

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОЗДНЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ (ПО ДАННЫМ АРХИВНЫХ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. НОВОСИБИРСКА)

**Прудникова Я.И.¹, Кручинина М.В.¹, Курилович С.А.¹, Светлова И.О.²,
Андрюшина Н.А.³, Войцицкий В.Е.⁴, Рягузов М.Е.⁴, Хадагаев И.Б.⁴**

¹Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины», Новосибирск, e-mail: dr.prudnikova@mail.ru;

²Новосибирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Новосибирск, e-mail: iosvetlova@yandex.ru;

³НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО «РЖД», Новосибирск, e-mail: natandrcard@mail.ru;

⁴ГБУЗ Новосибирской области «Новосибирский областной клинический онкологический диспансер», Новосибирск, e-mail: rymax@mail.ru

Проведен анализ адекватности выполнения должностных рекомендаций по скринингу колоректального рака у пациентов с впервые диагностированным заболеванием (по архивным историям болезней двух крупных лечебных учреждений города Новосибирска) в 2013-2016 гг. и установлены ведущие причины поздней диагностики КРР. При анализе архивных историй болезни выявлено, что на стационарном этапе КРР выявлялся преимущественно на поздних стадиях (III-IV) – в 71,4% случаев. Среди основных причин позднего выявления КРР установлено невыполнение рекомендаций по скринингу колоректального рака (в 84% случаев), несвоевременное обращение к врачу (23,5% случаев). Профилактика КРР целесообразна и должна проводиться на популяционном уровне методами скрининга, позволяющими своевременно диагностировать предраковые состояния толстой кишки и ранний рак.

Ключевые слова: колоректальный рак, скрининг, причины поздней диагностики.

ANALYSIS OF REASONS FOR LATER DIAGNOSTICS OF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER (ACCORDING TO THE DATA OF ARCHIVAL CASE HISTORIES OF MEDICAL INSTITUTIONS IN NOVOSIBIRSK)

**Prudnikova I.I.¹, Kruchinina M.V.¹, Kurilovich S.A.¹, Svetlova I.O.²,
Andryushina N.A.³, Voytsitskiy V.Ye.⁴, Ryaguzov M.Ye.⁴, Khadagayev I.B.⁴**

¹Institution of Internal and Preventive Medicine, Federal State Budgetary and Scientific Institution, Novosibirsk, e-mail: dr.prudnikova@mail.ru;

²Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Novosibirsk, e-mail: iosvetlova@yandex.ru;

³Railway Clinical Hospital at the station of Novosibirsk-Glavnyi, Non-Governmental Healthcare Institution of Russian Railways, OJSC, Novosibirsk, e-mail: natandrcard@mail.ru;

⁴Novosibirsk Regional Clinical Oncology Center, State Budgetary Healthcare Institution in the Novosibirsk Region, Novosibirsk, e-mail: rymax@mail.ru

An analysis of the efficient implementation of the guidelines for screening colorectal cancer (CRC) in patients with first diagnosed CRC (according to the archival case histories of the two medical institutions in Novosibirsk) was performed in 2013-2016, and leading reasons of late CRC diagnostics were identified. Analysis of archival case histories has revealed that in 71.4% of cases, CRC was diagnosed at the in-patient hospitals mainly at advanced (III-IV) stages of the disease. Failure to comply with guidelines for screening CRC (in 84% of cases) and untimely visiting a doctor (23.5% of cases) were among the main reasons for the late CRC diagnostics. Prevention of CRC is appropriate and should be carried out at the population level by screening methods that allow timely diagnosing precancerous conditions and early cancer of the colon.

Keywords: colorectal cancer, screening, causes of late diagnostics.

Показатель запущенности является одним из основных критериев качества диагностики онкологических заболеваний в учреждениях общей лечебной сети [1]. Одной из

важных проблем остается позднее выявление злокачественных новообразований в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в том числе и в Новосибирской области. При первичном обращении пациентов к врачу запущенные формы рака (III-IV стадии) уже имеют более 70% пациентов с раком ободочной кишки и более 60% пациентов с раком прямой кишки, при этом хирургическому лечению подвергается около 40% больных [2]. По данным Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, среди онкологических заболеваний в России колоректальный рак (КРР) находится на 3 месте: у мужчин – после рака легких и желудка, у женщин – после рака молочных желез и желудка. В Санкт-Петербурге рак ободочной кишки встречается в 22,5% у мужчин, в 17,7% у женщин. Около 85% случаев КРР приходится на возраст старше 55 лет, максимальная заболеваемость наблюдается у пациентов старше 70 лет. Несмотря на инновации последних лет, современную диагностическую аппаратуру, новые химиопрепараты и методики, пятилетняя выживаемость больных КРР в России не превышает 40% [3].

