

GIMDOS KAKLELIO PATOLOGIJOS PATIKROS PROGRAMOS VYKDYMO ĮTAKA SERGAMUMUI GIMDOS KAKLELIO VĖŽIU LIETUVOJE

INFLUENCE OF THE CERVICAL CANCER SCREENING PROGRAMME ON CERVICAL CANCER INCIDENCE IN LITHUANIA

Giedrė Smailytė¹, Jolita Rimienė², Živilė Gudlevičienė¹, Birutė Aleknavičienė¹

¹Vilniaus universiteto Onkologijos institutas

²Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Valstybinis patologijos centras

¹Vilnius University, Institute of Oncology

²Vilnius University Faculty of Medicine, National Center of Pathology

SANTRAUKA

Reikšminiai žodžiai: gimdos kaklelio vėžys, sergamumas, patikros programa, citologinis tyrimas, III laipsnio intraepitelinė gimdos kaklelio neoplazija/*Carcinoma in situ* (CIN3/CIS).

Darbo tikslas. Išnagrinėti sergamumo gimdos kaklelio vėžiu pokyčius Lietuvoje 1999–2008 metais ir įvertinti gimdos kaklelio patologijos patikros programos vykdymo įtaką sergamumo rodikliams.

Medžiaga ir metodai. Sergamumo analizei atlikti naudotasi Lietuvos vėžio registro 1999–2008 metų duomenimis. Rodikliai standartizuoti pagal amžių taikant tiesioginės standartizacijos metodą. Nustatytas vidutinis metinis pokytis (VMP) procentais, pokyčių kryptys vertintos naudojant logaritminę tiesinės regresijos lygtį.

Rezultatai. Sergamumo invaziniu gimdos kaklelio vėžiu rodikliai nagrinėtu laikotarpiu statistiškai reikšmingai nekito patikros grupėje ir bendrojoje populiacijoje (VMP atitinkamai 0,7 proc. ir 1,6 proc., $p < 0,05$). Standartizuotas sergamumo gimdos kaklelio vėžiu rodiklis buvo 19,0 atv./100 000 (95 proc. PI 17,3–20,8) 1998 metais ir 19,5 atv./100 000 (95 proc. PI 17,5–21,3) 2008 metais. Didžiausias sergamumas nustatytas 2004 metais – 23,1 atv./100 000 (95 proc. PI 21,1–25,0). Patikros grupėje nustatytas statistiškai reikšmingas sergamumo I stadijos gimdos kaklelio vėžiu didėjimas (po 11,1 proc. kasmet) ir sergamumo II stadijos vėžiu mažėjimas (po -7,2 proc. kasmet). Kiti sergamumo pokyčiai pagal stadijas nebuvo statistiškai reikšmingi, t.y. sergamumas III ir IV stadijos vėžiu nemažėjo. Ženkliai pakito sergamumas CIN3/CIS – nuo 1,7 atv./100 000 (95 proc. PI 1,1–2,2) iki 31,1 atv./100 000 (95 proc. PI 28,6–33,6). Šis rodiklis didėjo po 34,4 proc. kasmet, vertinant bendrąjį moterų sergamumą, po 33,7 proc. 25–59 metų amžiaus grupėje ir po 26,4 proc. 60 ir daugiau metų amžiaus grupėje. 60 metų ir vyresnio amžiaus moterų grupėje sergamumas I stadijos gimdos kaklelio vėžiu didėjo po 8,3 proc. kasmet, o sergamumas II, III ir IV stadijų gimdos kaklelio vėžiu mažėjo (atitinkamai po -4,9 proc., -3,1 proc. ir -9,4 proc. kasmet).

Išvados. Atlikta sergamumo gimdos kaklelio vėžiu 1999–2008 metais pokyčių analizė neparodė bendrosios populiacijos moterų sergamumo gimdos kaklelio vėžiu mažėjimo. Patikros grupėje reikšmingai padidėjo tik sergamumas CIN3/CIS ir I stadijos gimdos kaklelio vėžiu, o sergamumo III ir IV stadijos gimdos kaklelio vėžiu rodikliai buvo stabilūs. Siekiant pagerinti gimdos kaklelio vėžio kontrolę Lietuvoje ateityje, tikslinga toliau tęsti patikros programą ir siekti ją vykdyti organizuotai.

