



**ПРЕПОРАКИ ЗА УНАПРЕДУВАЊЕ НА СПРОВЕДУВАЊЕТО  
НА ПРОГРАМАТА ЗА СКРИНИНГ (РАНО ОТКРИВАЊЕ)  
НА КАРЦИНОМ НА ГРЛОТО НА МАТКАТА**



## ПРЕПОРАКИ ЗА УНАПРЕДУВАЊЕ НА СПРОВЕДУВАЊЕТО НА ПРОГРАМАТА ЗА СКРИНИНГ (РАНО ОТКРИВАЊЕ) НА КАРЦИНОМ НА ГРЛОТО НА МАТКАТА



Издавач:  
Здружение за еманципација,  
солидарност и еднаквост на жените - ЕСЕ  
Ул. Максим Горки бр. 20-1-4, Скопје  
Тел: 02 3298 295; 3298 296  
Факс: 02 3211 453  
[www.esem.org.mk](http://www.esem.org.mk)

ПУБЛИКАЦИЈАТА Е ФИНАНСИСКИ ПОДДРЖАНА ОД



## СОДРЖИНА:

<b>Препораки за унапредување на спроведувањето на програмата за скрининг (рано откривање) на карцином на грлото на матката</b>	4
<b>I. Предлог-мерки за унапредување на програмата за скрининг за карцином на грлото на матката.</b>	5
<b>II. Образложение на предлог-мерките</b>	8
АНЕКС 1 – Идентификувани проблеми, предлог-мерки и решенија за унапредување на спроведувањето на Програмата за скрининг за рано откривање на карцином на грлото на матката	12
АНЕКС 2 – Предлог-решенија за евиденција и следење на скринингот преку воведување на софтвер за скрининг	15
АНЕКС 3 – Препораки за организација на скрининг за карциномот на грлото на матката	16
I. Вовед	16
II. Програми за рана детекција на малигни заболувања во Македонија	17
III. Карцином на грло на матката	18
IV. Организација на програмата за скрининг	23
V. Меѓународни искуства со организираниот скрининг за карцином на грлото на матката	31
АНЕКС 4 – Членови на работната група	35

## ПРЕПОРАКИ ЗА УНАПРЕДУВАЊЕ НА СПРОВЕДУВАЊЕТО НА ПРОГРАМАТА ЗА СКРИНИНГ (РАНО ОТКРИВАЊЕ) НА КАРЦИНОМ НА ГРЛОТО НА МАТКАТА



Здружението ЕСЕ од 2012 година врши мониторинг на спроведувањето на Програмата за рана детекција на малигни заболувања со посебен осврт на компонентата за скрининг, односно рано откривање на карцином на грлото на матката. Врз основа на резултатите од мониторингот на оваа Програма, Здружението ЕСЕ согледа дека постојат потреби за унапредување во спроведувањето на Програмата и со таа цел формираше работна група составена од релевантни експерти (листата на лица вклучени во работната група е дадена во АНЕКС 4) што работеше на подготовка на предлог мерките за унапредување на спроведувањето на Програмата. Овој документ е подготвен од страна на работната група и има за цел да даде препораки до Министерството за здравство со цел зголемување на опфатот на жени и унапредување на квалитетот на услугите предвидени со Програмата за скрининг за карцином на грлото на матката.

Документот што го подготви работната група се состои од четири дела:

1. Предлог мерки за унапредување на спроведувањето на Програмата за скрининг за рано откривање на карцином на грлото на матката;
2. Образложение на предлог-мерките;
3. Анекс 1 – Табела на идентификуваните проблеми со предлог-мерките и потребните ресурси за нивно реализирање; и
4. Анекс 2 – Табела со предлог-решенија за начинот на внесување на податоци во софтверот за евиденција и следење на скринингот.

Дополнително во Анекс 3 даден е и документот – **„Препораки за организација на скрининг за карциномот на грлото на матката“**, што послужи како еден од основните документи при работата на работната група.

## **I. ПРЕДЛОГ-МЕРКИ ЗА УНАПРЕДУВАЊЕ НА ПРОГРАМАТА ЗА СКРИНИНГ ЗА КАРЦИНОМ НА ГРЛОТО НА МАТКАТА.**

### **1. Мерки за унапредување на координирањето на скринингот**

1.1. Институтот за јавно здравје (ИЈЗ) на РМ да ја преземе улогата на координатор на скринингот на национално ниво.

1.2. Во рамките на Координативното тело за следење, подготовка и континуирано унапредување на Програмата да се вклучат претставници од сите инволвирани страни (Министерството за здравство, Институтот за јавно здравје, центрите за јавно здравје, цитолошките лаборатории, матичните гинеколози и претставници на граѓански организации) и да се состануваат еднаш на три месеци.

### **2. Мерки за унапредување на поканувањето и информирањето на жените за скринингот**

2.1. Институтот за јавно здравје да го врши поканувањето на жените за скрининг на целата територија на РМ.

2.2. Заедно со поканата за скрининг да се доставува едукативен материјал (брошура, лифлет).

2.3. Во поканата да се наведе дека жената треба да се јави на скрининг во период од три месеци, наместо периодот од 10 дена што моментално е наведен во поканата.

2.4. Повторно поканување на жените што нема да се јават на преглед по изминатите три месеци од првото поканување.

2.5. Да се зајакне медиумската кампања за скрининг преку поголем број емитувања на ТВ спотови, радиоemisии, користење на социјалните мрежи; поширока дистрибуција на едукативните материјали преку патронажните сестри и ромските здравствени медијатори; организирање на едукативни работилници, особено во маргинализираните заедници и други потребни мерки.

2.6. Развивање на посебни мерки за опфат на жените од ранливите групи, со посебен осврт на жените Ромки, како што се вклучување на ромските здравствени медијатори и граѓанските организации во процесот на поканување и информирање на жените Ромки за скринингот.

### **3. Мерки за зголемување на опфатот на жените со програмата за скрининг**

3.1. Да се зголеми планираниот опфат на жени од целната возрасна група, односно да се планира опфат на 35% од жените од целната возрасна група во 2016 година и да се постигне опфат на 80% од жените до 2020 година.

### **4. Мерки за унапредување на евиденцијата, мониторингот и евалуацијата на скринингот**

4.1. Воведување на софтверска програма за евиденција и следење на скринингот (детален опис за предлогот за начинот на внесување на податоци во софтверот е дадена во Анекс 2), односно поврзување на сите инволвирани страни во еден информатички систем со посебно определени пристапи до одделни податоци.

4.2. До воведување на софтверот да се дадат нови насоки за известување според Програмата до матичните гинеколози и цитолошките лаборатории, односно гинеколозите да известуваат само за направените ПАП брисеви, а цитолошките лаборатории да известуваат за бројот на направени ПАП тестови и за наодите од ПАП тестовите.

### **5. Мерки за обезбедување на потребен број медицински персонал за соодветна имплементација на скринингот на целата територија на Република Македонија**

5.1. Државата да воведо стимулации за специјализации по гинекологија за матични гинеколози во Примарната здравствена заштита (ПЗЗ) во општините каде што воопшто нема или нема доволно матични гинеколози за да се постигне опфат предвиден со мрежата (стипендирање на одреден број лица за специјализации по гинекологија од страна на Министерството за здравство со обврска тие да работат како матични гинеколози и да потпишат договор со Фондот за здравствено осигурување на Македонија во општините каде што воопшто нема или нема доволно матични гинеколози по примерот на обврските за работа на докторите што се вработени во јавните здравствени установи, кои добиваат специјализација на товар на државата).

5.2. Да се зголеми бројот на специјалисти патолози-цитолози преку обезбедување на специјализации од страна на државата.

5.3. Да се вработат 8 доктори на медицина во службите за социјална медицина во ИЈЗ и центрите за јавно здравје во Кочани, Штип, Струга, Тетово и Скопје.

5.4. Да се вработат најмалку 30 патронажни сестри и 10 ромски здравствени медијатори.

## 6. Мерки за унапредување на квалитетот на скринингот

6.1. Да се воспостави механизам за контрола на работата на цитоскринерите (одреден процент од негативните наоди од ПАП тестовите од секој цитоскринер да бидат прегледани од патолог-цитолог).

6.2. Да се спроведува редовна едукација, еднаш годишно, на цитоскринерите.

6.3. Државата до 2020 година да го подобри дијагностицирањето на Пап-тестовите преку воведување на Цитологија на течна подлога (Liquid based cytology) за анализа на Пап-тестовите и до 2020 година да се предвидат буџетски средства за набавка на потребната опрема и за едукација на кадарот што ќе работи со опремата.

## 7. Мерки за унапредување на транспарентноста во однос на спроведувањето на скринингот

7.1. Министерството за здравство на својата интернет страница да ги објавува следните документи: извештаите за спроведување на Програмата што ги добива од извршителите на Програмата и годишниот извештај за спроведување на Програмата. Оваа обврска да биде предвидена во Програмата.

7.2. Институтот за јавно здравје и Центрите за јавно здравје на своите интернет-страници да ги објавуваат извештаите што ги подготвуваат за спроведување на Програмата. Оваа обврска да биде предвидена во Програмата.



## **II. ОБРАЗЛОЖЕНИЕ НА ПРЕДЛОГ-МЕРКИТЕ**

### **1. Мерки за унапредување на координирањето на скринингот**

Со координирањето на скринингот од страна на Институтот за јавно здравје и со редовното функционирање на Координативното тело за следење, подготовка и континуирано унапредување на Програмата, составено од сите инволвирани страни во имплементацијата на скринингот, ќе се овозможи соодветно планирање, мониторинг и евалуација на скринингот. Преку редовните средби на Координативното тело, навремено ќе се добиваат информации за сите проблеми и недостатоци во имплементацијата на скринингот од сите нивоа и ќе може соодветно да се интервенира за континуирано унапредување на скринингот.

### **2. Мерки за унапредување на поканувањето и информирањето на жените за скринингот**

За да може Институтот за јавно здравје (ИЈЗ) да го врши поканувањето на жените, ќе биде потребно Фондот за здравствено осигурување да достави до ИЈЗ списоци на жените осигуренички со адреси и информација кој матичен гинеколог го имаат избрано, како и список на жени што немаат избрано матичен гинеколог. За жени што немаат здравствено осигурување, ИЈЗ ќе побара гинеколозите да достават податоци, доколку имаат приклучено како матични пациентки жени што моментално не се здравствено осигурени. Дополнително, неопходно е да се воспостави механизам за редовно и навремено ажурирање на податоците, особено при промена на адреса, матичен гинеколог, име и презиме и слично.

Поканувањето од страна на Институтот за јавно здравје е неопходно, бидејќи матичните гинеколози поради преоптовареноста со работа (поради недостигот на доволен број матични гинеколози) не се во можност да ги испраќаат поканите и соодветно да го следат целиот процес на поканување, а од друга страна, ги немаат точните адреси на живеење од сите жени. За оние жени што немаат избрано матичен гинеколог, предлагаме Институтот за јавно здравје да испраќа писмена информација со цел да ги информира за Програмата и да ги повика да изберат матичен гинеколог и да направат ПАП-тест. Дополнително да се разгледаат можностите и за другите методи за поканување, на пример преку СМС, електронска пошта и сл.

