

DOI: <https://doi.org/10.17650/2949-5857-2025-15-3-22-26>

Резолюция круглого стола «Возможности модификации факторов риска прогрессирования колоректального рака в рекомендациях профессиональных сообществ»

С.С. Гордеев^{1,2}, А.А. Трякин¹, М.В. Черных^{1,3}, З.З. Мамедли¹¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России; Россия, 115522 Москва, Каширское шоссе, 24;²кафедра онкологии, радиологии и радиотерапии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России; Россия, 625023 Тюмень, ул. Одесская, 54;³кафедра онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова. Минздрава России (Сеченовский Университет); Россия, 119992 Москва, ул. Б. Пироговская, 6, стр. 1**Контакты:** Сергей Сергеевич Гордеев dr.gordeyev@yandex.ru

В статье представлены доказательные данные о модифицируемых факторах риска прогрессирования колоректального рака. Обсуждаются вопросы возможности дополнения существующих рекомендаций информацией о влиянии изменения образа жизни на показатели общей и безрецидивной выживаемости. Поддержание высокого уровня физической активности и отказ от курения могут существенно улучшить отдаленные результаты лечения. Данные о роли диеты и употребления алкоголя более противоречивы и не позволяют сформировать четкие рекомендации.

Ключевые слова: рак прямой кишки, рак ободочной кишки, колоректальный рак, диета, курение, физическая активность

Для цитирования: Гордеев С.С., Трякин А.А., Черных М.В., Мамедли З.З. Резолюция круглого стола «Возможности модификации факторов риска прогрессирования колоректального рака в рекомендациях профессиональных сообществ». Хирургия и онкология 2025;15(3):22–6.

DOI: <https://doi.org/10.17650/2949-5857-2025-15-3-22-26>

Resolution of the round table “Possibilities for modification of colorectal cancer progression risk factors in guidelines of the professional associations”

S.S. Gordeev^{1,2}, A.A. Tryakin¹, M.V. Chernykh^{1,3}, Z.Z. Mamedli¹¹N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Ministry of Health of Russia; 24 Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia;²Department of Oncology, Radiology and Radiotherapy, Tyumen State Medical University, Ministry of Health of Russia; 54 Odesskaya St., Tyumen 625023, Russia;³Department of Oncology, Radiotherapy and Reconstructive Surgery, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia; Bld. 1, 6 Pirogovskaya St., Moscow 119992, Russia**Contacts:** Sergey Sergeevich Gordeev dr.gordeyev@yandex.ru

In the article, evidence-based data on modifiable risk factors of colorectal cancer recurrence are presented. The possibility of supplementing the existing clinical practice guidelines with information on the effect of lifestyle and behavioral changes on overall and recurrence-free survival is discussed. Maintaining a high level of physical activity and smoking cessation can significantly improve long-term treatment outcomes. Data on the role of diet and alcohol consumption are contradictory and do not allow to make clear recommendations.

Keywords: rectal cancer, colon cancer, colorectal cancer, diet, smoking, physical activity

For citation: Gordeev S.S., Tryakin A.A., Chernykh M.V., Mamedli Z.Z. Resolution of the round table "Possibilities for modification of colorectal cancer progression risk factors in guidelines of the professional associations". *Khirurgiya i onkologiya* = *Surgery and Oncology* 2025;15(3):22–6. (In Russ.).
DOI: <https://doi.org/10.17650/2949-5857-2025-15-3-22-26>

В настоящее время раздел профилактики колоректального рака (КРР) фактически отсутствует в клинических рекомендациях профессиональных сообществ РФ, однако такой раздел может стать важной частью данного документа, поскольку именно вопросы профилактики остаются наиболее обсуждаемыми в среде пациентов, их родственников и средствах массовой информации.

Следует отметить, что данные о восстановлении после болезни и укреплении здоровья содержатся в международных рекомендациях NCCN (National Comprehensive Cancer Network, Национальная комплексная онкологическая сеть) и ESMO (European Society for Medical Oncology, Европейское общество медицинской онкологии).

