

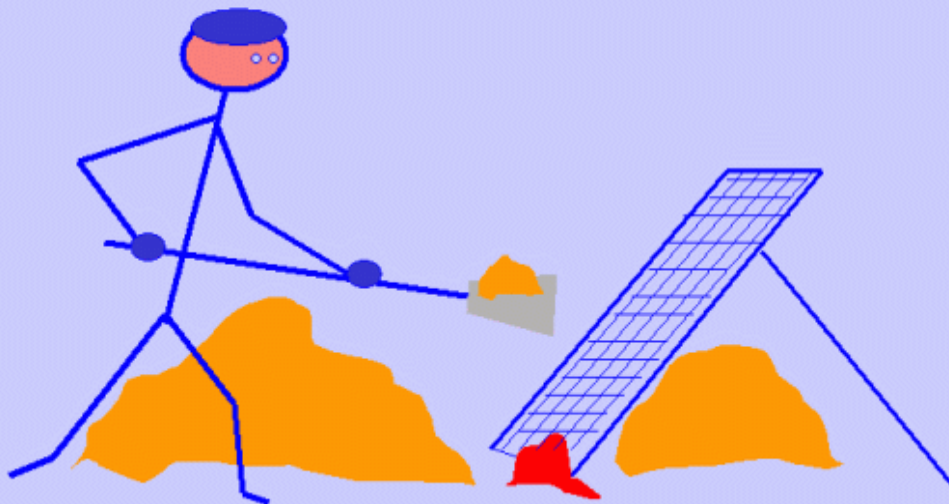
Skríning kolorektálneho karcinómu na Slovensku 2002

Úloha praktického lekára

Popis obrázku.

V priebehu mája a júna 2002 sme sa v 8 krajských mestách stretávali s PL. Oboznamovali sme sa vzájomne s podmienkami a problémami, ktoré nás čakajú pred spustením skríningu. Po organizačnej stránke sa podujatia ujala firma KRKA v zastúpení MUDr. Miklošovičovej. Zabezpečovala cestu, hotely, jedlo, techniku aj kultúrny program a bufet po prednáškach z vlastných zdrojov. Na prednáškach sa spolupodieľali MUDr. Hrčka, prof. Vavrečka, MUDr. Oltman a MUDr. Kužela. V prednáškach a diskusiách sme sa snažili vysvetľovať PL prečo je program taký dôležitý, ako majú postupovať v praxi a snažili sme sa naopak od nich získať námety pre ďalšiu spoločnú prácu.

Praktický lekár a Kolorektálny karcinóm



Jan2002

Popis obrázku.

Praktický lekár má v programe skríningu KRCa nezastupiteľnú úlohu. Slovensko je celé rozdelené po zdravotno - organizačnej stránke na jednotlivé obvody s približne rovnakým počtom pacientov. Systém poistenia je prakticky povinný. Každý praktický lekár teda vie koľko má pacientov a akú majú vekovú štruktúru. V porovnaní s inými často vyspelejšími krajinami kde často pacienti nemajú ani poistenie ani svojho stáleho lekára sme v obrovskej výhode. Je to totiž ideálny stav na začatie akéhokoľvek skríningu. Podmienkou je správna motivácia PL aby chceli aktívne ponúkať preventívne vyšetrenia svojim pacientom. Skúsenosti z USA napríklad hovoria, že žiadna reklama nedokáže presvedčiť pacienta o potrebe prevencie ak tento zámer aktívne nepodporí jeho lekár.

Ako to vyzerá v praxi?

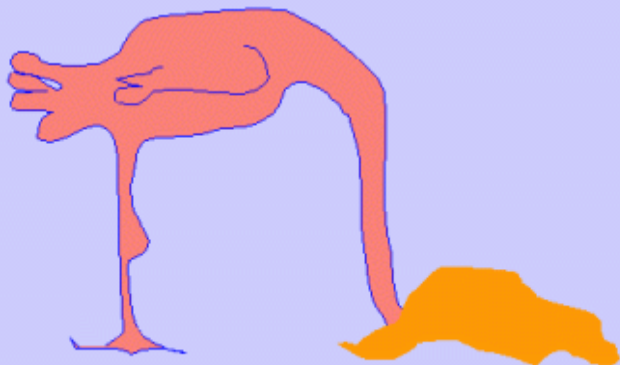
- 3 pacienti/10 000 konzultácií u PL ako Ca GIT
- 19 –29 týždňov od začiatku sympt. po chir. zákrok
- 1/3 Krka operovaných ako urgentný stav
- 45% urgent. operovaných > 75 rokov

Popis obrázku.

Na týchto číslach prezentujeme situáciu z Anglicka. Predpokladáme však, že situácia u nás je analogická ak nie horšia. Diagnostika karcinómov tráviaceho traktu v ambulancii PL je veľmi nízka napriek tomu, že tieto karcinómy patria k najčastejším. Stav sa rieši chirurgicky neskoro nie pre nedostatok chirurgov ale pre neskoré rozpoznanie ochorenia. Operovať karcinóm tráviaceho traktu ako urgentný stav obvykle znamená, že ide o veľmi pokročilý a teda neskoro rozpoznaný nádor. Až tretina takto operovaných pacientov je veľmi vysoké číslo. Taktiež relatívne vysoký podiel starších ľudí na urgentných operáciách týchto ochorení nie je iba pre ich prirodzene vyšší výskyt. Svedčí to hlavne o zanedbaní prevencie vo vyhľadávaní včasných štádií.

