



NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

2021

Скрининг колоректального рака

Издано при поддержке:



NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®
FOUNDATION
Guiding Treatment. Changing Lives.

FIGHT
★
COLORECTAL CANCER



Доступно онлайн на странице [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients)



В море информации о раке легко потеряться.



Пусть руководство NCCN Guidelines® для пациентов станет вашим путеводителем

- ✓ Содержит подробные сведения о тех вариантах лечения злокачественных опухолей, которые могут дать максимальный эффект.
- ✓ Основано на клинических рекомендациях, которые используют врачи по всему миру.
- ✓ Поможет при обсуждении лечения с врачами.



Руководства для пациентов (NCCN Guidelines for Patients®) издаются Национальной всеобщей онкологической сетью (National Comprehensive Cancer Network®, NCCN®)



NCCN

- ✓ Организация, объединяющая ведущие онкологические центры США. Ее основные задачи — помощь пациентам, поддержка научных исследований, просветительская деятельность.

Онкологические центры,
входящие в состав NCCN:
[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)



NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

- ✓ Клинические рекомендации для врачей разработаны специалистами онкологических центров NCCN на основе последних научных достижений и многолетнего опыта работы.
- ✓ Предназначены для специалистов по оказанию онкологической помощи во всех странах мира.
- ✓ Содержат экспертные рекомендации по скринингу, диагностике и лечению онкологических заболеваний.

В открытом доступе на странице
[NCCN.org/guidelines](https://www.nccn.org/guidelines)



NCCN Guidelines for Patients

- ✓ Руководства для пациентов — информация из клинических рекомендаций NCCN в доступном изложении.
- ✓ Для людей с онкологическими заболеваниями и тех, кто их поддерживает.
- ✓ Содержат описание вариантов лечения рака, которые могут дать максимальный эффект.

В открытом доступе на странице
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)

Настоящее руководство NCCN Guidelines для пациентов составлено на основе клинических рекомендаций NCCN Guidelines® по скринингу колоректального рака, редакция 2.2021 от 13 апреля 2021 г.

© 2021 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Все права защищены. Запрещается в любой форме и в любых целях воспроизводить руководство NCCN для пациентов (NCCN Guidelines for Patients®) и содержащиеся в нем иллюстрации без письменного разрешения NCCN. Никому, в том числе врачам и пациентам, не разрешается использовать это руководство NCCN в каких-либо коммерческих целях. Никто не имеет права заявлять, утверждать или давать основания полагать, что измененная любым образом версия этого руководства берет свое начало от официального издания руководства NCCN Guidelines для пациентов, составлена на его основе, связана с ним или происходит из него. Работа над руководствами NCCN Guidelines не прекращается, и их содержание обновляется по мере появления новых значимых данных. NCCN не дает никаких гарантий относительно содержания, использования или применения этого руководства и не несет никакой ответственности за последствия любых способов его применения или использования.

Задачей NCCN Foundation является поддержка миллионов пациентов с онкологическими диагнозами и их семей. На реализацию этой задачи направлены финансирование и распространение руководств NCCN Guidelines для пациентов. Кроме того, NCCN Foundation считает своим долгом содействовать совершенствованию методов лечения рака путем спонсорской поддержки перспективных врачей в США, целенаправленно занимающихся инновационными исследованиями онкологических заболеваний. Дополнительную информацию и полную подборку материалов для пациентов и тех, кто за ними ухаживает, можно найти на странице [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients).

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) / NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1.215.690.0300



Издание руководств NCCN Guidelines для пациентов осуществляется за счет средств фонда NCCN Foundation®

Сделать пожертвование или найти дополнительную информацию можно на странице [NCCNFoundation.org/donate](https://www.nccn.org/donate) или написав нам по адресу PatientGuidelines@NCCN.org.



Издание также поддержала организация Fight Colorectal Cancer

Мы боремся за излечение колоректального рака и выступаем в качестве неустанных поборников надежды для всех, кто страдает от этого заболевания, посредством информационной поддержки пациентов, изменения политики и революционных научных исследований. Как организация, призванная помочь обществу найти надежные ресурсы для принятия обоснованных решений о своем здоровье, мы гордимся тем, что поддерживаем этот всеобъемлющий ресурс. [Fightcolorectalcaner.org](https://fightcolorectalcaner.org)

Благодарность за щедрую поддержку

Kristina Gregory
Lois & Donald Howland
John Kisiel
Wui-Jin Koh
Elizabeth & Brian Rizor
Marianne & Gary Weyhmuller



Содержание

- 6 Скрининг онкологических заболеваний спасает жизни
- 14 Средний риск развития колоректального рака
- 20 Семейный анамнез
- 26 Колоректальные полипы и рак
- 33 Воспалительные заболевания кишечника
- 39 Интернет-ресурсы
- 40 Пояснение терминов
- 43 Члены NCCN — участники издания
- 44 Онкологические центры в составе NCCN
- 46 Предметный указатель

1

Скрининг онкологических заболеваний спасает жизни

7 Что такое колоректальный рак?

10 Зачем проходить скрининг?

11 Кому следует проходить скрининг?

13 Что спасает жизни помимо скрининга?

13 Ключевые моменты



Колоректальный рак — третий по распространенности вид рака в мире. Скрининг способен предотвратить колоректальный рак и обнаружить его на ранней стадии, когда излечение более вероятно.

Что такое колоректальный рак?

Человеческое тело состоит из более чем 30 триллионов клеток. Опухолевые клетки отличаются от здоровых тем, что они бесконтрольно делятся и растут. Колоректальный рак — это злокачественная опухоль ободочной или прямой кишки.

Ободочная и прямая кишка — органы пищеварительной системы

Пищеварительная система расщепляет пищу на элементы, которые может использовать организм. В желудке пища распадается на мелкие кусочки. В тонком кишечнике почти все питательные вещества из пищи всасываются в кровь.

Пищеварительная система также выводит непереваренную пищу из организма. В толстом кишечнике вода и соли удаляются из непереваренной пищи, пока она проходит через ободочную кишку. Твердые отходы пищеварения называются калом или стулом. Прямая кишка удерживает кал, пока он не выйдет из организма через задний проход (анус).

Некоторые полипы перерождаются в колоректальный рак

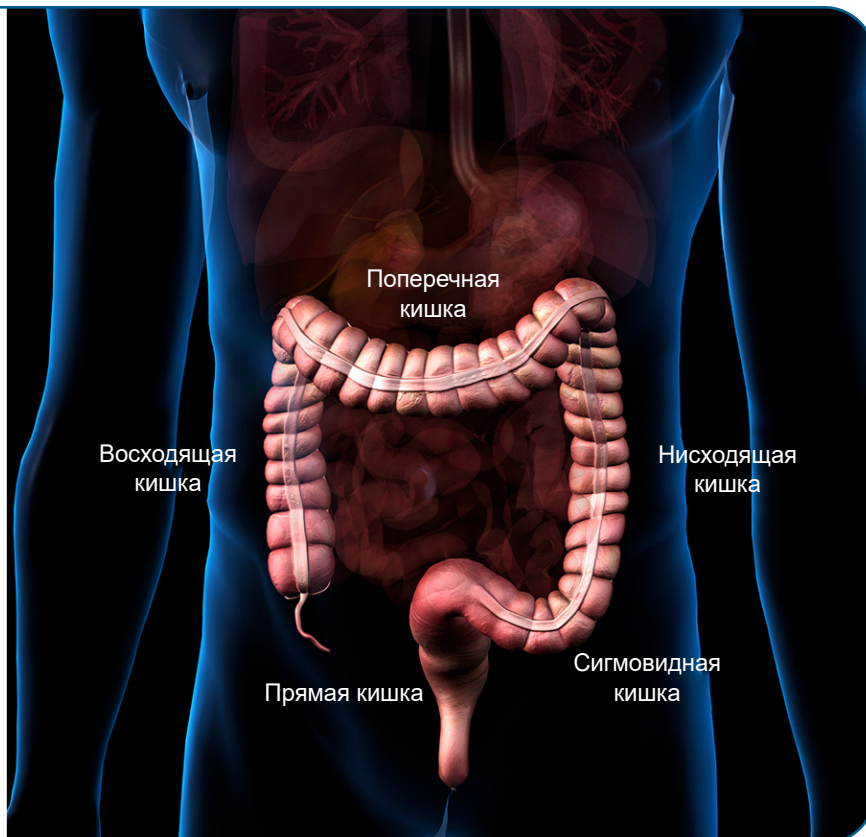
Стенки ободочной и прямой кишки состоят из нескольких слоев ткани. Внутренний слой, контактирующий с калом, называется слизистой оболочкой. В слизистой оболочке часто встречаются участки патологического роста клеток, называемые полипами.

Хотя большинство полипов не перерождаются в злокачественные опухоли, колоректальный рак почти всегда развивается из полипов. Существуют различные типы полипов, и вероятность развития рака у некоторых из них выше, чем у других. На трансформацию полипа в рак уходит много лет.

Ободочная и прямая кишка

Ободочная и прямая кишка являются частью толстого кишечника.

Ободочная кишка — самая длинная часть — около 1,5 м в длину. Она состоит из четырех отделов: восходящая, поперечная, нисходящая и сигмовидная кишка. Прямая кишка находится в конце толстой кишки. Ее длина составляет около 12 сантиметров.



Опухолевые клетки делятся бесконтрольно

Опухолевые клетки ведут себя не так, как нормальные. Они нарушают правила нормального роста клеток.

- В отличие от нормальных клеток, раковые клетки не погибают, когда им положено. Они постоянно делятся и образуют множество новых опухолевых клеток, которые со временем вытесняют здоровые.
- Опухолевые клетки не остаются на месте. Они могут прорасти сквозь стенки ободочной и прямой кишки, а также проникать в близлежащие органы и ткани.

