

Колоректальный рак: взгляд гастроэнтеролога, роль терапевта

Варганова Д.Л.

Роль терапевта

- Первичная профилактика
- Вторичная профилактика
- Третичная профилактика

Здоровый образ жизни — это индивидуальная система поведения человека, обеспечивающая ему физическое, душевное и социальное благополучие в реальной окружающей среде (природной, техногенной и социальной) и активное долголетие:

- **правильное питание;**
- физические нагрузки;
- здоровый сон;
- рациональное распределение времени;
- отказ от излишеств.



Риск развития рака толстой кишки

Влияние «западного» образа жизни

Чрезмерное питание

Сочетание

Недостаточная физическая активность.



Многие эпидемиологические исследования подтверждают существование определённой взаимосвязи между избыточной массой тела и вероятностью возникновения опухолевого процесса в толстой кишке.

Факторы риска развития колоректального рака:

- **Пожилой возраст.** После 50 лет риск развития КРР заметно повышается, в то время как возникновение колоректального рака в возрасте до 50 лет является редким (за исключением наследственного рака).
- **Долго существующие ворсинчатые полипы.** Предполагается развитие колоректальных аденокарцином из долго существующих ворсинчатых полипов, и доказано, что своевременное удаление полипов при колоноскопии снижает частоту возникновения карцином. Можно исключить все факторы риска заболевания, правильно питаться и держать в норме вес, но при множественных полипах канцерогенный риск приближается к 100%. Маловероятно избежать злокачественной опухоли, отказываясь от регулярного колоноскопического наблюдения и удаления ворсинчатых полипов.
- **Дисплазии слизистой оболочки.** Есть мнение, что злокачественный процесс может начинаться не в полипе, а с дисплазии слизистой оболочки.
- **Воспалительные заболевания кишечника.** Например, риск развития рака у пациентов с язвенным колитом увеличивается на 3,7%;
- **Курение.** Длительное интенсивное курение значительно повышает риск КРР.
- **Употребление алкоголя.** Умеренное потребление алкоголя (2-3 дозы в день), по оценкам ученых, увеличивает риск КРР на 20%, а более высокое потребление алкоголя связано с повышением риска до 50%.
- **Избыток веса или ожирение.**
- **Низкая физическая активность, в том числе длительное сидение на работе.**
- **Потребление красного мяса и переработанного мяса.** Увеличивает риск развития КРР примерно в 1,16 раза.
- **Сахарный диабет II типа.**
- **Имеющиеся наследственные синдромы КРР.** Считается, что до 10% случаев спорадического рака толстой кишки могут быть обусловлены наследственными мутациями.

Роль питания в заболеваемости населения

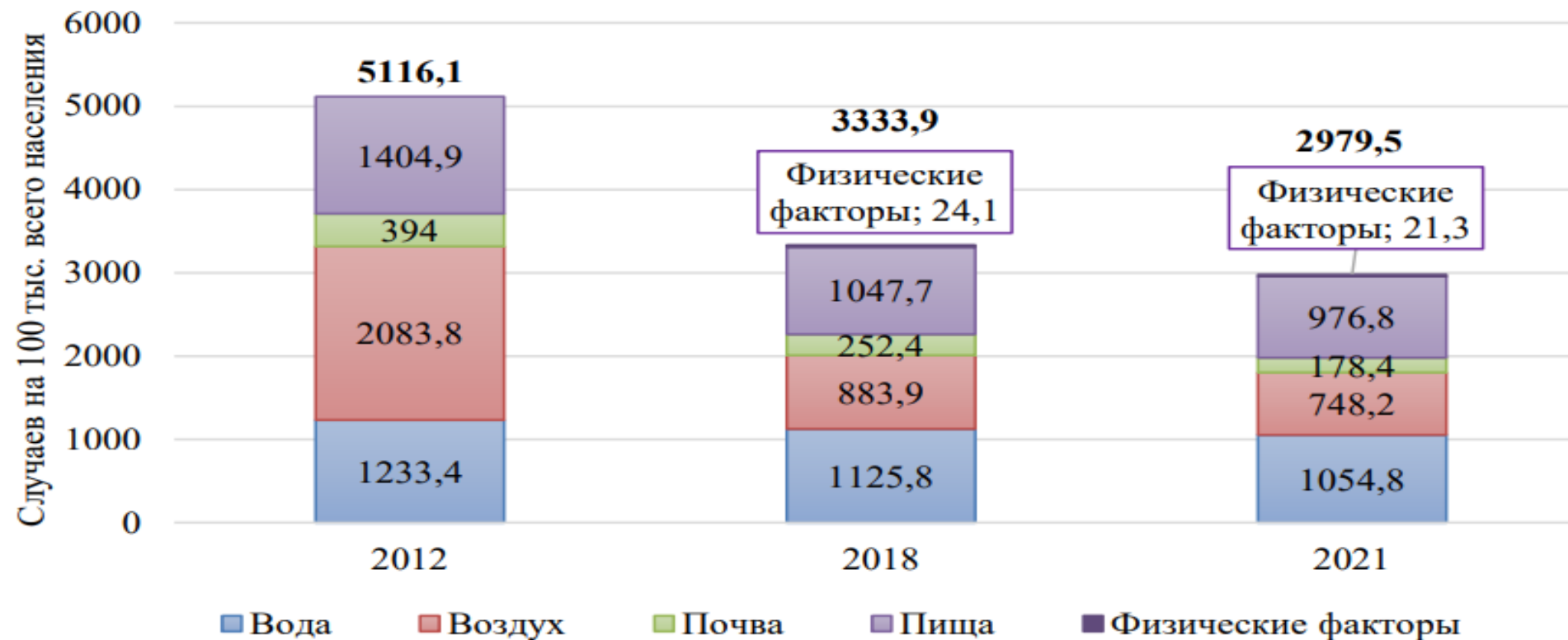


Рис. 1.131. Динамика дополнительной заболеваемости населения Российской Федерации, ассоциированной с негативным воздействием приоритетных факторов среды обитания (случаев на 100 тысяч населения)

