

# LAIKAS TARP PASLAUGŲ TEIKIMO ĮVAIRIAIS GIMDOS KAKLELIO VĖŽIO ANKSTYVOSIOS DIAGNOSTIKOS PROGRAMOS ETAPAIS

Jonė Jaselionienė, Romualdas Gurevičius  
Higienos institutas

## Santrauka

**Tikslas** – nustatyti laiko periodų tarp suteiktų gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos paslaugų trukmę.

**Tyrimo metodai.** Tyrimo metu atlikta retrospektyvi gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos metu 2015–2019 m. atliktų testų ir jų rezultatų duomenų analizė. Teigiamų testų atvejais įvertinti biopsijos rezultatai, diagnozės ir stacionarinio gydymo duomenys. Apskaičiuota laiko trukmė tarp moterims suteiktų atrankinės patikros programos paslaugų (tepinėlio, biopsijos, diagnozės, gydymo).

**Rezultatai ir išvados.** Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos metu trukmė nuo teigiamų tepinėlio rezultatų gavimo iki biopsijos atlikimo sudarė vidutiniškai apie 16 savaičių. Dažniausiai gimdos kaklelio biopsija buvo atliekama per 3 savaites nuo teigiamo tepinėlio rezultato, tačiau pusei moterų šis laikas buvo ilgesnis nei 7 savaitės. Gimdos kaklelio vėžio diagnozė buvo patvirtinama maždaug per 6 savaites nuo biopsijos, dažniausiai – per 1 savaitę nuo biopsijos atlikimo. Hospitalizacija ir gydymas nuo diagnozės patvirtinimo suteikti taip pat vidutiniškai per 6 savaites. Dažniausiai moterys hospitalizuotos per 1–2 savaites nuo diagnozės patvirtinimo. Vidutiniškai laikas tarp gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos paslaugų suteikimo buvo pakankamai optimalus, tačiau didesnę dėmesį reikėtų atkreipti į tuos atvejus, kai trukmė tarp atskirų paslaugų suteikimo buvo išskirtinai ilga.

**Reikšminiai žodžiai:** gimdos kaklelio vėžys, prevencija, ankstyvosios diagnostikos programa, laiko periodo tarp atrankinių patikros programų paslaugų trukmė.

## ĮVADAS

Sergamumo ir mirtingumo nuo piktybinių navikų situacija yra aktuali sveikatos problema Lietuvoje. Privalomojo sveikatos draudimo fondo informacinės sistemos *Sveidra* duomenimis, piktybiniais navikais sergančių asmenų kasmet daugėja, o mirtingumas dėl šios priežasties jau išstisus dešimtmečius išlieka viena iš dažniausių mirties priežasčių. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) bei Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO) teigia, kad ligų profilaktika ir žmogaus gyvybės išsaugojimas turi būti vienas iš svarbiausių sveikatos sistemos prioritetų [1, 2]. Vėžio profilaktika (prevencija) – tai priemonių, padedančių saugoti, stiprinti ir atkurti sveikatą bei išvengti vėžio ligos, visuma. Manoma, kad apie 50 proc. visų piktybinių navikų būtų galima išvengti, jei būtų nuosekliai įgyvendinamos vėžio profilaktikos priemonės [3]. Lietuvoje nuo 2016 m. pagal Nacionalinę imunoprofilaktikos programą nuo žmogaus papilomos viruso (ŽPV)

infekcijos, didinančios riziką susirgti gimdos kaklelio vėžiu, pradėtos skiepyti 11 metų mergaitės [4]. **Antrinė profilaktika** apima ankstyvą ikinavikinių gimdos kaklelio pokyčių nustatymą (diagnostiką) ir veiksmingą jų išgydymą. Svarbu tai, kad ikinavikiniai gimdos kaklelio pokyčiai ir net ankstyvasis vėžys dažniausiai nesukelia jokių simptomų ar sveikatos sutrikimų, tad atrankinės patikros programos padeda išvengti vėžio ar didina susirgusiųjų galimybę išgyti. Prevencinės programos yra efektyvus būdas, siekiant sumažinti sergančių gimdos kaklelio vėžiu, naujų susirgimų atvejų, komplikacijų ir mirčių nuo profilaktinėmis priemonėmis valdomų ligų asmenų skaičių [5–9].

Lietuvoje, kaip ir kitose panašaus ekonominio išsivystymo šalyse, sergamumo požiūriu dažniausi yra plaučių, krūties, priešinės liaukos ir storosios žarnos piktybiniai navikai [2, 10]. Iš kitų Europos šalių išsiskiriame aukštais sergamumo bei mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio rodikliais [11]. Lietuvoje nuo 2004 m. vykdoma valstybės finansuojama gimdos kaklelio vėžio prevencijos programa [12], kuria siekiama sumažinti Lietuvos moterų sergamumą gimdos kaklelio piktybiniais navikais bei mirtingumą nuo šios ligos. Programos uždavinys – nustatius ikivėžinius gimdos