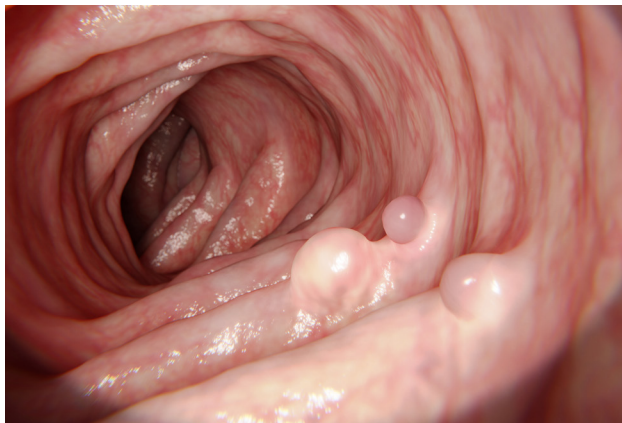
- Опухолевые клетки могут распространяться в другие части тела. Внутри стенок ободочной и прямой кишки находятся кровеносные и лимфатические сосуды. Когда опухолевые клетки добираются до этих сосудов, они могут по ним распространяться.

Система стадирования представляет собой стандартный способ группировки опухолей по степени их роста и распространения. Стадии колоректального рака варьируются от стадии 0 до стадии 4. Чем серьезнее рост и распространение рака, тем выше стадия.

По мере роста опухоль может вызывать симптомы. Когда появляются симптомы, рак обычно уже находится на поздней стадии и труднее поддается лечению. Если лечение не помогает, опухолевые клетки продолжают расти и мешают другим органам работать.

Полипы ободочной и прямой кишки

Полипы — это образования, растущие в стенках ободочной и толстой кишки. Они могут быть разной формы. Приподнятые полипы, похожие на гриб, называются полипами на ножке (слева). Полипы на широком основании имеют круглую верхушку и широкое основание (справа).



Зачем проходить скрининг?

Скрининг колоректального рака позволяет выявить полипы и опухоли еще до появления симптомов. Он спасает жизни двумя способами.

- **Скрининг предотвращает колоректальный рак.** Врач удаляет полипы до того, как они успеют переродиться в злокачественную опухоль.
- **Скрининг выявляет рак на ранней стадии, пока еще нет симптомов.** Если рак обнаруживают на ранней стадии, он лучше поддается лечению. Вероятность полного избавления гораздо выше.

Скрининг начинают, когда человек входит в группу риска по колоректальному раку. Существует несколько методов скрининга.

- **Эндоскопия** предусматривает использование ручного прибора, с помощью которого врач, например гастроэнтеролог, осматривает ободочную и прямую кишку для выявления патологических образований.
- При **визуализации** делаются снимки внутренней поверхности ободочной и прямой кишки. Врач-рентгенолог изучает снимки для выявления патологических образований.
- **Лабораторные анализы** предназначены для обнаружения признаков опухоли, например крови в стуле.

Единственным методом скрининга, при котором возможно удаление полипов, является эндоскопия. Эндоскопические процедуры для скрининга колоректального рака — это колоноскопия и гибкая сигмоидоскопия.

Удаленные полипы будут отправлены специалисту — патоморфологу. Этот врач изучит полип под микроскопом, чтобы выяснить, нет ли в нем опухолевых клеток. Если обнаружатся опухолевые клетки, будет поставлен онкологический диагноз.

Скрининг или диагностика

Скрининг рака проводится, если у вас нет признаков или симптомов колоректального рака. Если у вас появились признаки или симптомы, цель обследования — найти проблему и поставить диагноз. Если у вас есть приведенные далее признаки или симптомы, обратитесь к своему врачу с вопросом о проведении скрининга колоректального рака.

Железодефицитная анемия



Кровь в стуле



Изменение частоты и характера стула



Кому следует проходить скрининг?

Риск — это вероятность того, что какое-либо событие произойдет. Риск — это неотъемлемая часть жизни. Мы рискуем, когда едим, путешествуем и вкладываем деньги. На протяжении всей жизни мы рискуем заболеть, в том числе раком.

У некоторых людей вероятность возникновения колоректального рака выше, чем у других

Обстоятельства, которые повышают риск, называются факторами риска. Например, фактором риска заболеть простудой является тесный контакт с зараженным человеком.

Существует множество факторов риска развития колоректального рака. На некоторые из них мы можем повлиять. Например, мы можем...

- Сократить употребление пищи, подвергнутой интенсивной обработке.
- Бросить курить.
- Увеличить объем своей физической активности.

На другие факторы риска мы никак не можем повлиять. Далее приведены примеры.

- Возраст.
- Анамнез.

Даже если у вас есть факторы риска, это совсем не означает, что вы обязательно заболеете колоректальным раком. Но и отсутствие известных факторов риска не исключает вероятности того, что у вас возникнет колоректальный рак.

Некоторые факторы риска влияют на сроки проведения скрининга рака

Не все факторы риска оказывают одинаковое влияние. Уровни риска, которые используются для составления индивидуального графика скрининга колоректального рака, **приведены в справочной таблице 1**.

Узнайте свой риск развития колоректального рака до 40 лет, чтобы не опоздать с проведением скрининга. Если в вашей семье были случаи колоректального рака, следует узнать о своем риске как можно раньше.

Справочная таблица 1. Уровни риска развития колоректального рака

Средний риск	Возраст от 45 лет и отсутствие других серьезных факторов риска
Повышенный риск	У ваших кровных родственников были случаи колоректального рака или предраковые полипы
	У вас был колоректальный рак или полипы, повышающие риск развития рака
Высокий риск	У вас есть одно из этих воспалительных заболеваний кишечника: <ul style="list-style-type: none"> • язвенный колит; • колит Крона
	У вас есть один из этих наследственных опухолевых синдромов: <ul style="list-style-type: none"> • синдром Линча; • синдромы полипоза, такие как классический и ослабленный семейный аденоматозный полипоз

Время начала скрининга колоректального рака и повторного скрининга обсуждается в следующих разделах.

- Раздел 2 посвящен скринингу для людей со средним риском.
- В разделе 3 обсуждается скрининг при наличии в семейном анамнезе колоректального рака или предраковых полипов. В нем также кратко обсуждаются наследственные опухолевые синдромы.
- В разделе 4 идет речь о повторном скрининге, если у вас были предраковые полипы или колоректальный рак.
- В разделе 5 объясняется процесс скрининга, если у вас есть воспалительное заболевание кишечника.



Скрининг колоректального рака КРАЙНЕ важен! Колоректальный рак — один из немногих видов рака, который не только хорошо поддается лечению при раннем выявлении, но и может быть предотвращен при регулярном скрининге! Хотя подготовка к колоноскопии или процесс сбора образцов для домашнего скринингового теста могут показаться не слишком приятными процедурами, поверьте мне, человеку, пережившему рак ободочной кишки III стадии: лечение колоректального рака, в частности лучевая и химиотерапия, гораздо неприятнее!

— Бен

Что спасает жизни помимо скрининга?

Скрининг крайне важен для профилактики колоректального рака. Хотим поделиться еще 7 советами, как предотвратить колоректальный рак.

1. Принимайте аспирин

Ежедневный прием аспирина в течение 5–10 лет защищает от развития колоректального рака.

Спросите у своего лечащего врача, подходит ли вам аспирин. При приеме аспирина существует риск внутреннего кровотечения.

2. Правильно питайтесь

- Ешьте как можно больше растительной пищи.
- Сократите потребление красного мяса и избегайте продуктов из переработанного мяса.
- Старайтесь есть поменьше интенсивно переработанных продуктов.
- Пищевые добавки не должны быть основным источником питательных веществ. Лучше получать питательные вещества из натуральной пищи.

3. Сведите потребление алкоголя к минимуму или полностью откажитесь от него

Обильное и умеренное употребление алкоголя может повышать риск развития колоректального рака. Безопасное количество алкоголя зависит от биологических особенностей человека. Риск развития рака ободочной кишки не повышается при употреблении 1 порции алкоголя в день для женщин и 2 порций в день для мужчин.

4. Больше двигайтесь

Регулярная физическая активность снижает риск развития колоректального рака.

5. Получайте витамин D в достаточном количестве

Низкий уровень витамина D может повысить риск развития колоректального рака. Чтобы избежать дефицита, употребляйте продукты, богатые витамином D. Он содержится в лососе, тунце, скумбрии и яичных желтках. Вы также можете употреблять продукты, обогащенные витамином D, и принимать пищевые добавки.

Кожа может вырабатывать витамин D под воздействием солнечных лучей. При длительном пребывании на улице рекомендуется пользоваться солнцезащитным кремом. Нанесение солнцезащитного крема может снизить количество витамина D, вырабатываемого кожей.

6. Поддерживайте здоровый вес

Ожирение — еще один фактор риска развития колоректального рака. Индекс массы тела (ИМТ) — это показатель количества жира в организме. Нормальным весом считается ИМТ от 18,5 до 24,9. Отслеживание своего веса, рациона, калорий и уровня активности поможет вам достичь поставленных целей.

7. Откажитесь от курения

Если вы курите, бросайте! Попросите своего врача помочь вам бросить курить. Существуют консультации по отказу от курения. Справиться с тягой к курению и синдромом отмены помогут специальные препараты.

Ключевые моменты

- Колоректальный рак — это злокачественная опухоль ободочной или прямой кишки. Эти два органа являются частью пищеварительной системы. Они помогают выводить кал из организма.
- Полипы представляют собой разрастание внутренней оболочки ободочной или прямой кишки. Хотя большинство полипов не перерождаются в злокачественные опухоли, колоректальный рак почти всегда развивается из полипов.
- Скрининг колоректального рака спасает жизни. Благодаря скринингу рак можно предотвратить: врач обнаружит и удалит полипы еще до того, как они переродятся в злокачественную опухоль. Скрининг также помогает обнаружить рак на ранней стадии, когда вероятность излечения выше.
- Риск — это вероятность того, что какое-либо событие произойдет. Риск заболеть раком существует в жизни каждого человека.
- Обстоятельства, которые повышают риск, называются факторами риска. Существует множество факторов риска развития колоректального рака.
- Некоторые факторы повышают риск развития колоректального рака больше, чем другие. К факторам риска, влияющим на сроки проведения скрининга колоректального рака, относятся возраст и состояние здоровья. Риск развития колоректального рака подразделяется на средний, повышенный и высокий.
- Прием аспирина и здоровый образ жизни в дополнение к скринингу помогут предотвратить колоректальный рак.