Профилактика колоректального рака

- **Диета.** Для профилактики колоректального рака достаточно обеспечить регулярный приём растительной пищи (клетчатка) и ограничение употребления «красного мяса» по крайней мере, до 3 раз в неделю. Согласно популяционным международным исследованиям это снижает риск развития колоректального рака более чем в 2 раза.



Профилактика колоректального рака

- Отказ от **курения** и ограничение употребления **алкоголя**.



Профилактика колоректального рака

- **Ведение подвижного образа жизни**, занятие спортом, контроль над массой тела. Известно, что колоректальный рак значительно чаще развивается у лиц, страдающих избыточным весом и ведущих малоподвижный образ жизни.



Вторичная профилактика

Активное выявление на приеме – расспрос

Листовка- опросник

Кал на скрытую кровь

Активное направление на обследования

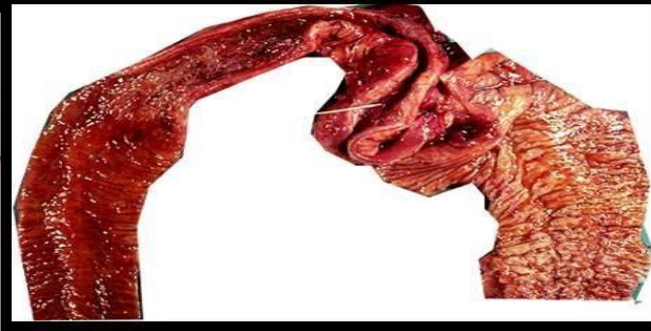
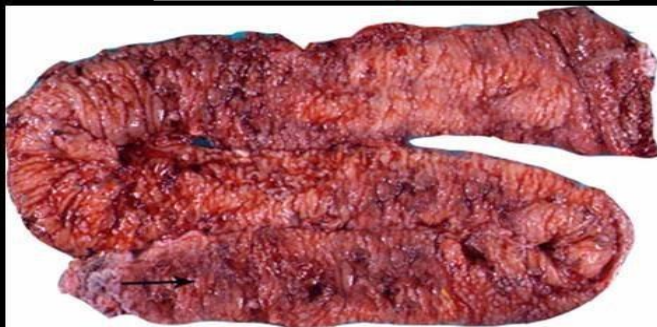
*немотивированное ухудшение самочувствия,
изменение ритма опорожнения кишечника,
любые необъяснимые симптомы, которые не исчезают сами или после назначенного Вам
лечения.*

В этом случае иногда надо обратиться к врачу **повторно**.

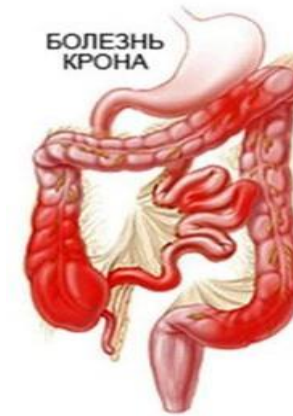
Наличие крови в кале может быть объяснено геморроем только после обследования
кишечника.

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК)

Признаки	язвенный колит	Болезнь Крона
Распространенность процесса	Тяжесть нарастает к анусу. Воспаление в пределах слизистой	Воспаление глубокое, мультифокальное («скачки»). Поражается правая сторона



На степень риска развития рака влияют длительность и клиническое течение заболевания.



Развитию рака предшествует тяжёлая дисплазия. У болеющих язвенным колитом более 30 лет существует 60% вероятность развития колоректального рака.

Болезнь Крона толстой кишки также сопровождается высоким риском возникновения колоректального рака, но он меньше, чем при язвенном колите. В то же время дифференцировать злокачественную трансформацию при этом заболевании значительно труднее.

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК)

- болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК), являются хроническими иммуновоспалительными потенциально инвалидизирующими заболеваниями неизвестной этиологии, которые характеризуются воспалительно-деструктивным поражением стенки кишки и хроническим рецидивирующим течением с развитием системных и внекишечных осложнений
- В основе патогенеза ВЗК лежит нарушение защитных механизмов интестинального барьера в результате сложного взаимодействия окружающей среды (кишечной микрофлоры, пищевых метаболитов), генетических факторов и дисрегуляции иммунного ответа в лимфоидной ткани слизистой оболочки кишки

ВЗК – Язвенный колит

хроническое рецидивирующее заболевание, при котором воспаление имеет диффузный характер и локализуется поверхностно, только в пределах слизистой оболочки толстой кишки

