

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ СКРИНИНГ И ПРЕВЕНЦИЈА НА КОЛЕРЕКАЛЕН КАНЦЕР

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при скрининг и превенција на колерекален канцер.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при скрининг и превенција на колерекален канцер е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при скрининг и превенција на колерекален канцер по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази во превенција и скрининг на колоректалниот канцер („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2436/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

СКРИНИНГ И ПРЕВЕНЦИЈА НА КОЛОРЕКТАЛЕН КАНЦЕР

МЗД упатства

30.12.2013 • Комплетно ажурирано

Kai Klintrup

- Најважно
- Долгорочно следење на пациенти со ризик од колоректален карцином
- Препорачана фреквенција за следење
- Поврзани извори

НАЈВАЖНО

- Скринингот има цел да го намали mortalitetot од рак на цревата со рана дијагноза на болеста
- Тестот на фекално окултно крвање (FOBT) е со намера за скрининг на асимптоматски пациенти
- Препораките за скрининг се разликуваат од земја до земја
- Екстирпација на аденоматозните колоректални полипи од симптоматските индивидуи ја намалува инциденцата и mortalitetot од колоректален канцер. Сепак сите аденоми не малигнизираат за време на животот.
- Ендоскопии за следење кај пациенти кои припаѓаат на групите од ризик се вршат според локални препораки

ДОЛГОРОЧНО СЛЕДЕЊЕ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО РИЗИК ОД КОЛОРЕКТАЛЕН КАНЦЕР

Ризични групи

- Пациенти со колоректален канцер
- Пациенти со аденоми
- Пациенти со доминантно наследна предиспозиција за колоректален канцер
 - Херединатерн не-полимадозен колоректален канцер (HNPCC)
 - Фамилијарна аденоматозна полипоза (FAP)
- Пациенти со улцеративен колитис
- Пациенти со дијагностициран колоректален канцер кај блиски роднини. Запомни да прашаш за фамилијарната историја (анамнеза) кај сите пациенти со колоректален канцер или колоректални аденоми

Асимптоматски пациенти

- Скринингот кај асимптоматичните индивидуи е индициран во случај на забележана семејна предиспозиција за канцер
 - Сите три рандомизирани долгорочни студии за скрининг на општата популација (50-75 години старост) користејќи Немоосcult II guinas тестот покажале намалена инциденца и mortalitet од колоректален канцер во групата која била под скрининг (ннд-А)
 - Доколу еден близок роднина на пациентот добивал колоректален канцер пред 55 годишна возраст, пациентот се смета дека припаѓа на групата на општата популација.
 - Доколку пациентот има двајца блиски роднини кои имаат колоректална неоплазма, тестирањето на фекално крвање се препорачува на секои 1-2 годишни интервали, почнувајќи на возраста 5 години пониска од возраста на најмладиот роднина и тоа а возраста кога е дијагностициран

- Доколку пациентот припаѓа на семејство со доминантна наследност на колоректален канцер, соодветни иследувања треба да се спроведат бидејќи можно е да се откријат генетски предиспозиции со генетско тестирање и да се потврди потребата од скрининг тест

Методи на следење

- Секогаш колоноскопија

ПРЕПОРАЧАНА ФРЕКВЕНЦИЈА НА СЛЕДЕЊЕ

- Честотата на следење зависи од наодите на претходниот скрининг, на пример бројот, големината и градусот на дисплазија на аденомите. Изборот се разликува од болница до болница.
- Доколку се детектираат аденоми, а прегледот бил некомплетен или пак полипот бил парцијално отстранет, колоноскопијата се повторува по 1-6 месеци
- Следењето треба да се земе во предвид за хиперпластични полипи доколку се големи (>1 см),
- Ако се открие полип, целиот колон треба да се прегледа, а полипите да се отстранат. Отстранувањето на полип се смета како непотребно ако пациентот е со висока возраст (>75 години) и полипот се смета за бениген врз основа на неговите мали димензии (<5мм пречник), доколку има повеќе на број или доколку се лоцирани во проксималниот колон.

Пациенти со колоректален канцер или аденом (возраст под 75 г.)

