

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=ebm00198&format=pdf>

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

Настанова 00198. Скринінг та профілактика колоректального раку

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: Jukka Pekka Jousimaa, Hanna Pelttari

Дата останнього оновлення: 2017-03-28

Основні положення

- Метою скринінгу є зниження смертності від раку кишечника за допомогою раннього виявлення захворювання.
- Дослідження калу на приховану кров (ДКПК) призначається лише при систематичному скринінгу безсимптомних пацієнтів.
- Скринінгові заходи відрізняються у кожній країні.
- Видалення аденоматозних колоректальних поліпів у безсимптомних пацієнтів зменшує захворюваність та смертність від колоректального раку. Проте, не всі аденоми малігнізуються впродовж життя пацієнта.
- Контрольні ендоскопії у осіб, які належать до груп ризику виникнення раку кишечника, виконують відповідно до місцевих настанов.

Довготривале спостереження за пацієнтом з групи ризику виникнення колоректального раку

Групи ризику

- Пацієнти з колоректальним раком
- Пацієнти з аденомами
- Пацієнти з домінантно-успадкованою схильністю до колоректального раку
 - Спадковий неполіпозний колоректальний рак (СНКРР)
 - Сімейний аденоматозний поліпоз (САП)
- Пацієнти з виразковим колітом [Настанова 00194] [Виразковий коліт]
- Пацієнти з діагностованим колоректальним раком у близьких родичів. Пам'ятайте зібрати сімейний анамнез у всіх пацієнтів з колоректальним раком або колоректальними аденомами.

Безсимптомні пацієнти

- Скринінг безсимптомних осіб показаний у випадках визначеної сімейної схильності до онкологічних захворювань.
 - Усі три довготривалі рандомізовані скринінгові дослідження, проведені серед загальної популяції (50-75-річні), з використанням Hemoccult II guaiac тестування, показали зменшення захворюваності та смертності від колоректального раку у скринюваній групі [Доказ 02740] [A].
 - Якщо в одного з близьких родичів пацієнта виник колоректальний рак у віці до 55 років, такий пацієнт належить до групи ризику загальної популяції (див. нижче).
 - Якщо у двох близьких родичів пацієнта виявляли злякисне колоректальне новоутворення, рекомендовано здавати аналізи калу на приховану кров кожні 1-2 роки, починаючи з віку на 5 років меншого, ніж вік наймолодшого родича при вперше виявленому захворюванні.
 - Якщо пацієнт належить до родини з домінантним типом успадкування колоректального раку, потрібно провести відповідні обстеження членів сім'ї, тому що за допомогою каріотипування можливо визначити генетичну схильність і потребу в проведенні скринінгових тестів.

Метод спостереження

- Завжди колоноскопія Доказ
L02750 | C

Рекомендована частота профілактичних оглядів

- Частота профілактичних оглядів залежить від результатів попереднього скринінгу, напр., кількості, розміру і ступеня дисплазії аденом. Порядок обстежень варіює між лікарями.
- Якщо аденому виявили, але не провели достатньо обстежень або поліп був видалений лише частково, колоноскопію потрібно повторити через 1-6 місяців.
- Варто розглянути тактику спостереження при гіперпластичних поліпах великих розмірів (> 1 см), якщо їх декілька або вони знаходяться у проксимальних відділах кишечника.

Пацієнти з колоректальним раком або аденомою (молодше 75 років)

- Пацієнт з діагностованою колоректальною карциномою або аденомою має підвищений ризик розвитку нового злякисного колоректального новоутворення. Профілактичні огляди доцільні серед пацієнтів, в яких ймовірно колоректальне новоутворення може спричинити більшу шкоду здоров'ю, ніж інші хвороби впродовж наступних 10 років.
- Кожні 2-3 роки: пацієнти з
 - СНКРР
 - аденома великих розмірів (> 1 см), ворсинчаста або трубчасто-ворсинчаста аденома
 - декілька аденом
- Кожні 5 років: пацієнти з колоректальним раком (після післяопераційного періоду спостереження)
- Кожні 5-10 років: пацієнти з 1-2 тубулярними аденомами менш ніж 1 см в діаметрі
- Відповідно до сучасних уявлень, спостереження після видалення поодинокі тубулярної аденоми <5 мм в діаметрі не є обов'язковим.
- Довготривалому спостереженню підлягають пацієнти віком від 75 років і старше за особливими показами.

Пацієнти з виразковим колітом

- Заходи щодо спостереження залежать від лікарні та від індивідуальних факторів ризику пацієнта (напр., злоякісні новоутворення у близьких родичів) Загалом, серед пацієнтів, які хворіють на виразковий коліт більше 8 років, колоноскопію проводять кожні 2-3 роки.
- Передракову дисплазію виявляють під час випадкових біопсій. Для виявлення диспластичних змін в гістологічному зразку необхідні спеціальні навички. Якщо дисплазію виявляють та підтверджують, проводять профілактичну колектомію.
- Діагностика карциноми, пов'язаної з колітом, викликає труднощі. Пухлина, зазвичай, не характеризується екзофітним чи циркулярним ростом, натомість може мати вигляд доброякісної стриктури або ледь демаркованої бляшки.