Рак не станет ждать — и вам не стоит медлить

Во время пандемии COVID-19 снизилось число людей, проходящих рекомендованный скрининг рака. Пропущенный скрининг может привести к поздней диагностике и упущенным шансам на излечение.

Не теряйте время и не пренебрегайте плановыми медицинскими осмотрами. Заботьтесь о себе и регулярно проходите скрининг рака. Поговорите со своим врачом о том, когда и как часто нужно проходить скрининг.

Более подробную информацию о призыве NCCN «Рак не станет ждать — и вам не стоит медлить» можно найти на сайте [NCCN.org/resume-screening](https://www.nccn.org/resume-screening).

2

Средний риск развития колоректального рака

- 15 **Скрининг начинается в возрасте 45 лет**
- 16 **Варианты проведения скрининга**
- 18 **Следующий скрининг можно пройти через 10 лет**
- 19 **Ключевые моменты**



Большинство людей, подверженных риску развития колоректального рака, имеют средний риск. Средний риск зависит от возраста и отсутствия других существенных факторов риска.

Скрининг начинается в возрасте 45 лет

В течение многих лет люди со средним риском впервые проходили скрининг колоректального рака в возрасте 50 лет. Но колоректальный рак все чаще встречается у людей моложе 50 лет. Теперь люди со средним риском начинают скрининг в 45 лет.

Риск развития колоректального рака различается в зависимости от этнической и расовой принадлежности. В США самые высокие показатели заболеваемости колоректальным раком

наблюдаются среди темнокожих людей. Темнокожим людям следует начинать скрининг колоректального рака с 45 лет или раньше, если у их кровных родственников был колоректальный рак.

Некоторые люди заболевают колоректальным раком раньше 45 лет. У некоторых из них был повышенный или высокий риск развития колоректального рака, но у других не было серьезных факторов риска. Поговорите со своим лечащим врачом о том, стоит ли вам начинать скрининг рака до 45 лет.

Людьми с крепким здоровьем следует проходить скрининг колоректального рака до 75 лет. Если вам от 76 до 85 лет, скрининг рака — это личное решение, которое следует принимать после консультации с лечащим врачом. Спросите о плюсах и минусах скрининга с учетом состояния вашего здоровья. Скрининг колоректального рака после 85 лет не требуется.

**Возраст
45–75 лет**

Пройдите скрининг (если у вас нет серьезного заболевания, угрожающего жизни).

**Возраст
76–85 лет**

Скрининг — это личное решение. Узнайте, какие плюсы и минусы есть для вас.

**Возраст
от 86 лет**

Скрининг не нужен.

Варианты проведения скрининга

Для людей со средним риском развития колоректального рака есть несколько вариантов скрининга. Лучшее обследование — это то, которое вы пройдете. Любое обследование лучше, чем его отсутствие. Спросите своего врача о плюсах и минусах каждого варианта скрининга.

Визуальный скрининг

При визуальном скрининге используются медицинские приборы, с помощью которых врачи могут осмотреть вас изнутри. К нему относятся колоноскопия, гибкая сигмоидоскопия и компьютерная (КТ) колонография. Колоноскопия необходима, если при гибкой сигмоидоскопии или КТ-колонографии обнаружены отклонения от нормы.

Перед проведением визуального скрининга нужно освободить кишечник от кала. Для подготовки кишечника накануне процедуры назначают жидкую диету и сильные слабительные. Перед скринингом следуйте инструкциям врача по подготовке. Если ваш кишечник недостаточно очищен, возможно, вам

придется перенести обследование, повторить его или провести другое обследование.

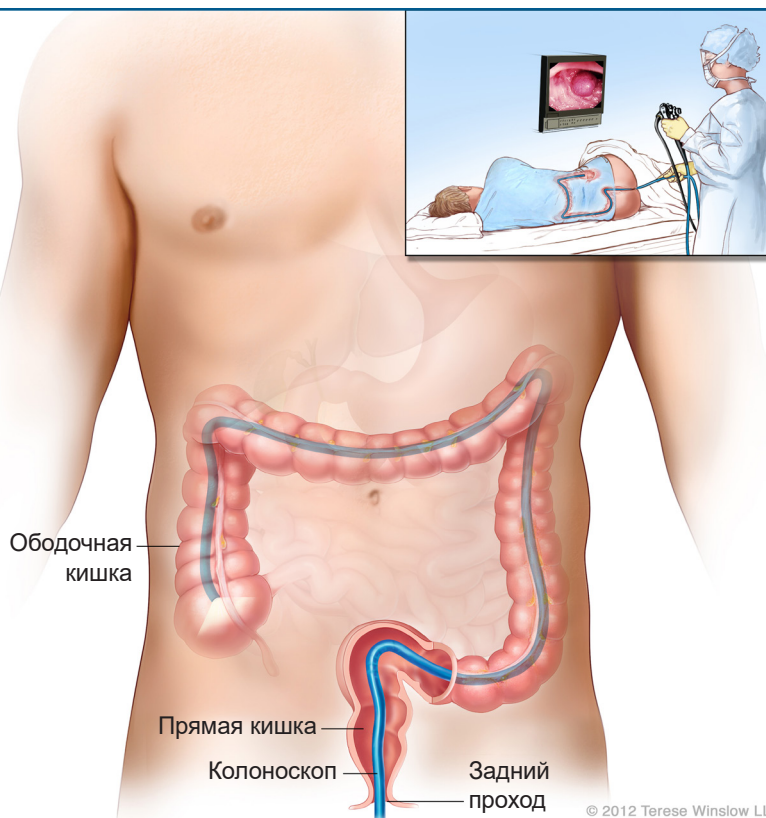
Биопсия — это процедура взятия образцов ткани для дальнейшего исследования. Полипэктомия — это вид биопсии, при котором удаляются целые полипы (разрастания на внутренней стенке кишечника). Биопсия может проводиться только во время колоноскопии и гибкой сигмоидоскопии. Через эндоскоп вводится режущий инструмент для удаления ткани. Большинство полипов можно удалить с помощью эндоскопа. В редких случаях требуется хирургическое вмешательство.

Скрининг по результатам анализа кала

Скрининг по результатам анализа кала проще, чем визуальный осмотр. Вам нужно будет дома собрать образец кала в контейнер. Затем нужно отправить этот образец в лабораторию для анализа. Анализ кала включают иммунохимический анализ кала (FIT), высокочувствительный анализ кала на скрытую кровь и многоцелевой анализ ДНК кала (фекальный ДНК-тест).

Колоноскопия

Колоноскопия — это процедура, в ходе которой врач может осмотреть кишечник изнутри. Перед процедурой вам дадут успокоительное. Врач возьмет ручной прибор, называемый эндоскопом. Эндоскопы, предназначенные для колоноскопии, называются колоноскопами. Врач введет тонкую трубкообразную часть прибора через задний проход в прямую и ободочную кишку. В приборе есть светильник, камера и режущий инструмент.



© 2012 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights

Варианты скрининга для среднего риска



Плюсы



Минусы

Визуальный скрининг

Колоноскопия

Обследование ободочной и прямой кишки с помощью тонкого прибора, который осторожно вводится через задний проход

- Одноэтапный скрининг — не требуется дополнительных анализов
- Очень долгие интервалы между обследованиями, если результаты в норме

- Необходима подготовка кишечника
- Проводится вне дома
- Применяются успокоительные (седация)
- Небольшой риск кровотечения, инфекции и травмы

Гибкая сигмоидоскопия

Обследование последней части ободочной кишки с помощью тонкого устройства, которое осторожно вводится через задний проход

- Долгие интервалы между обследованиями, если результаты в норме
- Седация не требуется

- Необходима подготовка кишечника
- Проводится вне дома
- Осматривается не вся ободочная кишка
- При обнаружении полипов необходима колоноскопия

КТ-колонография

Рентгеновские снимки ободочной кишки

- Долгие интервалы между обследованиями, если результаты в норме
- Седация не требуется

- Необходима подготовка кишечника
- Проводится вне дома
- Можно не заметить плоские полипы
- При обнаружении полипов требуется повторный скрининг или колоноскопия

Скрининг по результатам анализа кала

Многоцелевой анализ ДНК кала (фекальный ДНК-тест)

Лабораторный анализ, который позволяет найти генетические маркеры рака в кале

Высококчувствительная гваяковая проба и иммунохимический анализ кала (FIT)

Лабораторные анализы, которые позволяют обнаружить крошечное количество крови в кале

- Вы самостоятельно собираете кал дома
- Подготовка не требуется
- Нет физических рисков

- Если результаты отклоняются от нормы, потребуются колоноскопия
- Точность ниже, чем у визуальных обследований
- Частый скрининг, даже если результаты в норме

Анализ кала гораздо проще визуальных осмотров, но они не так эффективны в обнаружении полипов, которые могут переродиться в опухоли. Кроме того, если результаты анализа кала покажут отклонения, скрининг будет двухэтапным. Вторым этапом будет проведение колоноскопии в течение 6–10 месяцев после анализа кала. Если результаты колоноскопии после иммунохимического анализа кала или фекального ДНК-теста в норме, дальнейшее обследование не требуется.

Следующий скрининг можно пройти через 10 лет

Если результаты скрининга нормальные, следующий скрининг можно будет провести любым методом. Временной интервал между скринингами зависит от того, какой метод применялся в прошлый раз. Интервалы между скринингами для среднего риска приведены в **справочной таблице 2**.

Повторный скрининг методом колоноскопии нужно проходить не реже чем раз в 10 лет. Повторный скрининг с помощью гибкой сигмоидоскопии можно проходить раз в 10 лет, если вы ежегодно делаете иммунохимический анализ кала.

Интервал после визуального скрининга может быть скорректирован в зависимости от качества предыдущего скрининга. Повторный скрининг через 1 год может потребоваться, если ваш кишечник был недостаточно очищен или процедура не была завершена.

Если у вас обнаружены предраковые полипы или колоректальный рак, прочтите раздел 4, чтобы узнать о дальнейших действиях.