ABSTRACT

Key words: cervical cancer, incidence, screening programme, cytology screening, III grade cervical intraepithelial neoplasia/*carcinoma in situ* (CIN3/CIS).

Objective. To analyze the cervical cancer incidence trends in Lithuania in 1999–2008 and to evaluate influence of the cervical cancer screening programme on cervical cancer incidence.

Materials and methods. For analysis of incidence trends were used materials of Lithuanian Cancer Registry for 1999–2008 years. The standardization was performed by direct method using the World standard population. Annual percentage change (APC) was estimated using linear regression model.

Results. We did not observed the changes in cervical cancer incidence during 1999–2008 year period (APC respectively 0,7% and 1,6% , $p < 0,05$). Standardized incidence ratio in 1999 year was 19,0 /100 000 (95% CI 17,3–20,8) and 19,5/100 000 (95% CI 17,5–21,3) in 2008. The highest incidence was observed in 2004 year – 23,1/100 000 (95% CI 21,1–25,0). In the screening group we observed statistically significant increase in incidence of stage I cervical cancer (APC – 11,1%) and decrease in stage II (APC – 7,2%). The changes in incidence of stages III and IV cervical carcinoma there were not observed. Statistically significant increased incidence of CIN3/CIS – from 1,7/100 000 (95% CI 1,1–2,2) in 1999 to 31,1/100 000 (95% CI 28,6–33,6) in 2008. The incidence was increasing by 34,4% in all age group and by 33,7% in 25–59 age group

Giedrė Smailytė

Vilniaus universiteto Onkologijos institutas

P. Baublio g. 3B, Vilnius

giedre.smailyte@vuoi.lt

and by 26,4% in 60 and older years age group. Also in 60 year and older age group the increase instage I of cervical carcinoma incidence was observed. In this age decrease in incidence of the stages II, III, IV was observed (APC were 4,9%, 3,1% and 9,4% respectively).

Conclusions. Analysis of the data shows that there were not statistical significant changes in the cervical cancer incidence during the programme period. Increase was observed in stage I cervical cancer and CIN3/CIS incidence, but the changes in incidence of stages III and IV cervical carcinoma there were not observed in the screening group. The screening programme should continued and be well organized to achieve an effective cervical cancer control in Lithuania.

ĮVADAS

Tiek sergamumas gimdos kaklelio vėžiu, tiek mirtingumas nuo jo Lietuvoje iki pradedant Atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio patologijos programą buvo didžiausias tarp Šiaurės Europos šalių ir vienas didžiausių Europoje. Organizuotų gimdos kaklelio patikros programų nauda ir efektyvumas mažinant sergamumą šia liga ir mirtingumą nuo jos laikomas įrodytu [1, 2].

Yra parengtos bendros rekomendacijos, kaip vykdyti gimdos kaklelio patologijos patikros programas ES šalyse [3]. Siekiant padidinti patikros programos naudą ir ženkliai sumažinti mirtingumą nuo vėžio, rekomenduojama patikrą vykdyti tik organizuotai. Organizuota gimdos kaklelio patologijos patikra – tai daugiapakopis procesas, apimantis:

- tikslinės populiacijos identifikavimą;
- įtrauktų į programą moterų kvietimą;
- tepinėlių paėmimą ir archyvavimą;
- citologinį tyrimą ir tepinėlio įvertinimą;
- moterų, kurioms nenustatyta patologija, informavimą apie kito tepinėlio paėmimo laiką;
- moterų, kurioms nustatyta patologija, tolesnį stebėjimą, t.y. išsamesnį ištyrimą ir gydymą;
- programos eigos stebėseną ir rezultatų vertinimą.

Rekomendacijose, kaip vykdyti gimdos kaklelio patologijos patikrų programas ES šalyse, vadovaujamosi nuostata, kad kiekvieno atskiro pasiūlymo taikymas organizuojant patikros kokybės garantiją visose ES šalyse nėra pasiekiamas tikslas, nes egzistuoja sveikatos priežiūros sistemų ir įvairių specialiųjų sąlygų įvairovė, tačiau į esminius aspektus siūloma atsižvelgti.