Доставувањето на едукативен материјал заедно со поканата, како и поголемиот број медиумски активности ќе го збогатат знаењето и ќе ја подигнат свесноста кај жените за потребата од редовен ПАП тест и со тоа ќе се зголеми одзивот на жените на поканите.

Предлагаме Институтот за јавно здравје да следи кои жени не се јавуваат на скринингот и во период по три месеци повторно да им испраќа покани. Следењето треба да биде овозможено преку софтверската програма. Доколку жената не се јави на скрининг по три последователни покани, се заведува дека се исклучува од скринингот и ќе се повика следната година. Доколку жената добие



покана и го посети матичниот гинеколог, меѓутоа не сака да направи Пап-тест, за одбивањето потпишува изјава (претходно подготвен образец за таа намена). Овој податок гинекологот го внесува во софтверот и добиените податоци за одбивањето ќе дадат увид каде треба да биде насочена едукацијата и активностите за подигнувањето на јавната свесност.

Периодот од 10 дена што е наведен во поканата е премногу краток и претставува причина за дел од жените да не отидат на преглед. Доколку се одреди подолг временски период, односно три месеци, веруваме дека поголемиот дел од жените ќе се јават на преглед по добиената покана.

Во насока на зголемен опфат на жените Ромки и жените од другите маргинализираниаедници, предлага меромските здравствени медијатори и патронажните сестри поактивно да се вклучат во едукацијата на жените Ромки и жените од руралните средини за значењето и потребата од редовен Пап-тест и во ромските и во руралните средини редовно да ги дистрибуираат едукативните брошури за Пап-тест. Вклучувањето на ромските здравствени медијатори и граѓанските организации што работат во ромски средини, исто така ќе помогне во навремено доставување на поканите до жените Ромки, особено во најмаргинализираните ромски заедници каде што нема соодветни адреси и броеви на куќите.

### **3. Мерки за зголемување на опфатот на жените со програмата за скрининг**

Во Програмата за рана детекција на малигни заболувања за 2015 година е предвидено да се опфатат 30.000 жени со Пап-тест на возраст од 24 до 35 години. Предвидениот опфат претставува околу 25% од вкупната популација на жени од дадената возрасна група. Со цел да се унапреди здравјето на жените и да се зголеми бројот на навремено откриени промени на грлото на матката, препорачуваме во Програмата за 2016 година да се планира опфат на 35% од жените од целната возрасна група, со постепено зголемување на опфатот и постигнување на опфат од 80% од жените до 2020 година. Зголемувањето на опфатот на жените ќе води и кон постигнување на стандардите за скрининг во развиените земји од Европа. Имено, во Велика Британија во 2011 година опфатот на жените со скрининг изнесувал 78,6% од целната популација, додека во Финска од 1970 година до денес опфатот на жени со скрининг изнесува 80% од целната популација. Токму поради тоа овие две земји бележат најниски стапки на инциденца и морталитет од овој вид на карцином во земјите во Европската Унија.



#### **4. Мерки за унапредување на евиденцијата, мониторингот и евалуацијата на скринингот**

Воведувањето на софтверска програма ќе доведе до соодветна евиденција, мониторинг и евалуација на скринингот со што ќе придонесе кон континуирано унапредување на скринингот. Во табелата во Анекс 2 е даден детален опис за тоа кои податоци треба да ги внесува секој од извршителите од програмата. Податоците ќе ги обработува Институтот за јавно здравје, а наодите ќе бидат разгледувани од страна на Координативното тело од претставници од сите релевантни институции. Извештаите од спроведувањето и евалуацијата на скринингот треба да бидат јавно достапни.

До воведувањето на софтверската програма предлагаме да се направи измена во сегашниот начин на известување, односно гинекологите да известуваат само за земени ПАП брисеви, а лабораториите да известуваат за бројот на направени Пап-тестови и наодите од Пап-тестовите. Ова се предлага бидејќи за резултат од Пап-тест се чека 6 (шест) недели и повеќе, а гинекологите треба да известат до 5-ти во месецот за изминатиот месец за земени ПАП брисеви, направени Пап-тестови и резултатите од Пап-тестовите, па поради тоа се создава конфузија во известувањето од страна на гинекологите.

#### **5. Мерки за обезбедување на потребен број медицински персонал за соодветна имплементација на скринингот на целата територија на Република Македонија**

Една од главните бариери за успешно спроведување на скринингот и опфатот на што поголем број жени од целната популација преставува недостигот на матични гинеколози и патолози-цитолози. Во 45 општини во РМ нема ниту еден матичен гинеколог, а во 24 општини нема доволен број матични гинеколози, согласно со Мрежата на здравствени установи (донесена од Владата на РМ). За да се исполнат критериумите на Мрежата на здравствени установи, во Македонија треба да има дополнителни 152 матични гинеколози. Како долгорочно системско решение предлагаме Министерството за здравство секоја година да финансира одреден број нови специјализации по гинекологија и акушерство за лица што ќе работат како матични гинеколози во општините каде што воопшто нема или нема доволен број матични гинеколози. Лицата што ќе ги добијат овие специјализации за конкретни и однапред утврдени општини, со договор со Министерството за здравство да бидат обврзани да работат во општините во временски период што ќе изнесува најмалку двојно повеќе од времетраењето на специјализацијата (по примерот на обврските за работа на докторите што се вработени во јавните здравствени установи и добиваат специјализација на товар на државата).

Исто така, недоволниот број патолози-цитолози доведува до ситуација каде што изведувањето на Пап-тестовите во најголем дел се базира на наодите само од цитоскринерите. Зголемувањето на бројот на специјализации по патологија со стимулации од страна на државата ќе го унапреди квалитетот на Пап-тестовите и ќе го намали времето на чекање на резултатот.

Со вработувањето на 8 доктори по медицина во службите за социјална медицина во ИЈЗ и центрите за јавно здравје во Кочани, Штип, Струга, Тетово, Скопје, како и со вработувањето на најмалку 30 патронажни сестри и 10 ромски здравствени медијатори, ќе се обезбеди подобра информираност на граѓаните, подобра едукација, подобра координација, поголем опфат и подобра достапност на навремени и квалитетни услуги. Сегашниот недостиг на кадар, а од друга страна и преоптовареноста на постојниот

кадар со други задолжителни работни обврски, негативно влијае на редовното и квалитетно извршување на програмските задачи.

## 6. Мерки за унапредување на квалитетот на скринингот

Бидејќи изведувањето на Пап-тестовите во најголем дел се базира на наодите од цитоскринерите, предлагаме да се воспостави механизам на контрола на нивната работа, при што најмалку 20% од негативните наоди, протолкувани од цитоскринерите да бидат проверени од цитолози-патолози. Иако меѓународните стандарди препорачуваат брза проверка на 100% од негативните наоди на цитоскринерите, сепак препорачуваме од 2016 година да се започне со најмалку 20% поради недостиг на патолози-цитолози, меѓутоа секоја следна година овој процент да се зголемува. Цитоскринерите кај кои ќе се најдат одредени пропусти во изведувањето на Пап-тестовите да бидат упатувани на дополнителна обука. Оваа мерка ќе го унапреди квалитетот на изведување на Пап-тестовите.

Кај стандардниот Пап-тест се појавуваат околу 25% лажно негативни или лажно позитивни наоди<sup>1</sup>. Поради тоа предлагаме државата да се обврзе дека до 2020 ќе премине на методот на Цитологија на течна подлога (Liquid based cytology), кој дава многу попрецизни резултати. За таа цел Министерството за здравство уште од 2016 година ќе треба да започне со планирање и набавка на потребната опрема и едукација на кадар што ќе работи со новата опрема.

## 7. Мерки за унапредување на транспарентноста во однос на спроведувањето на скринингот

Редовното објавување на извештаите за програмското и финансиското спроведување на Програмата ќе придонесе кон унапредување на транспарентноста во работата на Министерството и другите јавни здравствени установи. Воедно, оваа мерка ќе овозможи и следење на спроведувањето на скринингот од страна на граѓанските организации и сите други заинтересирани страни што ќе можат да се вклучуваат со свои предлози за унапредување на спроведувањето на скринингот.



<sup>1</sup> Martin-Hirsch P., Lilford R., Jarvis G., Kitchener HC. Efficacy of cervical-smear collection devices: a systematic review and meta-analysis. University Department of Obstetrics and Gynaecology, St Mary's Hospital, Manchester, UK. Lancet 2000 Jan 29; 355(9201): 414.

## АНЕКС 1 – Идентификувани проблеми, предлог-мерки и решенија за унапредување на спроведувањето на Програмата за скрининг за рано откривање на карцином на грлото на матката

Идентификуван проблем	Предлог-мерки/предлог решенија	Одговорни институции	Потребни ресурси
Матичните гинеколози не можат да го вршат поканувањето поради преоптовареност со работа (80–90% од матичните гинеколози не се во можност да испраќаат покани според Програмата заради преоптовареност со работа). Гинекологите немаат секогаш точни податоци за адресите на жените.	Министерството за здравство треба да го делегира организирањето, координирањето и поканувањето за скринингот на Институтот за јавно здравје на РМ.	Министерство за здравство (МЗ), Институт за јавно здравје (ИЈЗ).	ФЗОМ доставува списоци на жени поделени по одбран матичен гинеколог до ИЈЗ. ФЗОМ континуирано да ги ажурира податоците и да ги доставува ажурираните податоци до ИЈЗ. Матичните гинеколози да доставуваат податоци за жени што се прикрупени кон матичен гинеколог, а не се здравствено осигурени. Да се определат дополнителни буџетски средства за ИЈЗ за активностите за координирање и поканување на жените.
Жените не се одзиваат на поканата во доволен број.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Да се зајакнат медиумската и друг вид кампањи со кои жените јавно ќе се повикуваат на скрининг и ќе се образложуваат предностите од скринингот преку: поголем број емитувања на ТВ спотовите, освен на МТВ и на другите национални, регионални и локални ТВ станици, радиоемисии, користење на социјалните мрежи, поширока дистрибуција на едукативните материјали преку патронажните сестри и ромските здравствени медијатори, организирање на едукативни работилници, особено во маргинализираните заедници.</li> <li>– Заедно со поканата да се доставува и информативен лифлет/брошура за предностите и потребата од Пап-тест.</li> <li>– На поканата да се наведе дена жената може да се јави на преглед во следните 3 месеци, наместо 10 дена како што е моментално наведено.</li> <li>– Спроведување на активности за социјална мобилизација – особено во маргинализираните средини, со вклучување на ромските здравствени медијатори, патронажните сестри и граѓанските организации што работат во ромски средини.</li> <li>– Ромските здравствени медијатори, патронажните сестри и граѓанските организации што работат во ромски средини да се вклучат во активности за навремено доставување на поканите до жените Ромки, особено во најмаргинализираните ромски заедници.</li> </ul>	МЗ, ИЈЗ.	<p>Определување на буџет во Програмата за емитување на ТВ спотот на национални, регионални и локални ТВ станици. Определување на буџет за радиоемисии и користење на социјални мрежи.</p> <p>Координативното тело да подготви план за спроведување на активности за социјална мобилизација, особено во ромски и рурални средини и да биде вметнат во текстот на Програмата.</p> <p>Предвидување на обврска во Програмата за дистрибуција на едукативен материјал преку патронажните сестри и ромските здравствени медијатори во ромски и рурални средини, со конкретни бројки.</p> <p>Во Програмата да се предвидат и да се буџетираат конкретен број едукативни работилници, особено во ромски и рурални средини.</p> <p>Предвидување на обврските на ромските здравствени медијатори и патронажните сестри во однос на проверка и доставување на покани во најмаргинализираните ромски заедници во Програмата.</p>

