірургічного лікування раку колоноскопію зазвичай проводять через 6–12 міс, а потім у ті самі строки, що й після поліпектомії [8].

Рекомендації щодо спостереження пацієнтів з колоректальним раком (ACS, AGA, ASGE, 2006)

1. Хворі на КРР чи рак прямої кишки підлягають ретельній доопераційній діагностиці. У разі необструктивної пухлини виконують передопераційну колоноскопію, у разі обструктивного КРР — віртуальну колоноскопію чи іригографію для виявлення неоплазм у проксимальних відділах товстої кишки. Якщо під час операції не виявлено неоперабельних метастазів, то колоноскопію проводять через 3–6 міс після резекції. Як альтернатива колоноскопія може виконуватись інтраопераційно.

2. Хворим на КРР чи рак прямої кишки, яким проведено хірургічне лікування, виконують колоноскопію впродовж 1 року після резекції (або через 1 рік після колоноскопії, яку проводили для виявлення синхронного ураження товстої кишки).

3. Якщо під час колоноскопії, виконаної впродовж 1 року після оперативного лікування КРР чи раку прямої кишки, патології не виявлено, то інтервал до проведення наступної колоноскопії становить 3 роки. Якщо під час двох послідовних (після резекції) колоноскопій патологічних змін не виявлено — 5 років.

4. Слід скорочувати інтервали до проведення наступних колоноскопій у хворих, які перенесли хірургічне лікування КРР чи раку прямої кишки, якщо вони мають сімейний анамнез неопіктозного КРР чи аденоми, виявлені під час первинної колоноскопії.

5. Після передньої низької резекції при раку прямої кишки проводиться огляд прямої кишки для виявлення рецидиву пухлини з інтервалом 3–6 міс протягом перших 2 чи 3 років після оперативного лікування. Методи огляду — ректороманоскопія, сигмоскопія, ректальна ЕУЗД. Ці дослідження проводять додатково до п. 2.

Керуються такою аксіомою: всі виявлені колоректальні поліпи слід видаляти [6]. Винятком є: виявлення одиночних поліпів розміром до 0,5 см. У цьому випадку можлива очікувальна тактика з повторною ендоскопією. Попередня біопсія поліпів не доцільна. При первинній колоноскопії можуть бути вилучені невеликі (до 1 см) з гладенькою поверхнею, вираженою ніжкою поліпи без ознак малігнізації (кровоточивість, виразка, наявність ділянок фібрину або некротичних мас на поверхні). Не слід видаляти в амбулаторних умовах великі (понад 2 см), із широкою підставою пласкі ворсинчасті поліпи.

Щодо рецидивів колоректальних поліпів і раку, то дані досліджень свідчать про зниження ризику їх розвитку при проведенні ендоскопічної поліпектомії. За результатами 3 досліджень «випадок-контроль» відзначено зниження смертності на 50–79 % від КРР в оглянутих відділах товстої кишки після ендоскопічної поліпектомії. Також було показано, що після видалення аденом товстої кишки контрольну колоноскопію необхідно проводити не раніше, ніж через 3 роки, тому що нові аденоми розміром понад 1 см з дисплазією високого ступеня чи ознаками малігнізації виявлялися з однаковою частотою 3,3 % при колоноскопії, проведеній через 1 і 3 роки після поліпектомії та через 3 роки.

Ендоскопічна УЗД (ЕУЗД, ультразвукова колоноскопія) — сучасний діагностичний метод, який дає змогу оцінити розміри, структурні особливості, ступінь інвазії неоплазій у стінку товстої кишки. Точність ЕУЗД для визначення стадії КРР становить від 80 до 95 % [21]. ЕУЗД

Таблиця 5. Рекомендації ACS зі скринінгу та спостереження пацієнтів з підвищеним та високим ризиком розвитку колоректальних аденом чи раку

