

СКРИНИНГ НА КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК В СТРАНАХ ЕВРОПЫ

Зорина Ольга Сергеевна

магистрант, Карагандинский медицинский университет, Казахстан, г. Караганда

Сергалиев Талгат Советович

канд. мед. наук, исполняющий обязанности доцента кафедры общественного здравоохранения, Карагандинский медицинский университет, Казахстан, г. Караганда

Screening of colorectal cancer in Europe

Olga Zorina

master's degree student, specialty "Nursing", Karaganda medical University, Kazakhstan, Karaganda

Talgat Sergaliev

candidate of medical Sciences, acting associate Professor of the Department of public health, Karaganda medical University, Kazakhstan, Karaganda

Аннотация. В последнее время среди населения регистрируются высокие показатели заболеваемости колоректальным раком. Для снижения данных показателей функционирует скрининг на раннее выявление колоректального рака. Успешность проведения скрининга зависит не только от слаженной работы медицинских работников, но в то же время высокой приверженности целевой группы населения к скринингу.

Abstract. Recently, high incidence rates of colorectal cancer have been recorded in the population. For reducing these indicators there is a screening for the early detection of colorectal cancer. The success of the screening depends not only on the well-coordinated work of medical staff, but at the same time on the high level of adherence of the target population of screening.

Ключевые слова: колоректальный рак; скрининг; рак толстого кишечника.

Keywords: colorectal cancer; screening; colon cancer.

Колоректальный рак в Европе в 2012 году занимал второе место среди злокачественных заболеваний, ежегодно насчитывающим 447 000 новых случаев [1].

В Испании скрининг на раннее выявление рака толстого кишечника проводится в возрастной группе 50 – 69 лет, тест на скрытую кровь каждые 2 года, диагностическую колоноскопию при положительном результате оккультного теста. В стране Басков профилактическая программа на рак толстого кишечника проводится с 2009 года. Скрининг включает FIT тест, каждые 2 года, с последующей колоноскопией при положительном результате гемокульт-теста. В период с 2009 по 2011 годы оценка использования FIT- теста показала различия среди мужчин и женщин. Положительных результатов тестов и обнаружение полипов было больше у мужчин, но ложноположительных результатов колоноскопии было больше у женщин [2, 3].

В Италии лицам 50–74 лет, которым необходимо пройти скрининг на колоректальный рак выполняют FIT тест [4]. Показатели участия населения в гемокульт-тесте выше, в том случае если тест отправляется пациенту на дом [5]. В 2007 году по данным социологического опроса в колоноскопии участвовало 21,3%, отмечается необходимость совершенствования способов предоставления профилактической медицинской помощи и привлечение пациентов к популяционному скринингу [6]. При анкетировании 1165 лиц целевой группы скрининга в Южной Италии выяснено, что необходимы меры по повышению приверженности населения к скринингу на колоректальный рак путем повышения уровня знаний у пациентов. Только 18,5% знают о факторах риска колоректального рака, 50% респондентов знали о проведении гемокульт-теста, факторах риска, боялись услышать диагноз «рак» [7].

Хорватская национальная скрининговая программа на колоректальный рак была внедрена в 2007 году и включает FOBT тест и колоноскопию как основные диагностические исследования. В 2009 году в структуре заболеваемости рак толстого кишечника занимал второе место [8].

В Австрии общенациональная скрининговая программа на раннее выявление колоректального рака была внедрена в 2007 году. Так, как колоноскопия – инвазивная процедура, польза от данного исследования должна быть выше, а риски минимальными (перфорация кишечника, риск кровотечения). С 2007 по 2014 годы по результатам исследований, осложнения в процессе проведения колоноскопии были в 0,2% случаев. Распространенными осложнениями являются кровотечения и перфорация [9].

В Великобритании пациенты из социально-экономически неблагополучных районов менее привержены к скринингу, из 67% – женщины посещают чаще мужчин [10].

Скрининговая программа на раннее выявление колоректального рака в Шотландии проводится среди мужчин и женщин в возрасте 50-74 лет, включающая FIT/gFOBT тесты каждые 2 года, пациентам предварительно отправляется информационное письмо с приглашением на скрининг, после чего отправляется gFOBT тест на дом, при его слабоположительном результате, неудачном выполнении теста, пациенту отправляется иммунохимический тест [11].