<p>Нема реална евиденција колкав е одзивот на жени по испратена покана, бидејќи гинекологот во моментот не може да знае дали жената што доаѓа на Пап-тест била поканета или самостојно се јавила на преглед.</p>	<p>– Секоја жена задолжително да ја носи поканата на прегледот. – Реална евиденција ќе се воспостави со воведувањето на софтверот.</p>	<p>МЗ, ИЈЗ, Здружение на приватни гинеколози- акушери на Македонија (ЗПМГ), Институт за патологија, Универзитетска Клиника за гинекологија и акушерство (ГАК).</p>	<p>Воведување на софтверска програма за следење на скринингот според образец изготвен согласно со Законот за евиденции во областа на здравството.</p>
<p>Во изведувањето на Пап-тестот кај гинекологите нема јасна дистинкција во однос на тоа дали Пап-тестот е направен според превентивите цели на ФЗОМ или според Програмата за рана детекција на малигни заболувања.</p>	<p>Воведување на софтверска програма во која гинекологите јасно ќе означат дали земиот ПАП брис е по програма или според превентивни цели.</p>	<p>МЗ, ИЈЗ, ЗПМГ, Институт за патологија, ГАК.</p>	<p>Воведување на софтверска програма за следење на скринингот според образец изготвен согласно со Законот за евиденции во областа на здравството.</p>
<p>Недоволен број матични гинеколози (Во РМ недостигаат околу 150 матични гинеколози).</p>	<p>Државата да воведо стимулации за специјализации по гинекологија за матични гинеколози во ПЗЗ во општините каде што воопшто нема или нема доволно матични гинеколози со цел да се постигне опфат предвиден со Мрежата на здравствени установи, преку стипендирање на одреден број лица за специјализации по гинекологија и акушерство од страна на МЗ со обврска тие да работат како матични гинеколози и да потпишат договор со ФЗОМ во општините каде што воопшто нема или нема доволно матични гинеколози – (Да се следи примерот на обврските за работа на докторите што се вработени во ЈЗУ и добиваат специјализација на товар на државата ).</p>	<p>Влада на РМ, МЗ.</p>	<p>МЗ да предвиди број на стипендирани специјализации по години и да определи средства за специјализациите.</p>
<p>Недоволен број доктори на медицина во служби за социјална медицина, патронажни сестри и ромски здравствени медијатори.</p>	<p>Државата да вработи нови доктори на медицина во служби за социјална медицина, патронажни сестри и ромски здравствени медијатори.</p>	<p>Влада на РМ, МЗ.</p>	<p>Да се вработат 8 доктори на медицина во служби за социјална медицина во ИЈЗ и ЦЈЗ во Кочани, Штип, Струга, Тетово, Скопје. Да се вработат уште најмалку 30 патронажни сестри и 10 РЗМ.</p>
<p>Од гинекологите се бара од 1-ви до 5-ти во месецот да испратат извештај за спредување на Програмата за минатиот месец, а за добивање на резултатите од Пап-тестот е потребно повеќе од 6 недели. Резултатите за повеќе од половина од жените за кои е земен ПАП брис во минатиот месец не се стигнати кај гинекологите во тековниот месец. Дел од пациентките сами ги земаат резултатите од Пап-тестовите од лабораториите и не ги враќаат кај гинекологот. Поради сето тоа месечните извештаи од гинекологите не се веродостојни.</p>	<p>Воведување на софтверска програма во која хистолошките лаборатории ќе имаат обврска за внесување на наодот од Пап-тестот, а не од матичниот гинеколог.  До воведување на софтверот се предлага гинекологите да немаат обврска да известуваат за наодите од Пап-тестот, туку тоа да го прават само лабораториите.</p>	<p>МЗ, ИЈЗ,ЗПМГ, Институт за патологија.</p>	<p>Воведување на софтверска програма за следење на скринингот.  До воведување на софтверската Програма, МЗ да донесе одлука за резултатите од Пап-тестот да известуваат само цитолошките лаборатории.</p>

Во Програмата е планиран опфат на само околу 25% од целната популација секоја година.	Да се предвиди опфат на 35% од жените од предвидената возрастна група во 2016 година.	МЗ, Влада на РМ.	Алокација на соодветни буџетски средства за зголемен опфат во Програмата за 2016 година.
Во моментот нема податоци за исходот кај жените кај кои се утврдени одредени промени на Пап-тестот.	Во софтверот да има можност кај жените кај кои се утврдени промени преку организираниот скрининг да се следат и понатаму во одредени параметри.  Да се направи поврзување на софтверската програма за скринингот со Регистарот на малигни неоплазми.	МЗ,  Влада на РМ, МЗ, Државен завод за статистика (ДЗС).	Воведување на софтверска програма за следење на скринингот.  Подобрување на квалитетот на Регистарот за малигни неоплазми, кој засега функционира во ИЈЗ врз основа само на пријави за малигни неоплазми и хистопатолошки наоди, но без податоци за умрени лица што би требало да се добиваат од Државниот завод за статистика по матичен број на граѓаните, како што беше практика пред 6 години.
Нема доволно цитолошки лаборатории – нема доволно цитопатолози. Цитоскринерите ја имаат главната улога во изведувањето на Пап-тестот.	– Да се воспостави механизам на контрола на работата на цитоскринерите (најмалку 20% од негативните наоди на цитоскринерите да бидат проверени од патолог-цитолог).  – Цитоскринерите кај кои ќе се утврдат одредени недостатоци во изведувањето на Пап-тестовите да се упатат на дополнителна едукација.  – Континуирана едукација на цитоскринери.  – Да се зголеми бројот на специјалисти патолози-цитолози преку стимулации од страна на државата.	МЗ.	МЗ да донесе Правилник за контрола на работата на цитоскринерите.  МЗ на годишно ниво да алоцира средства за редовна едукација на цитоскринери.  МЗ да алоцира средства за специјализации по патологија.
25–30% од ПАП анализите се лажно позитивни или лажно негативни.	Воведување на <b>Цитологија на течна подлога</b> (Liquid based cytology), технологија за Пап-тест до 2020 год.	Влада на РМ и МЗ.	Подготовка на проценката за потребите за набавка на опрема и едукација на кадар. Алокација на буџетски средства во периодот 2016 – 2020 за набавка на потребната опрема и едукација на кадарот што ќе работи со опремата.
Акциониот план за скрининг на рак на грлото на матката 2014–2016 не е реализиран.	Имплементација на планот.	Влада на РМ и МЗ.	Да се обезбедат ресурсите предвидени во планот.
Не е воспоставен систем за електронска евиденција и евалуација на резултатите од скринингот.	Формирање на Координативно тело со претставници на сите инволвирани страни и ставање во функција на софтвер за регистар на жени што се подложиле на скрининг на рак на грлото на матката.	МЗ, ИЈЗ, ЗПМГ, ЦЈЗ, цитопатолози.	Формирање на тимот. Воведување на софтверска програма за следење на скринингот.
Извештаите за програмската и финансиската реализација не се јавно достапни.	Објавување на извештаите за програмската и финансиската реализација на Програмата за скрининг на интернет-страниците на Министерството за здравство, Институтот за јавно здравје и центрите за јавно здравје.	МЗ, ИЈЗ, ЦЈЗ.	Воведување на обврската за објавување на извештаите на интернет-страниците во Програмата за рана детекција на малигни заболувања за 2016 година.



## АНЕКС 2 – Предлог-решенија за евиденција и следење на скринингот преку воведување на софтвер за скрининг

Во табелата се дадени предлог-мерки за внесување на податоци во софтверот за следење и евалуација на скринингот. Дадени се конкретни предлози за тоа кои податоци ќе бидат внесени од секој од извршителите согласно со активностите што ги спроведуваат. Анализата на податоците ќе се врши во Институтот за јавно здравје и ќе се споделува со Министерството за здравство, со сите извршители на Програмата и со општата јавност.

Институција	Активност	Податок што се внесува
Институт за јавно здравје.	Испраќање на покани до жените предвидени за опфат според Програмата за скрининг.	Внесува податок дека е испратена покана до жената според Програмата за скрининг. Доколку жената не се јави 3 (три) месеци по доставување на поканата, се испраќа втора покана. Софтверот треба да овозможи алармирање дека жената не се јавила на скрининг по истекот на трите месеци.
Матични гинеколози.	Земање на ПАП брис.	Внесуваат податок дека е земен Пап-брис според Програмата за скрининг. Софтверот овозможува матичниот гинеколог да види дека жената е поканета според Програмата за скрининг. Матичните гинеколози внесуваат податок и за направен Пап-брис кај секоја жена што доаѓа самоиницијативно (без покана). На овој начин институцијата што врши поканување ќе има увид во софтверот кои жени веќе имаат направено Пап-тест и за кои нема потреба од поканување. Доколку жената одбива да ѝ биде земен ПАП брис, гинекологот ја внесува таа информација во софтверот.
Цитолошки лаборатории.	Анализа на Пап-тест.	Внесуваат податок дека анализата е направена и ги внесуваат наодите од анализата. Софтверот да овозможува увид кои Пап-тестови се направени според Програмата. Внесуваат податок за неадекватно земен Пап-брис (за ова го известуваат и матичниот гинеколог).
Цитолошки лаборатории. Матични гинеколози.	Повторен преглед на жената со позитивен наод од Пап-тестот – колпоскопија, биопсија, дадена терапија, упатување.	– Внесуваат дека е извршен колпоскопски преглед и внесуваат наоди од колпоскопскиот преглед. – Внесуваат резултати од дополнителни прегледи (доколку се направени). – Внесуваат податоци за дадена терапија. – Внесуваат податоци каде е упатена жената. Софтверот овозможува следење дека сите овие прегледи, терапија и упатувања се направени кај жената по утврдени промени според Програмата за скрининг. Да се направи поврзување со Пријавата за преканцерозна промена.
Патолошки лаборатории.	Патохистолошка анализа по земена биопсија	– Внесува наод од патохистолошката анализа. Софтверот овозможува следење дека патохистолошката анализа е направена кај жената по утврдени промени според Програмата за скрининг
Матични гинеколози.	Понатамошно следење, упатување и контроли на жените кај кои се откриени малигни промени при патохистолошката анализа.	Доколку е дијагностицирана малигна неоплазма, влегува во регистарот за малигни неоплазми со можност за интерконеција со софтверот за скрининг. Оваа интерконеција ќе овозможи следење на тоа колкав процент од малигните неоплазми на грлото на матката се откриени преку скринингот. Потоа овие податоци може да се споредуваат со податоците за откриени малигни неоплазми без скрининг. Ова ќе овозможи да се следи успешноста на скринингот, пред сè во делот на стадиумот на откривање на малигните неоплазми кај жени опфатени со скринингот, наспроти жени што од различни причини не биле опфатени со скрининг.
Општи и клинички болници. Универзитетска Клиника за гинекологија и акушерство. Универзитетска Клиника за онкологија и радиотерапија	Преглед и третман на жените што се упатени од страна на матичните гинеколози.	Доколку е дијагностицирана малигна неоплазма, влегува во регистарот за малигни неоплазми со можност за интерконеција со софтверот за скрининг.