2003 m. gruodžio 3 d. LR Vyriausybė patvirtino Valstybinę vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programą, kurios pagrindinis tikslas – sumažinti sergamumą piktybiniais navikais, mirtingumą nuo šių ligų, sergančiųjų onkologinėmis ligomis invalidumą. Tikėtasi, kad, atliekant atrankinę gimdos kaklelio patologijos patikrą, 30 proc. sumažės susirgimų gimdos kaklelio vėžiu skaičius. 2004 m. liepos mėn. Lietuvoje buvo pradėta Atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio patologijos programa, skirta 30–60 metų moterims. Programa sudaryta iš atskirų paslaugų finansavimo: informavimo, tepinėlio paėmimo, citologinio gimdos kaklelio ištyrimo, rezultatų įvertinimo ir, esant patologiniams gimdos kaklelio citologinio tepinėlio radiniams, biopsijos atlikimo paslaugos. 2008 metais patikroje dalyvaujančių moterų amžiaus ribos buvo iš naujo įvertintos ir pagal programą tikrintis pradėtos kviešti moterys nuo 25 metų.

Šio darbo tikslas – išnagrinėti sergamumo gimdos kaklelio vėžiu pokyčius Lietuvoje 1999–2008 metais ir įvertinti gimdos kaklelio patologijos patikros programos vykdymo įtaką sergamumo rodikliams.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu analizei panaudoti Lietuvos vėžio registro 1999–2008 metų duomenys. Pagrindinis Vėžio registro duomenų šaltinis yra gydytojų užpildoma forma apie susirgimą piktybine liga (Forma Nr. 090/a „Pranešimas apie pirmą kartą nustatytą piktybinio naviko diagnozę“). Sergamumo duomenų bazėje registruojami visi susirgimų piktybiniais navikais atvejai, kuriuos nustačius užpildoma ši forma. Sergamumo duomenys taip pat papildomi iš Valstybinio patologijos centro duomenų. Į sergamumo analizę įtraukti visi piktybiniai gimdos kaklelio navikai (TLK-10 kodai C530-C539). Šiuo metu 2006–2008 metų duomenys dar tikslinami, todėl laikytini preliminariais. Teikti duomenis apie III laipsnio intraepitelinę gimdos kaklelio neoplaziją/*Carcinoma in situ* (CIN3/CIS) (TLK-10 kodai D060-D069) nėra privaloma, taip pat nėra privaloma teikti duomenis iš patologijos tarnybų. Apie šiuos navikus Vėžio registre paprastai buvo gaunami tik pavieniai pranešimai, duomenų apie šias ligas kokybė pradėjo gerėti nuo 2003–2004 metų, kai Lietuvoje pradėta kalbėti apie numatomą gimdos kaklelio patologijos patikros programos diegimą. Šiuo metu turimi duomenys apie CIN3/CIS yra neišsamūs, nes registro duomenų bazė papildoma tik iš Valstybinio patologijos centro duomenų (apie 30 proc. visų registruojamų CIN3/CIS atvejų).

Sergamumo pokyčiams įvertinti naudotas tiesioginės standartizacijos metodas (pasaulio standartinė populiacija) [4]. Rodikliams skaičiuoti naudotas Statistikos departamento skelbiamas vidutinis gyventojų skaičius. Atskirai analizuoti sergamumo pokyčiai visose amžiaus grupėse kartu, taip pat patikros grupėje (tarp 25–59 metų moterų) ir vyresnių nei 60 metų moterų grupėje. Pokyčių kryptys vertintos darant prielaidą, kad duomenys aproksimuojami Puasono skirstiniu ir naudojant logaritminę tiesinę regresijos lygtį $\ln(y)=xb$, kur x – nepriklausomas kintamasis metais, y – rodiklis (sergamumo arba mirtingumo), b – regresijos koeficientas. Skaičiavimai atlikti programa „Joinpoint“ [5]. Modelyje sergamumo rodiklio logaritmas antilogaritmuotas parodo vidutinį metinį rodiklio pokytį procentais.

