

**НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ
ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ РАКА ГРЛИЋА МАТЕРИЦЕ
- програм организованог скрининга-**

Садржај

1. Приказ ситуације
 - 1.1. Епидемиологија рака грлића материце
 - 1.2. Законска регулатива
 - 1.3. Организација служби за здравствену заштиту жена
 - 1.4. Кадровски капацитети и опремљеност
2. Приоритетни проблеми
3. Циљеви Националног програма
4. Управљање и координација активностима Националног програма
5. Скрининг програм
 - 5.1. Методологија
 - 5.2. Информисање, едукација, комуникација и социјална мобилизација
 - 5.3. Идентификација циљне популације
 - 5.4. Достављање позива
 - 5.5. Организација тестирања
 - 5.6. Цитолошки преглед
 - 5.7. Упућивање пацијента на даљу дијагностику и лечење
 - 5.8. Прикупљање података и Информациони систем
 - 5.9. Показатељи спровођења програма (процесни и исходни)
6. Мониторинг и евалуација спровођења Националног програма
7. Финансирање активности Националног програма

ПРИЛОЗИ

1. Акциони план 2007-2012
2. Појмови и скраћенице
3. Епидемиологија рака грлића материце
4. Здравствени радници у служби за здравствену заштиту жена по окрузима
5. Предуслови за имплементацију Националног програма
 - 5.1. Стандарди кадрова, простора и опреме
 - 5.2. Едукација кадрова
6. Стручно-методолошко упутство за узимање брисева
7. Стручно-методолошко упутство за рад у цитолошкој лабораторији
8. Образац цитолошког извештаја
9. Протокол за праћење жена после добијања резултата цитолошког прегледа
10. Програм школе цервикалне цитологије
11. Програм уже специјализације: Клиничка цитологија
12. Информисање, едукација, комуникација и социјална мобилизација
13. Преглед докумената и литературе

Рак грлића материце представља глобални проблем - нарочито у земљама у развоју. Према подацима Светске здравствене организације наша земља има највећу инциденцију рака грлића материце у Европи.

Уочавајући овај проблем као један од приоритетних, Министарство здравља Републике Србије је 03. јула 2006. године именовало **Посебну радну групу за превенцију рака грлића материце** чији је задатак између осталог био и да сачини **Национални програм за превенцију рака грлића материце**.

Обзиром на важност проблема и чињеницу да у Србији практично сваког дана од карцинома грлића материце једна жена умре, Радна група је, уважавајући препоруке СЗО, анализирајући скрининг програме других земаља и користећи искуства Пилот пројекта у Браничевском округу сачинила Програм који треба да омогући почетак скрининга рака грлића материце и у нашој земљи. Овај Програм усвојила је Влада Републике Србије и објављен је у Службеном листу бр 54 од 23. маја 2008. године.

Четвртог априла 2008. Министар здравља именовано је Републичку стручну комисију коју чини Посебна радна група са неколико нових чланова, са основним задатком да усвојени национални програм организованог скрининга уведе у праксу.

Пред учесницима у Програму стоји веома одговоран и сложен задатак да се са ограниченим финансијским средствима организује и спроведе успешан скрининг.

Наша земља има довољно гинеколога и осталог медицинског особља за спровођење скрининга. Увођењем организованог скрининга извршиће се и делимична трансформација организације здравствене службе по угледу на земље које су успешно спровеле скрининг. То се првенствено односи на школовање цитоскринера и организацију лабораторијске службе за цитологију.

Још један позитиван фактор у борби против рака грлића материце је и то што је у међувремену откривена и регистрована вакцина против најчешћих типова хуманог папилома вируса који изазивају ову врсту рака.

Национални програм за превенцију рака грлића материце је у складу са препорукама Светске здравствене организације чији је циљ **„рано откривање рака грлића материце, адекватна дијагностика и терапија са циљем смањења морталитета и побољшања квалитета живота жене“**.

Чланови Посебне радне групе

1. Председник: Проф. др Димитрије Сегеди, Клиника за гинекологију и акушерство Нови Сад
2. Подпредседник: Доц. др Живко Перишић, Гинеколошко акушерска клиника „Народни фронт“, Београд
3. Секретар: Мр сц.др Весна Драгићевић, Градски завод за јавно здравље, Београд, Др Бојана Милошевић (ЕПОС)
4. Чланови:
Проф. др Весна Кесић, Институт за гинекологију и акушерство, Клинички центар Србије, Београд
Проф. др Живка Ери, Институт за плућне болести Војводине, Сремска Каменица
Др Мирјана Ђокић, Војномедицинска академија, Београд
Мр сц.др Ана Бекић - Јовићевић, Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд
Прим. др Мирјана Велимировић, дом здравља „Савски Венац“, Београд
Др Светлана Миленковић, Институт за гинекологију и акушерство, Клинички центар Србије, Београд
Мр сц.др Невенка Павловић, Градски завод за јавно здравље, Београд

1. ПРИКАЗ СИТУАЦИЈЕ

1.1. Епидемиологија рака грлића материце

Ситуација у свету

Рак грлића материце је друго по учесталости малигно обољење код жена у свету са око 490,000 новорегистрованих случајева сваке године. Преко 80% случајева рака грлића материце као и смрти због ове болести региструје се у земљама у развоју. Постоје драматичне разлике у стопи инциденције у свету, од 2 случаја на 100,000 жена у Сирији до 87,3 на 100,000 жена на Хаитију (стопе стандардизоване по узрасту).

Рак грлића материце - један од приоритетних јавно-здравствених проблема у Србији

Према подацима Регистра за рак Централне Србије и Регистра за малигне туморе Војводине, на територији Србије (без Косова) се сваке године открије око 1400 нових случајева рака грлића материце. Ради се о другом по учесталости малижном тумору код жена, после рака дојке. Стандардизована стопа инциденције рака грлића у централној Србији 2002. године била је 27,2 на 100.000 жена, што представља највишу стопу инциденције у Европи. Сличне високе стопе бележе се у Румунији, Албанији и Босни и Херцеговини.

Према подацима Завода за статистику Србије, 2002. године су 452 жене умрле од рака грлића материце. Стандардизована стопа смртности је износила 7,2 на 100.000 жена и нижа је од стопа у поменутих околним земљама

Стадијум болести представља главни прогностички фактор код болесница са раком грлића материце. Према расположивим подацима, мање од трећине случајева рака грлића материце открива се у раној инвазивној фази када се може успешно применити само оперативно лечење. Код већине болесница ради се о вишим стадијумима, када је неопходно применити постоперативну или радикалну радиотерапију која продужава лечење, може довести до различитих компликација и значајно повећава трошкове лечења. (Прилог 3.)

Рак грлића материце –могући узроци и превенција

Регионалним разликама у стопама и трендовима оболевања од рака грлића доприноси више фактора. Инфекција хуманим папилома вирусима (ХПВ), који се преносе сексуалним путем сматра главним етиолошким фактором и представља неопходни, мада не и довољни, услов за настанак рака грлића. Пушење и имуносупресија су два најважнија ко-фактора у патогенези рака грлића материце.

Међутим, учесталост рака грлића материце у великој мери зависи од још једног фактора а то је постојање и успешност скрининг програма у посматраној популацији. Скрининг програм омогућава не само откривање рака грлића материце у раној фази већ и откривање преканцерозних лезија чијим се уклањањем спречава настанак малигнух промена.

Основни скрининг тест је Папаниколау тест. У земаљама, углавном развијеним, у којима се скрининг програми успешно примењују већ неколико деценија, забележен је драматичан пад инциденције и смртности од рака грлића материце.

1.2. Законска регулатива

Систем здравствене заштите и организација здравствене службе регулисани су Законом о здравственој заштити (Службени гласник РС број 107/2005) (у даљем тексту Закон).

Здравствена заштита у смислу овог Закона обухвата спровођење мера за очување и унапређење здравља грађана, спречавање, сузбијање и рано откривање болести, повреда и других поремећаја здравља и благовремено и ефикасно лечење и рехабилитацију (члан 2).

Здравствену службу у Републици Србији чине здравствене установе и други облици здравствене службе (приватна пракса), који се оснивају ради спровођења и обезбеђивања здравствене заштите као и здравствени радници, односно здравствени сарадници који обављају здравствену делатност у складу са овим Законом (члан 6).

Према истом Закону здравствена делатност обавља се на примарном, секундарном и терцијарном нивоу (члан 79, 88, 89, 90, 91).

Према одредбама наведеног Закона грађани остварују примарну здравствену заштиту у домовима здравља преко изабраног лекара, а за популацију жена старијих од 15 година, поред доктора медицине из службе за здравствену заштиту одраслих изабрани лекари су и лекари специјалисти гинекологије и акушерства.

Садржај рада изабраног лекара специјалисте гинекологије и акушерства дефинисан је Законом о здравственој заштити, Правилником о условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе, Правилником о условима и начину унутрашње организације здравствених установа, Правилником о обиму и садржају права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2007. годину, Правилником о изменама и допунама Правилника о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање надокнаде за њихов рад за 2007. годину и Правилником о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2007. годину (Службени гласник РС 1/2007 и 52/2007).

У поступку остваривања здравствене заштите у дому здравља изабрани лекар спроводи све активности које су дефинисане Законом о здравственој заштити (члан 95, 98, 99) укључујући и организовање и спровођење мера на очувању и унапређењу здравља жена, прегледа у циљу дијагностике и благовременог лечења, као и упућивање пацијената на секундарни и терцијерни ниво.

Према Закону о здравственом осигурању (Службени гласник РС 107/2005) осигурана лица којима се обезбеђује здравствена заштита у пуном износу су и осигураници старости преко 65 година старости (чл. 22 ст. 3). Према Правилнику о обиму и садржају права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2007. годину Републички завод за здравствено осигурање гарантује право на циљани преглед раног откривање рака грлића материце једном годишње свим женама старости од 20 до 65 година.

1.3. Организација служби за здравствену заштиту жена

Дом здравља је здравствена установа у којој се обавља здравствена делатност на примарном нивоу и у којој се обезбеђује најмање превентивна здравствена заштита за све

катеорије становника, хитна медицинска помоћ, општа медицина, **здравствена заштита жена** и деце, патронажна служба као и лабораторијска и друга дијагностика (Закон о здравственој заштити Службени гласник РС број 107/2005, члан 94, 95).

Истим Законом су регулисани послови здравствене делатности на примарном нивоу, који између осталог обухватају и спречавање, рано откривање и контролу малигних болести. Здравствене установе на овом нивоу, такође остварују сарадњу са другим здравственим, социјалним и другим установама и организацијама за припремање и извођење програма за очување и унапређење здравља (члан 88).

У дому здравља (и другим здравственим установама на примарном нивоу) се може обављати и специјалистичко – консултативна делатност. У том случају дом здравља се повезује у стручном или организационом смислу са одговарајућом здравственом установом која обавља секундарну здравствену делатност (члан 89).

У Републици Србији постоји 157 домова здравља са мрежом здравствених станица и амбуланти.

Болница је здравствена установа која обавља здравствену делатност на секундарном нивоу (члан 110). Здравствена заштита жена на овом нивоу се одвија кроз специјалистичко консултативну и стационарну здравствену делатност из гинекологије и акушерства (члан 111). Здравствена делатност на овом нивоу обухвата сложеније мере и поступке откривања болести и повреда као и лечења и рехабилитације болесних и повређених (члан 90).

Здравствена заштита жена на терцијарном нивоу обавља се у клиникама, институтима, клиничко-болничким центрима и клиничким центрима (члан 115,116,117,118).

Институти и заводи за јавно здравље као институције здравствене заштите које обављају здравствену делатност на више нивоа (члан 119, 120, 121, 122) одговорни су за планирање, праћење и спровођење *посебних програма здравствене заштите* дефинисаних од стране Министарства здравља Републике Србије. Програм за скрининг рака грлића материце је један од приоритетних програма Министарства здравља Републике Србије за чију реализацију је неопходно учешће свих дефинисаних нивоа здравствене заштите.

Службе за здравствену заштиту жена постоје у свим домовима здравља, независно од тога да ли су самосталне здравствене установе или су у саставу здравствених центара. Унутрашња организација ових служби није јасно дефинисана ни у једном од законских и подзаконских аката.

Уобичајена пракса је да се рад саветовалишта за труднице временски или просторно издваја од осталих сегмената рада ове службе, што је у складу са Стручно методолошким упутством за спровођење Уредбе о здравственој заштити жена, деце, школске деце и студената (Службени гласник РС 49/95) које се и даље спроводи. Скрининг на рак грлића материце може се спроводити издвајањем простора и времена само за ове активности, што зависи од просторних и кадровских капацитета службе, уз услов да се не ограничи приступ пацијенткињама које посету остварују због друге дијагностике или лечења.

1.4. Кадровски капацитети и опремљеност

Служба за здравствену заштиту жена на примарном нивоу (у дому здравља) обезбеђује ванболничку здравствену заштиту женској популацији старијој од 15 година. Према подацима Института за јавно здравље Србије (Здравствено статистички годишњак РС 2005) у нашој Републици гинеколошке здравствене услуге пружа 539 лекара, од тога

505 (93,7%) лекара специјалиста гинекологије и акушерства. На једног лекара у служби за здравствену заштиту жена има 6043 жена изнад 15 година старости. (Прилог 4). Здравствени радници у служби за здравствену заштиту жена по окрузима). На осталим нивоима здравствене заштите ради још 662 специјалиста гинекологије и акушерства и 135 лекара специјалиста патолошке анатомије.

2. ПРИОРИТЕТНИ ПРОБЛЕМИ

1. Висока стопа инциденције рака грлића материце у Србији
2. Откривање рака грлића материца у каснијим стадијумима и висока стопа смртности од ове болести
3. Недовољна информисаност жена о ефикасности мера превенције рака грлића материце
4. Низак обухват циљне популације жена редовним Папаниколау прегледима
5. Неуврштавање превенције рака грлића материце међу приоритетне јавно-здравствене проблеме у Србији
6. Неусклађеност редоследа коришћења услуга на различитим нивоима здравствене заштите у Србији
7. Недовољна обученост постојећег кадра за спровођење скрининга
8. Недостатак потребне опреме и простора
9. Непостојање информационог система за подршку имплементацији Националног програма за скрининг рака грлића материце (у даљем тексту Националног програма)
10. Недовољна укљученост локалне заједнице у активности за унапређење здравља жена
11. Недостатак средстава за финансирање организованог скрининга у оквиру Националног програма

3. ЦИЉЕВИ НАЦИОНАЛНОГ ПРОГРАМА

Општи циљ

Смањење инциденције и смртности жена од рака грлића материце у Србији.

Специфични циљеви

- Подизање свести жена о значају редовних прегледа и раног откривања промена грлића материце и информисање о значају скрининга
- Обезбеђивање подршке Националном програму на државном нивоу
- Дефинисање улоге установа на свим нивоима здравствене заштите у превенцији и лечењу рака грлића материце
- Јачање капацитета здравствених установа за реализацију Националног програма (обезбеђивање довољног броја обучених кадрова и опреме)
- Успостављање система прикупљања и управљања подацима из Националног програма
- Успостављање контроле квалитета услуга за превенцију рака грлића материце
- Укључивање локалних заједница и невладиног сектора у спровођење Националног програма.

4. УПРАВЉАЊЕ И КООРДИНАЦИЈА АКТИВНОСТИМА НАЦИОНАЛНОГ ПРОГРАМА

Превенција рака грлића материце обухвата скуп активности међу којима централно место заузима Програм организованог скрининга.

Скрининг за рак грлића материце спроводи се на територији Републике Србије у виду организованог децентрализованог програма.

1. а) Министарство здравља Републике Србије је, на основу члана 23 закона о државној управи (Службени гласник РС 79/05) и члана 22 Уредбе о начелима за унутрашње уређење и систематизацију радних места у министарствима, посебним организацијама и службама Владе (Службени гласник РС 95/05), формирало **Посебну радну групу** за превенцију карцинома грлића материце (у даљем тексту ПРГ). ПРГ је израдила предлог Националног програма за скрининг рака грлића материце.

б) Министарство здравља Републике Србије извршило је преименовање ПРГ у Републичку стручну комисију (у даљем тексту РСК).

РСК има стручно консултантску улогу у спровођењу и праћењу активности Националног програма. На основу решења Министра здравља Републике Србије број 119-01-00126/2008-02 од 4.4.2008. РСК има задатак да:

- сачини анализу постојећих кадровских капацитета и опремљености одговарајућим медицинским апаратима и уређајима служби за здравствену заштиту жена у здравственим установама примарног нивоа
- сачини предлог набавке опреме за додатно опремање здравствених установа према приоритетима
- изради Национални програм превенције рака грлића материце- програм организованог скрининга
- представи Водич добре праксе за превенцију карцинома грлића материце и сачини план за његову имплементацију у наведеним установама
- предложи национални програм едукације гинеколога за рано откривање промена на грлићу материце (цитодијагностика) у сарадњи са Републичком стручном комисијом за патологију и цитологију
- дефинише рок за почетак програма, критеријуме и начин евалуације програма
- предложи здравствене установе у којима ће се едукација гинеколога обављати, укључујући и могући број полазника за едукацију
- сачини предлог програма континуиране едукације за гинекологе
- предложи начин евидентирања, обраде и интерпретације и коришћење података добијених спровођењем скрининга
- предложи критеријуме и начин процене квалитета пружених услуга
- предложи промотивне активности и начин мотивисања жена за редовно коришћење мера заштите у здравственим установама на примарном нивоу

РСК такође оцењује испуњавање услова за формирање референтне цитолошке лабораторије и одређивање супервизора.

ц) Министарство здравља Републике Србије је именовало у оквиру **Сектора за јавно здравље и програмску здравствену заштиту особу одговорну за имплементацију Националног програма.**

д) Министарство здравља формира **Канцеларију за скрининг рака грлића материце** (у даљем тексту Канцеларија).