Prečo je to tak?

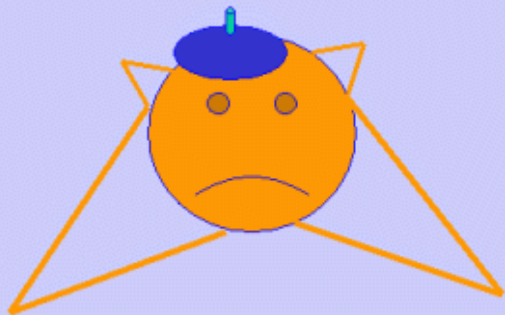
- Pacient často zľahčuje príznaky



Popis obrázku.

To, že pacient prichádza k lekárovi v pokročilom štádiu ochorenia je dané zčásti tým, že KRCa sa obvykle navonok prejavi neskoro. Ďalším fenoménom je nevedomosť laickej verejnosti, čo ide na vrub hlavne nedostatočnej osvety zo strany odbornej verejnosti. Výsledkom sú neadekvátne postoje laickej verejnosti a následný žalostný efekt v podobe vysokého výskytu pokročilých ochorení v našej populácii so zbytočne tragickými následkami.

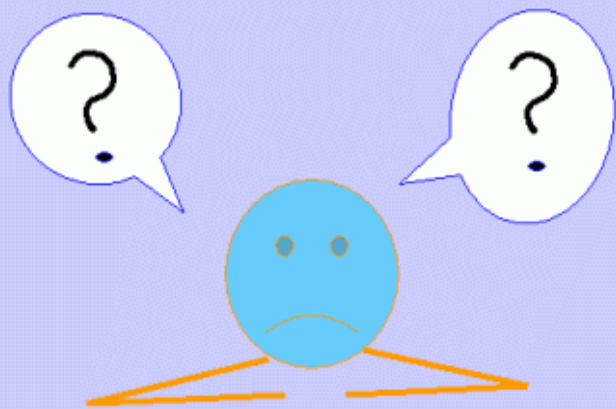
Obavy pacienta zo závažného nálezu



Popis obrázku.

Častou príčinou neochoty zúčastňovať sa akýchkoľvek diagnostických procedúr v čase keď sa človek cíti dobre je obava z výsledku. "Čo ak mi niečo nájdú?" Druhým častým omylom je predstava, že každé ochorenie sa chová približne tak ako chrípka. Ak je prítomná tak to cítim. Ak nie je prítomná tak mi nič nie je. Opäť je to iba nedostatok osvetu, ktorá by tieto mýty mala odstraňovať. Znamená to, že ak chceme byť v skríningu úspešní, nestačí všetko iba organizačne a po technickej stránke pripraviť. Ak nepochopíme, čo naša laická verejnosť nevie, nedokážeme viesť osvetu správnym smerom. Podstatnú úlohu v osвете musí zohrať aj PL minimálne v okruhu svojich pacientov. Až potom sú médiá, známe osobnosti a rôzne reklamné akcie, ktoré navyše stoja veľké prostriedky.

Strach pacienta z vyšetrovania a operácie



Popis obrázku.

Strach z vyšetrovania a operácie je prirodzený a musíme s ním rátať. Opäť tu však musí zapôsobiť autorita lekára, ktorý musí zdôrazniť pacientom význam prevencie. V prípade KRCa je to obzvlášť potrebné, no pacienti to musí niekto povedať a presvedčiť ho, že ak prekoná malé obavy na začiatku, vyhne sa tak veľkým problémom v budúcnosti.

- Lekár občas zľahčuje príznaky



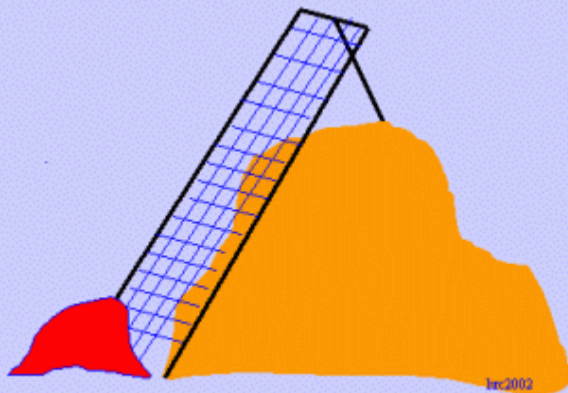
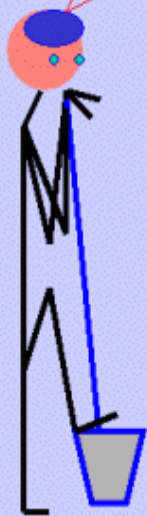
Popis obrázku.