## **АНЕКС 3 – Препораки за организација на скрининг за карциномот на грлото на матката**

### **I. ВОВЕД**

Целта на подготовката на овој текст е да се прикажат основите за успешно спроведување на организиран скрининг за карциномот на грлото на матката во Република Македонија, а врз основа на препораките на Светската здравствена организација (СЗО) и Водичите подготвени од страна на Европската комисија. Во текстот содржински се прикажани основните дефиниции за организиран скрининг, преглед на актуелните програми за рана детекција на малигните неоплазми во Република Македонија, основни показатели за карциномот на грлото на матката, основните елементи за успешна организација на скринингот, како и преглед на организацијата на скринингот во неколку држави во Европа.

Во идеални услови, контролата на болестите би требало да се постигне или со спречување на појавата на болеста или, ако веќе болеста се појави, со навремено лекување на заболените. Целосно успешна превенција би го направила третманот опсолетен. Од друга страна, целосно успешниот третман нема да ја потисне превенцијата од причина што од болестите остануваат трошоци и несакани последици што индивидуите и општеството би сакале да ги избегнат во најголем можен степен.

Скринингот на малигните неоплазми се базира на премисата дека со рана дијагноза на болеста, било во форма на преканцерозна лезија или во ран стадиум, ќе се постигне намалување за ризикот од смрт или за развој на инвазивно заболување. Комисијата за хронични болести од САД во 1957 година го дефинира скринингот како веројатна идентификација на непрепознаено заболување или дефект со апликација на тест, испитување или други процедури што можат брзо да се изведат. Меккион (McKeown, 1968) го дефинира скринингот како медицинско испитување што не потекнува по барање од пациентот за советување за специфичен проблем. Според Националниот комитет за скрининг од Обединетото Кралство (2000), скринингот е јавно здравствен сервис при што на членовите на дефинираната популација, кои не е неопходно да е свесни дека се наоѓаат под ризик или веќе се зафатени со одредена болест или компликации од болест, им се поставуваат прашања или се спроведуваат тестови за да се идентификуваат оние индивидуи на кои поверојатно би им се помогнало отколку што би им се наштетило со понатамошни тестови или третман за намалување на ризикот од некоја болест или компликација од болест.

Карциномот на грлото на матката е заболување што претставува здравствен проблем; се појавува на орган што е релативно лесно достапен и погоден за испитување; постојат тестови со релативно високи специфичности и сензитивност и доколку се открие во ран стадиум на болеста, постои голема можност за целосно излекување, односно продолжено преживување на заболените. Од тие причини, во многу земји, а посебно во западните и развиените земји, се спроведуваат организирани програми за скрининг за рано откривање на ова заболување.



## II. ПРОГРАМИ ЗА РАНА ДЕТЕКЦИЈА НА МАЛИГНИ ЗАБОЛУВАЊА ВО МАКЕДОНИЈА

Во нашата држава, малигните неоплазми се втора причина за смрт кај населението и воедно една од главни причини за морбидитет и оптовареност со болести. Со цел за намалување на овие негативни индикатори, неколку години наназад Владата и Министерството за здравство, финансирано преку државниот буџет, носат Програма за рана детекција на малигни заболувања, на годишно ниво. Во последната ваква Програма беа предвидени мерки и активности за рано откривање на четири видови малигни болести и тоа: карцином на грлото на матката, карцином на дебелото црево, карцином на простата и карцином на дојка. Сепак, во реалноста, деловите од програмата за рано откривање на карциномот на дебелото црево и простатата се во вид на опортунистички, а не организиран скрининг, додека делот за рано откривање на ракот на дојката практично и не се применува до 2015 година. Единствено во делот од Програмата за рано откривање на карцином на грлото на матката постојат елементи на организиран скрининг, меѓутоа во практиката се евидентирани многу проблеми и недоследности во повеќе аспекти на скринингот (организациони пропусти, несоодветно репортирање, неслагање на резултатите од различни извори, ребалансирање на буџетот на Програмата и слично). Сите овие недоследности се евидентирани во извештајот на ЕСЕ од спроведениот мониторинг на програмите за рана детекција на малигните заболувања во Република Македонија. За да се оствари целта на оваа Програма, потребно е зајакнување на капацитетите во сите сегменти на организираниот скрининг со следење на медицина базирана на докази и искуства од светот, како и доследен тренинг и едукација на сите лица инволвирани во процесот на организиран скрининг. Во продолжение на овој текст ќе бидат разгледани основните принципи и препораки за спроведување на организиран скрининг за карцином на грлото на матката.

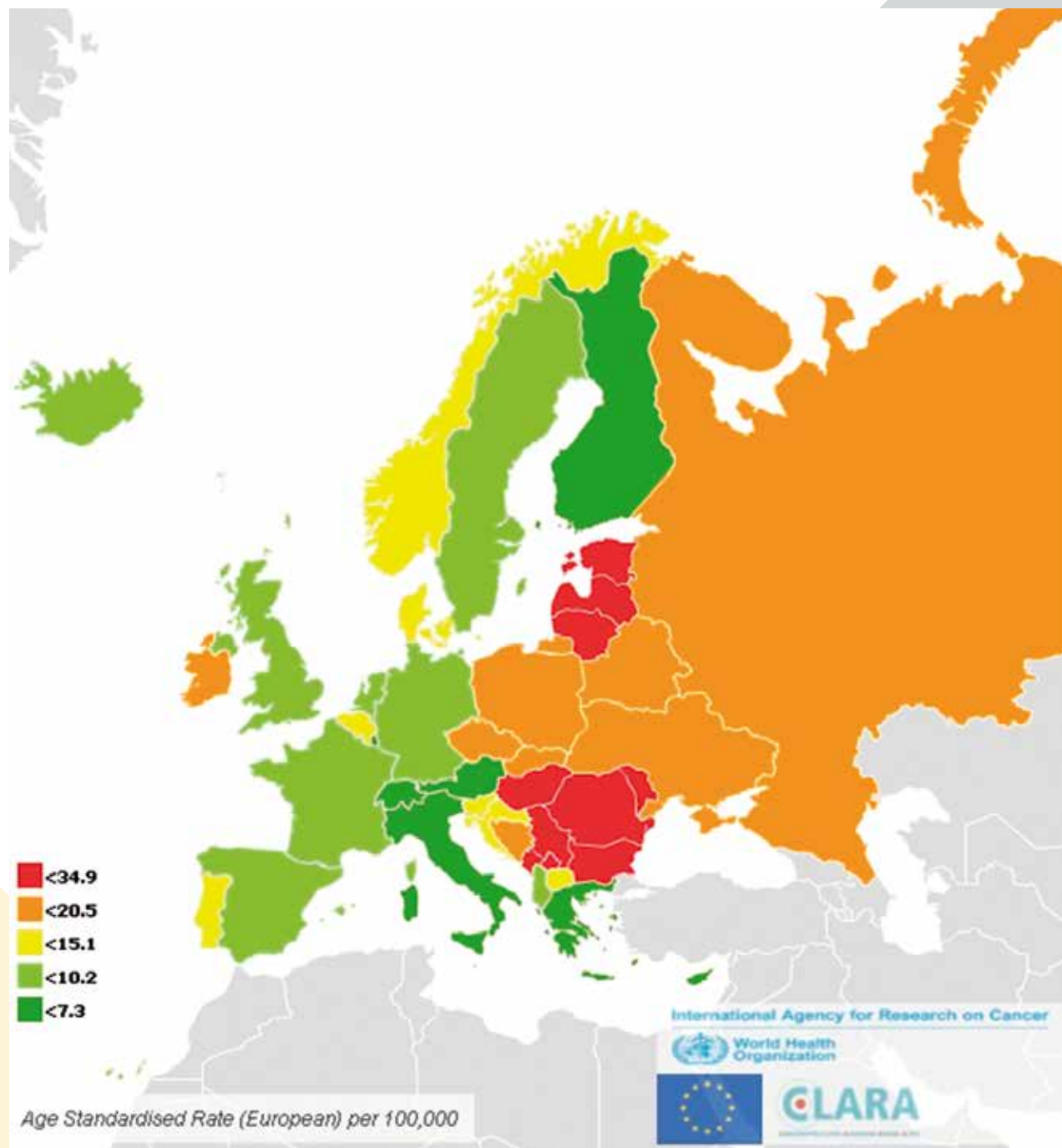


### III. КАРЦИНОМ НА ГРЛО НА МАТКАТА

Карциномот на грлото на матката е седма најчеста причина за смрт кај жените во Европскиот Регион, на кој отпаѓаат 3,8% од сите смртни случаи. Тој е релативно редок во развиените земји, каде што програмите за скрининг имаат повеќегодишна традиција. Големите диспаритети во морбидитетот и mortalитетот меѓу развиените земји со висок приход и земјите со низок приход во најголема мерка се должи на преваленцата со ХПВ-инфекција, а тоа е во релација со недоволниот пристап и слабиот квалитет на услуги за превенција и контрола на карциномот на грлото на матката. Цервикалниот карцином и понатаму е важен јавен здравствен проблем во Европа. Во 2008 година тој бил дијагностициран кај 61 000 жени и воедно бил причина за 28 000 смртни случаи. Во просек, стапките на mortalитет се во континуиран пад во Европскиот Регион, и тоа од 6,35 смртни случаи на 100 000 населние во 1980 година, на 4,47/100 000 во 2009 година. Сепак, стапките на mortalите варираат во голема мера меѓу земјите со особена голема оптовареност и раст во земјите од Источна Европа.

