

Slovensko a skrining kolorektálneho karcinómu – od začiatkov po dnešok

MUDr. Rudolf Hrčka CSc.

Gastroenterologická klinika, SZU UNB, Bratislava

Slovensko patrí medzi krajiny s najväčšou incidenciou a mortalitou na rakovinu hrubého čreva a konečníka (KRCa). Koncom roka 2002 bol na Slovensku spustený oportunistický typ skriningu KRCa pre 1,8-miliónovú populáciu mužov a žien starších ako 50 rokov. Úlohou praktických lekárov bolo ponúkať guajakový test na okultné krvácanie v stolici (TOKS) a pozitívni pacienti boli odoslaní na kolonoskopiu. Program skriningu KRCa bol ukončený v roku 2007 pre nízku účasť cieľovej populácie (15 %). Od roku 2008 sme pripravovali zavedenie centrálne organizovaného pozývacieho skriningového programu pomocou imunochemického TOKS ako súčasť Národného onkologického programu. Prvým krokom je uskutočnenie pilotnej fázy, ktorá bola spustená 1. januára 2019. Druhým krokom bude spustenie populačného skriningu kolorektálneho karcinómu za podmienky, ak sa cieľová populácia zúčastní na pilotnej štúdii aspoň v 50 %.

Kľúčové slová: populačný skriningový program karcinómu hrubého čreva a konečníka, test na okultné krvácanie v stolici, kolonoskopia

Slovakia and screening of colorectal cancer – from beginning to today

Slovakia belongs to the countries with the highest colorectal cancer (CRC) incidence and mortality in the world. In late 2002 a g-FOBT opportunistic screening program was introduced for a population of 1,8 mil people over 50. GP's offered g-FOBT and positive individuals were sent to colonoscopy. The CRC screening program was finished in 2007 because of low population acceptance (15 %). From 2008, a centrally organized invitation CRC screening program with i-FOBT was prepared for nationwide introduction in the context of National Cancer Plan. The first step is the introduction of the pilot phase, which was launched 1.1.2019. The second step will be to initiate population based screening program for colorectal cancer, provided that the target population participates in the pilot at least 50%.

Key words: CRC – population based screening program, fecal occult blood test, colonoscopy

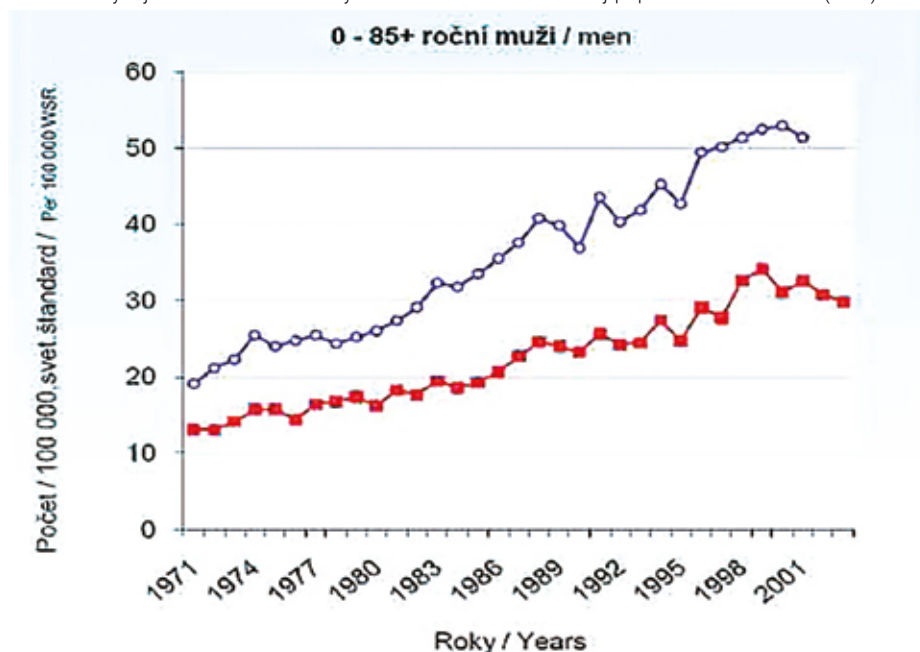
Onkológia (Bratisl.), 2019;14(2):94-98

Ako to celé vzniklo?

