

Możliwości optymalizacji cytologicznych badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w oparciu o analizę retrospektywną tych badań w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze

Opportunities to optimize preventive Pap smear tests for early detection of cervical cancer based on retrospective analysis of these studies in the Zielona Gora Provincial Hospital

HANNA GIEZOWSKA ^{1/}, JERZY T. MARCINKOWSKI ^{2/}

^{1/} Pracownia Cytodiagnostyczna, Zdrojowa Clinic w Zielonej Górze

^{2/} Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp. W Polsce stopień wykrywalności raka szyjki macicy (RSM) w początkowym stadium rozwoju jest niezadowalający. Stanowi wciąż duże wyzwanie dla organów kreujących politykę zdrowotną w zakresie działań profilaktycznych umożliwiających wykrycie wczesnych postaci tego nowotworu. W skryningu RSM macicy badaniem powszechnie akceptowanym jest badanie cytologiczne wymazu z części pochwowej szyjki macicy.

Cel badań. Poznanie możliwości optymalizacji cytologicznych badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.

Materiał i metoda. Analiza retrospektywna cytologicznych badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania RSM w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze w latach 1985-2010 ze szczególnym uwzględnieniem struktury organizacyjnej tego Szpitala.

Wyniki. Od 1985 r. systematycznie malała liczba wykonywanych corocznie badań cytologicznych, przy czym wzrastał odsetek przypadków dysplazji i raka in situ, natomiast odsetek RSM utrzymywał się na podobnym poziomie. Pomimo wdrożenia w Polsce od dnia 1 stycznia 1999 roku reformy systemu ochrony zdrowia, liczba badań cytologicznych nadal malała. Analizując informacje dotyczące opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki RSM finansowanej przez NFZ w omawianym podregionie należy mieć świadomość, że ilość wykonywanych badań jest niedoszacowana, z uwagi na istnienie trudnej do ilościowego określenia sfery prywatnie wykonywanych badań cytologicznych, które nie są uwzględniane w istniejących statystykach. Brak jest informacji w jaki sposób są te badania wykonywane, kto zajmuje się oceną wymazów i jaki jest stopień wiarygodności wyników. Uwzględniając ten fakt, dokonana analiza problematyki badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania RSM w omawianym podregionie nie odzwierciedla całości problemu.

Wnioski. 1. Poprawę efektów profilaktyki RSM można osiągnąć poprzez wprowadzenie centralnego systemu informacji medycznej, w którym gromadzone będą m.in. wyniki badań cytologicznych szyjki macicy. 2. Należy wprowadzić centralny system gromadzenia informacji medycznych, który te informacje będzie zbierał zarówno z działalności publicznych jak i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, finansowanych zarówno przez NFZ jak i prywatne podmioty lecznicze.

Słowa kluczowe: rak szyjki macicy, badania cytologiczne, badania profilaktyczne, centralny system informacji medycznej

Introduction. In Poland, the detection rate of cervical cancer (CC) in the early stages is unsatisfactory. It is still a major challenge for health policy-makers in the field of preventive measures for early CC detection. The generally accepted CC screening test is a cytological smear of the vaginal part of the cervix.

Aim. Understanding the opportunities to optimize preventive Pap smear tests for early detection of cervical cancer.

Material & Method. A retrospective analysis of cytological screening tests for early CC detection in the Provincial Hospital in Zielona Góra between 1985-2010 with particular emphasis on the hospital organizational structure.

Results. Since 1985 the number of Pap tests performed annually has been steadily decreasing, with the increased proportion of dysplasia and carcinoma in situ, while the CC percentage remained at a similar level. Despite the implementation of the health reform in Poland as of 1 January 1999, the number of Pap tests have continued to decline. Analyzing the information on health care in the CC prevention financed by the NHF in this sub-region one should be aware that the number of performed tests is underestimated, due to Pap tests performed in the private health care sector, not included in the existing statistics. There is no information on how these tests are performed, who is responsible for the test assessment and the degree of results reliability. Therefore the analysis of the issues of screening for the early CC detection in this sub-region does not reflect the whole problem.

