

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00197&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00197. Колоректальний рак

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Колоректальний рак <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/80-kolorektalny-rak>

Автор: Kai Klintrup

Редактори оригінального тексту: Hanna Pelttari, Jukka Pekka Jousimaa

Дата останнього оновлення: 2017-03-28

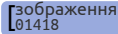
Основні положення

- Не вагатися щодо направлення пацієнтів з абдомінальними симптомами для подальшого обстеження. Завжди треба проводити ендоскопічне дослідження для виявлення причини кровотечі з кишкового тракту.
- Діагноз зазвичай ставиться за допомогою колоноскопії та біопсії, іноді КТ.
- Після виявлення пухлини пацієнт невідкладно направляється в хірургічне відділення. На цій стадії очікування результатів біопсії може призвести до непотрібної затримки.
- Колоректальний рак може бути вилікуваний хірургічно. Раннє виявлення пухлини веде до найкращих результатів лікування.
- Післяопераційне спостереження проводиться для виявлення рецидиву. Хірургічне лікування рецидиву покращує прогноз та, в кращому випадку, веде до вилікування.

Поширеність та етіологія

- У Фінляндії щорічно діагностується близько 2600 нових випадків колоректального раку.
- Захворюваність постійно зростає і зараз посідає третє та друге місце в структурі онкопатології Фінляндії у жінок та чоловіків відповідно.

Коментар експерта. Згідно з даними Національного канцер-реєстру України (<http://www.ncsu.inf.ua/>) станом на 2016 рік зареєстровано 8786 випадків раку ободової кишки та 7410 випадків раку прямої кишки. У структурі онкологічної захворюваності КРР посідає четверте місце серед чоловічого населення, третє - серед жіночого.

- Близько 40% усіх випадків уражають пряму та 60% — товсту кишку. Для вивчення відсоткового розподілу колоректального раку по кишківнику див. малюнок  [Distribution of colorect...].
- Пухлина зароджується в аденоматозних поліпах, що підлягають видаленню. Таким пацієнтам слід проводити періодичні ендоскопічні огляди.

Симптоми

- Варто пам'ятати, що захворювання може мати тривалий асимптомний перебіг.
- До типових симптомів належать відкрита або прихована кровотеча, анемія, зміна характеру випорожнень (наприклад діарея або закрп), біль в животі та схуднення.

Дослідження

- Аналіз на приховану кров в калі використовується тільки як скринінговий метод для людей, які не мають симптомів. Позитивний результат є показанням до обов'язкової колоноскопії. Пацієнти із наявними симптомами підлягають пальцевому ректальному обстеженню та колоноскопії.
- Геморой не може вважатися причиною кровотечі без проведення колоноскопії хоча б до рівня сигмовидної кишки.
- Колоноскопія та біопсія — найбільш важливі дослідження для постановки діагнозу. В деяких випадках, наприклад в екстрених, достатньо результатів КТ.

- Якщо підозріла пухлина виявлена під час колоноскопії, пацієнт невідкладно направляється в хірургічне відділення. Визначення стадії розвитку пухлини спочатку може ґрунтуватися на підозрі. Для уникнення затримки результати біопсії надсилаються пізніше.
- Раковий ембріональний антиген (РЕА) підходить для подальшого спостереження за онкологічними хворими, але не використовується для скринінгу на рак кишечника.

Дослідження в хірургічному відділенні

- Для визначення стадії проводиться КТ тіла або, альтернативно, УЗД органів черевної порожнини та рентген органів грудної клітки.
- У випадку раку прямої кишки додатково проводиться МРТ або УЗД прямої кишки для визначення місцевого розповсюдження.

Класифікація та прогноз

- Найбільш точною є класифікація TNM. Додатково часто використовується класифікація за Dukes.
 - Класифікація ґрунтується на огляді видаленого макропрепарату з лімфатичними вузлами включно та оцінці метастазів, виявлених під час операції або візуалізаційних методів дослідження.
 - Кількість досліджених лімфатичних вузлів має прогностичне значення (рекомендовано досліджувати > 12 лімфатичних вузлів).
- Прогноз та оцінка можливості рецидиву ґрунтуються на класифікації TNM (Т = глибина інвазії, N = метастази в мезентеріальні лімфатичні вузли, М = віддалені метастази). Додатковими орієнтовними прогностичними чинниками можуть бути: ступінь диференціації пухлини (низький, помірний, високий), а також деякі інші морфологічні прогностичні фактори (інвазія в судини та нерви).
- Див. таблицю [табл. Т1].