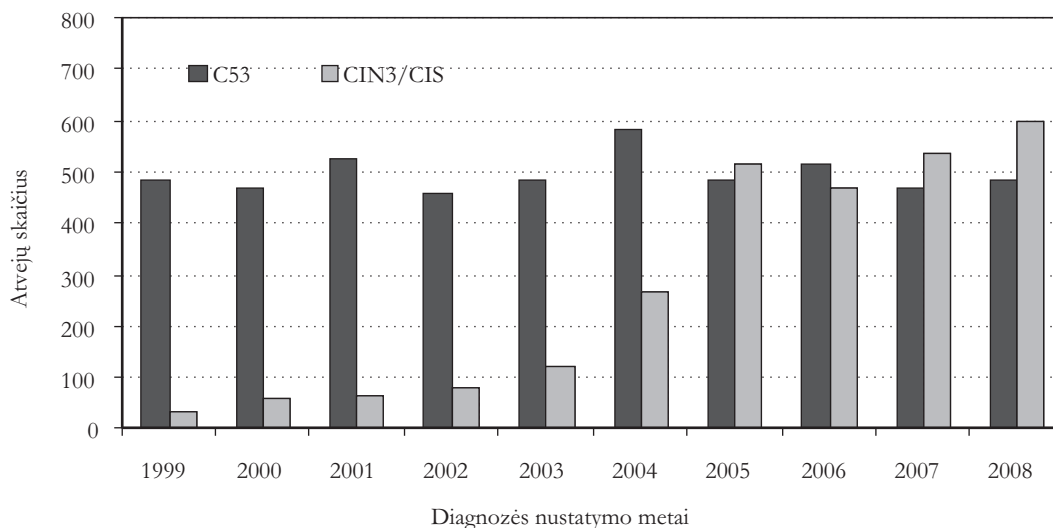
REZULTATAI

1999–2008 metais buvo diagnozuotas 4951 invazinio gimdos kaklelio vėžio atvejis ir 2743 CIN3/CIS atvejai (CIN3/CIS sudarė 55,4 proc. visų gimdos kaklelio navikų). Naujai diagnozuotų atvejų skaičiaus pokyčiai pateikiami 1 paveiksle. 2004 metais pradėjus vykdyti Atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio patologijos programą, gerokai padidėjo naujai nustatytų gimdos kaklelio vėžio atvejų skaičius, o 2005–2008 metais CIN3/CIS atvejų skaičius pralenkė invazinio gimdos kaklelio vėžio atvejų skaičių.

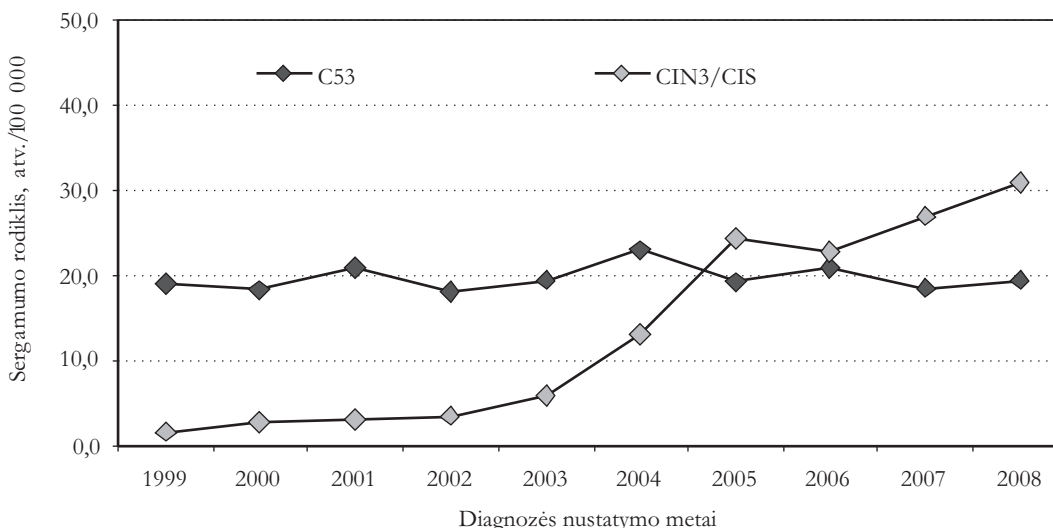
Kadangi bendras diagnozuojamo vėžio atvejų skaičius priklauso nuo gyventojų skaičiaus ir paamžinės populiacijos struktūros, siekiant tiksliai įvertinti sergamumo pokyčius, naudojami standartizuoti rodikliai (2 pav.). Nuo 1999 iki 2008 metų invazinio gimdos kaklelio vėžio atvejų skaičius liko nepakitęs, o Lietuvoje gyvenančių moterų skaičius sumažėjo beveik 84 tūkstančiais. Standartizuotas sergamumo gimdos kaklelio vėžiu rodiklis nuo