- Пациенти со дијагностициран колоректален карцином или аденом имаат зголемен ризик за развој на нова колоректална неоплазма. Следењето е корисно кај пациенти кај кои се смета дека нова колоректална неоплазма претставува поголем здравствен ризик во следниве 10 години
- На интервал од 2-3 години кај пациенти со:
 - HNPCC
 - Големи аденоми (>1 см) или вилозни или тубуловилозни аденоми
 - Повеќе аденоми
- На 5 годишен интервал: пациенти со колоректален канцер (по постоперативниот период на следење)
- На 5-10 годишен интервали: пациенти со 1-2 тубуларни аденоми помали од 1 см во дијаметар
- Според сегашните ставови, следењето по отстранувањето на единичен тубуларен аденом кој е <5 мм во дијаметар не е потребно
- Долгорочно следење кај пациенти над 75 годишна старост само при специјални индикации

Пациенти со улцеративен колитис

- Политиките на следење се разликуваат од болница до болница и во зависност од факторите на ризик (на пример канцер кај роднините). Во принцип колоноскопијата може да се изврши на 3-годишни интервали кај пациенти кои имале улцеративен колитис повеќе од 8 години
- Доколку преканцерозна дисплазија била видена на случајна биопсија. Откривање на дисплазија на хистолошки примерок бара искуство. Доколку дисплазијата е откриена и потврдена, потребан е профилатичка колектомија
- Поставување на дијагноза на карцином асоцирана со колитис е тешка. Туморот обично не расте на егзофитичен или циркуларен начин, а наместо тоа може да личи на бенигна структура или лошо демаркирана плака.

Пациенти со Фамилијарна аденоматозна полипоза (FAP) или Херединатерн неполоматозен колоректален канцер (HNPCC)

- Двете состојби се карциматозни синдроми кои се наследуваат доминантно. Пациентите со генетска предиспозиција обично се афектирани по 40-тиот роденден доколу профилактичка колектомија (кај аденоматоза) или профилактичко отстранување на аденомот (при HNPCC) не е спроведено.
- Во некои земји постои национален регистар на овие синдроми, каде сите афектирани семејства се регистрирани. Скринингот на пациенти кои се со ризик во овие семејства е одговорност на оние кои ги одржуваат овие регистри.
- Кај сите пациенти со FAP, профилактична колектомија и илеоректосомија или илеоанална анастомоза се врши на возраст од 20-25 години
- Доколу се открие рак кај пациенти со HNPCC, се пари колектомија и илиеосигмостомија (30-35 см од колонот се остава)

ОСТАНАТИ РЕЛЕВАНТНИ ПОДАТОЦИ

Кохранови прегледи

- Диеталните влакна можеби не се ефикасни во превенцијата на колоректални аденоми и карциноми во краток временски период (2 до 4 години следење)
- Секојдневниот внес на 1гр. кациум може да има умерен заштитен ефект за развој на колоректални аденоматозни полипи
- Антиоксидансни суплементи на исхраната немаат превентивен ефект при гастроинтестинални карциноми. Потенцијалниот превентивен ефект на селен треба дополнително да се испита.

Останати докази

- Присуството на неоплазми во дисталниот колон наизглед го зголемува ризикот за напредната неоплазија во проксималниот колон, но околу 50% од пациентите со проксимална напредната неоплазма немаат дистални полипи.
- Висок диетален внес на лук изгледа е асоциран со намален ризик од ларингеален, гастричен, колоректален и ендометријален карцином како и со појавата на аденоматозни колоректални полипи но не постојат докази од контролирани студии.
- Колоноскопија можеби е подобра од фиберосигмоидоскопија при скрининг на роднини од прво колено на пациенти со колоректален карцином, но не постојат студии кои документираат намален севкупен морталитет кај истите.
- Средниот адхерентен аспект на фекалното окултно крварење изгледа е 40 - 50%

Литература

- Lieberman DA. Clinical practice. Screening for colorectal cancer. N Engl J Med 2009 Sep 17;361(12):1179-87. PubMed

Претходни автори:

Jukka-Pekka Mecklin

Последен преглед одобрен како ажуриран 30.12.2013 • Последни промени 30.12.2013

Article ID: ebm00198 (008.071)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 30.12.2013, www.ebm-guidelines.com**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
- **Следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирал: **И. Стојковски**

Координатор: **Проф. Др. К. Зафировска**