В Германии с 2002 года проводится скрининг на рак толстого кишечника среди мужчин и женщин начиная с 55-летнего возраста. В руководствах по скринингу рекомендуется проходить скрининг на рак толстого кишечника с 50 лет, но страховкой расходы скрининга покрываются лишь лицам старше 55 лет. В последнее время чаще регистрируются случаи рака толстого кишечника в возрасте младше 55 лет и пациенты обращаются за медицинской помощью уже с абдоминальными симптомами [12].

Национальная скрининговая программа на раннее выявление колоректального рака в Нидерландах была введена в январе 2014 году. Целевой группой являются лица возрастной

категории 55–75 лет, проведение FIT теста каждые 2 года, при положительном результате которого проводится колоноскопия [13, 14]. Согласно опросу 1679 нидерландцев было выявлено, что 55% узнали о скрининге по телевидению, в интернете 3%, от врачей общей практики 3% и др. 97% опрошенных на вопрос «Всегда ли положительный тест на скрытую кровь говорит о 100%-ти колоректального рака?» ответили положительно [15].

Во Франции скрининговая программа на раннее выявление колоректального рака включает целевую группу населения в возрасте 50–74 лет, им отправляется электронное приглашение на почту для консультации врачом общей практики и выдачи FIT теста, который необходимо проходить каждые 2 года, при положительном результате которого пациент направляется к гастроэнтерологу на колоноскопию [16]. По данным исследований, скринингу менее подвержены пациенты, имеющие хронические заболевания и низкое социально-экономическое положение [17, 18]. По мнению врачей общей практики, одной из причин по которой они не успевают рекомендовать пройти скрининг – нехватка времени во время приема пациента, нацеленность на лечение сопутствующих заболеваний, возникают трудности с убеждением пациентов пройти скрининг при отсутствии у них симптомов. Врачи считают скрининговую программу сложной как для самих врачей, так и для пациентов. По данным опроса некоторые пациенты не знают, с какого возраста начинается скрининг. Те, кто имеет колоректальный рак в семейном анамнезе более привержены к скринингу, пациенты с хроническими заболеваниями, часто обращающиеся в медицинскую организацию имеют более высокий процент участия. О скрининге пациенты узнают от семьи, друзей, врачей, из СМИ, но также подчеркивают их работу на недостаточном уровне.

Пациенты, выполняющие гемокульт-тест самостоятельно опасаются провести его ошибочно и получить ложно-положительный результат, некоторым пациентам необходимо напоминать о скрининге, по причине их забывчивости. Часть пациентов не считают необходимостью проходить скрининг и тратить свое время при отсутствии у них симптомов заболевания, у этих же пациентов наблюдаются низкий уровень знания о скрининге на колоректальный рак и страх о положительном гемокульт-тесте.

Женщины, прошедшие скрининг на рак молочной железы и рак шейки матки более привержены к скринингу на раннее выявление колоректального рака. Врачи общей практики, имеющие на своей практике отрицательные результаты гемокульт-тесты менее склонны к рекомендации пациентам пройти скрининг. В период сезонности гриппа врачам общей практики труднее находить время для консультации пациентов относительно скрининга. В ходе социологического опроса, было выявлено, что некоторые ВОП выделяют отдельный график для посещения пациентами скрининга. Большая часть врачей ориентируется лишь на медицинские барьеры, связанные со скринингом и в меньшей доли обращают внимание на социальные и психологические препятствия, отмечается необходимость повышения уровня коммуникативных навыков у врачей [19].

В 2012 году во Франции рак колоректальный рак по распространенности занимал 3 место после злокачественных заболеваний предстательной и молочной железы. Во Франции проведение скрининга на колоректальный рак проводится согласно классификации риска. Имеются группы среднего, высокого и очень высокого риска. Пациенты со средним риском рака толстой кишки проходят гемокульт-тест (FOBT) каждые 2 года, начиная с 50-ти лет. Группа пациентов с высоким риском имеют случаи колоректального рака в семейном анамнезе, хроническими воспалительными заболеваниями кишечника более 10 лет от установления диагноза. Пациенты данной группы регулярно должны проходить колоноскопию начиная с 45-ти лет каждые 5 лет. В случае обнаружения полипов следующая колоноскопия планируется через 3 года. Группу пациентов очень высокого риска составляют лица с семейным аденоматозным полипозом или синдромом Линча.