19 atv./100 000 (95 proc. PI 17,3–20,8) 1999-aisiais per dešimt metų išliko nepakitęs – 2008 metais sergamumo rodiklis buvo 19,5 atv./100 000 (95 proc. PI 17,5–21,3). Didžiausias sergamumas nustatytas 2004 metais – 23,1 atv./100 000 (95 proc. PI 21,1–25,0). Tačiau sergamumas CIN3/CIS pakito gana ženkliai – nuo 1,7 atv./100 000 (95 proc. PI 1,1–2,2) iki 31,1 atv./100 000 (95 proc. PI 28,6–33,6). Tiek sergamumo gimdos kaklelio CIN3/CIS, tiek atvejų skaičiaus pokyčius derėtų interpretuoti atsižvelgiant į registracijos ypatumus. Šiuo metu turimi duomenys apie CIN3/CIS yra neišsamūs, todėl realus šių būklių skaičius galėtų būti dvigubai didesnis nei invazinio gimdos kaklelio vėžio.

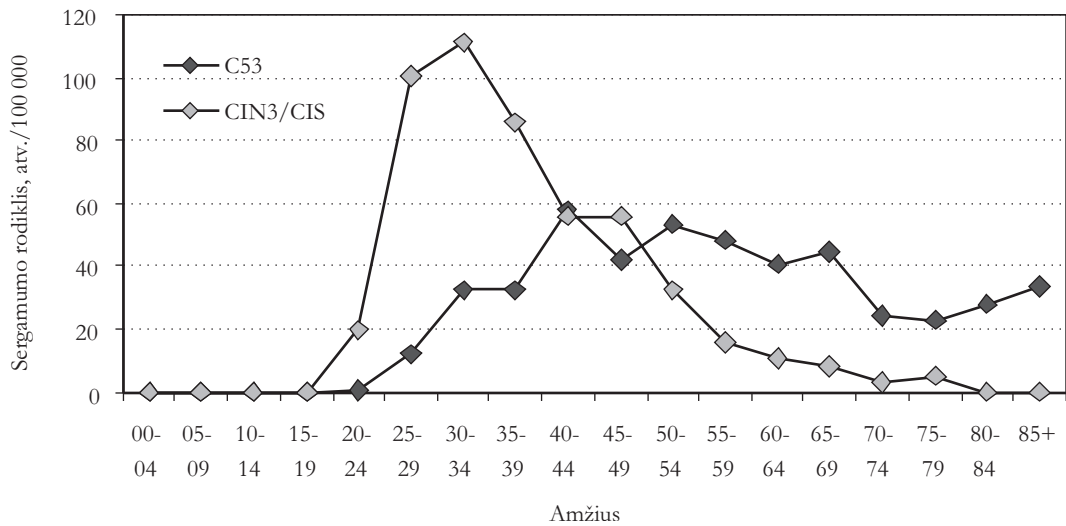
2008 metais Atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio patologijos programos tikslinės grupės amžiaus ribos, kaip minėta, buvo pakeistos, patikra pradėta vykdyti moterimis nuo 25 metų. 3 paveiksle pateikiami sergamumo rodikliai 2008 metais amžiaus grupėse. 25–29 metų amžiaus grupėje



1 pav. Gimdos kaklelio vėžio (C53) ir CIN3/CIS atvejų skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 1999–2008 metais



2 pav. Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu (C53) ir CIN3/CIS pokyčiai Lietuvoje 1999–2008 metais



3 pav. Sergamumas gimdos kaklelio vėžiu (C53) ir CIN3/CIS Lietuvoje 2008 metais pagal amžių

1 lentelė. Sergamumo pokyčiai CIN3/CIS ir gimdos kaklelio vėžiu pagal stadijas Lietuvoje 1999–2008 metais