По данным Новосибирского областного клинического онкологического диспансера, за 2015 год показатель запущенности злокачественных новообразований вырос на 4,3% по сравнению с 2014 и составил 21,6% (2014 г. – 20,7%), при этом запущенный рак прямой кишки выявлялся в 41,3% случаев по сравнению с 48,3% в РФ [4]. Рост заболеваемости КРР в России, вероятно, связан со старением населения.

Цель работы – изучить адекватность выполнения должностных рекомендаций по скринингу колоректального рака у пациентов с впервые диагностированным заболеванием (по архивным историям болезней двух крупных лечебных учреждений города Новосибирска) и установить ведущие причины поздней диагностики КРР.

Материалы и методы

Проанализировано 140 архивных историй болезни пациентов с впервые выявленным колоректальным раком методом сплошной выборки с 2013 по 2016 г.: 73 истории болезни на базе НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО «РЖД» (ДКБ), 67 историй болезни - на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной клинический онкологический диспансер» (НОКОД).

На базе данных архивных историй болезни проведен комплексный анализ информации о наличии и давности гастроинтестинальных симптомов у пациентов с КРР и реакции на них со стороны медицинских работников (при обращении пациента за помощью), причин позднего обращения, сведений о наличии в историях болезни информации о родословных (с учетом наличия онкологических заболеваний (раков разных локализаций, в том числе колоректального, ассоциированных заболеваний в семьях пациентов)), основных

известных факторов риска колоректального рака, сопутствующих заболеваний, сведений об изменениях биохимических показателей красной крови. Исследование выполнено с одобрения Комитета биомедицинской этики «НИИТПМ» (01.11.2016).

Статистическая обработка данных выполнена с использованием программы SPSS, ver.17. Определялся характер распределения количественных признаков методом Колмогорова-Смирнова. В случае нормального распределения вычислялось среднее значение (M) и стандартная ошибка среднего (m). Достоверность различия показателей оценивали по критериям Стьюдента, Пирсона (при нормальном распределении), в случаях отклонения распределения от нормального использовались непараметрические критерии (U-критерий Манна-Уитни, Колмогорова-Смирнова, хи-квадрат). Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости нулевой гипотезы (p) принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение

Среди пациентов с впервые выявленным колоректальным раком оказалось 76 мужчин в возрасте от 39 до 85 лет, 64 женщины в возрасте от 42 до 83 лет. Средний возраст у мужчин составил 65 ± 2 года, у женщин 67 ± 3 года. Пациентов в возрасте старше 50 лет оказалось 136 человек. По данным популяционного регистра рака НИИ терапии и профилактической медицины, за два с половиной десятилетия отмечается увеличение возраста клинических проявлений КРР почти на 2 года. Такое увеличение может быть связано как с поздним выявлением рака (качество диагностики), так и с развитием опухоли в более позднем возрасте (качество жизни) [5].

Проанализировано распределение случаев КРР по возрастным группам (до 45 лет, 45-59 лет, 60-74 года, 75 лет и старше) и соотношение показателей у мужчин и женщин (рис. 1).

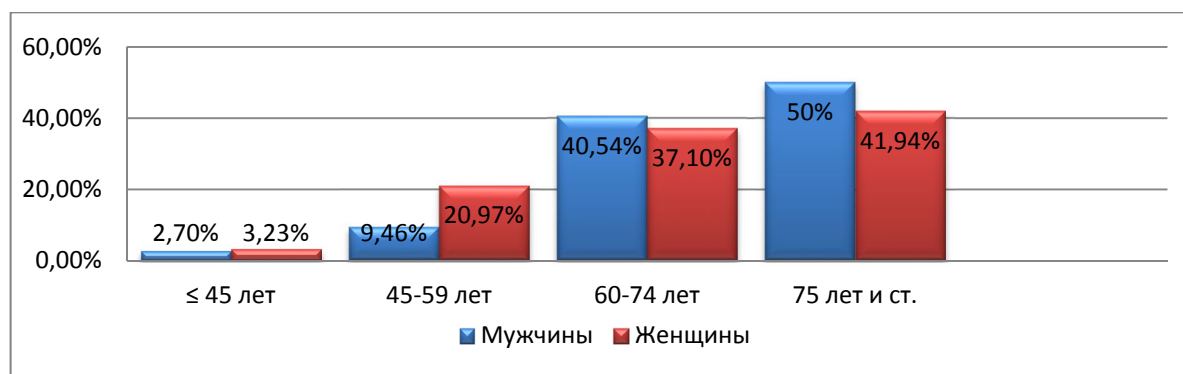


Рис. 1. Распределение случаев КРР по возрастным группам (%)

В возрасте до 45 лет число случаев выявленного КРР у мужчин и женщин оказалось сходным. В возрасте 45-59 лет - у женщин в 2 раза больше, чем у мужчин ($p < 0,01$). У лиц старше 60 лет число случаев выявленного КРР у мужчин преобладало над таковым у женщин

($p < 0,05$). По данным популяционного скрининга КРР г. Новосибирска (1982-2012 гг.), показатели распространенности КРР (на 100 тыс. жителей) в возрасте до 45 лет, 45-59 лет не имели гендерных различий, а в более позднем возрасте (60-74 года, 75 лет и старше) отмечено нарастание распространенности у мужчин [5].

