



Скрининг шейки матки

Клинические
рекомендации для
работников первичной
медицинской помощи

Разработано медицинскими
специалистами из стран
Центральной и Восточной
Европы и Евразии для работников
здравоохранения этих регионов



Скрининг шейки матки

Клинические
рекомендации для
работников
первичной
медицинской
помощи

Разработано медицинскими
специалистами из стран
Центральной и Восточной
Европы и Евразии для
работников здравоохранения
этих регионов



Руководство подготовлено при поддержке Бюро Европы и Евразии, Агенства США по международному развитию (АМР США). Содержащиеся в нем материалы отражают мнение (я) автора (ов), которое может не совпадать с мнением АМР США.

Благодарность

Руководство по профилактическому обследованию на рак шейки матки было разработано экспертной группой врачей из Грузии. Мы приносим свою благодарность всем членам группы за их значительный вклад в создание документа.

- Др. Марина Шихашвили, врач общей практики, член коллегиальной комиссии АМСЗ по РКП
- Др. Эка Гемазашвили, врач общей практики
- Др. Эка Пагхава, врач общей практики
- Др. Ираклий Беридзе, врач-специалист
- Тамара Зурашвили, менеджер
- Иа Кочорадзе, медсестра

Руководство предназначено для семейных врачей, медсестер и других работников здравоохранения, вовлеченных в оказание медицинских услуг населению. Предоставленная информация основана на научных доказательствах и освещает вопросы ранней диагностики рака шейки матки, а также последующее ведение пациенток с результатами теста отличными от нормы.

Благодарность

Мы также выражаем глубокую признательность членам коллегиальной комиссии АМСЗ по РКП. Их комментарии и дополнения привнесли значительный вклад в написание руководства. В частности, мы хотим поблагодарить:

- ▮ Др. Стивен Кайрис, зав. кафедрой педиатрии, Джерси Шор Медикал Центр, Нью Брунсвик, Нью Джерси, сопредседатель коллегиальной комиссии АМСЗ по РКП
- ▮ Др. Алан Мелник, директор программы резидентуры в Семейной медицине, Орегонский медицинский университет, Портланд, Орегон

Особая благодарность выражается Джо Ан Кайрис, директору Центра здоровой семьи и культурного разнообразия на базе Медицинского института им. Роберта Вуда Джонсона. Госпожа Кайрис является членом Американской ассоциации медицинских писателей, ее вклад был ключевым на стадии подготовки документа к публикации.

Американский союз здравоохранения также выражает признательность Др. Инне Юркевич, Др. Рузан Аветисян и Др. Лейле Багирзаде за координацию работы партнерств и подготовку законченной версии документа.

Техническая и финансовая поддержка при написании данного руководства была осуществлена Американским агентством по международному развитию (USAID).

Содержание

Предисловие	i
Глава 1: Краткое содержание главных рекомендаций	1
Доскрининговые образовательные и консультационные мероприятия	1
Функция звена первичной медицины	4
Глава 2: Обзор вопросов, связанных с раком шейки матки и скринингом шейки	7
Патология	8
Частота рака шейки матки	13
<i>Данные по раку шейки матки за 1999 г.</i>	<i>13</i>
Смертность	14
Классификация	14
Факторы риска	16
<i>Факторы риска и относительный риск ..</i>	<i>17</i>
<i>Относительный риск (контрольные исследования) для рака шейки по специфическим факторам риска ..</i>	<i>18</i>
Глава 3: Скрининг на рак шейки матки	19
Является ли скрининг шейки эффективным?	19

Содержание

Аннотации к алгоритму	24
Начало скрининга	29
Возможность предупреждения заболевания	30
Необходим ли тест Папаниколау?	31
<i>Режимы проведения скрининга по возрастным группам</i>	34
Проведение теста Папаниколау	35
После взятия мазка	41
<i>Описание результатов мазка по Папаниколау и протоколы лечения</i>	43
<i>Краткие сведения о причинах и мерах для улучшения качества</i>	44
Лечение низкой степени патологии шейки матки	50
Дальнейшее наблюдение	54
Библиография	57

Предисловие

Цели выработки рекомендаций

Целью программы скрининга шейки является снижение частоты возникновения, заболеваемости и смертности от инвазивного рака шейки матки. Хотя при этом скрининг несет потенциальную угрозу нанесения физического и психологического вреда участвующим женщинам. Очень важно снизить этот риск, чтобы положительные стороны скрининга преобладали затраты на скрининг. Должен быть установлен баланс между максимальной эффективностью и минимальным побочным эффектом скрининга. Данный протокол обобщает научнообоснованные факты по ранней диагностике и ведению заболевания на этапе первичной медицинской помощи.

Специфические цели:

- Снижение заболеваемости и смертности от рака шейки матки
- Улучшение выявляемости заболевания на ранней, предраковой стадии развития
- Увеличение продолжительности жизни

Целью программы скрининга шейки является снижение частоты возникновения, заболеваемости и смертности от инвазивного рака шейки матки.

- ▮ Способствование своевременному обращению за вторичной врачебной помощью для постановки диагноза и лечения

Сбор информации и анализ данных

Руководство большей частью основано на рекомендациях ICSI по скринингу на рак шейки матки 2000 г. и на программах NHS (Британская национальная система здравоохранения) по скринингу. Также была проведена доработка и адаптирование протокола к местным условиям, с использованием:

- ▮ Поиска по электронным базам данных
- ▮ Руководств, учебников
- ▮ Публикаций на английском языке
- ▮ Систематического анализа научно-обоснованных фактов

Применимость в клинической практике

Освещает методы ранней диагностики рака шейки матки путем скрининга и последующего наблюдения.

Рекомендации применимы

Для женщин от 20 до 64 лет, а также - для начавших половую жизнь (независимо от возраста).

Рекомендациями будут пользоваться

Врачи, медсестры, другие работники здравоохранения в звене первичной медицины.

Ожидаемые результаты

- ▮ Увеличить процент женщин, осведомленных о скрининг-программе.
- ▮ Улучшить эффективность обучения пациента путем регулярного информирования женщин о необходимости прохождения теста Папаниколау.
- ▮ Снизить показатели смертности от рака шейки матки.

Критерии для мониторинга эффективности внедрения руководства

- ▮ Процент женщин, вовлеченных в программу скрининга (прошедших обследование по Папаниколау за определенный отрезок времени).
- ▮ Число случаев ранней диагностики заболевания (на стадии предрака).
- ▮ Направление на последующую диагностику и лечение.

Стратегия для внедрения протокола Образовательные мероприятия:

Профессиональные группы должны включать рекомендации из протокола в тренинг курсы

1. Выездные визиты
 - а. тренинг врачей и медсестер
 - б. тренинг работников здравоохранения и главных врачей
2. Распространение образовательных материалов

3. Просветительная работа с пациентами

Оценка процесса тренинга: будет производиться путем пре и пост тестирования группы.

Финансовые мероприятия **Рекомендации для провайдеров**

Виды оплаты

- | Региональные государственные программы

- | Пациенты платят за услуги

- | Финансирование осуществляется практикующей группой врачей

- | Гранты

Примечание редактора

ПАП-мазок — это скрининговый тест, позволяющий выявлять раковые и предраковые изменения клеток эпителия шейки матки, разработанный врачом Джорджем Папаниколу и названный его именем. Для того чтобы скрининг на рак шейки матки был эффективным, необходимо точное соблюдение методики забора клеток и приготовления мазка, а также наличие лаборатории с квалифицированным персоналом, в которой обеспечивается строгий контроль качества и которой руководит квалифицированный врач-цитолог, отвечающий за точную интерпретацию ПАП-мазков. Если процедура скрининга на рак шейки матки не отвечает вышеперечисленным критериям, то массовое обследование женщин с помощью ПАП-мазков может не привести к тем результатам, о которых рассказывается в данном руководстве.