Категорії ризику	Початок скринінгу	Рекомендації	Коментарі
Наявність поодиноких аденом малого розміру (< 1 см)	3–6 років після першої поліпектомії	Колоноскопія*	Якщо норма, то вести як пацієнтів із середнім ризиком
Наявність аденом великого розміру (≥ 1 см), множинних аденом, аденом з дисплазією високого ступеня, ворсинчастих аденом	Протягом 3 років після першої поліпектомії	Колоноскопія*	Якщо норма, то повторити дослідження через 3 роки. Якщо норма зберігається, то вести як пацієнтів із середнім ризиком
Планування операції резекції товстої кишки з приводу раку	Протягом 1 року після операції	Колоноскопія*	Якщо норма, то повторити дослідження через 3 роки. Якщо норма зберігається, то повторювати дослідження кожних 5 років
Наявність КРР чи аденоматозних поліпів у родичів першої лінії у віці до 60 років або у 2 і більше родичів першої лінії будь-якого віку (виключаючи спадкові синдроми)	Вік 40 років чи на 10 років менший, ніж у наймолодшої в сім'ї особи, яка захворіла	Колоноскопія*	Кожних 5–10 років. За наявності КРР у родичів другої лінії і далі ризик не вищий, ніж у групі середнього ризику
Сімейний анамнез сімейного аденоматозного поліпозу	Пубертатний вік	Раннє спостереження з ендоскопією і консультацією для виконання генетичного дослідження	Якщо генетичний тест позитивний, то показано виконання колектомії. Цих пацієнтів необхідно спостерігати в медичних центрах з вивчення та ведення хворих з САП
Сімейний анамнез сімейного спадкового неполіпозного раку	Вік 21 рік	Колоноскопія і консультація для виконання генетичного дослідження	Якщо генетичний тест позитивний чи пацієнт не пройшов генетичного дослідження, то кожних 1–2 роки до досягнення 40 років. Цих пацієнтів необхідно спостерігати в медичних центрах з вивчення та ведення хворих з СН КРР
Запальні захворювання кишечника: хвороба Крона і неспецифічний виразковий коліт	Значний ризик розвитку раку – через 8 років від початку формування панколіту чи через 12–15 років після розвитку лівостороннього коліту	Колоноскопія з біопсією для діагностики дисплазії	Кожних 1–2 роки. Цих пацієнтів необхідно спостерігати в медичних центрах, які займаються запальними захворюваннями кишечника

продемонструвала перевагу щодо визначення стадії Т (за класифікацією TNM) раку прямої кишки порівняно з КТ [5, 10, 15, 18]. Малігнізована пухлина прямої кишки з обструкцією просвіту може бути складною для оцінки ЕУЗД. У таких випадках застосовують УЗД-датчик, який проводять крізь канал ендоскопа або крізь ректоскоп [11, 14].

ASGE (2005)

• Колоноскопія — це високочутливий метод у діагностиці КРР (B).

• Множинні біоптати слід брати з усіх підозрілих ділянок, поліпоподібні ураження слід видалити (A).

• ЕУЗД є точним методом у передопераційному визначенні стадії раку прямої кишки та корисним для контролю лікування (A).

• Малігнізовану обструкцію товстої кишки можна ефективно лікувати ендоскопічно SEMS чи лазером у інкурабельних хворих чи як I етап хірургічного лікування (B).

• Неприятливі гістопатологічні фактори малігнізованих поліпів товстої кишки асоційовані з

високим ризиком метастазів та рецидивом раку після ендоскопічної поліпектомії: незадовільно визначена гістологічна структура, інвазія в судинне русло чи в лімфовузли, виявлення раку в краях видаленого поліпу, незавершена ендоскопічна поліпектомія (B).

- Малігнізовані поліпи на ніжці, обмежені підслизовою, можуть бути успішно видалені ендоскопічно, якщо немає доказів наявності несприятливих гістопатологічних даних (B).

- Малігнізовані поліпи на широкій підставі (сидячі), обмежені підслизовою, які не мають несприятливих гістопатологічних даних, мають невеликий ризик метастазів у лімфовузли та рецидивів порівняно з поліпами на ніжці. Ендоскопічне видалення таких поліпів адекватне, якщо резекція виконувалась єдиним блоком. Хірургічне лікування — гарантія завершеності лікування таких поліпів (B).

- Ендоскопічна резекція ефективна для лікування дисплазії високого ступеня (HGD) (B).

ASGE (2006)

- Колоноскопія — метод, якому надається перевага в скринінгу КРР у пацієнтів із середнім ризиком його розвитку (B).

- Методи скринінгу КРР у пацієнтів із середнім ризиком включають щорічний тест на приховану кров у калі (FOBТ) (A), сигмоскопію кожних 5 років зі щорічним FOBТ та сигмоскопію кожних 5 років (B).

- Одноразовий FOBТ має низьку чутливість для виявлення КРР і не може бути рекомендований як скринінговий метод (A).

- Оцінка ефективності застосування віртуальної колоноскопії і фекального ДНК-тесту для скринінгу КРР неоднозначна, тому ці тести не можуть бути рекомендовані як скринінгові (A).