**Adresas susirašinėti:** Jonė Jaselionienė  
Higienos institutas  
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius  
El. p. jone.jaselioniene@hi.lt

kaklelio pokyčius bei laiku paskyrus tinkamą gydymą, užkirsti kelią gimdos kaklelio vėžiui. Lietuvoje vykdant programą 1 kartą kas 3 metus atliekamas 25–60 m. moterų onkocitologinis gimdos kaklelio tepinėlio (PAP) tyrimas. Nustačius ikivėžinius pokyčius, jiems patikslinti gali būti atliekama gimdos kaklelio biopsija. Labai svarbu, kad biopsija būtų atliekama kaip įmanoma greičiau, nes tik po jos patvirtinama arba atmetama vėžio diagnozė. Ankstyvos stadijos liga gali būti sėkmingai išgydyta. Nustatyta, kad gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktika būtų efektyvi, jeigu patikrose dalyvaujančių ne mažiau kaip 80 proc. tikslinės populiacijos [13]. Lietuvoje vykdytos apklausos parodė, kad gyventojų informuotumas apie onkologinius susirgimus ir vykdomas prevencines vėžio programas nėra pakankamas [14–19]. Norint pasiekti tinkamą programų efektyvumą, veiksmingumą bei sveikatos skirtumų sumažėjimą Europos mastu, reikėtų paskatinti moteris aktyviau jose dalyvauti ir tikrintis sveikatą [20, 21], kad anksti nustatytus ikivėžinius pakitimus ar diagnozavus ankstyvųjų stadijų vėžį būtų galima laiku suteikti efektyvų gydymą ir išsaugoti sveikatą ar net gyvybę. Ankstyva neišplitusio vėžio diagnozė ir efektyvus gydymas gali padidinti 5 metų išgyvenamumą net apie 95 proc. atvejų [22].

Paprastai profilaktikos priemonių efektyvumas vertinamas atsižvelgiant į sergamumo ir mirtingumo rodiklių pokyčius nuo programos įgyvendinimo praėjus tam tikram laikotarpiui. Mirtingumas yra neabejotinas vėžio prevencinių programų efektyvumo rodiklis. Vis dėlto vėžio kontrolės priemonių efektas mirtingumo rodikliams yra vėlyvas, todėl programų efektyvumui vertinti dažnai naudojami sergamumo ar išgyvenamumo rodikliai, leidžiantys greičiau įvertinti gautus pokyčius po diagnozės nustatymo [23]. Pradėjus veikti gerai organizuotai gimdos kaklelio vėžio prevencinei programai, paprastai sergamumas šia vėžio forma didėja. O programai įsibėgėjus per kelerius metus vis daugiau išaiškinama mažiau invazinio vėžio ir vis daugiau karcinomos *in situ* atvejų. Reikėtų pažymėti, kad augantis susirgimų piktybiniais navikais atvejų skaičius ne visada rodo prastą situaciją. Didesnis susirgimų skaičius, ypač pradinėse ligos stadijose, gali būti nustatomas dėl pagerėjusios diagnostikos, jautresnių testų ar aktyvesnio gyventojų dalyvavimo onkologinių susirgimų profilaktikos programose. Be to, reikėtų atsižvelgti ir į pagrindinę prevencinės programos tikslą, pvz., gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos tikslas – sumažinti sergamumą invaziniu vėžiu. Ne mažiau svarbus ir, tikėtina, įtakos ligos išėičiai turintis aspektas diagnozavus gimdos kaklelio vėžį yra optimalus laikas, per kurį suteikiamas specializuotas gydymas, padedantis pacientei išgyti ar sumažinantis mirties riziką.

Šio tyrimo tikslas – nustatyti laiko periodų tarp suteiktų gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos paslaugų trukmę.

## TYRIMO METODIKA

Ištisinis aprašomasis epidemiologinis tyrimas, kurio metu atlikta retrospektyvi gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos metu 2015–2019 m. atliktų testų ir jų rezultatų duomenų analizė. Teigiamų testų atvejais įvertinti biopsijos rezultatai ir jų data, vėžio diagnozė ir jos nustatymo data, pagrindinė hospitalizavimo priežastis ir data. Į tolesnį tyrimą, skaičiuojant patikrų efektyvumą laiko atžvilgiu, įtrauktos moterys, kurioms skirtas gydymas esant histologiškai (biopsija) patvirtintam gimdos kaklelio vėžiui. Įvertinti laiko intervalai nuo testavimo iki stacionarinio gydymo. Į galutinę laiko periodų trukmės analizę įtraukti 399 gimdos kaklelio vėžio atvejai, kurių paslaugų seka *tepinėlis–biopsija–diagnozė–gydymas (hospitalizacija)*. Apskaičiuota laiko periodų nuo teigiamo testo rezultato iki biopsijos atlikimo, nuo biopsijos atlikimo iki diagnozės patvirtinimo ir nuo diagnozės nustatymo iki kvalifikuoto gydymo stacionare trukmė.

**Pagrindinis duomenų šaltinis.** Privalomojo sveikatos draudimo fondo informacinė sistema *Sveidra* (PSDF IS *Sveidra*). PSDF IS *Sveidra* duomenų bazė apima apie 99 proc. stacionaro ir apie 90 proc. ambulatorinių apsilankymų sveikatos priežiūroje. Analizuota informacija apie 2015–2019 m. patikros programose dalyvavusias moteris, kurioms: 1) suteiktos citologinio gimdos kaklelio tepinėlio paslaugos; 2) atlikta gimdos kaklelio biopsija; 3) patvirtinta gimdos kaklelio vėžio (piktybiniai navikai ir karcinoma *in situ*) diagnozė; 4) suteiktos stacionarios gydymo paslaugos (hospitalizacija).