Prevenia môže prinášať ovocie iba vtedy ak je lekár pesvedčený o jej správnosti. Žiaľ vtedy to tak nie je. Najčastejšou príčinou toho je nedostatočná informovanosť aj odbornej verejnosti. Z toho potom vyplýva aj tendencia k zľahčovaniu niekedy celkom zrejmych znakov a príznakov ochorení, ktoré nemusia vyjadrovať iba banálne veci. Obzvlášť sú ohrození takí pacienti, ktorí sa príliš pozorujú, so všetkým chodia k lekárovi a ten má potom tendenciu zľahčovať ich príznaky, pretože už toľko krát mal pravdu. Veľmi pekne to zahral Rudolf Hrušínský v nezabudnuteľnej postave "vesnického lekáre" vo filme Vesničko má středisková.

Popis obrázku.

Čo sa s tým dá robiť?

Ktorých pacientov poslať na kolonoskopiu?



Popis obrázku.

Skríning KRCa sa robí preto, aby sme dokázali vo vyšetrovanej skupine ľudí oddeliť tých s pozitívnym testom na skryté krvácnie a na tých, u ktorých bol test negatívny. Skupina pozitívnych, ktorú je potrebné odoslať na kolonoskopické vyšetrenie tvorí okolo 5% zo všetkých vyšetrených. Je to tá menšia červená "kôpka" na obrázku. Zo zahraničných skúseností vieme, že sa nám na kolonoskopiu nepodarí odoslať asi 15% TOKS pozitívnych pacientov.

Ktorých pacientov poslať na kolonoskopiu?

1. podozrenie na Krka - bez ohľadu na vek
2. Bez ohľadu na vek ak je v anamnéze údaj o FAP alebo Krka v mladom veku (susp. HNPCC)

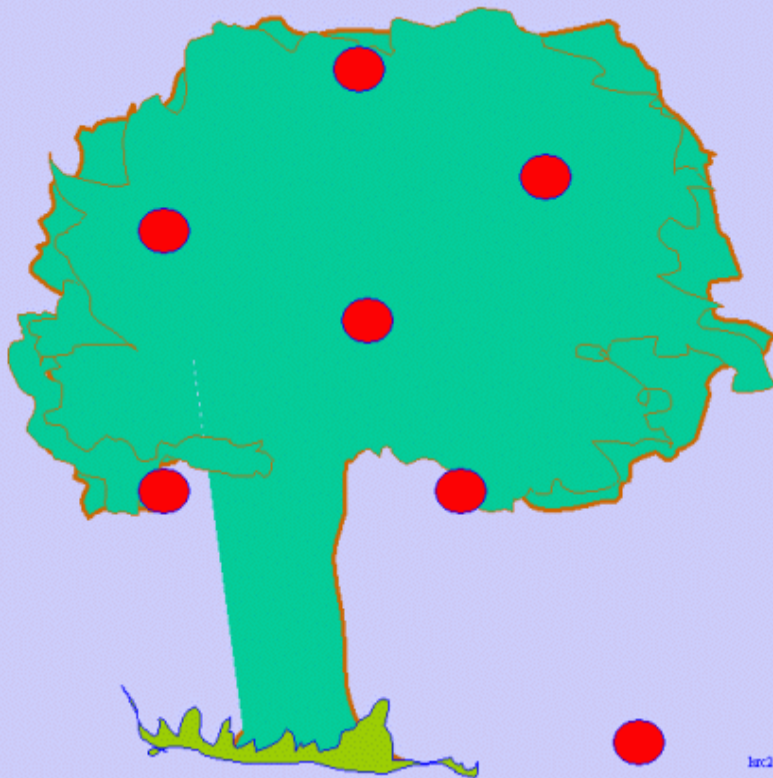
Popis obrázku.

Okrem pacientov, u ktorých bola v priebehu skríningu zistená pozitivita testu na skryté krvácanie v stolici, odosielame na kolonoskopiu aj bez testovania na skryté krvácanie a bez rozdielu veku dve veľké skupiny. Kolonoskopicky musia byť vyšetrení všetci pacienti, u ktorých máme podozrenie na základe znakov a príznakov, že môže ísť o KRCa. Druhou veľkou skupinou sú všetci tí, kde zistíme v rodinnej anamnéze familiárnu polypózu alebo ak sa u pokrvného príbuzného zistil KRCa už v mladom veku t.j. pod 40 rokov. Takýchto pacientov posielame na kolonoskopiu bez ohľadu na vek. Ide totiž o skupinu pacientov s vysokým rizikom vzniku KRCa.

Ktorí ľudia sú kandidátmi na skrining Krka pomocou TOKS?

Popis obrázku.

Praktický lekár sa začína stále častejšie stretávať s požiadavkou od občanov o vyšetrenie stolice na okultné krvácanie. Je to už predsa len pozitívny efekt osvetu. Problém je však v tom, že sa skriningu dožadujú i mladšie vekové skupiny, kde je toto skriningové vyšetrenie až na ďalej uvedené výnimky zbytočné. PL by mal týmto ľuďom vysvetliť, že vek 50 rokov nie je výmysel ministerského úradníka ale, že ide o štatisticky dokázanú vekovú hranicu, po ktorej KRCa začína prudko stúpať. Občan by teda mal pochopiť, že nejde o neochotu lekára ktorá bráni občanovi starať sa o svoje zdravie. Je to námet pre osvetu, v ktorej sa zrejme málo zdôrazňuje táto skutočnosť.



