

УДК 616-006.6-072

**СКРИНИНГ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН:
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТАКТИКА**

О.Т. Ахметжанов, С.А. Анкудинова

Представлена эндоскопическая тактика в рамках программы скрининга колоректального рака со стандартизированной оценкой результатов колоноскопии по разработанным кодам.

Ключевые слова: колоректальный рак; скрининг; эндоскопия; Казахстан.

COLORECTAL CANCER SCREENING IN KAZAKHSTAN: ENDOSCOPIC TACTICS

O.T. Akhmetzhanov, S.A. Ankudinova

The article presents the endoscopic tactics in a screening program or colorectal cancer, with a standardized evaluation of the results of colonoscopy according to the developed codes.

Keywords: colorectal cancer; screening; endoscopy; Kazakhstan.

В мире отмечается неуклонный рост заболеваемости и смертности от колоректального рака, увеличения количества запущенных случаев. Эффективность лечения, безусловно, зависит от своевременной и качественной диагностики данной патологии [1].

По прогнозам экспертов ВОЗ, в следующие два десятилетия абсолютное число случаев колоректального рака в мире увеличится в 2 раза в результате роста населения в целом и его старения как в развитых, так и в развивающихся странах. Скрининг предопухолевой патологии и ранних форм рака у бессимптомного населения и своевременное лечение – единственный эффективный метод профилактики развития колоректального рака и снижения смертности от этой патологии [2].

Термин “скрининг” в данной работе обозначает выявление пациентов с наиболее вероятным наличием колоректального рака среди лиц без симптомов данного заболевания [2].

Существует 4 основных скрининговых теста для ранней диагностики колоректального рака:

- 1) анализ кала на скрытую кровь;
- 2) гибкая ректосигмоскопия;
- 3) фиброколоноскопия;
- 4) ирригоскопия методом двойного контрастирования толстой кишки.

Эндоскопическое исследование кишечника – колоноскопия – является наиболее оптимальной методикой скрининга колоректального рака [3].

Самым дешевым и широко используемым методом скрининга является анализ кала на скрытую

кровь, основанный на выявлении активности гемоглобина с помощью гуаякового теста, бензидиновой или пирамилоновой пробы. Основным его недостатком является большое количество ложноотрицательных результатов, поскольку опухоли толстой кишки кровоточат только при размерах образования больше 2 см в диаметре и их чувствительность составляет не больше 50 %, а при ранних формах только 5–10 % [4, 5].

В рамках скрининговой программы показанием к колоноскопии является положительный IFOB-тест у подлежащей скринингу группы населения.

Пациент, подлежащий колоноскопии по программе скрининга колоректального рака, обращается в областной онкодиспансер или диагностический центр по месту жительства в кабинет колоноскопии. Накануне исследования пациенту сообщается время проведения процедуры, объясняется порядок подготовки и выдается на руки инструкция подготовки к исследованию, а также форма согласия на проведение колоноскопии.

Врач проводит процедуру, в случае необходимости делается седация.

Врач должен владеть методикой тотальной колоноскопии и иметь соответствующий сертификат.

В кабинете для проведения колоноскопии в рамках скрининга имеется эндовидеостойка с двумя видеоколоноскопами.

Кабинет колоноскопии оборудован автоматической мочеочной машиной для обработки эндоскопов.

Оценка результатов колоноскопии проводится по нижеследующей форме:

Колоноскопия (50, 52, 54, 56, 58, 62, 64, 66, 68 и 70 лет):

1 – без патологии (KS1);

2 – визуально видимые метапластические изменения слизистой (KS2);

3 – хронические воспалительные заболевания кишки (KS3);

4 – наследственные заболевания толстой кишки и аномалии ее развития (KS4);

5 – экзофитное образование (KS5): а – одиночное (KS5а), б – множественные (KS5б),

6 – инфильтративно-язвенное образование (KS6);

7 – больше данных за рак (без морфологической верификации) (KS7);

8 – рак, верифицированный патоморфологически (KS8);

9 – колоноскопия не проведена по причине отказа пациента или по причине медицинских противопоказаний колоноскопии (KS9).

При KS2 – KS7 берется биопсия подозрительных участков. На каждый микропрепарат заполняется специальное направление на патоморфологическое исследование утвержденного образца. В направлении обязательно указывается Ф.И.О., возраст, адрес места жительства и контактный телефон. Биопсийный материал направляется в лабораторию и архивируется в лаборатории в обязательном порядке. При отрицательном результате биопсии, пациенты с KS3 – KS4 направляются к гастроэнтерологу. При отрицательном результате биопсии, пациенты с KS5 – KS7 направляются к онкологу-колопроктологу для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения (эндоскопическая

полипэктомия, радикальная операция, наблюдение). KS8 – при положительном результате биопсии пациент направляется к районному онкологу для проведения специализированного лечения. KS9-пациент отправляется к участковому врачу для проведения альтернативных методов исследования.

Результаты биопсии толстой кишки, полученной в результате колоноскопии, оцениваются в соответствии с общепринятыми международными стандартами и классификацией ВОЗ. Морфологическое исследование биопсийного материала проводится в патоморфологической лаборатории.

Таким образом, колоноскопия в настоящее время играет ведущую роль в установлении или исключении колоректальной патологии.

Литература

1. *Нургазиев К.Ш.* Показатели онкологической службы Республики Казахстан: статистические материалы 2001–2010 гг. / К.Ш. Нургазиев, Г.Ж. Сейтказина и др. Алматы, 2010.
2. *Парфенов А.И.* Скрининг колоректального рака в г. Москве: возможности и проблемы / А.И. Парфенов; ЦНИИ Гастроэнтерологии. М., 2012.
3. *Никифоров П.А.* Эндоскопический скрининг в своевременной диагностике колоректального рака / П.А. Никифоров; УНЦ МЦ УД Президента РФ. М., 2012.
4. *Прилепская С.И.* Распространенность КРР и полипов толстой кишки среди взрослого населения г. Москвы (по результатам исследования “МУ-3А”) / С.И. Прилепская // КДП № 121. М., 2012.
5. *Gnauck R., Macrae F.A., Fleisher M.* How to perform the fecal occult blood test // *Cancer*. 1984. № 34. P. 134–147.