

СПАСТИ ЗДЕСЬ И СЕЙЧАС. КАК ПРЕДОТВРАТИТЬ РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ. ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Надо ли проходить профилактическую диагностику, если и анализы прекрасные, и на вид человек совершенно здоров?

— Однозначно, да. У любого организма есть ресурс, чтобы справляться с болезнью. Изменения в самочувствии, жалобы на здоровье начинаются тогда, когда эти ресурсы заканчиваются. Когда появляются первые симптомы, это значит, что болезнь уже давно вышла из-под контроля. В онкологии очень часто ранние симптомы — это признаки неоперабельности опухоли. Это значит, что она настолько большая и вышла за пределы органа, что начала давать какие-то, даже самые незначительные, симптомы. Именно поэтому нужно проходить обследование, когда ничего не беспокоит, в первую очередь тем пациентам, которые условно относятся к группе риска.

— Кто входит в группу риска?

— Все зависит от того, о каком виде рака идёт речь. У разных органов разные группы риска. Если говорить о толстой кишке — самой актуальной в эндоскопии — она занимает второе-третье место в структуре заболеваемости, то есть рак толстой кишки встречается очень часто и с каждым годом число новых случаев во всем западном мире только растёт. Это серьёзная проблема. Во многих онкологических центрах открываются колоректальные онкологические отделения, потому что поток пациентов настолько большой, что обычные отделения с ним не справляются. Пациентов из группы риска по колоректальному раку мы оцениваем в первую очередь по возрасту. Это главный критерий. Считается, что обследование надо проходить с 50 лет. Но я с этой цифрой не согласен. Любой скрининг это еще некая финансовая модель — если система здравоохранения будет вкладывать деньги в обследование молодых людей, то финансовые затраты будут большие, а отдача меньше, чем при обследовании более взрослых пациентов. Это не хорошо и не плохо, просто такая данность, которая есть во всем мире. Невозможно обследовать все население. Но если мы говорим о том, как должно быть, то мы, например, знаем, что от момента образования полипа до злокачественной большой опухоли проходит 10–15 лет. Все опухоли толстой кишки, так или иначе, из полипов. Поэтому если всплеск заболеваемости колоректальным раком происходит в 50 лет, то нам надо отмотать назад 10-15 лет. Американская ассоциация уже понизила возраст до 45 лет. Таким образом, свое первое ТО надо пройти в 40–45 лет. Если на скрининге мы находим полипы, мы их тут же удаляем. Нет полипов, нет и рака.

— На 100 процентов?

— Нет. У любого метода есть погрешности. Бывают полипы, которые трудно за-метить и их можно пропустить. Но вероятность предотвратить рак в условиях качественной эндоскопии составляет примерно 95 процентов. Под качественной эндоскопией я понимаю эндоскопы с изображением высокой четкости, опытный врач (не по возрасту, а по объему работы), хорошую подготовку и когда исследование было выполнено в полном объеме. Я бы вообще рекомендовал ходить на такой «техосмотр» каждые пять лет (40, 45, 50, 55 лет и так далее). Разные государства принимают разную модель скрининга, опять-таки во многом связанную с экономической целесообразностью. Кто-то говорит, что достаточно обследоваться один раз в десять лет. Но помня о том, что полип может вырастить до рака за десять лет, а на скрининге есть, пусть и минимальная, вероятность его пропустить, то как раз через десять лет мы рискуем получить пациента уже с запущенной формой рака толстой кишки. Поэтому пять лет — это тот задел прочности, который позволит не допустить катастрофы. Этот пятилетний срок своего рода право на ошибку.

— Кому нужна эндоскопия? Условно говоря, до 40 лет?

— Тем, у кого жалобы — на нарушение стула, кровь в кале. Безусловно, это наличие родственников первой линии, у которых был колоректальный рак и в принципе другие онкологические заболевания. Очевидные риски — ожирение, курение.

— Почему колоректальный рак называют болезнью богатых или болезнью цивилизаций?

— Это особенности пищевого поведения — снижение потребления растительной клетчатки и увеличение потребления красного мяса в большом количестве, что напрямую влияет на образование рака толстой кишки. На эту тему написано много научных трудов. К примеру, в Японии много случаев рака желудка, намного меньше — рака толстой кишки. Долгое время это объяснялось генетической предрасположенностью. Однако после Второй мировой войны большая популяция японцев уехала жить в США, у них поменялся образ жизни, стало другим питание, и рак толстой кишки в их популяции стал доминировать. Да, генетика имеет значение, но огромное влияние на формирование рака имеют и пищевые привычки. При этом никто никогда не скажет, какое

количество стейков можно съесть, не опасаясь за свое здоровье. Никакой четкой статистики на этот счет нет.

— **Эндоскопия — это первая линия обороны в плане выявления заболевания?**

— Эндоскопия, безусловно, лучший метод скрининга. Но во многих странах принято делать иммунохимический тест на скрытую кровь в кале. Это оправданно с финансовой точки зрения. Невозможно всех «объять» колоноскопией. Нет столько колоноскопов, кабинетов, врачей и средств. Но в таком скрининге есть большой изъян. Тесты оказываются положительными, когда уже есть злокачественная опухоль. При полипах очень часто тест не чувствителен. Большой пласт полипов эти тесты пропускают. Поэтому идеальным скринингом является сразу колоноскопия без теста на скрытую кровь.