Таблиця Т1. Класифікація та прогноз колоректального раку

Стадія	Клас за Dukes	Критерії	Розподіл	5-річна виживаність
I	A	Прилягає до м'язового шару, відсутні метастази в лімфатичні вузли (T1–T2 N0 M0)	20–25%	> 90%
II	B	Проникає крізь м'язовий шар, відсутні метастази в лімфатичні вузли (T3–T4 N0 M0)	40–45%	70–85%

Стадія	Клас за Dukes	Критерії	Розподіл	5-річна виживаність
III	C	Метастази в лімфатичні вузли (T1–T4 N1–N2 M0)	15–20%	44–80%
IV	D	Віддалені метастази (T1–T4 N all M1)	20–30%	< 10%
Всі стадії (згідно з найкращими даними)				близько 65%

Лікування

- Хірургічний метод єдиний, що веде до одужання; може проводитися шляхом відкритої операції або лапароскопічно. Під час операції проводиться резекція сегменту кишечника, що містить пухлину, і брижі.
- До типових операцій у випадку раку товстого кишечника відносять правобічну геміколектомію, лівобічну геміколектомію і резекцію сигмовидної кишки. У випадку раку прямої кишки виконують передню резекцію прямої кишки або черевно-промежину екстирпацію прямої кишки.
- Зазвичай немає потреби в накладанні стоми при хірургічному лікуванні раку товстого кишечника. При хірургічному лікуванні дистального раку прямої кишки існує потреба в постійній або в тимчасовій захисній стомі.
- У випадку раку прямої кишки іноді проводиться передопераційна променева або хіміопроменева терапія (пухлини T3-T4).
- Пацієнтам зі стадією III (Dukes C) рутинно проводиться післяопераційна ад'ювантна хіміотерапія, оскільки було виявлено, що вона покращує прогноз. Пацієнтам зі стадією II (Dukes B) ад'ювантна хіміотерапія проводиться тільки за наявності у пацієнта відповідних факторів ризику (наприклад пухлина T4, інвазія в судини та нерви або проведення операції екстрено в зв'язку з перфорацією).
- Деяким пацієнтам із раком прямої кишки проводиться післяопераційна променева терапія.
- Цитотоксичні засоби здатні на короткотривалі зменшення поодиноких метастазів, але одужання досягається тільки шляхом хірургічного видалення метастазу.
- У випадку розповсюдження раку, що вже не підлягає радикальному хірургічному втручанню, слід застосувати паліативне онкологічне лікування та паліативне хірургічне втручання. У таких пацієнтів середня тривалість виживаності складає приблизно 2 роки.

Спостереження після операції

- Спостереження після операції покращує прогноз [доказ 00990 A]. На даний час не існує наукових даних, що вказують на оптимальну кратність візитів до лікаря та обстежень.
- Метою повторного візиту до лікаря є виявлення місцевого рецидиву або метастазів. Їх хірургічне лікування може застосовуватися для покращення прогнозу.
- Подальше спостереження проводиться для пацієнтів, які перенесли радикальне хірургічне лікування раку та чий стан дозволяє використання цитотоксичних засобів та повторної операції.
- Також важливим є пошук нових пухлин кишечника у пацієнтів, що в минулому перенесли хірургічне втручання з приводу колоректального раку.

Дослідження на етапі спостереження

- Повторний візит зазвичай призначається кожні три місяці впродовж перших 2 років, в подальшому кожні 6 місяців впродовж 5 років.
- При повторному візиті проводиться клінічне обстеження пацієнта, що включає пальцеве ректальне дослідження та пальпацію промежини.
- Визначення РЕА проводиться при кожному візиті.
- Візуалізаційні дослідження черевної порожнини (УЗД або КТ) зазвичай проводяться через 1–2 роки.
- Ендоскопічне дослідження залишеного кишечника слід проводити 1–2 рази за час спостереження. Однак слід провести ендоскопію вже через 6 місяців після операції за відсутності тотального ендоскопічного дослідження кишечника перед операцією.
- В деяких програмах спостереження після лікування раку прямої кишки ділянка анастомозу досліджується ендоскопічно кожні 6–12 місяців впродовж перших 2 років.
- Після 5-річного періоду спостереження ендоскопічне дослідження залишеного кишечника з метою виявлення нових пухлин проводиться пацієнтам віком до 65 років кожні 5 років до досягнення ними 70 років.
- За підозри на рецидив або метастазування пацієнт направляється до хірургічного відділення.