Справочная таблица 2. Повторный скрининг на основе среднего риска



Варианты скрининга



Время до повторного скрининга, если предыдущие результаты в норме

Колоноскопия	Повторный скрининг через 10 лет
Гибкая сигмоидоскопия	Повторный скрининг через 5–10 лет
КТ-колонография	Повторный скрининг через 5 лет
Многоцелевой анализ ДНК кала	Повторный скрининг через 3 года
Высококочувствительная гваяковая проба	Повторный скрининг через 1 год
Иммунохимический анализ кала	Повторный скрининг через 1 год

Ключевые моменты

- ▶ Людям со средним риском развития колоректального рака следует впервые проходить скрининг в возрасте 45 лет. У вас не должно быть других серьезных факторов риска.
- ▶ Вы можете выбрать, какой вид скрининга пройти.
- ▶ Лучшее скрининговое обследование — это то, которое вы пройдете. Обсудите плюсы и минусы каждого метода скрининга со своим лечащим врачом, чтобы сделать осознанный выбор.
- ▶ Интервал времени до следующего скрининга зависит от того, какой метод скрининга применялся в прошлый раз. Если результаты колоноскопии в норме, то следующий скрининг можно пройти через 10 лет. Интервал для повторного скрининга после анализа кала составляет от 1 до 3 лет.



Нам важно знать ваше мнение!

Наша задача — предоставить полезную информацию о раке в простой для понимания форме.

Пройдите опрос, чтобы мы узнали, что нам удалось хорошо, а что можно было бы улучшить:

[NCCN.org/patients/feedback](https://www.nccn.org/patients/feedback)



Колоректальный рак всегда считался «болезнью пожилых людей». Недавние исследования показали, что вероятность развития колоректального рака у людей, родившихся в 1990 году или позже, в 2–4 раза выше, чем у людей, родившихся в 1950 году. Поэтому очень важно пройти скрининг в возрасте 45 лет.

— Лара, поборола рак прямой кишки

3

Семейный анамнез

21 Анамнез с высоким риском

23 Анамнез с повышенным
риском

24 Ключевые моменты



Колоректальный рак обычно не передается по наследству. Примерно у каждого третьего человека с колоректальным раком это заболевание было у кровного родственника. Семейный анамнез повышает ваш риск, но не означает, что вы обязательно заболете колоректальным раком.

Анамнез с высоким риском

В некоторых семьях колоректальным раком болеют несколько кровных родственников. Если рак возникает у младших или нескольких дальних родственников, это может быть связано с наследственным опухолевым синдромом.

Наследственные опухолевые синдромы вызываются аномальным геном, который передается от родителей к ребенку. Они встречаются редко.

Ваш лечащий врач может заподозрить у вас наследственный опухолевый синдром. Если это так, он направит вас к врачу-генетику. Эти специалисты диагностируют и планируют лечение наследственных опухолевых синдромов.

Существует несколько типов наследственных опухолевых синдромов, которые подвергают человека высокому риску развития колоректального рака.

- Синдром Линча вызывается наследственной ошибкой (мутацией) в генах системы репарации ДНК (MMR). Иногда синдром Линча называют наследственным неполипозным колоректальным раком (ННПКР), но это не совсем одно и то же.
- Полипозные синдромы — это группа опухолевых синдромов, которые вызывают множественные полипы ободочной и толстой кишки. Наиболее распространенным является семейный аденоматозный полипоз (САП).

Знайте свой семейный анамнез

Семейный анамнез является одним из важнейших факторов риска развития колоректального рака. Будьте готовы рассказать своему лечащему врачу о таких моментах:

- тип рака, если таковой имеется, у кровных родственников;
- их возраст на момент диагностирования рака;
- их текущий возраст или возраст на момент смерти;
- наследственные заболевания и врожденные дефекты в вашей семье.



Результат моего генетического теста, который выявил у меня мутацию MSH2 (синдром Линча), помог мне принять решение о будущем лечении и понять мой будущий риск развития других видов рака. Это позволило мне действовать на опережение и позаботиться о своем здоровье.

— Венора, перенесшая три случая рака

Кровные родственники

Кровные родственники — это члены семьи, которые связаны с вами по рождению. История болезни ваших кровных родственников важна для определения вашего риска развития колоректального рака. Примерно половина (50 %) ваших генов совпадают с генами родственников первой степени родства. Четверть (25 %) ваших генов совпадают с генами родственников второй степени родства. С родственниками третьей степени родства вы разделяете 12,5 % генов.



Анамнез с повышенным риском

У большинства семей с колоректальным раком в анамнезе нет наследственного опухолевого синдрома. В таких семьях причина возникновения опухоли неясна. Опухоль может быть обусловлена общими генами, схожим образом жизни или сочетанием этих факторов.

Колоректальный рак в семейном анамнезе

У вас повышен риск развития колоректального рака, если у кого-то из кровных родственников был колоректальный рак. Генетическая причина вероятна, если у многих родственников был колоректальный рак. Она еще более вероятна, если опухоль возникла в возрасте до 45 лет.

Аденома в семейном анамнезе

Ваш риск повышен, если у родственника первой степени родства была аденома. Аденома — это распространенный тип полипов.

Прогрессирующая аденома имеет один или несколько из приведенных далее трех признаков.

- Дисплазия высокой степени: дисплазия означает аномальный рост клеток. Дисплазия высокой степени состоит из клеток, которые могут переродиться в злокачественные.
- Большой размер: аденома считается крупной, если ее размер составляет 1 сантиметр или больше.
- Ворсинчатое или тубулярно-ворсинчатое гистологическое строение аденомы. Чаще всего встречаются тубулярные аденомы, но ворсинчатые и тубулярно-ворсинчатые аденомы с большей вероятностью могут стать раковыми. Классические зубчатые аденомы (TSA) имеют ворсинчатый характер роста.

Зубчатые полипы на широком основании в семейном анамнезе

Ваш риск повышен, если у родственника первой степени родства был зубчатый полип на широком основании. Это один из нескольких типов полипов, которые имеют пилообразный (зубчатый) рисунок клеток. Как и аденомы, зубчатые полипы на широком

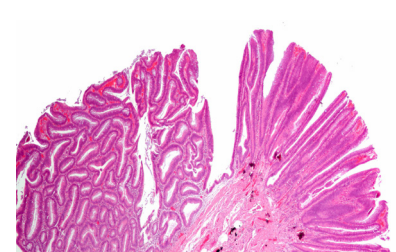
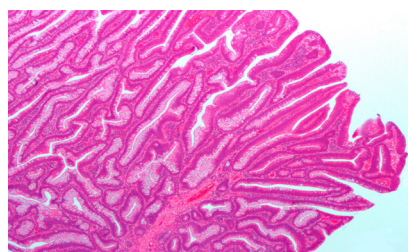
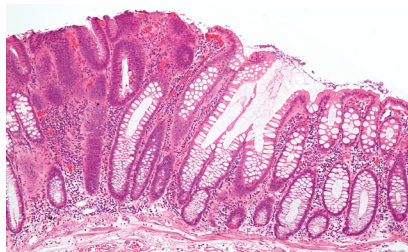
Характер роста аденом

Рост аденом бывает трех типов. В тубулярных аденомах железы имеют округлую форму (слева). В ворсинчатых аденомах железы длинные (посередине). Тубулярно-ворсинчатые аденомы представляют собой комбинацию обеих желез (справа).

Тубулярная аденома: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tubular_adenoma_2_intermed_mag.jpg

Ворсинчатая аденома: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Villous_adenoma1.jpg

Тубулярно-ворсинчатая аденома: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tubulovillous_adenoma.jpg



основании подвержены повышенному риску развития опухолей. Прогрессирующий зубчатый полип на широком основании имеет один или оба из двух приведенных признаков.

- Дисплазия: в зубчатом полипе на широком основании может быть очаг (или очаги) дисплазии. Такие полипы называются зубчатыми полипами на широком основании с дисплазией.
- Большой размер: зубчатый полип на широком основании считается крупным, если его размер составляет 1 сантиметр или больше.

Скрининг при повышенном риске

По сравнению со скринингом при среднем риске скрининг на основе семейного анамнеза часто начинается раньше и проводится чаще. Информация о скрининге на основе семейного анамнеза приведена в **справочной таблице 3**.

График скрининга может быть составлен индивидуально для вас. Если в ходе двух или более предыдущих скринингов не было выявлено никаких проблем, промежуток между скринингами может быть увеличен. Другие факторы, которые могут изменить график скрининга, включают ваш возраст, а также количество и возраст членов семьи, страдающих этим заболеванием.

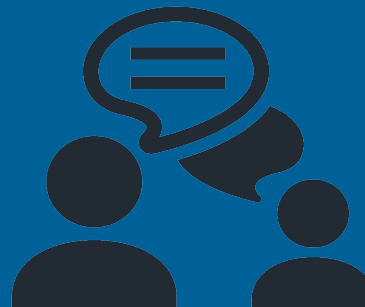
Если у вас обнаружены предраковые полипы или колоректальный рак, прочтите раздел 4, чтобы узнать о дальнейших действиях.

Вы можете помочь своей семье, рассказав им о результатах скрининга. Ваш врач может предоставить результаты анализов или письмо, которым вы можете поделиться. Зная вашу историю болезни, члены вашей семьи смогут принимать осознанные решения по поводу своего здоровья.

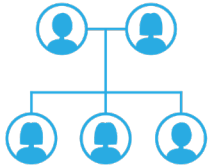
Ключевые моменты

- Синдром Линча и полипозные синдромы — это очень редкие заболевания, которые передаются по наследству. Они относятся к состояниям с высоким риском развития колоректального рака.
- Скрининг колоректального рака чаще всего начинают до 40 лет, если в семье были случаи колоректального рака или предраковых полипов, но нет наследственного опухолевого синдрома. Вы можете пройти повторный скрининг уже через 5 лет, даже если полипы не обнаружены.
- Поскольку семейный анамнез влияет на график скрининга опухолей, расскажите членам своей семьи о результатах скрининга. Тогда они смогут принять осознанное решение по поводу своего здоровья.