- Проведення генетичних тестів рекомендовано для осіб зі спадковими формами КРР — САП та СН КРР (C).

- В осіб з позитивним генетичним тестом САП проводять щорічну сигмоскопію, починаючи з 10–12-річного віку. Виявлення множинних аденом є показанням для тотальної колектомії. Якщо поліпів не виявлено, то проводять щорічну сигмоскопію до 40 років, потім — кожних 3–5 років (B).

- В осіб з ризиком СН КРР виконують колоноскопію кожних 1–2 роки, починаючи з 20–25

років, або на 10 років раніше, ніж наймолодший вік діагнозу СН КРР у сім'ї. Щорічно колоноскопію потрібно виконувати після 40 років (B).

- Родичам першої лінії хворих з аденоматозними поліпами, виявленими у віці менше ніж 60 років колоноскопію виконують у 40 років, або на 10 років раніше, ніж вік хворого родича. Якщо змін не виявлено, то колоноскопію проводять кожних 5 років (B).

- Родичам першої лінії хворих, у яких рак діагностовано незалежно від віку, колоноскопію виконують, починаючи з 40 років, або на 10 років раніше, ніж вік хворого родича. Якщо змін не виявлено, то повторну колоноскопію виконують залежно від віку хворого родича (якщо вік < 60 років, то кожних 3–5 років, якщо ≥ 60, то кожних 10 років) (C).

- Родичам першої лінії хворих з аденоматозними поліпами, виявленими у віці понад 60 років, колоноскопію виконують кожних 10 років, вік початку скринінгу встановлюється індивідуально. Якщо змін не виявлено, то колоноскопію проводять кожних 10 років (C).

- Ризик розвитку КРР підвищений у хворих на НВК та хворобу Крона. Таким хворим виконується колоноскопія кожних 1–2 роки з множинною біопсією для виявлення дисплазії (B).

- Тотальну колоноскопію необхідно виконувати всім хворим, у яких діагностовано КРР, для виключення синхронного раку чи аденоматозних поліпів. Якщо повне дослідження не може бути виконане на момент встановлення діагнозу КРР, то колоноскопія має бути проведена через 6 міс після резекції (B).

- При повноцінній резекції пухлини колоноскопію проводять через 1 рік після операції, потім, якщо змін не виявлено, через 3 і 5 років (B).

- Ризик рецидиву раку прямої кишки залежить від його стадії, виду хірургічного лікування та застосування променевої терапії. Пацієнтам, які не отримували променевої терапії чи яким виконано низьку передню резекцію за відсутності проростання в суміжні органи, сигмоскопія виконується кожних 3–6 міс протягом 2–3 років (B).

- Пацієнти, які мають в анамнезі поліпектомію, підлягають колоноскопічному спостереженню, терміни якого визначають залежно від кількості, розмірів, гістологічних даних видалених поліпів, а також від якості та завершеності огляду (B).

- Якщо можливо, то всі поліпи розміром понад 0,5 см мають бути видалені (B).