ВЗК - Болезнь Крона

хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся трансмуральным гранулематозным воспалением с сегментарным поражением различных отделов пищеварительного тракта (чаще подвздошной кишки и толстой кишки)

Эпидемиология ВЗК в России



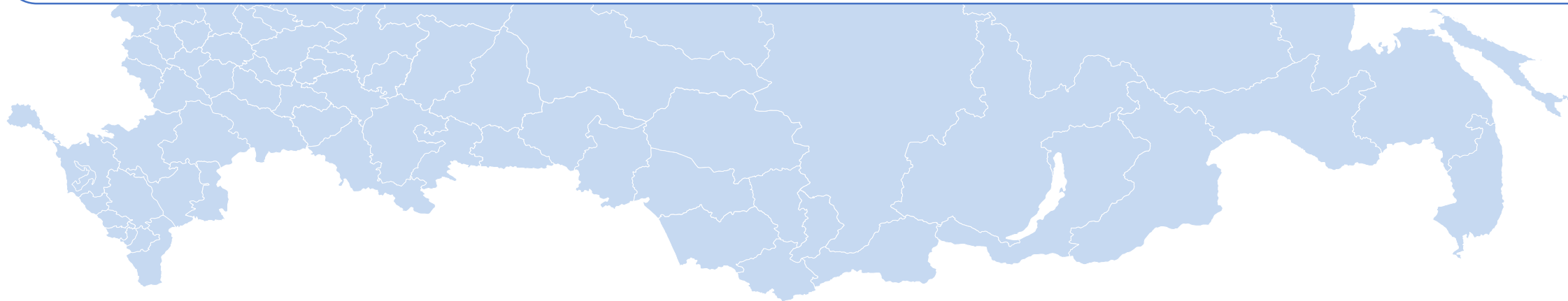
Язвенный колит: **19,3-29,8** на **100 000** населения



Болезнь Крона: **3,0-4,5** на **100 000** населения



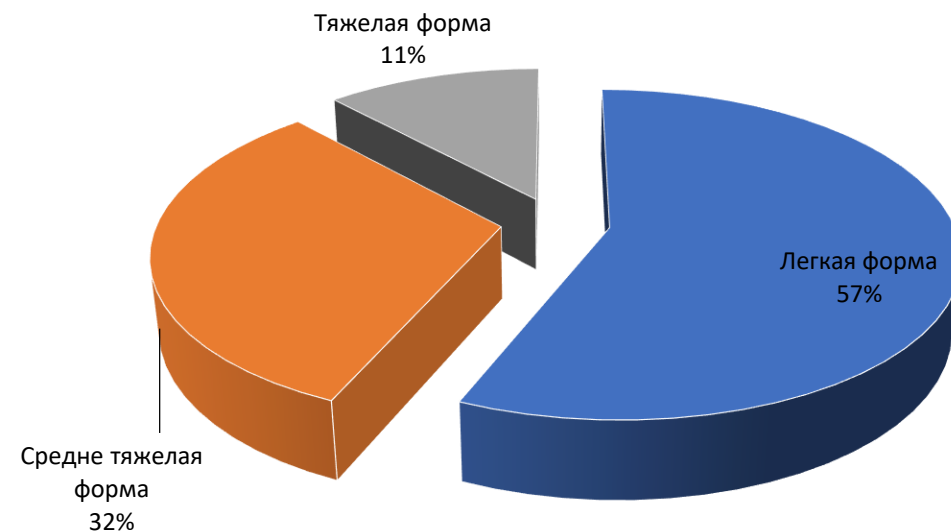
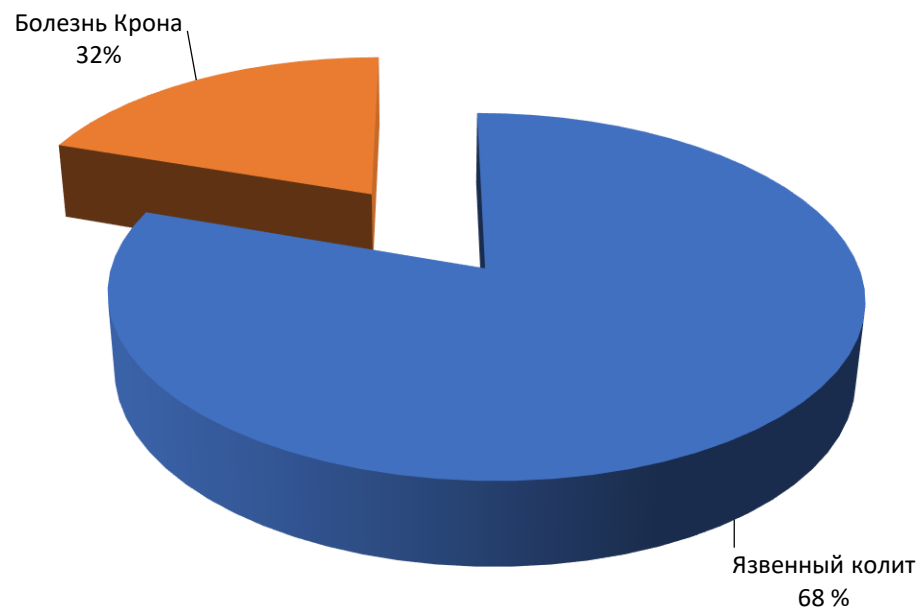
Ежегодный прирост: **5-20 случаев** на **100 000** населения



