

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ  
АДМІНІСТРАЦІЇ  
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ БУКОВИНИ»**



**Науково-практична конференція з міжнародною участю**

**«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КОМОРБІДНОСТІ У  
КЛІНІЦІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ»**

**присвячена 100-річчю від Дня народження  
професора Самсон Олени Іларіонівни**

**15-16 квітня 2021 року**

**м. Чернівці**

# **Колоректальний рак: епідеміологія та скринінг.**

**доц. кафедри внутрішньої медицини та  
інфекційних хвороб**

**Буковинського державного медичного  
університету**

***Квасницька О.Б.***

# Епідеміологія

- Захворюваність на КРР у європейському регіоні 26-46 на 100 000 у чоловіків, та 17-28 у жінок
- Україна: 17-21 випадків на 100 000
- Частіше реєструється в Південній Америці, Австралії, Новій Зеландії та країнах Європи (за 30 років ↑ в 4 рази)
- Кожен рік хворіє 1 млн осіб, а кількість смертей перевищує 500 тис
- Займає II місце по смертності від злоякісних новоутворень
- Найчастіше діагностується у віці після 60 років, до 50 років реєструється лише у 6 % випадків
- Особи після 50 років при відсутності сімейного анамнезу входять в групу середнього ризику

# Етіологія КРР

- I Аденоматозні поліпи: у 95% випадків викликають КРР (онкогенний потенціал реалізується протягом 5-10 років)
  - II. Сімейний рак становить 5-30% усіх випадків (спадкові синдроми з відомими генетичними дефектами - 1-5% КРР)
    - Сімейний аденоматозний поліпоз (САП) і близький до нього синдром Гарднера (аутосомно-домінантний тип) – 1% КРР, Спадковий неполіпозний колоректальний рак (синдром Лінча)- 3-7% КРР
  - III. НВК та ХК – 1% всіх випадків КРР
- При ХК ризик КРР у 4 рази вище ніж в популяції

# Скринінг КРР

Ризик не перевищує середній в популяції  
(популяційний скринінг)

## I. Методи візуалізації

- ФКС “золотий стандарт” – 1 раз на 10 років після 50 років
- Сигмоскопія
- Віртуальна колоноскопія

## II. Непрямі методи

- Визначення прихованої крові в калі за допомогою гваякового тесту
- визначення прихованої крові в калі імунохімічним тестом
- визначення ДНК пухлини у випорожненнях

# Скринінг КРР



## I. Визначення прихованої крові в калі за допомогою гваякового тесту

- Щороку з 50 років (в деяких країнах до 69, 75 років)
- одноразове проведення тесту – 9% чутливості, 3 дні підряд по 6 зразків - чутливість тесту ↑ до 80%
- ФКС у 60% “-”, у 30% - аденоматозні поліпи, у 10% - КРР.
- дотримання спеціальної дієти, відмова від ліків (низький комплаєнс)

## II. Визначення прихованої крові в калі імунохімічним тестом

## III. Визначення ДНК пухлини та атипових клітин у випорожненнях (2003)

- PreGen-Plus Color Sure (США)
- Специфічність 93-97%
- Чутливість 52%



# Скринінг КРР

Ризик не перевищує середній в популяції  
(популяційний скринінг)

Американське онкологічне товариство (2008)  
після 50 років

- I. Щорічне проведення тесту на приховану кров ізольовано або у комбінації з сигмоїдоскопією (кожні 5 років)
- II. Щорічне пальцеве дослідження прямої кишки
- III. Проведення колоноскопії кожні 10 років
- IV. Іригоскопія з подвійним контрастуванням кожні 5 років

# Висновки

- **скринінг потенційно може зменшити захворюваність на КРР**
- **потрібно розвивати засновані на доказах стандарти якості кожного етапу процесу скринінгу; поширювати недорогі, легкі для застосування клінічні методи та проводити його в національних масштабах.**