

Лечение колоректального рака

Илья Черниковский



О том, как диагностируется и лечится рак прямой и ободочной кишки, как развивается колоректальная хирургия и в чем преимущество централизованного подхода в лечении пациентов с этим заболеванием, рассказал заведующий отделением онкоколопроктологии Московской городской онкологической больницы № 62 Илья Черниковский.

Фото: МГОБ № 62

Илья Черниковский, заведующий отделением онкоколопроктологии Московской городской онкологической больницы № 62, к. м. н.

— Какова распространенность колоректального рака?

— Рак прямой и ободочной кишки находится на втором месте по распространенности среди онкологических заболеваний, если брать статистику среди мужчин и женщин в целом. Причем наметилась такая тенденция: распространенность колоректального рака растет с увеличением уровня жизни граждан, поскольку увеличивается продолжительность жизни людей. В развитых странах уровень заболеваемости этим видом рака высокий. В нашей стране колоректальный рак тоже распространен: в год выявляется примерно 56 человек на 100 тысяч населения.

— Рост количества заболевших коррелируется с улучшением выявляемости колоректального рака на ранних стадиях?

— Безусловно, заболеваемость связана с уровнем выявляемости. Если мы посмотрим, например, на результаты популяционного скрининга колоректального рака, который успешно функционирует в ряде стран, то увидим, что на первом этапе — при внедрении программы скрининговых исследований — заболеваемость колоректальным раком увеличивается, потому что выявляются бессимптомные опухоли на начальных стадиях, которые ранее не диагностировались.

— Какие способы диагностики наиболее эффективны для выявления колоректального рака?

— Основной метод обследования, который позволяет диагностировать колоректальный рак, — это колоноскопия, визуальный осмотр просвета прямой и толстой кишки. Зачастую колоноскопии предшествует сдача кала на скрытую кровь и иммунохимический тест, которые позволяют заподозрить у человека наличие онкологических или предраковых заболеваний прямой и ободочной кишки, и это является поводом для выполнения колоноскопии. Другие методики — виртуальная колоноскопия, КТ-колонография — являются вспомогательными. Они не заменяют эндоскопических методов



ЕСЛИ У ЧЕЛОВЕКА НЕТ СИМПТОМОВ, ЭТО НЕ ЗНАЧИТ, ЧТО ЕМУ НЕ НУЖНО ОБСЛЕДОВАТЬСЯ. НАЧИНАЯ С 45 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКИ ПРОВЕРЯТЬ ТОЛСТУЮ И ПРЯМУЮ КИШКУ НА НАЛИЧИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОЛИПОВ

исследования, потому что не позволяют в случае обнаружения какого-либо образования выполнить биопсию. Все остальные исследования, например компьютерная томограмма и позитронно-эмиссионная томография, являются методами дополнительной диагностики уже при обнаружении опухоли.

— Надо ли здоровым людям, у которых нет симптомов и жалоб, делать колоноскопию?

— Если у человека нет симптомов, это не значит, что ему не нужно обследоваться. Возраст риска развития колоректального рака — 45–75 лет, и всем людям начиная с 45 лет рекомендуется периодически проверять толстую и прямую кишку на наличие доброкачественных полипов.

Сегодня мы можем с уверенностью сказать, что у нас есть прекрасная возможность во многих случаях предотвратить заболевание колоректальным раком путем удаления доброкачественных полипов. В 90 % случаев опухоль прямой и ободочной кишки развивается из доброкачественного полипа. И если его вовремя обнаружить и удалить, а у нас есть примерно 5–10 лет, прежде чем полип перерастет в злокачественную опухоль, то мы предотвратим развитие рака. Это уникальное свойство имеет именно колоректальный рак.

После создания отделения онкоколопроктологии в больнице № 62 стали лечить в три раза больше пациентов с колоректальным раком



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

— **У кого есть повышенный риск развития колоректального рака?**

— Во-первых, это люди, у которых есть два и более кровных родственника, которые болели раком прямой и ободочной кишки. Во-вторых, это люди с длительно протекающими заболеваниями, такими как неспецифический язвенный колит, болезнь Крона. Через 10 лет после начала этих заболеваний риск колоректального рака возрастает. В-третьих, повышенный риск развития рака есть у людей с ранее обнаруженными полипами. Им рекомендуется чаще делать колоноскопию.