Актуальность проблемы

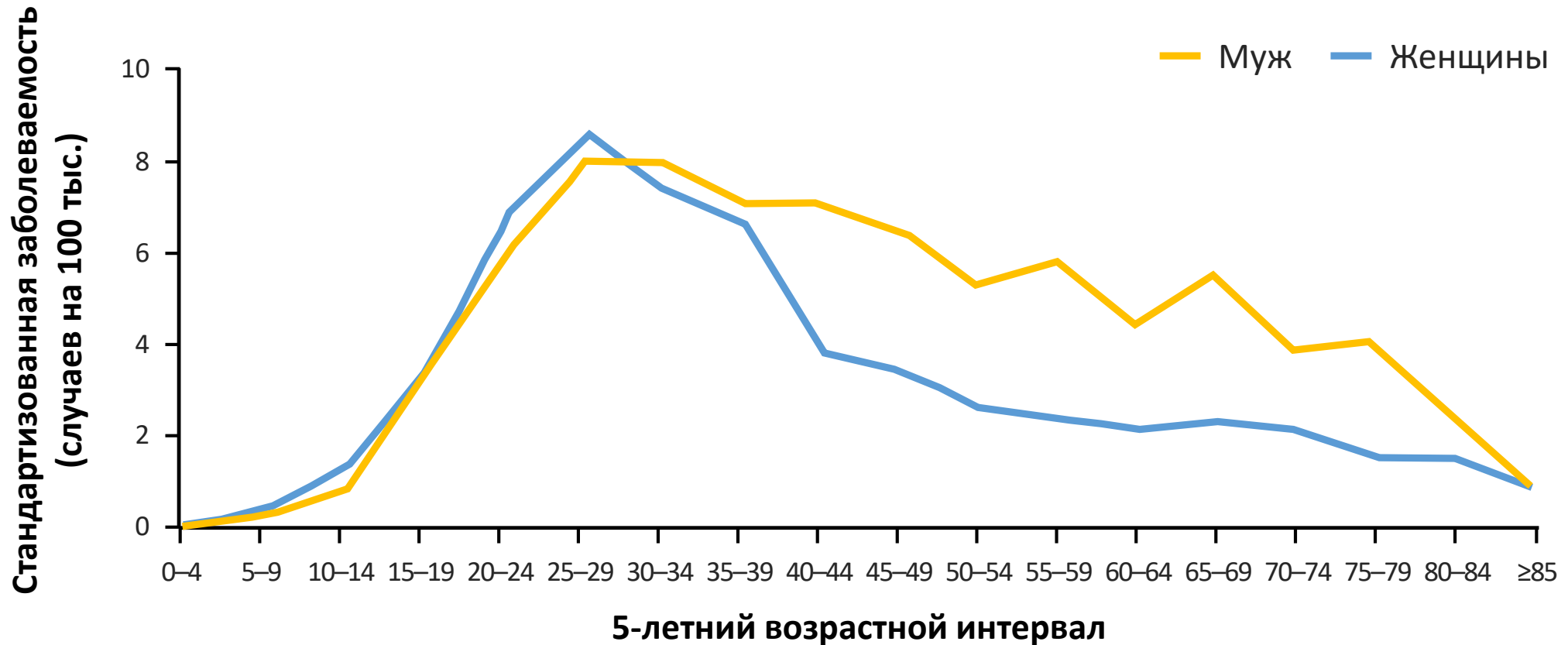
Эпидемиология в Ульяновской области

Распространенность ВЗК – 36 на 100 000 человек



ВЗК манифестирует в наиболее продуктивном возрасте

- Популяционное исследование – регистр, включавший новые случаи ВЗК с 1988–2017



Язвенный колит: клиника и оценка тяжести

- диарея с примесью крови и слизи
- лихорадка
- тахикардия
- снижение уровня гемоглобина
- ускорение СОЭ
- Повышение СРБ

Болезнь Крона

Характеризуется главными клиническими признаками:

