# КАК ВЫЯВИТЬ РАК ОРГАНОВ ЖКТ? СКРИНИНГ И РАННЯ ДИАГНОСТИКА

**4 февраля прошел Всемирный день борьбы против рака. В этом году он был обозначен темой «Я есть и я буду».**

Ежегодно по всему миру большинство случаев смерти от онкологии происходит от рака легких, желудка, печени, толстого кишечника и молочной железы. Треть случаев смерти вызвана пятью основными факторами риска, которые связаны с поведением и питанием — это высокий индекс массы тела, недостаточное употребление в пищу фруктов и овощей, отсутствие физической активности, употребление табака и употребление алкоголя.

**Существуют группы риска, для которых профилактика рака наиболее важна:**

1. Люди, имеющие какие-либо хронические воспалительные процессы в организме: ларингит, бронхит, цистит, колит, мастопатии и т.д. Таким людям важно регулярно проходить медицинские осмотры.

2. Люди определенных возрастных категорий:

- Женщины 40-60 лет. Менопауза и изменение гормонального фона увеличивает риск онкологии;

- Женщины детородного возраста после 35 лет. Это возраст, в котором возрастает возможность заболевания раком молочной железы.

3. Курильщики. Вещества – канцерогены, которые находятся в сигаретном дыме, увеличивают риск развития рака легких, губы, желудка и почек. В этом случае лучшая профилактика рака – отказ от курения.

4. Люди, имеющие наследственную предрасположенность к онкологическим заболеваниям. По статистике около 15 процентов от числа всех больных приходится именно на эту группу.

### СКРИНИНГ ИЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ — это ряд обследований, который позволяет обнаружить опухоль, если у человека нет симптомов.

## Какие виды рака можно выявить на ранней стадии?

### РАК ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Скрининг лиц с высоким риском начинают с 40-летнего возраста, для остальных обычный возраст начала скрининга 50 лет. Для снижения риска смертности от колоректального рака рекомендуется проходить колоноскопию, сигмоидоскопию и высокочувствительный анализ кала на скрытую кровь.

Целями скрининга являются обнаружение и удаление аденоматозных полипов и диагностика ранних стадий рака.

**ИММУНОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ** - высокочувствительный метод диагностики скрытых кровотечений в нижних отделах желудочно-кишечного тракта. Наиболее известный тест – **FOBT** – определение малых количеств скрытой крови в содержимом кишечника. Полипы и небольшие злокачественные опухоли в прямой и толстой кишке могут кровоточить, поэтому анализ позволяет выявить опухоль на ранней стадии и снижает риск смертности от колоректального рака. Анализ кала на скрытую кровь рекомендуется сдавать раз в 1–2 года от 50 до 80 лет.

**КОЛОНОСКОПИЯ** — метод диагностики, который позволяет осмотреть и оценить состояние прямой и толстой кишки. Во время колоноскопии врач может провести биопсию или удалить потенциально опасные полипы. Это неприятная и довольно сложная процедура, поэтому делать ее нужно только у высококвалифицированного специалиста. Если нет противопоказаний, можно пройти колоноскопию под наркозом. Национальный институт рака [рекомендует](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colorectal_screening.pdf) проходить колоноскопию тем, у кого нет повышенных рисков, каждые 10 лет в возрасте от 50 лет. У пациентов с небольшими полипами или солитарными аденомами без тяжелой дисплазии – 1 раз в 3 года.

**СИГМОИДОСКОПИЯ** — упрощенный вариант колоноскопии. При этом методе диагностики врач исследует прямую кишку и нижние отделы толстой кишки. В ходе рандомизированного клинического исследования было установлено, что даже одна процедура сигмоидоскопии в возрасте от 55 до 64 лет может [существенно снизить заболеваемость и смертность](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20430429) от колоректального рака. Национальный институт рака рекомендует делать сигмоидоскопию 1 раз в 5 лет начиная с 50 лет.

Среди недавно разработанных и весьма перспективных методов скрининга и диагностики – **виртуальная колоноскопия** – спиральная компьютерная томография с очень тонкими срезами и 3-мя диаметрами измерения. Метод позволяет избежать мучительной подготовки кишечника, выполняемой для производства обычной колоноскопии. Чувствительность нового метода при диагностике полипов более 1 см 90%, а специфичность – 96%.

**РАК ЖЕЛУДКА**

Доказательств эффективности скрининга рака желудка, основанных на контролируемых рандомизированных исследованиях, нет. Единственная страна, где проводится скрининг рака желудка, – Япония, из-за высокой заболеваемости этой формой рака. В настоящее время скрининг населения на РЖ осуществляется с помощью того же двойного контрастирования барием при рентгенологическом исследовании и гастроскопии.

**ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ** обладает очень высокой информативностью и достоверностью. Поэтому его часто используют в качестве скрининговой методики для выявления самых разных заболеваний желудка, включая и онкологические.

Большим преимуществом этой диагностической методики является ее высокая чувствительность — рак желудка гастроскопия способна обнаруживать на самой ранней стадии развития. Это актуально по той причине, что зачастую злокачественное образование долгое время развивается, никак не проявляя себя.

В процессе обследования слизистой оболочки можно провести биопсию (взятие тканевого образца) из вызывающего подозрение участка. Дальнейшее исследование под микроскопом даст однозначный ответ о природе и степени злокачественности опухоли. Помимо биопсии при гастроскопии можно выполнить и еще ряд обследований, таких как тест на выявление бактерии **Helicobacter pylori.**

**РАК ПЕЧЕНИ**

Скрининг населения на **гепатоцеллюлярный рак печени** (ГЦР) проводится в группах риска среди вирусоносителей гепатитов В и С и больных циррозом печени, а также в эпидемических по ГЦР странах. Используются 2 подхода: определение AFPи **ультразвуковое исследование печени**каждые 6 месяцев.

**AFP** – белок, продуцируемый эмбриональными клетками печени и клетками желточного мешка. В норме AFP определяется у мужчин и небеременных женщин не выше 20 ng/ml. AFP неспецифичен, повышается при беременности, остром и хроническом гепатитах, герминогенных опухолях яичка и яичников, раке желудка.

Диагноз ГЦР можно с уверенностью заподозрить при уровне АФП 400 ng/ml. При диссеминированных процессах показатель АФП превышает 1000 ng/ml. Маркер не выявляется у 25% больных с ГЦР.

Методов скрининга населения на **РАК ПОЖДЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ** не разработано.

К сожалению, нельзя на 100% защитить себя от рака, но очень важно сделать все от нас зависящее, чтобы максимально снизить риск этого страшного заболевания.