— **Доброкачественный полип всегда перерождается в злокачественную опухоль?**

— Далеко не каждый полип переходит в опухоль. Но любая опухоль из полипа. Нет четкого критерия, что один полип мы можем наблюдать и из него гарантированно ничего не вырастет, а вот другой обязательно переродится в опухоль. Понятно, что есть разные группы полипов, которые делятся по своим рискам. Чем больше размер полипа, тем выше риск его перерождения. А у маленьких полипов риск ниже, но их проще и безопаснее удалить. Представьте, вы пациент, у которого нашли полип и предложили его наблюдать раз в пять лет. Вам комфортно будет жить с мыслью «а вдруг»? Проще избавиться от этой проблемы навсегда.

— **На месте удаленного полипа может вырасти новый?**

— Если он удален правильно, то нет — ничего на этом месте уже не вырастет. Все зависит от выбранного метода удаления. Полипэктомия — очень собирательное название, методов на самом деле много. Здесь большую роль играет опыт медучреждения и врача, техническая оснащенность.

99 % доброкачественных опухолей должны удаляться эндоскопически

— **Где проходит граница между эндоскопией и хирургией?**

— Практически любая (почти любая — 99 процентов) доброкачественная опухоль могут удаляться эндоскопически. Даже крупные новообразования — 5 или 10 сантиметров. Это безопаснее. Хотя конечный результат, безусловно, зависит от опыта эндоскописта и оснащенности клиники. Пациент остается полностью со своим желудком, кишкой. Его образ жизни после эндоскопической операции никак не меняется. Одним словом, чем агрессивнее вмешательство, тем больше осложнений может быть.

— **Когда с помощью эндоскопа можно удалять злокачественные опухоли?**

— Это ранние раки с низким риском метастазирования. Львиная доля ранних раков оперируется эндоскопически. Только запущенные опухоли — это удел хирургии, химиотерапии, лучевой терапии. Сейчас, когда во всем мире растет ответственность населения за свое здоровье, развивается колоноскопия и в результате доля выявленных ранних раков растет.

— **Некоторые пациенты боятся не только неприятных ощущений, но и повреждений органов, а также инфицирования во время проведения эндоскопической процедуры. Насколько обоснованы их страхи?**

— Риск есть в любой процедуре. Но если говорить про общемировую статистику, это одна сотая процента.

Колоноскопия только под наркозом?

— **Колоноскопия для многих пугающая процедура. Как проходит исследование?**

— Доля пациентов, которые подвергаются эндоскопическому лечению, увеличивается. Это связано с большим внедрением эндоскопических технологий, обученностью персонала, просвещением людей. Колоноскопия становится, можно сказать, более дружелюбной. Раньше врачи говорили своим пациентам, что колоноскопия — это последнее, что нужно делать. Люди больше боялись даже не диагноза, а самой процедуры — считалось, что она болезненная, неловкая, для кого-то унижительная. Подготовка к ней была сложная, при неэффективности первой процедуры нужно было делать вторую. В совокупности в головах людей это порождало мысль, что колоноскопия — это что-то за пределами допустимого для них. Конечно, это малоприятная, интимная процедура. Но на сегодняшний день в России врачи научились неплохо ее делать. Наконец, стал широко применяться наркоз. Его не надо бояться. Во всем западном мире эта процедура проводится только под наркозом. Потому что обеспечивает не только комфорт пациента, но и качество исследования. Это касается не только колоноскопии, но и гастроскопии. Чтобы не пропустить сложные опухоли (некоторые мало отличаются от гастрита), нужно желудок изучать 15–20 минут. Изучать в статике, без движений, покачиваний и срыгиваний воздуха. С толстой кишкой проще, но здесь люди боятся боли. Поэтому, по мнению многих врачей, наркоз нужен и на гастроскопию, и на колоноскопию, за редким

исключением, когда здоровье не позволяет. Но это единичные случаи. Даже ослабленным, возрастным пациентам наркоз не противопоказан. Это не какая-то особенная процедура, к которой надо готовиться месяц и собирать анализы.

— **Сколько времени пациент находится под наркозом?**

— Ровно столько, сколько длится исследование. Время зависит от «находок», и сложности кишки, она у всех разная. В целом считается, что прохождение аппаратом толстой кишки занимает от 3 до 15 минут. Дальше — время осмотра, которое может длиться 10, 15, иногда 20 минут, если приходится удалять полип. Далее пациент просыпается, на это ему нужно, как правило, полчаса, иногда час, и он идет домой.

— **Есть ли противопоказания для выполнения осмотра и лечения пациентов с помощью эндоскопов?**

— Абсолютное противопоказание — это терминальное состояние больного. Что касается относительных противопоказаний...

По материалам Отделения эндоскопии НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова (Отделение является базой кафедры эндоскопии Северо-Западного медицинского университета им. И.И. Мечникова и кафедры онкологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.)