Popis obrázku.

Kolorektálny karcinóm je preto taký nebezpečný, že sa správa plíživo, nedáva o sobe vedieť a jedinec je často na vrchole svojich životných a pracovných síl. Je ako zdravý košatý strom, ktorý žiaľ nevie že jeho koreňky mu už začína obhrýzať nepriateľ karcinóm. Takýto človek sa iba ťažko rozhodne sám, aby sa dal akokoľvek vyšetrovať ak sa cíti úplne fit. Práve tu však musí do hry vstupovať lekár a osвета, aby sa tieto skutočnosti dostali do povedomia laickej verejnosti.

1. Vek nad 50 rokov bez suspekcie na Krka

- cítia sa úplne zdraví

- majú negatívnu rodinnú anamnézu

2. Vek nad 40 rokov ak sú bez GIT príznakov
no majú pozit RA na Krka

3. Bez rozdielu veku, ak sú po ME, HyE, OvE,
UrIs

Popis obrázku. Typickým kandidátom na skríning KRCa sú teda zdraví 50-tnici, ktorých treba aktívne oslovať či už pomocou osvetly alebo najúčinnjšie v ambulancii PL. Je dobré, že preventívna prehliadka aspoň raz za dva roky nad 50 rokov veku je už ošetrená zákonom a TOKS je jej súčasťou. Ak má občan výskyt KRCa v anamnéze u pokrvných príbuzných, skríning by sa u neho mal robiť od 40 rokov. V prípade, že ide o jedinca, ktorý je buď po operácii pre KRCa, po hysterektomii pre karcinóm alebo po mastektomii pre karcinóm či ureteroileostomii, takýto človek by mal mať skríning robený každoročne bez ohľadu na vek. Žiaľ tieto skutočnosti sa do zákona nedostali a ak by PL robil tieto vyšetrenia, tak ich bude znášať na vlastné náklady alebo presvedčí pacienta o nutnosti jeho spoluúčasti.

Kol'ko pacientov pripadne na 1 PL ?

Popis obrázku.

Pred začatím skriningu vyjadrovali PL obavy zo nárastu počtu preventívne vyšetovaných pacientov do takej miery, že sa to nebude dať zvládnuť a ohrozí to celý program. Ako ukážeme na ďalšom obrázku, naše odhady hovoria niečo iné. Prognózované čísla rozhodne nesvedčia pre taký nárast pacientov, ktorý by sa nedal zvládnuť.

Prednáška pre praktických lekárov počas turné po 8 krajských mestách rok 2002

[01](#) [02](#) [03](#) [04](#) [05](#) [06](#) [07](#) [08](#) [09](#) [10](#) [11](#) [12](#) [13](#) [14](#) [15](#) [16](#) [17](#) [18](#) [19](#) [20](#) [21](#) [22](#) [23](#) [24](#) [25](#) [26](#) [27](#) [28](#) [29](#) [30](#) [31](#)

Počet obyvateľov SR /2000 5 400 679

Počet 50-79 ročných 1 312 995

BLA	TRN	TRE	NIT	ŽIL	BBY	KOŠ	PRE
617	551	609	715	693	662	766	786

Predpokladaná účasť na skríningu Krka 30% (393 694)

48	41	45	56	47	50	53	50
----	----	----	----	----	----	----	----

Počet PL podľa krajov rok 2001(2000)

253	217	253	252	272	292	323	284
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Počet pacientov na 1 PL / rok 2002 (183)

201	189	181	223	176	171	165	178
------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

Popis obrázku.

Podľa oficiálnych štatistických údajov z roku 2000 bol počet ľudí nad 50 rokov 1 313 000. Počet obyvateľov podľa krajov sa pohybuje medzi 551 tis. v Trnavskom a 786 tis. v Prešovskom kraji. Podľa literatúry je účasť na takomto druhu skríningu do 30%, čiže asi 400 tis. ľudí. Ak tento počet rozdelíme podľa krajov pri zohľadnení počtu obyvateľov nad 50 rokov v jednotlivých krajoch, dostaneme počty od 41 tis. v Trnavskom až do 50 tis. v Prešovskom kraji. Ak tieto počty vydelíme počtom PL lekárov v jednotlivých krajoch, dostaneme počet ľudí nad 50 rokov, ktorí by mali byť za rok preventívne vyšetrení v každom kraji. V priemere ide o 183 pacientov. Myslíme si, že to nie je číslo, ktoré by nemohol PL za rok zvládnuť popri svojej práci.

Kol'ko karcinómov a prekanceróznych stavov môžeme odhaliť?

Popis obrázku.

Zmyslom skríningu KRCa je odhalenie čo najväčšieho počtu včasných štádií KRCa alebo adenómových polypov, ktoré sa na karcinóm môžu premeniť. Je preto potrebné kvantifikovať tento proces a pokúsiť sa urobiť si, čo najpresnejší odhad týchto čísel.

