

Skríning kolorektálneho karcinómu na Slovensku 2002

Úloha gastroenterológa

Popis obrázku. Pred spustením skríningu KRCa na Slovensku sme sa na jar roku 2002 stretli na Vráblikovom dni, kde sa vtedy zúčastnilo 90% všetkých aktívnych gastroenterológov. Cieľom bolo prezentovať predstavy o úlohe gastroenterológa v tomto procese a vyvolať diskusiu, ktorá by viedla k doladeniu programu. Na stretnutí sme rozdali všetkým diskety s formulárom F2, ktorý budú musieť vyplňať u každého TOKS pozit.pac. a tieto odosielať na spracovanie do centra podľa inštrukcií. I tento formulár slúži ako spätnoväzobný prvok o programe, bez ktorého nie je možné jeho fungovanie. Prezentovali sme aj niekoľko nepovinných formulárov, ktoré zjednocujú sledovanie pac. so zvýšeným rizikom KRCa a pac. po operácii pre KRCa a po polypektómiách. Pozri [FORMULÁRE](#)

Koľko kolonoskopií pripadne na jedno GE pracovisko ?

Popis obrázku. Pred zahájením skríningu vyjadrovali gastroenterológovia najväčšie obavy z toho, že nebudú schopní zvládnuť nárast TOKS pozitívnych pacientov. Na stretnutie sme si teda pripravili demografické údaje Slovenskej populácie a štatistické údaje pochádzajúce z podobných skrínigových akcií vo svete. Pomocou týchto faktov sme sa pokúsili prognózovať možný nárast kolonoskopií v našich podmienkach a diskutovať s gastroenterológmi, či je očakávaný nárast zvládnuteľný alebo nie.

Prednáška pre gastroenterológov na Vráblikovom dni rok 2002.

[01](#) [02](#) [03](#) [04](#) [05](#) [06](#) [07](#) [08](#) [09](#) [10](#) [11](#) [12](#) [13](#) [14](#) [15](#) [16](#) [17](#) [18](#) [19](#) [20](#) [21](#) [22](#)

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 skriningu Krka 30% (393 694)							
48	41	45	56	47	50	53	50
Predpokladaná pozitivita TOKS 3% (11 818)							
1465	1231	1373	1684	1438	1504	1605	1518
Predpokladaná účasť na kolonoskopii 80% (9453)							
1172	985	1098	1347	1150	1203	1284	1214
Počet zúčastnených kolonoskopických pracovísk (68)							
9	5	8	10	10	7	9	12

Počet kolonoskopií na jedno pracovisko a rok (135)

98 164 157 135 128 150 128 121

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 skriningu 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 predpokladáme 3% pozitivitu TOKS, znamená to, že 11 816 pac. by malo prísť na kolonoskopiu do GE ambulancií. Keďže viac ako 80% pac. sa kolonoskopie nezúčastní, medzi 68 kolonoskopických pracovísk sa rozdelí 9453 TOKS pozit. pacientov, čo je o 135 kolonoskopií na jedno pracovisko a rok navyše.

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. Tieto čísla môžu slúžiť ako dôležitý argument tak pri podpore v pokračovaní skríningu ako aj pri osвете a získavaní laickej verejnosti pre tento program.

Prednáška pre gastroenterológov na Vráblikovom dni rok 2002.

[01](#) [02](#) [03](#) [04](#) [05](#) [06](#) [07](#) [08](#) [09](#) [10](#) [11](#) [12](#) [13](#) [14](#) [15](#) [16](#) [17](#) [18](#) [19](#) [20](#) [21](#) [22](#)

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 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. Ak použijeme literárny údaj o 28% výskyte polypov zo všetkých TOKS pozit. ľudí, u 2612 zistíme polypy. Z nich mohlo byť vyše 2000 východiskom KRCa.

Kol'ko životov by bolo možné zachrániť za rok ?