Глава 1: Краткое содержание главных рекомендаций

Доскрининговые образовательные и консультационные мероприятия

Многочисленные исследования показывают, что больше 50% случаев рака шейки встречаются у женщин, которые никогда не проходили скрининг, и более 60% встречаются у тех, кому за последние 5 лет не проводился тест Папаниколау. Таким образом, внедрение действий по привлечению женщин к прохождению скрининга в рутинную практику первичной медицины может повысить охват тестом Папаниколау женщин, имеющих факторы риска. Опыт других стран демонстрирует, что врачи первичного звена оказания медицинской помощи способны убедить до 96% женщин пройти тест Папаниколау. Тем самым, они могут в наибольшей степени повлиять на снижение смертности от рака шейки матки. (Котке Т. Е., Трап М. А., Форс М. М. и соавторы, “Поведенческие особенности и отношение к скринингу рака среди женщин Юго-Восточной Миннесоты”).

Необходим ли тест Папаниколау?

Несмотря на высокую частоту инвазивной

Многочисленные исследования показывают, что больше 50% случаев рака шейки встречаются у женщин, которые никогда не проходили скрининг ...

карциномы шейки матки, этот тест не следует включать в рутинный скрининг женщин моложе 20 лет, при наличии высокого процента обращаемости среди женщин в возрасте 20-25 лет. В то время как ЦИН встречается у подростков, инвазивный рак в этой возрастной группе наблюдается исключительно редко. Не существует рациональной основы для рутинного скрининга подростков, вне зависимости от того, какой образ половой жизни они ведут. Взятие мазка не рекомендовано как минимум 2-3 года после начала половой жизни. (Робертс, А. В., Леин, Д. А., Бантин, Д. и соавторы, 1985 г.)

Хотя значительное число случаев рака шейки матки встречается у женщин 65 лет и старше, эффективная программа скрининга должна выявлять предраковые состояния у женщин до 65 лет и тем самым снизить частоту инвазивного рака у пожилых. Женщинам, достигшим возраста 65 лет, если они до этого не проходили тест Папаниколау, рекомендовано проведение теста. Конечно, в этом случае возникает дополнительное осложнение как для врача, так и для женщины, из-за возрастных изменений.

Как часто нужно брать мазок?

Промежуток времени прогрессирования преинвазивной цервикальной патологии в инвазивную недостаточно известен. В то время как средний возраст пациентов с цервикальной дисплазией составляет 34 года, средний возраст для карциномы *in situ* и инвазивного рака составляет соответственно 42 и 50 лет. Относительно

медленная прогрессия цервикальной дисплазии в рак, объясняет успех скрининга с интервалами больше чем 1 год. Международное агентство исследования рака изучило программы скрининга рака шейки матки в Европе и Канаде, которые охватывали 1,8 миллиона женщин. Ожидаемое снижение частоты рака шейки при интервалах скрининга в один, два и три года, составило 93,5%, 92,5% и 90,9% соответственно. Более того, американский исследователь Дэвид Еди пришел к заключению, что вероятность летального исхода от рака шейки матки среди женщин, проходящих скрининг ежегодно, незначительно отличается от вероятности для женщин, проходящих скрининг раз в два, три или четыре года.

Уровни рекомендаций:

Класс А: достаточно оснований для включения рекомендации в периодический осмотр пациента.

Класс Б: относительно много оснований для включения рекомендации в периодический осмотр пациента.

Класс В: недостаточно оснований в пользу или против включения рекомендации в периодический осмотр пациента; но решение может быть принято исходя из других соображений.

Класс Г: относительно много оснований для исключения рекомендации из периодического осмотра пациента.

Относительно медленная прогрессия цервикальной дисплазии в рак, объясняет успех скрининга с интервалами больше чем 1 год.

Класс Д: достаточно оснований для исключения рекомендации из периодического осмотра пациента.

Функция звена первичной медицины

- ┃ Подготовка и проведение систематической программы скрининга

- ┃ Образовательные мероприятия и советы до проведения скрининга

- ┃ Улучшение показателей охвата целевой группы населения

- ┃ Работа с женщинами, отказывающимися принимать участие в скрининге

- ┃ Проведение тестов Папаниколау

- ┃ Связь с лабораторией

- ┃ Соответствующие мероприятия при нормальных результатах теста

- ┃ Соответствующие мероприятия при отклонениях от нормы

- ┃ Снижение обеспокоенности и неудовлетворенности пациенток по поводу скрининга

- ┃ Оценка программы скрининга

- ┃ Общественный маркетинг — радиопрограммы, телевидение (образовательные программы)

Программа тренинга медсестер по вопросу проведения скрининга шейки матки

В рамках процесса внедрения скрининга шейки матки в учреждениях первичной медицины должна быть разработана специализированная программа тренинга для медсестер. Программа тренинга состоит из:

- ┃ Пол-дня учебных занятий

- ┃ Наблюдение за практикой и оценка в рабочей ситуации

Медсестра должна быть способна:

- ┃ Обсудить важность предупреждения инвазивного рака шейки матки

- ┃ Описать анатомию женского генитального тракта

- ┃ Оценить нормальное состояние вагины и шейки

- ┃ Описать необходимые мероприятия при патологии шейки и вагины

- ┃ Правильно продемонстрировать процедуру теста Папаниколау

- ┃ Описать процедуру повторного вызова женщины.

Глава 2: Обзор вопросов, связанных с раком шейки матки и скринингом шейки

Руководство обобщает современные научно-обоснованные факты по раннему выявлению рака шейки матки путем скрининга шейки и ведению пациенток с результатами, отличными от нормы, в центрах первичной медицины.

Скрининг шейки матки является методом раннего выявления рака шейки и лечения предраковых изменений в шейке матки. Первым этапом скрининга шейки является тест Папаниколау. Данный тест позволяет обнаружить патологические клетки, которые могут переродиться в инвазивный рак шейки при отсутствии лечения. Данное обследование не является диагностическим тестом на рак шейки матки.

Цитология шейки является скрининговым тестом, который не должен заменять диагностический тест на рак шейки матки. Для подтверждения диагноза у пациенток с клиническими симптомами и характерными жалобами должны проводиться другие исследования.

Для эффективности скрининг-программы необходимым является:

Скрининг шейки
матки является
методом раннего
выявления рака шейки
и лечения
предраковых
изменений в шейке
матки.

Скрининг шейки
проводится каждые 5
лет женщинам от
20 до 64 лет или
же с начала
половой жизни
независимо от
возраста.

- ▮ высокий показатель частоты теста Папаниколау во всех возрастных группах и социальных слоях
- ▮ подходящий сервис для женщин
- ▮ правильное выполнение теста и обучение персонала, выполняющего тест
- ▮ контроль качества интерпретации результатов теста
- ▮ наличие учреждений, где возможно проведение эффективного лечения
- ▮ систематическая оценка и мониторинг.

Скрининг шейки проводится каждые 5 лет женщинам от 20 до 64 лет или же с начала половой жизни независимо от возраста.

Патология

В настоящее время причина рака шейки матки неизвестна. Ввиду этого, первичная профилактика заболевания неосуществима. Скрининг рака шейки, или вторичная профилактика может предотвратить развитие инвазивного рака путем обнаружения цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) — пре-инвазивной стадии рака шейки. Раннее выявление цервикальной неоплазии делает возможным проведение таких клинических процедур, как кольпоскопия, конизация, криотерапия, лазерное прижигание, электрохирургическое иссечение, и в случае необходимости, гистерэктомия, что предотвращает или замедляет

прогрессирование неоплазии в инвазивный рак.

Доказано, что раннее выявление (тестом Папаниколау) и лечение предраковой стадии (ЦИН) может снизить смертность от рака шейки. Коррелятивные исследования в Соединенных Штатах Америки, Канаде и в ряде стран Европы, сопоставляя данные о раке шейки на протяжении определенного времени, показали значительное снижение частоты инвазивного заболевания и снижение на 20-60% показателя смертности после внедрения программ скрининга шейки. Эпидемиологические исследования показали существование значительной отрицательной связи между скринингом и инвазивностью заболевания, что также является доказательством эффективности скрининга. Вышеупомянутые наблюдения не доказывают прямым образом, что скрининг был единственной причиной улучшения результатов. Для получения прямых доказательств рандомизированные контрольные исследования не проводились, так как скрининг шейки начал осуществляться до эпохи рандомизированных контрольных исследований. Несмотря на это, до сегодняшнего дня получено много научно-обоснованных фактов, которые способствовали включению скрининга шейки матки как рутинной методики обследования во многих странах. Проведение рандомизированного клинического испытания теста Папаниколау маловероятно ввиду этических причин. Доказательство его эффективности исходит в основном из тенденций уменьше-

ния смертности в тех странах, где хорошо организован скрининг. Вслед за почти полным охватом целевой группы населения скрининг-программой в Исландии, Швеции, Финляндии и Дании последовало значительное снижение как частоты рака шейки матки, так и смертности от этого заболевания.