Prednáška pre praktických lekárov počas turné po 8 krajských mestách rok 2002

[01](#) [02](#) [03](#) [04](#) [05](#) [06](#) [07](#) [08](#) [09](#) [10](#) [11](#) [12](#) [13](#) [14](#) [15](#) [16](#) [17](#) [18](#) [19](#) [20](#) [21](#) [22](#) [23](#) [24](#) [25](#) [26](#) [27](#) [28](#) [29](#) [30](#) [31](#)

Celá populácia SR r.2000	5 400 579
Populácia nad 50-79r	1 312 995
Účasť na skríningu 30%	313 599
Pozitivita TOKS 3%	11 818

Zistený Krka 8,5%

808

Dukes AB 66%

Dukes C 27%

Dukes D 7,5%

533

218

61

Popis obrázku.

Ak predpokladáme, že ročne by sme dokázali podrobiť skríningu asi 314tis. ľudí nad 50 rokov pri ich 30% účasti, tak pri pozitívite testu 3%, ktorá je podľa literatúry najpravdepodobnejšia, by sme zachytili temer 12 tis TOKS pozit. ľudí. Ak predpokladáme podľa literatúry 8,5% výskyt KRCa zo všetkých TOKS pozit. ide o 808 ľudí s novoodhaleným KRCa a z nich by malo byť 66% zachytených v štádiu Dukes AB t.j štádiá, ktoré sú chgirurgicky vyliečiteľné. Znamená to, že tento program má pri bezproblémovom fungovaní schopnosť zachrániť 533 životov iba z titulu včasne odhalených KRCa.

Prednáška pre praktických lekárov počas turné po 8 krajských mestách rok 2002

[01](#) [02](#) [03](#) [04](#) [05](#) [06](#) [07](#) [08](#) [09](#) [10](#) [11](#) [12](#) [13](#) [14](#) [15](#) [16](#) [17](#) [18](#) [19](#) [20](#) [21](#) [22](#) [23](#) [24](#) [25](#) [26](#) [27](#) [28](#) [29](#) [30](#) [31](#)

Celá populácia SR r.2000	5 400 579	
Populácia nad 50-79r	1 312 995	
Účasť na skríningu 30%	313 599	
Pozitivita TOKS 3%	11 818	
Účasť na kolono 80%	9 453	
Zistený Ca 8,5%	808	
Dukes AB 66%	Dukes C 27%	Dukes D 7,5%
533	218	61

Zistené polypy 27,6%

2612

Tubl. 43%

Tubl.vl. 26%

Ca in situ 9,5%

Hyp.13%

1123

679

248

340

Popis obrázku.

Ak uvažujeme podobne ako v prípade KRCa, tak použijeme literárny údaj o 28% výskyte polypov zo všetkých TOKS pozit. ľudí. V tom prípade nám vyjde 2612 ľudí s novozistenými polypmi. Z nich je možné vypočítať počet tubulóznych, tubulovilóznych, Ca in situ alebo hyperplastických polypov. Okrem hyperplastických, ktoré sú benígne hociktorý z adenómových môže byť potenciálne zdrojom KRCa. Odhadovaný potenciál programu je teda zachytenie a odstránenie vyše 2000 polypov, ktoré by mohli byť východiskom KRCa.

Popis obrázku.

Kol'ko životov by bolo možné zachrániť ?

Prednáška pre praktických lekárov počas turné po 8 krajských mestách rok 2002

[01](#) [02](#) [03](#) [04](#) [05](#) [06](#) [07](#) [08](#) [09](#) [10](#) [11](#) [12](#) [13](#) [14](#) [15](#) [16](#) [17](#) [18](#) [19](#) [20](#) [21](#) [22](#) [23](#) [24](#) [25](#) [26](#) [27](#) [28](#) [29](#) [30](#) [31](#)

Incidenca Krka (SR/2000)	2 734
Mortalita Krka (SR/2000)	1 671
TOKS predpoklad pozit.	11 818
Kolonoskopia	9 453
Krka	808
Dukes AB	533
Ca in situ	248
Polypy (adenomy)	1 802
Počet pacientov s polypmi	1 481
Zachránené životy (DukAB+Ca in situ+polypy)	2 262

Popis obrázku.

Na Slovensku sa objaví ročne okolo 2700 nových prípadov KRCa. každý rok zomrie na toto ochorenie okolo 1600 ľudí. Ak by sme skriningom odhalili 11 818 ľudí, z ktorých by sa kolonoskopií podrobilo 9453 (viac než 85% ľudí z TOKS pozit. pacientov na kolonoskopii nedostaneme) znamenalo by to, že by sme mohli odhaliť 808 KRCa, z ktorých by bolo 533 v chirurgicky vyliečiteľnom štádiu Dukes AB. Zistili by sme a kolonoskopickou polypektomiou aj odstránili 248 Ca in situ a u 1481 pacientov by sme kolonoskopicky odstránili 1481 adenomových polypov. Ak spočítame uvedené čísla môžeme sa domnievať, že skrining KRCa by zachránil 2261 ľudských životov. Ak by program bežal na takejto úrovni, dokázal by znížiť mortalitu a incidenciu KRCa na Slovensku.

