

# КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

Диагноз «рак» всегда звучит пугающе. Но некоторые злокачественные опухоли развиваются медленно и вполне излечимы, если вовремя их обнаружить. Именно к таким заболеваниям относится колоректальный рак. О его особенностях, методах ранней диагностики и способах лечения нам рассказал Дмитрий Валерьевич Ерыгин, онколог, хирург, доктор медицинских наук, заведующий отделением онкологии и абдоминальной хирургии Первой онкологической больницы города Москвы, наставник Школы Павленко.

ИНТЕРВЬЮ: ЕЛЕНА САМОХИНА ФОТОГРАФ: ИВАН МУДРОВ СТИЛИСТ: КИРИЛЛ АКИМОВ

**Дмитрий Валерьевич, в чем особенность колоректального рака? Чем он отличается от других онкологических заболеваний?**

Это довольно агрессивная опухоль, но развивается она не молниеносно. Если сравнивать с меланомой, раком поджелудочной железы и рядом других злокачественных новообразований, колоректальный рак — относительно медленный. Тем не менее он часто уже на начальных стадиях поражает другие органы, дает отдаленные метастазы в печень, легкие.

Существуют достаточно эффективные способы лечения, которые позволяют даже при четвертой стадии увеличивать продолжительность жизни пациентов.

»

**Колоректальный рак — это злокачественные новообразования, появляющиеся в разных отделах толстой кишки: ободочной и прямой**

Рубашка, джемпер, брюки - United Colors of Benetton, оксфорды - Pal Zileri



К тому же с течением времени ситуация улучшается. Двадцать лет назад средняя продолжительность жизни пациентов с четвертой стадией колоректального рака не превышала 6–12 месяцев. В настоящее время она достигает 36 месяцев. Это стало возможным благодаря современному многокомпонентному лечению, которое включает химиотерапию, иммунотерапию, применение таргетных препаратов в сочетании с основным методом — хирургическим. Конечно, бывает и молниеносное течение колоректального рака, когда человек буквально сгорает за месяц. Но это редкость. Значительно чаще пациенты даже при появлении отдаленных метастазов проходят лечение и живут.

## III–IV места в общей структуре онкологической заболеваемости занимают опухоли ободочной и прямой кишки

### Почему возникают опухоли в толстом кишечнике?

Факторов, которые приводят к этому, много. Они делятся на абсолютные и относительные. Абсолютные — это факторы, которые обязательно приведут к развитию рака толстой кишки: генетические нарушения, в частности семейный полипоз, синдром Линча и ряд других, которые требуют ранней диагностики, проведения генетических исследований у близких родственников пациентов, а также хирургических вмешательств, цель которых — профилактика развития опухолевого процесса.

К относительным относятся факторы окружающей среды, стрессы, прием алкоголя, курение, неправильное питание.

В развитых странах, где пищевые продукты содержат много консервантов, красителей, обладающих канцерогенным действием на слизистую оболочку кишечного тракта, колоректальным раком болеют чаще.

Курение и прием алкоголя — это настоящий бич человечества. Эти пагубные привычки серьезно сказываются на всем организме, и на кишечнике в том числе.

В соответствии с текущими рекомендациями по скринингу колоректального рака, если человек курит и пьет, начинать активное наблюдение, проводить тесты на скрытую кровь в кале

и колоноскопию нужно не в 50 лет, как тем, у кого этих вредных привычек нет, а в 45 лет. А если у кого-то из родственников был рак толстой кишки, то начало проведения плановых эндоскопических обследований сдвигается к 40 годам.

### У кого чаще бывает колоректальный рак — у мужчин или у женщин?

Серьезных различий по половому составу заболевших нет, но у женщин опухоли выявляются несколько раньше. Это, скорее, объясняется тем, что прекрасный пол внимательнее относится к своему здоровью, а мужчины по складу характера и мышления откладывают визит к врачу до тех пор, пока ситуация не станет практически ургентной. Поэтому у них заболевание обычно выявляется в более позднем возрасте и, увы, на более поздних стадиях.

### В каком возрасте следует опасаться этого онкологического заболевания?

Основной возрастной коридор — 55–65 лет. Однако он расширяется в обе стороны: примерно у 15–20% заболевание выявляется в возрасте 35–40 лет, но нередко мы оперируем 80- и даже 90-летними.