V roku 1976 vyzval prof. Turzo, vtedajší riaditeľ ÚEO SAV, doc. MUDr. Ivana Plešku, DrSc., aby založil na ich pôde Oddelenie epidemiológie nádorov. Išlo o usilovného, sčítaného, komunikatívneho lekára epidemiológa, ktorý to prijal. Už predtým sa venoval epidemiológii onkologických ochorení a všimol si aj nepriaznivý trend vývoja incidencie kolorektálneho karcinómu. Tridsať rokov sa potom venoval zbieraniu údajov o onkologických ochoreniach a vytvoril tak jednu z najreprezentatívnejších svetových databáz onkologických ochorení.

Ak si všimneme vývoj incidencie a mortality kolorektálneho karcinómu (KRCa) u mužov (modrá krivka) a žien (červená krivka) na Slovensku, vidíme, že každých 10 rokov stúpala incidencia KRCa u mužov o 10 % a približne o 6 % u žien. To bol veľmi dramatický vývoj (obrázok). Pomáhal zakladať aj IARC (International Agency for Research on Cancer, Medzinárodná agentúra pre výskum rakoviny), najuznávanejšiu svetovú

Obrázok. Vývoj incidencie a mortality KRCa u mužov v slovenskej populácii 1971 – 2001 (NOR)



organizáciu, ktorá sa venuje epidemiológii onkologických ochorení.

Že sa niečo deje vo vyspelých krajinách s KRCa, si všimol aj Newyorčan prof. Sydney Winaver. V roku 1993 publikoval prvú veľkú prehľadovú prácu o vý-

zname kolonoskopie polypektómie adenómov a jeho význame v sekundárnej prevencii KRCa. Ide o dodnes jednu z najcitovanejších publikácií v tomto segmente. Stal sa tak nevyhlásenou svetovou osobnosťou skriningu kolorektálneho

karcinómu v celosvetovom meradle. Po spustení skríningu v USA v priebehu 30 rokov klesla incidencia o 25 % a 5-ročné prežívanie po odstránení nádoru sa zvýšilo na 66 %. Predtým to bola ani nie polovica. Rovnako tak kontinuálne klesá úmrtnosť.

V roku 1998 profesor Vavrečka, vtedajší môj šéf a predseda SGE spoločnosti, ma zavolať a spýtal sa, či som už niekedy bol v Hamburgu. „Chcel by si ísť? Fritz zvoláva ľudí ohľadne kolorektálu.“ „Chcem“. Nejako takto sa začal odvíjať reálny film o kolorektálnom karcinóme na Slovensku. V rovnakom období vznikla iniciatíva na pôde OÚSA pod vedením doc. MUDr. Juraja Kaušitzu, CSc. Spolu s prof. MUDr. Annou Sirackou, DrSc., na platforme Ligy proti rakovine iniciovali prvé kroky na oboznámenie odbornej i laickej verejnosti o tom, prečo je skrínig kolorektálneho karcinómu dôležitý nástroj v boji s týmto ochorením. Systematicky sa však tejto problematike začala venovať Slovenská gastroenterologická spoločnosť, ktorá bola vyzvaná na spoluprácu z pôdy Európskej gastroenterologickej spoločnosti, ktorá už mala vypracovanú aj konkrétnu stratégiu.

O 5 rokov neskôr po USA sa teda v roku 1998 konečne zobudila aj Európa. Prof. Fritz Hagenmüller, vtedajší predseda Európskej gastroenterologickej spoločnosti, zvolal do Hamburgu predstaviteľov gastroenterologických spoločností z celej Európy a Blízkeho východu. Tri dni tam do nás nalievali všetko, čo sa vtedy vedelo o skríningu KRCa. Odchádzali sme domov s presvedčením, že v podstate ide o geniálne jednoduchú vec, ktorá musí fungovať. Boli sme ochotní uveriť, že do 5 rokov sa podarí skrínigom zastaviť rast a začať znižovať incidencia a mortalitu na toto ochorenie v jednotlivých krajinách, a teda i v Európe ako celku. Veď na to stačí predsa iba zakúpenie testov, ich rozdanie praktickým lekárom, ktorí ich budú dávať svojim pacientom nad 50 rokov. Takto sa podarí jednoducho vyselektovať v populácii ľudí podozrivých z KRCa, a ak sa to zachytí včas, tak ich aj vyliečiť buď kolonoskopicky, alebo chirurgicky. Jednoducho praktický lekár test dá zadarmo pacientovi nad 50 rokov, ktorý ho s vďakou prijme. Ak sa to bude opakovať každé dva roky, je šanca