И есть пациенты, у которых риск развития колоректального рака крайне высокий, это люди с подтвержденным синдромом Линча, синдромом Пейтца–Егерса, диффузным полипозом. Опухоли у них имеют не спорадический, а наследуемый характер.

— **Какие успехи в организации лечения колоректального рака есть у московской медицины?**

— Московская медицина раньше других российских городов централизовала оказание помощи пациентам с колоректальным раком, что позволило улучшить результаты лечения. Колоректальный рак — проблема, требующая системного и комплексного подхода, который возможен только в специализированном онкологическом стационаре.



В колоректальной хирургии активно используются лапароскопические и роботические технологии

Кроме того, московская медицина одна из первых разработала и внедрила клиентские пути для пациентов с онкологическими заболеваниями, что позволило москвичам получать помощь без промедлений и довольно понятным маршрутом, по которому они должны пройти, чтобы получить качественную профессиональную медицинскую помощь.

У москвичей на сегодняшний день есть возможность получать практически все зарегистрированные лекарственные препараты для лечения рака прямой и ободочной кишки. Если сравнивать оказание медицинской помощи и доступность противоопухолевого лечения в Москве с мировым уровнем, можно уверенно сказать, что мы занимаем достаточно высокие позиции.

— **Расскажите, пожалуйста, о создании и работе центра онкоколопроктологии 62-й больницы.**

— Отделение онкоколопроктологии 62-й больницы — это специализированный центр, где есть все возможности для лечения колоректального рака. Оно было создано в 2018 году по инициативе главного врача



62-й больницы Дмитрия Юрьевича Каннера. Подобные отделения на тот момент уже были в российских городах, например, в Петербурге, где я раньше работал, то есть опыт работы и руководства подобным отделением у меня уже был.

Создание специализированных центров в онкологии имеет большое значение. Чем больше больных с определенной патологией сконцентрировано в одних руках, тем быстрее накапливается опыт их лечения, и тем разнообразнее этот опыт. Это позволяет достичь хороших

и здесь есть отделения, которые могут понадобиться нашим пациентам в случае распространения опухоли на соседние органы. Например, если к нам поступает пациент с местнораспространенным раком прямой кишки с вращением в костную структуру, мы лечим его совместно со специалистами центра опухолей костей и мягких тканей больницы № 62. То есть мы имеем возможность решать хирургические вопросы лечения пациента мультидисциплинарной командой, что в обычной больнице сделать профессионально и квалифици-

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК – ПРОБЛЕМА, ТРЕБУЮЩАЯ СИСТЕМОГО И КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА, КОТОРЫЙ ВОЗМОЖЕН ТОЛЬКО В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

результатов. Сейчас, спустя пять лет после создания отделения онкоколопроктологии, в больнице № 62 лечатся в три раза больше пациентов с колоректальным раком, чем до его создания. Мы накапливаем опыт и экстраполируем его на лечение последующих пациентов.

Изюминкой отделения является то, что мы в последние десять лет имеем самый большой опыт лапароскопической хирургии колоректального рака в России. Соответственно, у нас есть возможности провести большинству пациентов миниинвазивное вмешательство. Лапароскопическая операция менее травматичная, пациенты быстрее восстанавливаются и возвращаются к своей привычной жизни.

Еще одно наше важное преимущество — возможность подходить к лечению пациента комплексно. Больница № 62 — это специализированный стационар,



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



В операционной отделения онкоколопроктологии онкологической больницы № 62

рованно практически невозможно. Например, пациента с субтотальным вовлечением крестца в опухоль прямой кишки, которому требуется обширное хирургическое вмешательство с резекцией большей части крестца, с резекцией органов таза, нигде больше прооперировать не смогут. А это хирургическое лечение дает возможность пациентам выжить.

Эти составляющие позволяют нашему отделению делать то, что не делает почти никто.

— Насколько изменилась колоректальная хирургия в последнее время?

— Хирургия, само проведение и объем операции, в целом за последние 15 лет не изменилась. Меняются хирургический доступ и инструментарий, которым выполняются операции. Что касается колоректальной хирургии, ее развитие происходит в нескольких направлениях.