Ako nato?

Popis obrázku.

Všetky doteraz uvedené informácie a výpočty vychádzali z demografických údajov o našej populácii a zo štatistických literárnych údajov, ktoré predstavujú výsledky podobných skriningových štúdií v zahraničí. Tieto informácie nám teda pomohli načrtnúť akýsi ideálny model, ku ktorému by sme sa mali za ideálnych okolností priblížiť. Žiaľ ani jedna krajina na svete zatiaľ neukončila takto koncipovaný populačný skrining, takže nie je z čoho v detailoch čerpať. Je zrejmé, že niektoré kroky sú spoločné pre každý takýto skrining bez ohľadu na krajinu, v ktorej sa to deje. O takýchto krokoch si budeme hovoriť ďalej. Už v tejto počiatočnej fáze je však isté, že na nás čaká veľa neznámych a nepredvídateľných udalostí, ktoré bude potrebné riešiť za pochodu.



Vysvetľujúci rozhovor

Popis obrázku.

Pod pojmom vysvetľujúci rozhovor si musíme predstaviť trochu širšie súvislosti. Nie je to iba samotný rozhovor medzi PL a pacientom, ktorého chce PL získať pre skrínigové vyšetrenie-iked'tento je asi najdôležitejší. Je to aj osveta cez médiá, ktorou sa oslovuje laická verejnosť a sú to aj odborné publikácie, či audiovizuálne prostriedky komunikácie, ktorými sa školí odborná verejnosť. Toto naše turné je iba jednou z týchto foriem ako povedať PL čo sa od neho očakáva v rozhovore s ich pacientmi.

Vysvetľujúci rozhovor

- máte 50 rokov...
- rakovina hrubého čreva sa dá vyliečiť...
- budete tri dni za sebou odoberať vzorky stolice

7 dní Anopyrin
ex

DIETA
3 dni pred 3 dni počas
ZBERU STOLICE

Do 4 dni
odčítať TOKS

NIE
červené mäso, reďkovka, chren, brokolica,
karfiol, špenát, džúsy s vitamínom C

Popis obrázku.

Na dlhý rozhovor obvykle nie je v ambulancii PL čas. Napriek tomu nemalo by sa zabudnúť zdôrazniť pacientovi, že vek 50 rokov je kriticickým vekom, kedy prudko stúpa výskyt KRCa, ktorý sa však dá vyliečiť ak sa zistí včas a práve nato slúži jednoduchý nebolestivý test spočívajúci v odovzdaní kúska stolice. Je vhodné pacientovi zdôrazniť dietne a liekové obmedzenia počas zberu stolice, ktoré pomôžu test spresniť. Ak nato nie je čas, stačí pacienta upozorniť, aby si našiel chvíľu času a pozorne si prečítal návod, ktorý je veľmi jednoducho a zrozumiteľne napísaný na testovacej kartičke. Pacientovi je potrebné zdôrazniť, aby test po aplikovaní stolice doniesol na odčítanie do ambulancie do 4 dní od ukončenia zberu. Takáto informácia nezaberie PL viac ako 10 minút.

Prednáška pre praktických lekárov počas turné po 8 krajských mestách rok 2002

[01](#) [02](#) [03](#) [04](#) [05](#) [06](#) [07](#) [08](#) [09](#) [10](#) [11](#) [12](#) [13](#) [14](#) [15](#) [16](#) [17](#) [18](#) [19](#) [20](#) [21](#) [22](#) [23](#) [24](#) [25](#) [26](#) [27](#) [28](#) [29](#) [30](#) [31](#)

hrv2002

Formulár 1 skríning kolorektálneho karcinómu (KrKa) pre rok

Test na okultné krvácanie v stolici (TOKS) prvýkrát

Pacient:

Meno Priezvisko Rodné číslo Telefón (mobil, e-mail) Poist.

Adresa bydliska

•Pozorovali ste krv v stolici ? nie áno Ako dlho?

•Pozorovali ste zmenu pri vyprázdňovaní stolice?

nie

áno hnačku zácpu striedanie bolesti

•Vyskytli sa v rodine nádorové ochorenia ?(starí rodičia, rodičia, súrodenci, deti)

Nie

Ak áno upresnite (napr. sestra mala ca prsníka)

Vyhodnotenie TOKS:

Stolica aplikovaná na test dňa: Test vyhodnotený dňa:

Pozit **Negat.** **Nehodnotiteľný** **Nedodaný**

Popis obrázku.

PL by mal po tomto krátkom rozhovore vyplniť s pacientom prvú polovicu formuláru F1, kde sú identifikačné údaje pacienta a tri jednoduché otázky súvisiace s príznakmi prípadného ochorenia a otázka na prítomnosť iného nádorového ochorenia v rodine. Po vyplnení tejto časti a odložení do dokumentácie sa PL k formuláru vráti pri druhej návšteve pacienta, ktorý prinesie stolicu na vyhodnotenie. Po vyhodnotení stolice, zapíše PL do formulára výsledok. Práca s formulárom by nemala PL trvať viac než 10 min. Vzor F1 obdržali všetci PL na diskete pri prvej dodávke Hemokultu. F1 je možné nahráť do počítača, vytlačiť a vyplňať elektronicky, na písacom stroji alebo rukou. Raz za štvrt' roka stačí zozberané F1 odoslať do centra na uvedenú adresu.

