

Krūties vėžys Lietuvoje

Daiva Gudavičienė¹,

Laura Steponavičienė²,

Nadežda Lachej³

¹ Nacionalinio vėžio instituto
Onkochirurgijos centras,
Vilnius, Lietuva

² Nacionalinio vėžio instituto
Konsultacinės poliklinikos skyrius,
Vilnius

³ Nacionalinio vėžio instituto
Spindulinės ir medikamentinės
terapijos centras,
Vilnius

Įvadas. Krūties vėžys – viena dažniausių moterų onkologinių ligų Lietuvoje. Pastaraisiais metais krūties vėžį pagal dažnį lenkia tik odos piktybiniai susirgimai. Krūties vėžio gydymo rezultatai Lietuvoje nėra džiuginantys. Krūties vėžys – pagrindinė moterų mirštamumo priežastis dėl onkologinių susirgimų. Tai paskatino apžvelgti krūties vėžio paplitimą, sergamumą ir mirštamumą nuo krūties vėžio pokyčius Lietuvoje, palyginti Lietuvos tendencijas su kitų šalių rezultatais. Bandyta išsiaiškinti priežastis, kodėl negerėja išgyvenamumo rezultatai.

Medžiaga ir metodika. Remdamiesi Lietuvos vėžio registro duomenimis, analizavome sergamumą ir mirštamumą nuo krūties vėžio duomenis ir tendencijas Lietuvoje, palyginome Lietuvos statistinius duomenis su pasaulio duomenimis. Nagrinėjome paskelbtas apklausas apie profilaktines patikros programas. Norėdami sužinoti, kaip veikia profilaktinės patikros programa, išanalizavome pagal programą tikrintų moterų Nacionaliniame vėžio institute duomenis. Pagrindinis informacijos šaltinis, ieškant duomenų, buvo Lietuvos vėžio registro bei *PubMed* bei *Medscape* duomenų bazės.

Rezultatai. Pagal profilaktinę patikros programą patikrina tik trečdalis tikslinės grupės moterų. Neretai pagal programą siunčiamos tikrintis moterys, kurių krūties susirgimo požymiai yra akivaizdūs. Išgyvenamumo rodikliai gydant krūties vėžį Lietuvoje yra blogesni, palyginti su išsivysčiusiomis Vakarų Europos šalimis. Taip gali būti dėl nepakankamai anksti nustatomų pakitimų ir nepakankamai modernaus gydymo.

Išvados. Norint pagerinti sergančiųjų krūties vėžiu išgyvenamumą Lietuvoje, svarbu kuo anksčiau nustatyti šią ligą, gydymo taktiką aptarti multidisciplininėje komandoje, o pacientėms turi būti prieinamas modernus gydymas. Profilaktinės krūtų patikros teigiamą poveikį pacienčių išgyvenamumui tikimės pajusti artimiausiais metais. Reikia šviesti visuomenę ir šeimos gydytojus apie krūties vėžį, diagnostikos ir gydymo tendencijas bei naujoves.

Raktažodžiai: krūties vėžys, dažnis, mirštamumas, profilaktinės patikros programa

KRŪTIES VĖŽIO PAPLITIMAS

Krūties vėžys (KV) atsiranda dėl nekontroliuojamo, nenormalaus krūties ląstelių dalijimosi. Šis

Kontaktinis asmuo: Daiva Gudavičienė, Nacionalinio vėžio instituto Onkochirurgijos centras, Santariškių 1, LT-08660 Vilnius, Lithuania. El. paštas: daiva.gudaviciene@gmail.com

procesas prasideda dėl „klaidos“ genuose. 5–10 % tokių „klaidų“ yra paveldimos, apie 90 % genų pažeidimas atsiranda individo gyvenimo metu. Skandinavijos epidemiologai prognozuoja, kad 2020 m. onkologinės ligos taps pagrindine mirties priežastimi, o sergamumas vėžiu aplenks sergamumą širdies ir kraujagyslių ligomis. Lietuvos vėžio

registro duomenimis, Lietuvoje kasmet diagnozuojama apie 17 tūkst. naujų vėžio atvejų. Šiuo metu Lietuvoje nuo vėžio gydoma apie 80 tūkst. žmonių (1, 2).

Ilgėjant gyventojų gyvenimo trukmei, keičiantis gyvenimo būdui ir demografiniams procesams, išsivysčiusiose šalyse susirgimų onkologinėmis ligomis vis daugėja, o išgyvenamumas, susirgus šiomis ligomis, gerėja. Sergamumas piktybiniais navikais Lietuvoje 1990–2005 m. padidėjo beveik 78,7 %, o mirtingumas yra 31,9 %. Toks mirtingumas gali būti susijęs su nepakankamomis valstybės investicijomis į ligų prevenciją, profilaktiką, ankstyvąją diagnostiką bei inovacinį gydymą (1, 2).

PSO duomenimis, pasaulyje kasmet diagnozuojama 1 mln. naujų KV atvejų. Krūties vėžys yra antra pagal dažnumą mirties nuo onkologinių susirgimų priežastis po plaučių vėžio. JAV nuo 1989 m. pastebimas mažesnis mirštamumas nuo krūties vėžio, ypač tarp jauno amžiaus moterų, – 2006–2010 m. mirštamumas nuo krūties vėžio JAV mažėjo 3 % tarp jaunesnių nei 50 m. moterų ir 1,8 % tarp vyresnių nei 50 m. moterų. Tai siejama su ankstyva diagnostika, moderniu gydymu ir bendru krūties vėžio susirgimų dažnio mažėjimu, kuris JAV pastebėtas nuo 2002 m., kai buvo paskelbti duomenys apie pakaitinės hormonų terapijos teigiamą poveikį krūties vėžiui vystytis, – 2002–2003 m. sergamumas krūties vėžiu JAV sumažėjo 7 % (3).

Sergamumas KV Europoje yra 67,9 iš 100 000 gyventojų, pasaulyje – 50 iš 100 000. 2009 m. duomenimis, krūties vėžys yra viena dažniausių moterų onkologinių ligų Lietuvoje. Lietuvoje 2009 m. diagnozuota 1 500 naujų krūties vėžio atvejų, 2010 m. – 1 501, 2011 m. – 1 541 KV atvejis.