Активности Канцеларије за скрининг дефинише стандарде квалитета и врши контролу квалитета, прави финансијски план на годишњем нивоу за потребе спровођења скрининга и предлог дистрибуције средстава учесницима Програма, осмишљава и организује штампање униформних позивних писама, пратећег здравствено-промотивног материјала (лифлети, постери, агитке и др.) и врши њихову дистрибуцију кроз мрежу института и завода за јавно здравље. Води кампању социјалне мобилизације на националном нивоу и укључује националне медије, пошту и друге неопходне субјекте у реализацији скрининга. У обавези је да обезбеди континуирани двосмерни проток података и информација између свих институција/учесника у Националном програму. Формира и, у сарадњи са Службом за информатику Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ (у даљем тексту ИЗЈЗ), води Базу података организованог скрининга рака грлића материце. Ова База садржи неопходне сетове података који су добијени током спровођења организованог скрининга из свих здравствених установа укључених у Програм скрининга. Сетови података биће садржани у софтверу који је посебно дизајниран за потребе спровођења Националног програма. Инсталирањем овог софтвера у домове здравља укључене у Програм скрининга омогућиће се ефикасно прикупљање и сливање података (преко мреже института и завода) у формирану Базу, као и увид у активности и резултате Програма. У канцеларији се анализирају финални подаци из Базе података организованог скрининга рака грлића материце који се достављају Министарству здравља (Сектор за програмску здравствену заштиту и РСК).

Канцеларија израђује периодичне извештаје о реализованим активностима које су предвиђене Националним програмом и доставља их Министарству здравља (Сектор за програмску здравствену заштиту и РСК). Периодични извештаји се израђују на основу извештаја добијених од ИЗЈЗ.

Канцеларија прикупља, анализира и предлаже мере за унапређење кадровских капацитета и опреме потребне за спровођење Националног програма.

Канцеларија такође израђује план и извештај о финансијском пословању који доставља Министарству здравља Републике Србије.

2. Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ координише активности института и завода за јавно здравље који су укључени у Национални програм.

Информациони систем ове установе обезбедиће информатичку подршку у спровођењу Националног програма у смислу прикупљања података из окружних института/завода у електронској форми, ажурирања Базе података организованог скрининга рака грлића материце и прослеђивање података из Базе Канцеларији за скрининг (једном месечно).

На основу периодичних извештаја о спроведеним активностима у оквиру Националног програма које ће окружни институти и заводи достављати посебно именованој особи у Служби за планирање и организацију ИЗЈЗ припрема се извештај за Канцеларију за скрининг и Министарство здравља (на шест месеци).

Сви подаци о новооткривеним случајевима рака грлића материце у току спровођења организованог скрининга се редовно достављају Центру за контролу и превенцију незаразних болести ИЗЈЗ ради ажурирања базе података Централног регистра за рак.

3. Окружни институти/заводи за јавно здравље опредељују представника (епидемиолог, специјалиста социјалне медицине) задуженог за спровођење Националног програма скрининга рака грлића материце на територији округа за коју су основани. Одабрани представник учествује у изради оперативног плана дома здравља, обавља стручне консултације за потребе спровођења организованог скрининга, обрађује податке из периодичних извештаја о обављеним активностима из програма скрининга и податке о откривеним преканцерозним променама и раку грлића материце које добија из дома здравља и израђује извештаје за територију округа. Окружни институти/заводи за јавно здравље сакупљају и прослеђују ИЗЈЗ две врсте података : сетове података домова здравља са своје територије који су садржани у посебно дизајнираном софтверу (једном месечно) и периодичне извештаје о извршеним активностима (на шест месеци).

4. Дом здравља покреће, организује и спроводи Национални програм на територији општине коју покрива. Ове активности обавља у сарадњи са окружним институтом/заводом за јавно здравље и локалном самоуправом (Особа задужена за здравство при локалној самоуправи).

Дом здравља формира Групу за координацију скрининга рака грлића материце, коју чине:

- Представник руководства дома здравља (директор, главна сестра)
- Начелник службе за здравствену заштиту жена дома здравља
- Главна сестра службе за здравствену заштиту жена дома здравља
- Специјалиста епидемиологије, социјалне медицине, или хигијене запослен у дому здравља, или руководилац центра за превентивне здравствене услуге уколико је формиран у дому здравља
- Главна патронажна сестра дома здравља
- Представник локалне самоуправе (особа задужена за здравство)

Група за координацију скрининга дома здравља пре отпочињања скрининга израђује оперативни план - план активности за свој дом здравља. Посебно треба обратити пажњу на оне организационе поступке за које је у методологији скрининга дато више могућности, одабрати једну и навести је у плану. Међу овим поступцима су : прецизан начин достављања позива, начин заказивања прегледа, организација тестирања, место спровођења цитолошког прегледа, саопштавање резултата.

Особа одговорна за вођење базе података именована од стране Групе за координацију скрининга доставља окружном институту/заводу за јавно здравље сетове података из програма скрининга у електронском облику једном месечно. Осим тога, сви подаци о новооткривеним случајевима рака грлића материце у току спровођења организованог скрининга се редовно достављају окружном институту/заводу за јавно здравље путем пријаве болести како је то регулисано важећим прописима.

Група за координацију скрининга дома здравља пише периодичне извештаје о спровођењу Програма и доставља их окружном институту/заводу за јавно здравље на 6 месеци на основу процесних и исходних показатеља.

5. СКРИНИНГ ПРОГРАМ

5.1. Методологија скрининга

Скрининг за рак грлића материце се спроводи на територији Републике Србије у виду организованог децентрализованог програма.

Скрининг програмом обухватају се жене старости од 25 до 69 година.

Циљна група идентификује се преко бирачких спискова или базе јединствених матичних бројева и листе осигураника Републичког завода за здравствено осигурање. Свим женама из циљне групе доставља се позив на тестирање.

Тестирање подразумева цитолошки преглед цервикалног бриса (Папаниколау тест) у складу са стручно-методолошким упутствима.

Скрининг интервал је три године.

Узимање цервикалних брисева спроводи Служба за здравствену заштиту жена дома здравља.

Цитолошки прегледи цервикалних брисева обављају се у цитолошкој лабораторији у самом дому здравља само за тај дом здравља, или у једном дому здравља за цео округ или у лабораторији у склопу здравственог центра за округ и др.

Саопштавање резултата, одређивање динамике и садржаја даљег праћења, укључујући и упућивање на даљу дијагностику спроводи Служба за здравствену заштиту жена дома здравља.

5.2 Информисање, едукација, комуникација и социјална мобилизација

У складу са Програмом скрининга рака грлића материце, пре започињања имплементације програма неопходно је дефинисати **стратегију** информисања, едукације, комуникације и социјалне мобилизације, **оперативни план** за њену реализацију, **временски оквир** и одредити **одговорна лица** за спровођење наведених активности у сваком дому здравља.

Стратегија информисања, едукације, комуникације и социјалне мобилизације за спровођење програма скрининга за подручје општина коју покрива дом здравља је први документ који треба написати, а представља део оперативног плана-плана активности дома здравља који припрема и усваја Група за координацију скрининга дома здравља.

Временски оквир за реализацију једног круга програма је 4 године (3 године плус једна година за жене које се нису одазвале током треће године скрининга) и за сваку годину се пише оперативни план активности. (Прилог 12. Информисање едукација и социјална мобилизација)

5.3. Идентификација циљне популације

Циљна популација су становнице Србије старости 25 – 69 година. Према подацима Републичког завода за статистику Србије (према попису из 2002. године) у овој групи се налази 2 267 031 жена.

Идентификација циљне групе за скрининг врши се према наведеној методологији у свим општинама на територији Републике Србије (5.1. Методологија скрининга).

Група за координацију скрининга рака грлића материце у дому здравља сваке општине у Србији ће именовати особе /тим задужене за :

- израду списка циљне популације на својој општини (име, презиме, година рођења, јединствен матични број, пуна адреса становања)
- израду плана позивања
- достављање броја жена предвиђених за скрининг Канцеларији ради штампања потребног броја позивних писама (према припремљеним списковима и плану позивања)
- попуњавање одштампаних позивних писама добијених од Канцеларије
- успостављање евиденције послатих позива, уручених позива и одазива на тестирање (Наведене активности обављаће медицински техничар према препорученим стандардима, 5.1.1. Стандарди кадрова, простора и опреме).

5.4. Достављање позива

Група за координацију скрининга рака грлића материце у дому здравља сваке општине у Србији, ће на основу свог списка циљне популације и плана позивања изградити распоред достављања позива.

Свакој особи са списка се достављају :

1. позивно писмо које садржи позив за учешће у програму са:

- унапред заказаним датумом и временски интервалом обављања прегледа у дому здравља
- и
- бројем телефона за потврду доласка или измену термина,

2. информативни лифлет (кратке и једноставне информације о циљу и значају скрининга).

Неопходно је дефинисати време узимања брисева не само у преподневним већ и у поподневним часовима ради усклађивања са личним и радним обавезама жена које се позивају на скрининг.

Група за координацију периодично (на 1 до 2 месеца) проверава одазив жена на позиве за скрининг користећи базу података у коју се ови подаци евидентирају и која се такође повремено ажурира. Особама које се нису одазвале позиву након 2 месеца доставља се други, а по потреби и трећи позив на скрининг. Организација достављања првих и накнадних позива се може обавити у сарадњи са Патронажном службом дома здравља, а уз помоћ локалне самоуправе (предвидети договор Министарства здравља са Министарством телекомуникација и могућност коришћења бесплатних ПТТ услуга).

5.5. Организација тестирања

Наведеног датума, са позивним писмом особа се јавља Служби за здравствену заштиту жена дома здравља. Задужени здравствени радник је прихвата, узима позивно писмо, обави евидентирање и упућује у одговарајућу амбуланту.

Дом здравља ће на основу својих кадровских и просторних могућности направити организацију спровођења скрининга.

Узимање цервикалних брисева спроводи се у складу са стручно-методолошким упутством (Прилог 6. Стручно-методолошко упутство за узимање брисева).

5.6. Цитолошки преглед

Спровођење цитолошког прегледа обавља се у складу са стручно-методолошким упутством (Прилог 7. Стручно-методолошко упутство за рад у цитолошкој лабораторији).

5.7. Упућивање пацијената на даљу дијагностику

На даље дијагностичке поступке пацијент се упућује у регионалну здравствену установу секундарног / терцијерног нивоа. Са хистопатолошким налазом пацијент се враћа изабраном лекару који у зависности од врсте дијагностиковане промене поступа по препорукама Протокола за праћење жена после добијања резултата цитолошког прегледа (Прилог 9.). Да би цео поступак имао пуну вредност и дао прави резултат потребно је дефинисати јасне надлежности различитих нивоа здравствене заштите као и комуникационе канале уз пуну пажњу да процедура буде за пацијента једноставна, прихватљива, разумљива као и са минимумом стреса. Изузетно је важно обезбедити адекватну комуникацију са пацијентом на сваком нивоу. Она подразумева саопштавања свих могућности лечења и исхода и добијање информисаног пристанка пацијенткиње за даљи третман, као и омогућавање постављање питања од стране пацијенткиње у свакој фази дијагностике и терапије.

5.8. Прикупљање података и Информациони систем

У спровођењу организованог популационог скрининга неопходно је развити софтвер који ће обезбедити ефикасну подршку програму. Софтвер треба да садржи сетове података о :

- циљној популацији
- послатим позивима
- одазиву
- резултатима теста
- даљим дијагностичким и терапијским процедурама.

Сви подаци добијени о активностима спроведеним током организованог скрининга, уносе се у електронску базу података.

Прикупљање података из Националног програма је организовано на следећи начин:

1. Здравствени радник у дому здравља који прихвата жену са позивом, евидентира је у Књигу протокола за скрининг (посебно формирана за потребе Националног програма), попуњава заглавље са генералијама у обрасцу Цитолошког извештаја (три примерка) и упућује је у гинеколошку ординацију.
2. Гинеколог попуњава део обрасца Цитолошког извештаја који се односи на анамнезу, узима бриис и обележену фиксирану плочицу заједно са обрасцем Цитолошког извештаја шаље у цитолошку лабораторију.
3. Цитоскринер прегледа плочицу и попуњава преостали део обрасца. Плочице и образац извештаја се архивирају према методологију описаној у Прилогу 7.
4. Попуњени образац Цитолошког извештаја доставља се гинекологу који је узео бриис или изабраном гинекологу, зависно од тога за који се методолошки поступак дом здравља определио приликом прављења плана организованог скрининга.

5. Гинеколог саопштава резултате цитолошког прегледа и уноси их у здравствени картон. У случају сумњивих ПА налаза пацијент се упућује изабраном гинекологу који даље поступа по препорукама из Прилога 8

6. Подаци који се прикупљају током спровођења скрининга, уносе се у електронску базу података дома здравља (Софтвер за потребе спровођења скрининга). Приступ електронској бази и унос података обавља особа овлашћена од стране Групе за координацију дома здравља.

7. Подаци из електронске базе података дома здравља достављају се окружном институту/заводу за јавно здравље (за умрежене домове здравља путем постојеће информатичке мреже, а за остале на ЦД овима **једном месечно**), а одатле ИЗЈЗ и Канцеларији ради уноса у базу података Регистра за рак и Базу података организованог скрининга рака грлића материце.

8. Приликом одређивања обележја која ће се налазити у сетовима података за достављање обавезно се придржавати Закона о заштити података о личности (Службени лист СРЈ број 24/1998).

5.9. Показатељи спровођења програма (процесни и исходни)

Процесни показатељи спроводјења скрининга су:

- проценат жена које су се одазвале позиву и јавиле у дом здравља након првог и -- накнадних позива
- проценат жена које су урадиле тест
- проценат жена које су дошле по резултат теста
- проценат неадекватних тестова
- проценат одзива на даљу дијагностику и лечење
- проценат враћених позива
- проценат жена које се нису одазвале на достављене позиве

Показатељи исхода скрининга су:

- проценат позитивних тестова (ПА III, IV или V)
- проценат пацијената са преканцерозним променама (CIN-SIL)
- проценат пацијената са карциномом и патохистолошки тип стадијум болести у тренутку постављања дијагнозе

Наведени процесни и исходни показатељи су елементи за писање периодичних извештаја о спроведеним активностима на свим нивоима, од дома здравља до Министарства здравља.

Показатељи исхода скрининга су елементи за планирање даљих активности здравственог система у циљу смањења инциденције и смртности од рака грлића материце.

6. МОНИТОРИНГ И ЕВАЛУАЦИЈА СПРОВОЂЕЊА ПРОГРАМА

Мониторинг и евалуацију планира и спроводи Канцеларија уз помоћ и учешће РСК на основу постојеће Базе података организованог скрининга и периодичних извештаја института и завода за јавно здравље.

Континуирано уношење и слање података у електронску Базу података организованог скрининга обавеза је свих учесника који су овлашћени за ову активност у програму. Ажурирање базе података обављаће Служба за информатику ИЗЈЗ Србије. Канцеларија ће такође организовати периодични стручни надзор над спровођењем програма.

Група за координацију при дому здравља вршиће, на основу показатеља процеса, периодичну (месечну) евалуацију свих активности скрининга и достављати извештаје Окружном институту/заводу за јавно здравље на сваких 6 месеци. Ови се извештаји даље прослеђују ИЗЈЗ и Канцеларији (Схема 1).

Сви случајеви рака грлића материце који буду откривени скрининг програмом посебно ће се евидентирати у Регистру за рак (Центар за контролу и превенцију незаразних болести ИЗЈЗ), како би се створили услови за процену стопа инциденције рака са и без скринингом регистрованих случајева овог обољења.

7. ФИНАНСИРАЊЕ АКТИВНОСТИ НАЦИОНАЛНОГ ПРОГРАМА

Према Правилнику о обиму и садржају права на здравствену заштиту из обавеног здравственог осигурања и о партиципацији за 2007. годину Републички завод за здравствено осигурање гарантује право на циљани преглед на рано откривање рака грлића материце једном годишње свим женама старости од 20 до 65 година. Према Закону о здравственом осигурању (Службени гласник РС 107/2005) осигурана лица којима се обезбеђује здравствена заштита у пуном износу су и осигураници преко 65 година (чл. 22 ст. 3).

Трошкови извођења организованог скрининга покривају се из посебне буџетске линије која се уговара сваке године према предложеном једногодишњем финансијском плану. Ова посебна буџетска линија покрива додатне трошкове спровођења организованог скрининга :

- Оснивање и рад канцеларије
- Финансирање РСК за праћење и евалуацију скрининга
- Производња и штампање промотивног материјала и позивних писама
- Едукација свих учесника у скринингу према плану едукације који доставља канцеларија
- Набавка неопходне опреме и додатно ангажовање запослених у домовима здравља, институтима и заводима за јавно здравље
- Опремање и финансирање референтних лабораторија и кадра укљученог у скрининг
- Одржавање софтвера
- Обезбеђивање средстава прегледа за неосигурана лица која ће према програму скрининга бити обухваћена овим прегледом
- За финансирање програма могу се користити и други извори финансирања
- РЗЗО покрива додатне трошкове домовима здравља за обављање послова скрининга

Канцеларија припрема једногодишњи финансијски план за спровођење скрининга који представља Министарству здравља/Министру.

ПРИЛОЗИ

ПРИЛОГ 1. АКЦИОНИ ПЛАН

Финансирање активности Националног програма организованог скрининга

Влада ће обезбедити стабилне изворе финансирања за спровођење активности и имплементацију Националног програма скрининга.

У ове сврхе користиће се сви расположиви финансијски извори, као што су:

- општи буџет,
- буџет Министарства здравља и других релевантних Министарстава,
- средства Републичког завода за здравствено осигурање.

Без обзира који начин финансирања Влада одабере, фондови ће бити утрошени само на договорене и дефинисане активности које су предвиђене Акционим планом.

Акциони план од 2008. до 2011.године

Акциони план за спровођење Националног програма скрининга налази се у Табели 1. овог прилога.

Канцеларија ће бити одговорна да на основу достигнутих резултата у последњој години иницијалног периода (2011.година) изради акциони план за наредни период.