Popis obrázku. Pozri obr.č.07

Incidencia 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

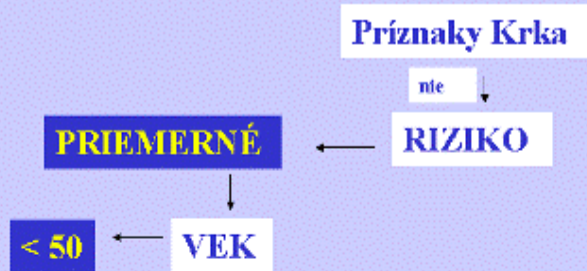
Popis obrázku. Na Slovensku sa objaví ročne okolo 2700 nových prípadov KRCa. každý rok zomrie na toto ochorenie okolo 1600 ľudí. Ak by sme skriningom odhalili 11 818 ľudí, z ktorých by sa kolonoskopií podrobilo 9453 (viac než 80% ľudí z TOKS pozit. pacientov na kolonoskopii nedostaneme) znamenalo by to, že by sme mohli odhaliť 808 KRCa, z ktorých by bolo 533 v chirurgicky vyliečiteľnom štádiu Dukes AB. Zistili by sme a kolonoskopickou PE odstránili 248 Ca in situ a u 1481 pacientov by sme kolonoskopicky odstránili 1481 adenomových polypov. Ak spočítame uvedené čísla môžeme predpokladať, že skrining KRCa by zachránil 2261 ľudských životov, čo by už dokázalo znížiť mortalitu a incidenciu KRCa na Slovensku.

Ktoré faktory sú rozhodujúce pri zaradení do skríningu ?

Popis obrázku. Najdôležitejším faktorom pre zaradenie do skríningu KRCa je vek nad 50 rokov. Ide o hranicu, kedy u ľudí v rozvinutých krajinách prudko stúpa výskyt KRCa. Na ďalších obrázkoch si demonštrujeme základný rozhodovací algoritmus pred ktorým stojí každý lekár, ktorý sa rozhoduje o tom či má pred sebou kandidáta na skrínung KRCa alebo ešte nie.



Popis obrázku. V prvom rade si treba uvedomiť, či máme pred sebou človeka, ktorý má symptomatológiu veľmi suspektnú z KRCa. Ak áno, nebudeme ho zaradovať do skríningu ale mu navrhne kolonoskopiu a vysvetlíme prečo. Vek v tomto prípade nie je rozhodujúci. Ak ide o bezpríznakového jedinca musíme zvážiť jeho riziko vzniku KRCa. Riziko môže byť priemerné tzn., musíme zvážiť faktor veku alebo zvýšené tzn., musíme zvážiť faktor anamnézy. Pozri ďalšie obrázky.



Popis obrázku. V prípade, že ide o bezpríznakového jedinca mladšieho než 50 rokov a nemá podozrivú anamnézu (pozri ďalej) jeho riziko vzniku KRCa je priemerné alebo inak povedané bežné pre populáciu v rozvinutých krajinách, čo je šanca dostať KRCa v priebehu života, ktorá sa rovná cca 6%.