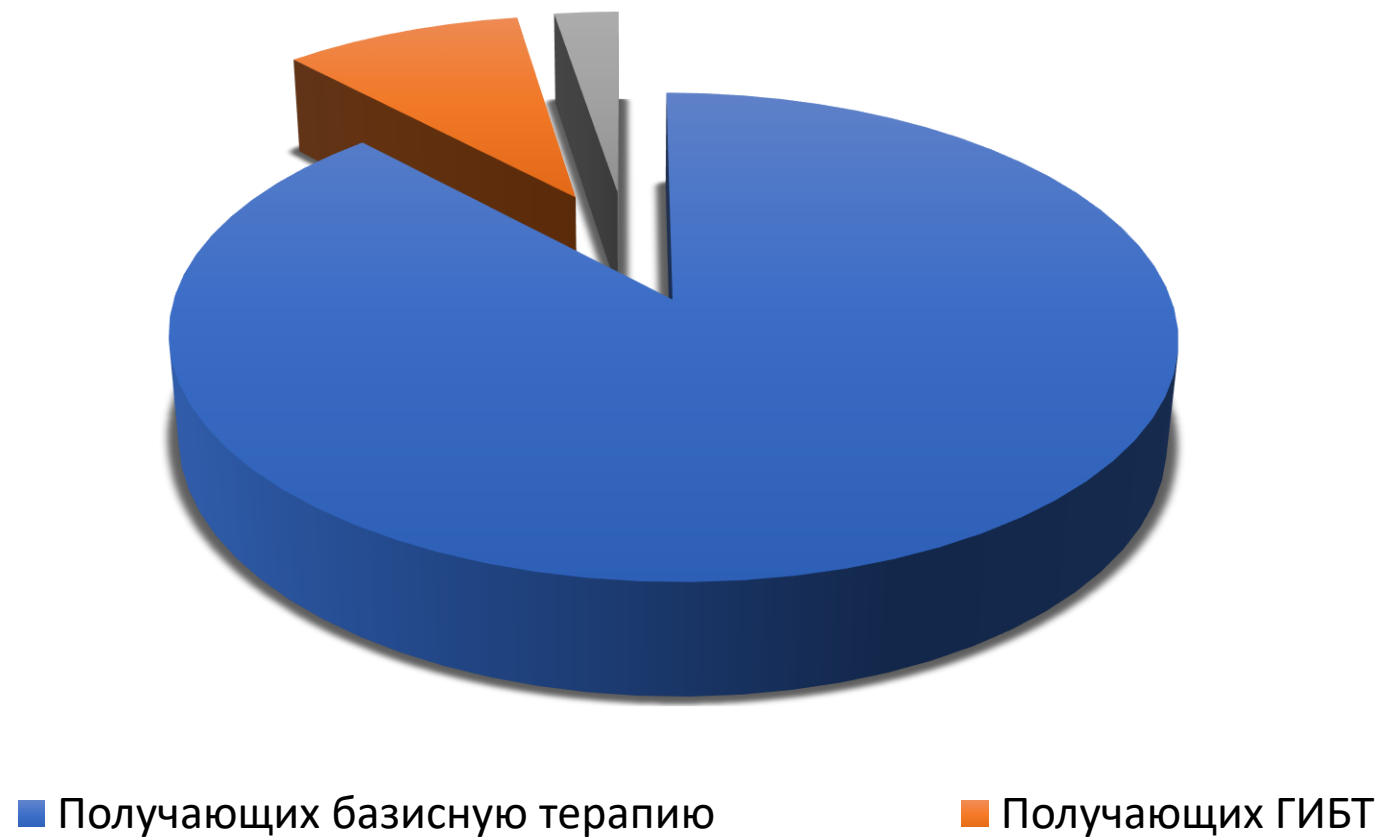
- хроническая диарея более 6 недель без примеси крови
- боль в животе
- лихорадка
- симптомы кишечной непроходимости
- перианальные осложнения

Особенности течения

- сегментарное подострое или хроническое воспаление кишечника
- поражение от полости рта до ануса, в подавляющем случае поражается илеоцекальный отдел, поэтому клиническая картина имеет сходство с аппендицитом
- вовлечение прямой кишки только 25-50%

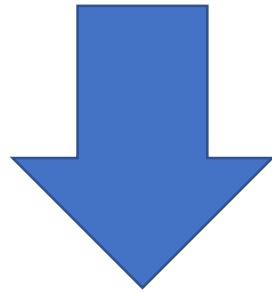


Обеспеченность биологической терапией



ГИП препараты для лечения ВЗК

- Повышают риск туберкулеза - ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α).
- Блокирование ФНО α нарушает процесс **формирования гранулем**



- приводит к недостаточному **ограничению** очагов **туберкулезной инфекции** и способствует **распространению** процесса.

Данные ГУЗ ОПТД

Трудности и ошибки диагностики абдоминального туберкулеза в практике терапевта

Л.Н. Савоненкова¹, В.И. Рузов¹, Д.В. Колчин¹, О.Л. Арямкина², В.В. Скворцов³, А.А. Бессонов³

¹ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия;

²БУВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия;

³ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия

Аннотация

В данной статье рассматриваются особенности клинического течения абдоминального туберкулеза и возможности его своевременной диагностики врачом-терапевтом. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 116 стационарных больных абдоминальным туберкулезом, получивших лечение в ГКУЗ «Противотуберкулезный клинический диспансер» за период с 2009 по 2018 г. Использовали лучевые, эндоскопические, микробиологические, иммунологические, гистологические методы исследования.

Ключевые слова: абдоминальный туберкулез, клиника, диагностика, туберкулез у ВИЧ-инфицированных, абдоминальная лимфаденопатия.