**Duomenys ir jų tvarkymas.** Iš PSDF IS *Sveidra* gauto pirminių duomenų masyvo atrinkta 605,4 tūkst. tyrimui tinkamų atvejų įrašų apie 2015–2019 m. atliktus gimdos kaklelio tepinėlius ir suteiktas biopsijos paslaugas. Iš duomenų masyvo buvo pašalinti gimdos kaklelio prevencijos programos nuostatų neatitinkantys besidubliuojantys paslaugų įrašai. Naudojantis *Microsoft Excel* programa atrinkti, surūšiuoti, susisteminti ir analizuoti tyrimui tinkami biopsijų, diagnozių ir stacionarinio gydymo paslaugų duomenys. Duomenys analizuoti taikant aprašomosios statistikos metodus.

Dėl administracinių duomenų bazių įrašų netikslumų ir neišsamumo gimdos kaklelio vėžio duomenų analizei pasirinkti ne tepinėlio paėmimo paslaugos suteikimo (1844 kodas), bet tepinėlio (ištyrimo)

rezultato (1846–1858 kodai) įrašai (1 lentelė). Siekiant išvengti dubliavimosi ir tenkinti patikros programos metodikos siekį moteris tirti kas trejus metus, iš kiekvieno trejų metų laikotarpio atmesti pakartotini tos pačios moters tepinėlių rezultatų įrašai ir pasirinktas pirmasis gautas rezultatas (teigiamas / neigiamas), neatsižvelgiant į tai, kad / ar vėliau buvo pakartotinai atliktas (patikslintas) tos pačios moters tepinėlio tyrimas ir gauti galimai kitokie rezultatai. Išimtis – kai tepinėliai buvo netinkami vertinti (1846 kodas), į analizę įtraukti einamaisiais ar kitais metais patikslinti rezultatai, jeigu tokie buvo gauti.

Į tyrimą įtraukti gimdos kaklelio biopsijos ir jos rezultatų įvertinimo paslaugos suteikimo (2247 kodas) ir biopsijos (ištyrimo) rezultatų (2234–2246 kodai) įrašai (2 lentelė). Iš pirminio duomenų masyvo atmesti biopsijos įrašai tų pacienčių, kurių gydymo lape nebuvė informacijos apie analizuojamą laikotarpį atliktus gimdos kaklelio tepinėlio rezultato įrašus. Jeigu biopsija buvo pažymėta ne prie pirmojo teigiamo tepinėlio rezultato, o prie vėlesnio (pakartotinio), pasirinktas pirmojo teigiamo rezultato įrašas. Jeigu per trejus metus buvo keli tyrimo įrašai, tokiu atveju juos atrenkant sudaryta korektiška ir logiška datų seka „tepinėlis–biopsija–diagnozė“ („nekorektiški“ datų įrašai, kai diagnozė patvirtinta anksčiau nei atliktas tepinėlis, pirminiame duomenų rinkinyje sudarė apie 10 proc.).

Kadangi dauguma biopsijos įrašų buvo neišsamūs, t. y. nurodytas tik biopsijos rezultatas ir data arba tik biopsijos paslaugos įrašas ir data, vertinant laiko rodiklius remtasi biopsijos rezultato data, o atvejais, kai nebuvė biopsijos rezultato įrašo, – biopsijos paslaugos data.

**1 lentelė.** Gimdos kaklelio tepinėlio rezultatų kodai

Kodas	Paiškinimas
Netinkamas (1846)	Netinkamas ištyrimui
Nėra IPPN (1847)	Nėra intraepitelinių pakitimų ar piktybinio naviko
ASC-US (1848)	Atipinės nenustatytos reikšmės plokščiojo epitelio ląstelės
ASC-H (1849)	Atipinės plokščiojo epitelio ląstelės, gali būti žymūs plokščialąsteliniai intraepiteliniai pakitimai
LSIL (1850)	Nežymūs plokščialąsteliniai intraepiteliniai pakitimai
HSIL (1851)	Žymūs plokščialąsteliniai intraepiteliniai pakitimai
SCC (1852)	Plokščialąstelinė karcinoma
AGC, tiksliau ne-skirstomos (1853)	Atipinės nenustatytos reikšmės liaukinio epitelio ląstelės
AGC, galimai piktybinės (1854)	Atipinės liaukinės ląstelės, gali būti piktybinės
AIS (1855)	Endocervikalinė adenocarcinoma <i>in situ</i>
AC (1856)	Adenokarcinoma
EPM (1857)	Nėra intraepitelinių pakitimų ar piktybinio naviko (endometriumo ląstelės, 40 metų ir vyresnių moterų)
Kiti (1858)	

Į tyrimą įtrauktos visos „+“, „–“ ir „0“ tipo ligų diagnozės (3 lentelė), išskyrus tas, kurių data buvo ankstesnė negu tepinėlio (biopsijos):

„+“ – ūminės ir pirmą kartą gyvenime nustatytos ligos;

„–“ – pirmą kartą einamaisiais metais registruotos lėtinės ligos, nustatytos anksčiau;

„0“ – anksčiau registruota lėtinė liga.

Įvertinti hospitalizacijos faktai, atsižvelgiant į pagrindinę hospitalizacijos priežastį (3 lentelė).

**Statistiniai duomenų analizės metodai.** Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS (angl. *Statistical Package for the Social Sciences, SPSS*) 23.0 statistinį programinį paketą. Pareto diagramos sudarytos taikant *Minitab 16* statistinės programos funkcijas.