На стационарном этапе КРР выявлялся на поздних стадиях (III-IV) в 71,4% случаев против 28,6% случаев на ранних стадиях, $p < 0,05$ (рис. 2). В ДКБ число случаев пациентов с впервые выставленным КРР в ранних стадиях было достоверно ниже, чем в НОКОД (10,9% против 47,8% $p < 0,05$), что определяет лучший исход и отдаленный прогноз пациентов с КРР в НОКОД в связи с профильностью учреждения. По данным Центрального НИИ гастроэнтерологии, в России КРР на I-II стадиях выявляется в 47,8%, в Белоруссии (по данным Витебского государственного медицинского университета) КРР на I-II стадии выявляется у 35,4%, на III-IV стадии – у 24,4% пациентов [6; 7].

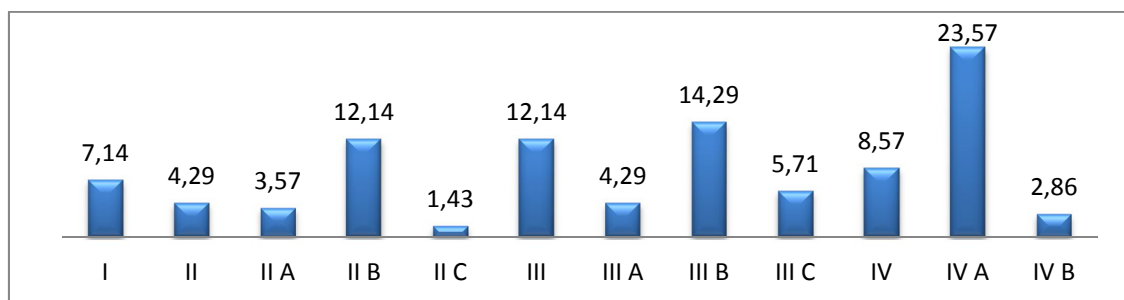


Рис. 2. Распределение случаев КРР по клиническим стадиям заболевания в обоих стационарах (ДКБ и НОКОД) (%)

Ранние стадии КРР оказались выявленными преимущественно у лиц трудоспособного возраста – у мужчин в возрасте 39-60 лет, у женщин 42-60 лет (рис. 3). Возраст пациентов с более продвинутыми стадиями КРР был выше. Поздние стадии преобладали у мужчин и женщин старших возрастных групп (60-85 лет у мужчин и 60-83 года у женщин).

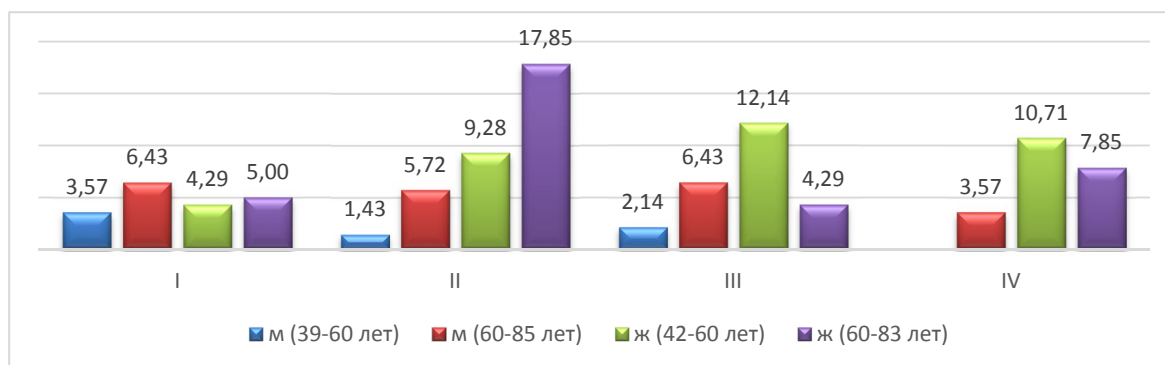


Рис. 3. Распределение по стадиям КРР в зависимости от пола и возраста пациентов (%)

На амбулаторном этапе лишь в 38% случаев был выставлен предварительный диагноз «колоректальный рак» (рак сигмовидной кишки в 62% случаев, рак прямой кишки в 38% случаев). Для выявления рака толстой кишки на ранних стадиях рекомендуется своевременное проведение скрининга данного заболевания. Это сложное многовариантное мероприятие, требующее заметных усилий от пациентов, медицинских работников и организаторов здравоохранения [8].