Conclusions. 1. Improving the effects of CC prevention can be achieved by a centralized medical information system, which will collect, among others, the results of cervical cytology. 2. The central medical information system should collect information on the activities of both public and private health care institutions, funded by both the National Health Fund and private medical entities.

Key words: cervical cancer, Pap smear tests, medical examinations, central medical information system

Wstęp

Nowotwory szyjki macicy są poważnym problemem onkologicznym. Przez wiele dziesięcioleci rak szyjki macicy (RSM) znajdował się w Polsce na drugim miejscu po raku piersi pod względem częstości zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet. W 2010 roku, jak wynika z danych Krajowego Rejestru Nowotworów – nowotwory złośliwe szyjki macicy stanowiły 4% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet i były szóstym co do częstości występowania nowotworem złośliwym rozpoznawanym u kobiet. W Polsce liczba zachorowań na RSM w 2010 roku wynosiła 3078. Około 60% zachorowań występuje między 45 a 65 rokiem życia. Ryzyko zachorowania na RSM wzrasta z wiekiem kobiet do końca szóstej dekady życia, w następnych latach życia zmniejsza się. Zachorowalność na nowotwory złośliwe szyjki macicy w okresie ostatnich trzydziestu lat zmniejszyła się o około 30%. Jednak na tle innych państw europejskich wspomniana częstość zachorowań była wyższa o około 15%, niż średnia dla krajów Unii Europejskiej (UE). Bardziej pesymistyczne dane pochodzą z analizy umieralności z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy, które są przyczyną 4% wszystkich zgonów z powodu nowotworów u kobiet. W Polsce w 2010 roku liczba zgonów z tego powodu wynosiła 1735. Chociaż od początku lat 80-tych ubiegłego wieku ma miejsce spadek umieralności z powodu RSM (współczynnik umieralności zmniejszył się o ponad 45%), to umieralność z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy w Polsce jest o 70% wyższa niż przeciętna dla krajów UE.

W Polsce stopień wykrywalności RSM w początkowym stadium rozwoju jest niezadowalający i jest związany z niskim poziomem profilaktyki [1]. Działania mające na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania na RSM powinny być dwukierunkowe:

1. prewencja pierwotna obejmująca uświadamianie społeczeństwa o czynnikach ryzyka i ich unikanie [2],
2. prewencja wtórna wykorzystująca badania cytologiczne i kolposkopowe jako badania przesiewowe, których celem jest wykrywanie stanów przednowotworowych i ich skuteczne leczenie [3].

RSM jest pierwszym spośród nowotworów występujących u ludzi, którego czynnik ryzyka został zidentyfikowany jako niezbędny do jego rozwoju. Jest nim wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) o wysokim potencjale onkogennym, m.in. typy 16 i 18, przenoszone drogą płciową i wywołujące przewlekłe zakażenie nabłonka szyjki macicy. Przetrwale infekcje typami wysokiego ryzyka onkogennego HPV odpowiadają za występowanie zmian przedrakowych i raka w nabłonku szyjki macicy [4].

W badaniu histopatologicznym zmiany przedrakowe szyjki macicy określa się mianem śródna-błonkowej neoplazji szyjki macicy: małego stopnia – CIN 1, średniego stopnia – CIN 2, dużego stopnia – CIN 3 [5]. Do niedawna powszechnie stosowanym w Polsce systemem oceny wymazów cytologicznych była pięciostopniowa klasyfikacja Papanicolaou [6]. Od 2003 roku wprowadzono powszechnie do praktyki cytologicznej ocenę wymazów w Systemie Bethesda – 2001 (TBS), który przybliża ocenę wyników cytologicznych do odpowiadającym im rozpoznaniom histopatologicznym. Definiuje on zmiany przedrakowe szyjki macicy jako zmiany nabłonkowe małego stopnia (LSIL) lub dużego stopnia (HSIL). Wprowadza on pojęcie ASC-US opisujące nietypowe komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego o nieokreślonym znaczeniu oraz termin ASC-H definiujące nietypowe komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego nie wykluczających zmian dużego stopnia. Ponadto w systemie TBS uwzględniona jest jakość pobranego materiału do badania cytologicznego [7]. Pomimo prób wprowadzenia do badań przesiewowych metod bardziej zaawansowanych technologicznie, nadal zalecanym testem stosowanym w programach profilaktycznych jest diagnostyka cytologiczna.