**2 lentelė.** Gimdos kaklelio biopsijos rezultatų kodai

Kodas	Paiškinimas
2236	Gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslauga, kai nustatyti gerybiniai pakitimai (nėra CIN / Ca)
2237	Gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslauga, kai nustatyta I laipsnio intraepitelinė neoplazija (CIN1)
2238	Gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslauga, kai nustatyta II laipsnio intraepitelinė neoplazija (CIN2)
2239	Gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslauga, kai nustatyta III laipsnio intraepitelinė neoplazija arba karcinoma <i>in situ</i> (CIN3 / CIS)
2240	Gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslauga, kai nustatyta mikroinvazinė plokščialąstelinė karcinoma ( <i>mikroSCC</i> )
2241	Gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslauga, kai nustatyta invazinė plokščialąstelinė karcinoma (SCC)
2242	Gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslauga, kai nustatyta adenokarcinoma <i>in situ</i> (AIS)
2243	Gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslauga, kai nustatyta adenokarcinoma (AC)
2244	Gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslauga, kai nustatytas kitas piktybinis epitelinis navikas
2245	Gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslauga, kai nustatytas piktybinis neepitelinis navikas
2246	Gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslauga, kai nustatytas metastazinis navikas (Mts)

**3 lentelė.** Gimdos kaklelio vėžio diagnozių kodai pagal TLK-10-AM

Kodas	Pavadinimas
<b>C53 Gimdos kaklelio piktybinis navikas</b>	
C53.0	Endocervikso piktybinis navikas
C53.1	Egzocervikso piktybinis navikas Ektocerviksas
C53.8	Gimdos kaklelio išplitęs piktybinis navikas
C53.9	Gimdos kaklelio piktybinis navikas, nepatikslintas
<b>D06 Gimdos karcinoma <i>in situ</i></b>	
D06.0	Endocervikso karcinoma <i>in situ</i>
D06.1	Egzocervikso karcinoma <i>in situ</i> Ektocerviksas
D06.7	Kitų gimdos kaklelio dalių karcinoma <i>in situ</i>
D06.9	Gimdos kaklelio karcinoma <i>in situ</i> , nepatikslinta

Rezultatai laikomi statistiškai patikimais, kai nustatytas reikšmingumo lygmuo ( $p$  reikšmė) mažesnis už pasirinktą reikšmingumo lygmenį ( $\alpha = 0,05$ ).

**REZULTATAI**

Atlikus skaičiavimus nustatyta, kad trukmė nuo teigiamų 2015–2019 m. atliktų tepinėlių rezultatų gavimo iki biopsijos atlikimo buvo vidutiniškai apie 16 savaičių, mažiausiai truko iki vienos savaitės, t. y. biopsija būdavo atliekama per savaitę nuo gauto tepinėlio rezultato, ilgiausiai – apie 180 savaičių. Dažniausiai šis laikas siekė 3 savaites, tačiau pusės moterų atveju jis buvo didesnis nei 7 savaitės (4 lentelė). Per 1–2 savaites biopsija buvo atliekama 5 proc., per 3–4 savaites – apie 15 proc. atvejų. Apie pusę atvejų gimdos kaklelio biopsija buvo atliekama per 5–10 savaičių nuo teigiamo tepinėlio rezultato, 80 proc. atvejų – nuo 1 iki 20 savaičių. Ilgesnė negu metai trukmė tarp minėtų paslaugų suteikimo apskaičiuota 10 proc. atvejų (1 pav.).

Nuo biopsijos atlikimo iki gimdos kaklelio vėžio diagnozės patvirtinimo vidutiniškai praeidavo apie

6 savaites, mažiausiai – iki vienos savaitės, ilgiausiai – iki 153 savaičių. Dažniausiai diagnozė buvo patvirtinama per 1 savaitę nuo biopsijos atlikimo, pusei moterų – per 1–2 savaites (4 lentelė). 46 proc. atvejų gimdos kaklelio vėžio diagnozė buvo patvirtinama per 1 savaitę nuo biopsijos atlikimo, 80 proc. – iki 5 savaičių (2 pav.). Beveik penktadalio atvejų laikotarpis tarp biopsijos atlikimo ir diagnozės nustatymo truko mėnesį ir daugiau.

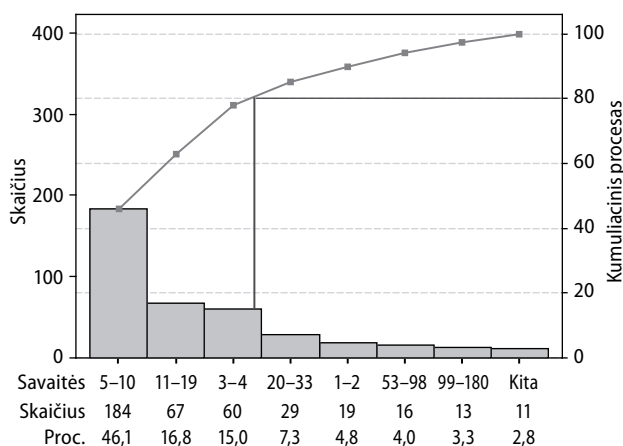
Laiko periodas nuo vėžio diagnozės patvirtinimo iki hospitalizacijos ir gydymo vidutiniškai trukdavo taip pat apie 6 savaites, mažiausiai – iki vienos savaitės, ilgiausiai – iki 116 savaičių. Dažniausiai moterys hospitalizuotos per 1–2 savaites nuo diagnozės patvirtinimo. Laiko periodo nuo diagnozės patvirtinimo iki hospitalizacijos trukmės mediana buvo 3 savaitės (4 lentelė). 80 proc. atvejų moterys buvo hospitalizuojamos maždaug per 6 savaites nuo diagnozės patvirtinimo (3 pav.). Apie penktadalį moterų hospitalizuota per 1–2 savaites.