Рекомендации по проведению скрининга у лиц с КРР

Практическое руководство Всемирного гастроэнтерологического общества (ВГО) и международного союза по профилактике рака пищеварительной системы (2008) декларирует рекомендации по проведению скрининга КРР [4]. Выбор метода скрининга и частота его проведения зависят от группы риска, в которую входит пациент.

В группу высокого риска рака кишечника входят лица, имеющие родственников первой линии родства, болевших КРР, лица с семейным диффузным полипозом, синдромом Линча (наследственным неполипозным колоректальным раком, ННПКРР), длительно текущим неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона. Лицам с семейным анамнезом колоректального рака или аденоматозными полипами необходимо проводить колоноскопию как возрастной скрининг начиная с 40 лет или же в возрасте на 10 лет меньшем того возраста, в котором было установлено наличие КРР у первого родственника в их семье, и повторять эти исследования каждые 10 лет.

Больным наследственным неполипозным колоректальным раком (ННПКРР) необходимо проводить колоноскопию каждые 1–2 года, начиная с возраста в 20–25 лет или же на 10 лет раньше самого молодого возраста, в котором был выявлен рак толстой кишки у любого члена семьи. Пациентам с семейным аденоматозным полипозом (САП) необходимо проведение сигмоскопии с 10-12 лет 1 раз в 1-2 года, при выявлении полипов – ФГС 1 раз в 1-3 года [9]. Больным язвенным колитом ФКС следует проводить начиная со срока 6-8 лет от начала первых симптомов ВЗК. При высоких рисках развития КРР у больных ВЗК ФКС проводится 1 раз в 1-2 года, при низких рисках – 1 раз в 3-4 года.

В группу среднего риска рака кишечника входит большая часть населения в возрасте 50 лет и старше, у них риск развития КРР в течение жизни составляет 5-6%. Скрининг КРР необходимо начинать с 50 лет, один раз в 10 лет делать колоноскопию или ирригоскопию, один раз в 5 лет сигмоскопию, один раз в год анализ кала на скрытую кровь.

Анализ причин запущенности КРР

По анализу архивных историй болезни, давность гастроинтестинальных симптомов у пациентов с впервые выявленным КРР составила от 1 месяца до 3 лет. Реакции на

положительные симптомы со стороны медицинских работников (при обращении пациента за помощью) были следующие: назначение обследований – в 79%, амбулаторное лечение без обследования – в 18%, госпитализация – в 3% случаев.

Основными причинами запущенности КРР у пациентов следует считать: невыполнение скринингового обследования (84%), несвоевременное обращение к врачу (23,5%), неправильная информированность пациентов о факторах риска, технике подготовки к обследованиям, необходимости проведения диагностических процедур (18,5%), недоучет медицинскими работниками клинических отклонений у пациентов, ошибочная трактовка врачами ряда результатов исследований (отнесение к проявлениям сопутствующей патологии) (15%), некачественно собранный анамнез жизни, заболевания и проведенный осмотр, отсутствие информации о родословной (13,5%), сложности в диагностике из-за нетипичных проявлений заболевания (5%), отсутствие преемственности между специалистами и невыполнение рекомендаций врача (3%), сокрытие пациентом информации о своем здоровье от врача (2%) (рис. 4).