**Проявите заботу
и поделитесь
результатами
скрининга с
членами своей
семьи.**



Справочная таблица 3. Скрининг в зависимости от семейного анамнеза



Ваш семейный анамнез



Начните скрининг с колоноскопии в более ранний из двух моментов времени

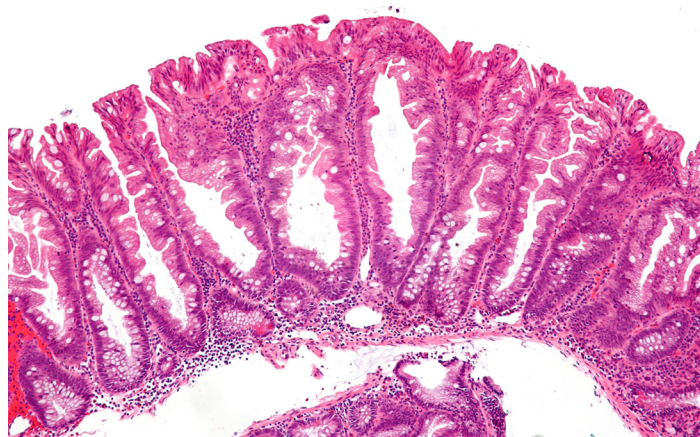


Время до повторного скрининга, если предыдущие результаты в норме

У одного или нескольких ваших родственников первой степени родства был колоректальный рак	Возраст 40 лет или	за 10 лет до возраста постановки первого онкологического диагноза у ваших родственников	Повторный скрининг каждые 5 лет
У одного или нескольких ваших родственников второй и третьей степени родства был колоректальный рак	Возраст 45 лет или	до 45 лет, если рак у родственника был обнаружен в раннем возрасте	Повторный скрининг каждые 10 лет
У одного или нескольких ваших родственников первой степени родства была прогрессирующая аденома или прогрессирующий зубчатый полип на широком основании	Возраст 40 лет или	же возраст, когда вашему родственнику поставили диагноз	Повторный скрининг каждые 5–10 лет

Зубчатые полипы

Зубчатые полипы имеют пилообразный рисунок клеток. Существует 3 основных типа зубчатых полипов. Гиперпластические полипы являются зубчатыми, и большинство из них не представляют риска развития рака. Зубчатые полипы на широком основании могут переродиться в опухоль (показано на рисунке). Классические зубчатые аденомы встречаются редко и могут переродиться в опухоль.



Зубчатый полип: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sessile_serrated_adenoma_2_intermed_mag.jpg

4

Колоректальные полипы и рак

27 Полипы, повышающие риск

29 Время до повторного скрининга

31 Колоректальный рак

32 Ключевые моменты



Колоректальный полип — это разрастание внутренней оболочки толстой кишки. Удаленные полипы отправляются на исследование к патоморфологу. Дальнейшие шаги по лечению зависят от того, что обнаружит ваш врач во время колоноскопии, а также от результатов патоморфологического исследования.

Полипы, повышающие риск

Большинство полипов не перерождаются в опухоли, но риск развития рака повышается, если у вас был один или несколько из трех описанных ниже полипов.

Аденома

Аденому также называют аденоматозным полипом, классическим полипом и обычным полипом. Это самый распространенный тип колоректальных полипов кишки. Аденома представляет собой разрастание железистоподобных клеток, вырабатывающих слизь.

Некоторые аденомы имеют больше шансов стать злокачественными, чем другие. Такие аденомы называются прогрессирующими. Прогрессирующая аденома имеет один или несколько из приведенных далее трех признаков.

- Дисплазия высокой степени: дисплазия высокой степени состоит из клеток, которые могут переродиться в злокачественные.
- Большой размер: аденома считается крупной, если ее размер составляет 1 сантиметр или больше.
- Ворсинчатое или тубулярно-ворсинчатое гистологическое строение аденомы. Рост аденомы бывает трех типов: тубулярный, ворсинчатый и тубулярно-ворсинчатый. Тубулярный характер роста встречается чаще всего, но ворсинчатые и тубулярно-ворсинчатые аденомы чаще становятся злокачественными.

Зубчатый полип на широком основании

Зубчатый полип на широком основании приподнят над стенкой толстой кишки и имеет пилообразный рисунок клеток. Зубчатые полипы на широком основании подвержены повышенному риску развития рака. Прогрессирующий зубчатый полип на широком основании имеет один или оба из двух приведенных признаков.

- Дисплазия: в зубчатом полипе на широком основании может быть очаг (или очаги) дисплазии. Такие полипы называются зубчатыми полипами на широком основании с дисплазией.
- Большой размер: зубчатый полип на широком основании считается крупным, если его размер составляет 1 сантиметр или больше.

Классическая зубчатая аденома

Классические зубчатые аденомы встречаются редко. Они имеют ворсинчатый характер роста и пилообразный рисунок клеток. В них может развиваться дисплазия. Если у вас была классическая зубчатая аденома, то, скорее всего, у вас появится еще один полип с высоким риском переродиться в злокачественную опухоль.



Мы все очень заняты своей личной жизнью и карьерой. Но ведь скрининг колоректального рака — это довольно простая и быстрая процедура, от своевременности которой может зависеть наша жизнь.

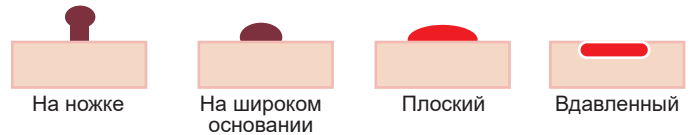
— **Эван, поборол рак прямой кишки**

Полипы, обнаруженные при колоноскопии

Определенные признаки предраковых полипов указывают на повышенный риск развития колоректального рака. Часть из них — размер и форму полипа — можно увидеть во время колоноскопии. Другие признаки можно рассмотреть лишь с помощью микроскопа.

Форма

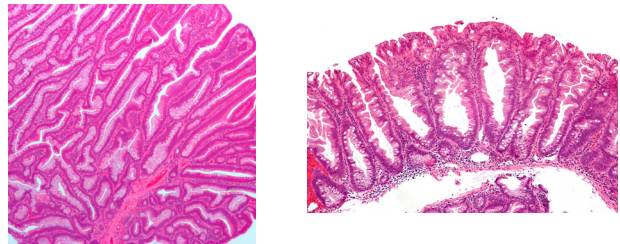
Полипы, не имеющие ножки, труднее удалить, и вероятность их перерождения в опухоль выше.



Тип

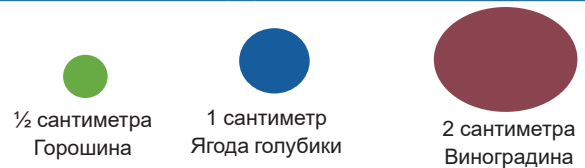
Не все полипы сопряжены с риском развития рака. К полипам, которые могут стать злокачественными, относятся аденомы (слева) и зубчатые полипы (справа).

Источники фотографий. Ворсинчатая аденома: commons.wikimedia.org/wiki/File:Villous_adenoma1.jpg (слева). Зубчатый полип: commons.wikimedia.org/wiki/File:Sessile_serrated_adenoma_2_intermed_mag.jpg (справа).



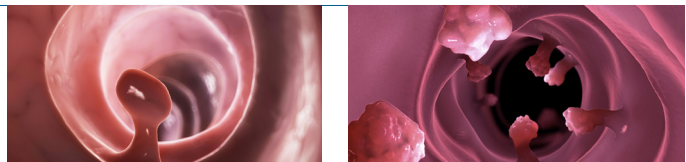
Размер

С высоким риском развития рака связаны полипы, чей размер составляет 1 сантиметр или больше.



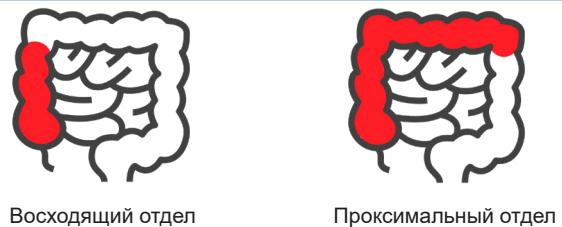
Количество

Риск появления опухоли считается высоким при наличии 3 и более полипов.



Расположение

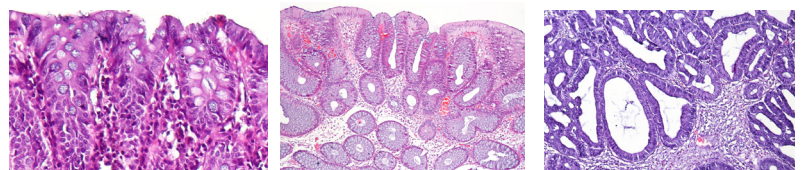
Полипы в восходящей ободочной кишке имеют более высокий риск развития рака (слева). Мелкие гиперпластические полипы в проксимальном отделе ободочной кишки могут нуждаться в дополнительном обследовании (справа).



Дисплазия

Дисплазия представляет собой аномальный рост клеток. При дисплазии высокой степени клетки сильнее отличаются от нормальных, чем при дисплазии низкой степени.

Источники фотографий. Здоровая ободочная кишка: commons.wikimedia.org/wiki/File:Colon_intermed_mag.jpg (слева). Дисплазия низкой степени: commons.wikimedia.org/wiki/File:Tubular_adenoma_-_colon_intermed_mag.jpg (посередине). Дисплазия высокой степени: commons.wikimedia.org/wiki/File:Colon_adenoma_with_high-grade_dysplasia_intermed_mag.jpg (справа).