Cel badań

Poznanie możliwości optymalizacji badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.

Materiał i metoda

Analiza struktury organizacyjnej badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania RSM w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze w latach 1985-2010 oraz jej wpływu na skuteczność działań profilaktycznych.

W latach 1985-1999 funkcjonowała w strukturach Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze Poradnia Cytodiagnostyczna. Materiał do badań cytologicznych wykonywanych w tej poradni pochodził z następujących źródeł:

1. poradnie ginekologiczno-położnicze z podregionu zielonogórskiego,
2. Przyzakładowa Poradnia K w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze,
3. Poradnia Onkologiczna Szpitala Wojewódzkiego W Zielonej Górze,
4. Oddział Ginekologiczno-Położniczy Szpitala Wojewódzkiego W Zielonej Górze,
5. Inne oddziały Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze.

Hospitalizowane pacjentki były konsultowane przez lekarza ginekologa – kierownika Poradni Cytodiagnostycznej tegoż szpitala. W ramach każdej kon-

sultacji pobierano wymaz do badania cytologicznego. Wstępną ocenę wymazów cytologicznych wykonywali magistrowie analityki medycznej, farmacji lub biologii posiadający zalecane wówczas certyfikaty ukończenia kursów Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) z zakresu cytodiagnostyki ginekologicznej. Nadzór merytoryczny sprawował doświadczony specjalista ginekolog-położnik, legitymujący się stosownymi certyfikatami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w dziedzinie cytologii ginekologicznej. W poradni konsultowane były także pacjentki z podregionu zielonogórskiego, spoza Szpitala Wojewódzkiego, w celu wykonania poszerzonej diagnostyki z powodu nieprawidłowego wyniku badania cytologicznego. Wykonywano wówczas badanie kolposkopowe i pobierano wycinki do badania histopatologicznego.

Do oceny wymazów cytologicznych stosowano klasyfikację Papanicolaou, w której grupa III obejmowała zmiany dysplastyczne w komórkach nabłonka szyjki macicy, grupa IV definiowała zmiany o charakterze raka *in situ*, natomiast grupa V informowała o obecności komórek raka inwazyjnego szyjki macicy [8]. Ze względu na niewystarczający do przekazywania informacji, podział ulegał pewnym modyfikacjom, co w efekcie przyczyniło się do wydzielenia podgrupy IIIa, opisującej komórki nietypowe, prawdopodobnie o charakterze zapalnym i IIIb – uwzględniającej obecność komórek o cechach dysplazji nabłonkowej.

Wyniki i dyskusja

W 1985 roku w Poradni Cytodiagnostycznej wykonano 7055 badań cytologicznych – najwięcej w analizowanym okresie. W obrębie nieprawidłowych wyników cytologicznych stwierdzono 39 przypadków dysplazji nabłonkowej (0,55% badanej grupy), 12 przypadków raka *in situ* (0,17% badanej grupy) i 6 przypadków RSM (0,09% badanej grupy) (tab. I, II). Od tego czasu systematycznie malała liczba wykonywanych corocznie badań cytologicznych, przy czym wzrastał odsetek przypadków dysplazji i raka *in situ*, natomiast odsetek RSM utrzymywał się na podobnym poziomie (ryc. 1, 2).

Dnia 1 stycznia 1999 roku wdrożono w Polsce reformę systemu ochrony zdrowia wprowadzającą regionalne kasy chorych. Jej zasadniczym celem było wyszukanie bardziej racjonalnych i efektywnych metod finansowania opieki zdrowotnej, w tym badań profilaktycznych, poprzez poddanie jej mechanizmom gospodarki rynkowej. Po wprowadzeniu tych zmian Poradnia Cytodiagnostyczna została zrestrukturyzowana. Badania cytologiczne zostały włączone do procedur medycznych Zakładu Patomorfologii Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze, ale merytoryczny nadzór nad całym procesem cytodiagnostycznym sprawował dotychczasowy kierownik Poradni Cyto-

diagnostycznej, zatrudniony w tym okresie w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze. Magister analityki medycznej wykonujący skrining cytologiczny był zatrudniony w Zakładzie Patomorfologii. Taka struktura zatrudnienia i podziału kompetencji funkcjonowała do końca 2010 r. Od 2011 roku obowiązek oceny wymazów cytologicznych powierzono lekarzom patomorfologom zatrudnionym w Zakładzie Patomorfologii Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze.