Príznaky Krka

nie

RIZIKO

PRIEMERNÉ

VEK

>50

MOŽNOSTI

-TOKS každoročne

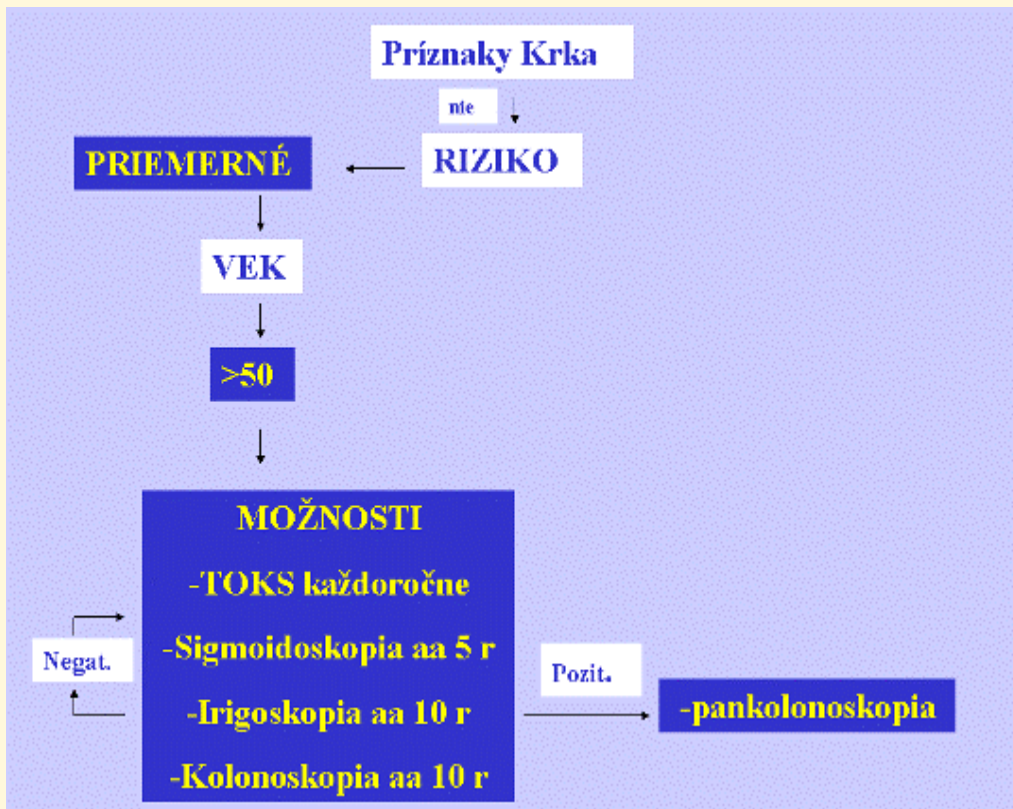
-Sigmoidoskopia aa 5 r

-Irigoskopia aa 10 r

-Kolonoskopia aa 10 r

Negat.

Popis obrázku. Priemerné riziko má i bezpríznakový jedinec s negatívnou anamnézou starší ako 50 rokov. Tento však už podlieha skríningu, pretože ako sme spomínali, šanca vzniku KRCa po päťdesiatke sa aj pri neprítomnosti genetickej záťaže v rozvinutých krajinách sveta prudko zvyšuje. Zatiaľ je najvhodnejšou metódou na populačný skrínig organizovaný celonárodný, ktorého cieľom je významné zníženie mortality a incidencie na KRCa v celej populácii test na odhaľovanie skrytého krvácanie v stolici pomocou testovacích kartičiek. Test by sa mal vykonávať každoročne. Vhodným testom je i sigmoidoskopia raz za 5 rokov alebo kolonoskopia raz za 10 rokov ak sa robí individuálny skrínig. Zatiaľ sa tieto metódy na populačný skrínig bežne nepoužívajú.



Popis obrázku. V prípade, že je TOKS pozitívny, alebo pri sigmoidoskopii či irigoskopii sa nájde pozitívny nález, pacient by mal absolvovať pankolonoskopia. Vieme totiž, že tak polypy ako aj nádory v ľavej časti kolonu môžu mať ďalšie "sesterské" lokality v hornejších častiach hrubého čreva. Jedinec po absolvovaní pankolonoskopie, ktorá bola negatívna (za podmienky, že bola správne technicky vykonaná a pri dobrom vyčistení čreva), nemusí absolvovať preventívne vyšetrenia so zameraním na odhalenie včasných foriem KRCa najbližších 10 rokov. Vyplýva to z toho, že na vznik malígnej transformácie z polypu na KRCa je potrebných 10 až 15 rokov.

Príznaky Krka

nie



RIZIKO



ZVÝŠENÉ

Popis obrázku. Sú v populácii jedinci, ktorí sú bezpríznakoví z hľadiska KRCa, no ich anamnéza ich zaraďuje medzi skupinu, ktorá má vyššie riziko vzniku KRCa než bežná populácia. Vek tu pri rozhodovaní či sa podrobia alebo nepodrobia skríningu, nehrá rozhodujúcu úlohu. Pozri ďalšie obrázky.