АКЦИОНИ ПЛАН од 2008. до 2011.године

Циљеви програма	Стратегије	Активности	Одговорна тела и временски оквир	Извор финансирања	Индикатори успеха
Обезбеђивање предуслова за усвајање и спроводјење Националног програма	1. Обезбедјење управљачког и оперативног апарата за спроводјење Националног програма	1.1. Доношење Националног програма скрининга рака грлића материце И објављивање у Службеном гласнику РС	Министарство здравља Новембар 2008.	Општи буџет/Буџет Министарства здравља за програмску здравствену заштиту	Релевантна документација која доказује доношење Националног Програма скрининга, Програм објављен у Службеном гласнику РС
		1.2. Оснивање Канцеларије	Министарство здравља Октобар 2008.	Општи буџет/Буџет Министарства здравља	Записници МЗ са оснивачког састанка НЦСЦ
		1.3. Алокација средстава из буџета за рад Канцеларије	Влада Републике Србије, Министарство здравља Јануар 2009.	Општи буџет/Буџет Министарства здравља за програмску здравствену заштиту	Релевантна документација МЗ која доказује алокацију финансијских средстава за потребе рада НЦСЦ

Циљеви програма	Стратегије	Активности	Одговорна тела и временски оквир	Извор финансирања	Индикатори успеха
	2. Обезбеђивање кадровских капацитета	2.1 Едукација цитоскринера према предложеним стандардима у Програму	Министарство здравља / Школа цитологије ГАК "Народни фронт", Београд Укупно 90 цитоскринера у периоду 2008-2011.	Домови здравља самостално према процењеним потребама	Периодични извештај Школе цитологије, број обучених цитоскринера годишње
		2.2 Едукација патолога – ужа специјализација из клиничке цитологије за 5 референтних цитолошких лабораторија (2 лабораторије у Београду, 1 у Нишу, 1 у Крагујевцу, 1 у Новом Саду/Сремској Каменици)	Министарство здравља/ Медицински факултет Нови Сад, Укупно 10 специјалиста патологије У периоду од 2008-2011.	Установе терцијарног нивоа здравствене заштите у Београду, Нишу, Крагујевцу и Новом Саду	Периодични извештај медицинског факултета у Новом Саду о субспецијализацијама тј. ужој субспецијализацији из клиничке цитологије
		2.3 Додатна едукација гинеколога, медицинских сестара и осталог медицинског и немедицинског кадра домова здравља и окружних института/завода за јавно здравље за потребе реализације Програма	Канцеларија/Домови здравља/Институти/заводи за јавно здравља Од јануара 2009.	Домови здравља	Број одржаних семинара одржаних у здравственој установи годишње за потребе спроводјења Програма, Број здравствених радника/сарадника који су похадјали додатне програме едукације
		2.4 Едукација административног особља за потребе реализације Програма -Представљање програма скрининга -Обука за коришћење софтвера	Домови здравља/ Институти/заводи за јавно здравља Од јануара 2009.	Домови здравља/ институти/заводи за јавно здравље	-Број одржаних семинара/годишње у једном дому здравља -Број обучених административних радника
	3.	3.1 Процена опремљености	Канцеларија/Министарство	Канцеларија	Извештај о

	Обезбеђивање опреме	ординација у домовима здравља пре започињања имплементације Националног програма	здравља <i>новембар 2008.</i>		опремљености
		3.2 Опремање ординације у дому здравља опремом за узимање цитолошких брисева	Домови здравља <i>Од јануара 2009.</i>	Домови здравља/локална самоуправа	Листа неопходне опреме по домовима здравља и план дистрибуције опреме
		3.3 Процена опремљености цитолошких лабораторија у домовима здравља	Канцеларија/ Министарство здравља <i>новембар 2008.</i>	Канцеларија	Извештај о опремљености
		3.4 Опремање цитолошких лабораторија домова здравља опремом за цитолошке прегледе препарата (видети стандард опреме неопходне за цитолошки преглед препарата)	Домови здравља, Министарство здравља <i>Од јануара 2009.</i>	Домови здравља/локална самоуправа	Листа неопходне опреме по домовима здравља и план дистрибуције опреме
		3.5 Процена опремљености цитолошких лабораторија у референтним установама	Канцеларија/ Референтне установе/Министарство здравља	Министарство здравља	
		3.6 Опремање цитолошких лабораторија у референтним установама опремом за цитолошке прегледе препарата	Канцеларија/ Министарство здравља/референтне установе	Министарство здравља	
		3.7 Процена опремљености домова здравља компјутерском опремом	Канцеларија/ Министарство здравља <i>новембар 2008.</i>	Домови здравља/локална самоуправа	Извештај о опремљености
Циљеви програма	Стратегије	Активности	Одговорна тела и временски оквир	Извор финансирања	Индикатори успеха
		3.8 Опремање домова здравља компјутерском опремом	Домови здравља, Министарство здравља <i>Од јануара 2009.</i>	Домови здравља/ Министарство здравља /локална самоуправа	Листа неопходне опреме по домовима здравља и план дистрибуције опреме
		3.9 Опремање НЦСЦ-а компјутерском опремом И	Министарство здравља	Министарство	Извештај о опремању

		умрежавање са Институтом за јавно здравља Србије “др Милан Јовановић Батут”		здравља/ Канцеларија	НЦСЦ неопходном компјутерском опремом и софтвером
		3.10 Инсталирање софтвера за потребе спроводјења Националног програма	Канцеларија	Канцеларија	Извештај о инсталирању софтвера -број домова здравља и института/завода за јавно здравље у којима је инсталиран софтвер
		3.11 Умрежавање неумрежених домова здравља у информатички систем мреже института и завода за јавно здравље	Канцеларија/ Институт за јавно здравље Србије“др Милан Јовановић Батут“	Канцеларија/ Министарство здравља	
	4. Позивање жена на скрининг	4.1. Организација слања првих и поновних позива	Министарство здравља/Министарство телекомуникација Децембар 2008.	Договор Министарства здравља са Министарством телекомуникација о могућност коришћења бесплатних ПТТ услуга	
		4.2 Дефинисање спискова жена које ће бити обухваћене скринингом према препорукама Националног програма	Домови здравља/Окружни институти и заводи за јавно здравље пружају подршку Јануар 2009.	Домови здравља	Списак жена које ће бити обухваћене скринингом за 3 календарске године(2007, 2008, 2009.)
		4.3 Припрема плана позивања на годишњем нивоу (2008, 2009, 2010, 2011.-за жене које се нису одазвале у 2010.години)	Домови здравља/Окружни институти и заводи за јавно здравље пружају подршку Март 2009.		

		<p>4.4 I група позиваних (у првој години организованог скрининга): Жене родјене од 1.Јануара 1974,73,72,71,70,69,68,67,66,65,64,63,62,61 закључно са 31.децембром 1960 године</p> <p>II група (у другој години скрининга) Жене родјене од 1.јануара 1979, 78, 77, 76, закључно са женама родјеним до 31.децембра 1975 године.</p> <p>У исту групу спадају и жене рођене од 1.јануара 1959,58,57,56 закључно са женама рођеним до 31.децембра 1955 године</p> <p>У другој години скринга позвати и све жене које се нису одазвале из I групе жена позиваних за скринг</p> <p>III група (у трећој години организованог скринга): Жене рођене од 1.јануара 1984,83,82,81 закључно са жеенама рођеним 31.децембра 1980 године</p> <p>У трећој години скринига позвати и жене рођене од 1.јануара 1949, 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41 закључно са женама рођеним 31.децембра 1940. године.</p> <p>У трећој години скринига позвати све жене које се нису одазвале из II групе жена позиваних за скриниг.</p> <p>IV група (у четвртој години организованог скрининга) позивају се све жене из III групе које се нису одазвале у предходној години и поново се позивају жене из I групе (I године скрининга-</p>	<p>Домови здравља/Окружни институти и заводи за јавно здравље пружају подршку</p>	<p>Домови здравља</p>	<p>План позивања жена за четири узастопне календарске године (за 2007, 2008, 2009, 2010-за жене које се нису одазвале у 2009.години)</p>
--	--	--	---	-----------------------	--

		годиште од 1974. закључно са 1960)			
		4.5 Достављање спискова жена које ће бити позване на скрининг Канцеларија	Домови здравља Март 2009.	Домови здравља	писак жена планираних за позивање на скрининг за по годинама (за 2007, 2008, 2009, 2010-за жене које се нису одазвале у 2009.години)
		4.6 Штапање и достављање одштампаних позивних писама домовима здравља	Канцеларија Март 2009.	Канцеларија	-Извештај о одштампаним позивним писмима -План дистрибуције позивних писама по домовима здравља
		4.7 Израда, дизајнирање и штапање постера, агитки/лифлета о значају превенције рака грлића материце	Канцеларија Фебруар 2009.	Канцеларија	-Извештај о одштампаним промотивним материјалима -План дистрибуције промотивног материјала по домовима здравља и институтима/заводима за јавно здравље -Број одштампаних агитки/лифлета -Број одштампаних постера
		4.8 Израда периодичних извештаја о обављеним активностима у току скрининга, на основу препоручених процесних и исходних индикатора спроводјења	Канцеларија /Институт за јавно здравље Србије „др Милан Јовановић Батут“ На 6 месеци	Канцеларија	-Ипериодични извештаји

Циљеви програма	Стратегије	Програма скрининга		Извор финансирања	Индикатори успеха
		Активности	Одговорна тела и временски оквир		
	5. Информисање, едукација, социјална мобилизација	5.1 Национална кампања за превенцију рака грлића материце	Министарство здравља / Канцеларија / Мрежа института и завода за јавно здравље Новембар, Децембар 2007.	Министарство здравља / и друга министарства	Извештај о оствареним циљевима кампање
		5.1.1 Израда стратегије комуникације за Националну кампању која пружа подршку реализацији Националног програма	Министарство здравља / Канцеларија Октобар 2008.	Министарство здравља / Канцеларија	Стратегија комуникације за кампању
		5.2 Информисање, едукација, социјална мобилизација (ИЕЦ/СМ) на нивоу општина	Домови здравља/окожни институти/заводи за јавно здравље Децембар 2008.	Канцеларија / Министарство здравља / Локална самоуправа	Извештај о реализацији акционог плана који се односи на информисање, едукацију И социјалну мобилизацију по окрузима

ПРИЛОГ 2. ПОЈМОВИ И СКРАЋЕНИЦЕ

Инциденција – број започетих епозода оболевања или новооболелих особа током датог периода у одређеној популацији.

Узрасно специфична стопа инциденције – број новооболелих особа у дефинисаној узасној групи на 100 000 становника те узрасне групе.

Стандардизоване стопе инциденције и смртности – представљају фиктивне вредности које се добијају одређеним техничким поступком, увођењем стандардне популације (обично је то света или Европре). Њима се превазилазе разлике (најчешће по полу и узрасту) које постоје у различитим популацијама, тако да су погодне за поређење.

Скрининг – прелиминарна идентификација непрепознате болести или дефекта коришћењем тестова, испитивања или других поступака који могу брзо да се примене. Скрининг тестовима се издвајају привидно здраве особе које вероватно имају болест од оних које је вероватно немају.

FIGO- The International Federation of Gynecology and Obstetrics (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique)

ХПВ – Хумани папилома вируси

ПА – Папаниколау (тест, метод, класификација)

СЗО – Светска здравствена организација

РСК- Републичка стручна комисија за превенцију рака грлића материце

НК- Национална канцеларија за скрининг рака грлића материце

ВСС – Benign cellular changes (Бенигне ћелијске промене)

ASC-US – Atypical squamous cells of Undetermined Significance (Атипичне сквамозне ћелије неодређеног значаја)

ASC-H– Atypical squamous cells of – cannot exclude High-grade squamous intraepithelial lesion (Атипичне сквамозне ћелије- не може се искључити постојање сквамозне интраепителијалне лезије високог степена)

AGUS – Atypical glandular cells of Undetermined Significance (Атипичне гландуларне ћелије неодређеног значаја)

AGC – Atypical glandular cells (Атипичне гландуларне ћелије)

AIS – Adenocarcinoma in situ (Аденокарцином ин ситу)

L-SIL – Low-grade squamous intraepithelial lesion (Сквамозна интраепителијална лезија ниског степена)

H-SIL High-grade squamous intraepithelial lesion (Сквамозна интраепителијална лезија високог степена)

CIN – Cervical intraepithelial neoplasia (Цервикална интраепителијална неоплазија)

ХП – Хистопатолошки налаз

ECC – Endocervical curettage Ендоцервикална киретажа

LEEP – „Loop“електрохируршка ексцизиона процедура (ексцизија омчицом)

SCJ- Squamocolumnar junction (Сквамоколумнарна граница)

IVP – Интравенска пијелографија

ЦТ – компјутеризована томографија

NMP – Нуклеарна магнетна резонанца

ИЗЈЗ– Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

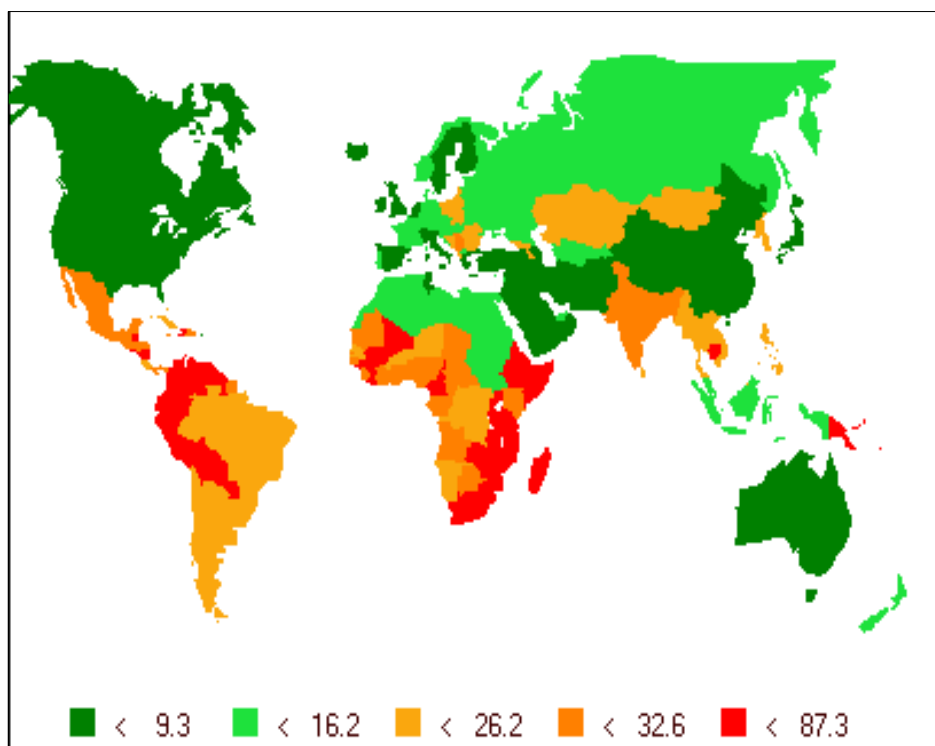
ПРИЛОГ 3. Епидемиологија рака грлића материце

Ситуација у свету

Рак грлића материце је друго по учесталости малигно обољење код жена у свету са око 490,000 новорегистрованих случајева сваке године. Преко 80,0% случајева рака грлића материце као и смрти због ове болести региструје се у земљама у развоју. Постоје драматичне разлике у стопи инциденције у свету, од 2 случаја на 100,000 жена у Сирији до 87,3 на 100,000 жена на Хаитију (стопе стандардизоване по узрасту). Највише стопе бележе се у источној и западној Африци, Малезији, Карибима и Централној Америци; најниже стопе уочене су у источној и западној Азији, Аустралији, северној Америци, северној и западној Европи (Графикон 1).

Графикон 1.

Стопа инциденције рака грлића материце у свету (стопе стандардизоване по узрасту према светској стандардној популацији, на 100,000 жена) Извор: Ferlay J и сар. Globocan 2002.



Регионалним разликама у стопама и трендовима оболевања од рака грлића доприноси више фактора. Учесталост рака грлића материце зависи од сексуалне активности јер се инфекција онкогеним типовима хуманог папилома вируса (ХПВ) која се преноси сексуалним путем сматра главним етиолошким фактором. Ова инфекција представља неопходни, мада не и довољан, услов за настанак рака грлића материце.

Међутим, учесталост рака грлића материце у великој мери зависи од још једног фактора а то је постојање и успешност скрининг програма у посматраној популацији. Скрининг програм омогућава не само откривање рака грлића материце у раној фази већ и

откривање преканцерозних лезија чијим се уклањањем спречава настанак малигнух промена.

Основни скрининг тест је Папаниколау тест. У земаљама, углавном развијеним, у којима се скрининг програми успешно примењују већ неколико деценија, забележен је драматичан пад инциденције и смртности од рака грлића материце.

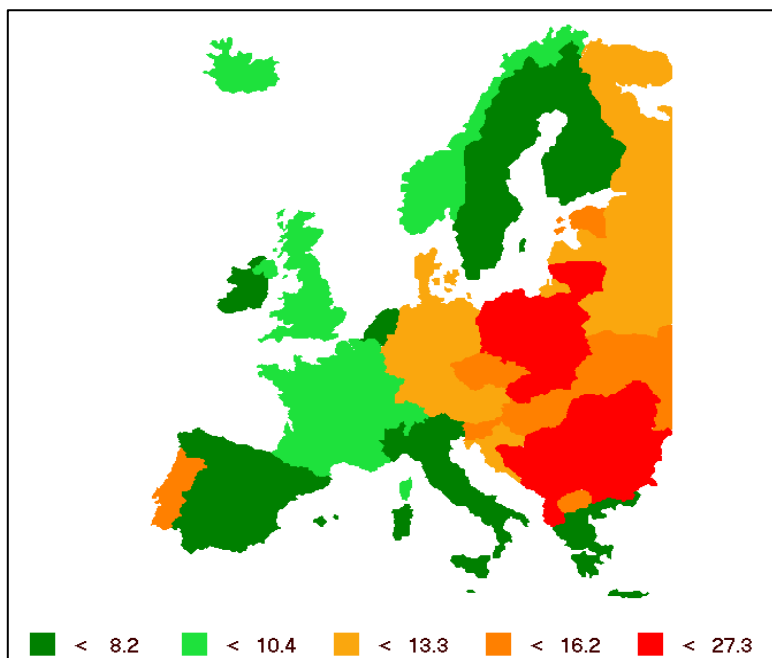
Рак грлића материце - један од приоритетних јавноздравствених проблема у Србији

Према подацима Регистра за рак Централне Србије и Регистра за малигне туморе Војводине, на територији Србије (без Косова) се сваке године открије око 1400 нових случајева рака грлића материце. Ради се о другом по учесталости малигнуом тумору код жена, после рака дојке.