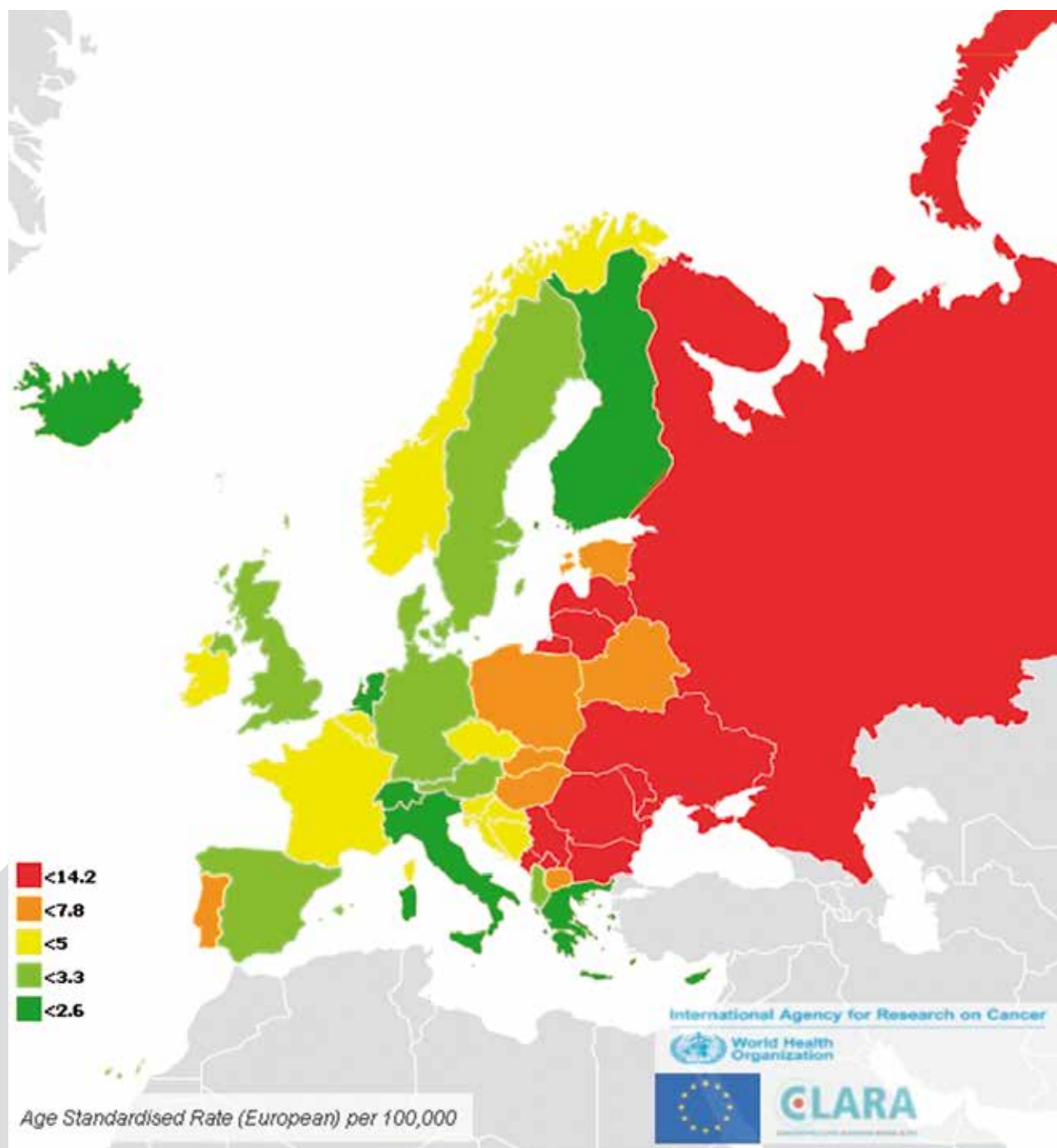


Слика 1. Инциденца на карцином на грлото на матката во Европа, 2012



Извор: International Agency for Research on Cancer, 2012

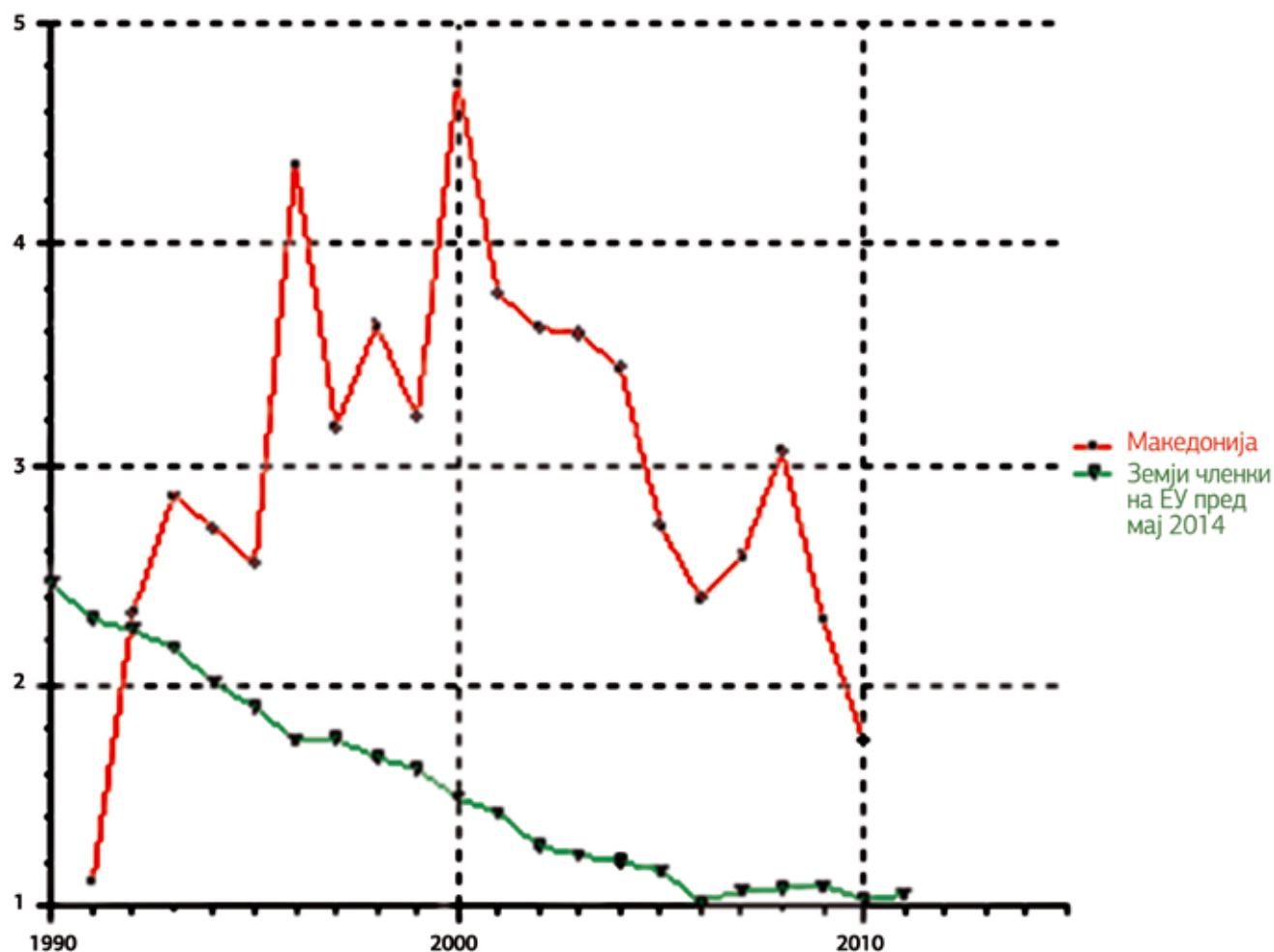
Слика 2. Морталитет од карцином на грлото на матката во Европа, 2012



Извор: International Agency for Research on Cancer, 2012

Во нашата држава, според официјалните податоци, годишно се регистрираат помеѓу 250 и 350 нови случаи, додека стапката на смртност од карцином на грлото на матката во последните неколку години бележи намалување на вредноста, но сепак е повисока споредено со земјите од Европската Унија (слика 3).

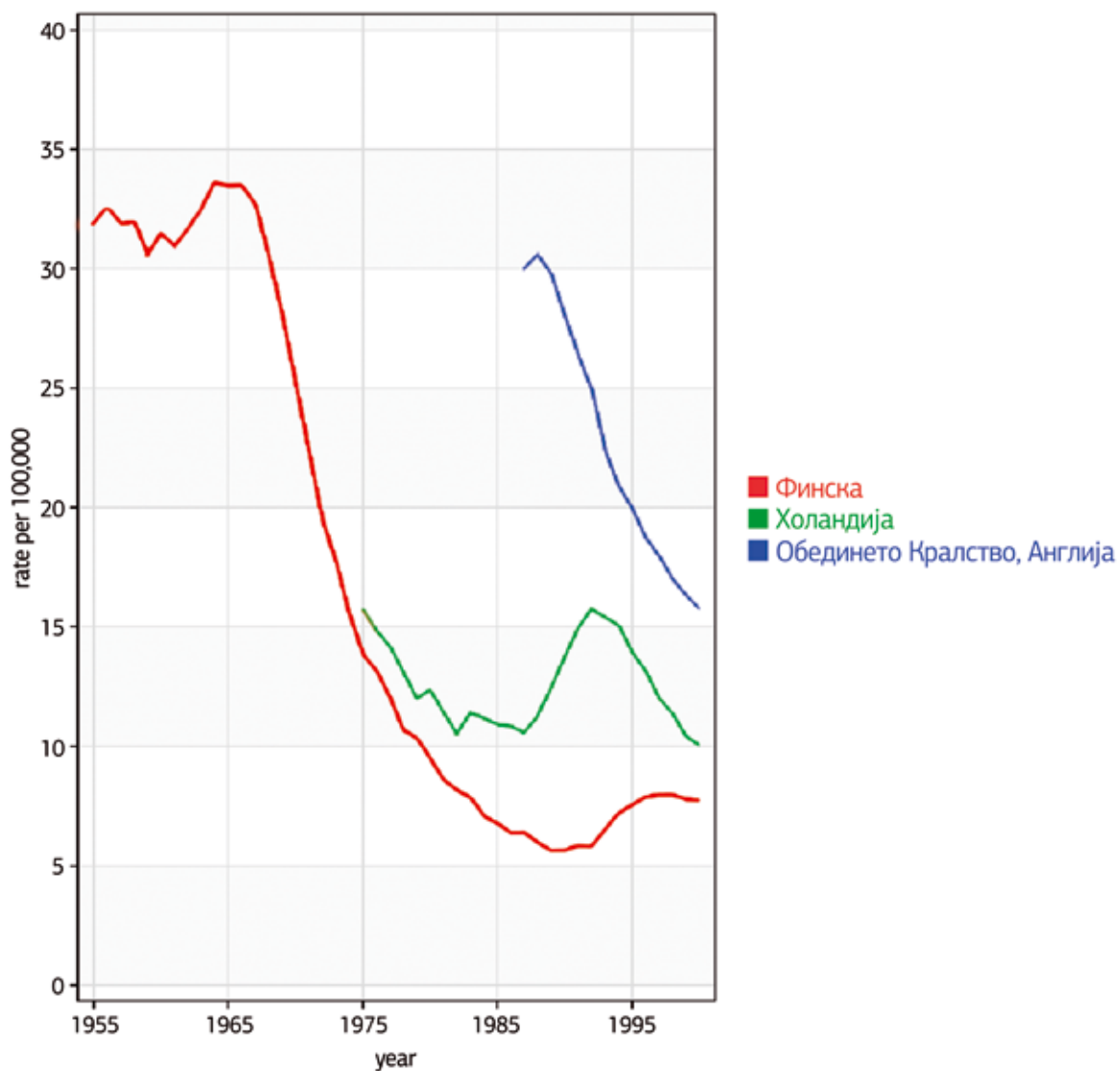
Слика 3. Стапка на смртност од карцином на грло на матка, Македонија и ЕУ



Извор: Health for all mortality database (MDB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, [2014]

Сепак, значајно е да се истакне дека со воведување на организиран скрининг во многу земји е постигнато значително намалување на смртноста од ова заболување (слика 4).