na odstránenie KRCa z populácie takmer úplne. Tento spôsob dostal názov ako oportúnny skrínig.

Na Slovensku trvalo ďalšie štyri roky, v Čechách „iba tri“, kým sa tento problém vôbec dostal medzi priority ministerstva zdravotníctva (MZ). Novonastúpený minister Kováč však pochopil a relatívne rýchlo rozhodol, že sa hromadne nakúpi hemokultúry, rozdájú sa praktickým lekárom, nakúpi sa kolonoskopy a rozdájú sa do štátnych zariadení. Vznikla vtedy zlá atmosféra, pretože keď je niečo zadarmo, tak každý chce. Hlavne kolonoskopy. Každému sa neušlo a bolo zle. Program skrínigu tak mal zaniknúť skôr, než začal. Napriek všetkým peripeitiám v januári 2002 konečne MZ uvoľnilo 72 mil. slovenských korún na nákup hemokultúrov a kolonoskopov. Skrínig sa teda mohol z materiálnej stránky začať.

V takejto atmosfére sme na jar 2002 chodili po všetkých dôležitých veľkých mestách Slovenska ako „viero-zvestcovia“ v zložení Kužela, Oltman, Hřčka a presviedčali sme praktických lekárov, aké je dôležité, aby robili aj niečo navyše bez navýšenia platieb, lebo je to vraj v rámci ich povinností robiť prevenciu aj takýmto novým spôsobom. Predtým sme pripravili a do každej ambulancie rozoslali projekt skrínigu v podobe odbornej publikácie. Očakávali sme, že to zvýši informovanosť a úroveň diskusií pri osobných stretnutiach (1).

V tom nadšení sme boli veľmi naivní. Predstavte si, že novovzniknutým malým kapitalistom, ktorými sa praktickí lekári stali, začnete rozprávať, ako sa majú tešiť, že dostanú od nás „lopatu, s ktorou iba stačí pekne prehadzovať piesok a automaticky sa tým oddelia zdraví od chorých“. Z Prešova sme takmer museli utekať. Diskusné príspevky proti s hlasnou podporou publika veru neboli príjemné. V menších obmenách v závislosti od mentalít v daných krajinách sa to opakovalo.

Napriek tomu sme sa rozhodli nevzdať. Vypratali sme na gastroenterologickej klinike v Petržalke jednu miestnosť, narobili tam police, nakúpili šanóny na formuláre, sponzorsky sme sa dostali k novému výkonnému počítaču a začalo fungovať tzv. skrínigové centrum pod hlavičkou Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti.

Vo vlastnej rézii sme vyvinuli počítačový program. MUDr. Šutka, lekár a zdatný softvérista – amatér, ho pripravil nezištne a v rekordnom čase. Mali sme teda už aj účinný program, ktorý vedel automaticky vyhodnocovať údaje, ktoré sme však museli ručne nahadzovať z formulárov posielaných poštou od praktických lekárov a gastroenterológov. Takto sme mali v reálnom čase akúsi prvú štatistickú spätnú väzbu o tom, ako to celé beží. Keďže internetová sieť v takom rozsahu, aká je dnes, neexistovala, boli to dni a noci strávené za počítačom pri zadávaní údajov z formulárov. Päť rokov sme takto zbierali a vyhodnotili vyše 60-tisíc formulárov. Na prvý pohľad celkom slušné číslo. Horšie to však vyzeralo štatisticky. Hlboko pod očakávanou hranicou 50 %, ako nám vraveli vtedy v Hamburgu. Ani 20 ani 30 %, ale od 12 – do 15 %. Osobne ma prepadla dosť hlboká pracovná depresia a chuť so všetkým praštiť. Tie noci nad počítačom predsa len dosť boleli (2).

