

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**КАЗАХСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ**

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ.**

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ

Методические рекомендации

Алматы 2012

Ранняя диагностика рака шейки матки на уровне первичной медико-санитарной помощи. Цитологический скрининг. Методические рекомендации. – Под редакцией д.м.н.Нургазиева К.Ш. – Алматы, 2012

Авторский коллектив:

Кайрбаев М.Р. , Шибанова А.И., Жылкайдарова А.Ж., Чингисова Ж.К., Елеубаева Ж.Б., Кукубасов Е.К., Кусаинова Б.Т.

Под редакцией д.м.н. Нургазиева К.Ш.

Настоящие рекомендации разработаны в целях реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Саламатты Қазақстан», утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113, Программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы, утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 марта 2012 года № 366, в соответствии с Приказом И.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» с дополнениями и изменениями от 16 марта 2011 года № 145.

Рекомендации включают алгоритм цитологического скрининга в Республике Казахстан, правила забора материала, его подготовки для исследования, а также тактику ведения пациенток с патологическими результатами цитологического исследования на уровне ПМСП.

Рекомендации предназначены для организаторов здравоохранения, специалистов, принимающих участие в скрининговой программе по раннему выявлению предрака и рака шейки матки, оздоровлению предопухолевых процессов: медицинских сестер и акушерок ПМСП, акушер-гинекологов, специалистов отделений профилактики и социально-психологической поддержки.

Рецензенты:

Балтабеков Н.Т., д.м.н., профессор кафедры онкологии АГИУВ
Шалбаева Р.Ш., к.м.н., врач отделения онкогинекологии и опухолей молочной железы Казахского НИИ онкологии и радиологии

Методические рекомендации утверждены на Ученом Совете Казахского НИИ онкологии и радиологии, протокол № 7 от 28 июня 2012 года, утверждены и рекомендованы к тиражированию Экспертным Советом по вопросам развития здравоохранения МЗ РК, протокол № 16 от 24 сентября 2012 года.

Содержание

| | Стр. |
|--|-------------|
| Введение | 4 |
| I. Общая часть | 5 |
| Общая характеристика цервикального скрининга в | 5 |
| 1.1 Республике Казахстан | |
| 1.2 Этапы скрининга | 6 |
| II. Забор материала для цитологического исследования | 6 |
| Минимальное оснащение для взятия материала на | 6 |
| 2.1 цитологическое исследование (пап-тест) с шейки матки | |
| 2.2 Условия для взятия мазка | 7 |
| 2.3 Инструменты для взятия материала | 7 |
| 2.4 Техника осмотра шейки матки и влагалища | 8 |
| 2.5 Техника взятия материала | 9 |
| 2.6 Нанесение материала на стекло и фиксация | 10 |
| 2.7 Направление материала в лабораторию | 11 |
| 2.8 После взятия материала для Пап-теста | 11 |
| III. Интерпретация результатов цитологического исследования | 12 |
| IV. Ведение обследованного контингента | 13 |
| Клиническая тактика при цитологическом заключении | 13 |
| 4.1 ASCUS | |
| 4.2 Клиническая тактика при цитологическом заключении | 14 |
| ASC-N | |
| 4.3 Клиническая тактика при цитологическом заключении | 14 |
| LSIL | |
| 4.4 Клиническая тактика при цитологическом заключении | 14 |
| HSIL | |
| 4.5 Клиническая тактика при цитологическом заключении | 14 |
| AGC | |
| 4.6 Клиническая тактика при CIN | 15 |
| 4.7 Выбор метода лечения CIN II и CIN III | 17 |
| 4.8 Ножевая конизация | 19 |
| 4.9 Лечение осложнений | 20 |
| 4.10 Тактика ведения женщин после лечения | 20 |
| 4.11 Особые случаи | 21 |
| 4.12 Наблюдение | 22 |
| Приложения | 23 |

Введение

Рак шейки матки (РШМ) относится к числу потенциально предотвратимых заболеваний. Это связано с тем, что РШМ отличается медленным и преимущественно местным ростом, имеет длительный преинвазивный период и является доступным для осмотра органом. В развитых странах мира произошло драматическое снижение смертности от РШМ в последние десятилетия в связи с внедрением организованных скрининговых программ.

С момента первого использования пап-теста в качестве скринингового теста прошло 60 лет, однако до сих пор он остается одним из наиболее распространенных методов скрининга. Сравнительно недавно программы скрининга стали дополняться новыми тестами, такими как определение ВПЧ высокого онкогенного риска.

Несмотря на достигнутые в мире успехи по снижению заболеваемости и смертности от РШМ, в Казахстане сохраняется тенденция к увеличению заболеваемости. Так, по данным канцер-регистра в 2011 году было зарегистрировано 1452 новых случая РШМ и 657 смертей.

Учитывая, что средний возраст заболевших РШМ находится между 40 и 50 годами, т.е. приходится на наиболее социально активный период жизни, не сложно представить какой урон наносит обществу РШМ.

Современная концепция программы по снижению смертности от РШМ основана на трех основных положениях: 1 – первичная профилактика (здоровый образ жизни с исключением возможных факторов риска, вакцинация определенных групп населения), 2 - вторичная профилактика (качественный и хорошо организованный скрининг женского населения), 3 – внедрение единых для всех современных протоколов диагностики и лечения инвазивного РШМ и паллиативное лечение. Мы убеждены, что только такой комплексный подход позволит существенно снизить заболеваемость и смертность от РШМ в нашей стране.