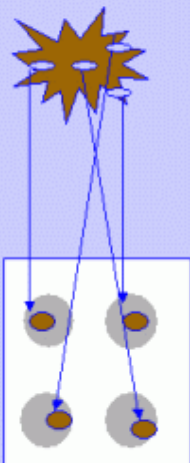


Popis obrázku.

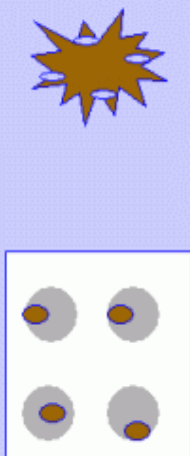
Karcinóm v hrubom čreve sa prezradí krvácaním. Hemoglobín v krvinkách má oxidačnú schopnosť. Guajakový test je bezfarebný chromogén, ktorý v styku s oxidačnou látkou - napr. hemoglobínom -, zmení svoju farbu na modro. Tento princíp sa využíva v diagnostike skrytého krvácania. Týmto spôsobom zistíme pozitívitu stolice. Zo všetkých takto zistených pozitívít sa ukáže ako príčina krvácania karcinóm v 2-6% a adenóm - vý polyp od 20 do 60%. Teda nie každá pozitívita stolice znamená karcinóm alebo adenóm. Častou príčinou sú hemoroidy, užívanie niektorých liekov alebo krvácania z iných častí tráviaceho traktu. Je niekoľko testov na tieto účely. Skrining by sa mal robiť testom, ktorým sa už robili veľké štúdie aj v zahraničí, pre možnosť porovnania výsledkov.

Aplikácia stolice

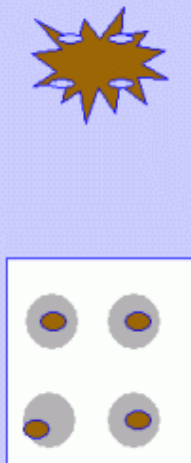
1 deň



2 deň



3 deň



Popis obrázku.

Krvácanie z nádoru alebo polypu je malé a nepravidelné. Na zvýšenie šance záchytu takéhoto skrytého krvácania sa musí stolica odoberať tri dni po sebe - preto je potrebné vybrať taký test, ktorý sa skladá z troch obálok a v každej obálke sú aspoň tri kartičky, pretože zo stolice treba odoberať vzorku aspoň z troch rôznych miest a každú vzorku dať do samostatného polička. Na teste je to veľmi jasne a zreteľne uvedené. K testu sú priložené malé špachtličky na nabratie stolice. Týmto spôsobom zvýšime šancu zachytenia i najmenších stôp krvácania do stolice. V prípade, že pacient má doma toaletnú misu kde stolica padá priamo do vody je možné vystihnúť kúsok kartónu tento dať do misy aby sa na ňom zachytila stolica a pacient nemusel loviť stolicu vo vode.

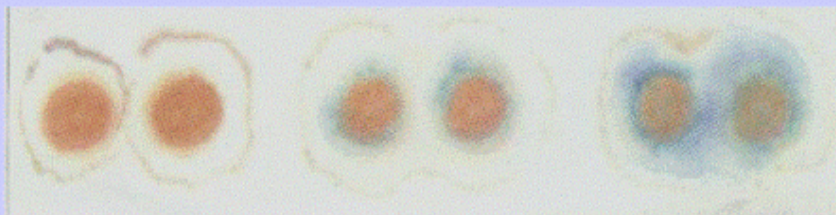
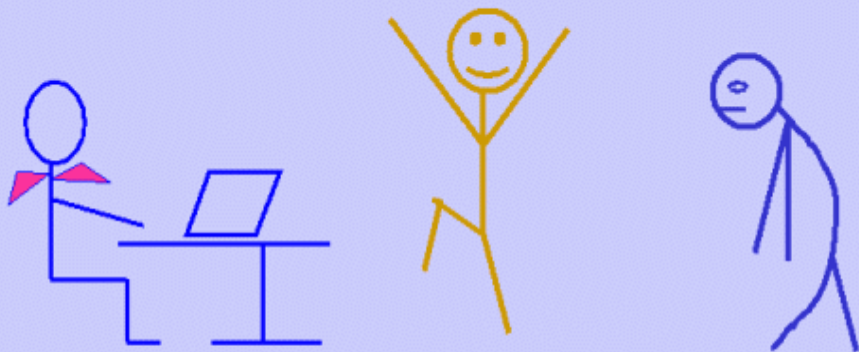
Odnieť TOKS do 4 dní



Popis obrázku.