Lietuvos vėžio registro duomenimis, ilgą laiką KV buvo dažniausia, o pastaraisiais metais – antroji pagal dažnumą moterų onkologinė liga po odos (išskyrus melanomą) piktybinių ligų. Analizuojant susirgimų onkologinėmis ligomis dažnį tarp moterų, matyti, kad 2011 m. Lietuvoje nustatyti 1 622 odos vėžio atvejai, 1 541 krūties vėžio atvejis, t. y. visose amžiaus grupėse tarp moterų onkologinių susirgimų pirmavo odos vėžys, išskyrus melanomą – 19 %, krūties vėžys sudarė 18 %. 15–29 m. amžiaus grupėje tarp moterų onkologinių susirgimų krūties vėžys sudarė 5 %, 30–54 m. amžiaus grupėje – 27 %, 55–74 m. grupėje 19 %

sudarė odos vėžys, 19 % – krūties vėžys, vyresnių nei 75 m. moterų grupėje 24 % sudarė odos vėžys, 11 % – krūties vėžys. 2011 m. tarp vyrų ir moterų susirgimų onkologinėmis ligomis Lietuvoje pirmą vietą pagal dažnį užėmė prostatos vėžys (2 715 atv.), antrą vietą – odos vėžys (2 484 atv., išskyrus melanomą), trečiąją – krūties vėžys (1 555 atv.), ketvirtąją – plaučių, trachėjos ir bronchų vėžys (1 494 atv.).

Pastaraisiais metais krūties vėžys yra dažniausia onkologinė liga 30–54 m. amžiaus asmenų grupėje (15 %).

MIRŠTAMUMAS NUO KRŪTIES VĖŽIO

Pagal mirštamumą krūties vėžys Lietuvoje užima 3-ią vietą tarp visų onkologinių ligų (7 %) – po plaučių, trachėjos, bronchų (16 %) ir skrandžio (8 %) vėžio (2).

Pagal mirčių nuo onkologinių ligų priežastis Lietuvoje visose amžiaus grupėse KV yra pirmas pagal dažnį. Tai pagrindinė moterų mirčių nuo onkologinių susirgimų priežastis (15 %). Antra pagal moterų mirčių dažnumą onkologinė liga yra skrandžio vėžys (8 %) 30–54 m. amžiaus moterų grupėje KV yra antroje vietoje pagal mirčių nuo onkologinių susirgimų priežastis po plaučių, trachėjos ir bronchų piktybinių ligų, o 55–74 m. amžiaus grupėje trečioje vietoje pagal mirčių nuo onkologinių susirgimų priežastis po plaučių (20 %) ir skrandžio vėžio (8 %).

Lietuvos vėžio registro duomenimis, 2010 m. Lietuvoje nuo KV mirė 577 moterys, 2011 m. – 547. Palyginti su ankstesniais metais, mirštamumas nuo KV nemažėja. 2001 m. nuo KV mirė 534 moterys, 2002 m. – 553, 2003 m. – 609, 2004 m. – 614, 2005 m. – 580.

Mirštamumas nuo krūties vėžio Lietuvoje – 32/100 000 moterų, pasaulyje – 26/100 000 moterų (4).

Palyginti su 1998 m., 2009 m. standartizuotas mirštamumo nuo krūties vėžio rodiklis kito nedaug: 1998 m. 100 000 moterų teko 25, 2009 m. – 24,2 atvejai. Didžiausias mirštamumo nuo KV rodiklis užfiksuotas 2003 m. – 27,2, mažiausias – 2006 m. – 21,1. Palyginti su kitomis ES šalimis, Lietuvos moterų sergamumas krūties vėžiu yra maždaug perpus mažesnis nei Prancūzijoje, Olandijoje, Suomijoje, bet mirštamumas nuo krūties vėžio Lietuvoje ir šiose šalyse yra beveik vienodas (5). Lietuvos vėžio registro duomenimis, 2010 m. nustatytas 1 501 KV atvejis: 1 st. – 440

(29,5 %), 2 st. – 520 (34,9 %), 3 st. – 280 (18,8 %), 4 st. – 125 (8,4 %), nenurodyta – 125 (8,4 %).

2011 m. nustatytas 1 541 moterų krūties vėžys: 1 st. – 517 (33,5 %), 2 st. – 499 (32,4 %), 3 st. – 312 (20,2 %), 4 st. – 88 (5,7 %) ir 125 – nenurodyta (8,1 %); tarp vyrų krūties vėžio 1 st. nustatyta 21,4 %, 2 st. – 35,7, 3 st. – 28,6, 4 st. – 7,1 %, nenurodyta – 7,1 % (2).

PROFILAKTINĖ KRŪTŲ PATIKRA PAGAL PROGRAMĄ

Literatūroje nurodoma, kad mirštamumas nuo krūties vėžio pradeda mažėti, kai užtikrinama ankstyva KV diagnostika ir pacientės gauna visavertį, modernų gydymą. Įdiegus profilaktines krūtų patikros programas, mirštamumas nuo KV ima mažėti po 10–15 metų. Anglijoje profilaktinė krūtų patikros programa vykdoma nuo 1988 m., Norvegijoje – nuo 1995 m., Švedijoje – nuo 1974 metų. Įdiegus profilaktinę patikros programą, KV, o ypač duktalinės karcinomos *in situ* (DCIS), daugėja: 1976–1986 m. JAV DCIS padaugėjo 235 %, KV – 50 %. 1983–1992 m. JAV DCIS padaugėjo 500 % ir tebedaugėja. 1983 m. DCIS sudarė 3 %, 2003 m. – 28 % naujai diagnozuotų krūties vėžio atvejų (3). Ca *in situ* dažnis tarp 50 m. ir vyresnių moterų JAV stabilizavosi, bet didėja tarp jaunesnių nei 50 m. moterų (1,9 % per 1998–2010 m.) (6).

Įdiegus profilaktinę mamografiją, KV atvejų paprastai padaugėja, nes nustatomas vėžys, kuris kliniškai pasireikštų ir ne patikros metu būtų nustatytas po 1–3 metų. JAV tokia krūties vėžio atvejų padaugėjimo tendencija pasireiškė 1980 m., o 2002–2003 m. KV atvejų sumažėjo iki 7 % po to, kai buvo paskelbti *Women's Health Initiative* atsitiktinės atrankos tyrimo rezultatai apie pakaitinės hormonų terapijos poveikį KV vystytis (7, 8). JAV įdiegus profilaktinės patikros programą, mirštamumas nuo krūties vėžio pradėjo mažėti praėjus maždaug 20 m. nuo programos vykdymo pradžios (6).

Nuo 1990 m. daugelyje Europos šalių sulėtėjo mirštamumo nuo KV augimas, o nuo 1995 m. pastebimas ir mirštamumo nuo KV mažėjimas (9).

Mirštamumas nuo krūties vėžio JAV 1975–1990 m. didėjo 0,4 % per metus, 1990–2010 m. sumažėjo 34 % (10). Ekspertai pabrėžia, kad mirštamumo nuo krūties vėžio sumažėjimas yra susijęs tiek su ankstyva diagnostika, tiek ir su geresniu gy-

dymu (11). Nurodoma, kad JAV didesnis mirštamumas nuo KV yra tarp afroamerikiečių. Didesnį mirštamumą sąlygojančios priežastys – žemesnis išsilavinimas, neturtas, sveikatos draudimo neturėjimas (12–14).