W latach 2000-2003 liczba wykonanych badań cytologicznych w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze drastycznie spadała. Reforma opieki zdrowotnej, wprowadzająca regionalne kasy chorych, w opinii zarówno fachowców, jak i społeczeństwa, nie odniosła zamierzonych, pozytywnych skutków. Był to jeden z powodów likwidacji kas chorych i powołaniu od 1 kwietnia 2003 r. Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), który wraz z Ministerstwem Zdrowia odpowiada za całokształt funkcjonowania publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

W latach 2003-2010 ilość wykonywanych badań cytologicznych w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze wykazywała tendencję malejącą (tab. III, IV). Efekt ten spowodowany był zaprzestaniem dostarczania wymazów cytologicznych przez poradnie ginekologiczno-położnicze (poradnie K), które – w wyniku reformy w 1999 r. – zaprzestały działalności wraz z innymi poradniami specjalistycznymi stanowiącymi pion lecznictwa otwartego. Ponadto na oddziały będące w strukturze Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze nałożono obowiązek liczenia kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach swojej działalności, co spowodowało drastyczne ograniczenie liczby konsultacji ginekologicznych oraz badań cytologicznych, które – w myśl reformy zdrowotnej – podlegały także wycenie (ryc. 5). W ten sposób pozbawiono pacjentki szpitala szansy na poddanie się badaniom przesiewowym w kierunku wczesnego wykrywania RSM. Uwzględniając fakt zmniejszającej się po 1999 roku liczby placówek ochrony zdrowia dostarczających wymazy cytologiczne do Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze, uwagę zwraca zwiększony odsetek stwierdzonych przypadków raka inwazyjnego szyjki macicy (ryc. 3, 4). Wiązało się to z utrzymaniem w strukturach Szpitala Wojewódzkiego Poradni Onkologicznej, w której sprawowano opiekę m.in. nad pacjentkami z chorobami nowotworowymi dróg rodnych. Niestety, u niektórych z nich dochodziło do wznowienia procesu nowotworowego, co miało wyraz w stwierdzanej w badaniu cytologicznym obecności komórek RSM.

W 1999 roku, po wprowadzeniu reformy zdrowotnej, na rynku usług medycznych zaczęły powstawać niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, które – rea-

lizując swoją statutową działalność – nastawione były przede wszystkim na efekt ekonomiczny w postaci zysku. Utworzone niepubliczne poradnie ginekologiczne – działające w ramach umowy z NFZ – a zatem finansowane ze składek podatników, w dowolny, optymalny dla siebie, z punktu widzenia opłacalności sposób, realizowały świadczenia zdrowotne z zakresu profilaktyki RSM. Nie było (i nadal nie ma) organu nadzorującego cały proces cytodiagnostyczny, począwszy od sposobu pobrania materiału do badań,

co ma istotny wpływ na ocenę wymazu, jak i poziom merytoryczny personelu zajmującego się diagnostyką cytologiczną. W konsekwencji tak funkcjonującego „wolnego” rynku usług medycznych najważniejszym kryterium wyboru świadczeniodawcy w zakresie wykonywania badań cytologicznych jest cena badania, a nie jakość usługi.

Biorąc pod uwagę postulaty Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych – mające na celu zarówno podniesienie jakości wykonywanych badań, jak

Tabela I. Liczba rozpoznanych podwyższonych stopni cytologicznych (II/III – V wg Papanicolaou) wśród pacjentek badanych w latach 1985-2002 w Poradni Cytodiagnostycznej Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze

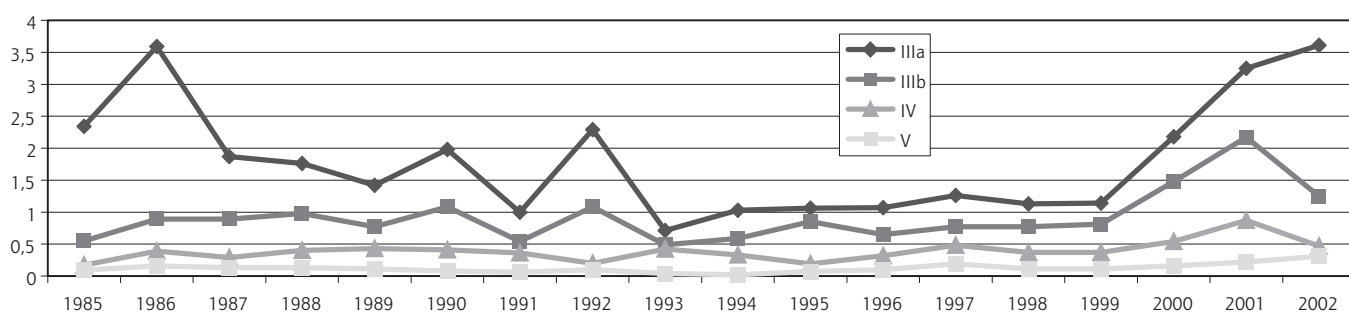
Table I. Number of diagnosed increased cytological grades (II/III – V by Papanicolaou) among patients tested between 1985-2002 at Cytodiagnostic Clinic of Provincial Hospital in Zielona Góra

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
IIIa	165	231	115	97	76	101	52	114	36	56	60	53	47	40	31	28	30	23
IIIb	39	57	55	54	41	55	28	54	25	32	48	32	29	27	22	19	20	8
IV	12	25	18	22	23	21	19	10	21	18	11	16	18	13	10	7	8	3
V	6	10	8	7	6	4	3	5	2	1	4	5	7	4	3	2	2	2
wszystkie	7055	6440	6155	5520	5340	5105	5214	4981	5063	5438	5664	4936	3744	3528	2730	1286	924	638

Tabela II. Wyrażona w procentach liczba rozpoznanych poszczególnych nieprawidłowości w badaniach cytologicznych wg Papanicolaou w stosunku do liczby wszystkich badań cytologicznych w danym roku w Poradni Cytodiagnostycznej Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze w latach 1985-2002

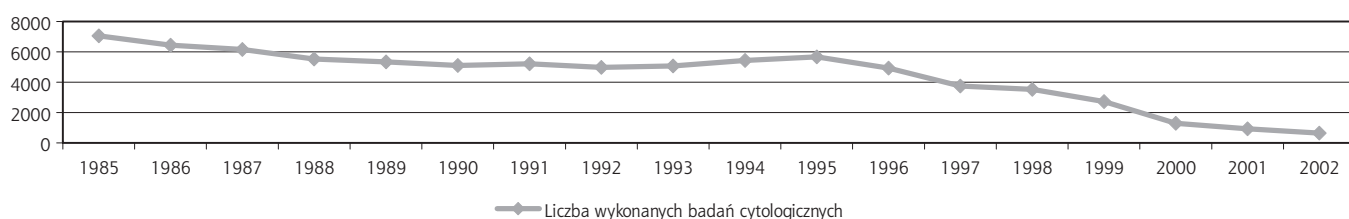
Table II. Percentage of diagnosed irregularities in Pap smear tests in comparison with all smear tests in consecutive years at Cytodiagnostic Clinic of Provincial Hospital in Zielona Góra between 1985-2002

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
IIIa	2,34	3,59	1,87	1,76	1,42	1,98	1,00	2,29	0,71	1,03	1,06	1,07	1,26	0,11	1,14	2,18	3,25	3,61
IIIb	0,55	0,89	0,89	0,98	0,77	1,08	0,54	1,08	0,49	0,59	0,85	0,65	0,77	0,77	0,81	1,48	2,17	1,25
IV	0,17	0,39	0,29	0,40	0,43	0,41	0,36	0,20	0,42	0,33	0,19	0,32	0,48	0,37	0,37	0,54	0,87	0,47
V	0,09	0,16	0,13	0,13	0,11	0,08	0,06	0,10	0,04	0,02	0,07	0,10	0,19	0,11	0,11	0,16	0,22	0,31
wszystkie	7055	6440	6155	5522	5340	5105	5214	4981	5063	5438	5664	4936	3744	3528	2730	1286	924	638