I. Общая часть.

1.1 Общая характеристика цервикального скрининга в Республике Казахстан

- Вид скрининга: популяционный.
- Метод скрининга: цитологическое исследование мазка из шейки матки (традиционная и жидкостная цитология). Окраска по методу Папаниколау (Пап-тест).
- Интервал: 1 раз в 5 лет.
- Целевая группа: женщины 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу рака шейки матки.
- Интерпретация результатов цитологического исследования – Терминологическая система Бетезда (2001).
- Период действия программы – постоянно
- Цель скрининга – выявление преинвазивных заболеваний шейки матки с последующим оздоровлением
- Ожидаемые результаты – снижение заболеваемости и смертности от рака шейки матки.

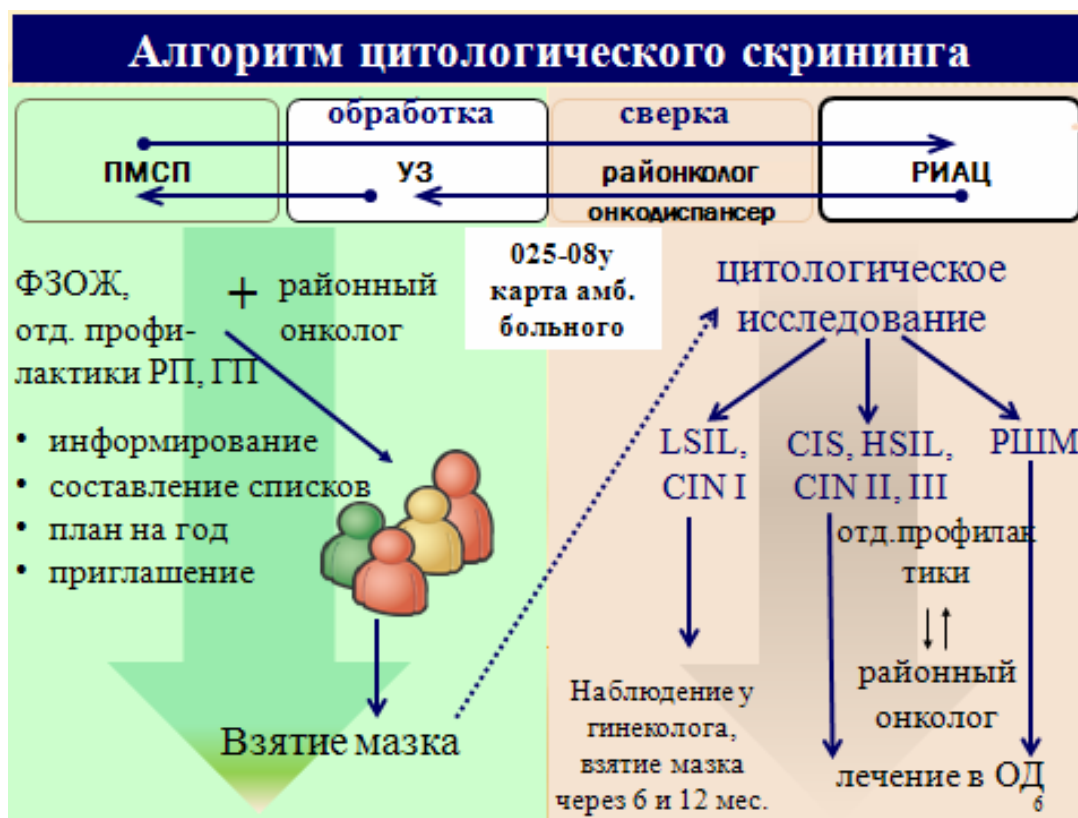


Рисунок 1. Алгоритм цитологического скрининга.

1.2. Этапы скрининга

1) Подготовительный – формирование целевых групп, информационное сопровождение и приглашение на скрининг.

Подготовительный этап осуществляется ответственными за профилактические мероприятия **средними медицинскими работниками** организации ПМСП и включает в себя:

ежегодное до 15 ноября текущего года составление списка женщин, подлежащих скринингу в предстоящем году, с последующей ежемесячной коррекцией;

оповещение целевых групп женского населения о необходимости скрининга;

приглашение на скрининг с заполнением Журнала учета пациентов, подлежащих цитологическому скринингу (**приложение 1**);

обеспечение своевременного прохождения скрининга.

2) Проведение скрининга – заполнение статистической карты профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторной пациентки (форма 025-08/у) и взятия материала на цитологическое исследование из шейки матки.

Проведение скринингового осмотра целевых групп женского населения осуществляется специально обученной **акушеркой организации ПМСП**.

3) Заключительный – получение результатов цитологии, информирование женщины и выработка дальнейшей тактики ведения, заполнение учетно-отчетной статистической документации, Журнала учета пациентов, подлежащих цитологическому скринингу (**приложение 1**).

Ответственным за заключительный этап скрининга является **врач/врач акушер-гинеколог организации ПМСМ**.

II. Забор материала для цитологического исследования

2.1 Минимальное оснащение для взятия материала на цитологическое исследование (Пап-тест) с шейки матки:

- мыло и вода для мытья рук;
- источник света для осмотра шейки матки;
- кресло пациента;

- чистое, дезинфицированное зеркало (не обязательно стерильное);
- одноразовые либо продезинфицированные перчатки;
- шпатель Эйра или эндобраш;
- предметное стекло и карандаш для маркировки;
- контейнер со стабилизирующим раствором для жидкостной цитологии;
- фиксирующий раствор (96% спирт);
- регистрационно-учетная форма;
- небольшой контейнер с теплой водой для смазывания и согревания влагалищных зеркал;
- 0.5% раствор хлора для обеззараживания перчаток и инструментов либо другой, разрешенный к применению для этих целей.