Akú-takú nádej a chuť ešte zotrvať nám dávali údaje o počte ľudí zachránených pred istou smrťou iba vďaka tomu, že sa ochorenie zachytilo včas. Napočítali sme ich 700. Sem-tam prišiel aj milý ďakovný list a potešila aj správa z vtedajšej tlače. V denníku Pravda vtedy publikovali údaje o cene ľudského života vyjadrené očami nezdravotných poisťovní vo forme korún a eur. Občan Slovenska tam bol vyhodnotený sumou 6 mil. slovenských korún, občan Českej republiky sumou 20 mil. českých korún a občan Európskej únie sumou 4 mil. eur. Ak sme si to vynásobili, svojou prácou sme ušetrili Slovensku sumu 4,2 mld Sk. Tieto čísla však akosi nikto nechcel počuť a podporiť program aspoň mediálne (3).

Na naše „šťastie“ situácia v Európe ako celku bola síce trochu lepšia, no v podstate obdobná v podobe nenaplnených očakávaní. Múdre hlavy sa vtedy na úrovni Európskej gastroenterologickej spoločnosti zišli a po analýze situácie usúdili, že hlavné príčiny nenaplnených očakávaní boli tri:

1. nedostatočná osvetová kampaň, ktorú bude potrebné zamerať tak na laickú, ako aj odbornú verejnosť,
2. nutnosť sprístupnenia možnosti kolonoskopického vyšetrenia raz za 10

rokov zadarmo všetkým poistencom v populácii nad 50 rokov,

3. zmeniť spôsob skríningu z oportúnneho na aktívny, adresný, pozývaci, populačný systém, ktorý sa osvedčil pri skríningu krčka maternice a skríningu prsníka najmä v severských štátoch Európy.

Ohlasom na tieto závery bolo, že na európskej úrovni vzniklo vtedy združenie Europacolon a už v roku 2007 aj na Slovensku jeho dcéra OZ Europacolon Slovensko. Ich úlohou bolo zvyšovanie osvetu o KRCa v danej krajine. V roku 2007 sa v mojej pracovni zjavili jeho zástupcovia a presvedčili ma, že v úsilí aj s ich pomocou bude potrebné pokračovať.

Na pôde Europacolonu sme v roku 2008 – 2009 zorganizovali prepilotnú štúdiu na 20 tisícoch dobrovoľníkov s tým, že dostali imunotest domov. Bola to aj prvá veľká skúška, ako sa OZ Europacolon Slovensko dokáže vyrovnáť s osvetovou kampaňou, ktorá by zmobilizovala obyvateľov. Dopadlo to nad očakávanie a chuť pokračovať po tejto hrboľatej ceste sa opäť objavila.

Účasť obyvateľstva na tomto projekte bola nadpriemerne dobrá. Zúčastnilo sa na nej 56 % dobrovoľne prihlásených osôb nad 50 rokov. Získali sme presvedčenie, že dobrou kampaňou a zmenou v systéme distribúcie testov, ako to odporúčali experti z európskych odborných spoločností, by to mohlo i na Slovensku fungovať. Výsledky mali pozitívny ohlas aj na medzinárodnej úrovni. Na Európskom gastroenterologickom kongrese v Barcelone sme si vyslúžili uznanie odbornej verejnosti (4).

Posmelení úspechom sme sa vrhli do prípravy novely zákona, ktorá by umožňovala vykonávať preventívne kolonoskopie od 50 rokov. Vytvorili sme novelu zákona, ktorá umožňuje vykonať kolonoskopiu u ľudí nad 50 rokov veku raz za 10 rokov a zadarmo. Vytvoril sa tak nový pojem aj na Slovensku v podobe termínu Primárna skrínigová kolonoskopia (PSK). Od roku 2009 je táto PSK dostupná širokej verejnosti a počty takto vyšetrených dodnes narastajú. Zaradili sme sa tak medzi niekoľko európskych krajín, kde túto možnosť ohrozená populácia má (5).