В рамках ежегодного конгресса Российского общества специалистов по колоректальному раку 29 ноября 2024 г. состоялся традиционный круглый стол, посвященный обсуждению планируемых в клинических рекомендациях изменений. Особое внимание было уделено вопросам возможности снижения риска прогрессирования заболевания за счет немедикаментозных методов и изменения образа жизни пациентов. В данной статье мы коротко рассмотрим каждый из них в отдельности. Как и в случае с основным текстом клинических рекомендаций, мы анализировали только публикации с наиболее высоким уровнем доказательности.

Физическая активность

В 2022 г. К. Chou и соавт. провели метаанализ исследований, посвященных занятиям спортом после завершения лечения больных КРР. В работу включены только проспективные наблюдательные исследования, в которых суммарно участвовали 19 135 пациентов. Авторы продемонстрировали, что даже умеренная физическая активность (150–300 мин упражнений средней интенсивности в неделю) достоверно и существенно повышала общую выживаемость (ОВ) (отношение шансов (ОШ) 0,82, 95 % доверительный интервал (ДИ) 0,40–0,90; $p < 0,001$). При этом высокая физическая активность (>300 мин упражнений средней интенсивности в неделю) имела еще более значимый эффект (ОШ 0,64, 95 % ДИ 0,56–0,72; $p < 0,001$). Безусловно, интерпретировать результаты наблюдательных исследований следует с осторожностью, поскольку они могут быть подвержены влиянию субъективных факторов. В частности, сбор данных методом опроса не является воспроизводимым; можно предположить, что сама возможность активных занятий спортом является в данных работах критерием отбора пациентов, искажающим

результаты. Тем не менее занятия спортом повышали не только ОВ, но и опухолеспецифическую выживаемость (ОСВ) (ОШ 0,88, 95 % ДИ 0,77–1,01; $p = 0,078$ для умеренных и ОШ 0,69, 95 % ДИ 0,57–0,84; $p < 0,001$ для высоких нагрузок). Такое наблюдение на большом клиническом материале можно расценивать как данные с уровнем убедительности доказательств В [1]. Ряд исследователей изучают возможности дистанционного контроля за соблюдением рекомендаций по физической активности [2], в том числе с использованием носимых устройств [3]. В 2025 г. были представлены результаты рандомизированного клинического исследования 3-й фазы CHALLENGE. Восемьсот восемьдесят девять пациентов из 55 центров после завершения адъювантной химиотерапии по поводу КРР II–III стадии были разделены на 2 группы. В исследуемой группе они выполняли физические упражнения (не менее 10 МЕТ-часов в неделю) под контролем консультанта, в контрольной – получали информационные материалы с рекомендациями по занятиям спортом без контроля их выполнения. В исследуемой группе в сравнении с контрольной получен достоверный существенный выигрыш в 8-летней ОВ – она составила 90 и 83 % соответственно (отношение рисков (ОР) 0,63, 95 % ДИ 0,43–0,94; $p = 0,022$) [4]. Поскольку эти результаты имеют высокую степень доказательности, они должны быть приняты во внимание профессиональным сообществом.

Курение

Курение является известным фактором риска целого ряда онкологических заболеваний [5]. V. Walter и соавт. в 2014 г. опубликовали метаанализ 16 исследований, в которых оценивалось влияние продолжения курения на отдаленные результаты после завершения лечения пациентов с КРР. Авторы продемонстрировали, что отказ от курения после лечения достоверно снижает риск смерти: у пациентов, которые продолжали курить, он на 26 % выше по сравнению с некурящими (ОШ 1,26, 95 % ДИ 1,15–1,37), у тех же, кто бросил, – только на 11 % (ОШ 1,11, 95 % ДИ 0,93–1,33) [6]. Схожие результаты получены в метаанализе 11 исследований Е. Alwers и соавт.: в отношении ОВ для курильщиков ОШ составило 1,53 (95 % ДИ 1,37–1,71) по сравнению с 1,12 (95 % ДИ 1,04–1,21) у тех, кто бросил курить после лечения. В качестве референса авторы использовали группу пациентов, которые никогда не курили. Интересный факт: ОСВ была ниже только у курильщиков (ОШ 1,18, 95 % ДИ 1,00–1,40), но не у тех, кто бросил

курить после лечения по поводу КРР (ОШ 1,03, 95 % ДИ 0,92–1,15) [7].