2.2 Условия для взятия мазка. Мазок нельзя брать:

- ранее 48 часов после полового контакта
- во время менструации
- в период лечения от другой генитальной инфекции
- ранее 48 часов после использования лубрикантов, раствора уксуса или Люголя, тампонов или спермицидов
- после вагинального исследования или спринцевания.
- необходимо избегать забора материала у женщин с имеющимися признаками воспаления и/или в период менструации, допустим забор материала при незначительных кровомазаниях.

2.3 Инструменты для взятия материала

Наиболее часто применяемые для этих целей инструменты показаны на рисунке 2. Для традиционного Пап-теста мы рекомендуем деревянный или пластиковый шпатель (а), для жидкостной цитологии – стандартную пластиковую эндобраш-щётку (в).

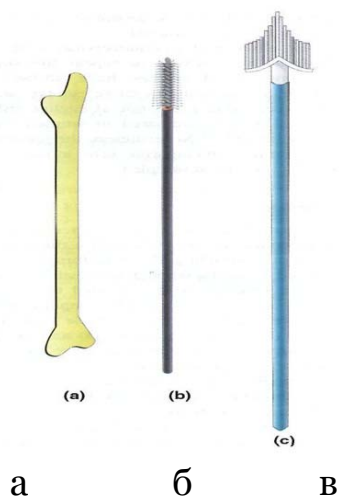


Рисунок 2. Инструменты для забора материала: (а) деревянный шпатель; (б) эндобраш; (в) пластиковый эндобраш / щетка.

2.4 Техника осмотра шейки матки и влагалища

Осмотр шейки матки и влагалища проводят с помощью зеркал: предварительно согретые зеркала аккуратно вводят во влагалище – при использовании двустворчатых зеркал Куско бранши держат сомкнутыми и вводят их под углом, доведя до упора, поворачивают их в горизонтальное положение и открывают бранши. При использовании зеркал Симпсона и Отто вводят вначале нижнее зеркало, затем – подъемник. Зеркала поправляют таким образом, что бы можно было видеть всю влагалищную часть шейки матки и верхнюю часть влагалища. Шейка матки при осмотре должна быть однородной структуры, с гладкой поверхностью, розового цвета. Могут быть отдельные желтоватые кисты на поверхности, покраснение вокруг наружного зева или прозрачное слизистое отделяемое из цервикального канала, что не является патологией. Необходимо обращать внимание на любую патологию:

- Выделения из влагалища и гиперемия, которые характерны для кольпита (воспалительного процесса).
- Изъязвления, язвы или папулы. Генитальные язвы могут быть обусловлены сифилисом, мягким шанкром, герпетической инфекцией и в некоторых случаях раком. Изъязвления и папулы часто являются следствием инфицирования вирусом герпеса.
- Легко кровоточащие при контакте поверхности, слизисто-гнойные выделения, которые характерны для инфекционного поражения шейки матки.

- Патологические разрастания ткани, которые могут соответствовать раку шейки матки.

2.5 Техника взятия материала

Длинный кончик шпателя установить в центр наружного зева до упора, круговым движением повернуть шпатель (эндобраш) по оси на 360° (рисунок 3).

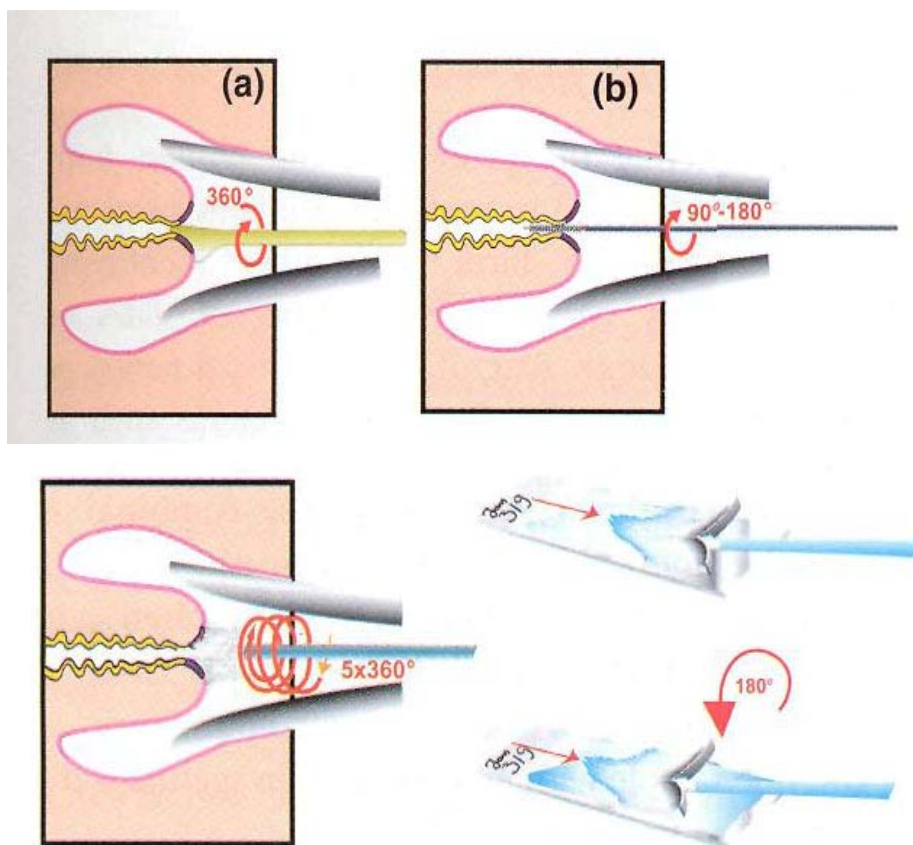


Рисунок 3. Техника взятия и приготовления мазка.