Данные наблюдений предполагают, что эффективность программы скрининга возрастает, при более частом проведении теста Папаниколау. При этом инвазивная дисплазия и предраковые состояния выявляются легче и чаще.

Течение заболевания

Естественное развитие инвазивного рака шейки матки и карциномы *in situ* остается неустановленным. Этот фактор несомненно оказывает влияние на многие вопросы связанные со скринингом.

Приблизительно в 70% случаев рак шейки относится к сквамозной форме, остальные случаи к аденокарциноме. Этиология рака шейки неизвестна. Результаты целого ряда исследований показали, что существует связь между инфекционными возбудителями и раком шейки. Среди этих возбудителей самую важную роль играет вирус папилломы человека, который обнаруживается при 90-95% всех случаев сквамозного рака шейки матки. Другие возбудители, передающиеся половым путем, включая вирус простого герпеса типа 2 и сперматозон ДНК, в меньшей степени связаны с раком шейки.

В подавляющем большинстве (приблизительно, свыше 90%) случаев рака шейки первым этапом является инфицирование одним из онкогенных папилломавирусов. Считается, что время с момента заражения инфекцией до развития инвазивного рака занимает много лет; обычно от 5 до 35 лет. Исследования на молодых женщинах показали, что большинство папилломавирусных инфекций передаются от человека к человеку и вирус действительно передается половым путем. Было показано, что способность вируса к размножению в организме человека ассоциирована с развитием цервикальных повреждений. Обычно считается, что одним из главных механизмов развития рака является внедрение ДНК вируса в геном носителя инфекции.

Разновидности цервикальной неоплазии варьируют от цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) — стадия 1-3 до микро-инвазивного и, наконец, полностью инвазивного рака. Недавно проведенные исследования показали, что ЦИН в стадии 1 часто не связан с инфицированием вирусом папилломы человека (ВПЧ) и следовательно не является результатом инфицирования. На сегодняшний день гистология не способна различить ЦИН 1, связанный с онкогенным ВПЧ, от ЦИН 1 без ДНК ВПЧ. Гистологическое выявление ВПЧ-инфекции основывается на морфологических показателях и, в частности, тесно не связано с наличием онкогенных ДНК ВПЧ.

В подавляющем большинстве (приблизительно, свыше 90%) случаев рака шейки первым этапом является инфицирование одним из онкогенных папилломавирусов.

Повторные исследования женщин с ЦИН показали, что до 60% ЦИН 1 регрессирует, в то время как при ЦИН 3 процент регрессии заболевания равен 33%; прогрессирование ЦИН 1 и ЦИН 2 в ЦИН 3 происходит соответственно в 11% и 22% случаев. Эти данные плохо коррелируют с допущениями некоторых моделированных исследований, согласно которым ежегодный показатель регрессии ЦИН 1 составляет 4%, а показатель при ЦИН 2 и 3 слишком незначительный. Согласно тем же исследователям, показатель ежегодной прогрессии с ЦИН 2 до ЦИН 3 составляет 25%, а с ЦИН 3 до рака—3-4%. Другие авторы утверждают, что регрессия чаще происходит у молодых женщин и в 3/4 случаев ЦИН у женщин моложе 35 будет регрессировать. По их мнению, средняя продолжительность ЦИН составляет 12 лет, а время с заражения ВПЧ до ЦИН составляет 1-10 лет. Хотя детали прогрессии и регрессии во многом носят предположительный характер, очевидно, что не более трети ЦИН на более высокой стадии будет прогрессировать в рак в течение 15 лет, а большинство ЦИН 1 будет регрессировать.

ЦИН 3 очень редко встречается у женщин моложе 20 лет. Частота заболеваемости растет быстро, достигая пика приблизительно в 30 лет, потом медленно снижается (половина пика) к 40 годам, а к 50 годам составляет 10-20 % от максимальных показателей. Не до конца ясно в какой степени опубликованные показатели ЦИН 3 отражают превалентность нелеченного состояния и насколько они отражают частоту вновь возникших случаев.

Начало половых сношений в раннем возрасте, контакт со многими партнерами и курение ассоциируется со значительно более высокими показателями частоты рака шейки.

Частота рака шейки матки

По всему миру рак шейки матки является вторым самым распространенным видом рака, поражающим женщин, после рака груди. Приблизительно из 371 000 новых случаев в 1990 году, около 77% приходится на развивающиеся страны.

Ущерб нанесенный заболеванием в 1999 году составил примерно 3 354 000 лет (в годах с учетом инвалидности, вызванной заболеванием). В Европейском регионе — 361 000, в Африке — 686 000, в Америке — 459 000, в Восточном Средиземноморском регионе — 175 000, в Юго-Восточной Азии — 989 000, в Западном Тихоокеанском регионе — 683 000. (Данные ВОЗ 2000 г.)

По всему миру рак шейки матки является вторым самым распространенным видом рака, поражающим женщин, после рака груди.

Данные по раку шейки матки на 1999 г.

Стадия при постановке диагноза впервые

Стадии инвазивного рака	Всего	I-II	III	IV
Всего	232	77	82	73
Число зарегистрированных пациентов	1 224			
Число умерших пациентов	197			

Распределение пациентов по возрасту (Диагноз установлен в 1999 г.)

Всего	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
232	5	3	20	31	36	33	23	27	25	15	9	2	2

Таблица 1. Данные Министерства здравоохранения по заболеваемости раком шейки матки в Грузии за 1999 г.

В Грузии рак шейки матки является одной из самых распространенных форм рака. Данные за 1999 г. приведены в табл. 1.

Смертность

Общее число смертельных случаев от рака шейки в 1999 году составило 237 000 человек. Число летальных случаев в Европейском регионе было — 27 000, в Африке — 56 000, в Восточном Средиземноморском регионе — 16 000, в Юго-Восточной Азии — 61 000, в Западном Тихоокеанском регионе — 47 000, в Америке — 30 000 (данные ВОЗ 2000 г.).

С 1991 года смертность начала усиленно снижаться, что, видимо, связано с улучшением программы скрининга рака шейки. В настоящее время смертность от рака шейки снижается на 7% ежегодно.

Показатель смертности увеличивается с возрастом: Приблизительно 95% смертельных исходов приходится на женщин старше 35 лет.

Смертность от рака шейки матки снизилась более чем на сорок процентов (с 7,0 смертей на 100 000 в 1979 году до 4,1 на 100 000 в 1995 году).

Классификация

Классификация стадий карциномы шейки матки по системе ФИГО (1995 г.):

Стадия I: Карцинома строго ограничена шейкой (нужно исключать распространение в тело матки).

Стадия IA: Инвазивный рак, выявляющийся только микроскопически. Все анатомические изменения, даже при поверхностной инвазии, относятся к стадии IB. Инвазия ограничивается инвазией стромы с максимальной глубиной 5,0 мм и максимальной шириной в 7,0 мм.

Стадия IA1: Измеряемая инвазия стромы не глубже чем 3,0 мм и не шире чем 7,0 мм.

Стадия IA2: Измеряемая инвазия стромы глубже чем 3,0 мм, но не более чем 5,0 мм и не шире чем 7,0 мм.

Стадия IB: Анатомические образования, ограниченные шейкой, или образования больше, чем при стадии IA.

Стадия IB1: Анатомические образования больше чем 4,0 мм.

Стадия IB2: Анатомические образования больше чем 4,0 мм.

Стадия II: карцинома распространена за шейкой, но не распространяется на стенку таза. Карцинома распространяется на влагалище, но не на ее нижнюю треть.

Стадия IIА: Без очевидных признаков вовлечения параметрия матки.

Стадия IIБ: Очевидное вовлечение параметрия.