Standartinis nuokrypis analizuojamais etapais buvo nuo 11 iki 25 savaičių (4 lentelė).

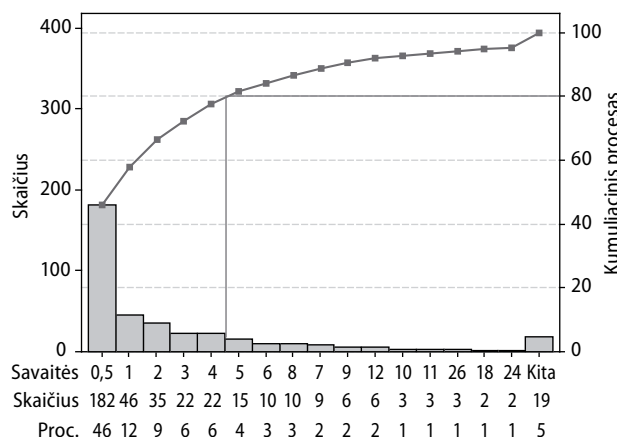
**4 lentelė.** Laiko periodų tarp gimdos kaklelio vėžio patikros paslaugų vertinimas (trukmė savaitėmis)

Parametrai	Nuo teigiamo testo iki biopsijos atlikimo	Nuo biopsijos iki diagnozės patvirtinimo	Nuo diagnozės patvirtinimo iki gydymo suteikimo
Tiriamųjų skaičius, n	399	395*	377*
Vidurkis	15,5	5,3	5,3
Mediana	7,0	1,0	3,0
Moda	3,0	0,5	1,0
Standartinis nuokrypis	25	16,1	11,1
Variacijos koeficientas	1,6	3,0	2,1
Min. reikšmė	0,5	0,5	0,5
Maks. reikšmė	180	153	116

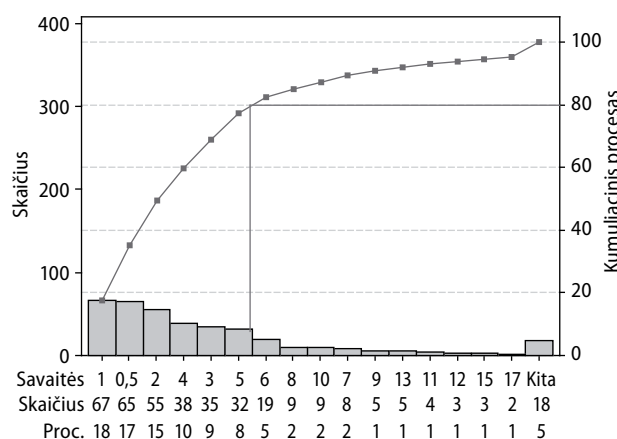
\* Iš duomenų rinkinio atmesti atvejai, kurių įrašų datos pateiktos nenuosekliai.



**1 pav.** Laiko nuo teigiamo gimdos kaklelio testo iki biopsijos pasiskirstymas



**2 pav.** Laiko nuo gimdos kaklelio biopsijos iki diagnozės patvirtinimo pasiskirstymas



**3 pav.** Laiko nuo gimdos kaklelio vėžio diagnozės patvirtinimo iki gydymo suteikimo pasiskirstymas

## REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo metu apskaičiuota laiko periodų tarp suteiktų gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos paslaugų trukmė – per kiek laiko teigiamą testo rezultatą gavusioms programos dalyvėms buvo nustatyta ir biopsija patvirtinta vėžio diagnozė bei per kiek laiko paskirtas specializuotas gydymas stacionare. Neuždelstas vėžio diagnozės patvirtinimas, tinkamo gydymo paskyrimas laiku yra vieni iš svarbesnių aspektų siekiant sumažinti sergamumą vėlyvųjų stadijų gimdos kaklelio vėžiu ir mirtingumą nuo piktybinių navikų. Retrospektyvi gimdos kaklelio vėžiu sergančių moterų, kurioms skirtas gydymas, duomenų analizė parodė, kad laiko periodo, per kurį nustatoma diagnozė ir skiriamas gydymas, trukmė ganėtinai varijuoja. Gimdos kaklelio patikros metu trukmė nuo teigiamų tepinėlio rezultatų gavimo iki biopsijos atlikimo buvo vidutiniškai apie 16 savaičių, gimdos kaklelio vėžio diagnozė buvo patvirtinama maždaug per 6 savaites nuo biopsijos atlikimo, laikas nuo diagnozės patvirtinimo iki hospitalizacijos ir gydymo suteikimo – taip pat apie 6 savaites. Deja, dėl PSDF IS *Sveidra* duomenų bazėje neišsamiai pateiktų įrašų negalėjome nustatyti laiko periodo nuo citologinio tepinėlio paėmimo iki rezultatų atsakymo pateikimo trukmės. Atrankinės patikros programų paslaugų gavimas gali užtrukti, laukiant siuntimo ir specialisto (onkologo) konsultacijos arba dėl gydytojų sprendimo stebėti moters, kuriai nustatyti nežymūs pokyčiai, sveikatą įprastiniu būdu, papildomus tyrimus (biopsiją) atliekant po pakartoto tepinėlio rezultatų. Laiko nuo teigiamo testo iki biopsijos atlikimo vertinimas yra svarbus, nes parodo galimą diagnozės nustatymo užvilkinimą, kadangi tik po biopsijos patvirtinama diagnozė ir tik tada gali būti pradėtas gydymas. Ilgas laikotarpis tarp šių etapų gali lemti naviko progresavimą. Taip pat svarbus laikas nuo biopsija patvirtintos diagnozės iki kvalifikuoto gydymo suteikimo pradžios. Laiku suteiktas gimdos kaklelio vėžio gydymas gali sustabdyti naviko plitimą, sumažinti mirtingumo nuo jo tikimybę. Pagal atrankos programos metodiką tam tikrais atvejais nustatyti gimdos kaklelio pakitimai gali būti tik stebimi, pacientės nesiunčiant į specialistų konsultaciją. Tačiau pakartotinio vizito metu nustatytus jau ženklius pokyčius galima daryti prielaidą, kad jų buvo galima išvengti ir išgydyti dar ankstesnio vizito metu.

Onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklių ir jų stebėsenos tvarkos aprašas nustato onkologinių ligų diagnostikos

ir gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklius ir jų stebėsenos tvarką [24]. Siektina, kad laikotarpis nuo pirmojo apsilankymo pas gydytoją specialistą dienos iki diagnozės nustatymo dienos, t. y. paciento, kuriam pirmą kartą įtariama onkologinė liga, laukimo laikas nuo pirmojo apsilankymo pas gydytoją specialistą dienos iki diagnozės nustatymo (onkologinės ligos diagnozės patvirtinimas objektyviais duomenimis (histologiškai ir kt.)) dienos trukmė ne daugiau kaip 28 kalendorines dienas. Laikotarpis nuo onkologinės ligos diagnozės nustatymo iki gydymo pradžios, t. y. paciento, kuriam pirmą kartą įtariama onkologinė liga, laukimo laikas nuo onkologinės ligos diagnozės nustatymo dienos iki gydymo pradžios (gydytojų specialistų komandos paciento diagnostikos ir gydymo plano aptarimo data) trukmė ne daugiau kaip 14 kalendorinių dienų. Tyrimo metu apskaičiuoti duomenys rodo, kad pasitaikė atvejų, kai laikotarpiai tarp paslaugų truko kelerius metus. Tokius išskirtinius atvejus galėjo lemti ir paslaugų suteikimo užvilkinimas dėl sveikatos priežiūros sistemoje esančių priežasčių ar pačių moterų pasyvus įsitraukimas, taip pat sveikatos duomenų įrašų informacinėje sistemoje kokybė. Įvairiose šalyse atliktų tyrimų autoriai nurodo, kad ilgesnis laukimo laikas tarp paslaugų – diagnozės nustatymo, gydymo suteikimo – susijęs su ligos vystymusi ir prastesniu gimdos kaklelio vėžiu sergančių pacienčių išgyvenamumu [25–30].

Vertinant prevencinį programų poveikį nustatyta, kad net apie 70 proc. moterų, mirusių nuo gimdos kaklelio vėžio, nebuvo pakviestos dalyvauti atrankinėje programoje, o 88 proc. pacienčių nebuvo tikrinamos per rekomenduojamus 36 mėnesius [31]. Neabejotina, kad dalyvavimas patikrose gali padėti veiksmingai sumažinti mirtingumą nuo gimdos kaklelio vėžio. Vis dėlto reikėtų pabrėžti didesnių pastangų svarbą skatinant aktyvų moterų dalyvavimą atrankinėje patikroje. Moterims, kurioms buvo retai arba niekada nebuvo atlikta gimdos kaklelio vėžio patikra, dažniau diagnozuotas gimdos kaklelio vėžys ir dažniau diagnozuojama vėlyvoji ligos stadija nei moterims, kurios buvo reguliariai tikrinamos [32]. Įvairiuose literatūros šaltiniuose autoriai nagrinėja 5 ar 10 metų išgyvenamumą nuo analizuojamų ligų priežasčių, tad apibendrinus galima teigti, kad 5 metų išgyvenamumas siekė 50–70 proc., t. y. 50–70 proc. gimdos kaklelio vėžiu sergančių moterų išgyvena 5 metus [33–36]. Atlikti tyrimai Lietuvoje rodo, kad moterų, susirgusių gimdos kaklelio vėžiu, 5-erių metų santykinis išgyvenamumas sudarė 61,4 proc. [37]. Gimdos kaklelio vėžys, jei pakankamai anksti

nustatytas, gali būti sėkmingai išgydytas. Šio susirgimo prognozė priklauso nuo ligos stadijos. 5 metų išgyvenamumo dažnis sergant I stadija, kai navikas yra lokalizuotas ir nedidelis, didesnis kaip 90 proc., o nustačius IV stadiją, kai navikas išplitęs ir randa bent viena atokioji metastazė, – mažiau kaip 30 proc. [38]. Nustatyta, kad atrankinė patikra užkerta kelią 70 proc. mirčių nuo gimdos kaklelio vėžio, o atrankinėse patikrose dalyvaujant reguliariai būtų galima išvengti net 83 proc. mirčių. Ryšys tarp gimdos kaklelio vėžio atrankinės patikros ir sergamumo yra stipresnis sergant pažengusios stadijos vėžiu, tad atrankinė patikra mirtingumui nuo gimdos kaklelio vėžio turi didesnę poveikį nei sergamumui [39].