- 1. Снижение травматичности операции.** Внедряется лапароскопический доступ, появляется роботическая колоректальная хирургия, которая позволяет снизить хирургическую травму и, соответственно, болевой синдром.
- 2. Повышение безопасности хирургического вмешательства.** Колоректальные операции довольно обширные и могут сопровождаться осложнениями. И задача колоректальных хирургов — снизить число осложнений, в том числе летальных. Для этого хирургия все

хорошим. Сейчас существенно увеличилось число сфинктеросохраняющих операций, позволяющих сохранить анус. Если еще 10 лет назад число операций, при которых выводилась постоянная колостома, составляло примерно 20 %, то сейчас число таких операций снизилось в два раза. Кроме того, появились возможности для удаления рака прямой кишки на ранних стадиях с помощью мининвазивных вмешательств, что тоже позволяет сохранить человеку анус, нормальную функцию и качество жизни. Успехи в лекарственном и лучевом лечении рака прямой кишки позволяют некоторым пациентам во-

Лапароскопическая операция по удалению злокачественной опухоли



Фото: НИИОЗММ ДЭМ



Фото: НИИОЗММ ДЭМ

СЕЙЧАС У НАС ПОЯВИЛИСЬ ВОЗМОЖНОСТИ ОПЕРИРОВАТЬ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИЕЙ РАКА С ОТДАЛЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ.

РАНЬШЕ ТАКИЕ БОЛЬНЫЕ СЧИТАЛИСЬ НЕХИРУРГИЧЕСКИМИ

более стандартизируется. Чем больше накопленного опыта, тем больше в отделении сконцентрировано пациентов и тем безопаснее становится хирургия.

- 3. Повышение функциональности.** Задача колоректальных хирургов не просто выполнить стандартную операцию, чтобы снизить вероятность прогрессирования заболевания или вовсе избавить человека от рака, а сделать так, чтобы человек мог комфортно жить дальше, чтобы качество его жизни было

общее избежать операций, чего раньше тоже не было. И это стало возможным во многом благодаря специализированному подходу, где есть все возможности для лечения колоректального рака и злокачественных заболеваний в целом.

- 4. Развитие медицинских технологий.** Еще одно направление, в котором развивается хирургия колоректального рака, связано с тем, что у нас стало больше возможностей благодаря медицинским успехам



Фото: Школа практической онкологии им. Андрея Павленко

в целом. Сейчас мы можем удалять опухоли, которые ранее считались неоперабельными, в том числе опухоли с отдаленными метастазами, поскольку в специализированном центре есть возможности для обширных костных вмешательств, обширных вмешательств на органах малого таза, брюшной полости, грудной клетки и т. д. В этом смысле мы стали оперировать агрессивнее, у нас стало больше возможностей.

5. **Проведение операций на 4-й стадии колоректального рака.** Сейчас у нас появились возможности оперировать пациентов с четвертой стадией рака с отдаленными метастазами. Раньше такие больные считались нехирургическими. Мы выполняем все больше операций при метастазах колоректального рака в печени, легких. Сейчас такие возможности появились. И проведенные исследования показали, что некоторые больные с олигометастатическим поражением (с немногочисленными отдаленными метастазами) могут быть прооперированы. Хирургическое лечение улучшает прогноз для этих больных.

— **Как проходит восстановительный, реабилитационный, период пациентов с раком прямой и ободочной кишки?**

— Естественно, наших пациентов после выписки из стационара необходимо продолжать наблюдать



Оперирует доктор Черниковский

в амбулаторных условиях. Москва стала первым городом, где была внедрена система Центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОПов), взявшая на себя, по сути, функции диспансеризации пациентов, перенесших рак. Врачи ЦАОПов вовремя их обследуют, оценивают результат, контролируют. Если пациент правильно наблюдается, то в случае прогрессирования заболевания оно вовремя диагностируется, и человеку оказывается соответствующая квалифицированная помощь.

Между ЦАОПом и стационарами существует прямой контакт. По сути, это общее профессиональное пространство, в котором происходит постоянный обмен информацией, проводятся консилиумы и т. д. Врачи ЦАОПа всегда могут проконсультироваться у коллег из стационара.

Отделения реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями в Москве пока нет, но, несмотря на то что это не самый востребованный вид помощи, оно необходимо. Например, такое отделение должно заниматься проблемами пациентов с колостомой. Реабилитация требуется пациентам, которые перенесли тяжелые операции опорно-двигательного аппарата и т. д. Идея такого отделения уже давно витает в воздухе.