Стадия III: Карцинома распространенная на стенку таза. Ректальное исследование не обнаруживает свободного пространства между опухолью и стенкой таза. Опухоль распространяется на нижнюю треть влагалища. Все случаи с гидронефрозом и нефункционирующей почкой включены, кроме тех случаев, когда известно, что почечная патология вызвана другими причинами.

Стадия IIIA: Нет распространения на стенку таза.

Стадия IIIB: Распространение на стенку таза и/или гидронефроз или нефункционирующая почка.

Стадия IV: Карцинома распространяется за истинный таз или клинически проявляется вовлечением слизистой мочевого пузыря или прямой кишки. Булезный отек не определяет принадлежность к стадии IV.

Стадия IVA: Распространение карциномы на соседние органы.

Стадия IVB: Распространение на отдаленные органы.

Факторы риска

Непосредственные или косвенные факторы риска включают:

- Половое поведение (число половых партнеров, начало половой жизни в течение года после менархе) и возбудители, передающиеся

половым путем (например, ВПЧ)

- Возраст при первой беременности и число беременностей
- Метод контрацепции
- Профессия, социальный класс
- Курение
- ВИЧ инфекция (относительный риск очень высокий, если тест положительный)
- Тест Папаниколау с отклонениями от нормы в анамнезе или цервикальная дисплазия менее чем 5 лет назад (относительный риск очень высокий)

Факторы риска и относительный риск

Факторы риска	Низкий риск	Высокий риск	Относительный риск		
			<2	2-4	>4
Половые партнеры	Мало (немного, несколько)	Много			×
Возраст при первом половом сношении	Старый	Молодой		×	
Социальный класс, род занятий	Умственная Работа	Физическая Работа	×		
Курение	Нет	Да		×	
Болезни передаваемые половым путем	Никогда	Когда-то			×
Использование оральных контрацептивов (не доказано)	Меньше 5 лет	Больше 5 лет	×		
Цервикальный мазок	Когда-то	Никогда		×	
Возраст	Молодой	Старый		×	

Относительный риск (Контрольные исследования) (класс C) для рака шейки по специфическим факторам риска

Факторы риска	ОР: относительный риск
Умеренная дисплазия по тесту Папаниколау в течение менее 5 лет	очень высокий
Скрининг не проводился	10
ВПЧ (в зависимости от вида)	2,5-3,0
6 или более половых партнеров на протяжении жизни	5
Низкий социально-экономический класс	5
Раса (черная по сравнению с белой)	2,5
Курение	2
Пользование оральными контрацептивами (не доказано)	1,2-1,5
Барьерная контрацепция	0,6

- ┃ Умеренная дисплазия
- ┃ Отсутствие скрининга в анамнезе

Женщина со многими риск-факторами больше нуждается в скрининге, однако она не нуждается в более частом скрининге при условии, что ее последний тест Папаниколау был нормальным. Вышеуказанные факторы риска не являются надежными показателями прогнозирования у какой из женщин разовьется ЦИН. Следовательно нет смысла проводить отбор этих женщин для более частого скрининга. Выше приводится таблица факторов риска, в которой суммируется научная литература (Манделблатт). После ВИЧ, самыми опасными факторами риска являются дисплазии и отсутствие скрининга в анамнезе.

Глава 3: Скрининг на рак шейки матки

Является ли скрининг шейки эффективным?

Хотя цервикальный скрининг не может быть на сто процентов эффективным, было показано, что программы скрининга рака шейки матки снижают частоту развития рака шейки у женщин. Например:

- ┃ Одноразовый скрининг в возрасте 40 лет снизил куммулятивную частоту рака шейки на 20%. (Милле А. Б., Программы скрининга рака шейки. Женева; ВОЗ, 1992 г.)
- ┃ 5-летний скрининг (через каждые 5 лет) (у женщин 20-64) снижает куммулятивную частоту рака шейки на 83,6%.
- ┃ 3-летний скрининг (через каждые 3 года) (у женщин 20-64) снижает куммулятивную частоту рака шейки на 91,2%.
- ┃ Ежегодный скрининг (у женщин 20-64) снижает куммулятивную частоту рака шейки на 93,3%. (Хакама М., Миллер А. Б., Деи Н. Е., Скрининг на рак шейки матки. Лион, 1986 г.)

Свидетельства эффективности

Согласно недавнему мета-анализу, границы чувствительности и специфичности при одноразовом скрининге тестом Папаниколау для выявления ЦИН степени 1 и 2 варьируют от 14% до 99% и от 24% до 96% соответственно. Такая высокая вариабельность чувствительности теста может быть обусловлена различиями в технике скрининга (например, недостаточным набором клеток, неадекватным приготавлением препаратов, неточностью лаборатории и различием в методах определения чувствительности). Ложно-отрицательные тесты могут способствовать прогрессированию новообразования в более запущенную форму, прежде чем болезнь будет выявлена. Ложно-положительные тесты могут вызвать беспокойство у женщины и ненужные обследования.

Проблемы связанные со скринингом

- Женщины, относящиеся к самой высокой группе риска, не проходят скрининг, тем самым увеличивается разница между числом здоровых и больных — закон обратного результата при оказании медицинской помощи.
- Неадекватные ресурсы для дальнейшего обследования женщин с положительными результатами теста.
- Женщины с ложноположительными результатами теста испытывают беспокойство, ожидая проведения дальнейшего диагностического обследования, а также продолжают

испытывать беспокойство состоянием своего здоровья, несмотря на подтвержденный результат.

- Женщины с положительными результатами, несмотря на начатое лечение, могут считать себя неполноценными.
- Возможная нехватка ресурсов для дальнейшего наблюдения за женщинами с результатами, отличными от нормы.

Психологические эффекты скрининга шейки матки

Как среди профессионалов, так и в обществе существует убеждение, что рак шейки матки, в каком то смысле, заболевание, передающееся половым путем. Данный диагноз может вызвать у многих сильный шок, депрессию, чувство вины, супружеские и сексуальные проблемы.

Когда женщине говорят, что у нее диагностирован ЦИН, у нее возникает явная тревога по поводу развития рака. Женщины не всегда понимают разницу между интраэпителиальной неоплазией и инвазивным раком. Более того, упоминание инфекции и болезней, передающихся половым путем, может усугубить психологическую травму.

Проблема усугубляется еще больше, если женщина направляется на кольпоскопию с диагнозом ЦИН, но при кольпоскопии диагноз не подтверждается; в этом случае неблагоприятные психологические последствия имеют

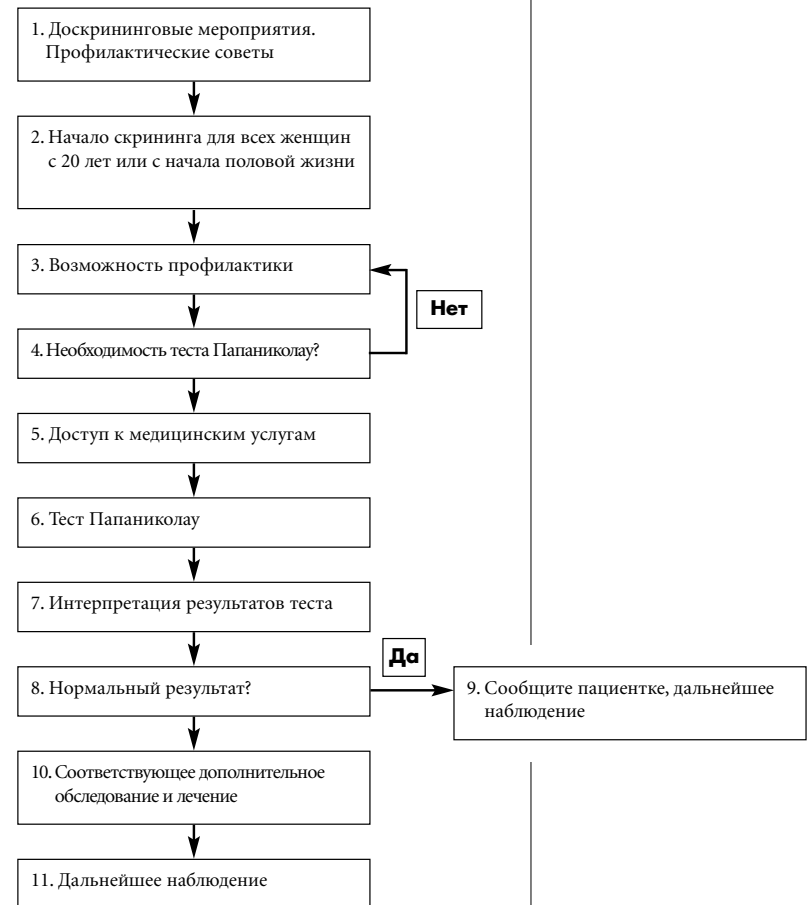
место без пользы для женщины. Ложноположительных результатов при тесте не избежать, как и при любом другом скрининговом тесте. Соответственно нужно стремиться к снижению числа ложно-положительных результатов до минимума, а также к уменьшению числа женщин, бесосновательно направленных на кольпоскопию.