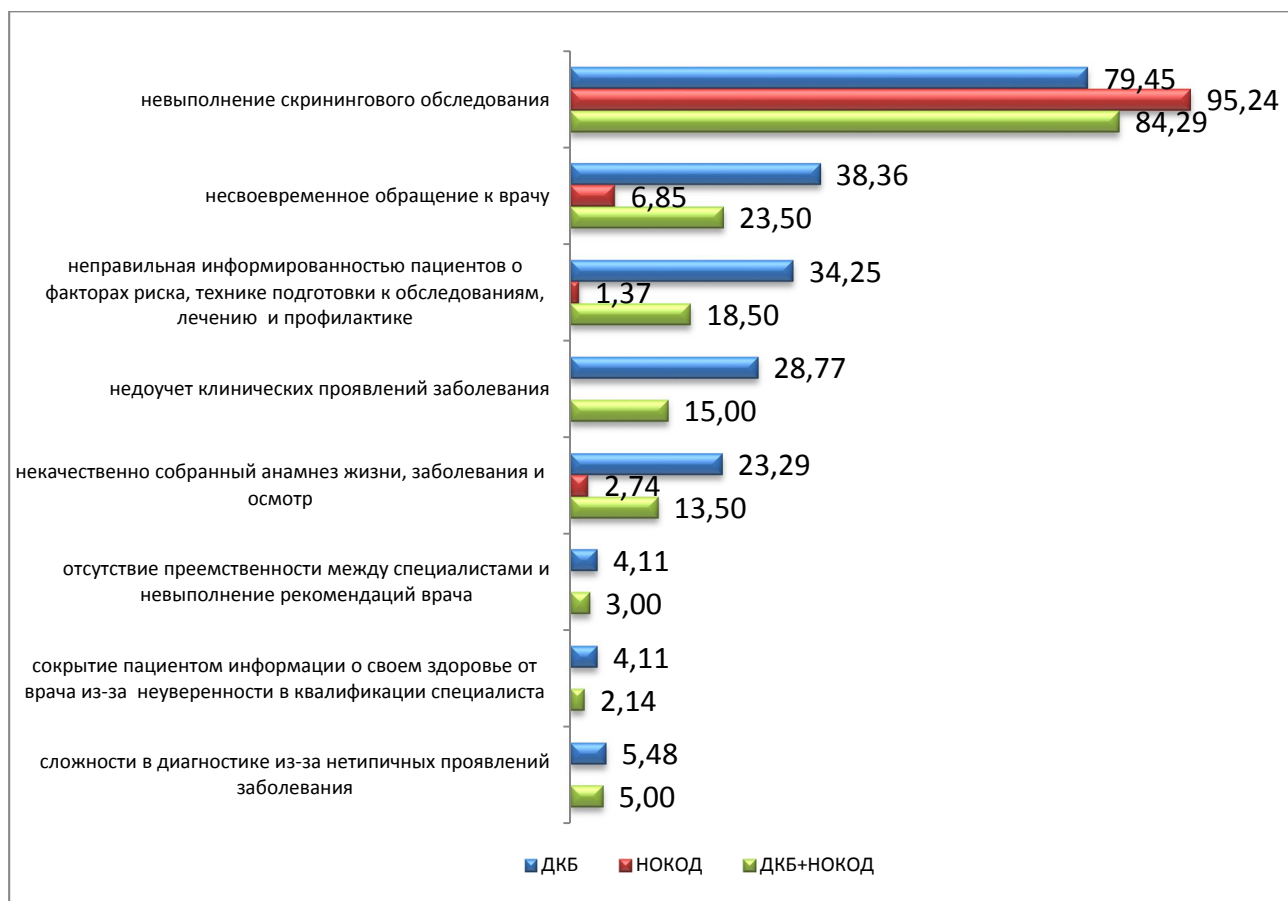


Рис. 4. Распределение причин выявления КРР на поздних стадиях в обоих стационарах (%)

В 38% случаев на амбулаторном этапе пациентам двух лечебных учреждений был выставлен предварительный диагноз «колоректальный рак» (рак сигмовидной кишки в 62%,

рак прямой кишки в 38% случаев). Для уточнения локализации опухоли пациентам с подозрением на КРР было необходимо проведение колоноскопии, которая не была проведена по ряду причин: недостаточная информированность пациентов о необходимости проведения исследования (47%), отказ пациентов от выполнения исследования в связи с пожилым возрастом (21%), наличие сопутствующих заболеваний (18%), высокая стоимость исследования (34% случаев).

Данные настоящей работы согласуются с информацией, полученной рядом российских исследователей. Так, по данным ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Министерства здравоохранения РФ, среди причин запущенности злокачественных новообразований выделяют: 1) несвоевременное обращение к врачу (более 50% больных обращаются через 6 месяцев и более после появления первых симптомов, 22% - спустя 1 год); 2) большой интервал от первого обращения до выявления заболевания (в течение 2 недель диагноз ставится 5,2% больных, от 6 месяцев до 1 года - 28,3%, более 1 года - 32,5%). Отказы от лечения составили 3,3% от всех впервые выявленных больных, из них 42,0% с I-II стадией заболевания [10; 11].

По данным ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития обнаружилось, что среди основных причин запущенности на первом месте находится несвоевременное обращение к врачу (49,2%), далее - скрытое течение заболевания (43,8%), неполное обследование больных (3,5%), ошибки в диагностике (1,7%), длительность обследования (0,5%), что соответствует данным настоящего исследования [11].

Секачева М.И. и соавт. выделила следующие причины запущенности КРР: отсутствие государственной программы скрининга - 79%, недостаточные ресурсы для проведения скрининга - 55%, отсутствие данных об оптимальной программе - 49%, высокая стоимость исследований - 42%, недостаточные ресурсы для последовательного проведения скрининга - 37%, несоблюдение пациентами программы - 21%, другие причины - 5% [8].

Анализ протоколов Новосибирского областного клинического онкологического диспансера – Новосибирской области за 2015 год, показал, что число случаев поздней диагностики онкологических заболеваний, которые относятся к деятельности медицинских работников, составило 827, или 30,7% (2014 год - 798 случаев, или 28,3%). Вследствие поздней обращаемости пациентов за специализированной помощью правильный диагноз на догоспитальном этапе был установлен лишь в 8,2% наблюдений. Отсутствие достаточной онкологической настороженности у врачей общего профиля, ограниченные диагностические возможности районных лечебных учреждений являются одной из основных причин неправильной и несвоевременной диагностики рака толстой кишки [4]. Данные настоящего

исследования согласуются с результатами вышеописанных работ, подчеркивая важность и актуальность адекватного и своевременного выполнения скрининга колоректального рака.