Список літератури

1. Просоленко К.А., Жукова В.Б. Адекватная курация пациентов с толстокишечными полипами — эффективная профилактика колоректального рака // Здоров'я України.— 2006.— № 21/1.
2. ASGE guideline: The role of endoscopy in the diagnosis, staging, and management of colorectal cancer // Gastrointest Endosc.— 2005.— 61.— P. 1—6.
3. Atkin W.S., Cook C.F., Cuzick J. et al. Single flexible sigmoidoscopiescreeningto prevent colorectal cancer: Baseline findings of a UK multicentre randomised trial // J. Lancet.— 2002.— Vol. 359/9314.— P. 1291—1300.
4. Baron J.A., Beach M., Mandel J.S. et al. Calcium supplements for the prevention of colorectal adenomas. Calcium Polyp Prevention Study Group // N. Engl. J. Med.— 1999.— Vol. 340 (2).— P. 101—107.
5. Beynon J., Mortesen N.J., Foy D.M. et al. Pre-operative assessment of local invasion in rectal cancer: digital examination, endoluminal sonography or computed tomography // Br. J. Surg.— 1986.— Vol. 73.— P. 1015—1017.
6. Bond J.H. Polyp Guideline: diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps // Am. J. Gastroent.— 2000.— Vol. 95 (11).— P. 3053—3063.
7. Cancer reference information (April 1, 2006) <http://www.cancer.org> (12 мая 2006).
8. Guidelines for Colonoscopy Surveillance after Cancer Resection: A Consensus Update by the American Cancer Society and US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer // CA Cancer J. Clin.— 2006.— Vol. 56.— P. 160—167.
9. Guidelines for Colonoscopy Surveillance after Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society // CA Cancer J. Clin.— 2006.— Vol. 56.— P. 143—159.
10. Herzog U., von Flue M., Tondelli P., Schuppisser J.P. How accurate is endorectal ultrasound in the preoperative staging of rectal cancer? // Dis. Colon. Rectum.— 1993.— Vol. 36.— P. 127—134.
11. Hunerbein M., Totkas S., Ghadimi B. et al. Preoperative evaluation of colorectal neoplasms by colonoscopic miniprobe ultrasonography // Ann. Surg.— 2000.— Vol. 232.— P. 46—50.
12. Imperiale T.F., Wagner D.R., Lin C.Y. et al. Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings // N. Engl. J. Med.— 2000.— Vol. 343.— P. 169—174.
13. Itzkowitz S.H., Present D.H. Crohn's and Colitis Foundation of America Colon Cancer in IBD Study Group, consensus conference: colorectal cancer screening and surveillance in inflammatory bowel disease // Inflamm. Bowel Dis.— 2005.— Vol. 11.— P. 314—321.
14. Nielson M.B., Pederson J.F., Christiansen J. Rectal endosonography in the evaluation of stenotic rectal tumors // Dis. Colon. Rectum.— 1993.— Vol. 36.— P. 275—279.
15. Osti M.F., Padovan E.S., Piroli C. et al. Comparison between transrectal ultrasonography and computer tomography with rectal inflation of gas in preoperative staging of lower rectal cancer // Eur. Radiol.— 1997.— Vol. 7.— P. 26—30.
16. Practice Guidelines colorectal cancer screening.— World Gastroenterology Organisation, 2008.
17. Raquel E. Davila, Elizabeth Rajan et al. ASGE guideline: Colorectal cancer screening and surveillance // Gastrointest. Endoscopy.— 2006.— Vol. 63, N 4.— P. 1504—1521.
18. Rifkin M.D., Ehrlich S.M., Marks G. Staging of rectal carcinoma: prospective comparison of endorectal US and CT Radiology // Dis. Colon. Rectum.— 1989.— Vol. 170.— P. 319—322.
19. Screening for Colorectal Cancer: Recommendation and Rationale U.S. Preventive Services Task Force.— 2002.— Vol. 137/2.— P. 129—131.
20. Sidney J. Изложение позиции OMGE: Колоректальный рак. Скрининг и наблюдение.— WGO/OMGE, 2004.
21. Wiersema M.J., Harewood G.C. Endoscopic ultrasound for rectal cancer // Gastroenterol. Clinics. N. Am.— 2002.— Vol. 31.— P. 1093—1105.
22. Winawer S., Fletcher R., Rex D. et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale—Update based on new evidence // Gastrointestinal Consortium Panel Gastroenterology.— 2003.— Vol. 124 (2).— P. 544—560.
23. Winawer S.L., Zauber A.G., Ho M.N. et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup // N. Engl. J. Med.— 1993.— Vol. 329.— P. 1977—1981.

Е.А. Крылова, С.Ю. Ершова, И.И. Жихарева, И.В. Зубкова

Роль эндоскопии в скрининге, диагностике, лечении и наблюдении больных колоректальным раком

Освещено значение эндоскопических методов исследования в скрининге, диагностике, лечении и наблюдении больных колоректальным раком и полипами толстой кишки. Внедрение современных тестов и инструментальных методов исследования толстой кишки для скрининга колоректальных неоплазий, схем наблюдения пациентов с повышенным или высоким риском их развития позволяет снизить заболеваемость и смертность от колоректального рака.

О.О. Krylova, S.Yu. Ershova, I.I. Zhihareva, I.V. Zubkova

The role of endoscopy in the screening, diagnosis, treatment and management of patients with colorectal cancer

This article reviews the role of endoscopy in the screening, diagnosis, treatment and management of patients with colorectal cancer and colonic polyps. The introduction of the modern tests and instrumental methods of the large bowel investigation for screening of colorectal neoplasm, as well as of the schemes for observation of patients with the increased or high risk of their development enables the reducing of the colorectal cancer morbidity and lethality.

Контактна інформація

Крылова Олена Олександрівна, к. мед. н., ст. наук. співр., вчений секретар
49074, м. Дніпропетровськ, просп. імені газети «Правда», 96. Тел. (562) 27-59-16. E-mail: lenkr@bk.ua

Стаття надійшла до редакції 14 травня 2010 р.