Психологические последствия диагноза ЦИН и количество кольпоскопий можно свести к минимуму следующими путями:

- ▮ Предоставление письменной информации в четкой форме на всех стадиях процесса скрининга
- ▮ Возможность обсудить результаты с квалифицированным специалистом
- ▮ Возможность обсудить проблему со специалистом, проводящим кольпоскопию
- ▮ Снижение частоты запоздания результатов и продолжительности ожидания кольпоскопии при ее необходимости

Алгоритм Скрининга

(Источник: Health Care Guideline: Cervical Cancer Screening, Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI): март 2001 г.)



Просвещение населения и выездная работа оказывают неоценимую помощь в привлечении женщин соответствующего возраста для регулярного скрининга по Папаниколау, что способствует снижению смертности от рака шейки матки.

Аннотации к алгоритму Доскрининговые мероприятия и консультации

Просвещение населения и выездная работа оказывают неоценимую помощь в привлечении женщин соответствующего возраста для регулярного скрининга по Папаниколау, что способствует снижению смертности от рака шейки матки.

Причины отказа от цервикальных цитологических тестов

Причины отказа можно разбить на нижеследующие группы:

Приглашение на тест не получено

- Неточно записанные имена и адреса.
- Передвижение популяции — женщина переехала или находится за рубежом.

Недостаточное понимание цели теста и важности скрининга

- Неправильные взгляды (убеждения), которые заставляют женщин думать, что они не нуждаются в скрининге. Например, считается, что если женщина имела только одного полового партнера, тест ей не нужен; или тест нужен только после родов, или если женщина прекратила половые сношения, проведение теста не обязательно.
- Непонимание важности раннего обнаружения изменений на клеточном уровне для обеспечения излечимости заболевания так как профилактический подход к здоровью пока не распространен среди женщин.

Личные мотивы

- Страх, что тест Папаниколау - это тест на рак. Женщины не хотят знать или обнаружить, что у них может быть рак (отрицание).
- Смущение перед обследованием.
- Страх болезненных ощущений во время теста, особенно если у женщины есть неприятные воспоминания из опыта или она слышала, что тест болезненный.
- Страх, что ее осудят за беспорядочную половую жизнь.

Бытовые причины

- Семейные или служебные обязательства, не позволяющие выделить время для прохождения теста.
- Отсутствие транспортных средств для посещения медицинского центра.

Мероприятия по улучшению посещаемости скрининга шейки матки

- **Визиты на дом** — осуществляют медицинские работники. Существуют доказательства, что визиты на дому успешны вне зависимости от применяемых образовательных материалов.
- **Пригласительное письмо от врача общей практики** повышает обращаемость (Белл 1997 г. — обращаемость возрасла с 35,2% при предыдущем скрининге до 50,7%)

после рассылки писем). Стиль, тон и содержание письма являются очень важными факторами. Цель и важность теста должны быть четко объяснены каждой женщине, необходимо также вложить в конверт объяснительный буклет. Персональные пригласительные письма от личного врача общей практики женщины эффективнее, чем письма от руководителей районных отделов здравоохранения (Кант и соавторы, 1997 г.). Назначение строго определенного времени визита в медицинское учреждение повышает обращаемость по сравнению с тем подходом, когда женщине предоставляют возможность самой назначить визит (Байлс и соавторы, 1994 г.).

- **Консультация по телефону** — практически такой же эффект, как и персональный звонок от медработника (Фаиф).
- **Случайный скрининг** — были некоторые доказательства того, что этот подход может быть эффективным, но нужно стараться не быть назойливым, делая все в правильном порядке. Роль медсестры может быть эффективнее роли врача при данном мероприятии. Плакаты в клинике и печатные материалы способствуют привлечению большего числа женщин.
- **Таблицы напоминания для врачей** — отметьте медицинские карты пациенток, не пришедших на цитологический тест и создайте заметку на экране компьютера врача или медсестры, чтобы они смогли постоянно видеть ее.

- **Привлекательные плакаты** должны раздаться центрам семейной медицины, кольпоскопическим кабинетам и общественным библиотекам.

Очень важно проводить мероприятия, повышающие обращаемость и, особенно, повышающие осознанную обращаемость. Даже если образовательные материалы непосредственно не увеличивают обращаемость, они скорее всего повысят осознанную обращаемость.

Рекомендации

- Объясните женщине, что она будет осмотрена женщиной-врачом или женщиной-медсестрой.
- Обеспечьте гигиенические условия, анонимность и уважительное отношение к каждой женщине.
- Сконцентрируйте внимание на важности безопасного секса, избегайте упреков по поводу беспорядочной половой жизни.
- Приоритетом должен быть не только скрининг, желательна реориентация на первичную профилактику.
- Обеспечьте конфиденциальность, особенно в более младших возрастных группах.
- Информация также должна предоставляться здоровым и бездетным женщинам. Если женщина по каким-то причинам не нуждается в посещении врача или медсестры, получение

Очень важно проводить мероприятия, повышающие обращаемость и, особенно, повышающие осознанную обращаемость.

ею информации о скрининге на рак шейки матки маловероятно. Просветительную работу нужно вести не только в клиниках и медицинских учреждениях, но и в других местах.

- ▮ Предупреждение рака шейки является новым понятием для многих женщин. Поэтому, не пользуйтесь медицинским жаргоном или другими непонятными фразами, это может создать барьер между женщиной и врачом.
- ▮ Чаще используйте изображения, рисунки, диаграммы, и перед тестом обязательно покажите используемые инструменты. Используйте наглядные пособия в предскрининговом периоде, а также когда женщина уже начала проходить скрининг.
- ▮ Женщины старше 60 лет, которым никогда не проходил тест, составляют особую группу. Обращаемость среди них самая низкая. Хотя согласно некоторым исследованиям, в целом они положительно воспринимают предоставленную новую информацию. Они могут положительно отнестись к идее проведения теста Папаниколау, если эту идею предоставить им в более широком контексте вместе с другой информацией о здоровье женщины.
- ▮ Для привлечения молодых женщин используйте их коллег, не стоит полагать, что они сами придут на скрининг.
- ▮ Проводите беседы о скрининг тесте в пренатальных классах, и обеспечьте

возможность просветительной работы при постнатальных визитах.

- ▮ Женщины с тяжелой степенью инвалидности нуждаются в услугах на дому.
- ▮ Учитывайте возможное изнашивание в анамнезе женщины, что может быть причиной отказа от теста.
- ▮ Учитывайте культуральные обычаи, касающиеся вопроса девственности. Некоторые молодые женщины, ведущие половую жизнь, возможно, скрывают это, тогда как участие в скрининге подтверждает ведение половой жизни. Нарушение анонимности может быть потенциальной проблемой.

Начало скрининга

Тест Папаниколау должен проводиться всем женщинам начиная с 20 лет или до 20 лет, если она ведет половую жизнь (Уровень А). На сегодняшний день нет обоснований ни для проведения ни для отрицания пользы рутинной цервикогрфии или кольпоскопии для скрининга на рак шейки матки. Также нет обоснований для рутинного скрининга на инфицированность ВПЧ (Уровень С). Вышеупомянутые исследования скорее всего исключаются из рутинной практики вследствие высокой стоимости и низкой специфичности.