Клинические проявления

Как правило, на I-II стадиях КРР протекал бессимптомно, и лишь у части пациентов отмечалась неспецифичная симптоматика: субфебрильная температура 1 раз в 2-3 дня, периодический дискомфорт внизу живота, кашицеобразный стул, редкие ноющие боли в эпигастральной и околопупочной областях, не связанные с приемом пищи. Все эти симптомы купировались медикаментозно, не снижали качество жизни. Ранние стадии в 100% случаев выявлялись у пациентов трудоспособного возраста. В 74% случаев КРР был обнаружен случайно при прохождении рабочей медицинской комиссии, в 18% случаев – при обследовании в связи с ноющими болями в животе, в 8% случаев пациенты находились на обследовании по поводу другой патологии. Интервал времени с момента первых симптомов до обращения к участковому терапевту составил от 2 недель до 1 месяца.

Жалобы, предъявляемые больными с колоректальным раком, неспецифичны и, как правило, свидетельствуют о наличии запущенных стадий заболевания. В процессе диагностики косвенно можно судить о локализации опухоли, опираясь на схему симптомокомплекса Дюкена (синдром правой и левой половины) [1; 12].

При локализации опухоли в области слепой кишки были боли в правой подвздошной области, вздутие живота, общая слабость, в общем анализе крови у 50% пациентов выявлено снижение уровня гемоглобина. При расположении опухоли в восходящем отделе ободочной кишки, помимо общего дискомфорта, ведущим симптомом являлось снижение уровня гемоглобина в крови из-за хронической кровопотери из опухоли (тогда же больные отмечали малиновую окраску каловых масс), слабость, головокружение, снижение аппетита. При расположении опухоли в ободочной кишке справа, под печенью, больные часто отмечали тупую ноющую боль и чувство тяжести в правом подреберье. Для опухолей левой половины толстой кишки (нисходящий отдел ободочной кишки и сигмовидная кишка) характерны запоры. У 18,2% больных запоры сменились диареей, что отражало запущенность заболевания. При локализации опухоли в прямой кишке у пациентов преобладали жалобы на запоры, затрудненное опорожнение кишки при дефекации, тенезмы, метеоризм и выделение крови из прямой кишки. Большая часть пациентов наблюдалась с диагнозом кровоточащего геморроя (около 37%). Для ранней диагностики данной локализации опухоли необходимо пальцевое исследование толстой кишки. По данным ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития, в 90% случаев в России ставят ошибочный диагноз «геморрой» при колоректальном раке [10; 13].

F.W. Nugent, J.W. Marks установили следующие наиболее характерные жалобы при КРР различных локализаций: при правостороннем поражении толстой кишки - боль у 80% больных, наличие объемного образования в брюшной полости – в 70% случаев, ректальное кровотечение – в 20%, диарея – в 40%, потеря веса – в 50%, рвота – в 30%, обструкция – у 5% пациентов. При локализации опухоли в левой половине ободочной кишки типичными оказались следующие жалобы: боль – у 60% больных, выявление объемного образования в брюшной полости – в 40% случаев, ректальное кровотечение – в 20%, диарея – в 60%, потеря веса – в 15%, рвота – в 10%, признаки обструкции - в 20% случаев. При локализации опухоли в прямой кишке наиболее часто наблюдались диарея (80%) и ректальное кровотечение (60%), несколько реже - потеря массы тела (25%), болевой синдром (5%) и признаки обструкции (5%), что соответствует данным, полученным в нашей работе [14].

Анализ частоты жалоб в зависимости от стадии КРР показал закономерное нарастание клинических проявлений по мере утяжеления заболевания, связанное с вовлечением других органов и тканей вследствие метастазирования (рис. 5). Однако следует отметить, что и на ранних стадиях отмечен ряд жалоб, которые требуют дальнейшего диагностического поиска (субфебрилитет, неустойчивый стул, чередование запоров с диареей, ноющие боли в животе и др.).