Lietuvoje profilaktinė krūtų patikros programa pradėta vykdyti 2005 metais. Iš PSDF biudžeto apmokamas 50–69 m. moterų krūtų mamografinis tyrimas kas dveji metai. Užsienio autorių duomenimis, siekiant sumažinti mirštamumą nuo KV, pagal programą būtina patikrinti 80 % tikslinės grupės moterų. Šiuo metu, remiantis Valstybinės ligonių kasos duomenimis, patikrinama apie 30 % tikslinės grupės moterų, tačiau planuojama patikrą išplėsti iki 60 %. Svarbus momentas – priartinti paslaugas prie gyventojų, t. y. aprūpinti mamografais visas sveikatos priežiūros įstaigas, kuriose dirba gydytojai radiologai, pvz., Vilkaviškio, Telšių. Kaip nurodo ASPĮ, vykdamas profilaktinės krūtų patikros programą, rajonuose labai trūksta mamografų, jiems būtinas dažnas kalibravimas. VLK duomenimis, optimali mamografo apkrova – mamogramos 10–50-iai pacienčių per dieną.

Svarbus yra ir visuomenės požiūris į profilaktinius sveikatos patikrinimus. VŠĮ MTVC užsakytu Visuomenės nuomonės ir rinkos tyrimų centru VILMORUS apklausė Lietuvos gyventojus. Paaiškėjo, kad 26 % gyventojų patys tikrinosi sveikatą per paskutinius 12 mėnesių, 10,6 % nurodė, kad sveikatą tikrinosi jų šeimos nariai. Maždaug pusė gyventojų nurodė, kad sveikatos profilaktiškai nesitikrina. Priežastys: 33,1 % nesitikrino, nes jų savijauta gera; 9,8 % manė, kad patikrinimo nereikia; 2,9 % manė, kad reikia brangiai mokėti; 4,1 % nesitikrino, nes reikia daug laiko; 1,4 % nežinojo, kur kreiptis; 0,8 % manė, kad profilaktiniai tyrimai neefektyvūs; 3 % nesitikrino, nes toli vykti pas gydytoją (15). Taigi labai svarbu informuoti visuomenę apie profilaktinių patikrinimų naudą ir galimybes juos atlikti.

Apklaustų respondentų žinios apie krūtų profilaktinę patikros programą: 32,5 % apklaustųjų apie krūtų patikros programą žino viską; 44,2 % žinojo šiek tiek; 20,6 % nežinojo nieko. Apie patikros programą 48,7 % sužinojo iš žiniasklaidos, 40,6 % – iš šeimos gydytojo, 8,6 % – iš pažįstamų, 2,1 % – iš kitų šaltinių (interneto, plakatų poliklinikoje, šeimos narių). Taigi labai svarbu didinti profilaktinės krūtų patikros programos žinomumą, šviesti visuomenę, skleidžiant informaciją,

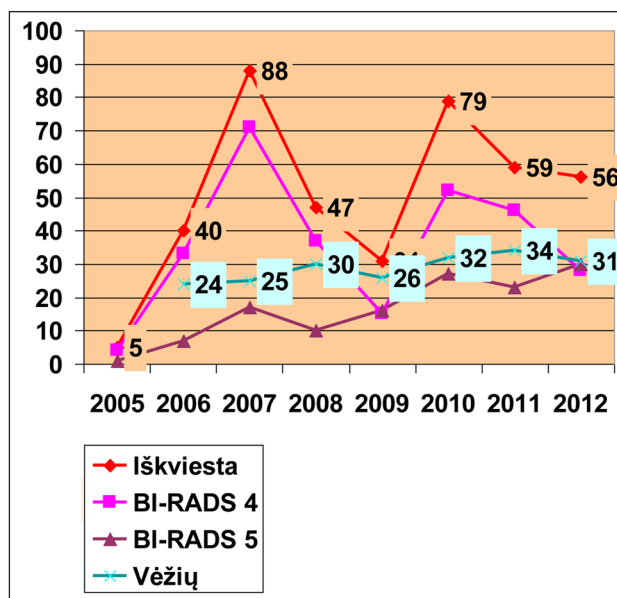
reikėtų orientuotis į žiniasklaidą bei šeimos gydytojus – populiariausius informacijos šaltinius.

Taip pat respondentų klausta, kaip jie vertina onkologinių paslaugų prieinamumą: 49,1 % nurodė, kad sunkumų neturėjo, 25,9 % atsakė, kad reikėjo ilgai laukti gydytojo specialisto konsultacijos, 12,9 % nurodė, kad sunku patekti į onkologijos įstaigą, 5,2 % ilgai laukė stacionaraus gydymo, 6,9 % nurodė kitus sunkumus (15).

Apibendrinant galima teigti, kad būtina supažindinti visuomenę ir šeimos gydytojus su profilaktinių sveikatos patikrinimų nauda, profilaktinės patikros programų rezultatais, taip pat reikia priartinti paslaugas prie vartotojo, pagerinti specializuotų onkologinių paslaugų prieinamumą.

Dalyvavimas krūtų patikros programoje Lietuvoje yra akivaizdžiai nepakankamas, pasitikrina tik 30 % tikslinės grupės moterų. Nėra bendros sistemos, kuri padėtų įvertinti profilaktinės krūtų patikros rezultatus, todėl sunku vertinti realų patikros vykdymo mastą ir rezultatus. Buvo išanalizuoti iškvieštų pagal programą dėl galimų piktybinių ir piktybinių ligų moterų duomenys VUOI 2006–2011 metais. Duomenys pristatyti 2013 m. *St. Galleno* krūties vėžio konferencijoje (16). Pastebėjome, kad radus įtartinų pakitimų profilaktiškai atliktose mamogramose ir dėl to iškvietus moteris papildomiems tyrimams, nustatyta daug III ir net IV stadijos KV. Taip pat akivaizdu, kad pagal programą šeimos gydytojai siunčia tikrintis moteris, kurios turi nusiskundimų arba pakitimai krūtyse matomi akimi ir gerai apčiuopiami (buvo išopėjusių auglių, iki 8 cm dydžio auglių, deformavusių krūtį). Taigi pagal programą buvo siunčiamos pasitikrinti moteris, kurios po pirminės apžiūros turėtų iškart pakliūti pas krūtų ligų specialistą, nes pakitimai akivaizdūs. Todėl reikia atkreipti šeimos gydytojų dėmesį, kad pagal programą turėtų būti tiriamos „sveikos“ moteris, t. y. tos, kurios neturi akivaizdžių organinių krūties susirgimo požymių. Papildomiems tyrimams po profilaktinės mamografijos iškvieštų pacienčių dinamika NVI pavaizduota 1 paveiksle.