Скрининговая программа Франции на раннее выявление колоректального рака имеет показатели низкого участия населения – 33%. Малигнизация полипов кишечника происходит примерно от 10 до 20 лет, из этого следует необходимость выполнения колоноскопии с возможностью полипэктомии. При этом проведении эндоскопического исследования толстого кишечника в 0,3 % возможны такие осложнения как перфорация кишечника [20]. Причиной отказа от колоноскопии являются боязнь заразиться во время процедуры, а также сопутствующие заболевания [21, 22].

В результате исследования выявлена эффективность использования информирования целевой группы населения о скрининге – по телефону. После телефонного разговора, дополнительно информация о скрининге отправляется медицинскими сестрами на электронную почту, в адаптированной, доступной форме [23].

В 2015 году во Франции и Швейцарии был проведен опрос 3400 врачей ПМСП относительно скрининговых программ. По результатам ответов в Швейцарии 86% ответили в пользу выбора колоноскопии и 93% во Франции выбрали тест на скрытую кровь [24].

В Восточной Европе, в Болгарии отмечается хорошая информированность пациентов врачами общей практики, они удовлетворены предоставляемой информацией о скрининге [25].

В Чешской Республике скрининг – программа на раннее выявление колоректального рака была внедрена в 2000 году. В скрининг включены мужчины и женщины в возрасте от 50 до 75 лет. Скрининговым тестом является FOBT [26]. В случаях бесплатного гемокульт-теста отмечаются более высокие показатели участия населения в скрининге [27].

В Венгрии в целях снижения заболеваемости и смертности планируется внедрение скрининговой программы на раннее выявление колоректального рака. В 2015 году была введена пилотная скрининговая программа на колоректальный рак, включающая целевую группу населения в возрасте 50–70 лет в графстве Цонград. Скрининговыми обследованиями являются иммунохимический гемокульт-тест и колоноскопия. Показатель заболеваемости составил 183 на сто тысяч населения. Из 22 130 приглашенных, показатель участия составил 46,4% [28].

В Польше национальная скрининговая программа на колоректальный рак действует с 2000 года, возрастную категорию пациентов составляют лица 50–65 лет, диагностическим исследованием скрининга является колоноскопия [29].

Общенациональная скрининговая программа на раннее выявление колоректального рака в Дании была внедрена в 2014 году, направлена на целевую группу населения в возрасте 50–74 лет. Скрининг включает проведение иммунохимического теста на определение кала на скрытую кровь, каждые два года. На почту пациентов отправляется письмо с информацией о скрининге и гемокульт-тест. При положительном результате теста, пациенту вновь отправляется письмо с приглашением на колоноскопию. С введением скрининга отмечается снижение заболевания на IV стадии и повышение показателей заболеваемости колоректальным раком на первых стадиях. В 2013 году тридцатидневная смертность после хирургических операций по поводу колоректального рака составила <2 % [30–31].

Скрининговая программа на колоректальный рак в Финляндии внедрена в 2004 году для муниципалитетов, направлена на возрастную категорию 60–69 лет. Проведение gFOBT теста каждые 2 года пациентами в домашних условиях, готовые тесты возвращаются в медицинскую организацию почтой. При положительном результате пациент информируется медицинской сестрой по телефону и приглашается на колоноскопию [32]. В 2004 году охват населения скринингом составил 70,8 %, у женщин показан более высокий процент участия – 78,1 %, у мужчин – 63,3 % [33]. С 2004 по 2006 год охват населения скринингом составил 71 %, гемокульт-тест прошли 52 994 человека, из которых 78 % женщин [34]. В 2007 году охват скрининговой программы по колоректальному раку Финляндии составил 1/3 населения [35]. В Финляндии по данным исследования были выявлено, что мужчины, не состоявшие в браке, имеют низкий процент участия в скрининге [36].

Рак толстой кишки является одним из самых распространенных онкологических заболеваний в Литве. Приблизительно 1500 новых случаев диагностируется каждый год и увеличивается с каждым годом. В Литве программа ранней диагностики рака толстой кишки проводится бесплатно [37], ориентирована на категорию лиц в возрасте 50–74 лет. Раз в 2 года пациенты должны пройти гемокульт-тест, в случае положительного результата которого врач общей практики выдает направление в кабинет эндоскопии, где будет проводиться колоноскопия. Эта скрининг-программа реализуется в Вильнюсском, Каунасском, Клайпедском и Шяуляйском уездах с 2012 года. С января 2013 года в Паневежском и Таурагском краях, в 2014 года в Алитусском уезде [38].