Стандардизована стопа инциденције рака грлића у централној Србији 2002. године била је 27,2 на 100.000 жена, што представља највишу стопу инциденције у Европи. Сличне високе стопе бележе се у Румунији, Албанији и Босни и Херцеговини (Графикон 2).

Графикон 2.

Стандардизоване стопе инциденције рака грлића материце у европским земљама у 2002. години (стопе стандардизоване према узрасту, на 100.000 жена) Извор: Globocan 2002.



Према подацима Завода за статистику Србије, 2002. године су 452 жене умрле од рака грлића материце. Стандардизована стопа смртности је износила 7,2 на 100.000 жена и нижа је од стопа у поменутиим околним земљама (Табела 1). Ова разлика могла би се објаснити бољом расположивошћу и /или ефикасношћу установа за лечење рака грлића материце у Србији.

Табела 1.

Европске земље са највишим стопама смртности у 2002. години
(стопе стандардизоване према узрасту, на 100.000 жена)

Извор: Globocan 2002 и Завод за статистику Србије

Земља	Стандардизована морталитета	стопа
Румунија	13.0	
Албанија	9.8	
Литванија	9.0	
Бугарска	8.0	
Босна Херцеговина	8.0	
Пољска	7.8	
Молдавија	7.8	
Македонија	7.6	
Летонија	7.4	
Србија	7.2	
Мађарска	6.7	
Естонија	6.6	
Руска Федерација	6.5	
Украјина	6.4	
Словачка	6.1	

Србија по окрузима

Стопа инциденције рака грлића материце виша је у централној Србији него у Војводини. Поред тога, постоје и значајне разлике у инциденцији међу окрузима централне Србије. У 2002. години, најниже стопе инциденције (16,6 на 100.000) забележене су Мачванском округу а највише, преко два пута веће, у источној Србији, на граници са Румунијом, и у Београду (Табела 2).

Табела 2.

Стопе инциденције рака грлића материце у окрузима централне Србије у 2002. години

(стопа инциденције стандардизована према узрасту на 100,000 жена, 2002. година)

Извор: Регистар за рак Централне Србије

Округ	Стандардизована инциденције	стопа
Зајечарски	38,1	
Борски	37,1	
Моравички	32,9	
Београд	32,5	
Шумадијски	31,5	
Јабланички	30,7	
Топлички	29,1	
Браничевски	28,3	
Пчињски	26,7	
Подунавски	23,5	
Златиборски	22,9	
Поморавски	22,1	
Нишавски	21,3	
Расински	20,9	
Рашки	20,9	
Пиротски	19,5	
Колубарски	17,0	
Мачвански	16,6	

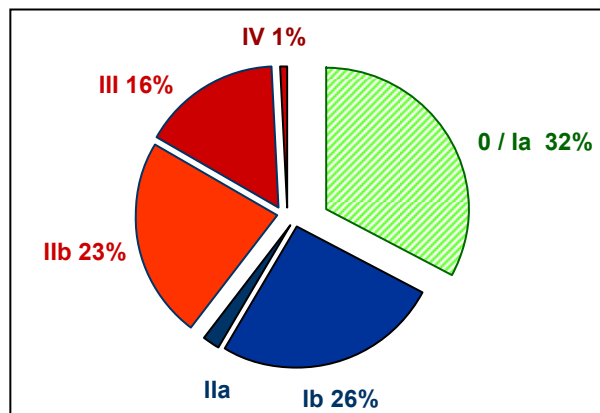
Стадијум болести при дијагнози

Према расположивим подацима, мање од трећине случајева рака грлића материце открива се у раној фази болести (Фиго стадијум 0 или Ia). Код већине болесница ради се о вишим стадијумима (Графикон 3).

Стадијум болести представља главни прогностички фактор код болесница са раком грлића материце. Поред тога, код виших стадијума неопходна је постоперативна или радикална радиотерапија која продужава лечење, може довести до раних или касних компликација зрачења и значајно повећава трошкове лечења.

Графикон 3.

Стадијум болести (Фиго) код пацијенткиња са раком грлића материце у Београду у 2002.години Извор: Хоспитални регистар за рак Института за онкологију и радиологију Србије, и Регистар за рак централне Србије



Старосна дистрибуција рака грлића материце у Србији

Ризик за настанак рака грлића материце повећава се са годинама старости. Највећи број оболелих је између 45. и 54. године старости. Међутим, болест се, иако веома ретко, може јавити и много раније, и пре 20. године живота (Табела 3).

Табела 3.

Старосна дистрибуција оболелих од рака грлића материце у централној Србији у 2002. години.

Извор: Регистар за рак централне Србије 2002.

Године старости	Број случајева	% свих случајева	Узрасно-специфична стопа на 100.000
0-14	0	0,0	0,0
15-19	1	0,1	0,6
20-24	1	0,1	0,6
25-29	23	2,3	12,4
30-34	40	4,0	22,7
35-39	75	7,5	42,9
40-44	108	10,8	56,7
45-49	162	16,1	75,3
50-54	173	17,2	77,9
55-59	105	10,5	66,3
60-64	89	8,9	55,4
65-69	93	9,3	52,2
70-74	77	7,7	46,5
75+	57	5,7	29,5

Циљна група за скрининг за рак грлића материце

Одлука о старости жена које ће чинити циљну групу за скрининг за рак грлића материце као и интервал између прегледа најчешће се доноси на националном нивоу, на основу података о оболевању од рака грлића, учесталости ХПВ инфекције као и расположивих средстава и инфраструктуре. Светска здравствена организација (СЗО) препоручује да нови скрининг програми уврсте жене почевши од 30- те године старости; жене старости 25 до 29 година треба уврстити тек онда када су ризичније групе (30+) покривене. Скрининг не треба да обухвата жене испод 25 година. Скрининг се може обуставити код жена старијих од 65 година уколико су имале 2 узастопна негативна налаза.

Према подацима из централне Србије, учесталост рака грлића материце је висока у свим старосним групама између 35 и 74 година старости (Табела 3). Због тога би се, постављањем горње границе циљне групе и преко 65-те године омогућило откривање превалентних случајева рака грлића. Померање доње границе циљне групе ка млађим добним групама упркос малом ризику за рак грлића омогућило би откривање преанцерозних лезија.

Број жена у појединим старосним групама у окрузима Србије на основу пописа из 2002. године приказан је у табели 4.

Табела 4.

Број становника женске популације у појединим старосним групама у окрузима Србије према попису из 2002.године

Округ	Медицински центри	Жене 25 - 29	Жене 30 - 59	Жене 60-64	Жене* 65-69	Свега
Град Београд		57.939	355.192	50.897	46.760	510.788
Северно-бачки	ЗЦ Суботица	6.509	42.651	6.366	5.757	61.283
Средње-банатски	ЗЦ Зрењанин	6.363	43.376	7.056	6.415	63.210
Северно-банатски	ЗЦ Кикинда ЗЦ Сента	5.042	34.385	5.402	4.914	49.743
Јужно-банатски	ЗЦ Вршац ЗЦ Панчево	10.398	65.157	9.701	9.106	94.362
Западно-бачки	ЗЦ Сомбор	6.620	44.028	7.410	6.785	64.843
Јужно-бачки	Нови Сад	21.125	128.033	18.775	16.585	184.518
Сремски	ЗЦ Митровица С.	10.816	69.635	10.627	10.075	101.153
Мачвански	ЗЦ Шабац ЗЦ Лозница	10.971	66.517	9.419	9.757	96.664
Колубарски	ЗЦ Ваљево	5.938	38.441	5.925	6.326	56.630
Подунавски	ЗЦ Смедерево	6.969	42.883	6.120	5.955	61.927
Браничевски	ЗЦ Пожаревац ЗЦ Петровац	6.593	37.671	6.234	6.580	57.078
Шумадијски	КБЦ Крагујевац ЗЦ Аранђеловац	9.848	62.806	8.886	8.599	90.139
Поморавски	ЗЦ Јагодина ЗЦ Параћин ЗЦ Ћуприја	6.971	44.642	7.479	7.770	66.862
Борски	ЗЦ Бор ЗЦ Кладово ЗЦ Неготин	4.555	30.325	4.676	4.489	44.045
Зајечарски	ЗЦ Зајечар ЗЦ Књажевац	3.762	27.599	4.963	4.898	41.222
Златиборски	ЗЦ Ужице	10.016	64.092	9.429	9.080	92.617
Моравички	ЗЦ Чачак ЗЦ Г.Милановац	7.248	46.312	7.272	7.167	67.999
Рашки	ЗЦ Краљево ЗЦ Нови Пазар	10.551	56.811	8.011	7.540	82.913
Расински	ЗЦ Крушевац	8.472	52.358	7.943	8.195	76.968
Нишавски	КЦ Ниш	12.476	77.711	12.563	12.013	114.763
Топлички	ЗЦ Прокупље	3.022	18.411	3.571	3.590	28.594
Пиротски	ЗЦ Пирот	2.991	19.808	3.523	3.650	29.972
Јабланички	ЗЦ Лесковац	7.898	45.964	7.971	7.820	69.653
Пчињски	ЗЦ Врање ЗЦ Сурдулица	7.837	40.607	5.059	5.582	59.085
укупно		250.930	1.555.415	235.278	225.408	2267031

ПРИЛОГ 4. ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ЖЕНА ПО ОКРУЗИМА (2005.година)

ОКРУГ	Медицински радници					
	укупно	специја- листи	са висом спремом		са сред. спремом	
			укупно	од тога мед. сестре	укупно	од тога мед. сестре
Република Србија	539	505	52	45	882	
Централна Србија	417	390	45	42	661	
град БЕОГРАД	139	137	6	5	222	
МАЧВАНСКИ	20	18	3	3	31	
КОЛУБАРСКИ	10	8	0	0	18	
ПОДУНАВСКИ	18	16	2	2	23	
БРАНИЧЕВСКИ	14	12	2	2	36	
ШУМАДИЈСКИ	26	23	2	2	47	
ПОМОРАВСКИ	18	16	5	5	27	
БОРСКИ	6	6	0	0	17	
ЗАЈЕЧАРСКИ	9	9	1	1	15	
ЗЛАТИБОРСКИ	22	17	0	0	36	
МОРАВИЧКИ	16	16	1	1	26	
РАШКИ	17	17	1	1	26	
РАСИНСКИ	14	14	5	5	26	
НИШАВСКИ	35	31	1	1	49	
ТОПЛИЧКИ	10	7	1	1	9	
ПИРОТСКИ	9	9	0	0	13	
ЈАБЛАНИЧКИ	18	18	13	13	15	
ПЧИЊСКИ	16	16	2	0	25	
Војводина	122	115	7	3	226	
СЕВЕРНОБАЧКИ	12	11	0	0	19	
СРЕДЊЕБАНАТСКИ	10	9	0	0	39	
СЕВЕРНОБАНАТСКИ	9	8	0	0	14	
ЈУЖНОБАНАТСКИ	17	15	0	0	27	
ЗАПАДНОБАЧКИ	13	13	0	0	24	
ЈУЗНОБАЧКИ	41	39	7	3	70	
СРЕМСКИ	20	20	0	0	33	

ПРИЛОГ 5: ПРЕДУСЛОВИ ЗА ИМПЛЕМЕНТАЦИЈУ НАЦИОНАЛНОГ ПРОГРАМА

5.1. Стандарди кадрова, простора и опреме

5.1.1 Информисање и позивање жена

Кадар

За послове формирања и ажурирања базе података циљне популације, писање и слање позивног писма, прикупљање и извештавање о одазиву и припреми другог круга позивања, предвиђа се један медицински техничар на 10 000 жена из циљне популације (старост 25 -69 година)

Организација рада

Информисање и позивање жена организују и спроводе домови здравља у сарадњи са регионалним заводима за јавно здравље

Опрема

Персонални рачунар са одговарајућим софтвером и приступом интернету.

5.1.2. Узимање цервикалног бриса

Организовати пријем жена и узимање цервикалног бриса у оквиру постојеће службе за здравствену заштиту жена дома здравља а према препорукама Стручно-методолошког упутства за узимање бриса (Прилог 7. Стручно-методолошко упутство за узимање брисева).

Приликом узимање цервикалног бриса користити јединствени образац који се штампа на националном нивоу. (Прилог 8. Цитолошки извештај)

5.1.3. Цитолошка лабораторија на примарном нивоу здравствене заштите

Преглед цервикалног бриса обавља се у цитолошкој лабораторији која мора испуњавати струковне, техничке и друге услове (Прилог 6. Стручно-методолошко упутство за рад у цитолошкој лабораторији).

Улазак и боравак у лабораторији дозвољен је само правним и физичким лицима која врше послове везане за рад у цитологији. За рад у овој лабораторији неопходно је познавање и примена стручно-методолошког упутства.

Кадар

1. Цитоскринер обавља прво читавање препарата. Потребно образовање: висока или виша стручна спрема здравственог или биолошког смера са завршеним курсом из гинеколошке цитодијагностике (Прилог 9. Програм школе гинеколошке цитологије).

Кадрови се сматрају оспособљени за самосталан рад ако прегледају најмање 2000 цитолошких Папаниколау (ПА) размаза годишње.

2. Медицински техничар: Потребно образовање: V степен стручне спреме, са положеним стручним испитом и завршеном стручном обуком за самосталан рад у бојењу цитолошких препарата по методи Папаниколау.

Организација рада

Медицински техничар обавља послове евиденције података, бојења цитолошких препарата по ПА методи и ради друге лабораторијске послове.

Лабораторија ради пет дана у недељи пуно радно време. Шеф лабораторије надгледа и помаже у раду цитоскринера, контролише квалитет рада лабораторије и редовно извештава о раду лабораторије. Контрола и супервизија се обавља у референтној лабораторији поновним прегледом 10,0% свих негативних брисева, као и свих сумњивих и позитивних брисева.

Одабир и транспорт цитолошких слајдова организује шеф цитолошке лабораторије дома здравља.

Сви узети ПА размази чувају се у посебно одређеном простору 5 година.

Простор

1. Испуњени санитарно технички услови прописани законом.
2. Лабораторија мора имати 2-3 физички одвојена простора.
3. Просторија за припрему и бојење цитолошких препарата мора бити физички одвојена од осталих просторија и опремљена средствима за заштиту на раду. Вентилација се обавља природним и вештачким (аспирацијска комора или клима уређај са аспиратором) путем.
4. У лабораторији морају постојати посебни метални ормари са кључем, за чување и складиштење хемикалија.
5. Очитавање слајдова и обрада података мора се обављати у једној просторији, уколико она има више од 10 м². У истој просторији може се чувати и медицинска документација, са приступом дозвољеним само запосленим лицима.

Опрема

1. Професионални бинокуларни микроскоп са објективима 10x, 20x и 40x.
2. Едукациони микроскоп.
3. Ергономичне столове и столице за микроскопирање.
4. Рачунарска опрема и програм специјално дизајниран за обраду података у цитолошкој лабораторији.
5. Орман за архивирање ПА брисева

5.1.4. Референтна лабораторија

Предвиђено је оснивање референтних лабораторија у установама секундарног и терцијарног нивоа на територији Републике Србије, које ће вршити супервизију цитолошких препарата на начин како је предвиђено стручно-методолошким упутством за рад цитолошке лабораторије.

Решење о именовању референтне лабораторије издаје Министарство здравља, на препоруку РСК.

Стандарди кадрова, простора и опреме за Референтне цитолошке лабораторије

Преглед свих сумњивих и позитивних налаза као и поновни преглед 10% свих негативних цитолошких налаза методом слепог избора врши се у Референтним цитолошким лабораторијама које испуњавају кадровске, техничке и друге слове. Ове лабораторије налазе се у установама секундарног и терцијарног нивоа.

Простор

Испуњени санитарно технички услови прописани законом за здравствене установе секундарног или терцијерног нивоа.

Опрема

1. Професионални бинокуларни микроскоп са објективима 10x, 20x, 40x
2. Рачунарска опрема и програм специјално дизајниран за обраду података

Кадар

Супервизори: 1. специјалиста патолог са субспецијализацијом из Медицинске цитологије

2. специјалиста патолог са завршеним шестомесечним курсом из цервикалне цитологије

3. специјалиста патолог са најмање пет година активног рада цервикалне цитологије најмање 2000 препарата годишње

4. до едукације потребног броја патолога са одговарајућим квалификацијама (тачка 1-3), по одобрењу РСК посао супервизије могу обављати и специјалисти гинеколози и акушери са завршеним шестомесечним курсом из цервикалне цитологије или завршеном субспецијализацијом из Медицинске цитологије и одговарајућим радним искуством и обимом посла (најмање 15 година практичног цитолошког искуства и најмање 2.500 препарата годишње).

5. специјалиста цитолог

Издавање налаза и враћање препарата

Референтна цитолошка лабораторија дужна је да изда коначан цитолошки налаз у року од 15 дана од пријема препарата из Цитолошке лабораторије на нивоу примарне здравствене заштите на *Посебном Обрасцу* који са непопуњеним делом *Цитолошки налаз* стиже заједно са препаратом бриса.