Ryc. 1. Wyrażona w procentach liczba rozpoznanych poszczególnych nieprawidłowości w badaniach cytologicznych wg Papanicolaou w stosunku do liczby wszystkich badań cytologicznych w danym roku przeprowadzonych u pacjentek w Poradni Cytodiagnostycznej Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze w latach 1985-2002

Fig. 1. Percentage of diagnosed irregularities in Pap smear tests in comparison with all smear tests in consecutive years at Cytodiagnostic Clinic of Provincial Hospital in Zielona Góra between 1985-2002



Ryc. 2. Liczba wykonanych badań cytologicznych w Poradni Cytodiagnostycznej Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze w latach 1985-2002

Fig. 2. Number of Pap smear tests at at Cytodiagnostic Clinic of Provincial Hospital in Zielona Góra between 1985-2002

Tabela III. Liczba rozpoznanych nieprawidłowości w badaniach cytologicznych wg Systemu Bethesda-2001 w Poradni Cytodiagnostycznej Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze w latach 2003-2010

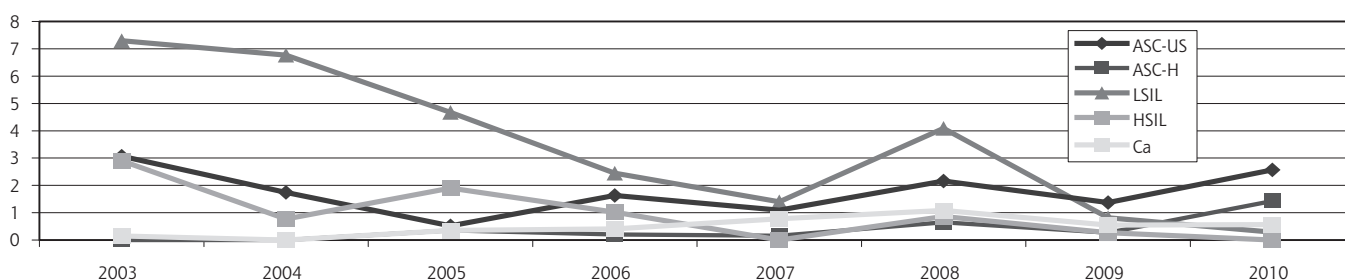
Table III. Percentage of diagnosed irregularities in Pap smear tests according to Bethesda-2001 System at Cytodiagnostic Clinic of Provincial Hospital in Zielona Góra between 2003-2010

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ASC-US	21	9	3	8	7	10	5	9
ASC-H	0	0	2	1	1	3	1	5
LSIL	50	35	27	12	9	19	3	1
HSIL	20	4	11	5	0	4	1	0
Ca	1	0	2	2	5	5	2	2
wszystkie badania	684	517	578	490	643	464	365	350

Tabela IV. Wyrażona w procentach ilość rozpoznanych nieprawidłowości w badaniach cytologicznych wg Systemu Bethesda-2001 w Poradni Cytodiagnostycznej Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze w latach 2003-2010

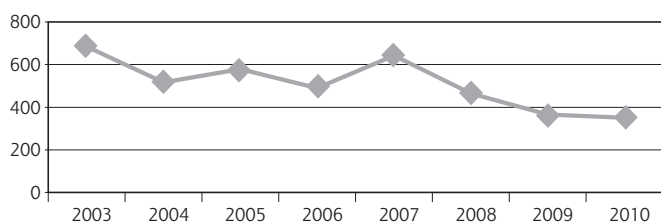
Table IV. Percentage of diagnosed irregularities in Pap smear tests according to Bethesda-2001 System at Cytodiagnostic Clinic of Provincial Hospital in Zielona Góra between 2003-2010

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ASC-US	3,07	1,74	0,52	1,63	1,09	2,16	1,37	2,57
ASC-H	0,00	0,00	0,35	0,20	0,16	0,65	0,27	1,43
LSIL	7,30	6,77	4,67	2,45	1,40	4,09	0,82	0,29
HSIL	2,90	0,77	1,90	1,02	0,00	0,86	0,27	0,00
Ca	0,15	0,00	0,35	0,41	0,78	1,08	0,55	0,57
wszystkie badania	684	517	578	490	643	464	365	350