Для жидкостной цитологии съёмную головку эндобраш щётки, после отбора материала с шейки матки, погружают в контейнер со стабилизирующим раствором (рисунок 4). Контейнеры с жидким материалом плотно закручивают, маркируют и отправляют в цитологическую лабораторию онкологического диспансера.



Рисунок 4. Пластиковая щёточка-кисточка со съёмной головкой и контейнер со стабилизирующим раствором.

2.6 Нанесение материала на стекло и фиксация

Стекла перед нанесением материала маркируют. Наносят мазок на предметное стекло с обеих поверхностей шпателя одним или двумя осторожными штрихами (рисунок 5 а). Если имеются изменения в других местах, необходимо брать отдельный мазок из места изменения и нанести его на другое стекло.

Каждое стекло немедленно фиксируют с помощью спрея для фиксации и помещают в воздухонепроницаемый контейнер (спрей устанавливают под правильным углом, на расстоянии 20 см от стекла), если нет спрея, то стекла помещают в закрывающийся контейнер с 96% спиртом на 20 минут (рисунок 5 б).

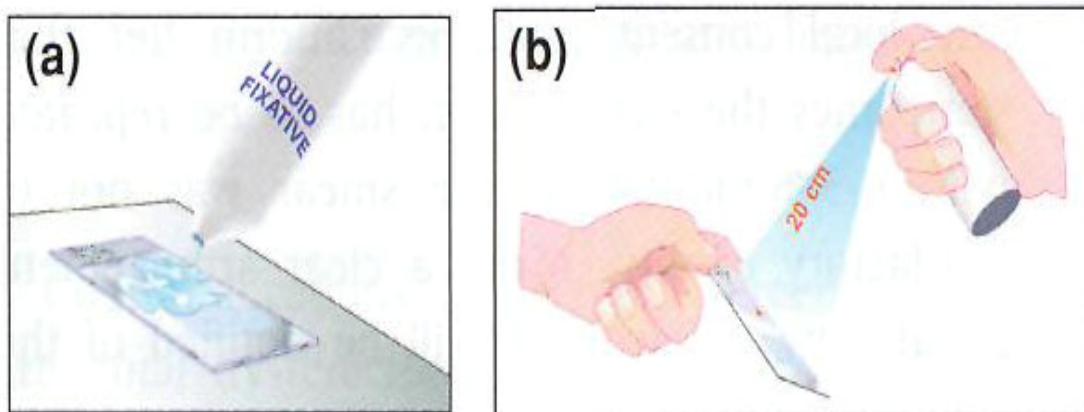


Рисунок 5. Фиксация стеклопрепарата.

Если стекла не зафиксированы сразу, клетки высыхают и деформируются и в дальнейшем не смогут быть правильно оценены в лаборатории.

Осторожно удаляют зеркало из полости влагалища. Все инструменты помещают в дезинфекционный раствор.

2.7 Направление материала в лабораторию

На каждую женщину заполняется специальное направление на цитологическое исследование утвержденного образца (форма 027-3У, приказ МЗ РК от 23.11.2010 года № 907. Проект новой формы представлен в **приложении 2**). В направлении обязательно указывается ФИО, возраст, адрес места жительства и контактный телефон. Также необходимо указать день менструального цикла при его наличии, прием гормональных препаратов, наличие внутриматочных контрацептивов, репродуктивный период (пременопауза, менопауза), наличие в анамнезе операций по поводу других заболеваний женских гениталий, обязательно отмечают, если мазки были взяты из других измененных участков, дату забора материала и фамилию врача или акушерки, проводившего забор материала.

Отсутствие матки после операции (экстирпации матки) не является причиной отказа от цитологического скрининга, а подлежит обследованию на общих основаниях.

2.8 После взятия материала для Пап-теста

Спросите женщину, есть ли у нее вопросы.

Информируйте женщину о том, когда она сможет забрать результат исследования, напомните о важности результата исследования.

При необходимости вы можете направить женщину на дополнительное обследование. Объясните когда, где и с какой целью она должна пройти это обследование. Акцентируйте внимание на важности прохождения дополнительного обследования.

Попросите женщину посодействовать прийти на скрининговое обследование членов ее семьи, подруг, знакомых в возрасте 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 лет.

Когда женщина придет за результатом исследования, объясните, что означает полученный результат и какие должны быть ее дальнейшие действия.

- если тест отрицательный (негативный) попросите ее прийти на это обследование в следующий раз через 5 лет;
 - в других случаях необходимо принять меры, о которых описано дальше.
- Если женщина не пришла за результатом исследования, необходимо пригласить ее.

III. Интерпретация результатов цитологического исследования

Терминологическая Система Бетезда (2001)

Адекватность образца

- удовлетворительный для оценки (отметить наличие или отсутствие зоны трансформацииэндоцервикса).
- неудовлетворительный для оценки (указать причину).
- образец отторгнут/не исследован (указать причину).
- образец просмотрен и оценен, но данных не достаточно для оценки эпителиальной патологии в связи с ... (указать причину).

Основные категории (опционально)

- нет интраэпителиальных поражений или злокачественности.
- изменения эпителиальной клеток.
- другое.