Спостереження в закладі охорони здоров'я

- Варто оцінити те, чи загальний стан пацієнта дозволяє проведення йому хірургічної резекції або онкологічного лікування будь-якого рецидиву. Якщо на думку лікарів це неможливо, то спостереження онкологом не є виправданим. Для таких пацієнтів, враховуючи їх ситуацію, найоптимальнішим варіантом є спостереження у лікаря свого закладу охорони здоров'я.
- Пацієнтам слід відвідувати лікаря загальної практики на власний розсуд, враховуючи власний стан, подальші дослідження не потрібні.

Графік спостереження

- Див. таблицю [табл. T2].

Таблиця T2. Післяопераційне спостереження колоректального раку. Приклад програми спостереження.

Дата	Місце	Дослідження (завжди включає клінічний огляд)
4–6 тижнів	ЦЛ	Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, СРБ, післяопераційний контроль
3 місяці	ЦПМД	Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, РЕА
6 місяців	ЦПМД	Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, РЕА
9 місяців	ЦПМД	Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, РЕА
12 місяців	ЦЛ	Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, РЕА, УЗД органів черевної порожнини
15 місяців	ЦПМД	Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, РЕА
18 місяців	ЦПМД	Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, РЕА
21 місяць	ЦПМД	Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, РЕА
1. ЦЛ = центральна лікарня 2. ЦПМД = центр первинної медичної допомоги		

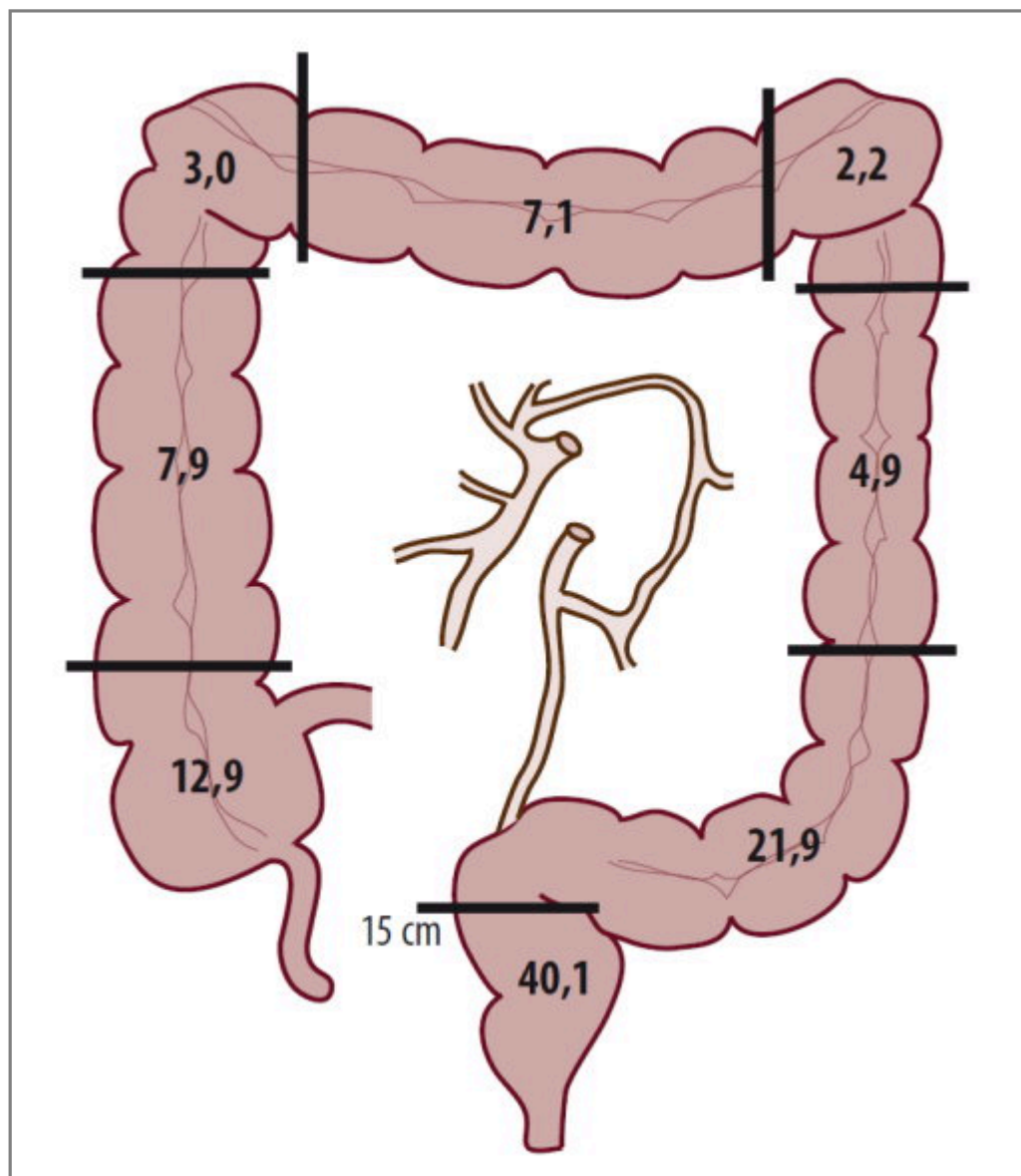
Дата	Місце	Дослідження (завжди включає клінічний огляд)
24 місяці	ЦЛ	Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, РЕА, УЗД органів черевної порожнини, колоноскопія
30 місяців	ЦПМД	Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, РЕА
36 місяців	ЦПМД	Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, РЕА
42 місяці	ЦПМД	Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, РЕА
48 місяців	ЦЛ	Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, РЕА, УЗД
60 місяців	ЦЛ	Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, РЕА, колоноскопія, визначення потреби подальшого спостереження
1. ЦЛ = центральна лікарня 2. ЦПМД = центр первинної медичної допомоги		