Дефинитиван цитолошки резултат заједно са препаратом бриса се враћа у Цитолошку лабораторију из које је послат где ће се налаз издати жени а плочица архивирати у орманима за архивирање ПА брисева који се налазе у оквиру простора Цитолошких лабораторија Домова здравља

5.2. Едукација кадрова

За потребе спровођења програма скрининга неопходно је обезбедити потребан кадар према предложеним стандардима:

1. Специјалиста патолог са ужом специјализацијом из клиничке цитологије : један на 250 000 жена из циљне популационе групе (10 особа)
2. Цитоскринер : 1 на 20 000 жена из циљне популационе групе (150 особа)

За едукацију патолога предвиђена је једногодишња ужа специјализација из клиничке цитологије (Прилог 1. Програм уже специјализације: Клиничка цитологија)

1. Едукација цитоскринера спроводи се кроз школу цервикалне цитологије.
2. Обнављање знања спроводи се кроз програме реедукација (Прилог 10: Програм школе цервикалне цитологије)

За едукацију осталих укључених у спровођење Националног програма потребно је организовати једнодневне семинаре према плану едукације припремљеном од стране РСК.

ПРИЛОГ 6: Стручно-методолошко упутство за узимање брисева

Циљ организованог узимања цервикалних брисева за цитолошки преглед јесте да се прегледа што је могуће више жена старости одређене програмом. При томе су од посебне важности све активности којима се може максимално повећати број жена које учествују у скринингу.

1. Опште напомене

Тим који је укључен у активности око скрининга мора да има став који превасходно уважава пацијенткињу, тако да жена наилази на атмосферу која ће је подстицати да учествује у програму. Важно је да постоји одговарајући део за пријем жена и да се планира довољно времена за оријентацију, посебно када је реч о женама које по први пут долазе на гинеколошки преглед. Упознавање са процесом скрининга може да се помогне брошурама или лецима у којима се објашњавају разлози, технике и значај скрининг прегледа, али у највећем броју случајева, особље које је задужено за узимање бриса мора да буде припремљено да, на умирујући и професионалан начин, пружи одговарајућа објашњења и одговоре на питања која жене могу да поставе. Женама треба помоћи да разумеју шта се дешава током узимања бриса, када да очекују резултат и шта би могло даље да се догађа у случају да налаз не буде нормалан.

Да би се обезбедило праћење, од сваке жене се на првом прегледу морају узети тачни лични подаци, тако да се са њом може ступити у контакт када дође време за наредни периодични скрининг или да се ако буде потребно, упути у другу установу ради даљих дијагностичких или терапијских поступака. Уз тачну кућну адресу пацијенткиње треба узети и клиничке и епидемиолошке податке који се дефинишу стандарним обрасцем за узимање бриса за цитолошку анализу.

2. Кога треба искључити из скрининг прегледа?

Код пацијенткиња код којих је клинички налаз абнормалан морају се обављати додатна дијагностичка испитивања независно од интерпретације цервикалне цитологије. Ако је лезија макроскопски видљива, само Папаниколау тест није довољан па треба урадити колпоскопију и уколико је потребно биопсију.

Жене са клиничким абнормалностима које указују на рак грлића материце треба одмах упутити у дијагностичку гинеколошку службу и не радити рутински брис, будући да резултат цитолошког прегледа пацијенткиње која има клинички манифестни или чак инвазивни рак грлића материце може да да лажно негативан резултат.

У клиничке абнормалности спадају следеће:

- Посткоитално (контактно) или интерменструално крварење
- Наизглед бенигне цервикалне лезије које треба подвргнути додатним дијагностичким терапијским процедурама(полипи,папиломи итд)
- Клинички сумњиве цервикалне лезије као што су велике еритроплакије, леукоплакије, видљиви тумори,итд

У циљној популацији постоји одређен број жена које не испуњавају критеријуме за скрининг, као што су оне које су имале тоталну хистеректомију из бенигну разлога (где је уклоњен и грлић материце), оне које никад нису имале сексуални однос и жене којима је предходно већ дијагностикован гинеколошки канцер.

Жене које су имале субтоталну хистеректомију због бенигног обољења (код којих грлић постоји у целини), треба да буду укључене у скрининг у истим интервалима као и пре операције. Када се хистеректомија уради жени код које постоје подаци о предходној цервикалној дисплазији, вагиналној или вулварној дисплазији и раку грлића материце, о плану праћења треба да одлучи њен гинеколог.

Папаниколау брис не треба узимати током циклуса нити одмах после порођаја. Препоручени интервал за цитолошки преглед после порођаја је 8 или више недеља.

3. Узимање бриса

Елементи процедуре скрининга

- Информисати жену
- Узети прецизне податке о пацијенткињи
- Припремити жену за преглед
- Извршити инспекцију вулве
- Поставити спекулум и прегледати вагину и грлић материце
- Узети брис за цитолошки преглед и фиксирати га
- Уколико је могуће урадити и колпоскопију __
- Обавити бимануелни гинеколошки преглед
- Испунити документацију и обрасце
- Брис послати у цитолошку лабораторију
- Обавестити жену о резултатима
- Даље наставити у складу са протоколом за праћење.

Тим који је потребан за центар у коме ће се узимати брис

Профил особља које је неопходно за узимање бриса и вођење документације, одређен је самом природом постојеће јединице основне здравствене заштите. Брис узимају гинеколози. Медицинске сестре или одговарајуће оспособљени здравствени радници ће бити одговорни за вођење документације и обраду бриса. Потребан је одговарајући период обуке за технику узимања узорка и вођење евиденције.

Обука запослених у центру у коме ће се узимати брис

Потребан је одговарајући период обуке, како би се обезбедило поштовање стандаризоване технике и створили услови да квалитет брисева који се шаљу у цитолошку лабораторију буде задовољавајући. Минимални предуслови за такву обуку су:

- Познавање процедура за обезбеђење стерилности у раду
- Познавање анатомије мале карлице
- Основно познавање проблема рака рака грлића материце
- Познавање технике прегледа мале карлице, која укључује и преглед спекулумом како би се глић материце могао добро видети
- Познавање технике коришћења шпатуле и четкице да се добије задовољавајући узорак цервикалних ћелија
- Познавање процедура за обележавање, размазивање фиксирање и слање плочица у цитолошку лабораторију

- Способност да се одговори на питања пацијенткиње, да се она умири и пружи јој се подршка, тако да се обезбеди одговарајућа позитивна атмосфера у центру за узимање бриса

Опрема и потрошни материјал у центру за узимање бриса

Будући да ће се брисеви обично узимати у већ постојећим центрима за примарну здравствену заштиту, очекује се да за гинеколошки преглед већ постоји одговарајућа опрема и потрошни материјал. Ово подразумева сто за гинеколошки преглед, чисте убрусе (обично папирни убруси) за гинеколошки кревет, топлу воду, опрему за стерилизацију инструмената као што су спекулуми, рукавице итд.

За само узимање бриса, потребан је следећи материјал:

- Стерилни спекулуми
- Стерилне рукавице (предност имају оне за једнократну употребу)
- Прикладан извор светла
- Одговарајуће шпатуле и четкице
- Чисте стаклене плочице са пескираном ивицом
- Одговарајући фиксативи
- Посуде и материјал за паковање и транспорт ових плочица
- Протокол за евиденцију
- Графитне оловке
- Радна површина, односно сто за вођење евиденције
- Пропратни обрасци са јасним генералијама пацијента, личном и породичном анамнезом, анамнезом менструације, порођаја и побачаја и гинеколошким статусом на дан узимања узорка
- Ормар у коме ће се чувати обрасци за евиденцију или друго средство за вођење евиденције као што је компјутерски терминал
- Компјутер за слање података, комуникацију са цитолошком лабораторијом и архивирање цитолошких налаза
- Канцеларијски материјал

Опште препоруке за узимање брисева

Жени, посебно оној која долази први пут, неопходно је поново укратко објаснити значај узимања цитолошког бриса и помоћи да разуме шта може очекивати током узимања бриса, када да очекује резултат и какви би могли бити следећи поступци у случају нормалног или абнормалног бриса

Жену треба замолити да испразни бешику. Треба обезбедити да током прегледа нема непознатих лица. Увек треба пацијенткињи рећи шта ће се урадити пре него што се то учини. Рукавице користити на обе руке. Све употребљене инструменте и материјал пажљиво одложити.

Техничка процедура узимања узорка има за циљ да се добије задовољавајући размаз. Узимање бриса подразумева директан преглед грлића материце кроз вагинални спекулум. Грлић материце треба да се види у целини.

Брисеви се не узимају током трајања менструације. Жене не треба да узимају никакве интра вагиналне лекове у време прегледа. Вагиналне таблете, локалне контрацептиве и

испирање треба избегавати 24 до 48 сати пре овог прегледа, а треба избегавати и сексуални однос вече пре и на дан прегледа. Спекулум се може навлажити само водом.

Пре узимања бриса треба урадити детаљан преглед вулве и вагине. Уколико се нађе било каква црвена површина, натеклина, остелјивост, улцерација или било која друга лезија, екскрецијација или инфекција, налаз је неопходно пажљиво описати и предложити даљи поступак.

Ако постоји обилнији секрет потребно га је отклонити и у зависности од клиничких карактеристика, узети брис за преглед на присуство вагиналне инфекције.

Дрвена шпатула се уводи ужим крајем у ендоцервикални канал и ћелије се узимају ротацијом шпатуле пуних 360⁰Ц нежно превлачећи по обиму сквамоколумнарне границе.

Пошто се брис узме дрвеном шпатулом, други брис се узима дрвеном шпатулом и четкицом. Четкица се ставља на спољни отвор грлића материце и ротира 180 Ц у ендоцервиксу. Ако је пацијенткиња трудна, цервикалну четкицу не треба користити за узимање ендоцервикалног бриса.

Добијени материјал треба на тачно одређен начин размазати на стаклену плочицу која има пескирани крај. Број за идентификацију (број протокола), име (или број) амбуланте и датум узимања бриса треба јасно написати графитном оловком. Не треба користити пенкало или хемијску оловку јер ће се слова размазати и бити нечитка.

Сваки узорак се ставља на засебну плочицу. Материјал на плочици, мора се размазати танко да се омогући микроскопско тумачење. Направљене размазе ектоцервикса и ендоцервикса неопходно је одмах фиксирати да би се спречила аутолиза, очувала ћелијска морфологија и препарат припремио за бојење.

Фиксација се обавља тако што се предметна стакла стављена на равну површину, прскају спрејом за фиксацију на удаљености од 20 цм, два пута или стављањем у 96,0% раствор алкохола најмање 15 минута. Препарат се суши наредних 15 минута после чега је спреман за транспорт.

Свака обележена плочица, треба да буде пропраћена исправно попуњеним захтевом (формуларом) за цитолошки преглед. Плочице треба спаковати на одговарајући начин да би се избегла оштећења и преломи у транспорту. Слање плочица у референтну цитолошку лабораторију треба организовати најмање једном недељно, тако да се резултати враћају у амбуланту најкасније 3 недеље по узимању бриса.

3.6. Саопштавање резултата

Резултате саопштава гинеколог који је иницијално узео брис за цитолошку дијагностику или изабрани гинеколог у дому здравља.

Уколико је резултат негативан пацијенткињи се издаје налаз са препоруком за термин наредне контроле, што се и евидентира у одговарајућу Базу података организованог скрининга рака грлића материце. Пацијенткиња остаје у регуларном програму скрининга и за наредни преглед добија поновни позив .

Позитиван резултат лекар саопштава тако да пацијенткиња правилно схвати значај даље дијагностике. У случају инфламаторних реверзибилних промена пацијенти се лече у у

установама примарног нивоа и контролни цитолошки тест се заказује најраније за 6 недеља по завршеном лечењу.

Сви остали патолошки налази захтеву даљи поступак према Протоколу за праћење после добијања резултата цитолошког прегледа (Прилог 9).

Уколико је брис незадовољавајући за цитолошку анализу, пацијенткиња се поново позива на контролни преглед кроз 6 – 8 недеља.

3.7. Превенција преношења инфекција : Заштита пацијената и здравствених радника

У свакодневном раду треба спроводити мере предострожности које се односе на спречавање преношења узročника инфекција како са пацијента на пацијента, тако и са пацијента на здравственог радника. Стална примена ових мера је од изузетне важности јер инфективни статус пацијената није увек познат. Посебан ризик представљају инфекције које се преносе путем крви и телесних течности (вирусни хепатитис Б, Ц, ХИВ).

Општи принципи којих се треба придржавати су :

- правилно **праће руку** пре и после контакта са сваким пацијентом,
- **ношење рукавица** у току прегледа и приликом сваког контакта са крвљу, другим телесним течностима, слузним мембранама и задрљаним инструментима,
- ношење рукавица приликом чишћења инструмената и припреме за дезинфекцију и стерилизацију, приликом чишћења и дезинфекције задрљаних радних површина или површина које су се задрљале услед прскања или проливања крви или телесних течности,
- **мењање рукавица**, тј. употреба новог пара рукавица за преглед сваког пацијента,
- **коришћење одговарајуће заштитне одеће и опреме** која треба да заштити слузницу очију, уста и носа од евентуалног прскања крви и телесних течности,
- где год је могуће, **користити инструменте за једнократну употребу**, нарочито оне који долазе у контакт са крвљу и телесним течностима,
- **пажљиво руковање** иглама, оштрим предметима и инструментима у циљу смањења ризика од повређивања,
- **забрана савијања и поновног покривања** контаминираних игала,
- **правилно одлагање употребљених игала и других оштрих предмета** у одговарајуће посуде чврстих зидова. Посуде се празне када се напуне до $\frac{3}{4}$ запремине,
- придржавати се утврђених поступака **дезинфекције и стерилизације инструмената и прибора**,
- **обезбедити коришћење стерилних инструмената и прибора** за сваког пацијента,
- **правилно третирати површине задрљане крвљу и другим телесним течностима** дезинфекционим средством, водом и детерџентом уз мере личне заштите, а употребљени материјал за чишћење и заштитну опрему третирати као инфективни материјал,
- придржавати се утврђених поступака за **сигурно одлагање медицинског отпада**,
- обавезна вакцинација против вирусног хепатита Б, свих здравствених радника који су у току рада изложени ризику од повређивања оштрим предметима и контакту са инфективним материјалом.

ПРИЛОГ 7. СТРУЧНО–МЕТОДОЛОШКО УПУТСТВО ЗА РАД У ЦИТОЛОШКОЈ ЛАБОРАТОРИЈИ

Пре упућивања цервикалног бриса у даљи поступак, проверава се да ли су брушена предметна стакла обележена на начин који је одређено стручно-методолошким упутством за узимање бриса (прилог бр 6) Обавезно се проверава да ли је образац Цитолошког извештаја адекватно попуњен. Уколико образац није правилно попуњен или предметна стакла нису правилно обележена, брис се не шаље на цитолошку анализу, већ се пацијенткиња поново позива и узимање бриса се понавља.

Транспортовање

Транспортовање фиксираних цитолошких препарата од амбуланте до цитолошке лабораторије врши се у кутијама намењеним за чување препарата, најмање једном недељно.

По пријему проверити донете цитолошке препарате и упоредити са пропратном документацијом – обрасцем Цитолошког извештаја.

Бојење

Бојење препарата се обавља по методи Папаниколау, према стандардно усвојеној рецептури прихваћеног произвођача хемикалија.

За бојење у цитологији се користи Харисов хематоксилин (ПА I), који боји једра и омогућава да се види структура хроматина. Метилоранж и полихром (ОГ и ЕА 50 или ПА II и III) боје цитоплазму једра, као и њену мембрану, тако да се распознају различити степени зрелости - диференцијације сквамозног епитела.

Боје се мењају после највише хиљаду офарбаних препарата или раније, ако се примети нејасна структура хроматина или слабо обојена цитоплазма.

Покривање

Обојени препарат се ставља на равну плочу са филтер папиром и суши на собној температури. Кад је потпуно осушен, ставља се канада балзам, а затим покровно стакалце 24x50 мм, тако да покрије целу површину размаза. После тога препарат је спреман за микроскопски преглед.

ЦИТОЛОШКА АНАЛИЗА ЦЕРВИКАЛНОГ РАЗМАЗА

Код сваког цервикалног размаза процењује се адекватност узорка и тип морфолошке промене.

Код процене адекватности цервикалног размаза неопходно је изјаснити се да ли је размаз задовољавајући, а затим се врши даља процена морфолошких промена.

Цервикални размаз је незадовољавајући уколико:

- садржи недовољан број ћелија - испод 10,0%
- ћелије зоне трансформације нису присутне -одсуство ендоцервикалних или метапластичних ћелија
- инфламаторне ћелије прекривају више од 75,0% препарата

- еритроцити прекривају више од 75,0 % препарата
- технички лош брис - слаба фиксација, артефакти услед сушења на ваздуху и др.
- препарат није узет у обраду - сломљена плочица и др.

Напомена

- Уколико је брис незадовољавајући због: недовољног броја ћелијских елемената, недостатка ћелија зоне трансформације, технички лошег бриса или сломљене плочице, пацијенткиња се поново позива.
- Уколико је брис незадовољавајући због: инфламације и крварења, поновиће се узимање бриса по препоруци гинеколога.

Задовољавајући размаз се класификује упоредо по Папаниколау и Бетесда класификацији:

ПА I - НОРМАЛАН НАЛАЗ

Обухвата нормалне сквамозне епителне ћелије, нормалне ендоцервикалне, метапластичне ћелије и неизмењене ендометријалне ћелије.