Popis obrázku. Anamnéza je rozhodujúcim rozhodovacím prvkom v určení rizika a ďalších preventívnych opatrení, ktoré zamedzia alebo znížia hrozbu naplnenia rizika. Praktický lekár, no i gastroenterológ by mal v súvislosti s KRCa vedieť, či ide o jedinca, ktorý má už za sebou buď polypektómiu, operáciu pre KRCa alebo má či už ulceróznu kolitídu alebo M.Crohn. Toto sú najčastejšie údaje v osobnej anamnéze, ktoré označujú jedinca so zvýšeným rizikom KRCa. Pozri obr.15.



Popis obrázku. Pacienti so zvýšeným rizikom vzniku KRCa v dôsledku pozitívnej osobnej anamnézy by mali byť dispenzarizovaní a sledovaní podľa zásad, ktoré sú prezentované v časti FORMULÁRE -formuláre č. F6 až F12.

Príznaky Krka

nie ↓

RIZIKO →

ZVÝŠENÉ ↓

ANAMNÉZA →

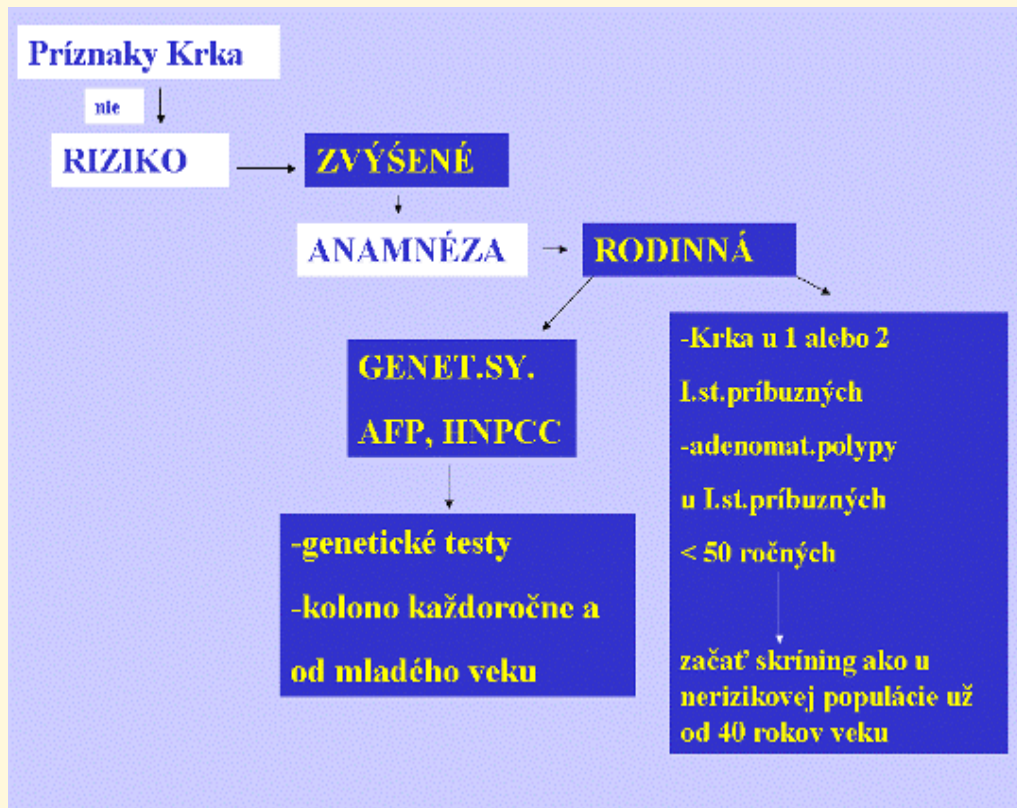
RODINNÁ ↙

GENET.SY.