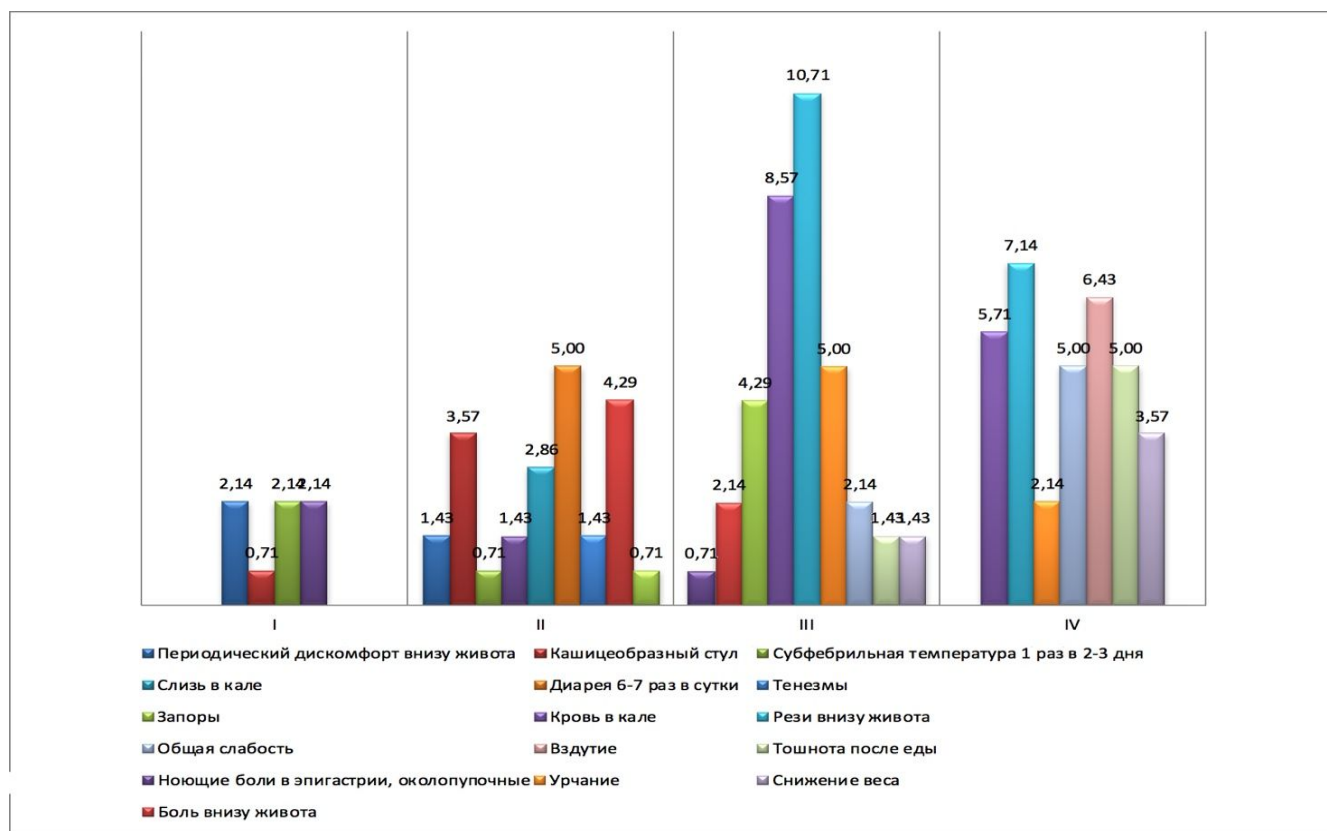


Рис. 5. Распределение клинических проявлений у пациентов с КРР в зависимости от стадии заболевания (%)

В различных регионах Российской Федерации предпринимаются усилия по снижению запущенности колоректального рака. Так, Государственная программа Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Развитие здравоохранения на 2014-2020 годы» уже дает свои результаты: 5001 пациенту в возрасте от 50 до 75 лет была проведена колоноскопия на предмет выявления колоректального рака, из них выявлено 1 060 положительных результатов (21,2% от общего количества обследованных лиц); в ходе дополнительного обследования выявлено 24 случая колоректального рака, а также 148 случаев злокачественных новообразований кишечника. Доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II ст. – 52,2%. Установлено, что ирригография выявляет невысокий процент колоректального рака на ранней стадии, особенно его поверхностных форм, дает значительное количество ложноположительных результатов. Ирригография позволяет выявить 50-80% полипов менее 1,0 см, 70-90% полипов более 1,0 см и 55-85% рака стадии А, В по Дюке [1].

В мире немало примеров положительных сдвигов в диагностике КРР на ранних стадиях. Так, в результате обширных рекламных кампаний, проведенных министерством здравоохранения и медицинским сообществом Израиля, информированность населения о диспансеризации значительно выросла. Это привело к тому, что количество пациентов с поставленным диагнозом КРР на первых стадиях заболевания практически удвоилось: с 20% до 39% за последние два десятилетия. Процент пациентов, прошедших необходимые анализы для ранней диагностики колоректального рака в Израиле в 2012 году, составил 54,1% (возраст 50-74) [15-17].