Возможность предупреждения заболевания

Информация для населения должна быть

Тест Папаниколау должен проводиться всем женщинам начиная с 20 лет или до 20 лет, если она ведет половую жизнь.

Практический совет:

Женщины с признаками и симптомами патологии шейки матки должны проходить соответствующее обследование. Отрицательный результат при проведении мазка по Папаниколау в данном случае может не являться надежным показателем.

включена в буклет о скрининге на рак шейки матки, включающий в себя:

- ▮ Информацию о том, что целью теста Папаниколау является предупреждение рака. Это не тест на подтверждение диагноза рака.
- ▮ 100 % точность теста невозможна.
- ▮ Женщина всегда должна сообщать своему врачу общей практики о любом патологическом кровотечении.

Цервикальный скрининг является мерой вторичной профилактики. В настоящее время точная причина рака шейки матки неизвестна, но есть мнение, что он передается половым путем вместе с ВПЧ (см. раздел «Патология» на стр. 8). Женщине (и мужчине) должна быть предоставлена информация о вышеупомянутых факторах риска. В этом случае женщина имеет возможность принимать решения, которые могут помочь в первичной профилактике заболевания. Информация о первичной профилактике должна подчеркивать важность следующего:

- ▮ Меньше партнеров (как для женщин, так и для мужчин).
- ▮ Преимущество барьерных методов контрацепции, избегать длительного применения оральных контрацептивов (не доказано).
- ▮ Избегать сексуальных отношений с партнерами, у которых имеются генитальные или

ректальные кондиломы (профилактика заражения ВПЧ).

- ▮ Совет заядлым курильщикам — бросить или уменьшить курение.

Необходим ли тест Папаниколау?

Тест Папаниколау нужно проводить всем женщинам, достигшим возраста 20 лет, и женщинам, начавшим половую жизнь раньше 20 лет, за исключением случаев, когда:

- ▮ женщине проводилась тотальная гистерэктомия по поводу **доброкачественного новообразования**, причем:
 - ▮ **есть** доказательства, что шейка была полностью удалена
 - ▮ в анамнезе отсутствуют злокачественные или предраковые новообразования шейки
- ▮ женщина достигла возраста 65 лет, у нее сохранена шейка матки и результаты предшествующих 2 проделанных с соответствующим интервалом тестов по Папаниколау не имеют отклонений от нормы (Класс А, стр. 3)

У пациенток с дисплазией в анамнезе тест нужно провести через 6 месяцев после лечения, а потом ежегодно в течение 5 лет при нормальных результатах. По истечении 5 лет скрининг в этой группе надо проводить согласно соответствующим стандартам.

Нет полного согласия о необходимости про-

ведения теста женщинам, которые надлеж-
щим образом обследовались в прошлом, после
65 лет. Женщинам старше 65 лет, которые
никогда не проходили скрининг:

- следует пройти 2 обследования по
Папаниколу с интервалом в 6 месяцев.

При нормальных результатах скрининг может
быть приостановлен (Класс C, см. стр. 3).

Скрининг может продолжаться при взаимном
согласии пациентки и мед. работника.

Общая информация

Большинство раковых и предраковых заболева-
ний развиваются в зоне переходного эпителия и
распространяются на эктоцервикс. При заборе
мазка необходимо захватить клетки обеих зон.
В зоне переходного эпителия столбчатый эпите-
лий расположен проксимально, сквамозный ме-
тапластический эпителий - центрально, а зре-
лый сквамозный эпителий - дистально. Эта
зона чаще всего располагается 8-13 мм прокси-
мальнее к эктоцервиксу, но может также рас-
пространяться на 20-30 мм вглубь цервикаль-
ного канала. У пожилых женщин, а также у
беременных, переходная зона расположена бли-
же к шейке. Идеальный мазок должен состоять
из достаточного количества эктоцервикальных
клеток и клеток переходного эпителия для об-
наружения патологии. Факторы, влияющие на
качество мазка, включают в себя навык персо-
нала, индивидуальные различия эпителия пере-
ходной зоны, гормональный фон. Считается,
что наиболее важным показателем адекват-
ности мазка является наличие эндоцервикаль-

ных или метапластических сквамозных клеток.
Для уменьшения вариабельности качества маз-
ка при заборе необходимо использовать и шпа-
тель и эндоцервикальную щеточку. Эта техника
обеспечивает адекватность мазка в 94-98 %
случаев. Применение методики двойного забора
также корректирует индивидуальную гормо-
нальную вариабельность переходной зоны.

Как часто нужно проводить тест по Папаниколу?

Согласно рекомендации тест должен прово-
диться как минимум каждые 3 года (Уровень B,
см. стр. 3). Существуют значительные различия
в разных странах — в некоторых практикуется
5-летний скрининг, в некоторых - 3-летний, а в
ряде стран - и 5-летний, и 3-летний. Американ-
ская коллегиальная комиссия по превентивной
медицине считает, что после 3 ежегодных тес-
тов по Папаниколу с нормальными результа-
тами женщины могут проходить обследование
реже, согласно рекомендациям своего врача
общей практики. Женщинам, которым
проводилась гистерэктомия по поводу добро-
качественного новообразования, нет необходи-
мости проводить тест. Несмотря на то что
стандартом отрицательного результата являет-
ся 3 ежегодных Пап-теста не более чем за 5 лет,
более длительный интервал также приемлем,
если только в промежутках не было ни одного
патологического результата.

Некоторые женщины нуждаются в более
тщательном наблюдении из за повышенного
риска или наличия патологии шейки матки в
анамнезе. Эти состояния включают:

Согласно
рекомендации тест
должен проводиться
как минимум каждые
3 года.

- ▮ Недавние патологические результаты теста
- ▮ Женщины, получившие лечение по поводу рака шейки или предракового состояния в прошлом
- ▮ Женщины с повышенным риском из-за иммунодепрессии

Ввиду того что этиопатогенез болезни недостаточно известен, оптимальный интервал является предметом дебатов и научных исследований. Таблица показывает, что преимущество 1-летнего скрининга перед 3-летним довольно мало (2%), тогда когда разница между 3 и 5-летними скринингами составляет 7%.

Режим проведения скрининга	Показатель снижения частоты (%)	Количество тестов
каждые 10 лет, 25-64	61	4
каждые 10 лет, 35-64	55	3
каждые 10 лет, 45-64	43	2
каждые 5 лет, 20-64	84	9
каждые 5 лет, 30-64	81	7
каждые 3 года, 20-64	91	15
ежегодно, 20-64	93	45

Ограничения теста

Ложноотрицательным называется результат, при котором невозможно определить имеющиеся патологические изменения шейки матки. Пап-тест не является достаточно чувствительным тестом и ложноположительные результаты

неизбежны. Они составляют 20% и могут быть выше при однократном посещении пациентки. Это означает, что вероятность пропущенного диагноза аномалии шейки матки составляет 1 из 5 случаев. Ложноотрицательные результаты возможны из-за отсутствия патологических клеток в мазке или по причине неправильного забора или из-за неспособности лаборатории определить патологические клетки. Для предупреждения развития заболевания тест необходимо повторять с регулярным интервалом.

Доступ к услугам

Место проведения процедуры теста должно быть доступным, а атмосфера комфортабельной и максимально приятной. Проведение теста должно быть возможным в удобное для женщины время, чтобы ей не пришлось пропускать работу. Обстановка при обследовании должна быть комфортной, тогда женщина сможет рассказать о возможности прохождения обследования другим.

Проведение теста Папаниколау

Использование наиболее оптимальной процедуры забора мазка увеличивает шансы получения адекватного мазка и снижает уровень дискомфорта для пациентки. (Аустокер и Мак Ферсон, 1992 г.) (Класс С, см. стр. 3). До проведения теста Папаниколау нужно собрать анамнез. Анамнез должен охватывать следующие вопросы:

1. Спросите женщину, не было ли у нее

патологических кровотечений, в том числе:

- кровотечений во время менструации
- посткоитальных кровотечений
- межменструальных кровотечений
- кровотечений в постменопаузе

или непривычных вагинальных выделений. Если у женщины имеется патологическое кровотечение или необычное вагинальное выделение, тест можно проводить. **Важно, чтобы принятие решения о дальнейшем лечении женщины не откладывалось и принималось независимо от результатов полученной цитологии.**

2. Спросите женщину, когда ей в последний раз проводился тест Папаниколау.
3. Расспросите женщину о всех ранее проведенных тестах с патологическими результатами (включая: дату, место, результат, лечение и наблюдение).
4. Спросите женщину о дате первого дня ее последней менструации.
5. Спросите женщину принимает ли она оральные контрацептивы, гормоны, использует ли она внутриматочное контрацептивное средство.