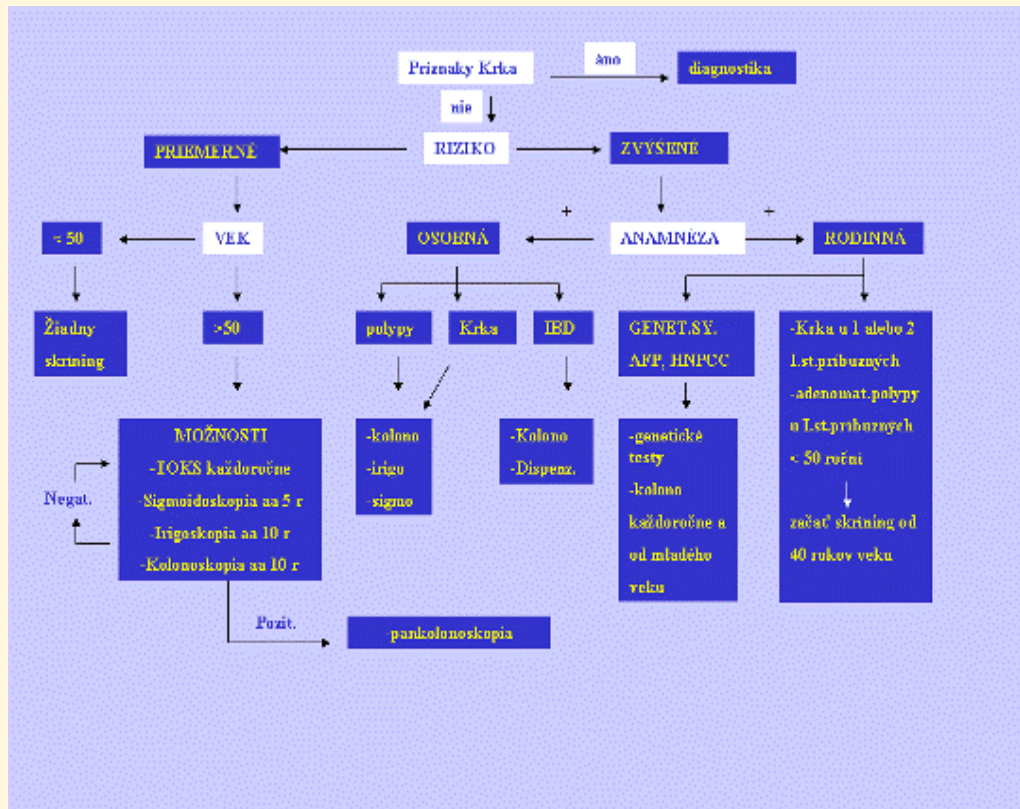
AFP, HNPCC

-genetické testy
-kolono každoročne a
od mladého veku

Popis obrázku. V prípade, že sa v rodinnej anamnéze dopátrame o pokrvných príbuzných, ktorí majú diagnostikovaný familiárnu polypózu kolonu (FAP) alebo Hereditárny nepolypozny karcinóm (HNPCC) alebo sa v pokrvnom príbuzenstve vyskytli KRCa vid' obr. 17, takíto jedinci majú zvýšené riziko vzniku KRCa a musíme ich dispenzarizovať a sledovať podľa plánov zobrazených v sekcii FORMULÁRE - F3-F5.



Popis obrázku. Obrázok stručne vymenúva fakty z rodinnej anamnézy o ktorých by sme mali vedieť, pretože sú rozhodujúce pre označenie jedinca so zvýšeným rizikom vzniku KRCa, u ktorých by mal začať skrining KRCa od 40 rokov. Podrobnosti sú uvedené v časti PUBLIKÁCIE - Skrining a dispenzarizácia u premalígnych stavov..... Návrh dispenzarizačných plánov vo forme formulárov dostali na diskeete všetci gastroenterológovia, ktorí sa na tomto stretnutí zúčastnili.