Профилактика КРР целесообразна и должна проводиться на популяционном уровне методами скрининга, включающего неинвазивный анализ фекальных образцов на скрытую кровь и колоноскопию, что позволяет своевременно диагностировать предраковые состояния толстой кишки и ранний рак. В современных условиях, пока фиброколоноскопия не включена в обязательное медицинское страхование как метод скрининга и нет российских рекомендаций по скринингу КРР, провести ее при отсутствии жалоб можно только на коммерческих условиях за деньги пациента. В связи с этим перед врачом встает этический вопрос: информировать ли пациента, если невозможно дать направление на исследование бесплатно. Поэтому создание и совершенствование государственной программы скрининга колоректального рака следует считать необходимым условием снижения уровня диагностики заболевания в поздних стадиях.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать следующие

ВЫВОДЫ:

- анализ 140 архивных историй болезни двух лечебных учреждений города Новосибирска (ДКБ и НОКОД) выявил преобладание мужчин в возрасте от 39 до 85 лет среди пациентов с впервые выявленным колоректальным раком;
- на стационарном этапе КРР выявлялся преимущественно на поздних стадиях (III-IV) (71,4%) у лиц старших возрастных групп (мужчины 60-85 лет и женщины 60-83 лет), на ранних стадиях диагноз чаще был установлен у лиц трудоспособного возраста;
- выявленные симптомы КРР неспецифичны, свидетельствуют, как правило, о поздних стадиях заболевания, частично ассоциированных с локализацией опухоли;
- основной причиной позднего выявления КРР является невыполнение рекомендаций по скринингу колоректального рака (в 84% случаев);
- к числу других значимых причин выявления КРР в III-IV стадиях относятся: несвоевременное обращение к врачу (23,5%), неправильная информированность пациентов о факторах риска, технике подготовки к обследованиям, о необходимости проведения диагностических процедур (18,5%), ошибочная трактовка врачами ряда результатов исследований (15%), некачественно собранный анамнез жизни, заболевания и проведенный осмотр (13,5%), сложности в диагностике из-за нетипичных проявлений заболевания (5%), отсутствие преемственности между специалистами и невыполнение рекомендаций врача (3%), сокрытие пациентом информации о своем здоровье от врача (2%);
- профилактика КРР целесообразна и должна проводиться на популяционном уровне методами скрининга, позволяющими своевременно диагностировать предраковые состояния толстой кишки и ранний рак.

Список литературы

1. Пророков В.В., Залип Н.Ю. Диагностика и лечение больных колоректальным раком // Вместе против рака. 2005. - URL: http://www.vmpr.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=425&Itemid=515 (дата обращения 10.07.17).
2. Денисенко В.Л., Гаин Ю.М. Осложнения колоректального рака: проблемы и перспективы // Медицина и здравоохранение. - 2011. - № 1. - С. 103-111.
3. Сторожаков Г.И. Проблема скрининга колоректального рака // Медицинский совет. - 2013. - № 10. - С. 64-68.
4. Оказание онкологической помощи населению Новосибирской области в 2015 году: годовой отчет. – 2015. – С. 1-37.

5. Опенко Т.Г. Колоректальный рак: тенденции за четверть века в Новосибирске, возможности раннего выявления и профилактика // Вопросы онкологии. – 2014. – Т. 60. - №6. - С. 687-694.
6. Лазебник Л.Б., Хомерики С.Г. Канцеропревенция в гастроэнтерологии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2012. - № 5. – С. 3-13.
7. Чиссов В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2011. - 188 с.
8. Секачева М.И., Ивашкин В.Т. Скрининг колоректального рака в России // РЖГГК. - 2003. - № 4. - С. 44-49.
9. Jemal A., Bray F., Ferlay J. et al. Global Cancer Statistics // CA CANCER J. CLIN. - 2011. - V. 61. - P. 69-90.
10. Каприн А.Д., Старинский В.В. Внедрение порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». Совершенствование структуры и кадровой политики онкологической службы // Вестник Росздравнадзора. - 2013. - № 5. - С. 5-13.
11. Макаров О.Г. Выбор рациональной тактики лечения рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью, в условиях областного колопроктологического стационара // РЖГГК. - 2007. - № 2. - С. 75-79.
12. Рахимова О.Ю. Колоректальный рак (некоторые вопросы диагностики и лечения) // Врач. - 2009. - № 11. - С. 8-10.
13. Вергасова Е.В., Пиманов С.И. Методика скрининговой ультразвуковой диагностики рака ободочной кишки // Новости лучевой диагностики. - 2002. - № 1. - С. 42-46.
14. Nugent F.W., Marks J.W. Colon cancer (colorectal cancer) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.medicinenet.com/colon_cancer/article.htm (дата обращения 27.07.17).
15. Израильский онкологический журнал [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://b2blogger.com/pressroom/182052.html> (дата обращения 15.07.17).
16. Obuch J.C., Ahnen D.J. Colorectal Cancer: Genetics is Changing Everything // GastroenterolClin North Am. 2016. - Vol. 45. - № 3. - P. 459-476.
17. Parkin D.M., Boyd L., Walker L.C. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. Summary and conclusions // Br. J. Cancer. - 2011. - Vol. 105. - P. 77-81.