## APIBENDRINIMAS

Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos metu laiko periodo nuo teigiamų tepinėlio rezultatų gavimo iki biopsijos atlikimo trukmė sudarė vidutiniškai apie 16 savaičių. Dažniausiai gimdos kaklelio biopsija buvo atliekama per 3 savaites nuo teigiamo tepinėlio rezultato, tačiau pusės moterų atveju šis laikas buvo ilgesnis nei 7 savaitės. Gimdos kaklelio vėžio diagnozė buvo patvirtinama

maždaug per 6 savaites nuo biopsijos, dažniausiai – per 1 savaitę nuo biopsijos atlikimo. Hospitalizacija ir gydymas nuo diagnozės patvirtinimo suteikti taip pat vidutiniškai per 6 savaites. Dažniausiai moterys hospitalizuotos per 1–2 savaites nuo diagnozės patvirtinimo. Tyrimo rezultatai rodo, kad vidutiniškai laiko periodas tarp gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos paslaugų yra pakankamai optimalus, tačiau didesnę dėmesį reikėtų atkreipti į tuos atvejus, kai trukmė tarp atskirų paslaugų suteikimo buvo išskirtinai ilga, ir išsiaiškinti ilgo tam tikrų programos paslaugų laukimo priežastis.

Tyrimo rezultatai gali padėti priimti sprendimus vertinant gimdos kaklelio vėžio prevencinių programų vykdymo efektyvumą, išaiškinant veiksnius, kurie trukdo pasiekti norimus rezultatus, nustatant prioritetus, analizuojant sergamumo ir mirtingumo nuo piktybinių navikų situaciją bei jos pokyčius. Sveikatos politikams siūlome organizuoti sistemingą atrankinės patikros programų vykdymo efektyvumo vertinimą, užtikrinti kokybės kontrolę, tinkamą atrankinės programos duomenų tvarkymą ir valdymą.

*Straipsnis gautas 2022-02-07, priimtas 2022-03-16*

## Literatūra

1. Sveikata 2020 – siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje. Visuomenės sveikata. 2013;4(63).
2. Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
3. Europos kovos su vėžiu kodeksas, 2015. Prieiga per internetą: <<https://www.nvi.lt/uploads/pdf/leidiniai%20pacientams/EUKovosuveziukodeksas2.pdf>> [žiūrėta 2020-11-17].
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepimų kalendoriaus patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/c7bf0da1ab8f11e8aa33fe8f0fea665f?jfwid=11dye770k>> [žiūrėta 2020-03-02].
5. Pečiūra R, Gurevičius R, Jankauskienė D. Onkologinių susirgimų profilaktikos programų efektyvumo vertinimas: gimdos kaklelio vėžio skryningas. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai. 2011;1(3).
6. Gaffney DK, Hashibe M, Kepka D, Maurer KA, Werner TL. Too many women are dying from cervix cancer: problems and solutions. *Gynecol Oncol.* 2018;151(3):547–554.
7. Wang J, Elfström KM, Andrae B, Nordqvist Kleppe S, Ploner A, Lei J, et al. Cervical cancer case-control audit: results from routine evaluation of a nationwide cervical screening program. *Int J Cancer.* 2020;146(5):1230–1240.
8. Stang A, Jockel KH. The Impact of Cancer Screening on all-cause mortality. What is the best we can expect? *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115(29–30).
9. Krogsboll LT, Jørgensen KJ, et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;1(1).
10. Arbyn M, Weiderpass E, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *The Lancet Global Health.* 2020;8(2):191–203.
11. Arbyn M, Antoine J, et al. Trends in cervical cancer incidence and mortality in the Baltic countries, Bulgaria and Romania. *International Journal of Cancer.* 2011;128(8):1899–1907.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.236681/asr>> [žiūrėta 2020-11-17].
13. Cervical cancer screening in developing countries. Report of a WHO consultation. WHO, 2002.
14. Petkevičienė J, Klumbienė J, Kriaučionienė V. Moterų dalyvavimas gimdos kaklelio vėžio patikroje. *Lietuvos akušerija ir ginekologija.* 2007;10(2):128–133.
15. Gajauskė L, Istomina N. Moterų žinių apie gimdos kaklelio vėžį tyrimas. *Slauga: mokslas ir praktika.* 2015;6(222):4–6.
16. Vaitkevičiūtė J, Petkevičiūtė V, Klumbienė J. Lietuvos moterų dalyvavimas gimdos kaklelio ir krūties vėžio prevencinėse programose 2004–2014 m. *Visuomenės sveikata.* 2015;1(68):33–38.
17. Petronytė G, Kanapeckienė V, et al. Gyventojų informuotumą, dalyvavimą ir požiūrį į onkologinių ir širdies kraujagyslių ligų prevencijos programas sąlygojantys veiksniai. *Visuomenės sveikata.* 2013;61(2):31–7.
18. Kurtinaitienė R, Drąsutienė G, et al. Vilniaus miesto moterų žinios apie gimdos kaklelio vėžio rizikos veiksnius ir patikros programą. *Medicinos teorija ir praktika.* 2008;14(4):325–330.
19. Ivaško I, Šturienė R, et al. Moterų žinios apie gimdos kaklelio vėžio rizikos veiksnius ir žmogaus papilomos viruso vakciną. *Sveikatos mokslai.* 2017;27(4):13–19.
20. Cancer Research UK. Cervical cancer. Survival. Prieiga per internetą: <<https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cervical-cancer/survival>> [žiūrėta 2020-11-20].
21. Saei Ghare Naz M, Kariman N, Ebadi A, Ozgoli G, Ghasemi V, Rashidi Fakari F. Educational interventions for cervical cancer screening behavior of women: a systematic review. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018;19(4):875–884.
22. Against Cancer. Cancer screening in the European Union (2017). Report on the implementation of the Council recommendation on cancer screening, 2017.