	Rodiklis, atv./100 000			
	1999	2008	VMP*, proc.	95 proc. PI
Visos amžiaus grupės				
CIN3/CIS (D06)	1,7	31,1	34,4	20,0–50,5
Ca iš viso (C53)	19,0	19,5	0,7	-1,3–2,8
I stadija	4,1	8,6	11,1	7,0–15,2
II stadija	5,6	3,8	-6,0	-9,4–2,1
III stadija	7,0	4,5	-2,8	-5,6–0,2
IV stadija	1,7	1,4	-4,6	-9,6–0,6
Nenurodyta	0,6	1,2	3,0	-7,0–14,0
25–59 metų				
CIN3/CIS (D06)	1,5	28,7	33,7	18,4–51,1
Iš viso (C53)	14,6	15,5	1,6	-0,7–3,9
I stadija	3,6	7,8	11,1	7,0–15,5
II stadija	4,2	2,6	-7,2	-11,4–2,7
III stadija	5,4	3,1	-3,5	-7,3–0,4
IV stadija	1,0	1,0	-0,03	-4,8–5,0
Nenurodyta	0,4	1,0	5,0	-5,4–16,7
60 ir daugiau metų				
CIN3/CIS (D06)	0,04	0,8	26,4	21,1–32,0
Iš viso (C53)	4,4	4,0	-2,7	-4,7–0,7
I stadija	0,5	0,8	8,3	0,8–16,5
II stadija	1,4	1,1	-4,9	-8,2–1,5
III stadija	1,6	1,3	-3,1	-4,6–1,5
IV stadija	0,7	0,4	-9,4	-15,3–3,0
Nenurodyta	0,2	0,2	-2,0	-12,2–9,4

*VMP – vidutinis metinis pokytis

**skliausteliuose pateikiamas Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos (TLK-10) kodas

2008-aisiais nustatyti vieni didžiausių sergamumo CIN3/CIS rodikliai.

Išnagrinėjus sergamumo CIN3/CIS ir gimdos kaklelio vėžiu pokyčius pagal stadijas 1999–2008 metais, nustatytas sergamumo CIN3/CIS didėjimas (1 lentelė). Šios patologijos rodikliai didėjo po 34,4 proc. kasmet vertinant visų amžiaus grupių moterų sergamumą: po 33,7 proc. 25–59 metų amžiaus grupėje ir po 26,4 proc. 60 ir daugiau metų amžiaus grupėje.

Sergamumo invaziniu vėžiu rodikliai statistiškai reikšmingai nagrinėtu laikotarpiu nekito patikros grupėje ir visose amžiaus grupėse kartu (VMP atitinkamai 0,7 proc. ir 1,6 proc., $p < 0,05$). Patikros grupėje nustatytas tik statistiškai reikšmingas sergamumo I stadijos gimdos kaklelio vėžiu didėjimas (po – 11,1 proc. kasmet) ir sergamumo II stadijos vėžiu mažėjimas (po – 7,2 proc. kasmet). Kiti sergamumo pokyčiai pagal stadijas nebuvo reikšmingi, t.y. sergamumo III ir IV stadijos vėžiu rodikliai buvo stabilūs. Tarp 60 metų ir vyresnio amžiaus moterų, kurios nedalyvavo patikros programoje, sergamumas I stadijos gimdos kaklelio vėžiu taip pat didėjo, o sergamumas II, III ir IV stadijų gimdos kaklelio vėžiu mažėjo (atitinkamai po – 4,9 proc., – 3,1 proc. ir – 9,4 proc. kasmet).

REZULTATŲ APTARIMAS

Organizuotos patikros programos atliekant citologinį gimdos kaklelio tyrimą yra efektyvus gimdos kaklelio vėžio kontrolės būdas. Įrodyta, kad, vykdant organizuotą gimdos kaklelio vėžio profilaktikos programą, sergamumą šia liga galima sumažinti 80 proc. [2]. Lietuvoje sergamumas gimdos kaklelio vėžiu, kaip ir daugelyje kitų šalių, 1964–1988 metais mažėjo [6]. Sergamumo pokyčių skirtumai nustatyti tarp skirtingo amžiaus moterų 1983–1997 metais – sergamumas reikšmingai mažėjo tarp 50–64 metų moterų, o jaunų (30–49 metų) moterų sergamumas didėjo [7]. Nuo 1978 iki 1992 metų moterų sergamumas gimdos kaklelio vėžiu Lietuvoje pamažu mažėjo (atitinkamai nuo 15,4 atvejo 100 tūkstančių iki 12,9 atvejo 100 tūkstančių gyventojų), o nuo 1993 metų sergamumas pradėjo didėti ir 1998–1999 metais pasiekė 17,4 atvejo 100 tūkstančių gyventojų [8]. 1999–2008 metų sergamumo gimdos kaklelio vėžiu analizė parodė, kad Valstybinėje vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programoje nustatytas tikslas sumažinti sergamumą gimdos kaklelio vėžiu per kitus 2 metus nebus pasiektas. Sergamumas gimdos kaklelio vėžiu Lietuvoje 1999–2008 metais nemažėjo. Programos vykdymo laikotarpiu, deja, nebuvo pasiekta ir sergamumo vėlyvųjų stadijų gimdos kaklelio vėžiu mažėjimo. Kaip neabejotina teigiama programos vykdymo išdava paminėtinas ženklus sergamumo CIN3/CIS ir I stadijos gimdos kaklelio vėžiu didėjimas patikros grupėje programos vykdymo laikotarpiu. Patikroje dalyvaujančių moterų amžiaus pakeitimas į patikrą įtrau-