V roku 2010 vyšli aj oficiálne smernice v rámci Európy, ktoré všetky spomínané zásady obsahujú a dodávajú jednotný rámec na vykonávanie účinného skríningu KRCa. Na ich prípravu sme sa tri roky podieľali aj my (6). V reakcii na tieto odporúčania sme pripravili odborné usmernenie, ktoré transformovalo tieto zásady na slovenské pomery od roku 2011 (7).

V nadväznosti na odborné usmernenie sa nám podarilo na Slovensku pripraviť „know-how“ o systéme certifikácie, organizácie, zberu a štatistického vyhodnocovania údajov o kvantite a kvalite parametrov súvisiacich so skrínigovou a primárnou skrínigovou kolonoskopiou vykonávanou na certifikovaných kolonoskopických pracoviskách.

Od roku 2012 tento systém funguje cez webové rozhranie. Všetko, čo súvisí s vytvorením webovej stránky www.krca.sk, s digitalizáciou, štatistickým vyhodnocovaním a administráciou systému, súvisí s menom vzácneho človeka Romana Novotu, ktorý túto vysoko odbornú činnosť robí bez nároku na materiálnu odmenu a vo svojom voľnom čase doteraz. Do roku 2018 bolo týchto pracovísk na Slovensku spustených 93. Pracoviská monitorujú výsledky kolonoskopií poistencov nad 50 rokov, ktorí buď boli odoslaní na vyšetrenie pre zistenie pozitivity TOKS, alebo prišli z vlastnej iniciatívy tak, ako im to umožňuje zákon. Ročne sa takto štatisticky vyhodnotí okolo 7-tisíc nálezov. Keďže je to asi tretina nálezov zo všetkých pankolonoskopií vykonaných u poistencov nad 50 rokov na Slovensku, ide o dostatočne reprezentatívnu vzorku na to, aby sa dal z týchto zistení vytvárať validný obraz o stave kolorektálneho karcinómu na Slovensku. Vďaka týmto údajom dnes vieme, že asi od roku 2015 sa zastavil rast incidencie nových nádorov kolorekta a udržuje sa na čísle okolo 4 000 nových prípadov ročne. Poznáme aj kvantitu a kvalitu detekcie a odstraňovania adenómov v hrubom čreve a konečníku, vieme sa vyjadriť už 7. rok ku kvalite kolonoskopických vyšetrení podľa parametrov, aké vyžadujú smernice EÚ a vieme takto porovnať kritériá kvality a kvantity celého procesu s ostatnými pracoviskami v Európe a vo svete. Vďaka tomu vieme dokázať,

že tento dôležitý segment skrínigového procesu znesie prísne kritériá medzinárodne uznávaných kritérií kvality. Každoročne je tento proces vyhodnocovaný a publikovaný (8).

Po tejto legislatívnej a organizačnej príprave sme sa dali aj do splnenia tretieho bodu z európskych odporúčaní, ktorým bolo vytvorenie nového systému na pozývanie ohrozenej populácie na skrínig pomocou adresného zasielania testov na domácu adresu každé dva roky. Po dvoch rokoch intenzívnych priprav sme pripravili projekt, ktorý sme konzultovali s vedením odborných spoločností a s MZ. Bol prijatý bez závažných výhrad. Stanovili sme si aj termín jeho spustenia – 1. marec 2014. Štrnásť dní pred dátumom spustenia sme sa dočkali jeho zrušenia pre údajnú nekompatibilitu so zákonom o ochrane osobných údajov. Rozhodlo sa tak na pôde vtedajšieho vedenia najväčšej zdravotnej poisťovne. Bez databázy pacientov, ktorú mala a nebola ju ochotná poskytnúť, nebolo možné pilotný projekt na 20 000 poistencoch spustiť.

Všeobecná zdravotná poisťovňa (VSZP) sa rozhodla túto situáciu riešiť finančnou podporou praktických lekárov. Predpokladali, že účasť po stimulácii praktických lekárov podstatne zvýši účasť ohrozenej populácii na skrínigu.