Po nanosení stolice na okienko kartičky sa táto zatvorí. Nemala by byť odložená na miesto kde na ňu svieti slnko. Druhou podmienkou je doručiť kartičku do ambulancie PL do 4 dní po nanosení poslednej vzorky. Test je uspôsobený tak, aby sa dal zaslať aj poštou bez obáv znehodnotenia alebo hygienického ohrozenia okolia. Taktiež manipulácia s ním po otvorení je uspôsobená tak, aby nevznikli obavy z hygienického ohrozenia.

ODČÍTANIE TOKS do 30 sek.



Popis obrázku.

Po doručení testu do ambulancie PL sa testovacia kartička otvorí z opačnej strany než sa aplikovala stolica. Do vyznačených okienok sa kvapne dodané činidlo a po 30 sek. sa odčíta výsledok. Na obrázku z ľava do prava vidieť postupne negatívny, slabo pozitívny a výrazne pozitívny test. Pozitivita testu sa prejaví jeho sfarbením do modra. Test je pozitívny ak sa zafarbí čo i len jedno políčkou zberu z troch dní. Negatívny je test vtedy ak sú všetky políčka bez farebnej zmeny.

Prednáška pre praktických lekárov počas turné po 8 krajských mestách rok 2002

[01](#) [02](#) [03](#) [04](#) [05](#) [06](#) [07](#) [08](#) [09](#) [10](#) [11](#) [12](#) [13](#) [14](#) [15](#) [16](#) [17](#) [18](#) [19](#) [20](#) [21](#) [22](#) [23](#) [24](#) [25](#) [26](#) [27](#) [28](#) [29](#) [30](#) [31](#)

•Vyskytli sa v rodine nádorové ochorenia ?(starí rodičia, rodičia, súrodenci, deti)

Nie

Ak áno upresnite (napr. sestra mala ca prsníka)

Vyhodnotenie TOKS:

Stolica aplikovaná na test dňa: Test vyhodnotený dňa:

Pozit **Negat.** **Nehodnotiteľný** **Nedodany**

• Pacient bol odoslaný na kolonoskopiu: (uviesť meno lekára)

• Pacient odmietol kolonoskopiu pre : strach z vyšetrenia iné ochorenie iné príčiny

• Pacientovi vykonaná irigoskopia áno nie

• Užíval pacient posledných 10 dní k.acetylosalicylovú ? nie ak áno potom je potrebné upozorniť pacienta aby týždeň pred kolonoskopiou neužil k. acetylosalicylovú ani iné nesteroidové antireumatiká. O prerušení heparinizácie a pelenarizácie rozhodne až gastroenterológ podľa potreby vykonania polypektómie.

.....
pečiatka vyšetrujúceho lekára

(meno vyšetrujúceho lekára pri elektronickom kontakte)

Vážaná kolegynia, kolega, odošli vyplnený formulár na adresu MUDr.Hrčka Rudolf CSc. GEK-SPAM, NsP sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 85107 Bratislava. Možno tiež faxovať 63811218 alebo mejlovať (hrcka@npba.sk). Telefónny kontakt: 02 68672327 alebo sekretariát kliniky 02 68672012. Formulár je možné vyplňovať perom, strojom, počítačom (môžeme ho poskytnúť na diskete alebo odoslať mejlom). Formuláre je možné posielat' priebežne alebo hromadne najneskôr raz za štvrt' roka.

Popis obrázku.

Po odčítaní testu sa výsledok zapíše do formulára F1. V prípade positivity informuje lekár pacienta o tom, že by sa mal pacient podrobiť kolonoskopickému vyšetreniu, aby sa zistila príčina positivity. Obavy pacienta s prítomnosti karcinómu je potrebné zmierniť poukázaním na skutočnosť, že až v 90% spôsobila pozitivitu testu iná príčina než karcinóm a šanca, že sa takto odhalil polyp je 20 až 40 %. Pacientovi je potrebné vypísať sprievodný lístok na objednanie sa kolonoskopického vyšetrenia u gastroenterológa. Asi 15% pacientov kolonoskopiu napriek upozorneniu a vysvetleniu odmieta. Vtedy odporúčame aspoň irigoskopiu. Všetky tieto fakty zapíšeme do F1. Odoslanie F1 do centra je dôležitou spätnoväzobnou informáciou, bez ktorej sa projekt nedá vyhodnotiť.

Otvárame diskusiu



Popis obrázku.

Diskusia po prednáškach tvorila podstatnú časť našich stretnutí s PL v krajských mestách Slovenska. Často sa artikulovali obavy, že táto akokoľvek prospešná práca nebude honorovaná navyše mimo kapitácie. V tom období sme praktickým lekárom mohli iba sľúbiť, že sa budeme snažiť o to, aby sa táto skutočnosť legislatívne ošetrila, čo sa prakticky o rok potom aj podarilo. Z našej strany sme boli sklamaní pomerne nízkou, okolo 30% účasťou lekárov na tejto inštruktáži napriek pozvaniu všetkých. Prejavilo sa to v neskoršom období, kedy sme museli riešiť opakovane problémy, ktoré nemuseli byť pri vyššej účasti. Prednáškové turné však ako prvá informácia splnilo svoj účel.