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00375 |Colorectal cancer – Rela...\]](#)
- Інші огляди доказових даних [\[пов'язані 00375 |Colorectal cancer – Rela...\]](#)
- Література [\[пов'язані 00375 |Colorectal cancer – Rela...\]](#)

Зображення

- [Зображення 01418](#). Distribution of colorectal cancers.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 00990](#). Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer.
Дата оновлення: 2017-08-04
Рівень доказовості: А

Резюме: There is no overall survival benefit for intensifying the follow-up of patients after curative surgery for colorectal cancer, but the best combination and frequency of visits to doctor, blood tests, endoscopic procedures, and radiological investigations remains to be determined.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: [ebm00197](#) Ключ сортування: [008.070](#) Тип: [EBM Guidelines](#)

Дата оновлення англomовного оригіналу: [2017-03-28](#)

Автор(и): [Kai Klintrup](#) Автор(и) попередніх версій статті: [Jukka-Pekka Mecklin](#) Редактор(и): [Hanna Pelttari](#)[Jukka Pekka Jousimaa](#)
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: [Kristian Lampe](#) Видавець: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)
Власник авторських прав: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)

Навігаційні категорії

[EBM Guidelines](#) [Surgery](#) [Gastroenterology](#) [Neoplastic diseases](#) [Genetics](#)

Ключові слова індексу

[icpc-2: D75](#) [mesh: colonic carcinoma](#) [mesh: Colorectal cancer](#) [mesh: Colorectal neoplasms](#) [mesh: Dukes classification](#)
[mesh: hereditary colorectal cancer](#) [mesh: rectal cancer](#) [cancer](#) [colon](#) [rectum](#) [mesh: cancer relapse](#)
[mesh: cancer stage](#) [mesh: Chemotherapy](#) [mesh: Chemotherapy, Adjuvant](#) [mesh: Dukes A](#) [mesh: Dukes B](#)
[mesh: Dukes C](#) [mesh: Dukes D](#) [mesh: hepatic metastasis](#) [mesh: Neoplasm Metastasis](#) [mesh: Radiotherapy](#)
[mesh: tumor grade](#) [stage](#) [staging](#) [stoma](#) [speciality: Gastroenterology](#) [speciality: Neoplastic diseases](#)
[speciality: Surgery](#) [speciality: Genetics](#)