Заключение. Скрининговая программа направлена на своевременное диагностирование и соответствующее лечение злокачественной патологии, эффективной санитарно-просветительской работы медицинских работников с населением и повышением уровня вовлеченности пациентов в скрининг-программу.

Список литературы:

1. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012 // *European journal of cancer*, 2013, 49, P. 1374-1403
2. Arana-Arri E., Idigoras I., Uranga B., et al. Population-based colorectal cancer screening programmes using a faecal immunochemical test: should faecal haemoglobin cut-offs differ by age and sex? // *BMC cancer*, 2017, Vol. 17, № 577.
3. Portillo I., Idigoras I., Ojembarrena E., et al. Main results of the colorectal cancer screening program in the Basque Country (Spain) // *Gaceta sanitaria*, 2013, Vol. 27 (4), P. 358-361.
4. Fedeli U., Zorzi M., Urso EDL., et al. Impact of fecal immunochemical test-based screening programs on proximal and distal colorectal cancer surgery rates: A natural multiple-baseline experiment // *Cancer*, 2015, Vol.121 (22), P. 3982-3989.
5. Rossi P.G., Grazzini G., Anti M., et al. Direct mailing of faecal occult blood tests for colorectal cancer screening: a randomized population study from Central Italy // *Journal of medical screening*, 2011, Vol.18 (3), P. 121-127.
6. Manuti B., Rizza P., Bianco A., et al. The quality of preventive health care delivered to adults: results from a cross-sectional study in Southern Italy // *Bmc public health*, 2010, Vol. 10, № 350.
7. Sessa A., Abbate R., Di Giuseppe G., et al. Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy // *BMC cancer*, 2008, Vol. 8, № 171.
8. Katicic M., Antoljak N., Kujundzic M., et. al. Results of National colorectal cancer screening program in Croatia (2007-2011) // *World journal of gastroenterology*, 2012, Vol. 18(32), P. 4300-4307.
9. Waldmann E., Gessl I., Sallinger D., et. al. Trends in quality of screening colonoscopy in Austria // *Endoscopy*, 2016, Vol. 48(12), P. 1102-1109.
10. Brotherstone H., Vance M., Edwards R. et al. Uptake of population-based flexible sigmoidoscopy screening for colorectal cancer: a nurse-led feasibility study // *Journal of medical screening*, 2007, Vol. 14(2), P. 76-804.
11. Mansouri D., McMillan DC., Crearie C., et al. Temporal trends in mode, site and stage of presentation with the introduction of colorectal cancer screening: a decade of experience from the West of Scotland // *British journal of cancer*, 2015, Vol. 113 (3), P. 556-561.
12. Brenner H., Altenhofen L., Stock C., et al. prevention, early detection, and overdiagnosis of colorectal cancer within 10 years of screening colonoscopy in Germany // *Clinical gastroenterology and hepatology*, 2015, Vol. 13 (4), P. 717-723.
13. van Roon AHC., van Dam L., Spaander MC., et al. Different modalities for colorectal cancer screening: experiences in The Netherlands so far // *Colorectal cancer*, 2016, Vol. 5 (1), P. 9-19.
14. Marres CCM., Buskens CJ., Schriever E. The impact of the national bowel screening program in the Netherlands on detection and treatment of endoscopically unresectable benign polyps // *Techniques in coloproctology*, 2017, Vol. 21 (11), P. 887-891.
15. Douma L.N., Uiters E., Timmermans DRM. The Dutch public are positive about the colorectal

cancer-screening programme, but is this a well-informed opinion? // BMC public health, 2016, Vol. 16, № 1208.

16. von Karsa L., Patnick J., Segnan N., et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: Overview and introduction to the full Supplement publication // Endoscopy, 2013, Vol. 45 (1), P. 51-59.

17. Guiriguet C., Pera G., Castells A., et al. Impact of comorbid conditions on participation in an organised colorectal cancer screening programme: a cross-sectional study // BMC cancer, 2017, Vol. 17, № 524.

18. Rat C., Pogu C., Le Donne D., et al. Effect of physician notification regarding nonadherence to colorectal cancer screening on patient participation in fecal immunochemical test cancer screening a randomized clinical trial // Jama-journal of the American medical association, 2017, Vol. 318 (9), P. 816-824.