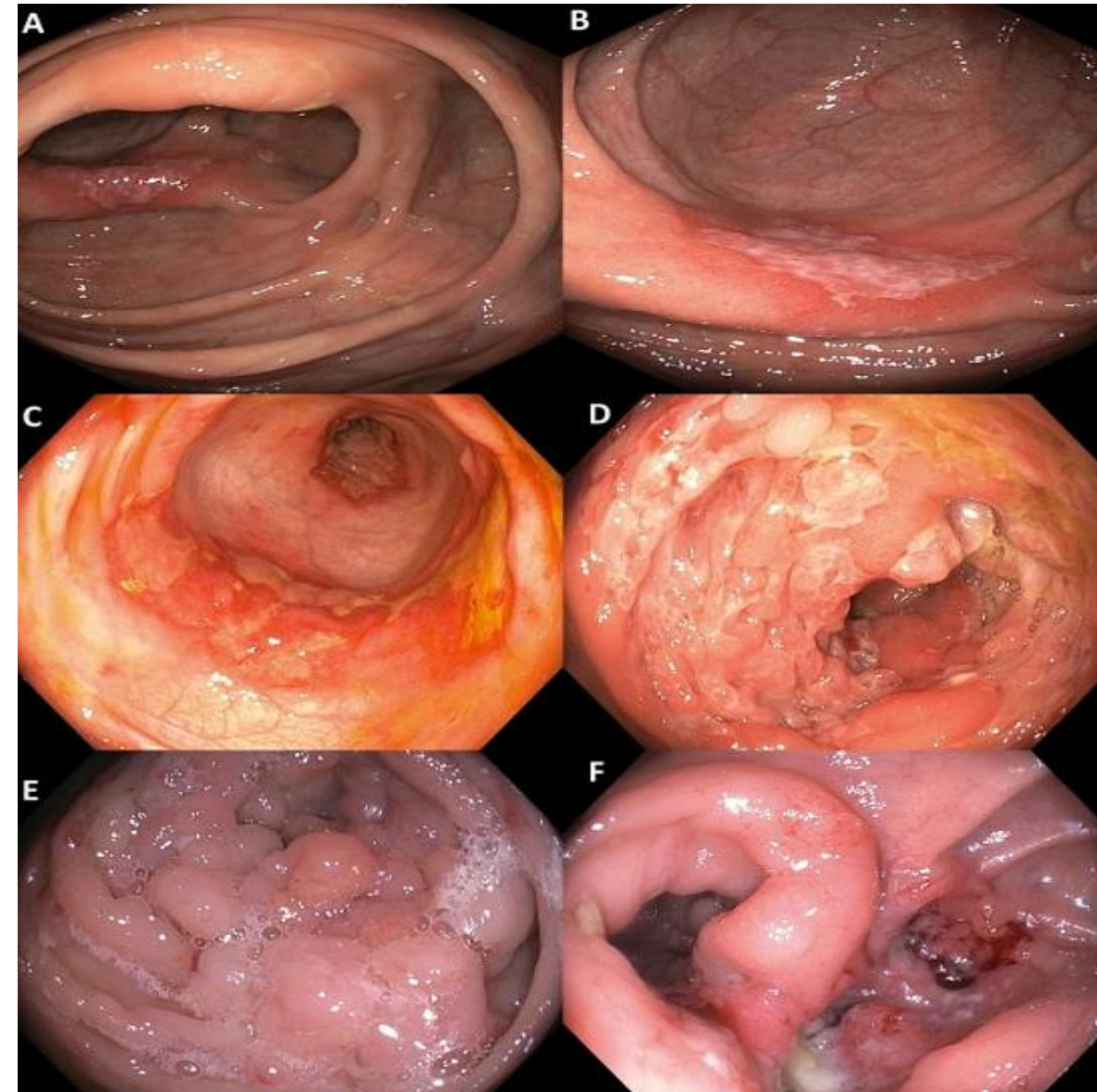
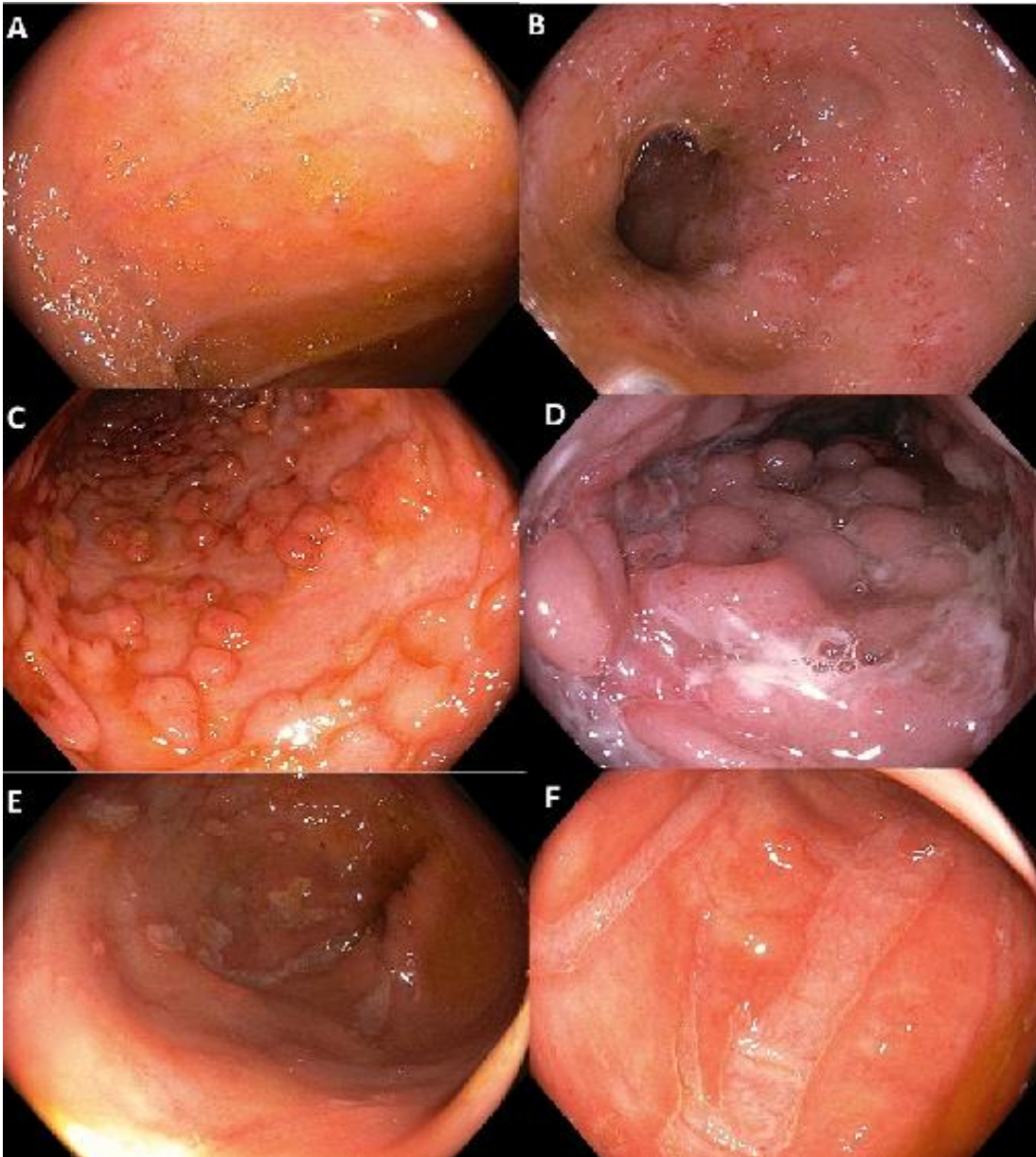
Для цитирования: Савоненкова Л.Н., Рузов В.И., Колчин Д.В. и др. Трудности и ошибки диагностики абдоминального туберкулеза в практике терапевта. Терапевтический архив. 2019; 91 (11): 21–24. DOI: 10.26442/00403660.2019.11.000374