Интерпретация и результаты

I. Нет интраэпителиальных поражений или злокачественности

II. Микроорганизмы:

- *Trichomonas vaginalis*;
- грибки морфологически сходные с *Candida species*;
- изменения флоры, характерные для бактериального вагиноза;
- морфологически сходные бактерии с *Actinomyces species*;
- клеточные изменения, характерные для вируса простого герпеса.

III. Другие изменения эпителиальных клеток (сообщаются в заключении опционально, список не полный):

- реактивные клеточные изменения связанные с воспалением (включая типичные репаративные процессы);
- облучение;
- внутриматочные контрацептивные средства;

- железистые клетки после гистерэктомии;
- атрофия.

IV. Атипия эпителиальных клеток

Плоские клетки

- атипичные клетки плоского эпителия (ASC):
- атипичные клетки плоского эпителия неясного значения (ASC-US);
- атипичные клетки плоского эпителия неясного значения, не исключающие HSIL (ASC-H).
- слабовыраженные внутриэпителиальные изменения (LSIL), ВПЧ-эффект, легкая дисплазия / CIN I.
- выраженные внутриэпителиальные изменения (HSIL): умеренная и тяжелая дисплазия, CIS / CIN II, CIN III.
- плоскоклеточный рак (инвазивный РШМ)

Железистые клетки

- атипические железистые клетки (AGC) (указать – с цервикального канала, с эндометрия или другое).
- атипические железистые клетки, похожие на злокачественные (указать – с цервикального канала ...).
- аденокарцинома in situ (AIS) цервикального канала.
- аденокарцинома

V. Другое (список не полный)

- эндометриальные клетки у женщин старше 40 лет.

IV. Ведение обследованного контингента

При отрицательных результатах Пап-теста очередное обследование проводится в установленные программой скрининга сроки.

При неадекватности материала необходимо повторить его забор.

4.1 Клиническая тактика при цитологическом заключении ASCUS

Рекомендуется наблюдение и повторное цитологическое исследование через 6 и 12 месяцев; если в динамике сохраняется ASC-US или утяжеление, необходимо проведение кольпоскопии.

4.2 Клиническая тактика при цитологическом заключении ASC-H

- Кольпоскопия, прицельная биопсия всех подозрительных очагов.

4.3 Клиническая тактика при цитологическом заключении LSIL

- динамическое наблюдение с обязательным цитологическим контролем в сроки 6 и 12 месяцев
- При выявлении ASC-US/LSIL или более тяжелого поражения на контрольном обследовании необходимо проведение кольпоскопии и прицельной биопсии.

4.4 Клиническая тактика при цитологическом заключении HSIL

- кольпоскопия и биопсия
- если при кольпоскопии и биопсии нет CIN, необходим повторный пересмотр первичных стеклопрепаратов на предмет правильности первого заключения, повторная кольпоскопия и прицельная биопсия.
- если при пересмотре подтверждается HSIL, необходима лечебно-диагностическая эксцизия шейки матки (процедуры типа электроэксцизии зоны трансформации не рекомендуются во время беременности).

4.5 Клиническая тактика при цитологическом заключении AGC

При обследовании женщин с цитологическим заключением AGC необходимо придерживаться следующей тактики:

- кольпоскопия должна сочетаться с забором материала для биопсии из цервикального канала.
- у женщин с соответствующей симптоматикой и у женщин старше 35 лет исследование должно включать забор материала и из полости матки.
- наиболее правильное решение – углубленное обследование в условиях онкогинекологического отделения.

4.6. Клиническая тактика при CIN

CIN – цервикальная интраэпителиальная неоплазия. Диагноз «CIN» выставляется при гистологическом исследовании.

4.6.1 Клиническая тактика при CIN I

- наблюдение с повторным цитологическим обследованием в сроки 6 и 12 месяцев.
- если при контрольном обследовании в сроке 6 месяцев выявляется ASCUS, LSIL или HSIL, необходимо выполнение кольпоскопии. Если при кольпоскопии удастся идентифицировать патологический очаг необходимо выполнить прицельную биопсию для морфологической верификации диагноза
- если при контрольном обследовании через 6 месяцев выявляется отрицательный Пап-тест, рекомендуется еще одно повторное обследование через 6 месяцев.
- если при повторном обследовании с интервалом в 6 месяцев сохраняются отрицательные результаты Пап-теста – женщина возвращается к обычному скринингу в положенные сроки.
- Поражения CIN I, по-видимому, регрессируют спонтанно, но требуют лечения, если вы не уверены, что женщина будет наблюдаться и после данного обследования.

4.6.2 Клиническая тактика при CIN II и CIN III

Тактика «увидел-вылечи» с использованием электроэксцизии не может рекомендоваться для повсеместного применения в связи с тем, что большинство доброкачественных поражений шейки матки (кроме CIN) легко поддается лечению, и при этом нет необходимости удалять часть шейки матки.

- все женщины с CIN II и CIN III нуждаются в специальном лечении
- любые видимые поражения (плюс ткань) шейки матки должны быть взяты на морфологическое исследование для уточнения диагноза.
- видимые глазу поражения CIN II и CIN III могут ассоциироваться с инвазивным раком, более часто с микроинвазивным, реже – с аденокарциномой *in situ* или инвазивной аденокарциномой.

4.6.3 Углубленная диагностика CIN и других патологических изменений шейки матки

В дополнительном обследовании нуждаются все женщины с положительными или ненормальными результатами теста.