Popis obrázku. Schéma zobrazuje celý algoritmus rozhodovania o tom, kto podlieha skríningu KRCa od akého veku a čo je rozhodujúce pri tomto rozhodovaní sa.

Formuláre

Popis obrázku. Formulár F2 je spätnoväzobnou informáciou medzi gastroenterológom a koordinačným centrom, ktoré riadi celý skrining. Gastroenterológ vyplňa tento formulár po kolonoskopickom vyšetrení TOKS pozit. pacientov. Bez jeho vyplňania a pravidelného odosielania nemôže program skriningu adekvátne fungovať. Formulár bol pripravený tak, aby sa dal vyplniť elektronicky, strojom alebo perom.

Prednáška pre gastroenterológov na Vráblikovom dni rok 2002.

[01](#) [02](#) [03](#) [04](#) [05](#) [06](#) [07](#) [08](#) [09](#) [10](#) [11](#) [12](#) [13](#) [14](#) [15](#) [16](#) [17](#) [18](#) [19](#) [20](#) [21](#) [22](#)

Formulár 2

skrining kolorektálneho karcinómu (KrKa) pre rok 2002

Pacient odoslaný na kolonoskopiu od MUDr. []

Dňa: []

Pre pozitívny test na okultné krvácanie v stolici (TOKS)

Pre údaj krvi v stolici

Meno a priezvisko pacienta

Rodné číslo

Telefón pacienta (mobil, e-mail)

Poist.

Adresa pacienta

POLYP	Prisaditý				Stopkatý				Laločnatý				Poznámky
	R	Lk	Tr	Pk	R	Lk	Tr	Pk	R	Lk	Tr	Pk	
Počet polypov													
Veľkosť polypov (mm)													
Polypektómia úspešná	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polypektómia neúspešná	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polyp nezískaný po polypektómii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perforácia pri polypektómii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krvácanie pri polypektómii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polyp odstránený na viackrát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polyp odoslaný na histol. vyšetrenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Histologicky ide o hyperpl. polyp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-adenóm s ľahkou dyspláziou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-adenóm s ťažkou dyspláziou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-ide o TA, TVA, VA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Histologicky ide o karcinóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ysve tlivky: R- rektum, Lk- ľavé kolon, Tr- colon transversum Pk- pravé kolon, TA- tubulárny adenóm, TVA- tubulovibčný adenóm, VA- vilózný adenóm.

Popis obrázku. Z F2 formulára získavame informácie o veku, pohlaví, a regióne v ktorom pacient býva. Chceme vedieť či mu bol zistený polyp. Ak áno koľko ich bolo, kde boli lokalizované, akú mali veľkosť a tvar, či sa ich podarilo odobrať, či boli histologicky vyšetrené, aký bol histologický záver či boli počas kolonoskopie a polypektómie nejaké komplikácie a či sa kolonoskopia podarila celá.

Prednáška pre gastroenterológov na Vráblikovom dni rok 2002.

[01](#) [02](#) [03](#) [04](#) [05](#) [06](#) [07](#) [08](#) [09](#) [10](#) [11](#) [12](#) [13](#) [14](#) [15](#) [16](#) [17](#) [18](#) [19](#) [20](#) [21](#) [22](#)

•Bude pacient dispenzarizovaný u svojho gastroenterológa? Ano nie

•Ak nie tak u koho? (Onkológ? Internista? Chirurg)

TUMOR	Stenotizujúci				Exofitický				Exulcerovaný				Pozn
	R	Lk	Tr	Pk	R	Lk	Tr	Pk	R	Lk	Tr	Pk	
Lokalizácia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Histologicky ide o karcinóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Histologicky ide o zápal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asi nereprezentatívny odber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

•Bol pacient odoslaný na chirurgické riešenie? áno nie

•Ak nie prečo? (odmietol sa dať operovať... atď)

Zistený iný zdroj krvácania ako možná príčina pozit. **TOKS**? (hemoroidy, kolitída atď)