Ryc. 3. Wyrażona w procentach ilość rozpoznanych nieprawidłowości w badaniach cytologicznych wg Systemu Bethesda-2001 w Poradni Cytodiagnostycznej Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze w latach 2003-2010

Fig. 3. Percentage of diagnosed irregularities in Pap smear tests according to Bethesda-2001 System at Cytodiagnostic Clinic of Provincial Hospital in Zielona Góra between 2003-2010



Ryc. 4. Liczba wykonanych badań cytologicznych w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze w latach 2003-2010

Fig. 4. Number of Pap smear tests at Cytodiagnostic Clinic of Provincial Hospital in Zielona Góra between 2003-2010

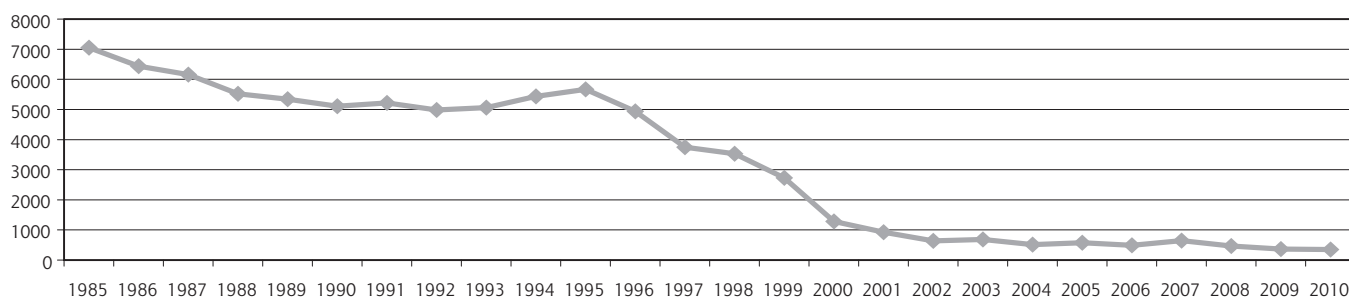
i poziomu merytorycznego personelu oceniającego wymazy cytologiczne – w 2009 r. Centrum Egzaminów Medycznych przeprowadziło po raz pierwszy egzamin specjalizacyjny z cytomorfologii medycznej dla magistrów-diagnostów laboratoryjnych zajmujących się diagnostyką cytologiczną. W omawianym podregionie zielonogórskim, a zarazem w całym województwie lubuskim, pracuje tylko jeden specjalista cytomorfologii medycznej. NFZ oraz Ministerstwo Zdrowia jak dotąd nie określiły wymaganych kwalifikacji zawodowych uprawniających do wykonywania badań cytologicznych.

Analizując informacje dotyczące opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki RSM finansowanej przez NFZ w omawianym podregionie należy mieć świadomość, że ilość wykonywanych badań jest niedoszacowana, z uwagi na istnienie trudnej do ilościowego

określenia sfery prywatnie wykonywanych badań cytologicznych, które nie są uwzględniane w istniejących statystykach. Brak jest informacji w jaki sposób są te badania wykonywane, kto zajmuje się oceną wymazów i jaki jest stopień wiarygodności wyników. Uwzględniając ten fakt, dokonana analiza problematyki badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania RSM w omawianym podregionie nie odzwierciedla całości problemu.

W Polsce poprawę efektów profilaktyki RSM można osiągnąć poprzez wprowadzenie centralnego systemu informacji medycznej, w którym gromadzone będą m.in. wyniki badań cytologicznych szyjki macicy. Obiecujące są systemy informacji w ochronie zdrowia wg Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [9]. W ramach ePUAP – elektronicznej platformy usług administracji publicznej – ogólnopolskiej platformy teleinformatycznej służącej do komunikacji obywateli z jednostkami administracji publicznej w ujednolicony, standardowy sposób, ma funkcjonować system informacji w ochronie zdrowia [10]. W nim m.in. przewidziana jest informacja o wykonanych świadczeniach i usługach medycznych – gdzie można by gromadzić wyniki badań cytologicznych szyjki macicy. Oczywiście dostęp do tych wyników badań byłby ściśle ograniczony.