Пацієнти з сімейним аденоматозним поліпозом (САП) або спадковим неполіпозним колоректальним раком (СНКРР)

- Обидва стани є синдромами карциноми з домінантним типом успадкування. Зазвичай, у пацієнтів з генетичною схильністю захворювання проявляється перед їх 40^{ім} днем народження, якщо не проводилось ні профілактичної колектомії (при аденоматозі), ні профілактичного видалення аденоми (при СНКРР).
- У деяких країнах створено національні реєстри цих синдромів, до яких вносять дані про всі сім'ї з такими захворюваннями. Проведення скринінгу пацієнтів з групи ризику в цих сім'ях є обов'язком відповідальних за реєстр.
- Усім пацієнтам із САП у віці 20-25 років проводять профілактичну колектомію та ілеоректостомію або ілеоанальний анастомоз.
- При виявленні злоякісного новоутворення у пацієнта з СНКРР проводять колектомію та ілеосигмоїдостомію (зі збереженням 30-35 см кишечника).

Пов'язані джерела

- Кокранівські огляди [пов'язані] [00478] Prevention and screening...]
- Інші доказові висновки [пов'язані] [00478] Prevention and screening...] [доказ] [00682] [C] [доказ] [04483] [C]
[доказ] [04613] [A] [доказ] [07292] [A]

- Література пов'язані
00478 [Prevention and screening...]

Настанови

- [Настанова 00194](#). Виразковий коліт.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 02740](#). Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult.
Дата оновлення: 2007-08-24
Рівень доказовості: A
Резюме: Screening for colorectal cancer by testing faecal occult blood reduces colorectal cancer mortality. Harmful effects of screening include the psycho-social consequences of a false-positive result and the potentially significant complications of colonoscopy or a false-negative result.
- [Доказовий огляд 02750](#). Screening of relatives with colorectal cancer.
Дата оновлення: 2007-08-25
Рівень доказовості: C
Резюме: Colonoscopy may be better than fiberosigmoidoscopy in screening first-degree relatives of patients with colorectal cancer, but there are no studies documenting decreased overall mortality in screened relatives.
- [Доказовий огляд 00682](#). Dietary fibre for the prevention of colorectal adenomas and carcinomas.
Дата оновлення: 2017-06-13
Рівень доказовості: C
Резюме: Dietary fibre may not be effective in the prevention of colorectal adenomas and carcinomas in the very short term (2 to 4 years follow up).
- [Доказовий огляд 04483](#). Dietary calcium supplementation for preventing colorectal cancer.
Дата оновлення: 2010-10-14
Рівень доказовості: C
Резюме: Daily intake of 1 gr dietary calcium may have moderate protective effect on development of colorectal adenomatous polyps.
- [Доказовий огляд 04613](#). Antioxidant supplements for preventing gastrointestinal cancers.
Дата оновлення: 2017-06-26
Рівень доказовості: A
Резюме: Antioxidant supplements have no preventive effect on gastrointestinal cancers. The potential cancer preventive effect of selenium should be studied further.
- [Доказовий огляд 07292](#). Flexible sigmoidoscopy versus faecal occult blood testing for colorectal cancer screening in asymptomatic individuals.
Дата оновлення: 2014-05-05
Рівень доказовості: A
Резюме: Screening for colorectal cancer reduces cancer specific mortality but not all-

cause mortality, both with flexible sigmoidoscopy or faecal blood testing (FOBT) as screening tool. Screening with sigmoidoscopy may have a larger effect than screening with FOBT, but at the cost of more adverse effects.

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: ebm00198 Ключ сортування: 008.071 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-03-28

Автор(и): Kai Klintrup Автор(и) попередніх версій статті: Jukka-Pekka Mecklin Редактор(и): Jukka Pekka Jousimaa Hanna Peltari
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

Ключові слова індексу

mesh: hereditary cancer mesh: rectal cancer mesh: Colonoscopy mesh: colonic carcinoma mesh: Colonic Neoplasms
mesh: Adenoma mesh: hereditary colorectal cancer mesh: Colorectal neoplasms mesh: colorectal cancer
mesh: follow-up endoscopy mesh: Adenomatous Polyps mesh: Polyps mesh: cancer screening mesh: cancer follow-up
Screening Prevention FAP HNPCC mesh: fecal blood mesh: hemorrhagic anemia mesh: Sigmoidoscopy
icpc-2: A98 icpc-2: D75 speciality: Gastroenterology speciality: Neoplastic diseases speciality: Surgery