ПА II - ВСС

1. Ћелијске промене удружене са инфекцијом
 - лако увећање једра (1,5-2 пута у односу на нормалну ћелију)
 - лака хиперхромазија (ако је уопште присутна)
 - бинуклеација
 - дегенеративне промене у ћелији; цитоплазматске - у виду малих перинуклеарних халоа или нуклеарне - у форми кариорексе или кариопикнозе.
2. Ћелијске промене (у ову категорију је укључена и типична репарација. Више атипична реакција овог типа укључена је у ASCUS).
 - присуство плоча или синцицијум сличног ћелијског аранжмана са увећањем једра и проминентним једарцима
 - хроматин фино гранулиран и распоређен, а нуклеарне границе правилне.
3. Атрофија
 - генерализовано увећање једара без изражене хиперхромазије
 - аутолиза доводи до огољавања једара
 - обилан инфламаторни ексудат (ако је присутна инфекција)
 - ћелије у размазу су или појединачне или у плочама, често са нејасно распознатљивим ћелијским границама.
4. Хиперкератоза и паракератоза
 - Хиперкератоза - присуство различитог броја безједарних сквамозних ћелија, које се боје еозинофилно или оранж
 - Паракератоза - минијатурне кератинизоване ћелије са малим пикнотичним остацима у цитоплазми, у мултислојевитом ћелијском распореду
5. Регенераторне промене
 - сквамозне ћелије се виде у плажама, очуване поларности
 - велике незреле ћелије, са светлим увећаним једрима
 - хроматин има зрнасту структуру
 - митозе честе, правилне.

ПА IIIa ASC-US

- једра су 2-3 пута већа од нормалног једра интермедијарне сквамозне ћелије, са лаким повећањем нуклеоплазматског односа
- једра су нормохроматична или показују лаку хиперхромазију
- хроматин равномерно распоређен, без гранулираности
- контуре једара су глатке и правилне, могу се запазити веома ограничене неправилности
- ћелије су обично појединачне
- промене су најчешће у ћелијама са зрелим суперфицијалним / интермедијарним типом цитоплазме

ASC-H

- мале ћелије са великим једарно-цитоплазматским односом, "атипична (иматурна) метаплазија)
- ћелије су појединачно или у мањим групама до 10 ћелија, у класичном размазу често поредјане у виду нити у слузи. Ћелије су величине метапластичних ћелија, али је једро 1,5 до 2,5 пута веће него нормално,
- повећано једро је праћено хиперхромазијом и абнормалностима
- плочасте ћелије се могу наћи у виду нагомиланих, нагураних плахти ("crowded sheet") са тешком визуализацијом једара, која су увећана и поремећеног поларитета

ПА III б – L-SIL

- ћелије појединачне или у плочама
- ћелије показују "зрели" или суперфицијални тип цитоплазме са јасним ћелијским границама
- једра су 4-6 пута већа од нормалног једра интермедијарне сквамозне ћелије
- умерена варијација у величини и облику једра
- честе су бинуклеација или мултинуклеација
- лака хиперхромазија једра
- хроматин униформно распоређен, уобичајено фино гранулиран
- једарна мембрана или јасно видљива или је са мањим неправилностима
- често присутан ефекат ХПВ инфекције

ПА IV- H-SIL

- ћелије појединачне или у плочама, или у синцицијуму сличним групама
- нуклеарне абнормалности преобладајуће присутне у сквамозним ћелијама са незрелом цитоплазмом која одговара незрелим метапластичним ћелијама. Понекад је цитоплазма "зрела" и густо кератинизирана
- увећање једра као у L-SIL или мање, али је Н/Ц (нуклеус/ цитоплазма) однос јако повећан, јер је површина цитоплазме смањена
- ћелије код H-SIL мање него код L-SIL

ПА V - НЕКЕРАТИНИЗИРАЈУЋИ СКВАМОЗНИ КАРЦИНОМ

- изражена туморска дијатеза (некротични детритус, протеински преципитат и стара крв)
- велики број измењених ћелија, најчешће у "синцицијалном" аранжману
- ћелије сличне ћелијама код H-SIL, али са изражено неправилно распоређеним и грубим хроматином
- присутни проминентни макронуклеолуси

ПА V - КЕРАТИНИЗИРАЈУЋИ СКВАМОЗНИ КАРЦИНОМ

- ћелије обично појединачне, ређе у групама
- изражен ћелијски плеоморфизам
- једра показују изразите варијације у величини и облику, са бројним густим, непрозирним једрима
- хроматин, када је уочљив, грубо је гранулиран и неправилног распореда
- ретки макронуклеолуси
- туморска дијатеза ретко изражена

Цитолошка лабораторија дужна је да изда коначан цитолошки налаз у року од 30 дана од узимања бриса (примарни цитоскрининг мора се обавити у року од 15 дана од узимања бриса).

Цитолошки препарати се чувају у посебним металним орманима, најмање пет година.

Резултати цитолошке анализе по Папаниколау и Бетесда класификацији обавезно се архивирају у рачунару по претходно урађеном програму за цитологију уз електронску контролу података.

Дефинитиван цитолошки резултат заједно са препорукама гинеколога о даљем поступку пацијенту се издаје у писаној форми (образац Цитолошког извештаја).

ПРИЛОГ 8.

ЦИТОЛОШКИ ИЗВЕШТАЈ

Презиме и име		ЈМБ	
Адреса		Тел.:	
Упутна дијагноза			
Менструални циклус - уредан - неуредан		Последња менструација Датум последњег цитолошког прегледа	
Хормонска терапија - Орални контрацептиви - Супституциона терапија - Нолвадекс - Друго		Претходна терапија Датум..... Врста..... Разлог.....	
БРОЈ ПРЕПАРАТА	ДАТУМ	ДОКТОР	БРОЈ ЦИТОЛОШКЕ АРХИВЕ

ЦИТОЛОШКИ НАЛАЗ

КВАЛИТЕТ БРИСА		
† Задовољавајући		
† Незадовољавајући		
† Недовољан број ћелијских елемената	† Инфламација	† Крварење
† Одсуство ћелијских елемената ЗТ	† Технички лош брис	† Остало
ВАГИНАЛНА ФЛОРА		
† гљивице	† дедерлајн	† бактерије
† мешана флора	† вирусне промене	† трихомонас

СТАНДАРДНИ ПАП ТЕСТ	BETHESDA КЛАСИФИКАЦИЈА
----------------------------	-------------------------------

† ПАПАНИКОЛАУ I ГРУПА	† НОРМАЛАН НАЛАЗ
† НОРМАЛНЕ ЕПИТЕЛНЕ ЋЕЛИЈЕ	† НОРМАЛНЕ МЕТАПЛАСТИЧНЕ ЋЕЛИЈЕ
† НОРМАЛНЕ ЕНДОЦЕРВИКАЛНЕ	† НОРМАЛНЕ ЕНДОМЕТРИЈАЛНЕ

† ПАПАНИКОЛАУ II ГРУПА	† ВСС- Бенигне реактивне и репараторне промене
† ИНФЛАМАЦИЈА	† РЕПАРАТИВНЕ ЋЕЛИЈСКЕ ПРОМЕНЕ
† ПАРА- И ХИПЕРКЕРАТОЗА	† АТРОФИЈА
† РАДИЈАЦИЈА	† МЕХАНИЧКИ УТИЦАЈ ИУУ
	† УТИЦАЈ ХОРМОН.ТЕРАПИЈЕ
	† ДРУГО

<input type="checkbox"/> ПАПАНИКОЛАУ III а ГРУПА	<input type="checkbox"/> АТИПИЧНЕ ЋЕЛИЈЕ НЕОДРЕЂЕНОГ ЗНАЧАЈА
<input type="checkbox"/> АТИПИЧНЕ СКВАМОЗНЕ ЋЕЛИЈЕ НЕОДРЕЂЕНОГ ЗНАЧАЈА	<input type="checkbox"/> ASC-US
<input type="checkbox"/> АТИПИЧНЕ СКВАМОЗНЕ ЋЕЛИЈЕ СУМЊИВЕ НА Х СИЛ	<input type="checkbox"/> ASC-H
<input type="checkbox"/> АТИПИЧНЕ ЖЛЕЗДАНЕ ЋЕЛИЈЕ НЕОДРЕЂЕНОГ ЗНАЧАЈА	<input type="checkbox"/> AGUS

<input type="checkbox"/> ПАПАНИКОЛАУ III б ГРУПА	<input type="checkbox"/> СКВАМОЗНА ИНТРАЕПИТЕЛНА ЛЕЗИЈА ЛАКОГ/СРЕДЊЕГ СТЕПЕНА
<input type="checkbox"/> ДИСКАРИОЗА СКВАМОЗНИХ ЋЕЛИЈА ЛАКОГ СТЕПЕНА	<input type="checkbox"/> L SIL
<input type="checkbox"/> ДИСКАРИОЗА СКВАМОЗНИХ ЋЕЛИЈА СРЕДЊЕГ СТЕПЕНА	<input type="checkbox"/> H SIL

<input type="checkbox"/> ПАПАНИКОЛАУ IV ГРУПА	<input type="checkbox"/> СКВАМОЗНА/ЖЛЕЗДАНА ИНТРАЕПИТЕЛНА ЛЕЗИЈА ТЕШКОГ СТЕПЕНА
<input type="checkbox"/> ДИСКАРИОЗА СКВАМОЗНИХ ЋЕЛИЈА ТЕШКОГ СТЕПЕНА	<input type="checkbox"/> H SIL
<input type="checkbox"/> ДИСКАРИОЗА ЖЛЕЗДАНИХ ЋЕЛИЈА ТЕШКОГ СТЕПЕНА	<input type="checkbox"/> AIS

<input type="checkbox"/> ПАПАНИКОЛАУ V ГРУПА	<input type="checkbox"/> ИНВАЗИВНИ КАРЦИНОМ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> МАЛИГНЕ СКВАМОЗНЕ ЋЕЛИЈЕ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> МАЛИГНЕ ЖЛЕЗДАНЕ ЋЕЛИЈЕ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ДРУГЕ МАЛИГНЕ ЋЕЛИЈЕ

ПРЕПОРУКА

<input type="checkbox"/> РЕДОВНА КОНТРОЛА ЗА: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ГОДИНЕ	<input type="checkbox"/> ПОНОВИТИ БРИС: <input type="checkbox"/> ОДМАХ <input type="checkbox"/> ЗА МЕСЕЦА
<input type="checkbox"/> КОЛПОСКОПИЈА	<input type="checkbox"/> ХПВ ТИПИЗАЦИЈА
<input type="checkbox"/> ПОНОВИТИ БРИС ПОСЛЕ ЛЕЧЕЊА	<input type="checkbox"/> ХИСТОЛОШКИ ПРЕГЛЕД-БИОПСИЈА
<input type="checkbox"/> ПОНОВИТИ БРИС ПОСЛЕ ЕСТРОГЕН.ТЕСТА	<input type="checkbox"/> ДРУГО:
НАПОМЕНА:	
Датум цитолошког.прегледа:	Цитол.преглед извршио:

Прилог 9. ПРОТОКОЛ ЗА ПРАЋЕЊЕ ЖЕНА ПОСЛЕ ДОБИЈАЊА РЕЗУЛТАТА ЦИТОЛОШКОГ ПРЕГЛЕДА

Резултати цитолошког прегледа могу се исказати коришћењем различитих терминологија, од којих су најчешће у примени класификација по Папаниколау и Бетхесда класификација (Табела 1)

Табела 1: Упоредни систем цитолошке класификације

Папаниколау систем	Бетесда систем (Bethesda sistem)
Неадекватан узорак	Незадовољавајући налаз
I Нормалан налаз	Нормалан налаз
II Присутна инфламација, бенигне реактивне и репаративне промене	<i>Присутна инфламација, репаративне и реактивне промене или друга бенигна стања</i>
III а Атипичне ћелије неодређеног значаја • сквамозне • glandуларне	ASC-US (у прилог реактивним променама) ASC-H (у прилог дисплазији) AGUS
III б Дискариоза лаког степена Дискариоза средњег степена	L-SIL (CIN1) H-SIL (CIN 2) AGC
IV Дискариоза тешког степена	H-SIL (CIN 3) AIS
V Малигне ћелије	Инвазивни карцином

1. Протокол праћења

1.1. Незадовољавајући цитолошки налаз (неадекватан узорак)

Поновити кроз 6-8 недеља, како би се искључило постојање било какве значајне лезије.

1.2. Нормалан цитолошки налаз (ПА брис групе I / Бетесда класификација – нормалан налаз)

Уколико је цитолошки налаз негативан, наставити скрининг како је одређено програмом (поновити преглед кроз 3 године).

1.3. Задовољавајући брис али присутна инфламација, репаративне и реактивне промене или друга бенигна стања (ПА брис групе II/ Бетесда класификација – бенигне реактивне и репаративне промене)

- Код жена са тешким **атрофичним** променама препоручује се локално **давање естрогена током најмање једног месеца**. Могућност за пацијенткиње са контраиндикацијама за примену естрогена је поновни цитолошки брис или колпоскопија.
- У случајевима тешке инфламације, неопходно је дијагностиковати и лечити инфламаторни процес (Хламидија, Гонореја, Кандида, Трихомонас или бактеријска инфекција патогеним узрочницима). После лечења цитологију би требало поновити кроз 3-6 месеци.

1.4. Налаз атипичних сквамозних ћелија неодређеног значаја (ПА брис групе IIIа/ Бетесда класификација- ASCUS)

У случају ASC-US налаза постоје три могућности: поновити цитологију, одмах упутити пацијенткињу на колпоскопију и урадити ХПВ тестирање (групни антиген за типове високог ризика).

Уколико се не може урадити колпоскопија, поновити цитолошки брис кроз 3 до 6 месеца (пошто се на одговарајући начин излечи инфекција или третира атрофија). Ако је поновљени цитолошки налаз негативан, треба га поново урадити кроз 6 месеци. После два негативна узастопна налаза, пацијенткиња се може вратити у регуларни програм скрининга. Ако је један од поновљених цитолошких налаза позитиван, пацијенткињу обавезно упутити на колпоскопију.

Уколико има могућности одмах послати пацијенткињу на колпоскопски преглед. Ако се колпоскопским прегледом и биопсијом не утврди постојање CIN, цитолошки брис се понавља кроз годину дана.

Ако је могуће, урадити ХПВ тест ради детекције присуства типова ХПВ високог ризика. У случају позитивног теста, пацијенткиња се одмах шаље на колпоскопију. Ако се на колпоскопији и биопсији не пронађе CIN, ХПВ тест се понавља кроз годину дана. У случају негативног ХПВ теста, ПАП брис се понавља кроз годину дана.

1.5. Налаз атипичних сквамозних ћелија сумњивих на Н-SIL (ПА брис групе IIIа/ Бетесда класификација- ASC-H)

Упутити пацијенткињу на колпоскопију. Уколико колпоскопија покаже атипичан налаз, урадити биопсију. Ако је колпоскопија негативна, а дијагноза ASC-H потврђена ревизијом цитологије, колпоскопије и хистологије, неопходан је поновни брис кроз 6 и 12 месеци. Овакве случајеве је неопходно детаљно размотрити на мултидисциплинарним састанцима.

1.6. Дисकारीоза благог степена (ПА брис групе IIIб/ Бетесда класификација- L-SIL)

Дисकारीоза лаког степена (L-SIL) је обично последица пролазне инфекције ХПВ вирусом. 60% узорак са дијагнозом L-SIL представља промене који ће **спонтано регредирати**.

- Упутити пацијенткињу на колпоскопију. Ако је колпоскопија негативна и не утврди се постојање лезије на грлићу, цитолошки брис или ХПВ тест се понавља кроз годину дана

Даљи поступак провови се према протоколу за третман лезија ниског степена. Код жена које су млађе од 35 година, које нису рађале пожељнији поступак је праћење. Код старијих пацијенткиња, жена које су рађале, код великих промена, незадовољавајуће колпоскопије и жена које нису поуздане за праћење може се урадити ексцизија.

1.7. Дискариоза средњег и тешког степена (ПА брис групе IIIБ или IV/ Бетесда класификација Н-SIL)

- Упутити пацијенткињу на колпоскопију.
- Ако је лезија видљива, циљана биопсија је одговарајући даљи дијагностички поступак.
- Ако лезија није видљива треба урадити ендоцервикалну киретажу.
- Уколико се колпоскопски и/или циљаном биопсијом утврди нормалан налаз или блага дисплазија, потребна је дијагностичка ексцизија омчицом

1.8. Цитолошки знаци glandуларне атипичје (ПА брис групе IIIb- AGC) и Аденокарцинома ин ситу (ПА брис групе IV / Бетесда класификација- AIS)

- Праћење понављаним цитолошким прегледима код жена са почетним резултатом glandуларне атипичје или аденокарцинома ин ситу је неприхватљиво. У овим случајевима, неопходно је одмах урадити колпоскопију и ендоцервикалну киретажу (ЕСС)
- Код жена које су упућене на колпоскопију због налаза атипичних glandуларних ћелија, а имају негативну колпоскопију, цитологија се понавља сваких 6 месеци. Ако било који од поновних брисева покаже било који степен сквамозне или glandуларне атипичје, неопходно је даље испитивање
- Код жена у којих постоји сумња на постојање ендоцервикалног AIS, а имају негативну колпоскопију, неопходно је урадити дијагностичку конизацију ножем, како би се избегло термичко оштећење маргина конуса
- Ако се glandуларна лезија значи као ендометријална, а жена је старија од 35 година или уколико код жене млађе од 35 година постоји необјашњено вагонално крвављење, уз колпоскопију и ендоцервикалну киретажу, неопходно је урадити и киретажу утеруса (ендометријума) како би се искључило постојање ендометријалног карцинома.

1.9. Брис који указује на инвазивни карцином (ПА брис групе V/ Бетесда класификација- Инвазивни карцином)

- Колпоскопија и биопсија и/или ЕСС
Ако је лезија дефинитивно присутна или пацијенткиња има симптоме, треба је одмах упутити у референтни центар како би се убрзао процес дијагностике и третмана

2. Даљи дијагностички поступци

Пре него што се донесе било каква одлука о лечењу пацијенткиње са абнормалном цитологијом, неопходно је имати дефинитивну дијагнозу.

2.1. Колпоскопија

Колпоскопичар мора бити способан да тачно интерпретира налазе и да изведе биопсију са најсумњивијег места. Постоје ситуације када је неопходна даља евалуација и оне укључују инадекватну визуализацију сквамознојумнарне границе (SCJ), инкомплетну визуализацију цервикалних лезија и недостатак корелације између цитолошких абнормалности и налаза визуелним прегледом и биопсијом. Ово може захтевати дијагностичку ексцизију омчицом, или конизацију ласером или ножем.