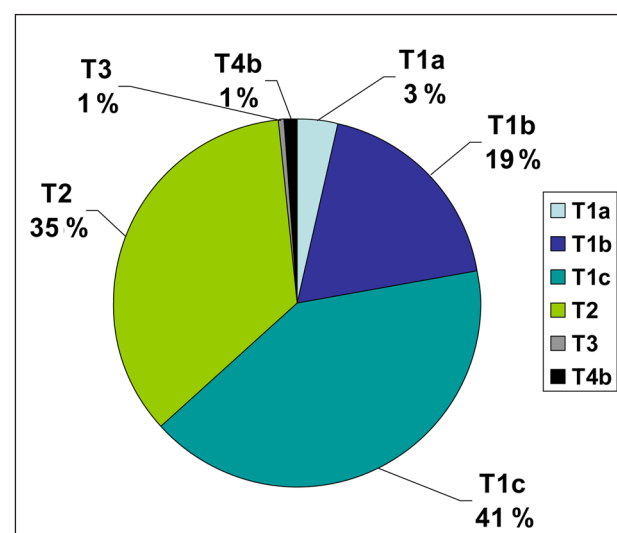
Pagal dydį vyravo T1 (63 %), T2 (35 %) navikai, tačiau po 1 % sudarė T3 ir T4b navikai, kurie, akivaizdu, turėjo būti iš karto nustatyti po pirminės šeimos gydytojo apžiūros, o pacientės atsiųstos onkologo konsultacijai. Po iškvietimo pagal programą operuotų pacienčių navikų dydžiai pateikti 2 paveiksle.



1 pav. Iškviestų pagal programą pacienčių dinamika NVI 2005–2012 m.

Po operacijos moterų, iškvieštų pagal programą į NVI, pažasties limfmazgiuose nerasta metastazių 65 % atvejų, N1 nustatyta 21 %, N2 – net 5 %, N3 – 9 % pacienčių.

Norint pagerinti krūtų ligų diagnostiką ir gydymo rezultatus Lietuvoje, manome, reikėtų sustiprinti pirminę patikros grandį, t. y. didesniuose miestuose arčiau asmenų gyvenamosios vietos organizuoti pirminius krūtų patikros kabinetus. Čia moteris galėtų būti konsultuojamos, joms pagal amžių ir KV riziką atliekami reikalingi tyrimai:



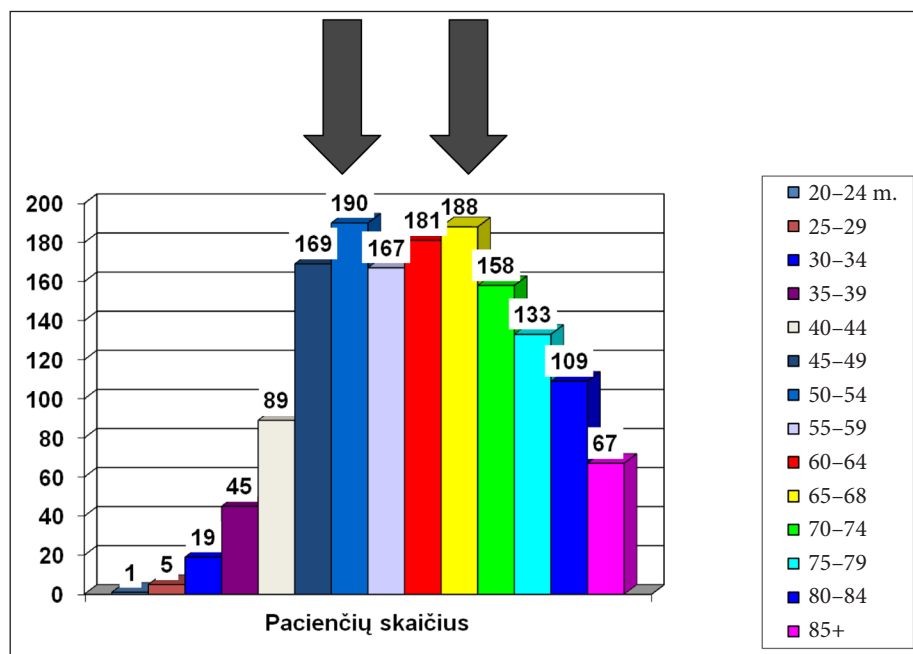
2 pav. Po iškvietimo pagal programą operuotų NVI pacienčių navikų dydžiai

mamografija, echoskopija, esant reikalui – citologinis tyrimas. Galbūt atlikti šiuos tyrimus galėtų pasiūsti šeimos gydytojas, ginekologas. Tuomet specialistų neužtvindytų profilaktinių patikrinimų srautas, o asmenys, kuriems reikalinga specializuota onkologinė pagalba, greičiau patektų pas gydytoją specialistą. Radus pakitimų, kuriems reikalingi sudėtingesni tyrimai (pritaikomos mamogramos, mamosintezės, krūtų MRT, stulpelinės biopsijos), neaiškių, įtartinų ar piktybinių pakitimų, pacientės galėtų būti siunčiamos pas specialistą. Be abejo, būtų racionalu, jei šiuos pirminius kabinetus ir specializuotas įstaigas sietų bendra duomenų sistema, specialistai galėtų matyti pirminio lygio tyrimus, o pirminio lygio gydytojai – tolesnę eigą, tyrimus, gydymą, rekomendacijas. Kai kuriose poliklinikose pacientės nuodugnai ištiriamos dėl krūtų susirgimų ir į specializuotą įstaigą atvyksta su atliktomis mamogramomis, echoskopija, citologiniu ar histologiniu tyrimu. Tuomet specializuotoje įstaigoje prireikus atliekami papildomi tyrimai (pritaikomos mamogramos, krūtų MRT, kompiuterinė tomografija) ir, aptarus multidisciplinėje komandoje, sudaromas gydymo planas. Specializuotoje įstaigoje reikėtų koncentruoti moteris, kurios pasižymi didesne rizika susirgti krūties vėžiu, t. y. tas, kurioms nustatytos BRCA mutacijos, kurioms vaikystėje buvo taikytas spindulinis gydymas.

Išanalizavę duomenis apie profilaktinės patikros rezultatus NVI, manome, kad būtina skleisti ir nuolat atnaujinti informaciją, pateikiamą šeimos gydytojams ir ginekologams, nuolat priminti, kurias moteris reikėtų siųsti pasitikrinti pagal programą, kokie yra organinės patologijos požymiai, kaip interpretuojami tyrimai.