Здоровая ободочная кишка

Дисплазия низкой степени

Дисплазия высокой степени

Справочная таблица 4. Повторный скрининг после удаления мелких предраковых полипов

Количество и тип удаленных полипов	Время до повторного скрининга методом колоноскопии	Если результаты повторного скрининга нормальные, время до следующего скрининга увеличивается
1–2 аденомы	7–10 лет	10 лет
1–2 зубчатых полипа на широком основании	5 лет	10 лет
Классическая зубчатая аденома	3 года	5 лет
1–2 прогрессирующие аденомы (дисплазия высокой степени, ворсинчатое или тубулярно-ворсинчатое гистологическое строение)	3 года	5 лет
1–2 зубчатых полипа на широком основании с дисплазией	3 года	5 лет
3–10 аденом или зубчатых полипов на широком основании	3 года	5 лет
11 или больше аденом или зубчатых полипов на широком основании	1–3 года	Большое количество полипов свидетельствует о наличии у вас полипозного синдрома. Если генетический анализ не проводился или показал, что у вас нет этого синдрома, пройдите повторный скрининг

Время до повторного скрининга

Если у вас обнаружат и удалят одну-две мелких аденомы, то время до повторного скрининга будет аналогично таковому при среднем риске. Если вырастет еще один полип, пройдет много лет, пока он превратится в опухоль. В случае зубчатых полипов риск рецидива полипа выше, поэтому интервал между скринингами короче. Интервалы между скринингами после обнаружения и удаления

мелких полипов указаны **в справочной таблице 4.**

Множественные полипы вызывают беспокойство. Наличие от 3 до 10 полипов повышает риск развития опухоли, даже если полипы не прогрессируют. Если же полипов более 11 штук, это может быть связано с наследственным опухолевым синдромом. Ваш врач должен направить вас на генетические анализы.

Справочная таблица 5. Повторный скрининг после удаления крупных предраковых полипов

Тип удаленных полипов	Время до повторного скрининга методом колоноскопии	Если результаты повторного скрининга нормальные, время до следующего скрининга увеличивается
Полип на ножке	3 года	
Плоский или вдавленный полип на широком основании без дополнительных признаков, вызывающих беспокойство	1–3 года	3 года
Плоский или вдавленный полип на широком основании: <ul style="list-style-type: none"> • с повышенным риском рецидива; • был удален частями 	6 месяцев 1 год	3 года
Плоский или вдавленный полип на широком основании: <ul style="list-style-type: none"> • с факторами риска инвазивного рака; • был удален не полностью 	Вас могут направить на эндоскопическое исследование крупных полипов или направить к хирургу	

Крупные полипы может быть трудно удалить, и они могут иметь другие признаки, повышающие риск развития колоректального рака. В этих случаях скрининг будет проводиться чаще или вас направят к врачам, специализирующимся на удалении крупных полипов. Интервалы между скринингами после обнаружения и удаления крупных полипов указаны в **справочной таблице 5**.

Как правило, гиперпластические полипы не перерождаются в опухоли. Врачи изучают вопрос, склонны ли крупные гиперпластические полипы перерождаться в опухоли. Гиперпластические полипы имеют зубчатую структуру, и если они крупные, их можно лечить как зубчатые полипы на широком основании.

В случае рецидива ваш гастроэнтеролог может удалить полип или направить вас к другому врачу, специализирующемуся на полипах ободочной и толстой кишки.

Колоректальный рак

Колоректальным раком болеет примерно каждый 24-й житель США. Если у вас уже был колоректальный рак, то повышен риск возникновения нового (второго) колоректального рака. Этот риск не относится к возврату первого рака, который называется рецидивом. Этот риск связан с появлением нового полипа, который со временем переродится в опухоль.

Информация о наблюдении при онкологических заболеваниях приведена в руководствах NCCN для пациентов по раку толстой кишки или раку прямой кишки *NCCN Guidelines for Patients: Colon Cancer* или *Rectal Cancer* на сайте [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines). В этих руководствах также обсуждается анализ биомаркеров на микросателлитную нестабильность (MSI) для всех пациентов, у которых был колоректальный рак. Если в опухолевых клетках обнаружат признаки MSI, вам также придется пройти анализ на синдром Линча. Наличие синдрома Линча повышает риск развития колоректального рака.



Современные ученые довольно много знают о раке. Именно поэтому нынешние методы лечения гораздо эффективнее тех, что применялись в прошлом. Кроме того, для многих пациентов с раком доступно несколько вариантов лечения.

Кто наиболее подвержен заболеванию?



В США вероятность заболеть колоректальным раком, получить этот диагноз в молодом возрасте и умереть от него у темнокожих людей выше, чем у представителей любой другой расовой или этнической группы.

Кроме того, темнокожие люди сталкиваются со многими препятствиями на пути к скринингу колоректального рака.

Вы можете предпринять действия, чтобы пройти скрининг и снизить риск развития колоректального рака.

- ✓ Заведите беседу как можно раньше. Обсудите риск развития колоректального рака со своим лечащим врачом до того, как вам исполнится 45 лет.
- ✓ Узнайте, были ли в вашей семье случаи колоректального рака. Если были, начинать скрининг стоит еще раньше.
- ✓ Узнайте о различных приемлемых вариантах скрининга колоректального рака.
- ✓ Своевременно начинайте скрининг и соблюдайте график последующих обследований.
- ✓ Ешьте полезные продукты, которые защищают от колоректального рака, и избегайте вредной пищи.

Ключевые моменты

- Риск развития колоректального рака считается повышенным, если у вас были полипы определенного типа. К ним относятся аденомы и зубчатые полипы на широком основании.
- После удаления этих полипов время проведения следующего скрининга будет зависеть от нескольких факторов, в частности от количества полипов. Сроки также зависят от того, выявлены ли в полипах аномально выглядящие клетки, удалось ли их полностью удалить, и есть ли у них признаки высокого риска.
- Если колоректальный рак уже был, у вас повышен риск возникновения нового ракового полипа. Следуйте рекомендациям по наблюдению в руководствах по лечению.



Колоноскопия позволила моим врачам разгадать мой загадочный недуг. Слова «у вас рак» переворачивают жизнь с ног на голову. Но то, что у меня колоректальный рак II стадии был обнаружен на раннем этапе, спасло мне жизнь.

— Хизер

5

Воспалительные заболевания кишечника

34 Хроническое воспаление и рак

34 Начало скрининга рака

35 Время до повторного
скрининга

37 Ключевые моменты



Воспалительные заболевания кишечника вызывают длительное воспаление и повреждения в пищеварительном тракте. К колоректальному раку чаще всего приводят два вида этого заболевания: колит Крона и язвенный колит.

Хроническое воспаление и рак

Воспаление — это защитная реакция организма. Оно возникает, когда некий физический фактор запускает иммунную реакцию в организме. В ответ на вторжение иммунная система посылает специальные клетки, чтобы атаковать физический фактор. В результате атаки могут возникать такие симптомы, как отек и боль.

Нормальное воспаление помогает организму восстанавливаться. Хроническое воспаление может привести к повреждению. Хроническое воспаление может вызывать аномальный рост клеток, называемый дисплазией. Со временем дисплазия может перерасти в злокачественную опухоль.

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) — это аномальная реакция иммунной системы на определенные клетки в стенке кишечника. Колит Крона является разновидностью болезни Крона, которая поражает ободочную кишку. Язвенный колит возникает только в ободочной и прямой кишке.

Наличие колита Крона или язвенного колита повышает риск развития колоректального рака. Риск дополнительно повышается, если у вас есть приведенные далее факторы высокого риска.

- Активное или тяжелое длительное воспаление ободочной кишки.
- Воспаление значительной части ободочной кишки.
- Дисплазия в стенке ободочной кишки. Дисплазия высокой степени состоит из клеток, которые могут переродиться в злокачественные.

- Болезнь под названием «первичный склерозирующий холангит», при котором возникает воспаление и сужение желчных протоков.
- Наличие у кровных родственников колоректального рака, особенно если опухоль возникла в возрасте до 50 лет.

Если в вашем случае воспаление находится только в прямой кишке, вы можете проходить скрининг для среднего риска. Информация о скрининге приведена в разделе 2.

Начало скрининга рака

Болезнь Крона и язвенный колит часто начинаются в возрасте до 30 лет. Второй пик обоих заболеваний приходится на более поздний период жизни.



Важно знать симптомы колоректального рака и слушать свой организм. Не ждите и не думайте, что у вас не может быть рака.

— Лара, поборола рак прямой кишки

Начните скрининг колоректального рака как можно раньше в зависимости от вашей ситуации.

- Через 8 лет после появления симптомов ВЗК.
- Раньше чем через 8 лет, если в вашем семейном анамнезе были случаи колоректального рака.
- Прямо в этом году, если у вас первичный склерозирующий холангит.

Дисплазию трудно заметить, потому что она часто возникает на ровном и нормально выглядящем участке стенки ободочной кишки. В идеале скрининг желательнее проводить в период, когда ВЗК неактивно, с помощью самых информативных методов обследования стенок ободочной и толстой кишки.

Для скрининга следует всегда проходить колоноскопию. В ходе процедуры врач осторожно введет тонкий прибор через задний проход в ободочную кишку; вы в это время будете находиться под действием успокоительного. При ВЗК есть три варианта.

- Эндоскопия в белом свете с высоким разрешением (HD-WLE) позволяет получить детальные изображения ободочной кишки, которые состоят из более чем миллиона цветных точек (пикселей). Чем больше пикселей, тем четче изображения.
- При хромоэндоскопии с распылением красителя с помощью эндоскопа высокого разрешения на внутреннюю стенку ободочной кишки наносят специальный краситель.
- При виртуальной хромоэндоскопии (VCE) с применением узкопольной оптики не используются красители, а вместо этого фильтруется белый свет. Этот метод также называется оптической VCE.

Во время скрининга будет взято не менее 32 образцов тканей (биоптатов) из четырех частей ободочной кишки. Ваш врач решит, какую ткань удалить, и расположит участки биопсии на расстоянии 10 сантиметров друг от друга. Дополнительные образцы будут взяты из любых суженных участков (стриктур), образований на

стенке ободочной кишки или других аномальных участков.

Кроме того, во время хромоэндоскопии врач проведет прицельную биопсию аномально выглядящих тканей, которые можно увидеть благодаря красителю или специальному освещению.

Время до повторного скрининга

Если в ходе последнего скрининга у вас была обнаружена стриктура, вас должен осмотреть специалист по ВЗК. Стриктуры ободочной кишки могут быть связаны с опухолями. Следующим этапом лечения может быть колэктомия. Колэктомия — это операция по удалению ободочной кишки целиком или частично. Если операция не будет проведена, вам нужно будет пройти повторный скрининг через 1 год.

Если полипы или дисплазия не обнаружены, пройдите повторный скрининг через 1 год (в случае высокого риска развития рака). К признакам высокого риска относятся активное воспаление,отягощенный семейный анамнез и первичный склерозирующий холангит. Если риск развития рака низкий, пройдите повторный скрининг через 2–3 года.