Проверьте достоверность анамнеза, просмотрев записи и документы.

Оборудование для теста Папаниколау

- Комната исследования, по-возможности, с мощным освещением
- Гинекологические зеркала (разных размеров)
- Деревянный или пластиковый шпатель, цитощетки
- Перчатки из латекса
- Предметное стекло и карандаш, чтоб писать на стекле (имя, дату рождения, число)
- Фиксатор и транспортная коробка
- Форма

Как брать мазок

- В идеальном случае женщина не должна заниматься сексом, использовать спермициды, вагинальные увлажнители и лубриканты любого типа за 24 часа до процедуры. (хотя это не является противопоказанием для проведения теста).
- В середине цикла — более 7 дней после окончания последней менструации, но менее 12 дней до следующей ожидаемой менструации.
- Более 12 недель после родов.
- После завершения лечения вагинальной инфекции.

- ▮ Для повторных тестов подождите минимум 3 месяца, если только лаборатория не рекомендует вам иначе.
- ▮ Если у пациентки никогда не было сексуальных сношений, то тогда, возможно, нет необходимости в проведении теста.
- ▮ Если имеет место инфекция или вагинальные выделения, сделайте мазок и проведите соответствующее лечение. Подождите до середины следующего цикла и повторите тест.
- ▮ У пациенток в постменопаузе свод влагища может быть сухим. Если полученный мазок неадекватный, можно использовать эстрогенсодержащий крем в течение недели и повторно взять мазок.

Форма запроса

Заполните форму полностью и разборчиво шариковой ручкой. Включите:

- ▮ имя и адрес врача общей практики
- ▮ полное, настоящее имя (фамилия) женщины и бывшие имена (фамилии)
- ▮ адрес и индекс места жительства женщины
- ▮ дату рождения
- ▮ анамнез пациентки (смотрите выше)

Процедура теста Папаниколау

- ▮ Обеспечьте уединение.

- ▮ Женщина должна лежать на спине или на левом боку.
 - ▮ Мазок должен быть взят сухим зеркалом до проведения бимануального исследования таза.
- ▮ Введите зеркало под правильным углом. Поверните зеркало на 90 градусов кверху влагища, наблюдая за реакцией пациента. Не открывайте зеркало до его полного введения.
 - ▮ Шейка и область влагища, прилежащая к шейке, при заборе мазка должны быть полностью видимы. Если трудно увидеть шейку, подложите свернутое полотенце под ягодицы пациентки (или попросите пациентку подложить руки) для поднятия таза.
 - ▮ Осмотрите шейку. Обратите внимание на любое подозрительное образование. Наличие выворота или Наботовых цист не является аномалией в контексте скрининга. Если образование хорошо видно глазом, тест Папаниколау недостаточен; обязательна биопсия с кольпоскопией или без нее. Биопсия должна быть проведена для всех образований:
 - 1) которые возвышаются над поверхностью, 2) с ороговевшим покрытием, 3) изъязвлены или покрыты некротическим экссудатом.
 - ▮ Если у пациентки имеется цервицит и/или выделения, нужно применить высокий вагинальный забор и лечить инфекцию до взятия цитологического мазка.
- ▮ Вставьте шпатель в шейку и поверните два-

ды на 360 градусов так, чтобы захватить клетки со сквамозно-столбчатого соединения. При традиционном Пап-тесте забор с эндоцервикса и эктоцервикса нужно брать отдельно (сперва шпателем, затем цитологической щеткой). Стандартный метод забора с эндоцервикса осуществляется эндоцервикальной щеткой, которая усиливает регенерацию клеток. Введите щетку в эндоцервикальный канал, поверните ее полтора — два полных оборота.

- ▮ Осторожно выньте зеркало обратно (с расширенными лопастями) с шейки. Закройте зеркало и продолжайте вынимать до самого конца и подложите салфетки.
- ▮ Немедленно, в течение 30 секунд перенесите клетки на предметное стекло. Обе стороны шпателя должны быть проведены по стеклу. При использовании цитощетки, мягко нажмите щеткой и прокатите по поверхности стекла, отметьте стекло буквой “Ц”. Мазок на стекле должен быть распределен тонким слоем для возможности микроскопического исследования.
- ▮ Для предотвращения высыхания препарат немедленно фиксируется путем погружения в 95 % спиртовой раствор на 15 минут, или путем обрызгивания аэрозолями или насосным фиксатором (обрызгиватель держать на расстоянии минимум 25-30 см от препарата), или орошая его жидким фиксатором. Препараты, фиксированные 95 % спиртовым раствором транспортируются в

лабораторию в спиртовом сосуде или оставляются на воздухе после фиксации для высыхания. Мазки, фиксированные аэрозолями или орошением, должны быть высушены на воздухе до транспортировки в лабораторию.

- ▮ Сообщите пациентке, когда и как она получит результаты теста (согласно практике вашего медицинского учреждения).

После взятия мазка

- ▮ Зеркало должно быть осторожно вынуто с раздвинутыми лопастями до тех пор, пока шейка не освобождена. После этого закройте лопасти и осторожно вынимайте зеркало до конца.
- ▮ Обеспечьте условия, чтобы женщина могла одеться без страха быть увиденной.
- ▮ Объясните женщине процедуру получения результатов согласно практике вашего учреждения.
- ▮ В форме запроса и в анкете женщины запишите:
 - ▮ подтверждение, что шейка была осмотрена и мазок из переходной зоны был взят надлежащим образом
 - ▮ как выглядела шейка
 - ▮ клинические детали
 - ▮ расположение сквамозно-столбчатого соединения
 - ▮ каким инструментом был взят мазок
- ▮ Добавьте любую клинически значимую

информацию в раздел клинических данных формы запроса.

- ▮ Посоветуйте женщине как и когда она может получить результаты теста.
- ▮ Посоветуйте женщине, чтобы она сказала своему врачу общей практики, если у нее когда-либо были нерегулярные или подозрительные кровотечения или обильные выделения из влагалища, даже в том случае если, результат теста отрицателен.
- ▮ Зафиксируйте факт проведения теста в журнале регистрации или в компьютерной системе, для того чтобы следить за получением результата мазка. Обязательно нужно записать следующую информацию:
 - полное имя, фамилию и дату рождения женщины
 - дату выполнения теста
 - дату получения результатов (нужно внести в специальную форму полученных результатов)
 - последующие мероприятия (туда же)

Интерпретация результатов теста Папаниколау

Для последовательности при классификации результатов теста Папаниколау, строго рекомендовано, чтобы все учреждения, где проводится Пап-тест, и связанные с ними лаборатории, применяли систему номенклатуры Бетезда для интерпретации результатов теста Папаниколау.

Результаты и протоколы

Описание результатов мазка по Папаниколау и протоколы лечения*		
Результат	Объяснение	Рекомендации
Неадекватный	Недостаточный клеточный материал. Неадекватная фиксация. Мазок, состоящий, в основном, из крови или воспалительно-клеточного экссудата. Мало материала или его отсутствие; вероятнее всего, что мазок был взят не из переходной зоны.	Повторить мазок
Отрицательный	Норма. Обычные воспалительные изменения, в том числе слабо выраженный полиморфный экссудат	Рутинный вызов для последующего теста
Пограничные изменения	Клеточная картина мазка не может быть описана как нормальная. Мазки, при которых трудно решить, вызваны ли клеточные изменения воспалением или дискардиозисом.	Повторить тест через 6 месяцев. Если изменения не прошли, отправьте на кольпоскопию
Слабо выраженный дискардиозис с наличием или без ВПЧ	Клеточная картина, соответствующая ЦИН 1 (слабовыраженная дисплазия)	Повторите тест через 6 месяцев. Если изменения не прошли, отправьте на кольпоскопию.
Умеренный дискардиоз при наличии или без ВПЧ	Клеточная картина, соответствующая ЦИН 2 (умеренная дисплазия)	Кольпоскопия
Тяжелый дискардиоз при наличии или без ВПЧ	Клеточная картина, соответствующая ЦИН 3 (ярковыраженная дисплазия/ карцинома in situ)	Кольпоскопия
Тяжелый дискардиоз/ инвазивная карцинома под вопросом	Клеточная картина, соответствующая ЦИН 3, но с дополнительными признаками, похожими на инвазивный рак	Кольпоскопия
Железистая неоплазия — под вопросом.	Клеточная картина характерная (похожая) для предрака, или рака цервикального канала или эндометрия	Кольпоскопия

* Таблица заимствована из публикации «Классификация сквамозных клеток при проведении теста по Папаниколау» и приведена с изменениями.