Слика 4. Стандардизирана стапка на смртност од карцином на грлото на матката



International Agency for Research on Cancer (IARC) - 18.11.2012

Извор: International Agency for Research on Cancer, 2012



## IV. ОРГАНИЗАЦИЈА НА ПРОГРАМАТА ЗА СКРИНИНГ

Основа за успех на која било програма за скрининг е осигурувањето дека програмата функционира во целост со сите нејзини елементи. Во следните делови од овој текст се сублимирани препораките и насоките за успешно организирана програма за рано откривање на малигните неоплазми според Светската здравствена организација и Европските водичи на Европската комисија. Заради огромната важност на цитолошката анализа во организираниот скрининг за карцином на грлото на матката, организацијата на цитолошкиот скрининг е одделно и детално прикажана. Насоките дадени во продолжение би требало да се земат предвид при креирањето на програмите за рана детекција на малигни заболувања во нашата држава.

Основни услови што треба да ги исполни една програма се:

- високо ниво на покриеност на целната популација (80% и повеќе);
- висококвалитетни услуги;
- развој и мониторинг на добар систем за повикување што овозможува и следење на пациентите;
- соодветен, прифатлив и внимателен третман во контекст на информирана согласност.

Програмите треба да бидат соодветни на заедницата за која ќе се применуваат и секогаш треба да се размислува за повеќекратните бариери на кои може да наидат жените во достапноста на услугите (пр. физичка достапност, економски бариери, пристап до информации и слично), како и на обидите за надминување на овие бариери. Соодветен тренинг и едукација на здравствените работници за самата програма, технички компетенции во однос на техниката за скрининг, системите на упатување, протоколите за третман, контролата на квалитетот на скрининг тестовите се есенцијални при воспоставувањето или при реорганизацијата на скрининг програмите.

### Основни елементи за успешна програма за скрининг на цервикален карцином

- Информирани одлука за започнување на скрининг во контекст на Национална програма за контрола на рак

Скринингот за рак на грлото на матката треба да биде планиран во рамки на контекстот на национално планирање, со носење на одлука по одредувањето на релативниот приоритет на карциномот на грлото на матката во државата.

- Политичка волја за продолжување, со поддршка и финансирање од Министерството за здравство

Иако програмите во почетокот може да бидат базирани на поддршка од надворешни донори, тие нема никогаш да станат самоодржувачки без политичка одлука за поддршка на програмите и нивно задржување во рамки на владиното финансирање. Без политичка поддршка, може да биде мошне тешко да се справува со различните внатрешни, а понекогаш и надворешни притисоци за промена на донесените одлуки во однос на програмите.

- Соодветна здравствена инфраструктура

Невозможно е да се организира скрининг програма во отсуство на здравствен систем, кој е способен да обезбеди дијагностички и терапевтски услуги што се неделиви со скринингот. Важно е да се осигура дека воведувањето на скринингот нема да има негативен ефект на други важни здравствени услуги. Затоа, имплементацијата на програмата за скрининг на цервикалниот карцином треба да биде добро испланирана за да биде конзистентна со развојот на здравствената инфраструктура во државата.

- Дефинирање на целната популација

Потребно е да се дефинира возраста на целната популација. Ретко и други параметри се соодветни, иако епидемиолошките карактеристики на болеста во земјата ќе го водат процесот на носење на одлуки. Важно е одлуката за возраста на целната група да се носи врз основа на специфичните возрасни стапки на инциденца на инвазивниот цервикален карцином, а не врз основа на процентуалната дистрибуција по возраст на клинички откриените случаи на карцином во земјата.

- Едукација на целната популација

Покажано е дека едукацијата на здравствените професионалци и пошироката јавност, во комбинација со достапноста за третман на раните стадиуми на инвазивен карцином на цервиксот, имаат важен ефект во намалувањето на морбидитетот и морталитетот од заболувањето, уште пред воведувањето на скрининг програмите. Со таквиот пристап се постигнува таканаречениот “down-staging”, односно откривање на заболувањето во поран стадиум, кога сè уште е излечиво. Затоа, едукацијата е основна мерка што придонесува во раната дијагноза на заболувањето и врз основа на која треба да се базира скринингот.

- Начин за идентификување на целната популација

Идеален начин подразбира регистар на популацијата, но честопати овие се достапни, или пак ако постојат, не се достапни за скрининг програмите. Постојат и други начини што се достапни, под услов да се во согласност со законите за заштита на податоци. Такви начини се локални пописи, гласачки списоци и постојни медицински досиеја.

- Начин за поканување на целната популација за скрининг

Тоа може да бидат писма – покани, покани преку медиумите за учество во програмите, специјални обиди за опфат од страна на здравствените работници или волонтери во заедницата. Особено треба да се направат дополнителни напори за опфат на маргинализираните заедници, како што е ромската заедница во нашата држава, да не останат лишени од оваа здравствена услуга. Во наши услови, ромските здравствени медијатори би можеле да ја имаат улогата на фацилитатори што ќе ја пренесат пораката и поканата до маргинализираните групи.

- Тренинг на релевантните здравствени работници

Потребно е да се изврши соодветна едукација на здравствените работници што ќе ги спроведуваат тестовите за скрининг, како и на оние што ќе ги интерпретираат наодите и оние што ќе ги третираат жените со позитивен наод. Секако, потребна е едукација и на сите здравствени и нездравствени работници ангажирани во дизајнирањето, мониторингот и евалуацијата на програмата.



- Дефиниран систем за упатување на жените со абнормалности

Есенцијално е да се обезбеди дека жените со дефинирана абнормалност ќе добијат соодветна дијагностичка процедура и доколку се потврди дека имаат промена што побарува третман, дека ќе ја добијат соодветната терапија. Не треба да постои финансиска бариера за ваквиот начин на упатување. Здравствените работници што работат на ниво на ПЗЗ треба да го разберат овој процес. Исто така, есенцијално е да се обезбеди добра комуникација и повратна информација меѓу сите инволвирани страни во процесот на скрининг (гинеколошки ординации, цитолошки лаборатории, болнички установи), со навремено споделување на добиените резултати. Доколку не се обезбеди можност за поврзување на податоците и постоење на можност за следење на пациентите дали се јавиле и го добиле соодветниот третман, тоа може да доведе до демотивација на персоналот на ниво на ПЗЗ и несоодветно следење на пациентите.

- Водичи за менаџмент на пациентите

Од голема важност е да се развијат протоколи за персоналот на ниво на ПЗЗ за тоа како да го интерпретираат и како да дејствуваат на резултатите од скринингот. Во нивно отсуство, може да настанат неадекватни активности и пациентите со ризик, кај кои треба да се направат повторни тестови или дополнителни иследувања и третман, да бидат пропуштени. Исто така, тоа резултира во значителни трошоци на здравствените установи и на самите жени, кога непотребно се упатуваат на повторни испитувања.

- Следење на пациентите

Мора да постојат системи за рутинско следење на пациентите. Ваквите системи може да бидат отсутни заради слабото воведување на скрининг програмите, делумно заради недоволно финансирање на здравствените услуги и непознавањето на следењето на пациентите како приоритет.

- Начин за идентификување на неуспесите на програмата

Потребно е да се направи механизам во рамки на постојните регистри за препознавање на случаите со инвазивен карцином дијагностицирани преку програмата од оние што се клинички дијагностицирани, односно вистинските неуспеси на програмата. Сепак, треба да се одреди дали овие случаи биле претходно подложени на скрининг, па претставуваат неуспех на процесот или никогаш не биле подложени на скрининг, па претставуваат неуспех на процесот на опфат.

- Дефиниран план за евалуација

Успехот на една програма ќе биде детерминиран од намалувањето на инциденцата на инвазивен карцином. Доколку се обезбеди одличен опфат со скринингот, инциденцата ќе се намали во текот на 10 години од започнувањето на скринингот. Неколку интермедиерни точки може да се предложат за мониторинг на програмата:

Процесни мерки: >80% од жените на возраст 25–64 се информирани за скринингот; >80% од здравствените работници од ПЗЗ се едуцирани за скринингот.

Мерки на влијание: >80% од жените на возраст 35–39 се подложени на скрининг барем еднаш.

Мерки на исход: >30% намалување во уделот на случаите со инвазивен карцином со напреднат стадиум (стадиум II и повеќе).

## Фундаментални компоненти есенцијални за организирана програма

- **Лидерство**

Ефективното лидерство е круцијално. Лидерот треба да има карактеристики, искуство и квалификации слично на оние дефинирани за координаторите за националните програми за контрола на карциномот.

- **Менаџмент**

Менаџментот во сите фази на програмата, исто така е од критично значење. Програмите често пати не успеваат, бидејќи некоја битна компонента доживеала неуспех (пр. неуспех да се осигура дека жените со абнормалности се пријавуваат за дијагноза и третман). На менаџерите им е потребен тренинг за да ги разберат побарувањата на една ефективна програма.

- **Поврзаност на сите нивоа на програмата**

Организацијата на програмата треба да осигура адекватна поврзаност меѓу сите нивоа (пр. ниво на опфаќање, ниво на лаборатории, ниво на третман и сл.), а и да осигура дека секое ниво разбира што ќе следи на наредното ниво, како и да има ефикасна комуникација меѓу нив.

- **Буџетирање**

Секоја компонента од програмата побарува реално буџетирање. Процесот на буџетирање треба да се спроведе во соработка со експерти од повеќе нивоа (МЗ, здравствени работници од ПЗЗ, цитолошки лаборатории итн.). Потребни се специфични информации за потребите на секоја компонента од програмата. Детална мапа на процесот може да го фацилитира процесот.

## Цитолошки скрининг за карцином на грлото на матката

И покрај тоа што ефикасноста на цитолошкиот скрининг никогаш не бил потврдена преку рандомизирани испитувања, постои генерална согласност дека тој е ефективен во намалувањето на инциденцата и морталитетот од цервикалниот карцином во земјите во развој, при што најголем ефект е постигнат токму со организирани програми на скрининг. Во понатамошниот текст се наведени есенцијалните елементи за успешна цитолошка скрининг-програма.

- **Тренинг на релевантните здравствени работници**

Повеќе здравствени работници ќе треба да бидат соодветно обучени за спроведување на програмата за организиран скрининг: матичните гинеколози и медицински сестри, цитоскринерите, цитопаталозите и хистопатолозите, болничките гинеколози и програмските менаџери.