23. Smailytė G. Vėžio registravimo istorija ir vėžio registru atsidarimas. Prieiga per internetą: <[https://web.archive.org/web/20151128235538/http://www.imed.lt/index.php/spaudos\\_apzvalga/vezio\\_registravimo\\_istorija\\_ir\\_vezio\\_registru\\_atsidarimas/10197](https://web.archive.org/web/20151128235538/http://www.imed.lt/index.php/spaudos_apzvalga/vezio_registravimo_istorija_ir_vezio_registru_atsidarimas/10197)> [žiūrėta 2020-12-02].
24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklių ir jų stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <<https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/7c8fadcf76411e68034be159a964f47>> [žiūrėta 2021-11-23].
25. Gyenwali D, Khanal G, et al. Estimates of delays in diagnosis of cervical cancer in Nepal. *BMC Women's Health*. 2014;14:29.
26. Kyoung Won N, et al. Effect of waiting time from pathological diagnosis to definitive concurrent chemoradiation for cervical cancer on overall survival. *Cancer Research and Treatment: Official Journal of Korean Cancer Association*. 2021;54:245–252.
27. Ferreira da Silva I, et al. Cervical cancer treatment delays and associated factors in a cohort of women from a developing country. *Journal of Global Oncology*. 2019;5:1–11.
28. Szu-Ching Sh, et al. Factors involved in the delay of treatment initiation for cervical cancer patients. *Medicine*. 2016;95.
29. Chao-Ping Ch, et al. Effect of time interval from diagnosis to treatment for cervical cancer on survival: a nationwide cohort study. *PLoS ONE*. 2019;14.
30. Chen CP, Kung PT, et al. Effect of time interval from diagnosis to treatment for cervical cancer on survival: a nationwide cohort study. *PLoS ONE*. 2019;14(9):e0221946.
31. Everatt R, Kuzmickienė I, et al. Effectiveness of the cervical cancer prevention programme: a case-control mortality audit in Lithuania. *European Journal of Cancer Prevention*. 2020;29(6):504–510.
32. Jacqueline WM, et al. Breast and cervical cancers diagnosed and stage at diagnosis among women served through the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. *Cancer Causes & Control*. 2015;26:741–747.
33. Mattiuzzi C, Lippi G. Current cancer epidemiology. *J Epidemiol Glob Health*. 2019;9(4):217.
34. Vincerževskienė I, Jasilionis D, Austys D, Stukas R, Kačėnienė A, Smailytė G. Education predicts cervical cancer survival: a Lithuanian cohort study. *Eur J Public Health*. 2017;27(3):421–424.
35. Smailytė G, Jasilionis D, Vincerzevskiene I, Shkolnikov VM. Education, survival, and avoidable deaths in Lithuanian cancer patients, 2001-2009. *Acta Oncol*. 2016;55(7):859–64.
36. Krilavičiute A, Smailytė G, Brenner H, Gondos A. Cancer survival in Lithuania after the restoration of independence: rapid improvements, but persisting major gaps. *Acta Oncol*. 2014;53(9):1238–44.
37. Smailytė G, Ulinskas K, Aleknavičienė B. Susirgusiųjų onkologinėmis ligomis 1994–2005 m. išgyvenamumas Lietuvoje: pokyčiai ir netolygumų įvertinimas. *Visuomenės sveikata*. 2011; priedas Nr. 1.
38. Inčičiūna A, Juozaitytė E. Gimdos kaklelio vėžio diagnostikos bei gydymo gairės. *Medicina*. 2004;4:394–398.
39. Landy R, Pesola F, et al. Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: estimation using stage-specific results from a nested case-control study. *Br J Cancer*. 2016;115(9):1140–1146.

## Time between the provision of services at different stages of the cervical cancer early diagnosis program

*Jonė Jaselionienė, Romualdas Gurevičius*  
*Institute of Hygiene*

### Summary

**Aim of the study.** To determine the length of time between the services provided by the cervical cancer early diagnosis (screening) program.

**Research methods.** The study performed a retrospective analysis of the cervical (PAP) tests performed during the early diagnosis program and their results in 2015-2019. In the case of positive tests, biopsy results, diagnosis and inpatient data were evaluated. The length of time between services provided to women by screening programs (smear test, biopsy, diagnosis, treatment) was calculated. By combining several variables (dates of birth and death, gender) and comparing the data of women with a positive test result and a biopsy-confirmed diagnosis of cancer with the data of the death registry, the life expectancy of the target group in 2020 was determined and calculated survival rates based on hospitalizations.

**Results and conclusions.** At the time of cervical cancer early diagnosis program, the median time from positive smear results to biopsy was approximately 16 weeks. Cervical biopsy was usually performed within 3 weeks of

a positive smear result, but for half of the women, this time was longer than 7 weeks. The diagnosis of cervical cancer was confirmed approximately 6 weeks after the biopsy, usually within 1 week of the biopsy. Most women are hospitalized within 1-2 weeks of confirmation of diagnosis. On average, the time between the services provided by the cervical cancer early diagnosis program was quite optimal, but more attention should be paid to cases where the time between the provided separate services was exceptionally longer.

**Keywords:** cervical cancer, prevention, early diagnosis program, time between screening program services.

**Correspondence to** Jonė Jaselionienė  
Institute of Hygiene  
Didžioji str. 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania  
E-mail: jone.jaselioniene@hi.lt

*Received 7 February 2022,  
accepted 16 March 2022*