Стандартная практика: кольпоскопия и биопсия

Биопсия под контролем кольпоскопии является стандартным обследованием для уточнения диагноза предрака и преинвазивного рака шейки матки. Для удовлетворительной биопсии необходимо видеть зону трансформации и идентифицировать пораженные участки. Если зона трансформации частично или полностью находится в цервикальном канале, необходимо выполнить осмотр канала при возможности и произвести кюретаж цервикального канала для получения материала на гистологическое исследование.

4.6.4. Кольпоскопия

Кольпоскопия – это осмотр шейки матки, влагалища и вульвы прибором, который обеспечивает освещение и увеличение, позволяющее исследовать образцы клеток эпителиального слоя и окружающих сосудов. Использование разведенной уксусной кислоты позволит высветить патологические участки, которые могут быть взяты на биопсию. Кольпоскопия обладает высокой чувствительностью у женщин с положительными результатами пап-теста (85%) и специфичностью до 70% в диагностике предрака и рака шейки матки. Важно обладать коммуникативными навыками при проведении кольпоскопии (**приложение 2**).

Кольпоскопия используется для:

- визуальной оценки предраковых поражений и рака шейки матки;
- помогает оценить распространенность поражения;
- позволяет выявить подходящие области для биопсии;
- помогает в выполнении криотерапии или электроэксцизии.

Кольпоскопия не является инструментом скрининга!

4.6.5 Биопсия

Биопсия – удаление небольших участков шеечной ткани для гистологического исследования.

Показания для кольпоскопии и биопсии:

- женщины с положительными или ненормальными результатами скрининга;
- подозрительные поражения, выявляемые при зеркальном осмотре;
- диагностика и определение патологических участков до выполнения криотерапии или электроэксцизии.

Биопсия выполняется под контролем кольпоскопии специальными биопсийными щипцами, при этом берутся один или несколько маленьких кусочка ткани толщиной от 1 до 3 мм. Кровотечение при этом минимальное. Образцы тканей погружаются в формалин для фиксации и маркируются.

4.6.6 Эндоцервикальный кюретаж (выскабливание цервикального канала)

У женщин с положительным пап-тестом, но не видимой патологией при кольпоскопии, могут быть патологические изменения в цервикальном канале. В этих случаях выполняется осмотр цервикального канала и кюретаж.

Кольпоскопия, биопсия и кюретаж легко переносятся, обычно безболезненны (хотя и могут вызвать неприятные ощущения) и не требуют анестезии. После биопсии и кюретажа женщина должна воздерживаться от половой жизни по крайней мере до прекращения кровянистых выделений, обычно это 1-2 дня.

Показания к кюретажу:

- положительные результаты Пап-теста и отсутствие патологии при кольпоскопии;
- Пап-тест выявил железистое поражение, которое обычно исходит из цилиндрического эпителия внутри шейечного канала. В данной ситуации кюретаж должен выполняться не зависимо от кольпоскопических данных;
- кольпоскопия недостаточно информативна, потому что зона трансформации недостаточно хорошо видна.

4.7 Выбор метода лечения CIN II и CIN III

Все предраковые состояния, расцененные, как CIN II и III должны быть пролечены.

Обычно используются следующие методы лечения CIN:

- криодеструкция,
- лазерная абляция или эксцизия,
- электроэксцизия,
- ножевая конизация

Криодеструкция и электроэксцизия являются амбулаторными методами лечения. Ножевая конизация проводится в случаях, когда есть показания для ее выполнения либо когда нет условий для проведения криодеструкции и электроэксцизии.

Выбор метода лечения зависит от:

- Подготовки и опыта ответственного специалиста;
- Оценки преимущества и недостатков каждого метода в каждом отдельном случае;
- Локализации и размеров образования.

4.7.1 Криодеструкция

Криотерапия удаляет патологические участки на шейке матки путем их замораживания. Это очень простая процедура и занимает не более 15 минут, выполняется амбулаторно. Эффект достигается аппликацией на шейку матки высокоохлажденного металлического диска с использованием двуокиси углерода или азота. Диск прикладывается к шейке матки дважды по 3 минуты с пяти минутным интервалом. Необходима постоянная подачи газа во время процедуры. Криотерапия высокоэффективна при лечении небольших по размеру поражений, но при больших поражениях ее эффективность снижается до менее 80%. В связи с небольшим количеством болевых рецепторов на шейке матки процедура протекает безболезненно либо с незначительными болевыми ощущениями. Можно не использовать анестезию.

Криодеструкция подходит:

- положительный Пап-тест
- размеры поражений достаточны для охвата их насадкой криодеструктора, не более 2 мм от ее краев
- поражение хорошо визуализируется и не переходит на цервикальный канал и стенки вагины

Криодеструкция не подходит:

- наличие или подозрение на инвазивный рак шейки матки, железистую дисплазию

- поражение выступает за пределы крионасадки более чем на 2 мм
- беременность
- воспаление органов малого таза (до лечения)
- обильная менструация

4.7.2 Электроэксцизия

Электроэксцизия, или так называемая широкая электроэксцизия зоны трансформации представляет собой удаление патологически измененной ткани шейки тонкой высоконагретой петлей. Необходим высокочастотный электрохирургический источник со специальными насадками. Цель – удаление патологически измененной ткани и подлежащей зоны трансформации. Удаленная ткань позволит персоналу лаборатории оценить глубину и характер поражения шейки матки. Поэтому данная процедура называется лечебно-диагностической. Преимуществом данной процедуры является возможность использования местной анестезии в амбулаторных условиях.