Потребно е да се дефинираат повеќе компоненти од тимот што ќе го спроведува скринингот, при што е потребно да постои разбирање дека може да настанат промени во тимот со еволуцијата на програмата:



1. Институција и индивидуи што ќе бидат одговорни за организација на скринингот меѓу населението и собирањето на ПАП брисевите.
2. Институција и индивидуи што ќе бидат одговорни за централизираната цитолошка лабораторија (централизирањето ја олеснува контролата на квалитетот, ги намалува режиските трошоци, го олеснува следењето на популација што била подложена на скрининг и олеснува воведување на подобрени технологии и процедури).
3. Институција и индивидуи кон кои ќе бидат препраќани жените со абнормални цитолошки наоди.
4. Институција и индивидуи што ќе бидат одговорни за централизираната патолошка лабораторија за евалуација на биотичните материјали (би требало да се истите лаборатории кај кои се испраќани цитолошките наоди).
5. Институција и индивидуи кон кои ќе се испраќаат жените со инвазивен карцином.
6. Институција и индивидуи што ќе бидат одговорни за контрола на квалитетот.

- Одлука за возрасната група што ќе подлежи на скрининг

Искуствата од светот зборуваат дека најчесто најголемиот дел од брисевите се прават кај помладите жени, кои имаат помал ризик да развијат инвазивен карцином во наредните 5 години. Оттука, може да се предодреди дека приоритетна возрасна група за скрининг се жените на возраст меѓу 35 и 54 години. Најважно е првото тестирање, и би требало да се даде приоритет и да се осигура дека што поголем процент на целната популација ќе биде подложен на скрининг за првпат, пред да се посвети внимание на повторно повикување на жените на следните тестирања.

- Адекватно земени и фиксирани брисеви и нивна подготовка

Една од главните причини за добивање на лажно негативни резултати се неадекватното земање на клеточен материјал од зоната на трансформација на цервиксот, како и несоодветната подготовка, фиксација и процесирање на брисот.

Брзината на фиксација е мошне важна, односно времето од размачкувањето на материјалот на предметното стакленце и неговата фиксација треба да изнесува неколку секунди. Лабораториите треба да имаат механизам за надгледување на уделот на неадекватни размаски испратени од поодделни ординации/гинеколози. Оние ординации/гинеколози што имаат повеќе од 10% неадекватни размаски, би требало повторно да имаат обука за земање брис и правење размаска.



- Ефикасни висококвалитетни лабораториски услуги

Високиот квалитет на лабораториските услуги е есенцијален за ефективниот цитолошки скрининг. Доколку е можно да се надминат транспортните проблеми, колку е поголема централизацијата на ваквите услуги, толку поефективна ќе биде лабораторијата. Во помалите земји, како нашата, тоа би имплицирало една централна национална лабораторија. За да се постигне соодветен квалитет и ефикасност, потребно е да постои минимален обрт на анализи. Овој минимум е различно дефиниран, како 15–20 000 брисеви годишно, или како количина на работа што оправдува вработување на барем три цитоскринери, од кои се очекува секој одделно да прегледа по околу 50 брисеви во тек на 8-часовен

работен ден, а притоа за да се избегне замор на цитоскринерот, да не поминува повеќе од 5 часа на микроскоп дневно. Просечното време што е потребно за интерпретација на брис со едно стакленце од страна на искусен цитоскринер се проценува на 6 минути (5 минути за читање и 1 минута за ракување и известување).

Кај помалите лаборатории може да постои неконзистентност при известувањето, при што испратените извештаи може да не бидат јасно разбрани од страна на гинеколозите, што пак од друга страна ќе доведе до непотребно повторување на земањето брис. Компјутеризацијата на лабораториите не е стандардна и некои сè уште употребуваат само хартиени извештаи. Често пати не постои поврзување меѓу цитолошките и хистолошките извештаи, со што се отежнува контролата на квалитет.

- Контрола на квалитет и читање на цитолошките наоди

Програмите за контрола на квалитетот мора да се воведат во сите цитолошки лаборатории. Целосно повторно читање на 10% од негативните наоди се смета дека е неефективно и не се препорачува, додека брзото читање на 100% од негативните наоди се смета дека е ефективно, но може да биде проблематично за програма со лимитирани ресурси. Учество на лабораториите во надворешни програми за контрола на квалитетот може да биде опција од избор на големите лаборатории.

- Брз транспорт на размаските до лабораторија

Оддолжувањето на транспортот на размаските треба максимално да се избегнува. Дел од буџетот за програмата треба да се посвети на трошокот за транспорт на размаските.

- Механизам за информирање на жените за резултатот од тестовите во разбирлива форма

Жените мора да бидат информирани за резултатите од тестот, во форма што ќе ја разберат. Најверојатно, тие нема да го разберат (и може сосема погрешно да го протолкуваат) извештајот од лабораторијата.

- Механизам за осигурување дека жените со абнормален резултат ќе бидат препратени за понатамошна дијагностика и третман

Во многу програми во средно развиените земји, често пати жените кај кои ќе се детектира некоја абнормалност не се јавуваат за понатамошен третман. Ова е генерален проблем за сите програми што изискуваат упатување за понатамошна дијагностика и третман. Базичната одговорност за обезбедување на ваквото препраќање е во рацете на кадарот од ПЗЗ, отколку кај самите жени.

- Прифатена дефиниција за абнормалност

Цитолошки наод индикативен за лезии од висок степен (CIN II и III, или умерена и изразена дисплазија плус карцином ин ситу, или HSIL според системот Бетесда) би требало да биде понатаму упатен на колпоскопија. Цитолошки наод од лесна дисплазија (LSIL или ASCUS), под услови жената да биде следена со редовна цитологија, треба да се испрати на колпоскопија ако повторените цитолошки наоди на 6 месечни интервали покажуваат знаци за прогресија. Бидејќи најголем дек од лесните дисплазии спонтано се повлекуваат, нема потреба за итен третман. Сепак, програмата мора да обезбеди специфични упатства во однос на ова прашање.



- Механизам за следење на третираните жени

Треба да се обезбеди следење на жените, минимум со брис, но по можност со колпоскопија. Жените со абнормалности од висок степен треба да се следат на годишна основа во текот на барем 5 години, пред да се вратат на рутинскиот скрининг.

- Одлука за честота на следните, повторувачки тестови

Честотата на повторувачките брисеви во голема мера треба да биде приспособена на постојните ресурси. Генерално, се смета дека повторување на тестот на секои 5 години, по иницијалниот тест, е ефикасно, што е и потврдено со успехот на програмата во Финска, каде што цитолошкиот скрининг се изведува кај жените на возраст 35–59 години, на 5-годишни интервали. Сепак, треба да се потенцира дека зголемувањето на честотата на скрининг кај жените и проширување на програмата кај помладите возрасни групи, нема да компензира за слабостите во квалитетот на лабораториите или за опфатот на популацијата.

- Механизам за повикување на жените со негативни наоди на следни, повторувачки испитувања

Без оглед на честотата на земањето брис, неопходно е да постои активно поканување на жените за повторување на скринингот, кога ќе им дојде време за тоа. Соодветниот механизам обично е сличен на оној што се употребува на поканување на жените за првпат.

## Други модалитети за скрининг

Покрај конвенционалната размаска по ПАП, друг модалитет за цитолошки скрининг е цитологија на течна подлога (liquid-based cytology). Кај овој тип не се прави размаска од страна на лицето што го зема брисот, туку самата четкичка со која се зема материјалот се става во епрувета со течност, која потоа се транспортира до цитолошка лабораторија и тука се прави размаска. Овој метод е поскап, треба дополнителен тренинг на лицата инволвирани во него, но од друга страна е со поголема специфичност и сензитивност, како и со помал број на несоодветни размаски.

Дополнителна метода е скрининг базиран на детекција на HPV-ДНК во брисот, каде со помош на молекуларна технологија се детектира присуство на ХПВ во материјалот. Основата на оваа метода е дека практично сите малигни и премалигни лезии на цервиксот се директна последица на инфекција со ХПВ. Оваа метода може да се комбинира со некоја од цитолошките модалитети и сè уште е скапа.

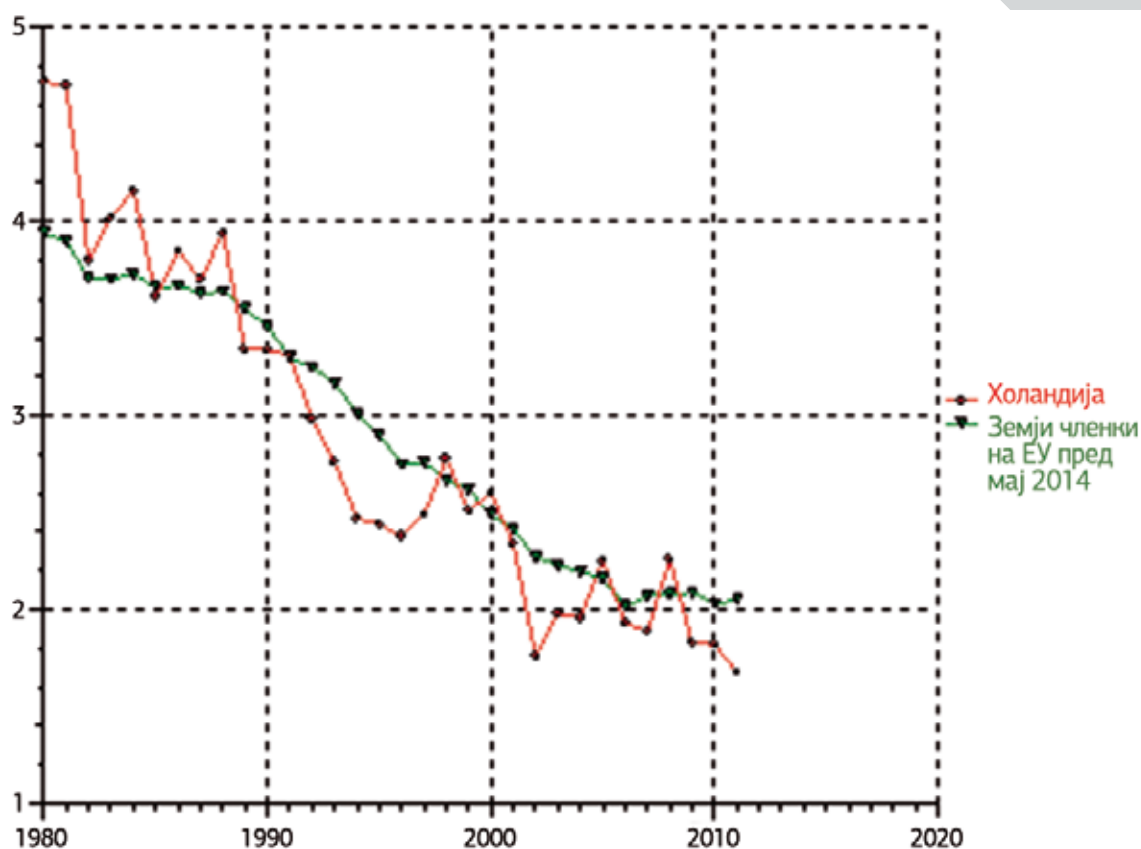


## V. МЕЃУНАРОДНИ ИСКУСТВА СО ОРГАНИЗИРАНИОТ СКРИНИНГ ЗА КАРЦИНОМ НА ГРЛОТО НА МАТКАТА

### Холандија

Секоја година во Холандија се откриваат по околу 700 нови случаи на карцином на грлото на матката, што претставува 2% од сите новооткриени малигни неоплазми кај жените во оваа земја. За разлика од другите форми на карцином, најзасегната возрасна група од оваа форма на рак се жените на возраст 30–45 години. Годишно од оваа форма на рак умираат околу 200–250 жени во Холандија, но стапките на цервикалниот карцином во Холандија се меѓу најниските во Европа. Ова може да се должи и на фактот што скринингот е бесплатен, а без него, околу дополнителни 400 жени веројатно би починале секоја година заради карцином на грлото на матката.