Za tri roky sa naozaj podarilo i za pomoci zlepšenia osvetu cez Europacolon, ktorá spolupracovala s VSZP zvýšiť účasť na skrínigu nad 30 %. Bol to nesporné veľký úspech najmä v porovnaní so snahami v Českej republike riešiť obdobný problém cez pozývanie obyvateľstva iba listami bez testov a aj vzhľadom na vynaložené finančné prostriedky z európskych zdrojov. U nás sa rovnaké výsledky dosiahli bez externých zdrojov. Stále to však nebola vytúžená meta účasti 50 %, ktorá je zásadná, ak chceme dosiahnuť trvalý pokles v incidencii a mortalite na populačnej úrovni. Napriek relatívne nízkej účasti obyvateľstva na oportúnnom skrínigu sa podarilo po počiatočnom náraste incidencie (tzv. harvesting efekt v roku 2002 až 2005) dosiahnuť už ďalšie nezvyšovanie incidencie KRCa v populácii nad 50 rokov. Tento efekt trvá dodnes.

Najobjektívnejším údajom sú v databázach poisťovní údaje priamo z oddele-

ni patologickej anatómie, pretože histológia vystavuje „krstný list“ kolorektálnemu karcinómu. Od roku 2015 máme aj tieto údaje a získali sme veľmi rýchlu a spoľahlivú spätnú väzbu. Incidenciu KRCa si teda dokážeme overiť za minulý rok. Získali sme účinný spätnoväzobný nástroj, ktorý umožní rýchlo reagovať stimulačnými alebo retardačnými opatreniami na skriningový proces. Počty nových prípadov KRCa sa pohybujú okolo 4 000 nových prípadov ročne. Posledný údaj z roku 2017 hovoriaci o 3 837 nových prípadoch by dokonca mohol naznačovať už pokles. Ak sa to potvrdí aj za rok 2018, bude to dôvod na optimizmus do budúcnosti (tabuľka).

Po troch rokoch, keď sme sa venovali predovšetkým kolonoskopickému skriningu, sa zmenilo aj personálne obsadenie na MZ. Okolo štátneho tajomníka prof. MUDr. Stanislava Špánika CSc., sa vytvoril tím mladých ľudí, ktorí rozumejú onkológii a táto sa stala ich prioritou. Už sa jednoducho tento problém nedal nekonečne odkladať pre iné dôležitejšie úlohy. Vzniklo priaznivé prostredie aj na zavedenie skriningových programov onkologických ochorení do praxe. Boli sme oslovení aj my ako Slovenská gastroenterologická spoločnosť, aj ako tím okolo skriningu KRCa. V roku 2017 sme začali pripravovať projekt realizácie pilotného projektu skriningu KRCa na Slovensku. Spoluprácu na projekte prijali všetky tri zdravotné poisťovne i odborné spoločnosti pre všeobecných lekárov pre dospelých (VLD). Ministerka zdravotníctva MUDr. Andrea Kalavská tak mohla oficiálne oznámiť spustenie skriningu kolorektálneho karcinómu – jeho prvej fázy – čo je vlastne pilotný projekt na 20-tisíc poistencoch nad 50 rokov.

Od 1. januára 2019 sme mohli oficiálne oznámiť verejnosti za podpory legislatívy a médií, že im v priebehu januára príde domov obálka zo svojej zdravotnej poisťovne s imunochemickým testom na odobratie stolice. Test zanesú svojmu praktickému lekárovi, ktorý ho odčíta, povie im výsledok a oznámi poistencovi ďalší postup.

Podarilo sa vytvoriť komplexný systém nielen pre skrining KRCa, ale aj krčka maternice a prsníka. Zapojiť doň VLD, gastroenterológov, gynekológov, rádiológov a patológov. Údaje v podobe