- По данным патологоанатомических исследований, туберкулез органов брюшной полости обнаружен у 47% умерших от туберкулеза в 2017 г.
- Диагноз АТ в 101 (87,1%) случае подтвержден морфологически (обнаружение туберкулезных гранулем), в 15 (12,9%) – по клиническим критериям и положительной тест-терапии.

Болезнь Крона и Абдоминальный туберкулез : клиника

- боль в животе (84,3% против 84,3%),
- хроническая диарея (63,1% против 44,4%),
- рецидивирующая кишечная непроходимость (24% против 18,8%),
- гематохезия (34,4% против 14,7%),
- **перианальные поражения** (23,3% против 3,3%)
- **лихорадка** (29,4% против 49,4%)
- **ночная потливость** (12,3% против 39,4%)
- Инфильтрат илеоцекальной зоны - одинаковая частота .
- Внекишечные симптомы : артралгия, артриты, глазные и дерматологические проявления - одинаковая частота

Эндоскопия при БК и АТ



Частота колоректального рака

- 15,7 случаев на 10 000 пациентов с ЯК
в год и 11,5 случаев на 10 000 пациентов с БК в год
- Колоноскопия при ВЗК

Общество	Рекомендованный интервал
Американский колледж гастроэнтерологов – ACG (ЯК 2019) [17]	Каждые 1–3 года: тотальный и левосторонний ЯК любой степени активности Регулируемые интервалы: по результатам предыдущих скрининговых ФКС и комбинированных факторов риска – длительность заболевания, молодой возраст на момент диагностирования ЯК, высокая активность заболевания, родственники с КРР первой степени родства Каждый год: ПСХ
Американская гастроэнтерологическая ассоциация – AGA (2010) [18]	Каждые 1–2 года: тотальный и левосторонний ЯК. Более частые скрининговые ФКС: активное эндоскопическое и гистологическое воспаление, КРР у родственников первой степени родства, стриктуры и воспалительные полипы Каждый год: ПСХ
Британское общество гастроэнтерологии – BSG (2010) [19]	Каждые 5 лет у больных с низким риском: ЯК без активного эндоскопического – BSG (2010) или гистологического воспаления, левосторонний колит или болезнь Крона с вовлечением <50% толстой кишки Каждые 3 года у больных с умеренным риском: ЯК с легким эндоскопическим или гистологическим воспалением, семейный анамнез КРР в первой степени диагностированным после 50 лет, воспалительные полипы Каждый год у больных с высоким риском: ЯК с умеренным или тяжелым активным эндоскопическим или гистологическим воспалением, ПСХ, стриктуры или дисплазия диагностированные в течение последних 5 лет, лица, имеющие родственников 1-й линии родства с КРР, диагностированным до 50 лет
Европейская Организация по изучению ЯК И БК (European Crohn's and Colitis Organization – ECCO (2017) [20].	Каждые 5 лет: группа больных с отсутствием признаков среднего или высокого риска Каждые 2–3 года (группа больных с умеренным риском) – распространенный ЯК со средней или низкой активностью воспалительного процесса; воспалительные полипы; лица, имеющие родственников 1-й линии родства с КРР, диагностированным после 50 лет Каждый год (группа больных с высоким риском) – распространенный ЯК с высокой активностью воспалительного процесса; ПСХ; стриктуры или дисплазия диагностированные в течение последних 5 лет; лица, имеющие родственников 1-й линии родства с КРР, диагностированным до 50 лет

Рисунок 1.