Даљи поступак код пацијентиња са абнормалним цитолошким налазом зависи од налаза колпоскопије (Табела 2).

Табела 2: Поступак после колпоскопије код пацијенткиња са абнормалном цитологијом

		Колпоскопски налаз			
		Нормалан	Атипичан		Сумњива инвазија
			Лаког степена	Тежег степена	
Цитологија	Нормална ПА I	праћење	поновити цитологију и колпоскопију за 6 месеци	биопсија и/или ЕСС	биопсија одмах !
	ВСС ПА II	лечити инфекцију или урадити "естроген тест" а онда поновити цитологију	поновити цитологију и колпоскопију за 3-6 месеци		
	ASC-US ПА IIIa	лечити инфекцију или урадити "естроген тест" а онда поновити цитологију кроз 3-6 месеци*			
	ASC-H ПА IIIa	поновити цитологију и колпоскопију за 3-6 месеци	биопсија и/или ЕСС		
	AGUS ПА IIIa	ендоцервикална киретажа ЕСС			
	L-SIL ПА IIIб	ревидирати слајдове и ако се потврди L-SIL, поновити цитологију за годину дана			
	H-SIL ПА IIIб, ПА IV	ендоцервикална киретажа ЕСС и/или дијагностичка конизација			
	AIS ПА IV				
	Малигне ћелије ПА V				

*ако је поновљена цитологија негативна, поновити цитологију и колпоскопију за 6 месеци

2.2. Биопсија

Биопсија се ради кад год постоји:

- Колпоскопски налаз тежег степена
- Колпоскопски налаз лакшег степена ако је цитологија абнормална
- Колпоскопски налаз лакшег степена и ако је цитологија нормална, ако налаз перзистира више од 12-18 месеци

Биопсије треба узимати са сумњвих места на грлићу материце, под колпоскопском контролом. Узорак биопсије одмах треба ставити у 10% формалин или други фиксатив, а затим послати, уз прецизно попуњен пропратни формулар, у хистопатолошку лабораторију што је пре могуће.

2.3. Ендоцервикална киретажа

ЕСС је неопходна како би се дијагностиковале ендоцервикалне лезије које се не виде колпоскопски и у случајевима када SCJ није доступна (незадовољавајући колпоскопски налаз), а ПА налаз је суспектан. Узорак треба узети малом, оштром ендоцервикалном киретом, специфично дизајнираном за ову сврху. Сав ендоцервикални материјал, укључујући крв, мукус и фрагменте ткива треба отклонити из цервикса киретом и ставити у 10% формалин, а затим послати у хистопатолошку лабораторију.

2.4 Конизација

Ако се раде и конизација и киретажа, прво треба отклонити конус, због тога што киретажа не само да може уништити епител на SCJ, него киретман може бити контаминиран диспластичним ћелијама које се налазе на SCJ.

3. Третман

После добијања хистопатолошке дијагнозе даљи поступак се спроводи према протоколу:

3.1. Интраепителијалне промене ниског степена (Дисплазија лаког степена/ Равни кондиломи - CIN1/ L-SIL)

Већина лезија лаког степена одражава експресију ХПВ инфекције пре него стварно премаллигно стање. Због тога је пажљиво праћење цитолошким и ако је могуће колпоскопским прегледима, без икаквог третмана, пожељнија опција.

- Папаниколау брис са колпоскопијом понављати сваких 6 месеци док се не потврди регресија или се не уочи прогресија налаза (ово је пожељнија опција, нарочито код младих пацијенткиња и оних које желе трудноћу).
- Активни третман се препоручује:
 - у случајевима незадовољавајуће колпоскопије
 - онда када постоје велике и комплексне лезије
 - уколико лезије перзистирају више од 18 месеци
 - код жена старијих од 35 година
 - код пацијенткиња које због других болести примају имуносупресивне лекове

-код пацијенткиња за које постоји ризик да ће бити изгубљене за праћење

3.2. Интраепителијалне промене тешког степена

(дисплазија средњег и тешког степена/ CIN2/ CIN 3/ H-SIL)

Табела 2: Поступак после колпоскопије код пацијенткиња са абнормалном цитологијом

- . Мале CIN 2 промене код жена које нису рађале, могу се пратити.
- Код лезија тешког степена препоручује се ексцизиони третман
- Мала ограничена поља CIN 2 могу се лечити деструктивним методама, уколико је колпоскопски налаз задовољавајући
- CIN 2 лезије велике површине увек захтевају ексцизију
- За CIN 3 (тешка дисплазија/карцином-ин-ситу) увек је неопходна ексцизија зоне трансформације. Уколико постоје други разлози, а цитолошким и колпоскопским прегледима се искључи постојање инвазивног карцинома, може се индиковати хистеректомија.
- У трудноћи је неопходно искључити инвазивну болест, а затим колпоскопски и цитолошки преглед радити свака два месеца током трајања трудноће. Лезију треба поново прегледати 8 недеља после порођаја и поступати према налазу.

Микроинвазивни и инвазивни карцином

- . Одређивање стадијума и лечење рака грлића материце се обавља према важећим онколошким протоколима.
- Одлуку о одговарајућем третману треба да донесе Конзилијум за малигне болести гениталних органа - према Регионалном распореду

Прилог 10. ПРОГРАМ ШКОЛЕ ЦЕРВИКАЛНЕ ЦИТОЛОГИЈЕ

ШКОЛА ЦЕРВИКАЛНЕ ЦИТОЛОГИЈЕ

1. Школа цервикалне цитологије обухвата теоријску и практичну обуку за обављање послова цитоскринера.
2. Теоријски део укључује: Увод у анатомију, хистологију и цитопатологију женског гениталног система.
3. Практична обука укључује: Дијагностиковање инфламације, инфекције, ћелијски одговор на утицај разних фактора, премалигне и малигне ћелијске промене и промене повезане са терапијским и хормонским дејством. Полазници треба да науче да комбиновањем микроскопске вештине и теорије, поставе диференцијалну дијагнозу. На крају курса полазници треба да буду оспособљени да направе разлику између нормалног и суспектног цитолошког налаза.

ТРОМЕСЕЧНИ ПРОГРАМ ОСНОВНОГ НИВОА ШКОЛЕ ЦИТОДИЈАГНОСТИКЕ

1.недеља

Цитолошке технике,инструменти и новине, техника микроскопирања. Цитолошки налази и номенклатура	8 часова
Цитолошки налази и номенклатура. Цитолошка слика зрелог сквамозног епитела. Инфламација, микроорганизми.	8 часова
Инфламација, микроорганизми. Цитолошка слика зрелог сквамозног епитела.	8 часова
Цитолошка слика зрелог сквамозног и жлезданог епитела.	8 часова
Цитолошка слика зрелог сквамозног и жлезданог епитела.	8 часова

2.недеља

Цитолошка слика зрелог сквамозног, метапластичног и жлезданог епитела.	8 часова
Цитолошка слика зрелог сквамозног, метапластичног и жлезданог епитела.	8 часова
Цитолошка слика зрелог сквамозног, метапластичног и жлезданог епитела. Ендометријалне ћелије. Цитолошка слика у трудноћи, постменопаузи и ефекат егзогених хормона	8 часова
Цитолошка слика у трудноћи, постменопаузи и ефекат егзогених хормона	8 часова
Цитолошка слика бенигну цервикалних болести Цитологија вулве, перинеума и перианалне регије	8 часова

3.недеља

Цитолошка слика бенигну цервикалних болести. Цитолошка слика у трудноћи, постменопаузи и ефекат егзогених хормона	8 часова
Цитолошка слика у трудноћи, постменопаузи и ефекат егзогених хормона. Подела абнормалних цитолошких налаза. Абнормални цитолошки налази, Класификација цитолошких налаза – Bethesda 2001	8 часова
Цитолошка слика премалигну промена: ASCUS,AGUS Цитолошка слика бенигну цервикалних болести. Цитолошка слика у трудноћи, постменопаузи и ефекат егзогених хормона	8 часова
Цитолошка слика у трудноћи, постменопаузи и ефекат егзогених хормона. Подела абнормалних цитолошких налаза	8 часова
Абнормални цитолошки налази, Класификација цитолошких налаза – Bethesda 2001 Цитолошка слика премалигну промена: ASCUS, AGUS	8 часова

4.недеља

Цитолошка слика бенигнух цервикалних болести. Цитолошка слика у трудноћи, постменопаузи и ефекат егзогених хормона	8 часова
Цитолошка слика у трудноћи, постменопаузи и ефекат егзогених хормона Подела абнормалних цитолошких налаза. Абнормални цитолошки налази. Класификација цитолошких налаза – Bethesda 2001	8 часова
Цитолошка слика премалигнух промена: ASCUS, AGUS. Цитолошка слика бенигнух цервикалних болести. Цитолошка слика у трудноћи, постменопаузи и ефекат егзогених хормона	8 часова
Цитолошка слика у трудноћи, постменопаузи и ефекат егзогених хормона Подела абнормалних цитолошких налаза	8 часова
Абнормални цитолошки налази, Класификација цитолошких налаза – Bethesda 2001. Цитолошка слика премалигнух промена: ASCUS, AGUS	8 часова

5.недеља

Цитолошка слика премалигнух промена: ASCUS, AGUS Колпоскопија, цитологија и хистологија гениталне ХПВ инфекције	8 часова
Колпоскопија, цитологија и хистологија гениталне ХПВ инфекције LSIL	8 часова
Цитолошка слика премалигнух промена: ASCUS, AGUS. LSIL, HSIL	8 часова
Цитолошка слика премалигнух промена: ASCUS, AGUS, LSIL Колпоскопија, цитологија и хистологија гениталне ХПВ инфекције	8 часова
LSIL, HSIL	8 часова

6. недеља

Цитолошка слика премалигнух промена: ASCUS, AGUS Колпоскопија, цитологија и хистологија гениталне ХПВ инфекције	8 часова
Колпоскопија, цитологија и хистологија гениталне ХПВ инфекције LSIL	8 часова
Цитолошка слика премалигнух промена: ASCUS, AGUS. LSIL, HSIL	8 часова
Цитолошка слика премалигнух промена: ASCUS, AGUS, LSIL Колпоскопија, цитологија и хистологија гениталне ХПВ инфекције	8 часова
LSIL, HSIL	8 часова

7. недеља

LSIL, HSIL, Цитолошка слика glandularних и инвазивних лезија	8 часова
Цитолошка слика сквамозних инвазивних лезија	8 часова
Цитолошка слика сквамозних и glandularних инвазивних лезија. LSIL, HSIL	8 часова
LSIL, HSIL, Цитолошка слика сквамозних и glandularних инвазивних лезија	8 часова
Цитолошка слика сквамозних и glandularних инвазивних лезија	8 часова

8. недеља

LSIL, HSIL, Цитолошка слика glandуларних и инвазивних лезија	8 часова
Цитолошка слика сквамозних инвазивних лезија	8 часова
Цитолошка слика glandуларних инвазивних лезија. LSIL, HSIL	8 часова
LSIL, HSIL. Цитолошка слика сквамозних и glandуларних инвазивних лезија	8 часова
Цитолошка слика сквамозних и glandуларних инвазивних лезија.	8 часова

9. недеља

Цитолошка слика разноврсних цитолошких налаза Цитолошка слика сквамозних и glandуларних инвазивних лезија. Цитолошки скрининг – проблеми и нови концепти.	8 часова
Рана детекција преинвазивних и инвазивних промена на цервиксу Цитолошко-хистолошка корелација абнормалних налаза	8 часова
Класификација цитолошких налаза – Bethesda 2001 и препоруке за третман пацијенткиња са абнормалним резултатом цервикалне цитологије. Цитолошка слика сквамозних и glandуларних инвазивних лезија. Цитолошки скрининг – проблеми и нови концепти	8 часова
Цитолошка слика разноврсних цитолошких налаза. Рана детекција преинвазивних и инвазивних промена на цервиксу	8 часова
Цитолошко-хистолошка корелација абнормалних налаза. Класификација цитолошких налаза – Bethesda 2001 и препоруке за третман пацијенткиња са абнормалним резултатом цервикалне цитологије	8 часова

10. недеља

Цитолошка слика сквамозних и glandуларних инвазивних лезија. Цитолошки скрининг – проблеми и нови концепти. Цитолошка слика разноврсних цитолошких налаза	8 часова
Рана детекција преинвазивних и инвазивних промена на цервиксу Цитолошко-хистолошка корелација абнормалних налаза	8 часова
Класификација цитолошких налаза – Bethesda 2001 и препоруке за третман пацијенткиња са абнормалним резултатом цервикалне цитологије. Примена Bethesda система у превенцији и лечењу лезија ниског градуса. Дијагностика и третман LSIL и HSIL.	8 часова
Дијагностика и третман HSIL. Лажно-позитивни и лажно-негативни резултати цитолошке анализе. ХПВ тестирање – предности и ризици ХПВ скрининга удруженог са експертском колпоскопијом	8 часова
Нови методи цитолошке анализе. Увођење liquid- based технологије у редовну праксу – Thin prep, Cyto-screen. Предности цитолошког скрининга заснованог на liquid- based технологији. Телецитологија. Континуирана медицинска едукација у области цитологије и цитодијагностике	8 часова

11. недеља

Примена Bethesda система у превенцији и лечењу лезија ниског градуса. Дијагностика и третман LSIL. Дијагностика и третман HSIL. Лажно-позитивни и лажно-негативни резултати цитолошке анализе	8 часова
---	----------

Лажно-позитивни и лажно-негативни резултати цитолошке анализе ХПВ тестирање – предности и ризици ХПВ скрининга удруженог са експертском колпоскопијом. Нови методи цитолошке анализе. Увођење liquid- based технологије у редовну праксу - Thin prep, Cyto-screen. Предности цитолошког скрининга заснованог на liquid- based технологији	8 часова
Телецитологија. Континуирана медицинска едукација у области цитологије и цитодијагностике. Психосоцијални аспект цитологије. Цитологија: информације, документација, пројектовање, даљинске консултације. Формирање и унапређивање цитолошке службе.	8 часова
Цитологија: образовање, обука и акредитација. Значај гинеколошког скрининг програма у раној детекцији промена и вирусних инфекција доњег гениталног система. Протокол дијагностике и терапије- значај колпоскопије, цитологије, ХПВ типизације и ХП налаза у превенцији и лечењу	8 часова
Понављање 1-4.недеље	8 часова

12. недеља

Понављање 5-8. недеље	8 часова
Понављање 9-11. недеље	8 часова
Понављање 1-6. недеље	8 часова
Понављање 7-11. недеље	8 часова
Теоретска и практична провера знања (испит се састоји из теоретског дела- 30 тест питања, као и практичног- 15 цитолошких препарата). Подела сертификата.	6 часова

ПРОГРАМ РЕЕДУКАЦИЈЕ ИЗ ЦЕРВИКАЛНЕ ЦИТОЛОГИЈЕ

Други ниво едукације пролазе сви који су раније завршили шестомесечни курс цитологије. Дообука траје две недеље и спроводи се континуирано или два пута по недељу дана, а дообука мора да се заврши најкасније три месеца од започињања. Проверу знања спроводе чланови РСК, који припремају и организују испит.

ДВОНЕДЕЉНИ ПРОГРАМ ИИ НИВОА ШКОЛЕ ЦИТОДИЈАГНОСТИКЕ

1.nedelja

Цитолошке технике,инструменти и новине, техника микроскопирања. Цитолошки налази и номенклатура, Цитолошка слика зрелог сквамозног,метапластичног и жлезданог епитела. Ендометријалне ћелије.Инфламација, микроорганизми. Цитолошка слика у трудноћи, постменопаузи и ефекат егзогених хормона.	6 часова
Цитолошка слика бенигнух цервикалних болести.Цитологија вагине, вулве, перинеума и перианалне регије. Подела абнормалних цитолошких налаза. Класификација цитолошких налаза – Бетесда 2001. Цитолошка слика премалигнух промена: ASCUS, AGUS	6 часова
Колпоскопија, цитологија и хистологија гениталне ХПВ инфекције. LSIL. HSIL. Цитолошка слика разноврсних цитолошких налаза	6 часова
Цитолошка слика сквамозних инвазивних лезија. Цитолошка слика гландуларних и инвазивних лезија	6 часова
Цитолошки среенинг – проблеми и нови концепти. Рана детекција преинвазивних и инвазивних промена на цервиксу. Провера знања (15 тест питања и 8 цитолошких препарата)	6 часова

2.nedelja

Цитолошко-хистолошка корелација абнормалних налаза. Класификација цитолошких налаза – Бетесда 2001 и препоруке за третман пацијенткиња са абнормалним резултатом цервикалне цитологије.	6 часова
Примена Бетесда система у превенцији и лечењу лезија ниског градуса. Дијагностика и третман L SIL. Дијагностика и третман H SIL.	6 часова
Лажно-позитивни и лажно-негативни резултати цитолошке анализе.ХПВ тестирање – предности и ризици ХПВ скрининга удруженог са експертском колпоскопијом. Нови методи цитолошке анализе. Увођење liquid-based технологије у редовну праксу - Thin-prep, Cyto-screen.Предности цитолошког скрининга заснованог на ликуид-басед технологији.	6 часова
Телецитологија. Континуирана медицинска едукација у области цитологије и цитодијагностике. Цитологија: образовање, обука и акредитација. Значај гинеколошког скрининг програма у раној детекцији промена и вирусних инфекција доњег гениталног система. Протокол дијагностике и терапије- значај колпоскопије, цитологије, ХПВ типизације и ХП налаза у превенцији и лечењу.	6 часова
Теоретска и практична провера знања (испит се састоји из теоретског дела- 30 тест питања, као и практичног- 15 цитолошких препарата). Подела сертификата.	6 časova

ПРИЛОГ 11

ПЛАН И ПРОГРАМ УЖЕ СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈЕ ИЗ КЛИНИЧКЕ ЦИТОЛОГИЈЕ

Циљ уже специјализације је да полазницима у виду организоване наставе омогући стицање знања из свих подручја савремене клиничке цитологије укључујући њену примену, диференцијалној дијагнози, одређивању клиничког стадијума болести, избору лечење и контроли успеха лечења.

