

Противоречия в скрининговата програма при рака на маточната шийка у нас

Д-р Ст. Георгиева

МБАЛ "Царица Йоанна", Клиника по онкотерапия - гр. София

■ Епидемиология

Ракът на маточната шийка (РМШ) е едно от най-разпространените злокачествени заболявания. България е сред високо засегнатите страни в Европа и на междинна позиция в световен план. По данни на СЗО, само в две страни в света - Тайланд и България, се отчита трайно нарастване на смъртността.

ФИГУРА 1



През 1924 г. *Papanicolaou* (Фиг. 1), американски анатом от гръцки произход, случайно наблюдава ракови клетки във вагинални намазки, изследвайки ендокринологията на месечния цикъл. Той се свързва с гинеколога *Traut* и през 1941-

1943 г. създават универсална и проста класификация на цитологичните находки. Тенденцията за честотата на РМШ показва намаляване на заболяемостта в повечето страни в Западна Европа, САЩ, Канада, Австралия, Япония, Хонг Конг, Сингапур, сравнени с нивата, регистрирани от началото на 60^{-те} години. Тази тенденция е свързана с правилното функциониране на скрининговите програми в тези страни. Най-успешни са скрининговите програми в Канада и Скандинавските страни, където е постигнато снижаване на заболяемостта с повече от 80%. За България РМШ е с най-висока честота от гинекологичните тумори, като изпреварва рака на ендометриума (данни на Националния Раков Регистър)^[1].

На териториален принцип в България се очертават области с ниска заболяемост - Кърджали, Смолян, Пловдив, Пазарджик, и други - с високо ниво на засягане - Плевен, Перник, Ловеч. Нарастването на заболяемостта е най-изразено в две от възрастовите групи - при жени на възраст от 30-39 г. и 40-49 г. За разлика от тях темповете на нарастване на заболяемостта при жени над 50 години и при 20-29-годишните са сравнително ниски (Фиг. 2). Темпът на нарастване на заболяемостта в градовете е 0.597 промила и е по-голям от този в селата - 0.487 промила. Тази разлика не е статистически значима, още повече, че в последните две години е налице по-бързо нарастване на темпа на заболяемостта в селата^[2]. От новозаболените и стадираните болни около 65% са в I^{-ва} и II^{-ра} клиничен стадий, 30% са в III^{-ти} и IV^{-ти} стадий и изключително малко са

със CIS (carcinoma in situ) и със CIN (интраепителна неоплазия). Това е още една негативна тенденция в епидемиологията на заболяването в България.

Епидемиологичните тенденции са огледален образ на скрининга. Лошо функциониращият скрининг води до негативни епидемиологични тенденции. Масовият скрининг води до рязък спад на заболяемостта и смъртността.

Цел на настоящото проучване е да разкрие противоречията и специфичните особености в скрининга на РМШ у нас, свързани директно с негативните тенденции в епидемиологията на заболяването. Проучването включва анонимни анкетни карти, попълвани от равен брой жени без и със РМШ. Включени са жени от всички възрастови групи над 20 г. Анкетните карти съдържат следните групи въпроси:

- Демографска характеристика - възраст, образование, семейно положение, религия, местоживееене, доходи;
- История на скрининга при жените;
- Баристри пред скрининга;
- Осведоменост за РМШ.

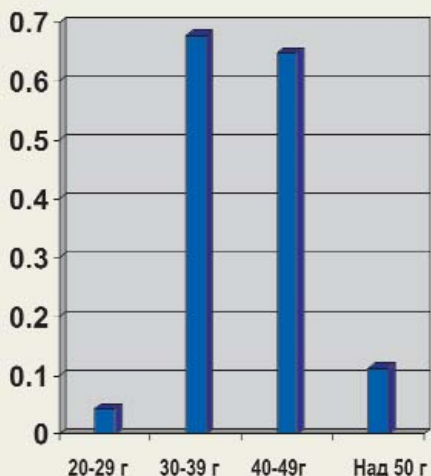
Няма значима разлика във възрастта и нивото на образование между двете анкетирани групи. Прави впечатление по-високото ниво на религиозни жени сред заболелите. Анкетираниите жени от двете групи - 70% от здравите и 83% от заболелите смятат, че в страната има добра база и достатъчно квалифициран персонал за предпазване от заболяването. Данните от проучването сочат, че сред анкетираниите няма достатъчно достъпна информация за РМШ и за неговата профилактика:

- Само 45% от жените знаят, че България е сред високо засегнатите страни от РМШ, 55% дават грешен отговор.
- 84% от здравите жени и 50% от заболелите не знаят нищо за причините за развитие на РМШ и не го възприемат като сексуално трансмисивно заболяване с вирусна етиология.
- 17% от здравите и 15% от заболелите не знаят какво е цитонамазка (ЦН).