Taip pat svarbu nepamiršti tų moterų, kurios pagal programą netiriamos. Šiai grupei reikėtų skirti ypatingą dėmesį, nes jaunų moterų KV gydymo rezultatai dažnai blogesni nei vyresnių moterų. Kaip matome 3 pav. pateiktame grafike, sudarytame pagal 2011 m. Vėžio registro duomenis, profilaktinės patikros programa apima 50–69 metų moteris (stulpeliai pažymėti rodyklėmis). Tačiau krūties vėžiu, deja, serga ir jaunesnės nei 50 metų moterys (2009 m. – 328, 2011 m. – 330), ir vyresnės nei 70 m. (2009 m. – 467, 2011 m. – 443), todėl dėl krūties vėžio reikėtų tikrinti ir šio amžiaus moteris.

Ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas moterims, kurių artimos giminaitės sirgo KV. Jei pacientės mama ar sesuo sirgo krūties vėžiu, rizika susirgti KV padidėja 4 kartus. Jei sirgo dvi ar daugiau giminaičių, rizika susirgti KV padidėja 5 kartus. Rizika susirgti dar didesnė, jei pirmos eilės giminaitė susirgo krūties vėžiu būdama jaunesnė nei 50 metų. Jei giminaitė sirgo kiaušidžių



3 pav. Sergamumas KV Lietuvoje pagal amžių (2011 m. duomenys). Rodyklėmis pažymėtos pagal profilaktinę programą tikrinamos amžiaus grupės

vėžiu, ypač jei ji susirgo būdama jaunesnė nei 50 m., rizika susirgti krūties vėžiu padidėja 2 kartus. Nustaćius BRCA genų mutacijas, krūties vėžio rizika šauga iki 60 %, palyginti su 12 % rizika susirgti per gyvenimą nesant mutacijų.

BRCA mutacijos nustatomos 5–10 % moterų, sergančių krūties vėžiu. *BRCA1* ir *BRCA2* mutacijos sukelia 3–8 % visų krūties vėžio ir 15–20 % šeiminio krūties vėžio atvejų (5, 17).

BRCA1 (17-oje chromosomoje) ir *BRCA2* (13-oje chromosomoje) mutacijos paveldimos autosominiu dominantiniu būdu. Manoma, kad abu genai slopina vėžines ląsteles. BRCA mutacijų dažnis skiriasi tarp skirtingų rasių ir etninių grupių moterų: BRCA mutacijos nustatomos 3,5 % ispanių, 2,2 % baltųjų ne ispanių, 1,3 % juodaodžių ir 0,5 % azijiečių. Moterų, kurioms nustatytos *BRCA1* ar *BRCA2* genų mutacijos, rizika per gyvenimą susirgti krūties vėžiu yra 50–80 %.

BRCA1 mutacija nustatoma 7 % šeimų, kuriose buvo daugybinių KV atvejų, ir 40 % šeimų, kuriose sergama krūties ir kiaušidžių vėžiu. Moterų, kurioms nustatyta *BRCA1* mutacija, rizika susirgti kiaušidžių vėžiu yra 40 %. *BRCA1* nešiotojų krūties vėžys dažniau būna blogos diferenciacijos, estrogenų, progesteronų ir HER 2 receptoriai būna neigiami, dažniau nustatomas bazinis fenotipas.

BRCA2 mutacija nustatoma 10–20 % šeimų, kuriose sergama krūties ir kiaušidžių vėžiu, ir tik 2,7 % atvejų, kai krūties vėžiu susergama ankstyvame amžiuje. Moterims, turinčioms *BRCA2* mutaciją, rizika susirgti kiaušidžių vėžiu yra 10 %. *BRCA2* mutacijų nešiotojų krūties vėžys dažniau būna blogos diferenciacijos, ER ir PR dažniau būna teigiami, HER 2 receptoriai neigiami, dažniau nustatomas liuminalinis tipas. *BRCA2* mutacija yra susijusi ir su vyrų krūties vėžiu.

Li-Fraumeni sindromas, kurį sukelia *TP53* mutacija, yra susijęs su 1 % šeiminio krūties vėžio atvejų. 25 % pacienčių, sergančių šiuo sindromu, išsivysto abipusis KV. Šiam sindromui būdingas daugybinis vėžys: sarkomos, smegenų augliai, leukemija, gerklų ir plaučių vėžys. Sindromas paveldimas autosominiu dominantiniu būdu, rizika susirgti KV yra 90 % (17).

Lietuvoje, Žmogaus genetikos centre, yra atliekami genetiniai *BRCA1* ir *BRCA2* tyrimai. Jie rekomenduojami moterims, kurių šeimoje buvo ankstyvų krūties ir/ar kiaušidžių vėžio atvejų. Nustaćius minėtas mutacijas, galima apskaičiuoti

moters riziką susirgti krūties ar kiaušidžių vėžiu ir, esant didelei rizikai, rekomenduoti profilaktines operacijas – gimdos priedų pašalinimą ir / ar abipuses mastektomijas su vienmometinėmis rekonstrukcijomis implantais (18).

Esant didesnei krūties vėžio rizikai, kai kurie specialistai rekomenduoja KV chemoprevenciją tamoksifenu ar raloksifenu. Ypač daug apie KV chemoprevenciją kalbama JAV (19–21). Lietuvoje KV chemoprevencija netaikoma. 2010 m. *National Health Interview Survey* duomenimis, chemoprevencija nuo krūties vėžio atvejais JAV naudojama retai (rečiau nei 1 % atvejų), truputį dažniau nuo 2000 m., o nuo 2007-ųjų vis dažniau vartojamas raloksifenas (22). Šiuo metu Amerikos klinikinės onkologijos draugija (angl. *American Society of Clinical Oncology*) svarsto galimybę kaip KV chemoprevencijos priemonę naudoti ir eksemstaną.

2002 m. PSO, remdamasi atsitiktinės atrankos tyrimais, padarė išvadą, kad profilaktinė mamografija sumažina mirštamumą nuo KV 25 % (23, 24). Švedijoje mirštamumas nuo KV nuo 1989–2005 m. sumažėjo 16 % dėka efektyvios patikros programos, modernaus gydymo. Nustatyta, kad patikra sumažino mirties nuo krūties vėžio riziką 25–30 % (25–27).

Cochrane collaboration 2009 m. paskelbtais duomenimis, mamografinė patikra sumažino mirštamumą nuo krūties vėžio 15 %, bet padidino nerimą ir nebūtinų chirurginių ekscizijų skaičių. Tačiau dauguma tarptautinių organizacijų rekomenduoja profilaktiškai atlikti mamografiją kas 2 metus 50–74 m. moterims (28).

Diskutuojuama ir apie dėl profilaktinės patikros atsiradusią krūtų ligų hiperdiagnostiką (angl. *overdiagnosis*), per daug aktyvų gydymą radus pakitimų mamogramose (angl. *overtreatment*). Mamografija nustato ankstyvą vėžį, bet nenusako, ar tas vėžys progresuos, ar jis pavojingas (29).