Полипы часто удаляют во время скрининга рака. Некоторые полипы могут потребовать удаления путем эндоскопической резекции слизистой оболочки (endoscopic mucosal resection, EMR) или эндоскопической диссекции подслизистого слоя (endoscopic submucosal dissection, ESD). При EMR полип приподнимается от стенки ободочной кишки и удаляется с помощью проволочной петли. При ESD для удаления полипов используется инструмент, похожий на нож.

Если полип был удален не полностью, вас могут направить в центр, специализирующийся на лечении ВЗК. В таком центре полип могут удалить эндоскопическим путем. В противном случае вы можете обратиться к хирургу для обсуждения вопроса о колэктомии.

Если все полипы были удалены полностью, вам нужно будет пройти повторный скрининг на колоректальный рак. Полипы, которые были удалены по частям или имели дисплазию высокой степени, связаны с очень высоким риском развития рака. В этих случаях повторный скрининг следует пройти через 3–6 месяцев. Если у вас есть факторы высокого риска развития колоректального рака, пройдите повторный скрининг через 1 год. Если у вас нет факторов высокого риска, то можно подождать 2–3 года.

Невидимую дисплазию невозможно увидеть с помощью эндоскопа. Она может быть обнаружена в случайных образцах, взятых во время эндоскопии с белым светом. В диагностике может помочь патоморфолог, специализирующийся на заболеваниях пищеварительной системы. Если дисплазия подтвердится, вас должен осмотреть

специалист по лечению ВЗК. Следующими этапами могут быть хромоэндоскопия, если она не выполнялась ранее, операция или более частый скрининг.

Интервалы для повторного скрининга в зависимости от ВЗК указаны в **справочной таблице 6**.

Справочная таблица 6. Повторный скрининг при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК)



Результаты предыдущей скрининговой колоноскопии



Время до повторного скрининга

<p>Полипы и дисплазия не обнаружены</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Повторный скрининг через 1 год, если у вас есть незначительная стриктура, которую не лечили хирургическим путем • Повторный скрининг через 1 год, если у вас есть факторы высокого риска • Повторный скрининг через 2–3 года, если у вас нет факторов высокого риска
<p>Обнаружена «невидимая» дисплазия, незаметная для эндоскопа</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вас должен осмотреть специалист по лечению ВЗК • Если вы ранее не проходили хромоэндоскопию, вам могут провести эту процедуру • Вас могут направить к хирургу
<p>Обнаружен один или несколько полипов</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Повторный скрининг через 3–6 месяцев, если полип был удален по частям • Повторный скрининг через 3–6 месяцев, если в полипе была дисплазия высокой степени • Повторный скрининг через 1 год, если у вас есть факторы высокого риска • Повторный скрининг через 2–3 года, если у вас нет факторов высокого риска

Ключевые моменты

- ▶ Пациенты с колитом Крона и язвенным колитом имеют повышенный риск развития колоректального рака.
- ▶ Стандартное время начала скрининга колоректального рака — через 8 лет после появления симптомов ВЗК. Скрининг следует начинать раньше, если у вас отягощенный семейный анамнез или первичный склерозирующий холангит.
- ▶ Дисплазию может быть трудно заметить при обычной колоноскопии, поэтому следует использовать более современные методы, с помощью которых ее можно обнаружить.
- ▶ Обратитесь к специалисту по лечению ВЗК, если у вас есть стриктура или невидимая дисплазия или если полип не был удален целиком. Время до следующего скрининга варьируется от 3 месяцев до 3 лет в зависимости от риска развития рака.



Интернет-ресурсы

Колоректальный рак

Fight Colorectal Cancer

FightColorectalCancer.org

National Cancer Institute (NCI)

cancer.gov/types/colorectal

National Comprehensive Cancer Network (NCCN)

Colon Cancer

nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/colon-patient.pdf

Rectal Cancer

nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/rectal-patient.pdf

Скрининг колоректального рака

Fight Colorectal Cancer

fightcolorectalcancer.org/resources/colorectal-cancer-screening

MyPathologyReport

mypathologyreport.ca

National Cancer Institute (NCI)

cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-screening-pdq

Наследственный опухолевый синдром

MedlinePlus

Семейный аденоматозный полипоз
medlineplus.gov/genetics/condition/familial-adenomatous-polyposis

Синдром Линча

medlineplus.gov/genetics/condition/lynch-syndrome

Воспалительные заболевания кишечника

Cleveland Clinic

my.clevelandclinic.org/health/diseases/15587-inflammatory-bowel-disease-overview

Жизнь после онкологического заболевания

National Comprehensive Cancer Network (NCCN)

Советы по здоровому образу жизни для тех, кто поборол онкологическое заболевание (Survivorship Care for Healthy Living)

nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/survivorship-hl-patient.pdf

Помощь пациентам, поборовшим онкологическое заболевание, в связи с отдаленными и долговременными последствиями болезни
nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/survivorship-crl-patient.pdf

Пояснение терминов

Аденома

Разрастание железистоподобных клеток, вырабатывающих слизь. Также называется аденоматозным полипом, классическим полипом и обычным полипом.

Задний проход

Отверстие, через которое кал выходит из организма.

Биопсия

Процедура взятия образцов ткани или жидкости для исследования на наличие заболевания.

Кровные родственники

Люди, которые связаны с вами по рождению.

Индекс массы тела (ИМТ)

Показатель количества жира в организме, который рассчитывается на основе роста и массы тела.

Колэктомия

Операция по удалению части ободочной кишки.

Ободочная кишка

Полый орган, в котором съеденная пища превращается из жидкой формы в твердую.

Колоноскоп

Устройство, которое вводится через задний проход для обследования ободочной кишки изнутри.

Колоноскопия

Процедура обследования ободочной кишки с помощью устройства, вводимого через задний проход.

Компьютерная томография (КТ)

Рентгеновские снимки ободочной кишки.

Колит Крона

Заболевание, вызывающее длительный отек ободочной кишки.

Болезнь Крона

Заболевание, вызывающее длительный отек в пищеварительном тракте.

Вдавленный полип

Аномальный нарост, который находится ниже уровня окружающей ткани.

Пищеварительная система

Группа органов, которые расщепляют пищу на мелкие частицы для использования организмом в качестве энергии.

Хромозндоскопия с распылением красителя

Процедура осмотра ободочной кишки с использованием красителей и устройства, создающего очень четкие изображения.

Дисплазия

Поражение ткани, для которого характерен аномальный рост клеток.

Эндоскоп

Устройство, которое вводят через естественное отверстие для применения внутри организма.

Эндоскопическая резекция слизистой (EMR)

Процедура, при которой наросты удаляются путем их поднятия и отсечения с помощью проволочной петли, введенной через естественное отверстие.

Эндоскопическая диссекция подслизистого слоя (ESD)

Процедура, при которой наросты удаляются специальным ножом, введенным через естественное отверстие.

Пищевод

Орган в виде трубки между горлом и желудком.

САП

Семейный аденоматозный полипоз.

Иммунохимический анализ кала (FIT)

Лабораторный анализ, который позволяет обнаружить крошечное количество крови в кале.

Плоский полип

Аномальный нарост, который не выступает или слегка выступает над окружающими тканями.

Гибкая сигмоидоскопия

Процедура осмотра последней части ободочной кишки с помощью устройства, которое вводят через задний проход.

Эндоскопия в белом свете с высоким разрешением (HD-WLE)

Процедура осмотра ободочной кишки с помощью устройства, которое вводится через задний проход и создает очень четкие изображения.

Высококочувствительный анализ кала на скрытую кровь

Лабораторный анализ, который позволяет обнаружить крошечное количество крови в кале.

ННПКР

Наследственный неполипозный колоректальный рак.

Гиперпластический полип

Разрастание клеток с пилообразным рисунком.

Лучевая диагностика

Исследование, в ходе которого делаются снимки (изображения) внутренних органов.

Воспалительные заболевания кишечника

Группа заболеваний, которые вызывают длительный отек в пищеварительном тракте.

Кишечный тракт

Орган, через который проходит пища после выхода из желудка. Также называется кишечником. Он делится на 2 части — тонкий и толстый кишечник.

Железодефицитная анемия

Сниженное количество здоровых эритроцитов из-за недостатка железа.

Слабительное

Препараты, используемые для очищения кишечника.

Лимфа

Прозрачная жидкость, содержащая лейкоциты.

Лимфатический сосуд

Небольшая структура в форме трубки, по которой движется жидкость, называемая лимфой.

Синдром Линча

Наследственное заболевание, которое повышает вероятность развития злокачественных опухолей.

Микросателлитная нестабильность (MSI)

Ошибки в мелких, повторяющихся фрагментах ДНК в процессе копирования из-за нарушения в системе репарации ДНК.

Ген, ответственный за репарацию ДНК (MMR)

Инструкции внутри клеток для белка, который исправляет ошибки в ДНК, возникающие при копировании.

Фекальный ДНК-тест

Многоцелевой анализ ДНК кала.

Слизистая оболочка

Внутренний слой стенки ободочной кишки.

Многоцелевой анализ ДНК кала (фекальный ДНК-тест)

Лабораторный анализ, который позволяет найти в кале генетические маркеры колоректального рака.

Патоморфолог

Врач, который изучает клетки и ткани для постановки диагноза.

Полип на ножке

Аномальный нарост, по форме напоминающий гриб.

Полип

Разрастание внутренней стенки пищеварительного тракта.

Полипэктомия

Операция по удалению разросшихся клеток.

Полипозные синдромы

Группа наследственных заболеваний, вызывающих возникновение множественных полипов в ободочной и толстой кишке.

Первичный склерозирующий холангит

Заболевание, вызывающее воспаление и сужение желчных протоков.

Прямая кишка

Полый орган, в котором удерживается кал до его выхода из организма.

Рецидив

Возвращение опухоли после периода, когда признаков рака не было.

Фактор риска

Обстоятельство, которое повышает вероятность наступления какого-либо события.

SD-WLE

Эндоскопия в белом свете со стандартным разрешением.

Полип на широком основании

Разрастание клеток, имеющее округлую верхушку и широкое основание.