Като основен източник на информация за заболяването 84% от анкетираниите жени приемат лекарите, 10% - медиите, останалият процент - други. 90% от заболелите жени имат пълно доверие в оператора-гинеколог и радиолога, 10% се колебаят в отговора си, като липсват такива,



ФИГУРА 2

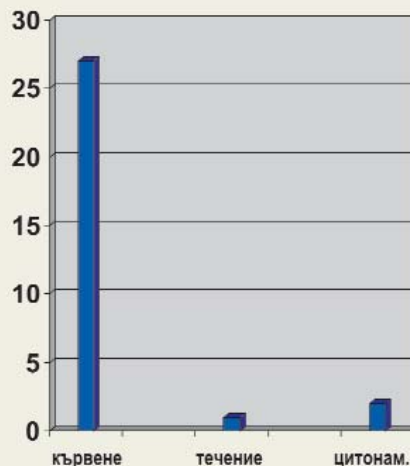


които им нямат доверие. Прави впечатление еднаквото доверие в оператора и лъчетерапевта, ангажирани директно в лечението на заболяването. Особено негативна тенденция сред болелите жени е, че при 91% от тях заболяването е открито по повод на кървене или гноевидно течение и само при 9% при профилактичен преглед с цитоназка (Фиг. 3).

Изводи

- Следователно действащият ефективен скрининг при заболяването е 9%.
- При 15% от болелите първата ЦН през живота е при поставяне на диагнозата РМШ.
- В България е изкривена представата за скрининг при РМШ.
- Редовно се взима ЦН при вече болелите жени по време на лечението и проследяването: 88% от жените с вече установен цервикален рак провеждат ЦН.
- Не се изследват здравите жени - при 25% от здравите никога не е взимана ЦН, а при 30% - само веднъж през целия живот - или всяка втора българска жена не провежда ефективен скрининг.
- Обхванатите от скрининг са много малко и на практика у нас липсва масов скрининг - едва 9% провеждат редовно ЦН.
- Само на 12% от всички жени някога въобще е била предлагана в здравно заведение провеждането на ЦН.
- Едва 30% от анкетираните имат намерение да посетят гинеколог профилактично при отсъствие на каквито и да било оплаквания.
- В момента скринингът на РМШ у нас е напълно хаотичен, без спазване на регламентирана национална програма.

ФИГУРА 3



Заклучение

Повишеното ниво на знания за РМШ е фактор за подобряване на скрининга. За да бъде убедена, че трябва да се яви на профилактичен преглед, българката трябва да е много добре мотивирана с информация за заболяването. Неинформираната жена никога не отива на преглед за профилактика на раково заболяване. Действащият скрининг за РМШ у нас е 9%. Представата за скрининг е изкривена - той е насочен към вече болелите, при проследяването им и там е масов - 88%, а не е насочен към здравите. Ангажираните с провеждането на масов скрининг лекари са пасивни - едва на 12% от анкетираните жени е предлагано активно извършване на ЦН. Но и българката е пасивна, едва 30% желаят преглед при липса на оплаквания, още по-малък е процентът на тези, които биха го реализирали на практика. Ние трябва да намалим броя на жените, които имат нужда от лечение, защото е всеизвестно, че в страната липсват средства за съвременна апаратурно обезпечаване на лъчелечението и за развитието на съвременна брахитерапия - основни методи в лечението на РМШ. От друга страна средствата са недостатъчни за провеждането на масова скринингова програма. Програма има, но тя не действа. Това силно влошава негативните епидемиологични тенденции в скок на заболяемостта, което натоварва недостатъчната и поостаряла лъчетерапевтична апаратура (от 70^{те} години на миналия век). Разумът подсказва от две злини да се избира винаги по-малката. По-малката злина е да заработи масовата скринингова програма при РМШ у нас, разбира се, обезпечена финансово. Така със сигурност ще спестим някой ден средства за съвременна лъчетерапевтична апаратура. ■

КНИГОПИС:

1. Danon, Sh, Zdr. Valerianova, Tzv. Ivanova. Cancer incidence in Bulgaria 2004, Bulgarian national cancer registri, Sofia, 15, 2007, 1-80.
2. Костова, П., В. Златков. Профилактика, скрининг и ваксини при предрака и рака на маточната шийка, С., Българска издателска къща, 2006, 1-149.