### Какие субъективные симптомы позволяют заподозрить колоректальный рак? На что следует обратить внимание?

Прежде всего нужно обращать внимание на характер стула: запоры или появление каких-то примесей в стуле — слизи, крови — весомый повод обратиться к врачу. Не стоит уговаривать себя, мол, ничего страшно, это пройдет, или заниматься самолечением. Это ведущие симптомы, которые требуют проведения минимального обследования, позволяющего на ранней стадии выявить опухолевое поражение кишечника. Боль и дискомфорт в животе тоже должны насторожить. Существуют и другие симптомы: немотивированная усталость, слабость, снижение аппетита. Они проявляются при разных заболеваниях, в том числе при злокачественных новообразованиях другой локализации.

### Есть ли разница в ощущениях при опухолях ободочной и прямой кишки?

В правой половине брюшной полости толстая кишка имеет большой диаметр — 8–10 см, здесь происходит всасывание жидкой переваренной пищи. Поэтому при колоректальном раке этой локализации крайне редко возникает кишечная непроходимость. Опухоль длительно растет в просвет кишки и проявляет себя иначе — токсико-анемическим синдромом. Пациенты медленно и планомерно теряют гемоглобин,

**МУЖЧИНАМ 40 ЛЕТ И СТАРШЕ при выявлении даже небольшого снижения уровня гемоглобина — до 100–110 мг/л — обязательно нужно провести обследование кишечника**



но это не очень сказывается на их состоянии, поскольку они успевают адаптироваться. Илишь когда уровень гемоглобина опускается ниже 60–70 г/л при норме 120–140 г/л, то есть практически в два раза, тогда больной обращается к врачам с жалобами на слабость, головокружение. При исследовании общего анализа крови и выявляется анемия. В этом случае в первую очередь нужно задуматься об опухоли правой половины толстой кишки и сделать колоноскопию. Диаметр левой половины толстой кишки несколько меньше, а кишечное содержимое более плотное, поскольку именно здесь формируются каловые массы. При локализации опухоли слева реже бывает токсико-анемический синдром, на первый план выступают нарушения дефекации. Новообразование сужает просвет кишки, у пациентов появляются запоры, вздутие, урчание живота.

Прямая кишка, несмотря на то что находится близко к выходу, имеет достаточно большой диаметр, поэтому и явления кишечной непроходимости в этой зоне нарастают медленно. Один из первых признаков новообразования в этой части кишечника — патологические примеси в стуле, чаще всего слизь и кровь. При их появлении нужно срочно обращаться к врачам >>

Рубашка, джемпер, брюки - United Colors of Benetton

50%

больных узнают о наличии злокачественной опухоли в кишечнике, когда она достигает третьей-четвертой стадии

и проходить обследование. Если специалисты ничего не найдут — это лучше, чем если опухоль будет обнаружена на поздней стадии.

### Какие обследования проводят для выявления колоректального рака?

Скрининговые программы направлены на выявление людей, которым необходимо в первую очередь проводить эндоскопические исследования, чтобы обнаружить доброкачественные и злокачественные опухоли. Первый этап — анализ кала на скрытую кровь, второй — колоноскопия. Из общеклинических исследований важен общий анализ крови. При выявлении хронической анемии следующим этапом тоже становится колоноскопия.

При обращении пациента со специфическими жалобами, о которых мы говорили ранее, сразу назначается колоноскопия. При выявлении патологии спектр обследований расширяется.

Если речь идет о злокачественном новообразовании, дополнительно проводят компьютерную томографию (КТ) для оценки состояния грудной и брюшной полости, степени распространенности опухоли в стенке толстой кишки и в регионарных лимфатических узлах, а также для проверки наличия отдаленных метастазов.

Существует такой метод диагностики, как виртуальная колоноскопия — КТ-колонография, при которой спомощью специальных программ выстраивается компьютерная модель толстой кишки пациента. Этот метод позволяет выявить и крупные, и мелкие изменения, но он довольно дорогой и противопоказан людям с аллергией на йодосодержащие контрасты. А самое важное, что при выявлении патологии в толстой кишке потребуются выполнение колоноскопии с биопсией для морфологической верификации диагноза.

### Кому и когда нужно проходить обследования?

Первую плановую эндоскопию рекомендуется проводить в 50 лет. Если ничего не выявлено, кратность повторения — раз в пять лет. Если есть неблагоприятные факторы, такие как злокачественные или доброкачественные опухоли у ближайших родственников либо у самого исследуемого, то начинать обследование нужно в 45 лет. При обнаружении каких-либо доброкачественных изменений

проводится эндоскопическая санация, и далее эндоскопические исследования повторяются с кратностью один раз в год, затем один раз в три года.