kiant 25–29 metų moteris buvo naudingas – šioje amžiaus grupėje 2008 metais nustatyti vieni didžiausių CIN3/CIS sergamumo rodiklių.

Gimdos kaklelio patikra gali būti atsitiktinė atranka arba organizuota patikros programa. Ir vienu, ir kitu atveju pasiekiamas sergamumo invaziniu gimdos kaklelio vėžiu sumažėjimas. Tačiau organizuota patikra užtikrina lygias galimybes (visoms numatytoms programoje moterims suteikiama vienoda nauda), yra veiksminga (stipriausiai mažina susirgimą vėžiu) ir naudinga (teigiamai veikia programos sąnaudas). Gimdos kaklelio patikra Lietuvoje yra oportunistinio pobūdžio, suteikianti galimybę moterims atlikti tepinėlio tyrimą, tačiau asmeniniai kvietimai moterims nesiunčiami. Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu pokyčiai Lietuvoje patikros programos vykdymo laikotarpiu yra charakteringa oportunistinės patikros išraiška – didėja nustatomo neinvazinio ir I stadijos gimdos kaklelio vėžio atvejų, o diagnozuojamo vėlyvųjų stadijų (III ir IV) vėžio dalis lieka nepakitusi. Tai rodo per mažą pasitikrinsusių moterų, esančių didžiausioje rizikos grupėje, skaičių. Mūsų nuomone, viena pagrindinių priežasčių – patikros programos organizavimo trūkumai, kai nesiunčiami kvietimai. Moteris į patikrą sistemingai nekviečiamos, bet tikrinamos pagal galimybes. Žinoma, kad asmenų, kurie dalyvauja patikros programose, vėžio rizika paprastai yra mažesnė nei tų, kurie patikroje nedalyvauja [9]. Patikros, turinčios oportunistinės patikros elementų, pasižymi nedideliu apsilankusių moterų skaičiumi. Oportunistinės patikros programos taip pat padidina nustatytų ikivėžinių būklių skaičių ir ilgainiui sumažina susirgimų gimdos kaklelio vėžiu skaičių, tačiau ne taip efektyviai kaip organizuotos.

Europoje įgyvendinama labai daug gimdos kaklelio patikros programų. Tik keliuose šalyse vykdomos organizuotos patikros programos – Šiaurės šalyse, Jungtinėje Karalystėje, Nyderlanduose, dalyje Italijos provincijų, o daugelyje kitų šalių vykdoma patikra negali būti apibrėžta kaip organizuota [10]. Pastarosiose šalyse vykdoma oportunistinė patikra, kuri priklauso nuo moters ir jos gydytojo asmeninės iniciatyvos. Tokioms oportunistinėms patikroms būdinga tai, kad dažnai tikrinamos tam tikrų grupių moteris ir nepakankamai – kitų. Pagrindinis neorganizuotos patikros programos trūkumas pasireiškia mažu pasitikrinsusių moterų, esančių didžiausios rizikos grupėje, procentu ir intensyviu mažos rizikos grupių moterų tikrinimu. Tai sudaro prielaidas mažam sąnaudų našumui ir menkam programų efektyvumui [11, 12, 13]. Pagrindinėmis patikros programų neefektyvumo priežastimis laikomas neoptimalus tepinėlių paėmimo dažnumas ir nepakankama apimtis tikslinės populiacijos grupėse bei kintama patikros kokybė ir standartai. Su panašiomis problemomis kaip ir Lietuva vykdant patikros programas susiduria ir kitos naujosios ES šalys [14]. Pastaroji gimdos kaklelio profilaktikos programų apžvalga parodė di-

delius trūkumus vykdant programas visoje Europoje. Nustatyta, kad, nepaisant ryškių poslinkių, nėra laikomasi ES Tarybos rekomendacijų ir teigiama, jog turėtų būti imtasi priemonių siekiant pagerinti gimdos kaklelio profilaktiką Europoje [15].