Электроэксцизия подходит:

- положительный Пап-тест
- образование поражающее цервикальный канал менее чем на 1 см

Электроэксцизия не подходит:

- подозрение на инвазивный рак или железистую дисплазию
- поражения, распространяющиеся на глубину более 1 см цервикального канала, или когда верхняя и нижняя границы поражения не видимы
- воспаление шейки либо органов малого таза (до лечения)
- беременность или срок после родов менее 12 недель
- кровотечения

4.8 Ножевая конизация

Ножевая конизация – процедура удаления конусообразного участка шейки, включающее часть экто- и эндоцервикса. Конизация рекомендована для лечения дисплазии, когда не доступно или невозможно лечение в амбулаторных условиях и для исключения инвазивного рака шейки матки.

Это большее оперативное вмешательство включающее удаление большей части шейки матки скальпелем и обычно проводится под общей или региональной (спинальной, эпидуральной) анестезией. Занимает менее 1 часа. Пациент может быть отпущен домой в тот же день или на следующий день в виду возможных осложнений. Объем конизации определяется прежде всего размером и характером поражения шейки матки. Желание женщины иметь детей должно приниматься во внимание, так как конизация может вызвать стеноз цервикального канала и ИЦН. Удаленная ткань полностью направляется на исследование.

Конизация подходит:

- подозрение на микроинвазивную карциному
- неоплазия железистого эпителия цервикального канала
- положительные находки после кюретажа
- отсутствие условий для выполнения ЭЭК
- нет противопоказаний к анестезии

Конизация не подходит:

- не леченый цервицит или воспалительные заболевания органов малого таза
- беременность или со времени родов прошло менее 12 недель
- несомненный инвазивный рак

4.9 Лечение осложнений

После ножевой конизации кровотечение является наиболее частым осложнением, может возникнуть сразу или в сроки до 14 дней после операции. В любом случае необходимо лечение в условиях стационара с хирургическим отделением. Вторичные кровотечения связаны обычно с местным воспалением и наряду с кровоостанавливающей терапией необходимо проведение антибактериальной терапии.

4.10 Тактика ведения женщин после лечения

Женщина должна вернуться в клинику через 2-6 недель после лечения. Контрольный осмотр должен включать следующие обязательные мероприятия:

- гинекологический осмотр, следует убедиться, что заживление идет нормально;

- необходимо вынести заключение о необходимости постоянного наблюдения;
- обсуждение результатов гистологического исследования.

Если пораженный участок был полностью удален, то женщине необходимо вернуться для осмотра в сроки 6 и 12 месяцев. В случаях положительных краев резекции (для CIN) необходимо довести до сведения женщины о необходимости более частого посещения врача и дополнительного лечения.

Посещения в сроки 6 и 12 месяцев после лечения должны включать:

- Пап-тест,
- кольпоскопию
- биопсию при наличии персистенции образования.

При отсутствии патологии в первые контрольные два визита, женщины, прошедшие лечение по поводу CIN I или CIN II, могут продолжать участвовать в скрининговой программе в соответствии с установленным планом.

Пациенты, прошедшие лечение по поводу CIN III, должны ежегодно на протяжении 5 лет подвергаться повторному обследованию и только по истечении 5 лет могут возвратиться к обычному скринингу. Если поражение прогрессирует либо сохраняется – необходимо безотлагательное дополнительное лечение.

4.11 Особые случаи

- Зона трансформации не видна. Если кольпоскопия не удовлетворительна, должен быть проведен кюретаж цервикального канала. Если это не возможно, женщина направляется на криотерапию или электроэксизию и ножевую конизацию. Это очень важно, если результаты теста выявили поражение CIN III.
- Беременность. Если тест положительный или имеется видимое глазу поражение шейки матки, необходимо выполнение кольпоскопии. Взятие биопсии в период беременности может ассоциироваться со значительным кровотечением, поэтому, если нет подозрения на инвазивный рак, то женщина может вернуться на обследование через 12 недель после родов для кольпоскопии и биопсии. Если же имеется подозрение на рак, женщина должна быть незамедлительно направлена к специалисту.

- Женщина в постменопаузе. У многих женщин в постменопаузе зона трансформации не доступна, и если адекватный кюретаж не выполним, должна выполняться ножевая конизация.
- Женщина ВИЧ-положительна. Диагностика и лечение данной категории женщин проводится в том же объеме и по показаниям как для всех остальных женщин.

4.12 Наблюдение

Пациентка должна вернуться к вам через 2-3 недели за результатом гистологии. Варианты лечения зависят от тяжести поражения и распространенности патологии на шейке матки и должны быть обсуждены с женщиной. Женщина, которая не вернулась за результатом гистологии, должна быть найдена и направлена на лечение. Помните, что:

Ваша работа не выполнена до тех пор, пока вы не сообщите результат гистологического заключения женщине и не предложите план лечения

Приложение 1

Журнал учета пациентов, подлежащих цитологическому скринингу

| № | ФИО | Адрес, телефон | Дата, месяц, год рождения | Возрастная группа | Даты приглашения на скрининг |
|-----|-----|----------------|---------------------------|-------------------|------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ... | | | | | |

| Дата взятия мазка на цитологию | Результат по Bethesda | Дата получения результата по Bethesda | Мазок взят повторно, дата | Результат по Bethesda, повторно |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | | | | |

| Дата проведения кольпоскопии | Результат кольпоскопии по CIN | Дата получения результата по CIN | Дата направления к гинекологу, онкологу | Клинический диагноз |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---|---------------------|
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | | | | |

Примечание.

Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- участковой медсестрой по профилактике;
- в смотровом кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 6 – Дата приглашения на скрининг).
 - Графа 5 – отмечается возрастная группа скрининга – 30, 35 и т.д.;
 - Графа 6 – может иметь несколько дат. Данные необходимы для анализа отзывчивости пациентки на скрининг.
 - Графы 8, 11 – выставляется результат в соответствии с классификацией Bethesda
 - Графа 13 – выставляется результат в соответствии с классификацией CIN
 - Графа 16 – отмечается диагноз, выставленный специалистом (гинекологом, онкологом) либо в соответствии с результатом цитологического (по Bethesda) или гистологического (по CIN) заключения.

Результат цитологического исследования № _____

Дата поступления материала _____

Качество препарата (Адекватный, недостаточно адекватный, неадекватный) (нужное подчеркнуть)

1 Цитограмма

1.1. Без особенностей (для репродуктивного возраста, дать описание)

1.2. С возрастными изменениями слизистой оболочки (атрофический, эстрогенный) _____

2. Микроскопическая картина (дать описание)

Соответствует:

2.1 гиперплазии железистого эпителия

- атипические железистые клетки (AGC) (указать – с цервикального канала, с эндометрия или другое)

- атипические железистые клетки, похожие на злокачественные (указать откуда)

2.2. гиперкератозу

2.3 воспалительному процессу _____

степень выраженности _____

этиологический фактор _____

2.4. бактериальному вагинозу

2.5. атрофическому кольпиту

2.6 легкой степени плоскоклеточного интраэпителиального поражения (LSIL), признаки вирусного поражения

2.7. высокая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (HSIL): умеренная, тяжелая дисплазия, *cr in situ*, CIN II, CIN III, CIS

2.8. Раку (уточнить форму) _____

3. Другие типы цитологических заключений:

4. Рекомендации _____

Дата проведения исследования _____

Ф.И.О. врача проводившего исследование _____

Подпись и личная печать врача _____



Выполнение кольпоскопии и биопсии. Памятка для врача акушер-гинеколога

Подготовка:

1. Объясните смысл процедуры, что показывает этот тест и почему он важен. Убедитесь, что пациентка поняла все, о чем вы ей сказали и согласна.
2. Покажите пациентке кольпоскоп и объясните, как вы будете его использовать.
3. Подготовьте пациентку для гинекологического осмотра и проведите зеркальный осмотр.
4. Убедитесь, что задний влагалищный свод сухой.

Процедура

5. Говорите пациентке, что вы делаете и предупредите ее если могут возникнуть болевые ощущения.
6. Осмотрите шейку при малом увеличении (от 5х до 10х), ищите любые подозрительные участки такие как лейкоплакия, кондиломы. Найдите зону трансформации, исходное и новое место соединения плоского и цилиндрического эпителия, если вы не можете визуализировать эти зоны осмотрите насколько доступно цервикальный канал. Если вам не удастся отыскать место соединения плоского и цилиндрического эпителия, кольпоскопическое исследование признается неадекватным или неудовлетворительным, и вам потребуется кюретаж для забора материала на гистологическое исследование.
7. Используйте орошение шейки солевым раствором. Осмотрите шейку с зеленым фильтром и увеличением 15х, отмечая патологически кровоснабженные участки.
8. После того, как предупредите пациентку, что она может ощущать покалывание и пощипывание нанесите на шейку раствор уксусной кислоты. Подождите 1-2 минуты, что бы дать возможность подействовать раствору.
9. Осмотрите и отметьте любые изменения в шеечном эпителии, особенно на близком расстоянии к месту соединения плоского и цилиндрического эпителия.
10. Обобщите результаты солевого теста и теста с уксусной кислотой для вынесения кольпоскопического заключения.

11. Объясните женщине, что вы возьмете биопсию с шейки матки и это может вызвать неприятные ощущения.
Возьмите биопсию со всех подозрительных участков шейки матки и после маркировки положите их в отдельные контейнеры с формалином.
12. При необходимости дополните исследование кюретажем: держите кюретку как перо и не вынимайте из цервикального канала до окончания манипуляции. В конце манипуляции извлеките инструмент, положите его на матерчатую или бумажную пеленку и незамедлительно погрузите ее в 10% р-р формалина.
13. Если имеется продолжающееся кровотечение, затампонируйте на короткое время.
14. Отсоедините кольпоскоп и аккуратно извлеките зеркала.

После процедуры

15. Объясните, что вы видели и что заставило вас взять биопсию и кюретаж.
16. Посоветуйте женщине как себя вести дома:
 - следует избегать половых контактов до прекращения кровянистых выделений, либо использовать презерватив если это невозможно;
 - не вставлять ничего во влагалище в течение 3-4 дней;
 - объясните, какие могут быть осложнения и их симптомы и если она что-либо из этого заметит, она должна будет вернуться в клинику.
17. Назначьте дату следующего посещения, исходя из возможности вашей лаборатории (в среднем не более 2-3 недель).
18. Объясните, почему результаты могут быть важны для нее.
19. Запишите все ваши находки в установленном порядке, включая протокол кольпоскопии.
20. Если вы столкнетесь с чем-либо, что вы не знаете, направьте женщину в вышестоящее учреждение для дополнительного обследования.

Контроль через 2-3 недели после кольпоскопии

21. Объясните, что означает заключение лаборатории.
22. Посоветуйте женщине – какое дальнейшее наблюдение ей необходимо на основании заключений, либо рекомендуйте ей дополнительное обследование и лечение при необходимости.
23. Проведите бимануальное исследование, оцените заживление раны на шейке матки.
24. Направьте ее на лечение либо назначьте следующей визит.