Naujausių tyrimų duomenys leidžia manyti, kad mirštamumą nuo KV, be ankstyvos diagnostikos, mažina KV gydymo pažanga. Išanalizavus mirštamumą nuo KV JAV 1975–2000 m., padaryta išvada, kad 50 % atvejų mirštamumas nuo KV sumažėjo dėl patikros metu aptiktų ankstyvų pakitimų, kiti 50 % – dėl KV gydymo pažangos (11).

Išanalizavus mirštamumo nuo KV pokyčius, pastebėta, kad 1989–2006 m. mirčių, susijusių su KV, mažėja šalyse, kuriose pacientams skiriamas

modernus gydymas: Islandijoje, Anglijoje / Velse, Ispanijoje, o šalyse, kuriose tokį gydymą pacientės gauna ne visada, mirčių nuo KV nemažėja, o kartais net daugėja. Prie šių šalių priskiriama Rumunija, Estija ir, deja, Lietuva. Mirštamumo nuo KV ženklaus sumažėjimo galima tikėtis šalyse, kuriose jis buvo didelis 1980 m., o 9-ajame dešimtmetyje pradėta ir aktyviai vykdoma profilaktinės patikros programa (30), greitai priimami ir yra prieinami nauji gydymo metodai, veikia specializuotos krūties vėžio klinikos, multidisciplininės komandos (31, 32). Europos Komisijos vertinimu, paskelbtu 2008 m., ir PSO 2009 m. duomenimis, Vidurio Europoje mirštamumas nuo KV nemažėja dėl blogai organizuotos, nepakankamos patikros programos (33), per mažo skaičiaus mamografų, lėto vaistų patekimo į rinką, mažų išlaidų sveikatos apsaugai (34).

Tačiau turbūt ne viską galima paaiškinti investicijomis. Kai kuriose šalyse mirštamumas nuo krūties vėžio nesumažėjo taip labai, kaip buvo tikėtasi. Tarkime, Prancūzija turi daugiausia mamografų milijonui moterų (35), vaistams čia išleidiama daugiausia lėšų visoje Europoje, moterims prieinamas moderniausias ir naujausias gydymas (36), daug dėmesio skiriama protokolams optimizuoti (37), tačiau mirštamumo nuo KV sumažėjimas kur kas mažesnis, nei tikėtasi. Manome, kad labai svarbus visuomenės ir pirminės grandies medikų švietimas, specialistų tobulinimasis, investicijos į naujas technologijas, diagnostikai ir gydymui skirtą aparatūrą, medikamentų prieinamumas. Ypatinę reikšmę gydant krūties vėžį turi profesionali multidisciplininė komanda, galinti įvertinti visas ligos ir paciento charakteristikas.

IŠGYVENAMUMAS

Išsivysčiusiose šalyse krūties vėžys nustatomas vis ankstyvesnės stadijos, didėja moterų išgyvenamumas. Didžiosios Britanijos vėžio tyrimo institutas prognozuoja, kad daugiau nei du trečdaliai moterų, kurioms diagnozuotas krūties vėžys, gali išgyventi daugiau nei 20 metų (38).

Bendrasis išgyvenamumas sergant krūties vėžiu išsivysčiusiose šalyse yra apie 90 %: *in situ* – 100 %, 1 st. – 98 %, 2 st. – 83 %, 3 ir 4 st. – 23 % (4). JAV 5 metus išgyvena 100 % moterų, kurioms nustatyta 0 ir 1 st., 93 % – 2 st., 72 % – 3 st., 22 % – 4 st. (3).

1 lentelė. Sergančiųjų KV išgyvenamumas Europoje

Stadija	Pakitimai	Išgyvena 5 m. (%)	Išgyvena 10 m. (%)
0 (<i>in situ</i>)	DCIS, KV < 5 mm	98	95
1	T < 2 cm, N0	85	75
2,3	N 1–2	55	40
4	Mts	10	2

2 lentelė. Reliatyvus išgyvenamumas 5 m. sergant KV pagal stadijas Lietuvoje (duomenys pristatyti Senologijos draugijos konferencijoje 2013 m. gegužę)

I	90
II	74,9
III	42,9
IV	14,0
Nenurodyta	34,5

Lietuvoje išgyvenamumas pagal stadijas kur kas mažesnis. Blogiausias išgyvenamumas sergant KV nustatytas jaunesnių nei 39 m. moterų, kurios sirgo 1–2 stadijos KV, ir vyresnių nei 70 m. moterų, sirgusių 3–4 stadijos KV. Geriausia prognozė sergant KV 40–49 m. amžiaus grupėje.

Svarbią įtaką išgyvenamumui turi estrogenų, progesteronų ir HER receptoriai. Blogesnis yra trejopai neigiamu vėžiu sirgusių pacienčių išgyvenamumas nepriklausomai nuo stadijos: nustatčius trejopai neigiamą KV, 5 m. išgyvenamumas – 55 %, ER/PER+, HER 2 + 5 m. išgyvenamumas yra 84 %. Kai liga pasikartoja, labai svarbus veiksnys yra laikas, praėjęs nuo susirgimo iki ligos atkryčio. Žinoma, kad po kompleksinio gydymo atsinaujina maždaug 5 % krūties vėžio atvejų. Jei liga atsinaujina greitai (per 5 m.) ir lokaliai, atokiųjų metastazių ir progresavimo tikimybė per 5 m. siekia 50 %, o išgyvenamumas – 61 %, 10 m. atokaus išplitimo tikimybė – 69 %. Jei liga atsinaujina vietiskai ir vėliau nei po 5 m., prognozė gana palanki (4, 39).

Lietuvoje daugiau kaip metus 2010 m. išgyveno 11 136 anksčiau nuo krūties vėžio gydytų moterų, daugiau kaip 5 m. – 7 075, daugiau kaip 10 m. – 3 822, iš viso 12 357.

2005 m. tarp susirgusiųjų krūties vėžiu Lietuvoje metus išgyveno 91,3 %, 5 m. ir daugiau – 71,1 %; iš 2006 m. susirgusių KV moterų metus išgyveno 92,6 %, 5 m. – 73,4 % pacienčių.

Krūties vėžiu susirgusių moterų 5 metų reliatyvusis išgyvenamumas Lietuvoje buvo 70 %. Didžiausi moterų išgyvenamumo rodikliai nustatyti 51–59 m. amžiaus grupėje (73,6 %), kiek mažesni – 60–74 m. grupėje (69,3 %), o vyriausių moterų išgyvenamumas buvo mažiausias (54,4 %) (2). Šiaurės ir Vidurio Europos šalyse 5 m. išgyvena per 82 % KV sergančių moterų, kiek mažesni išgyvenamumo rodikliai Lenkijoje, Čekijoje ir Slovėnijoje (apie 73 %). Mažus išgyvenamumo rodiklius kai kuriose Europos šalyse lemia vėlyvas diagnozės nustatymas, įtakos išgyvenamumui taip pat turi ir tinkamo gydymo pasiekiamumas (27).