Napriek pozitívne **TOKS** nezistený zdroj krvácania v kolone áno

• Má pacient ulceróznou kolitídu? áno nie

• Má pacient M Crohn? áno nie

• Má pacient familiárnu polypózu? áno nie

• Je pacient po kuratívnej resekcii kolonu pre kolorektálny karcinóm? áno nie

• Je pacientka po operácii karcinómu **prsníka**? áno **ovária** áno **maternice** áno

nie nie nie

• Vyskytol sa v rodine K_rK_a v mladom veku bez polypózy? (Lynch I) áno nie

• Vyskytol sa v rodine K_rK_a v mladom veku bez polypózy a navyše sa vyskytli i

ďalšie malignity? (žalúdok, pankreas, endometrium, močový mechúr, koža) (Lynch II) áno nie

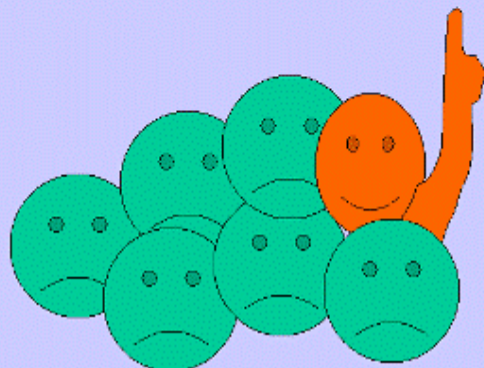
pečiatka vyšetrujúceho lekára

(meno vyšetrujúceho lekára pri elektronickom kontakte)

Vážená kolegynia, kolega! Po obdržaní histológie odošli formulár na adresu MUDr. Hríka Rudolf CSc., GEK-SPAM, NsP sv. Cyrila a Metoda Antolská 11 851 07 Bratislava. Možno tiež faxovať na číslo 63811218 mejlovať na adr hrika@npba.sk alebo telefonovať na bratislavské číslo 68672327 alebo 68672012 (sekretariát kliniky). Formulár je možné vyplniť perom, strojom, počítačom (môžeme ho poskytnúť na diskete alebo odoslať mejlom. Formulár je možné poslať prieběžne alebo hromadne najneskôr však raz za štvrt' roka.

Popis obrázku. Z F2 formuláru by malo byť zrejme, či pacient po polypektómii bude dispenzarizovaný a u koho. Okrem polypov nás zaujíma, či bol zistený tumor. Ak áno, v ktorom mieste, akého bol tvaru aký mal charakter z hladiska klinického správania sa, či bol histologizovaný a s akým výsledkom. Tiež nás zaujíma či bol pacient odoslaný na chirurgické riešenie a kde bude ďalej dispenzarizovaný. Zisťujeme tiež či bola zistená iná príčina pozitivity a v prípade, že áno, aká. Ak sa príčina skrytého krvácania nezistila tiež sa to zaznamená. Vo formulári je i miesto na zaznamenanie geneticky podmienených foriem KRCa a stavov, ktoré zvyšujú riziko vzniku KRCa. Všetky údaje sú po odoslaní F2 do centra spracované štatisticky a o ich výsledkoch budeme pravidelne informovať. Pozri [VÝSLEDKY](#)

Otvárame diskusiu...



Popis obrázku. V diskusii bolo cítiť doznievajúce napätie z rozhodnutia MZSR, ktoré rozhodlo, že plánovaný nákup nových kolonoskopov na tento program sa bude týkať iba pracovísk, kde pracujú štátni gastroenterológovia. Platná legislatíva totiž neumožňovala nákup zo štátnych prostriedkov pre neštátne zariadenia. Podstatou druhého hlavného problému bol princíp limitov zo strany poisťovní. Neštátni gastroenterológovia sa obávali, že ak sa vyšetrenia TOKS pozitívnych pacientov dostanú nad limit, nemusia im byť zaplatené. Záver diskusie však bol taký, že program je potrebné rozbehnúť a problémy, ktoré vzniknú, budeme riešiť spoločne tak, aby sa gastroenterológovia nestali jeho brzdou.