Слика 1. Стапка на смртност од карцином на грлото на матката во Холандија и ЕУ.



Извор: Health for all mortality database (MDB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, [2014].

Во периодот од 1970 до 1996 земањето на брис по ПАП екстензивно се применувал во Холандија, повеќе во форма на опортунистички скрининг, на неорганизиран начин. Во 1996 година се започнува со организиран, униформен цитолошки скрининг на целата популација. Нарачател на скринингот е холандското Министерство за здравство, добросостојба и спорт; главен координатор на програмата е холандскиот Национален институт за јавно здравје (RIVM) од Билтховен, кој воедно ги поставува стандардите за квалитет и имплементација, а самото практично спроведување на скринингот го извршуваат 5 регионални центри за скрининг што ја опфаќаат целата територија на Холандија. Секоја година околу 800 000 жени добиваат покани за скрининг. На овој начин, секоја жена на возраст меѓу 30 и 60 години може да го добие тестот без никаков финансиски трошок. Жените се покануваат еднаш на секои 5 години за извршување на тестот. Следењето и дополнителните прегледи во зависност од резултатот на скрининг тестот се во согласност со препораките и упатствата за клинички менаџмент на цервикалните лезии.

Со напредокот на медицинската технологија се даваат дополнителни можности за подобрување на постојните програми за организиран скрининг. Во 2013 година, по претходно даден совет и изготвена физибилити студија од страна на Здравствениот совет на Холандија, а по барање на Министерството за здравство, министерката Едит Шиперс се одлучува на осовременување и променување на организираната програма за скрининг, која ќе стапи на сила од 1 јануари 2016 година. Согласно со новата програма, наместо класичен цитолошки брис, ќе се применува скрининг за присуство на високо ризичен ХПВ (hrHPV) кај жените. Според препораките, овој тип на скрининг поефективно ги открива малигните и премалигните промени, во споредба со цитолошкиот скрининг. Понатаму, тој е посензитивен во однос на цитолошкиот скрининг, а и подобро ги открива аденокарциномите. Скринингот со hrHPV доведува до дополнителни здравствени придобивки и превенира приближно дополнителни 75 случаи на цервикален карцином и 18 смртни случаи секоја година. Разликите меѓу старата и новата форма на скрининг се прикажани на следната табела.

Табела 1. Разлики меѓу постојната и новата скрининг програма

	Постоен скрининг	Нов скрининг
<b>Скрининг тест</b>	Цитолошки скрининг за абнормални клетки	hrHPV тест, следен од цитолошки тест за абнормални клетки, по потреба
<b>Возрасна група</b>	30-60 години	30-60 години
<b>Број на тестирања</b>	7	Минимум 5, максимум 8
<b>Возраст на поканување</b>	30, 35, 40, 45, 50, 55, 60	30, 35, 40, 50, 60 45, 55 или 65 доколку hrHPV бил позитивен 5 години претходно
<b>Следење по 6 месеци</b>	Цитолошки тест и hrHPV тест	Цитолошки тест



## Обединето Кралство

Во Обединетото Кралство (ОК), скринингот за карцином на грлото на матката бил широко достапен уште во 60-тите години од минатиот век, но бил слабо организиран, при што голем дел од брисевите биле земени кај помладите возрасни групи, а жените со понизок ризик биле почесто тестирани во споредба со оние што имале повисок ризик и што останувале нетестирани. До 1985 година, годишно се правеле по околу 3 милиони брисеви, при што не бил регистриран јасен пад на морталитетот од карцином на грлото на матката. Како главни фактори на неуспехот се сметаат недостатокот на цврста организација, опортунистичкиот карактер на скринингот, разновидност во местото на земањето на брисевите, несоодветно следење на жените кај кои биле детектирани абнормалности и слично. До средината на 1980 тите, потребата за организиран скрининг врз основа на податоците и искуството од ОК, но и од другите земји, добила на значење. Како последица, во 1988 година била воведена систематска програма на првично и повторно повикување, базирана на компјутеризираните регистри што ги поседувале организациите на фамилијарните лекари (Family health service authorities). Денес, организираната програма за скрининг е насочена кон возрасната популација на возраст 25–64 години (20–60 години во Шкотска, но и тие се во постапка за усогласување со другите делови од ОК, од 2015 година возрасната група ќе биде 25–64). Годишно на скрининг се подложуваат околу 3 милиони жени, а интервалот на тестирање е 3 години за возрастите од 25 до 49 години, а по 50-тата година од животот, тестирањата се повторуваат на 5 години. Една деценија по започнувањето на програмата, опфатот со скрининг во Англија бил удвоен, а стапките на морталитет се намалиле за околу 50%. Во 2011 година, опфатот на програмата изнесувал 78,6%. Високиот опфат на оваа програма, слично како и во другите земји со висок опфат, е резултат на организираниот пристап од страна на здравствените власти, со примена на кампањи и едукации насочени кон населението, како и достапност на услугите без финансиски импликации кон популацијата за која се предвидени. Како метод на скрининг се применува цитолошко тестирање, до 2008 година класична размаска по ПАП, а потоа пософистицираната цитологија на течна подлога (Liquid-based cytology). Моментално се тестира и методот за скрининг на hrHPV, но тоа сè уште е во пилот фаза. Скринингот за карцином на грлото на матката во ОК, вклучително и трошоците за третман на цервикалните абнормалности, годишно чинат околу 175 милиони фунти (само во Англија). Трошоците за скринингот се целосно покриени од Министерството за здравство (Department of health), преку алокација на средства до примарните, семејни лекари (Primary care trusts).

Според проценките, во отсуство на националната организирана програма за скрининг, секоја година би имало дополнителни 5000 смртни случаи како последица на карцином на цервиксот.

## Финска

Во Финска, земја со 5 милиони население, организираниот скрининг за рак на грлото на матката е воведен во раните 1960-ти; најпрво бил спроведен во област со три општини во 1963 година, а по неколку години проширен на цела територија на земјата. До 1970 година, опфатот со оваа национална програма бил над 80% кај жените од целната група, а потоа регистрираниот опфат станал речиси комплетен. До раните 1990-ти, стапката на mortalитет се намалила за 70–80%, а во следните години намалувањето на mortalитетот станал уште поназначен. Овие случување довеле до тоа Финска да бележи најниски стапки на инциденца и mortalитет од земјите во ЕУ (инциденца од 4,9/100 000 жени, mortalитет 1,6/100 000 жени). Од особено значење е компаративниот мал број тестирања на кои треба да подлежи жената во нејзиниот живот во однос на постигнувањето на овие бенефити. Со оглед на тоа што целната популација се жени на возраст 30–60 години, а тестирањето се повторува на секои 5 години, жените што имаат нормални наоди се покануваат вкупно 7 пати за да бидат тестирани. Избегнувањето на непотребните тестирања го подобрува балансот меѓу штетноста и бенефитот на скринингот и има значаен ефект врз трошковната ефикасност.

Секоја година во Финска се испраќаат приближно 250 000 покани до жените за учество во програмата за скрининг, а околу 200 000 жени се јавуваат за тестирање. Годишно се откриваат над 600 цервикални интраепителни лезии. Се проценува дека со оваа програма годишно се превенираат по околу 200 случаи на смрт заради карцином на цервиксот. Примарен скрининг тест што се употребува во програмата е конвенционален Пап-тест. Во неколку лаборатории во Финска биле спроведени и посоефицицирани методи за скрининг, и тоа автоматизирана цитологија и ХПВ скрининг, но барем засега не се предвидува замена на конвенционалниот Пап-тест, бидејќи дополнителниот бенефит од модерните технологии веројатно би останал мал заради одличното функционирање на скрининг програмата, која е бесплатна.

## Словенија

Програмата за рано откривање на рак на грлото на матката во Словенија (ЗОРА) е воведена во 2003 година. Според податоците од словенечкиот регистар за рак, во 2003 година биле евидентирани 210 новозаболени жени од ова заболување, а само 5 години подоцна, овој број се намалил на 130. Скринингот е насочен кон жените на возраст од 20 до 64 години, а се повторува секои 3 години. Стапката на јавување за периодот 2007–2009 изнесувала 70%. Самата програма се изведува на пасивен и активен начин. При пасивниот начин (опортунистички), гинекологот прави Пап-тест кај секоја жена што ќе дојде на преглед; при активниот начин, гинекологот или регистерот ЗОРА испраќа покана на оние жени што не доаѓаат сами на превентивен преглед, при што доколку прегледот и Пап-тестот биде извршен кај матичниот избран гинеколог, тој е бесплатен. Доколку жената одлучи прегледот да го изврши кај друг гинеколог, тогаш самата го плаќа прегледот.

Носители на програмата се Министерството за здравство, Онколошкиот институт и Заводот за здравствено осигурување. Програмата ја води програмскиот совет на ЗОРА, во кој учествуваат гинеколози, цитопатолози, хистопатолози, епидемиолози и претставници од Министерството за здравство. Изведувачи на програмата се сите гинеколошки амбуланти (во рамки на јавните здравствени установи и посебните амбуланти под концесија), лабораториите за гинеколошка цитологија (кои имаат дозвола издадена од Министерството за здравство) и регистарот ЗОРА.

## **АНЕКС 4 – Членови на работната група**

ас. д-р Блашко Касапинов, асистент на Катедрата по Социјална медицина, Медицински факултет – Скопје  
д-р Борјан Павловски, Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените – ЕСЕ  
прим. д-р сци. Весна Спинова, Центар за јавно здравје – Скопје  
м-р Дарко Антиќ, Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените – ЕСЕ  
д-р Душко Филиповски, Здружение на приватни гинеколози-акушери на Македонија  
проф. д-р Елена Ќосевска, Институт за јавно здравје на РМ, Скопје  
д-р Емилија Трајковска, специјалист гинеколог-акушер, ПЗУ „Д-р Емилија Трајковска“, Скопје  
д-р Снежана Георгиева-Јанева, ЈЗУ Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство, Скопје  
прим. д-р Стефанка Перева, Институт за јавно здравје на РМ, Скопје





ЗДРУЖЕНИЕ ЗА ЕМАНЦИПАЦИЈА,  
СОЛИДАРНОСТ И ЕДНАКВОСТ НА ЖЕНИТЕ  
[www.esem.org.mk](http://www.esem.org.mk)