Tabuľka

Incidencia Dg. C18, C19, C20, C21 z databáz zdravotnej poisťovne, podľa údajov z oddelení patologickej anatómie	2015	2016	2017
	4016	4166	3837
Z toho incidencia C18	2356	2387	2160
Z toho incidencia C19	452	525	488
Z toho incidencia C20	1157	1188	1113
Z toho incidencia C21	51	66	76

databázových riadkov putujú od zúčastnených lekárov do databáz poisťovní. Na pôde Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) sa vytvoril odborný tím mladých zanietých ľudí, ktorí dokázali z databáz poisťovní získať potrebné informácie pre všetky tri skriningové programy a posunúť ich do novovytvoreného pracoviska Národného onkologického inštitútu. Toto pracovisko vytvorené pod gesciou MZ SR bude v prvej fáze v podstate skriningovým centrom, v ktorom sa budú informácie z NCZI ďalej spracovávať nielen zo štatistického, ale najmä z medicínskeho hľadiska. Bude tak konečnou stanicou spätnej väzby skriningových programov. Tieto informácie budú slúžiť na odborné ovplyvňovanie ďalších legislatívnych, medicínsko-ekonomických, medicínsko-politických, strategických i propagačných rozhodnutí týkajúcich sa onkologickej problematiky a prevencie predovšetkým.

Táto dvojročná záverečná fáza patrila v celej 20-ročnej histórii asi k najzložitejším. Ani nie tak z materiálneho a ideového hľadiska, ako z organizačne-kompetenčného hľadiska.

Ak sa pilotná fáza skončí podľa našich očakávaní a otestovať sa dá aspoň 50 % poistencov, bude to výzva na spustenie populačného skriningu v plnej kapacite. To znamená, že každý rok bude pozývaných na testovanie 790-tisíc poistencov nad 50 rokov. Ak sa z nich zúčastní testovania 50 %, bude to 395-tisíc poistencov, z ktorých bude pozitívnych 6,5 %, t. j. 25 675 poistencov. Z nich sa zúčastní na kolonoskopii maximálne 80 %. Znamená to, že ročne na Slovensku bude potrebné vykonať 20 540 kolonoskopií.

Ak sa v roku 2017 zúčastnilo pri účasti 32 % 252 131 poistencov, znamená to, že pri účasti 50 % to bude o 142 869 poistencov viac ako v roku 2017. Z nich tvorí pozitívnych 6,5 %, t. j. 9 286 poistencov,

z ktorých sa pravdepodobne 80 % zúčastní na kolonoskopii, t. j. 7 428 poistencov.

Ak dnes na Slovensku vykonáva kolonoskopiu okolo 200 PZS, znamenalo by to navýšenie kolonoskopických vyšetrení na jedno pracovisko o 37 ročne. Ak by sme dosiahli to, že skriningové kolonoskopie sa budú vykonávať iba na certifikovaných pracoviskách, ktorých je dnes 93, znamenalo by to navýšenie počtu kolonoskopií o 80 ročne. Tieto počty by nemali znamenať zásadný problém pre dané pracoviská z hľadiska časového zvládnutia nárastu skriningových kolonoskopií.