IŠVADOS

Atlikta sergamumo gimdos kaklelio vėžiu 1999–2008 metais pokyčių analizė neparodė sergamumo gimdos kaklelio vėžiu mažėjimo. Reikšmingai padidėjo sergamumas CIN3/CIS ir I stadijos gimdos kaklelio vėžiu. Tai nustatyta 25–59 metų ir 60 m. bei vyresnio amžiaus moterų grupėse. Sergamumo III ir IV stadijos gimdos kaklelio vėžiu rodikliai patikros grupėje buvo stabilūs, o tarp 60 m. ir vyresnio amžiaus moterų grupėje mažėjo. Siekiant pagerinti gimdos kaklelio vėžio kontrolę Lietuvoje ateityje, tikslinga tęsti patikros programą ir siekti ją vykdyti organizuotai.

LITERATŪRA

1. Sigurdsson K. The Icelandic and Nordic cervical screening programs: trends in incidence and mortality rates through 1995. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999; 78: 478–485.
2. Anttila A, Pukkala E, Soderman B, Kallio M, Nieminen P, Hakama M. Effect of organised screening on cervical cancer incidence and mortality in Finland, 1963–1995: recent increase in cervical cancer incidence. *Int J Cancer.* 1999; 83: 59–65.
3. European guidelines for quality assurance in cervical screening. 2nd Edition. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008.
4. Esteve J, Benhamou E, Raymond L. Statistical methods in cancer research. IARC Sci Publ, 1994.
5. Joinpoint Regression Program, Version 2.3. March, 2002; National Cancer Institute.
6. Stukonis M, Gurevičius R, Kuzmickienė I, Bičiūnaitė V. Sergamumo vėžiu tendai Lietuvoje 1964–1988 m. ir jų prognozė. *Lietuvos medicina.* 1991; 2: 8–14.
7. Didziapetris R, Stukonis M, Kurtinaitis J. Time trends in incidence of cervical cancer in Lithuania from 1983 to 1997. *Eur J Epidemiol.* 1999; 15: 888–892.
8. B. Aleknavičienė, G. Smailytė, B. Elaawar, J. Kurtinaitis. Gimdos kaklelio vėžys. Sergamumo bei mirtingumo pokyčiai Lietuvoje. *Medicina.* 2002; 38: 223–30.
9. Moss SM. Case-control studies of screening. *Int J Epidemiol.* 1991; 20: 1–6.
10. Anttila A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn M, et al. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. *Br J Cancer.* 2004; 91(5): 935–941.
11. van Ballegooijen M, van den Akker van Marle ME, Patnick J, Lynge E, Arbyn M, Anttila A, et al. Overview of important cervical cancer screening process values in EU countries, and tentative predictions of the corresponding effectiveness and cost-effectiveness. *Eur J Cancer.* 2000; 36: 2177–2188.
12. van den Akker van Marle ME, van Ballegooijen M, van Oortmarssen GJ, Boer R, Habbema JDF. Cost-effectiveness of cervical cancer screening: comparison of screening policies. *J Natl Cancer Inst.* 2002; 94: 193–204.
13. Miller AB. The (in)efficiency of cervical screening in Europe. *Eur J Cancer.* 2002; 38: 321–326.
14. Nicula FA, Anttila A, Neamtiu L, Zakelj MP, Tachezy R, Chil A, et al. Challenges in starting organised screening programmes for cervical cancer in the new member states of the European Union. *Eur J Cancer.* 2009; 45(15): 2679–2684.
15. Anttila A, von Karsa L, Aasmaa A, Fender M, Patnick J, Rebolj M, et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. *Eur J Cancer.* 2009; 45(15): 2649–2658.

*Gautas 2010 m. sausio 13 d., aprobuotas 2010 m. vasario 26 d.
Submitted January 13, 2010, accepted February 26, 2010.*