Lietuvoje labai žemas vyrų, sergančių KV, išgyvenamumas: 2010 m. daugiau kaip metus gyveno 67 %, daugiau kaip 5 m. – 35 %, daugiau kaip 10 metų – 16 %; pastaraisiais metais nė vienam vyrui liga nenustatyta 1-os stadijos (2). Į šią problemą taip pat reikėtų atkreipti dėmesį, priminti visuomenei ir pirminės grandies gydytojams apie vyrų krūties vėžį, jo simptomus.

IŠVADOS

Siekiant sumažinti mirštamumą nuo krūties vėžio, reikia kontroliuoti ir eliminuoti KV rizikos veiksnius (nutukimą, alkoholio vartojimą, rūkymą), skatinti fizinį aktyvumą.

Būtina sukurti moterų, kurioms nustatytos BRCA mutacijos, registrą, jas koncentruoti ir stebėti / gydyti specializuotuose centruose.

Reikalinga bendra duomenų bazė, kur būtų galima kaupti ir analizuoti duomenis apie sergančiuosius krūties vėžiu Lietuvoje, bendras šalies profilaktinės krūtų patikros protokolas. Tai palengvintų rezultatų analizę, leistų išaiškinti silpnąsias vietas, ištaisyti klaidas ir pasiekti geresnių rezultatų. Būtina sukurti šios programos vykdymo kontrolės mechanizmus, užtikrinti kur kas didesnę moterų dalyvavimą.

Reikia optimizuoti Vėžio registro darbą – vis dėlto daugeliu atvejų nenurodoma ligos stadija. Reikėtų turėti bendrą Lietuvos krūties vėžio registrą, kuriame tiksliai atsispindėtų tyrimai, stadija, gydymas, baigtys. Tuomet būtų galima analizuoti duomenis šalies mastu.

KV gydymui individualizuoti ir optimizuoti būtina multidisciplininė komanda, daugiaprofiliniai aptarimai. Tuomet išanalizuojami visi nagri-

nėjamo atvejo radiologiniai, patologiniai niuansai, parenkamas optimalus gydymas. Toks aptarimas reikalingas pradedant kiekvieno onkologinio paciento gydymą – atlikus stulpelinę biopsiją, žinant, kokį vėžį gydysime, tyrimo ir gydymo taktika aptariama komandos. Esant ankstyvų stadijų pakitimams, prieš operaciją pakitimai aptariami dalyvaujant chirurgams, radiologams, patologams ir chemoterapeutams, parenkamas optimalus gydymo būdas (operacija / chemoterapija), parenkama tinkama operacijos apimtis (tausojanči operacija / mastektomija / mastektomija + rekonstrukcija). Todėl sergančiųjų KV srautą reikėtų koncentruoti sertifikuotuose, specializuotuose centruose.

Galimos didelio mirštamumo nuo KV Lietuvoje priežastys: vėlyva diagnostika, gydymo niuansai.

Siekiant pagerinti diagnostiką, reikėtų šviesti visuomenę (socialinės akcijos, laidos radijuje, televizijoje, internete). Būtina skatinti moteris tikrintis pagal atrankinę ankstyvosios diagnostikos programą. Įvairiose šalyse sėkmingai veikia įvairūs programos vykdymo modeliai: kvietimai gali būti teikiami per darbdavius, „pasiekti“ tikslinę grupę galima per žiniasklaidą, pirminės grandies gydytojus. Reikia žiniasklaidoje, periodiniuose medicinos leidiniuose pateikti KV statistiką, supažindinti su ligos simptomais, nurodyti, kur galima kreiptis, kaip tai padaryti. Būtina periodiškai priminti ir atnaujinti žinias apie krūties vėžio diagnostikos, gydymo naujoves, sergamumo ir mirštamumo tendencijas, informuoti šeimos gydytojus ir ginekologus: supažindinti su krūtų ištyrimo metodika, galimais pakitimais, gydymo variantais, išėjimais, skatinti bendradarbiauti. Atkreiptinas dėmesys į „neprograminio“ amžiaus moterų patikrą, ypač jaunesnių nei 50 m., priminti visuomenei bei pirminės grandies gydytojams apie vyrų krūties vėžio galimybę. Reikėtų sustiprinti pirminės krūtų patikros grandį. Tuomet pirminė krūtų patikra būtų atliekama arčiau paciento, pas specialistą pakliūtų tik neaiškūs atvejai ir pacientai, kuriems reikalingi sudėtingi tyrimai ir / ar gydymas. Būtina pagerinti krūtų specialisto konsultacijos prieinamumą.