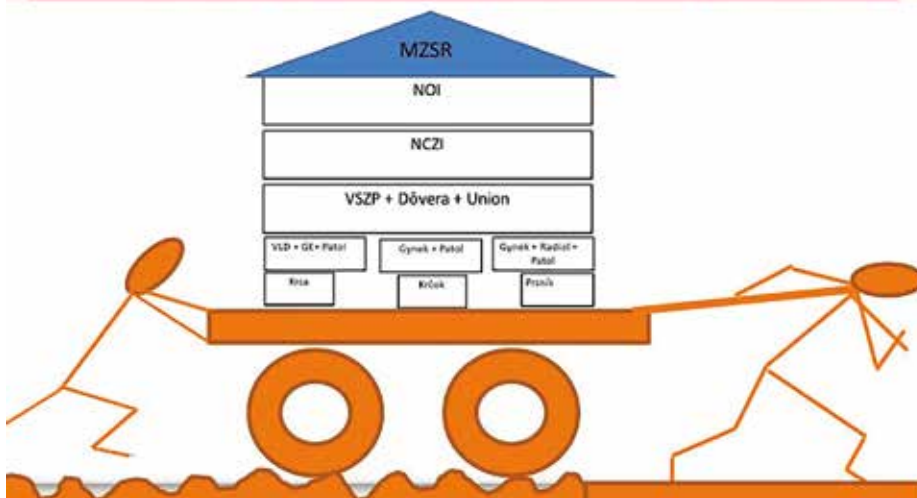
Záver

Od prvých úvah o skriningu v roku 1998 ubehlo 21 rokov. Takýto čas bol potrebný na to, aby sa aj na Slovensku otvorila cesta na spustenie zatiaľ najúčinnejšej formy skriningu kolorektálneho karcinómu. Zistili sme, že aj u nás je možné skoordinať množstvo organizácií a ľudí s takým vysokým egom, ktorí nakoniec pochopia, že ak ide o spoločnú vec, treba ťahať za spoločný povraz a „ťažká skriningová kára“ sa dá do pohybu správnym smerom.

Aby sme boli objektívni, skúsme porovnať. V kolíske skriningu v USA, kde kompetentní pracovali s neporovnateľne väčšou mediálnou, politickou a finančnou podporou, trvalo 30 rokov, kým dosiahli to, že incidencia KRCa u nich má už trvale klesajúcu tendenciu a 5-ročné prežívanie po liečbe na KRCa sa zvýšilo z pôvodných 46 na 65 %. Máme teda ešte 10 rokov k dobru.

Optimizmom nás naplňa i fakt, že na rozdiel od USA je na Slovensku takmer 100 % zdravotná poistenosť, pomerne malý počet obyvateľov a možnosť štatistického spracovávania údajov zo zdravotných poisťovní. To všetko vytvára dobré predpoklady na vytvorenie dobre fungujúceho skriningového mechanizmu, výsledkom ktorého by mohol byť už

2019 ,2020 ,2021 ,2022,



skorý pokles incidence a mortality na toto ochorenie.

Dúfame aj, že naši pokračovatelia už budú ťahať tento „skriningový voz“ po menej hrbolátych cestách a riziko zruťenia sa tejto novostavby bude na vyasfaltovanej ceste minimálne napriek potrebe dobehnutia zameškaného.

Literatúra

1. Hrčka R, Vavrečka A. Aké sú možnosti zníženia úmrtnosti na rakovinu hrubého čreva a konečníka na Slovensku. *Interná medicína*. 2002;2(4):230.
2. Hrčka R. Národný program skriningu kolorektálneho karcinómu na Slovensku - ukončenie prvej fázy. 1.febr. 2007. Dostupné na: <<http://www.krca.sk/etapa1/publikacie/publikacia-021/>>.
3. Hrčka R. Skrining kolorektálneho karcinómu z pohľadu investícií a prínosu. Dostupné na: <www.krca.sk/krca2/2007-2010/publikacie>.

4. Hrčka R, Bátorvský M, Šutka J, a kol. Prepilotná štúdia skriningu kolorektálneho karcinómu pomocou I-TOKS na Slovensku. *Gastroenterológia pre prax*. 2010;9(3):10-14.

5. Zákon 81/2009 Z.z. z 11. februára 2009, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov. článok 1. V § 2 sa odsek 1 dopĺňa písmenom n), ktoré znie: n) jedna preventívna prehliadka konečníka a hrubého čreva kolonoskopom poistenca nad 50 rokov raz za desať rokov alebo poistenca so zvýšeným rizikom ochorenia na rakovinu hrubého čreva a konečníka bez vekového obmedzenia raz za päť rokov u lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore gastroenterológia alebo u lekára s certifikátom v certifikačnej pracovnej činnosti - diagnostická a intervenčná kolonoskopia.

6. Patnick J, Segnan N, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening. European commission, Dostupné na: <<http://www.europacancer-network.org>>.

7. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre realizáciu programu skriningu kolorektálneho karcinómu. Dňa: 11.8. 2011 číslo: Z06173/2011 – OZS.

8. Hrčka R. Preventívne kolonoskopie ako účinná zbraň v boji s kolorektálnym karcinómom na Slovensku v roku 2017. Dostupné na: <<http://www.krca.sk/files/e3/publikacie/2018-03-31-statistika-SK-PSK-2017.pdf>>.

MUDr. Rudolf Hrčka CSc.

Gastroenterologická klinika,
SZU UNB Bratislava
Antolská 11, 851 07 Bratislava
rhrcka@gmail.com