W niektórych państwach, np. w Szwecji, już wprowadzono nowoczesne systemy informatyczne



Ryc. 5. Liczba wykonanych badań cytologicznych w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze w latach 1985-2010

Fig. 5. Number of Pap smear tests at at Cytodiagnostic Clinic of Provincial Hospital in Zielona Góra between 1985-2010

obejmujące wszystkie zakłady opieki zdrowotnej na danym terenie (*Cambio Healthcare Systems* [11]) – i wręcz niemożliwe jest pisanie ręczne czegokolwiek w dokumentacji medycznej. I dlatego także bez trudu można ustalić kiedy określony wynik badania został przesłany i przez kogo, kiedy i kto go odczytał i następnie kiedy i kto dał, i jakie, zlecenia dalszych badań dodatkowych bądź konsultacji, kiedy i przez kogo zostały one odczytane, kiedy i jaka terapia zlecona, kiedy i przez kogo ta zlecona terapia została odczytana i wykonana, itd. Oczywiście wdrażanie takich nowoczesnych systemów informatycznych w zakładach opieki zdrowotnej jest kosztowne – ale jest wymogiem współczesności [12].

Wnioski

1. Poprawę efektów profilaktyki RSM można osiągnąć poprzez wprowadzenie centralnego systemu informacji medycznej, w którym gromadzone będą m.in. wyniki badań cytologicznych szyjki macicy.
2. Należy wprowadzić centralny system gromadzenia informacji medycznych, który te informacje będzie zbierał zarówno z działalności publicznych jak i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, finansowanych zarówno przez NFZ, jak i prywatne podmioty lecznicze.

Piśmiennictwo / References

1. Franco EL, et al. New Developments in cervical cancer screening and Prevention. Sprawozdanie ze spotkania ekspertów, Genewa 1996.
2. Sanchez V, et al. Migration within Spain, level of education and cervical cancer screening. *Eur J Cancer Prev* 1997, 6: 31-37.
3. Spaczyński M. Diagnostyka, profilaktyka i wczesne wykrywanie raka szyjki macicy – rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. *Ginekol Prakt* 2004, 3(12): 6-8.
4. Basta A. Rola infekcji wirusowych w etiopatogenezie raka szyjki macicy. [w:] *Onkologia ginekologiczna*. Markowska J (red). Urban & Partner, Wrocław 2002: 425-440.
5. Samborski J. Diagnostyka szyjki macicy. *Histopatologia. Cytologia. Kolposkopia*. PZWL, Warszawa 2001.
6. Bręborowicz J, Bręborowicz D. Patologia raka szyjki macicy. [w:] *Onkologia ginekologiczna*. Markowska J (red). Urban & Partner, Wrocław 2002: 419- 424.
7. Nasser SM, Cibas ES, Crum CP, Faquin WC. The significance of the Papanicolaou smear diagnosis of low-grade squamous intraepithelial lesion cannot exclude high-grade squamous intraepithelial lesion. *Cancer* 2003, 5(99): 272-276.
8. Grys E. Diagnostyka cytologiczna. [w:] *Położnictwo i ginekologia*. Bręborowicz G (red). PZWL, Warszawa 2008: 970-975.
9. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. *Dz.U.* z 2011 r. nr 113, poz. 657, nr 174, poz. 1039, z 2014 r. poz. 183, 998, 1138, 1741, z 2015 r. poz. 16.
10. System informacji w ochronie zdrowia wg projektu ustawy o informacji w ochronie zdrowia. <http://administracja-projekt.wit.edu.pl/dokumenty/szkolenia/e-akademia/K-Wojsyk-Za%C5%82%C4%85cznik-sioz.pdf> (dostęp 03.03.2015).
11. Cambio Healthcare Systems. <http://www.cambiohealthcare.co.uk/Cosmic/> (dostęp 03.03.2015).
12. Marcinkowski JT, Edbom-Kolarz A, Wiśniewska-Śliwińska H, Klimberg A, Żaba C. Trudności w ocenie dokumentacji medycznej przy sporządzaniu opinii sądowo-lekarskich – ze szczególnym uwzględnieniem jakości opieki szpitalnej w okresie weekendowym. *Orzecznik Lek* 2011, 8(1): 12-15.