Literatūra

1. Nacionalinė sveikatos taryba. Nutarimas dėl valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės programos įgyvendinimo, Nr. N-3, 2006 m. spalio 26 d. Available from: http://www3.lrs.lt/pls/inter/www_tv.show?id=60463,9436,4
2. Cancer incidence in Lithuania in 2011. Lithuanian Cancer. Available from: <http://www.nvi.lt/index.php?-1413089819>
3. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2014 [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2014. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/acspc-042151.pdf>
4. Re JP, Blanco Villalba M, Streich G. Breast cancer overall survival: Local statistics versus international statistics. *J Clin Oncol*. 2010; 28(15 Suppl): e12059.
5. 2009 Update: When Should Women Start Regular Mammograms? 40? 50? And How Often is “Regular”? [Internet]. National Research Center for Women & Families; 2009. Available from: <http://www.stopcancerfund.org/posts/211>
6. DeSantis C, Ma J, Bryan L, Jemal A. Breast cancer statistics, 2013. *CA Cancer J Clin*. 2014; 64: 52–62. doi: 10.3322/caac.21203.
7. Ravdin PM, Cronin KA, Howlader N, Berg CD, Chlebowski RT, Feuer EJ, et al. The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. *N Engl J Med*. 2007; 356: 1670–4.
8. Coombs NJ, Cronin KA, Taylor RJ, Freedman AN, Boyages J. The impact of changes in hormone therapy on breast cancer incidence in the US population. *Cancer Causes Control*. 2010; 21: 83–90.
9. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer*. 2001; 37: S4–66.
10. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse SF, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2010 [Internet]. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2013 [cited 2014 Apr]. Available from: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/.
11. Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, Fryback DG, Clarke L, Zelen M, et al. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Engl J Med*. 2005; 353: 1784–92.
12. Sprague BL, Trentham-Dietz A, Gangnon RE, Ramchandani R, Hampton JM, Robert SA, et al. Socioeconomic status and survival after an invasive breast cancer diagnosis. *Cancer*. 2011; 117: 1542–51.
13. Halpern MT, Bian J, Ward EM, Schrag NM, Chen AY. Insurance status and stage of cancer at diagnosis among women with breast cancer. *Cancer*. 2007; 110: 403–11.
14. Harper S, Lynch J, Meersman SC, Breen N, Davis WW, Reichman MC. Trends in area-socioeconomic and race-ethnic disparities in breast cancer incidence, stage at diagnosis, screening, mortality, and survival among women ages 50 years and over (1987–2005). *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009; 18: 121–31.
15. Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginis vertinimas. Galutinė vertinimo ataskaita. Vilnius; 2013. Available from: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Ataskaitos_2011MVP/Sveik_sekt_prioritetu_2014-2020m_ES_struk_paramos_pan_vertinimo_1_priedas.pdf
16. Gudavičienė D, Briedienė R, Skaisgirytė A, Kanopienė D, Steponavičienė L, Šnirienė R, Obžigailovas E. Breast cancer screening results in Institute of Oncology. Vilnius University; 2013.
17. Cancer.gov [Internet]. BRCA1 and BRCA2: Cancer Risk and Genetic Testing. Available from: <http://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/genetics/brca-fact-sheet>
18. Genetika.lt [Internet]. Available from: <http://www.brca.genetika.lt/>.
19. Nelson HD, Smith ME, Griffin JC, Fu R. Use of medications to reduce risk for primary breast cancer: a systematic review for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2013; 158: 604–14.
20. Bevers TB, Armstrong DK, Arun B, Carlson RW, Cowan KH, Daly MB, et al. Breast cancer risk reduction. *J Natl Compr Canc Netw*. 2010; 8: 1112–46.
21. Visvanathan K, Hurley P, Bantug E, Brown P, Col NF, Cuzick J, et al. Use of pharmacologic interventions for breast cancer risk reduction: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *J Clin Oncol*. 2013; 31: 2942–62.
22. Waters EA, McNeel TS, Stevens WM, Freedman AN. Use of tamoxifen and raloxifene for breast cancer chemoprevention in 2010. *Breast Cancer Res Treat*. 2012; 134: 875–80.

23. Miller AB, Baines CJ, To T, Wall C. Canadian National Breast Screening Study: 2. Breast cancer detection and death rates among women aged 50 to 59 years. *CMAJ*. 1992; 147(10): 1477–88.
24. Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Rydén S, et al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet*. 1993; 341(8851): 973–8.
25. Swedish Organised Service Screening Evaluation Group. Reduction in breast cancer mortality from organized service screening with mammography: 1. Further confirmation with extended data. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006; 15: 45–51.
26. Swedish Organised Service Screening Evaluation Group. Reduction in breast cancer mortality from organized service screening with mammography: 2. Validation with alternative analytic method. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006; 15: 52–6.
27. Autier Ph, Boniol M, LaVecchia C, Vatten L, Gavin A, Héry Cl, et al. Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European countries: retrospective trend analysis of WHO mortality database. *BMJ*. 2010; 341: c3620. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c3620>.
28. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 4: CD001877. doi: 10.1002/14651858.CD001877.pub3.
29. Feldscher K. Does mammography screening save lives? [Internet]. Available from: <http://www.hsph.harvard.edu/news/features/vatten-mammography-screening/>.
30. NHS Cancer Screening Programmes [Internet]. NHS breast screening programme. Available from: www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/index.html
31. Bradburn MJ, Altman DG, Smith P, Fentiman IS, Rubens RD. Time trends in breast cancer survival: experience in a single centre, 1975–89. *Br J Cancer*. 1998; 77: 1944–9.
32. Pisani P, Forman D. Declining mortality from breast cancer in Yorkshire, 1983–1998: extent and causes. *Br J Cancer*. 2004; 90: 652–6.
33. von Karsa L, Anttila A, Ronco G, Ponti A, Malila N, Arbyn M, et al. Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening – First report [Internet]. European Commission; 2008. Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf
34. World Health Organization [Internet]. WHO statistical information system. 2009. Available from: www.who.int/whosis/.
35. Autier P, Ouakrim DA. Determinants of the number of mammography units in 31 countries with significant mammography screening. *Br J Cancer*. 2008; 99: 1185–90.
36. Jonsson B, Wilking N. A global comparison regarding patient access to cancer drugs. *Ann Oncol*. 2007; 18(3): 1–74.
37. Ray-Coquard I, Philip T, de Laroche G, Froger X, Suchaud JP, Voloch A, et al. Persistence of medical change at implementation of clinical guidelines on medical practice: a controlled study in a cancer network. *J Clin Oncol*. 2005; 23: 4414–23.
38. CancerResearchUK.org [Internet]. Breast cancer statistics. Available from: <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/breast-cancer>
39. BreastCancer.org [Internet]. Available from: <http://www.breastcancer.org/>.

Daiva Gudavičienė, Laura Steponavičienė,
Nadežda Lachej

BREAST CANCER IN LITHUANIA

Summary

Background. Breast cancer is one of the most common women oncologic diseases in Lithuania. In recent years, breast cancer incidence is surpassed only by the skin malignancy. Breast cancer treatment results in Lithuania are not reassuring. Breast cancer is the main cause of mortality due to cancer incidence among women. This encouraged to review breast cancer incidence, changes of morbidity and mortality due to breast cancer in Lithuania, and to compare Lithuanian trends with the results of other countries. In this paper it was attempted to find out the reasons why the survival results do not improve.

Materials and methods. Based on the Lithuanian Cancer Registry data, we analyzed the data and trends of morbidity and mortality due to breast cancer in Lithuania, and compared the Lithuanian statistics with the global data. We examined the published surveys about the preventive screening program. To find out how efficient the preventive screening program is, we analyzed the data of patients who were checked

under the program at the National Cancer Institute. The main source of information for finding data were the Lithuanian Cancer Registry, PubMed as well as Medscape databases.

Results. Under the preventive screening program only one-third of the target group women go through examination. Often, women that are sent for examination are already showing obvious symptoms of breast cancer. Survival rates after breast cancer treatment in Lithuania are lower compared to ones in the developed Western European countries. This may be caused by late disease diagnosis, and the lack of multidisciplinary approach and modern treatment.

Conclusions. In order to improve the survival rates of patients with breast cancer in Lithuania, it is important to identify the disease as soon as possible, to discuss the treatment tactics in the multidisciplinary team, as well the modern treatment must be available for the patients. We hope to observe a positive impact of the preventive screening program on the survival of patients with breast cancer in the coming years. It is important to educate society and family physicians about the breast cancer, its diagnosis and treatment trends and innovations.

Key words: breast cancer, incidence, mortality, prophylactic programme