Зубчатый полип на широком основании

Разрастание клеток с приподнятой и округлой верхушкой и пилообразным рисунком клеток. Также называется зубчатой аденомой на широком основании.

Зубчатый полип на широком основании с дисплазией

Разрастание клеток с пилообразным рисунком роста и приподнятой, округлой верхушкой.

Стул

Неиспользованная пища, которая выводится из организма. Также называется калом.

Стриктура

Патологическое сужение полого органа.

Классическая зубчатая аденома

Разрастание клеток с пилообразным рисунком.

Язвенный колит

Заболевание, вызывающее длительный отек ободочной или прямой кишки.

Виртуальная хромоэндоскопия (VCE)

Процедура осмотра ободочной кишки с помощью устройства со светофильтром, вводимого через задний проход. Также называется оптической VCE.



**Поделитесь
своим мнением.**

Пройдите наш [опрос](#).

Помогите сделать руководства NCCN Guidelines для пациентов еще полезнее для всех, кто их читает!

[NCCN.org/patients/comments](https://www.nccn.org/patients/comments)

Члены NCCN — участники издания

Настоящее руководство для пациентов составлено на основе клинических рекомендаций NCCN в области онкологии (NCCN Guidelines®), посвященных скринингу колоректального рака, редакция 2.2021. В адаптации, рецензировании и публикации руководства участвовали указанные ниже профессионалы.

Дороти А. Шед, магистр наук,
старший директор
отдела информации для пациентов

Лора Дж. Ханиш, доктор психологии,
руководитель программы, отдел информации для
пациентов

Сьюзен Кидни,
старший специалист по графическому дизайну

Клинические рекомендации NCCN в области онкологии (NCCN Guidelines®), посвященные скринингу колоректального рака в редакции 2.2021, были разработаны указанными ниже членами экспертной группы NCCN.

Dawn Provenzale, MD, MS/Chair
Duke Cancer Institute

* Reid M. Ness, MD, MPH/Vice Chair
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Benjamin Abbadessa, MD
UC San Diego Moores Cancer Center

Christopher T. Chen, MD
Stanford Cancer Institute

Gregory Cooper, MD
*Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer
Center and Cleveland Clinic Taussig
Cancer Institute*

Dayna S. Early, MD
*Siteman Cancer Center at Barnes-
Jewish Hospital and Washington
University School of Medicine*

* Mark Friedman, MD
Moffitt Cancer Center

Francis M. Giardiello, MD, MBA
*The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins*

Kathryn Glaser, MA, PhD
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Suryakanth Gurudu, MD
Mayo Clinic Cancer Center

Amy L. Halverson, MD
*Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University*

Rachel Issaka, MD, MAS
*Fred Hutchinson Cancer Center/
Seattle Cancer Care Alliance*

Rishi Jain, MD, MS
Fox Chase Cancer Center

Priyanka Kanth, MD, MS
*Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah*

Trilokesh Kidambi, MD
City of Hope National Medical Center

Audrey J. Lazenby, MD
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Xavier Llor, MD, PhD
*Yale Cancer Center/
Smilow Cancer Hospital*

Lillias Maguire, MD
University of Michigan Rogel Cancer Center

Arnold J. Markowitz, MD
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

* Folasade P. May, MD, PhD, MPhil
*UCLA Jonsson Comprehensive
Cancer Center*

Robert J. Mayer, MD
*Dana-Farber/Brigham and Women's
Cancer Center | Massachusetts General
Hospital Cancer Center*

Shivan Mehta, MD, MBA, MS
*Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania*

Caitlin Murphy, PhD
*UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center*

Swati Patel, MD, MS
University of Colorado Cancer Center

* Shajan Peter, MD
*O'Neal Comprehensive
Cancer Center at UAB*

* Laura Porter, MD
Patient advocate

Peter P. Stanich, MD
*The Ohio State University Comprehensive
Cancer Center - James Cancer Hospital
and Solove Research Institute*

Jonathan Terdiman, MD
*UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center*

Jennifer M. Weiss, MD, MS
*University of Wisconsin
Carbone Cancer Center*

Сотрудники NCCN

Mallory Campbell, PhD

* Редактирование этой брошюры для пациентов. Порядок раскрытия информации см. на странице [NCCN.org/disclosures](https://www.nccn.org/disclosures).

Онкологические центры в составе NCCN

Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania
+1.800.789.7366 • pennmedicine.org/cancer

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska
+1.402.559.5600 • unmc.edu/cancercenter

Case Comprehensive Cancer Center/University
Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland
Clinic Taussig Cancer Institute
Cleveland, Ohio
+1.800.641.2422 • UH Seidman Cancer Center
uhhospitals.org/services/cancer-services
+1.866.223.8100 • CC Taussig Cancer Institute
my.clevelandclinic.org/departments/cancer
+1.216.844.8797 • Case CCC
case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center
Los Angeles, California
+1.800.826.4673 • cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and
Women's Cancer Center | Massachusetts
General Hospital Cancer Center
Boston, Massachusetts
+1.617.732.5500
youhaveus.org
+1.617.726.5130
massgeneral.org/cancer-center

Duke Cancer Institute
Durham, North Carolina
888.275.3853 • dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center
Philadelphia, Pennsylvania
+1.888.369.2427 • foxchase.org

Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah
Salt Lake City, Utah
+1.800.824.2073
huntsmancancer.org

Fred Hutchinson Cancer
Research Center/Seattle
Cancer Care Alliance
Seattle, Washington
+1.206.606.7222 • seattlecca.org
+1.206.667.5000 • fredhutch.org

The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer
Center at Johns Hopkins
Baltimore, Maryland
+1.410.955.8964
www.hopkinskimmelcancercenter.org

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of
Northwestern University
Chicago, Illinois
+1.866.587.4322 • cancer.northwestern.edu

Mayo Clinic Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota
+1.480.301.8000 • Arizona
+1.904.953.0853 • Florida
+1.507.538.3270 • Minnesota
mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering
Cancer Center
New York, New York
+1.800.525.2225 • mskcc.org

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida
+1.888.663.3488 • moffitt.org

The Ohio State University
Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and
Solove Research Institute
Columbus, Ohio
+1.800.293.5066 • cancer.osu.edu

O'Neal Comprehensive
Cancer Center at UAB
Birmingham, Alabama
+1.800.822.0933 • uab.edu/onealcancercenter

Roswell Park Comprehensive
Cancer Center
Buffalo, New York
+1.877.275.7724 • roswellpark.org

Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish
Hospital and Washington
University School of Medicine
St. Louis, Missouri
+1.800.600.3606 • siteman.wustl.edu

St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee
Health Science Center
Memphis, Tennessee
+1.866.278.5833 • stjude.org
+1.901.448.5500 • uthsc.edu

Stanford Cancer Institute
Stanford, California
+1.877.668.7535 • cancer.stanford.edu

UC Davis
Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California
+1.916.734.5959 • 800.770.9261
health.ucdavis.edu/cancer

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
+1.858.822.6100 • cancer.ucsd.edu

UCLA Jonsson
Comprehensive Cancer Center
Los Angeles, California
+1.310.825.5268 • cancer.ucla.edu

UCSF Helen Diller Family Comprehensive
Cancer Center
San Francisco, California
+1.800.689.8273 • cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
+1.720.848.0300 • coloradocancercenter.org

University of Michigan
Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan
+1.800.865.1125 • rogelcancercenter.org

The University of Texas
MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas
+1.844.269.5922 • mdanderson.org

University of Wisconsin
Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
+1.608.265.1700 • uwhealth.org/cancer

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas
+1.214.648.3111 • utsouthwestern.edu/simmons

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
+1.877.936.8422 • vicc.org

Yale Cancer Center/
Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
855.4.SMLOW • yalecancercenter.org

Предметный указатель

Аденома 23, 25, 27–29

Биопсия 16

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) 10, 34–37

Высококочувствительный анализ кала на скрытую кровь 18

Гибкая сигмоидоскопия 9, 16–19

Гиперпластический полип 25, 28, 30

Дисплазия 23–24, 27–29, 34–36

Зубчатый полип на широком основании 23, 25, 27–29

Иммунохимический анализ кала (FIT) 17–18

Колэктомия 35–36

Микросателлитная нестабильность (MSI) 31

Многоцелевой анализ ДНК кала (фекальный ДНК-тест) 17–19

Наследственный опухолевый синдром 10, 21, 23, 29

Первичный склерозирующий холангит 34–35

Пищеварительная система 7

Полип 7–8, 10, 27–31, 35–36

Полипэктомия 16

Поражение см. «Полип».

Риск 10–11

Семейный анамнез 10–11, 21–25

Симптом 8–9, 12, 21, 34–35

Система репарации ДНК (MMR) 21

Традиционная зубчатая аденома 23, 25, 27, 29

Хромозэндоскопия 35–36

Эндоскопическая диссекция подслизистого слоя (ESD) 35

Эндоскопическая резекция слизистой (EMR) 35

Эндоскопия 9, 35–36





NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

Скрининг колоректального рака

2021

Фонд NCCN Foundation выражает глубокую благодарность организации Fight Colorectal Cancer, ведущей информационно-просветительскую деятельность, а также поддержавшим нас представителям промышленности за помощь в составлении этого руководства NCCN Guidelines для пациентов: Amgen Inc., Bristol Myers Squibb, Exact Sciences и Olympus Corporation of the Americas. Кроме того, компания Daiichi Sankyo предоставила образовательный грант для разработки этого руководства NCCN Guidelines для пациентов. Специалисты NCCN самостоятельно адаптируют, обновляют и размещают руководство NCCN Guidelines для пациентов. Поддержавшие нас компании не участвуют в разработке руководств NCCN для пациентов и не несут ответственности за содержание этого руководства и содержащиеся в нем рекомендации. Перевод этого руководства был осуществлен при поддержке Exact Sciences.

Поддержите создание руководств NCCN Guidelines для пациентов

СДЕЛАТЬ ПОЖЕРТВОВАНИЕ

на странице [NCCNFoundation.org/Donate](https://www.nccn.org/Donate)



National Comprehensive
Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1.215.690.0300

[NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients) — для пациентов | [NCCN.org](https://www.nccn.org) — для врачей