

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

**УПАТСТВО**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ**

**Член 1**

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицината, заснована на докази при колоректален карцином.

**Член 2**

Начинот на третман на колоректален карцином е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на згрижување на колоректален карцином 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 од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

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

Бр. 07-9385/2  
30 ноември 2013 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ

МЗД Упатства  
03.09.2010

- Класификација и прогноза
- Ризици за рекурентност
- Радиотерапија и антинеопластични лекови
- Наследност
- Поврзани докази

### КЛАСИФИКАЦИЈА И ПРОГНОЗА

- TNM класификацијата е најгзактна. TNM стадиумите често се комбинираат за да кореспондираат на класичната Dukes-ова класификација. Класификацијата е базирана врз преглед на целиот хируршки препарат и на лимфните јазли, заедно со метастазите кои биле идентификувани за време на операцијата или за време на иследувањата. Бројот на прегледантите лимфни јазли има прогностичка вредност (се препорачуваат повеќе од 12-15 лимфни јазли).
- Прогнозата и веројатноста за рекурентност на карциномот може грубо да се процени со користење на Dukes-овите класи и степените на диференцијација на туморите (слабо, средно, високо диференциран). Во блиска иднина, додатна помош се очекува од молекуларна детекција на микрометастази.
- Види Табела 1.

**Табела 1.** Dukes-ова класификација и прогноза на колоректален карцином

Класа по Dukes	Стадиум	Процент од вкупниот број	5- годишно преживување
A	Ограничен на мукоза (T1 N0 M0)	20-25%	> 90%
B	Инвадира мускулен слој (T2-3 N0 M0)	40-45%	60-70%
C	Метастази во лимфните јазли (T1-3 N1 M0)	15-20%	35-45%
D	Далечни метастази или резидуален тумор (T4 или T1-3 M1)	20-30%	0-5%
Од сите пациенти (во најдобрите серии)			60 %

### РИЗИЦИ ЗА РЕКУРЕНТНОСТ

- Dukes A тумор, ако исправно е степенуван, не е рекурентен.
- Добро диференциран Dukes B ретко, слабо диференцирани тумори се рекурентни почесто.
- Добро диференциран Dukes C со метастази во лимфните јазли близу до туморот (Dukes C1) може перманентно да се излечи.
- Слабо диференциран Dukes C со метастази близу до рабовите на ресецираниот мезентериум (Dukes C2) е скоро секогаш рекурентен.
- Dukes D тумор може да се излечи перманентно само доколку е присутна солитарна црnodробна метастаза која може да се отстрани хируршки. Прогнозата на овие пациенти е идентична со просечната прогноза кај сите пациенти со колоректален карцином.

## РАДИОТЕРАПИЈА И АНТИНЕОПЛАСТИЧНИ ЛЕКОВИ

- Адјувантната антинеопластична терапија ја подобрува прогнозата кај пациенти со Dukes C тумори (ннд-А). Радиотерапијата и цитостатиците можат да ја намалат големината на солитарната метастаза времено (делумен одговор), но без хируршко отстранување на метастазата преживувањето не може сигнификантно да се зголеми.
- Според одделни студии, преоперативната радиотерапија или хемотерапија даваат целосен одговор во 10-20% од случаите (во препаратот не е најдено туморско ткиво), ја намалува локалната рекуренција и ја подобрува прогнозата. Радиотерапијата може да ја намали големината на инвазивниот тумор и да овозможи хируршка ресекција. Радиотерапија, од друга страна, има несакани ефекти кои го намалуваат квалитетот на животот на долг рок (ннд-В).

## НАСЛЕДНОСТ

- 1-5% од сите пациенти со колоректален карцином припаѓаат на семејства каде карциномот се наследува доминантно.
- Млада возраст и/или колоректален карцином во семејството сугерира херидитарност.
- Генетската основа на фамилијарниот колоректален карцином е утврдена, можат да се направат иследувања за да се идентификува предиспонирачкиот генетски дефект преку имунохистохемиски анализи за HNPCC (херидитарен неполипозен колоректален карцином).
- За да се идентификуваат индивидуите што се високоризични да развијат карцином, треба да се инсистира на фамилијарна анамнеза (дали родителите, браќата или сестрите имале карцином).

## ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Хемотерапијата го продолжува периодот без прогресија и вкупното преживување, во споредба со најдобрата супортатаивна терапија кај пациентите со напреднат или метастатски колоректален карцином (ннд-А).
- Не постојат едногласни докази дека квалитетот на живот по сфинктерпрезервирачка предна ресекција за ректален карцином е подобар, во споредба со абдоминопериинеална ресекција со колостом (ннд-Д).
- Лапароскопската колоректална ресекција, во споредба со конвенционалната ресекција, има клинички релевантни предности кај селектирани пациенти при традиционален perioperativен третман (ннд-В).
- Хемотерапија преку хепаталната артерија по хируршка ресекција на хепарот за црnodробни метастази кои потекнуваат од колоректален карцином може да го подобри преживувањето (ннд-С).
- Колоанална реконструкција со колоничен Ј пауч по ниска предна антериорна ресекција за ректален карцином дава подобра функција на цревата до 18 месеци постоперативно и сличен процент на постоперативни компликации, во споредба со директна колоанална анастомоза (ннд-В).
- Пре и peri-operativна употреба на еритропоетин, веројатно, не ги намалува трансфузиите на крв при операции поради колоректален карцином, иако доказите се инсуфициентни (ннд-Д).
- Во споредба со преоперативна радиотерапија, преоперативната хеморадијација може да не го зголеми вкупното преживување или периодот без болест, иако го зголемува патолошкиот одговор и ја подобрува локалната контрола кај ресектавилни стадиуми II и III ректални карциноми. Ефектите од perioperativна хеморадиотерапија на функционалните резултати и квалитет на живот не се комплетно разбрани (ннд-С).
- Хемотерапијата од втора линија е ефективна во продолжувањето на времето до прогресија и преживувањето кај пациентите со напреднат колоректален карцином (ннд-А).

- Vevacizumab во комбинација со хемотерапија го продолжува периодот без прогресија и вкупното преживување на пациентите со метастаски колоректален карцином, во споредба само со хемотерапија (ннд-А).
- Хипертермијата, веројатно, има дополнителен ефект заедно со радиотерапијата во третманот на напреднат ректален карцином, иако доказите се инсуфициентни. Не е познато дали овој ефект е јак како комбинацијата на хемотерапија и радиотерапија (ннд-Д).
- Инфузија на хепаталната артерија со флуоропиримидин во третманот на пациентите со нересектабилни метастази во црниот дроб од колоректален карцином веројатно не го зголемува преживувањето, во споредба со системската хемотерапија со флуоропиримидин, иако доказите се инсуфициентни (ннд-Д).
- Постојат инсуфициентни докази за бенефитите и за негативните страни на селективна интерна радиотерапија во дополние на хемотерапија кај пациенти со колоректален карцином и црnodробни метастази (ннд-Д).
- Пократко траење (3-6 месеци) на адјувантна хемотерапија за неметастаски колоректален карцином не е сврзано со полошо преживување без релапс и вкупното преживување, во однос на подолготрајната хемотерапија (9-12 месеци) (ннд-А).
- Хемотерапијата (единечна и комбинирана) го продолжува преживувањето без прогресија и вкупното преживување кај сите пациенти со напреднат или метастатски колоректален карцином, во споредба со најдобрата супортативна терапија (ннд-А).
- Инфузија на порталната вена со 5-флуороурацил може да предизвика апсолутно подобрување во 5-годишното преживување за околу 5% (ннд-С).
- Хормоналната терапија го намалува ризикот од колоректален карцином (ннд-А).
- Генетското тестирање за херидитарен неполипозен колоректален карцином може да го намали бројот на колонскопии и да помогне вниманието да се насочи кон следење на високоризичните популации (ннд-С).

## РЕФЕРЕНЦИ

1. Cunningham D, Atkin W, Lenz HJ, Lynch HT, Minsky B, Nordlinger B, Starling N. Colorectal cancer. Lancet 2010 Mar 20;375(9719):1030-47. [PubMed](#)
2. Ballinger AB, Anggiansah V. Colorectal cancer. BMJ 2007; 335:715-71
3. Figuerdo ym. Clin Oncol 2004;16:3395-407 tai Gill S ym Pooled analysis of fluorouracil-based adjuvant therapy for stage II and III colon cancer: who benefits and how much? J Clin Oncol 2004;10:1797-806.
4. Folkesson J, Birgisson H, Pahlman L, Cedermark B, Glimelius B, Gunnarson U. Swedish rectal cancer trial: long lasting benefits from radiotherapy on survival and local recurrence rate. J Clin Oncol 2005, 235644-50.
5. Bosset JF, Collette L ym. Chemotherapy with preoperative radiotherapy in rectal cancer. N Engl J Med 2006, 355:1114-23.
6. Gerard JP, Conroy T ym. Preoperative radiotherapy with and without concurrent fluorouracil and leucovorin in T3-4 rectal cancers: Results of FFCD9203. J Clin Oncol 2006; 24:4620-25.

Автор: Kai Klintrup Претходен автор:Jukka-Pekka Mecklin Article ID: ebm00197 (008.070) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines 03.09.2010 [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до септември 2014 година.**