Этапы формирования КРР у больных ВЗК [27].

Figure 1.

Stages of CRC development in patients with IBD [27].

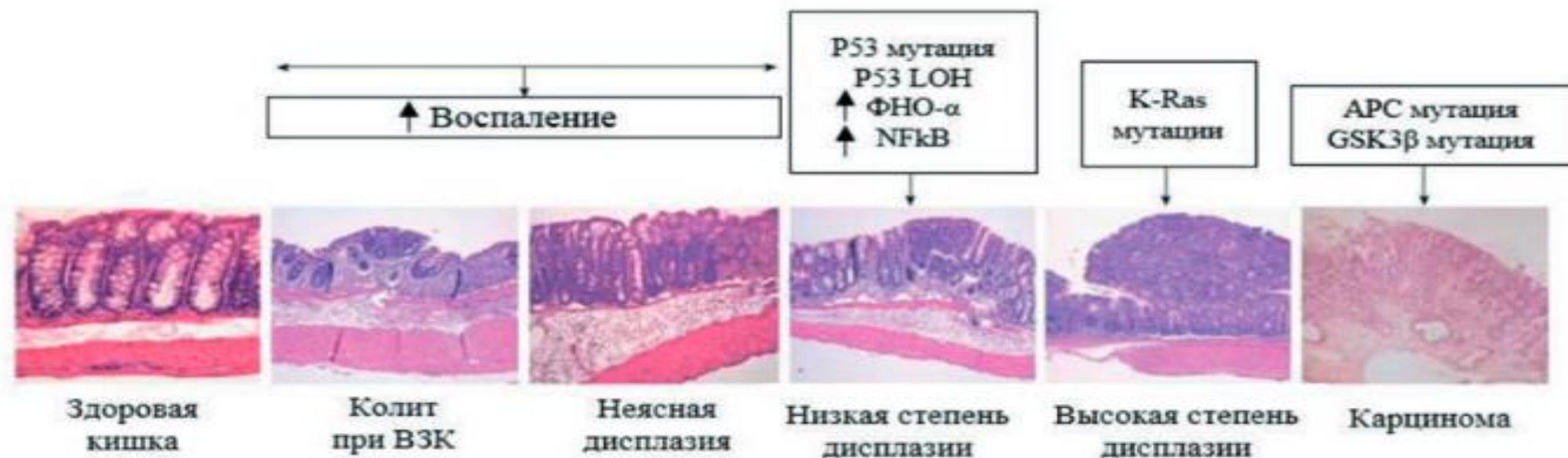


Рисунок 2.

Этапы канцерогенеза при спорадическом КРР и ВЗК-ассоциированном КРР.

Figure 2.

Stages of carcinogenesis in sporadic CRC and IBD-associated CRC.

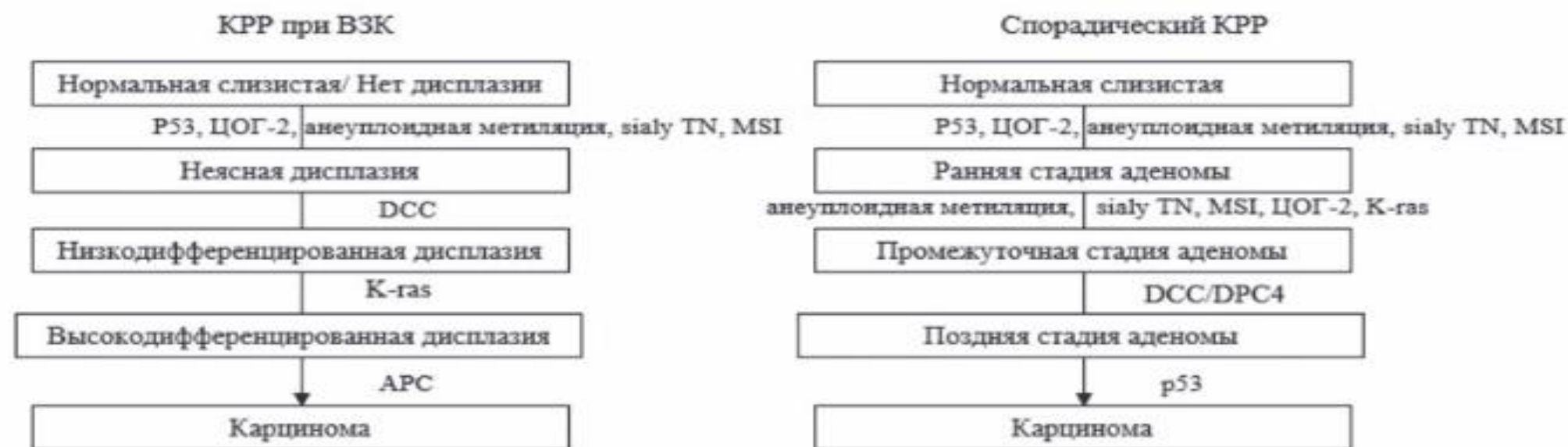


Рисунок 3.
 Факторы риска
 ВЗК-ассоциирован-
 ной неоплазии [32].
 Figure 3.
 Risk factors for
 IBD-associated
 neoplasia [32].



Обязательный скрининг - КФС

- не реже 1 раза в 2 года с обязательной биопсией!!!



Спасибо за внимание