### Как лечат колоректальный рак?

Основной метод лечения рака ободочной кишки — хирургический. Чаще всего он заключается в выполнении резекции сегмента толстой кишки с окружающей жировой клетчаткой и регионарными лимфатическими узлами. Затем по результатам гистологического исследования удаленных тканей определяется патологическая стадия заболевания, от которой зависит дальнейшая тактика. Иногда



**Многие стараются избежать колоноскопии из-за болезненности этой процедуры. Однако это не повод отказываться от диагностики. Сегодня колоноскопию кишечника можно ПРАКТИЧЕСКИ БЕЗБОЛЕЗНЕННО с использованием наркоза или медикаментозной седации, которая избавляет пациента от неприятных ощущений, при этом позволяет сохранить возможность двигаться и реагировать на просьбы врача.**

пациент после операции переходит в фазу динамического наблюдения: в первый год его состояние проверяют каждые три месяца, во второй — раз в шесть месяцев, затем — раз в год при условии, что нет никаких изменений.

Если же у больного выявляют поражение лимфатических узлов, лимфогенную инвазию или другие прогностически неблагоприятные факторы, то назначается адъювантная химиотерапия — завершающее лечение. Затем следует фаза динамического наблюдения.

При наличии отдаленных метастазов проводят комплексное многокомпонентное лечение: удаление опухоли и метастатических очагов, иммуно- и химиотерапию, применение таргетных препаратов.

При опухолях прямой кишки 30–40% пациентов требуется предоперационное лечение. Чаще всего проводят химиолучевую терапию с целью уменьшения самой опухоли и влияния неблагоприятных прогностических факторов на отдаленные результаты лечения.

Потом делается контрольное обследование и решается вопрос об операции. После нее мы получаем патоморфологическое заключение, согласно которому строим дальнейшее лечение. Либо мы продолжаем химиотерапию, либо пациент переходит в фазу динамического наблюдения.

Лечение колоректального рака — это очень сложный процесс, в котором задействована мультидисциплинарная команда: эндоскопист, радиотерапевт, химиотерапевт, патоморфолог, хирург-онколог. И чем раньше человек обратится за помощью и чем точнее станет исполнять рекомендации врачей после выписки из стационара, тем выше вероятность, что он победит болезнь и будет жить.

# ИСТОРИЯ ПАЦИЕНТА

**М**ужчина в возрасте чуть старше 40 лет стал ощущать тянущие боли в низу живота на фоне периодических запоров. Он долго откладывал визит к врачу, пока не появились ректальные кровотечения и стали регулярно повторяться. При обследовании были выявлены опухоль верхнего отдела прямой кишки и рентгенологические признаки поражения регионарных лимфатических узлов. Новообразование вызывало сужение просвета кишки, что и приводило к нарушению дефекации. После комплексного обследования пациента,

удаление опухоли с регионарной клетчаткой и с восстановлением непрерывности ЖКТ.

После морфологического исследования удаленных тканей признаков поражения лимфатических узлов не выявили — химиотерапия все же сделала свое дело. Пациента выписали, и в течение трех лет он находился под динамическим наблюдением. Признаков прогрессирования заболевания у него все это время не обнаруживалось. И, как это обычно бывает, мужчина успокоился, решил, что болезнь миновала, все в прошлом. К врачам обращаться перестал. В этом сыграл свою роль и разгул коронавирусной инфекции. Прошло два года. У мужчины появился дискомфорт в правой половине брюшной полости. Он самостоятельно сдал кровь на опухолевые маркеры, и оказалось, что их уровень превышает норму более чем в 100 раз.

## Мужчина успокоился, решил, что болезнь миновала. К врачам обращаться перестал

которое включало эндоскопию, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию малого таза, мы приняли решение о проведении многоэтапного лечения.

На первом этапе назначили предоперационную химиотерапию, поскольку у пациента были признаки поражения лимфатических узлов, а это на сегодняшний день один из самых прогностически неблагоприятных факторов, влияющих на отдаленные результаты лечения. Больному нужно было пройти четыре цикла химиотерапии, но после трех из них развилось побочное действие — гематологическая токсичность (снижение уровня лейкоцитов), и мы были вынуждены прервать курс. После перерыва больному провели лапароскопическую операцию:

Обследования в нашей клинике выявили множественные метастазы в печени, причем довольно больших размеров. После обсуждения на онкологическом консилиуме было принято решение о проведении предоперационной химиотерапии.

Если бы больной проходил плановое обследование ежегодно, как положено, то у нас была бы возможность выявить прогрессирование заболевания раньше, и хотя предотвратить его мы и не смогли бы, но обнаружить в той фазе, когда помощь более эффективна, было вполне реально. Сейчас это крайне сложная задача. Мужчине всего 50 лет, у него семья, он работает, социально активен. И теперь начинается второй этап борьбы за его жизнь, который будет весьма непростым. ■



*Не ленитесь проходить обследования и обращаться к врачам!*