Трајање: једна година (12 месеци)

Услови уписа: специјалисти патолози

Програм специјализације: Кандидат ће провести 12 месеци под надзором надлежног наставника у савладавању основа цитопатологије (начини узимања узорака, припрема материјала укључујући и цитоспин центрифугу, методе бојења) - гинеколошке и негинеколошке, аспирационе или ексфолијативне са нагласком на препознавање лажно позитивних и лажно негативних налаза.

Теоријска предавања и семинаре организује наставна база у којој се обавља специјализација. На њима се обрађује одговарајућа тематика или појединачни занимљиви случајеви уз преглед литературе. Присуство семинарима обавезно је за све специјализанте присутне у месту одржавања специјализације. У току специјализације кандидат је у обавези да узме активно учешће у најмање једном семинару.

ПРВИ СЕМЕСТАР	T+C
Методе рада у медицинској цитологији	15+15
Одабрана поглавља из патологије	10+20
Цитодијагностика у хематологији	7+22
Цитодијагностика у гинекологији	20+20
Цитодијагностика у пулмологији	10+16
ДРУГИ СЕМЕСТАР	T+C
Цитодијагностика у хематологији	7+22
Цитодијагностика у гинекологији	8+28
Цитодијагностика у пулмологији	10+14

Цитодијагностика у ендокринологији	6+22
Цитодијагностика у гастроентерологији	4+12
Цитодијагностика у урологији	4+12
Одабрана поглавља из цитодијагностике	16+10
Цитодијагностика пунктата	6+18

Практична настава се обавља сваког радног дана од 7,30-14,30 у наставној бази Медицинског факултета и обухвата детаљан програм практичног оспособљавања:

- Упознавање технике обраде материјала у цитопатологији (0,5 месеци)
- Гинеколошка цитопатологија (2,5 месеца)
- Цитопатологија абдоминалних органа и ретроперитонеума (1 месец)
- Цитопатологија хематопоезног система (1,5 месеци)
- Цитопатологија ендокриног система (1 месец)
- Цитопатологија дојке (1 месец)
- Цитопатологија тумора меких ткива (1 месец)
- Плућна цитопатологија (аспирациона и ексфолијативна) (2,5 месеца)
- Друга аспирациона, ексфолијативна и цитопатологија ексудата (1 месец).
-

Специјализант треба да прегледа минимум:

- 2000 плочица аспирационе цитологије (дојке, штитњаче, лимфних чворова, плућа, меких ткива и осталих органа) и
- 4000 ексфолијативне цитологије (гинеколошка, негинеколошка, ексудати), и то најпре сам а затим са ментором односно одговорним наставником.

У периоду који је намењен упознавању цитопатологије одређеног подручја, специјализант прегледа текући редовни материјал из цитопатологије као и збирке препарата из тог подручја и чита одговарајућу стручну литературу. Учествује на клиничким састанцима из области која му је у програму.

Специјалистички испит се састоји из 2 дела:

- a) микроскопска дијагностика која обухвата преглед 25 цитолошких размаза из пункционе и 25 цитолошких препарата из ексфолијативне цитологије; у раду је дозвољено коришћење стручне литературе
- b) завршни дипломски рад из цитопатологије и јавна одбрана пред Комисијом од 3 члана наставника коју именује Наставно-научно веће Медицинског факултета.

По завршеном испиту се добија оцена која се уписује у одговарајући формулар а, кандидат добија диплому о завршеној ужој специјализацији из КЛИНИЧЕ ЦИТОЛОГИЈЕ од стране Медицинског факултета у Новом Саду. Уколико кандидат не положи испит, стиче право поновног полагања у року прописаном Законом, а испит се полаже поново у целости.

Прилог 12. ИНФОРМИСАЊЕ, ЕДУКАЦИЈА, КОМУНИКАЦИЈА И СОЦИЈАЛНА МОБИЛИЗАЦИЈА

12.1 Методе информисања, едукације и комуникације (ИЕЦ)

Методе интерне и екстерне комуникације представљају основне инструменте за пласирање информација како циљној популационој групи жена које ће бити обухваћене скринингом, тако и представницима медија, локалних заједница и осталим партнерима који ће бити укључени у спровођење скрининга.

Интерна комуникација у служби скрининга представља комуникацију унутар здравствене установе (дома здравља), а екстерна комуникација – сарадњу са свим лицима и институцијама или партнерима ван дома здравља тј. сарадњу са представницима медија, доносиоцима одлука на нивоу локалне заједнице, сарадњу са окружним институтима и заводима, Министарством здравља, као и свим осталим партнерима и учесницима у Програму скрининга.

Неопходно је пре започињања скрининга одредити временски оквир у коме ће се и са којом динамиком реализовати скрининг и која циљна популација треба да буде обухваћена скринингом у одређеном временском периоду (договор се постиже прво на нивоу националног центра за скрининг, а потом на нивоу Групе за координацију скрининг програма у дому здравља).

Методе комуникације са медијима

Медији су веома важан инструмент за информисање корисника здравствених услуга о Програму скрининга који се спроводи.

Први корак у комуницирању са медијима, јесте обавештење прослеђено медијима о догађајима у здравственој установи, а према сачињеном оперативном плану.

Представници медија се могу обавестити на више начина, али се препоручују следеће могућности:

- a) *Класично обавештење (писано обавештење)*, у коме се медији на концизан, јасан и специфичан начин обавештавају о дешавањима у установи. У креирању оваквих порука мора се прецизирати тип догађаја (нпр. скрининг за рак грлића материце), где се скрининг и како спроводи (нпр. Место спроводјења-дом здравља, учесници--превентивни центар дома здравља, служба за заштиту здравља жена дома здравља идр.), у које време и ко се позива да дође на преглед (нпр. жене узраста од 25-69 година). Очекује се да ће писани медији у оквиру редовних рубрика објавити позив здравствене установе тј. дома здравља упућен женама, а ако постоји простор и добро организован сектор за односе са јавношћу у дому здравља, могуће је да ће надлежни новинар желети да направи и чланак о активностима које се спровode тј. о догађају. Електронски медији, поготово телевизија нису увек заинтересовани да објаве овакву вест, али то не значи да не треба обавештавати и њих, па зато треба имати њихове контакт адресе и повремено их обавештавати.
- b) *Новински огласи*, су скупљи метод обавештавања јавности, али веома ефикасан, који се такође препоручује.

- c) *Директна комуникација путем телефона, е-маил-а, организовања састанака, конференција за новинаре, интервјуа итд. Сваки обучени менаџер за односе са јавношћу мора стално да комуницира са секторским новинарима и уредницима медија, како би постигао добар имиџ установе.*
- d) *Гостовање еминентних стручњака у програмима локалних телевизијских и радио станица (особа задужена за сарадњу са медијима треба да припреми медија план са распоредом гостовања, временом и да обезбеди стручњака који ће говорити о одабраним темама које подржавају спровођење скрининга, а све то у договору са групом за координацију скрининга дома здравља)*
- e) *Гостовања представника локалне самоуправе који подржавају спровођење програма скрининга - према плану сачињеном од стране особе за сарадњу са медијима*

12.2. Методе социјалне мобилизације и промоције програма у заједници

- a) *Постављање штандова („инфо-деск“) у оквиру домова здравља, на штандовима обично раде обучене медицинске сестре или патронажне сестре, које директно позивају жене које долазе у установу на ПА преглед и информишу их о активностима и превентивном програму који је у току, а који се тиче очувања и унапређења здравља. Успостављањем директног контакта са женама које долазе у дом здравља и поделом здравствено-промотивног материјала на овим штандовима, женска популација ће бити мотивисана да искористи своје право и пита свог лекара/гинеколога како да обави одређене прегледе.*
- b) *Постављање „видео-беам“ презентације у чекаоницама испред ординације гинеколога, лекара опште медицине у превентивном центру, са основним информацијама о текућем програму скрининга и информацијама о превенцији рака грлића материце и женском здрављу.*
- c) *Редовна комуникација „лекар – пацијент/корисник здравствене услуге дома здравља“ обogaћена информацијом о скринингу и његовом значају за женско здравље; ако се не примењује метод штандова „инфо деска“, могуће је са лекаром опште праксе и/или гинекологом из дома здравља, постићи договор да се на лицу места, у самој ординацији, жене-пацијенти информишу о текућем скринингу, као и да се истовремено подели постојећи промотивни материјал. Овакав вид комуникације је веома успешан, јер жена пре свега верује свом изабраном доктору медицине или гинекологу, па се тиме и добијени савет најчешће усвоји и испоштује.*
- d) *Комуникација “врата до врата“ – у нашој земљи оваквим видом комуникације са пацијентом бави се посебна служба у установи примарне здравствене заштите – дома здравља -патронажна служба, а у домовима здравља, у којима постоје превентивни центри, ове активности обавља превентивни центар, односно мобилна јединица.*
- e) *Обавештења путем поште (писмо свакој жени која припада циљној групи) – овакав вид позива становништва на скрининге је код нас поново популаризован отварањем превентивних центара у домовима здравља. Веома је битно да позив који се шаље женама буде написан на једноставан, разумљив и интересантан начин.*

f) *Организовање округлих столова у месним заједницама и радним организацијама уз претходну најаву догађаја; ову врсту активности планира и релизује превентивни центар, а у домовима здравља где центар није отворен, ове активности обавља патронажна служба у сарадњи са специјалистом социјалне медицине и службом за здравствену заштиту жена.*

g) *Организовање здравствених трибина у месним заједницама или на другим местима (кадар предвиђен за активност у параграфу „ф“)*

Укључивање жена-познатих личности из локалне заједнице, које пристану да говоре о болести коју су победиле (рак грлића материце) и о значају превенције (акција „жене-женама“).

Укључивање наставног кадра у гимназијама и средњим школама у спровођење програма скрининга, кроз организовање наставе „час – који живот значи“, посвећен значају редовних ПА прегледа и превенцији рака грлића материце.

Организовање акција у заједници са поделом пропагандног материјала (подела информација о програму скрининга, лифлета, агитки и другог материјала у радним организацијама, пошти, на аутобуској станици, мега-маркетима, самопослугама, на зеленој пијаци у време пијачних дана, на шеталиштима, базенима и сличним местима, где је окупљање грађана велико.

h) *Примена позивања и поновног позивања („Call-recall“) методе - позивати жене према припремљеном оперативном плану по први и/ или други пут (после 6 месеци) у складу са потребама и на основу одзива који је остварен (према препорукама групе за координацију програма скрининга у дому здравља).*

Прилог 13. ПРЕГЛЕД ДОКУМЕНАТА И ЛИТЕРАТУРЕ

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM, eds (2004). Globocan 2002. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide (IARC Cancer Bases No. 5. version 2.0), Lyon, IARC Press.

IARC. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, Volume 90, Human papillomaviruses. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2007.

IARC. World Cancer Report 2008. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2008.

Last JM. Rečnik javnog zdravlja. Urednik prevoda Zoran Radovanović. Libri Medicorum, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Centar-Škola javnog zdravlja. Beograd, 2009.

Incidencija i mortalitet od raka u centralnoj Srbiji, 2002. Institut za zaštitu zdravlja Srbije dr Milan Jovanović- Batut, Centar za kontrolu i prevenciju nezaraznih oboljenja, Beograd, 2004.

Incidencija i mortalitet od raka u centralnoj Srbiji, 2005. Institut za zaštitu zdravlja Srbije dr Milan Jovanović- Batut, Centar za kontrolu i prevenciju nezaraznih oboljenja, Beograd, 2008.

Radovanović Z. Epidemiološki rečnik. 2. jugoslovensko izdanje. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd 2001.

ORGANIZACIJA СКРИНИНГ ПРОГРАМА

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs. A manual for managers. Seattle, 2004

Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canada Communication Group, 1994: 884-889

Cervical cancer screening in Australia, www.cancerscreening.gov.au/

Cervical Cancer Screening Programme in Finland, www.ncbi.nih.gov/

IARC. Cervix cancer screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol 10. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2005.

IOM. Cancer Control Opportunities in Low and Middle-income Countries. Washington D.C., Institute of Medicine of The National Academies, 2007

NHS Cervical screening programme, www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/

Partridge EE, Abu-Rustum N, Campos S, Fahey PJ, Greer BE, Lele SM, Lieberman RW, Lipscomb GH, Morgan M, Nava ME, Reynolds RK, Singh DK, Smith-McCune K, Teng N, Trimble CL, Valea F, Wilczynski S, National Comprehensive Cancer Network..Cervical cancer screening. J Natl Compr Canc Netw. 2008 Jan;6(1):58-82.

Primic-Zakelj M, Repse-Fokter A. Cervical cancer screening: A Slovenian experience. *Coll Antropol.* 2007 Apr;31 Suppl 2:23-6

Ronco G, Giubilato P, Naldoni C, Zorzi M, Anghinoni E, Scalisi A, Dalla Palma P, Zanier L, Barca A, Angeloni C, Prandini S, Maglietta R, Mancini E, Pizzuti R, Iossa A, Segnan N, Zappa M. Extension of organised cervical cancer screening programmes in Italy and their process indicators. *Epidemiol Prev.* 2008 Mar-Apr;32(2 Suppl 1):37-54

Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. Cancer screening in the United States, 2007: a review of current guidelines, practices, and prospects. *CA Cancer J Clin.* 2007 Mar-Apr;57(2):90-104.

WHO (2002) National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd edition. Geneva, World Health Organization, 2002.

WHO. Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice. World Health Organization, Geneva 2006

WHO (2006) Gaining Health. The European Strategy for the prevention and control of non communicable diseases. Copenhagen, World Health Organization, 2006.

МЕТОДОЛОГИЈА УЗИМАЊА БРИСА И ПОСТУПАК ПО ДОБИЈАЊУ РЕЗУЛТАТА

American College of Obstetricians and Gynecologists. COG Practice Bulletin No. 99: management of abnormal cervical cytology and histology. *Obstet Gynecol.* 2008 Dec;112(6):1419-44.

Jordan J, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Schenck U, Baldauf JJ, Da Silva D, Anttila A, Nieminen P, Prendiville W. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for clinical management of abnormal cervical cytology, part 1. *Cytopathology.* 2008 Dec;19(6):342-54.

Jordan J, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Schenck U, Baldauf JJ, Da Silva D, Anttila A, Nieminen P, Prendiville W. European guidelines for clinical management of abnormal cervical cytology, part 2. *Cytopathology.* 2009 Feb;20(1):5-16

McLachlan N, Patwardhan JR, Ayer B et al. Management of suboptimal cytologic smears: persistent inflammatory smears. *Acta Cytol.* 1994; 38: 531-36

McLachlin CM, Mai V, Murphy J, Fung-Kee-Fung M, Chambers A, Oliver TK; Cervical Screening Guidelines Development Committee of the Ontario Cervical Screening Program; Gynecology Cancer Disease Site Group of Cancer Care Ontario. Ontario cervical cancer screening clinical practice guidelines. : J Obstet Gynaecol Can. 2007 Apr;29(4):344-53

Meijer CJ, Berkhof J, Castle PE, Hesselink AT, Franco EL, Ronco G, Arbyn M, Bosch FX, Cuzick J, Dillner J, Heideman DA, Snijders PJ. Guidelines for human papillomavirus DNA test requirements for primary cervical cancer screening in women 30 years and older. *Int J Cancer.* 2009 Feb 1;124(3):516-20

Montz FJ, Monk BJ, Fowler JM et al. Natural history of the minimally abnormal Papanicolaou smear. *Obstet Gynecol.* 1992; 80: 385-88

Raab SS, Isacson C, Layfield Lj et al. Atypical glandular cells of undetermined significance: cytologic criteria to separate clinically significant from benign lesions. *Am J Clin Pathol*, 1995; 104: 574-8

Rarick TL, Tchabo JG. Timing of the postpartum Papanicolaou smear. *Obstet Gynecol*, 1994; 83: 761-765

Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D; 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ. *J Low Genit Tract Dis*. 2007 Oct;11(4):223-39

Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D; 2006 ASCCP-Sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical screening tests. *J Low Genit Tract Dis*. 2007 Oct;11(4):201-22.

КОНТРОЛА КВАЛИТЕТА

Arbyn M, Herbert A, Schenck U, Nieminen P, Jordan J, Mcgoogan E, Patnick J, Bergeron C, Baldauf JJ, Klinkhamer P, Bulten J, Martin-Hirsch P. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for collecting samples for conventional and liquid-based cytology. *Cytopathology*. 2007 Jun;18(3):133-9.

Cubie HA, Moore C, Waller M, Moss S; National Cervical Screening Committee LBC/HPV Pilot Steering Group. The development of a quality assurance programme for HPV testing within the UK NHS cervical screening LBC/HPV studies. *J Clin Virol*. 2005 Aug;33(4):287-92.

Herbert A. Cervical screening in the UK and laboratory quality control in the context of the 2007 European guidelines. *Coll Antropol*. 2007;31 Suppl 2:41-6

Wiener HG, Klinkhamer P, Schenck U, Arbyn M, Bulten J, Bergeron C, Herbert A. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for cytology laboratories. *Cytopathology*. 2007 Apr;18:67-78.

ИНФОРМИСАЊЕ, ЕДУКАЦИЈА, КОМУНИКАЦИЈА И СОЦИЈАЛНА МОБИЛИЗАЦИЈА

Blackwell DL, Martinez ME, Gentleman JF. Women's compliance with public health guidelines for mammograms and pap tests in Canada and the United States: an analysis of data from the Joint Canada/United States Survey Of Health. *Womens Health Issues*. 2008 Mar-Apr;18(2):85-99.

Giordano L, Webster P, Anthony C, Szarewski A, Davies P, Arbyn M, Segnan N, Austoker J. Improving the quality of communication in organised cervical cancer screening programmes. *Patient Educ Couns*. 2008 Jul;72(1):130-6.

Millett C, Bardsley M, Binysh K. Exploring the effects of population mobility on cervical screening coverage. *Public Health*. 2002 Nov;116(6):353-60.