Таким образом, необходимость отказа от курения имеет существенную доказательную базу. Но как этого добиться? Безусловно, необходима работа кабинета отказа от курения. Однако в специализированных онкологических учреждениях пациенты обычно имеют возможность только разово посетить такой кабинет, в первую очередь из-за географической отдаленности их места жительства. Даже краткий совет врача о том, как бросить курить, повышает вероятность отказа от курения у пациентов с табачной зависимостью (ОР 1,66, 95 % ДИ 1,42–1,94) [8].

К сожалению, 48 % пациентов с диагнозом КРР не отказываются от пагубной привычки ввиду имеющейся зависимости от никотина [9].

С учетом неблагоприятного влияния курения как на сам процесс лечения пациента с онкологическим заболеванием, так и на его отдаленные результаты перед врачами и медицинской общественностью встает задача создания алгоритма оказания помощи курящим пациентам с КРР, которые завершили или продолжают лечение и не могут самостоятельно бросить вредную привычку. Для этого необходимы дополнительные действенные меры, включая применение альтернативных методов избавления от зависимости.

Дым, образующийся при сжигании табака в классической сигарете, представляет собой сложную и динамичную химическую смесь, содержащую более 8000 идентифицированных химических соединений [10].

Разработка никотинсодержащих продуктов, включающих горение табака, не нова. В отношении них накоплены наиболее доказательные данные.

В систематическом обзоре 90 исследований группы Cochrane продемонстрировано, что использование электронных сигарет позволило добиться отказа от курения дополнительно у 4 (95 % ДИ 3–5) из 100 пациентов по сравнению с поведенческой терапией. Также было показано преимущество электронных сигарет по сравнению с никотинзаместительной терапией: дополнительно бросили курить 4 (95 % ДИ 2–6) человека. При этом в систематическом обзоре не было отмечено клинически значимых побочных эффектов такого подхода [11]. Следует отметить, что использование любых видов электронных сигарет негативно сказывается на целом ряде показателей здоровья, что было показано в систематическом обзоре J.S. Izquierdo-Condo и соавт. 2024 г. Тем не менее негативные эффекты были отмечены только в сравнении с популяцией пациентов, которые никогда не курили. Дополнительных рисков для лиц, использующих электронные сигареты, при сопоставлении с употребляющими табак в той же работе не отмечено [12].

Всем больным КРР, которые завершили или продолжают лечение, рекомендован полный отказ от курения. Не мотивированным на такой шаг пациентам

может быть рекомендован переход на использование никотинсодержащих продуктов, исключающих горение табака, как способ снижения рисков для здоровья и путь к прекращению курения. Однако вред от длительного использования таких продуктов требует последующего изучения.

Диета

Психологически диету воспринимают как ключевой фактор риска развития и прогрессирования КРР. Данных, накопленных в отношении отдельных продуктов, недостаточно для рассмотрения в рамках официальных рекомендаций. Наиболее крупный метаанализ, посвященный данному вопросу, был выполнен Т. Ноанг и соавт. в 2020 г. Проанализированы данные 45 исследований. На ОСВ достоверно влияли употребление приготовленной на гриле пищи (ОШ 1,78, 95 % ДИ 1,05–3,02) и насыщенная углеводами диета (ОШ 1,91, 95 % ДИ 1,17–3,12). Риск прогрессирования был снижен у пациентов, которые регулярно употребляли кофе (ОШ 0,47, 95 % ДИ 0,31–0,71). На ОВ негативно влияло только употребление мучных продуктов (ОШ 1,88, 95 % ДИ 1,25–2,85), положительное влияние оказывало употребление фруктов (ОШ 0,88, 95 % ДИ 0,8–0,96), цельнозерновых продуктов (ОШ 0,83, 95 % ДИ 0,69–0,99), кофе (ОШ 0,69, 95 % ДИ 0,55–0,98) и кальция (ОШ 0,84, 95 % ДИ 0,73–0,97). На основании этих данных можно говорить о высокой вероятности влияния на развитие КРР употребления мучной пищи, пищи, приготовленной на гриле, а также насыщенной углеводами (в первую очередь сладких напитков), однако высокая гетерогенность в дизайне исследований и сложность объективной интерпретации данных, полученных методом анкетирования, не позволяют дать строгих рекомендаций. В том же метаанализе выделили группу пациентов, придерживающихся нездоровой диеты (употребление сладких напитков, полуфабрикатов, мучных продуктов, жареной пищи). Такая диета была связана с достоверно более низкой ОВ (ОШ 1,36, 95 % ДИ 1,17–1,57) и ОСВ (ОШ 1,43, 95 % ДИ 1,13–1,82) [13].