19. Aubin-Auger I., Mercier A., Lebeau J.P., et al. Obstacles to colorectal screening in general practice: a qualitative study of GPs and patients // Family practice, 2011, Vol. 28 (6), P. 670-676.

20. Gandon Y. Screening for colorectal cancer: the role of CT colonography // Diagnostic and interventional imaging, 2014, Vol. 95(5), P. 467-474.

21. Hatoum H.T., Lin, S.J., Joseph R.E., et. al. Validation of a Patient Satisfaction Scale in Patients Undergoing Bowel Preparation Prior to Colonoscopy // Patient-patient centered outcomes research, 2016, Vol. 9(1), P. 27-34.

22. Green B.B., Anderson M.L., Wang C.Y., et. al. Results of nurse navigator follow-up after positive colorectal cancer screening test: a randomized trial // Journal of the American board of family medicine, 2014, Vol. 27(6), P. 789-795.

23. Ingrand I., Defossez G., Richer J.P., et. al. Colonoscopy uptake for high-risk individuals with a family history of colorectal neoplasia a multicenter, randomized trial of tailored counseling versus standard information // Medicine, 2016, Vol. 95(33), e4303.

24. Sebo P., Cerutti B., Fournier J.P., et al. How do general practitioners put preventive care recommendations into practice? A cross-sectional study in Switzerland and France // BMJ open, 2017, Vol. 7 (10), № e017958.

25. Dimova R.T., Dimitrova D.D., Levterova B.A., et al. Feasibility of immunochemical faecal occult blood testing for colorectal cancer screening in Bulgaria // Journal of buon, Vol.20 (2), P. 413-420.

26. Seifert B., Zavoral M., Fric P., et al. The role of primary care in colorectal cancer screening: Experience from Czech Republic // Neoplasma, Vol. 55 (1), P. 74-80.

27. Van Hal G., Hoeck S., Van Roosbroeck S. Screening for colorectal cancer: sense and sensibilities // European journal of cancer, 2011, Vol.47, P. 156-163

28. Mariann R., Tamas M., Renata B., et. al. Efficacy of the population-based pilot colorectal screening program Hungary, Csongrad county, 2015 // Orvosi hetilap, 2017, Vol.158(42), P. 1658-1667

29. Bastos J., Peleteiro B., Gouveia J., et al. The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008 // International journal of cancer, 2010, Vol. 126 (11), P. 2700-2715.

30. Bjerrum A., Andersen O., Fischer A., et al. Colorectal cancer mortality 10 years after a single round of guaiac faecal occult blood test (gFOBT) screening: experiences from a Danish screening cohort // BMJ open gastroenterology, 2016, Vol. 3(1), №UNSP e000120.

31. Ingeholm P., Gogenur I., Iversen L.H. Danish Colorectal Cancer Group Database // Clinical epidemiology, 2016, Vol.8, P. 465-468.

32. Pitkaniemi J., Seppa K., Hakama M., et al. Effectiveness of screening for colorectal cancer with a faecal occult-blood test, in Finland // *BMJ open gastroenterology*, 2015, Vol. 2 (1), № UNSP e000034.
33. Malila N., Oivanen T., Malminiemi O., et al. Test, episode, and programme sensitivities of screening for colorectal cancer as a public health policy in Finland: experimental design // *British medical journal*, 2008, Vol. 337, № a226.
34. Malila N., Oivanen T., Hakama M., Implementation of colorectal cancer screening in Finland: Experiences from the first three years of a public health programme // *Zeitschrift fur gastroenterology*, 2008, Vol. 46, P. 25-28.
35. Malila N., Palva T., Malminiemi O., et al. Coverage and performance of colorectal cancer screening with the faecal occult blood test in Finland // *Journal of medical screening*, 2011, Vol. 18 (1), P. 18-23.
36. Artama M., Heinavaara S., Sarkeala T., et al. Determinants of non-participation in a mass screening program for colorectal cancer in Finland // *Acta oncologica*, 2016, Vol. 55 (7), P. 870-874.
37. Poskus T., Strupas K., Mikalauskas S., et al. Initial results of the National Colorectal Cancer Screening Program in Lithuania // *European journal of cancer prevention*, 2015, Vol. 24 (2), P. 76-80.
38. <https://www.karpol.lt/features/prevencines-programos/#storosios-zarnos-vezio-ankstyvosios-diaagnostikos-programa>.