Употребление алкоголя

Стоит заметить, что употребление алкоголя не влияло на ОВ и ОСВ больных КРР в рассмотренном выше метаанализе [13]. Более того, в метаанализе Y. Kim и соавт. умеренное употребление красного вина было связано с повышением ОВ (ОШ 0,94, 95 % ДИ 0,85–1,00) и ОСВ (ОШ 0,87, 95 % ДИ 0,78–0,98) [14]. Однако с учетом данных о повышении общего риска развития онкологических заболеваний при употреблении алкоголя мы не можем рассматривать данный прогностический фактор как положительный [15].

Заключение

В рамках круглого стола рассмотрены основные модифицируемые факторы риска прогрессирования у пациентов, завершивших лечение по поводу КРР.

Несмотря на наличие для ряда критериев крупных исследований и статистической достоверности, экспертная группа с осторожностью относится к интерпретации данных, полученных из разнородных работ с анкетированием в качестве основного метода. Также не исключено опосредованное влияние на результаты исследований неучтенных факторов. Так, частое употребление кофе и красного вина может отражать высокий уровень материального достатка пациентов и их возможность получать более качественное лечение и уход. Поэтому принимать во внимание следует только наиболее изученные факторы, которые не могут иметь отрицательного влияния на больных.

Рекомендации врача в момент выписки пациента после радикального лечения могут произвести сильный психологический эффект. Эта ситуация оптимальна для воздействия на мнение больного о его устоявшихся вредных привычках и негативных аспектах образа жизни. Только положительного влияния можно ожидать от занятий спортом, отказа от курения.

Употребление табака или иных никотинсодержащих продуктов должно оцениваться при каждом посещении больным медицинского учреждения, чтобы облегчить выявление тех, кому могут помочь поведенческие или фармакологические вмешательства.

Всем пациентам, которые регулярно курят табак или используют альтернативные источники доставки никотина, следует рекомендовать полный отказ от никотина при каждом посещении. Переход на употребление никотинсодержащих продуктов, исключая курение табака, может рассматриваться как способ снизить риски для здоровья и путь к прекращению курения, хотя вред от их длительного употребления и неизвестная долгосрочная безопасность требуют последующего изучения.

Рекомендации по употреблению отдельных продуктов питания по мнению экспертной группы не имеют достаточных обоснований. Возможно говорить о необходимости следовать здоровой диете с исключением наиболее вредных продуктов.

Выводы обсуждения можно сформулировать в виде следующих рекомендаций:

- занятия спортом умеренной интенсивности не менее 150 мин в неделю;
- отказ от курения;
- при невозможности отказа от курения — обращение в кабинет по отказу от курения, переход на концепцию снижения вреда от этой привычки;
- диета с ограничением сладких напитков, жареной пищи, мучных продуктов, полуфабрикатов из красного мяса.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Choy K.T., Lam K., Kong J.C. Exercise and colorectal cancer survival: an updated systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis* 2022;37(8):1751–8. DOI: 10.1007/s00384-022-04224-5
2. Pelosi A.C., Rostirola G.C., Pereira J.S. et al. Remote and unsupervised exercise strategies for improving the physical activity of colorectal cancer patients: a meta-analysis. *Healthcare (Basel)* 2023;11(5):723. DOI: 10.3390/healthcare11050723
3. Keats M.R., Yu X., Magee M.S. et al. Use of wearable activity-monitoring technologies to promote physical activity in cancer survivors: challenges and opportunities for improved cancer care. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(6):4784. DOI: 10.3390/ijerph20064784
4. Booth C.M., Vardy J.L., O'Callaghan C.J. et al. A randomized phase III trial of the impact of a structured exercise program on disease-free survival (DFS) in stage 3 or high-risk stage 2 colon cancer: Canadian Cancer Trials Group (CCTG) CO. 21 (CHALLENGE). *J Clin Oncol* 2025;43(17):LBA3510. DOI: 10.1200/JCO.2025.43.17_suppl.LBA3510
5. Luu M.N., Han M., Bui T.T. et al. Smoking trajectory and cancer risk: a population-based cohort study. *Tob Induc Dis* 2022;26(20):71. DOI: 10.18332/tid/152137
6. Walter V., Jansen L., Hoffmeister M., Brenner H. Smoking and survival of colorectal cancer patients: systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol* 2014;25(8):1517–25. DOI: 10.1093/annonc/mdl040
7. Alwers E., Carr P.R., Banbury B. et al. Smoking behavior and prognosis after colorectal cancer diagnosis: a pooled analysis of 11 studies. *JNCI Cancer Spectr* 2021;5(5):pkab077. DOI: 10.1093/jncics/pkab077
8. Stead L.F., Buitrago D., Preciado N. et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(5):CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4
9. Tseng T.-S., Lin H.-Y., Martin M.Y. et al. Disparities in smoking and cessation status among cancer survivors and non-cancer individuals: a population-based study from National Health and Nutrition Examination Survey. *J Cancer Surviv* 2010;4(4):313–21. DOI: 10.1007/s11764-010-0127-9
10. Li Y., Hecht S.S. Carcinogenic components of tobacco and tobacco smoke: a 2022 update. *Food Chem Toxicol* 2022;165:113179. DOI: 10.1016/j.fct.2022.113179
11. Lindson N., Butler A.R., McRobbie H. et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2024;1(1):CD010216. DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub8
12. Izquierdo-Condoy J.S., Naranjo-Lara P., Morales-Lapo E. et al. Direct health implications of e-cigarette use: a systematic scoping review with evidence assessment. *Front Public Health* 2024;12:1427752. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1427752
13. Hoang T., Kim H., Kim J. Dietary intake in association with all-cause mortality and colorectal cancer mortality among colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Cancers (Basel)* 2020;12(11):3391. DOI: 10.3390/cancers12113391
14. Kim Y., Je Y., Giovannucci E.L. Association between alcohol consumption and survival in colorectal cancer: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2019;28(11):1891–901. DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-19-0156
15. Pearson H. Alcohol and cancer risk: what you need to know. *Nature* 2025;639(8054):290–2. DOI: 10.1038/d41586-025-00729-5

Вклад авторов

С.С. Гордеев: написание текста;

А.А. Трякин, М.В. Черных: научное редактирование;

З.З. Мамедли: научное редактирование, утверждение окончательного варианта текста.

Authors' contributions

S.S. Gordeev: text writing;

A.A. Tryakin, M.V. Chernykh: scientific editing;

Z.Z. Mamedli: scientific editing, approval of the final version of the text.

ORCID авторов / ORCID of authors

С.С. Гордеев / S.S. Gordeev: <https://orcid.org/0000-0002-9303-8379>

А.А. Трякин / A.A. Tryakin: <https://orcid.org/0000-0003-2245-214X>

М.В. Черных / M.V. Chernykh: <https://orcid.org/0000-0003-4944-4035>

З.З. Мамедли / Z.Z. Mamedli: <https://orcid.org/0000-0002-9289-1247>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Funding. The study was performed without external funding.