Неадекватные мазки

Краткие сведения о причинах и мерах для улучшения качества		
Результат	Возможная причина	Возможное решение
1. Содержание клеточного материала недостаточно, принимая во внимание возраст и гормональный статус женщины.	а) Шейка не визуализирована	До взятия мазка хорошо осмотрите шейку.
	б) Шейка тампонирована	Не обкладывайте шейку тампоном.
	в) Взятие мазка с шейки было проведено с недостаточной силой	При взятии соскоба нужно нажимать с достаточной силой
	г) Недостаточно материала было перенесено со шпателя на предметное стекло	Наносите материал с обеих сторон шпателя.
	д) Клетки смыты со стекла во время фиксации	Кладите предметное стекло на осушивающую (впитывающую влагу) бумагу. Немедленно добавьте фиксатор. Храните предметное стекло (препарат) в горизонтальном положении. Высушите препарат без сливания жидкости.
	е) Атрофия шейки у женщин в постменопаузе	Рассмотрите возможность проведения одного курса лечения вагинальным эстрогеном до повторения мазка.
2. Клеточный материал полностью состоит из разделенных поверхностных клеток, что, скорее всего, указывает на то, что они из влажной, а не из шейки.	Шейка не визуализирована.	Визуализируйте шейку до взятия мазка. Пользуйтесь адекватным расширителем. Попробуйте использовать левую латеральную позицию или подложите подушку под ягодицы женщины.

Результат	Возможная причина	Возможное решение
3. Плохая фиксация, или чрезмерное высушивание на воздухе до такой степени, что оценка невозможна.	Запоздалая или недостаточная фиксация.	Улучшить технику фиксации.
4. Больше половины клеточного материала покрыто кровью, менструальным дебрисом, полиморфным экссудатом, бактериями или сперматозоидами.	а) Наличие выделений или инфекции б) Менструальный мазок в) Цервикальная эктопия с контактным кровотечением г) Рак шейки или гинекологические причины кровотечения	Исследуйте на инфекцию и повторите мазок после лечения. Возьмите мазок, когда у женщины нет менструации. Используйте округлый конец шпателя вокруг периферии эктопического очага, где находится сквамозно-столбчатое соединение. Консультация гинеколога.
5. Настолько толстый слой на стекле, что невозможно оценить отдельные клетки и группы клеток.	а) Слишком обильный материал на шпателе б) Материал нанесен неравномерно	Нанесите материал на два предметных стекла. Нанесите равномерно и тонким слоем (скорее продольными движениями, чем круговыми).
6. Нет эндоцервикальных клеток.	Мазок не захватил эндоцервикальные клетки.	Используйте эндоцервикальную щетку и шпатель. Сперва возьмите мазок шпателем, так как применение щетки часто приводит к кровотечению.

Краткие сведения о причинах и мерах для улучшения качества (продолжение)

Результат	Возможная причина	Возможное решение
7. Состоит полностью из эндоцервикальных клеток.	а) Была использована только эндоцервикальная щетка б) При наличии широкого эктропиона зона трансформации была недостигнута	Никогда не используйте только эндоцервикальную щетку. Используйте округлый конец шпателя вокруг периферии эктопии, где находится сквамозно-столбчатое соединение.
8. Специалист, бравший мазок, отмечает, что осмотреть шейку полностью не удалось.	а) Пациентка не была достаточно расслаблена б) Ярковыраженная ротация матки кпереди или кзади в) Снижение тонуса стенок вагины	Объясните процедуру и успокойте (облегчите ситуацию) женщину. Старайтесь придать пациентке левую латеральную позицию или подложите подушку под ягодицы женщины. Пользуйтесь широкими расширителями.

Для того чтобы препарат был пригодным для цитологического скрининга, он должен содержать определенное количество цервикальных клеток, которые нанесены слоем соответствующей толщины и не перекрываются другим материалом. Адекватный забор мазка зависит от специалиста, осматривающего шейку во время процедуры. Вне зависимости от цитологического ответа, препарат может быть адекватным только в том случае, если шейка была тщательно осмотрена и забор мазка проводился правильно.

Причина, из-за которой мазок сочли неадекватным, всегда должна быть установлена и устранена. Эту информацию нужно передать тому, кто послал женщину на исследование.

Неадекватный забор должен быть повторен как можно быстрее, но не раньше чем через 6 недель после предыдущего исследования. При наличии трех последовательных неадекватных результатов женщину нужно направить на кольпоскопию.

Является ли результат теста Папаниколау нормальным?

Женщины, у которых результат теста Папаниколау нормальный, должны получить письменное сообщение, утверждающее, что результат теста Папаниколау был нормальным и подчеркивающее важность продолжения регулярных, периодических обследований на рак шейки.

Женщины, с результатом теста, отличным от нормы, должны получить письменную информацию с указанием результатов и рекомендацией повторного проведения через определенный промежуток времени теста Папаниколау или запланированной диагностической процедуры. К этой письменной информации можно приложить соответствующие образовательные материалы.

Сообщение результатов пациентам и дальнейшие рекомендации

До проведения теста Папаниколау или во время рутинных визитов, женщинам должна объясняться следующая информация:

- как и когда будут получены результаты, например результат будет вам выслан в течение 4-х недель, если вы не получите результат, пожалуйста, сообщите нам

- ▮ результаты не будут категоричными или не-двусмысленными

- ▮ какой процент мазков бывает отрицательным или аномальным, и что это значит
 - какие возможны варианты действий при отклонениях от нормы

- ▮ приблизительно 8% мазков являются неадекватными или неудовлетворительными
 - значение неадекватного или неудовлетворительного мазка

Имейте все необходимое под рукой, чтобы после скрининга сообщить пациентке результат, включая:

- ▮ письмо/открытка — вы нуждаетесь в повторном тесте

- ▮ письмо/открытка — у вас нормальный результат

- ▮ письмо/открытка — исходя из результатов вашего теста обязательно проведение повторного теста через 6 месяцев

- ▮ письмо/открытка — исходя из результатов теста вы нуждаетесь в дальнейших диагностических исследованиях

Женщинам, нуждающимся в кольпоскопии, или у которых обнаружено инвазивное заболевание, должна быть предоставлена возможность скорейшей консультации с врачом общей практики или возможность поговорить

с врачом общей практики, чтобы обсудить значение результата.

Многие женщины мало знают о кольпоскопии, и им нужны разъяснения. Также, заранее (до лечения) объясните им возможные методы лечения, такие как коническая биопсия шейки матки, лазерное лечение или гистерэктомия. В зависимости от возраста, многих женщин будет интересовать влияние лечения на половую жизнь и вероятность забеременеть в будущем.

Если женщине было объяснено значение возможных результатов теста ей меньше свойственно волноваться. Однако доказано, что вне зависимости от того, как была проведена подготовка, женщины с результатами, отличными от нормы, будут испытывать большее беспокойство из-за страха рака и боязни последующих процедур, таких как кольпоскопия. В одном исследовании 27% женщин находились в состоянии шока и морального опустошения, тогда как 65% были обеспокоены (Познер и Вессей, 1988 г.). Информационные материалы и оповещение о результатах теста по почте значительно уменьшили уровень обеспокоенности женщин (Уилкисон и др; 1990 г.) (Класс А, см. стр. 3).

Проведите дальнейшие обследования и соответствующее лечение

Тема дальнейшего обследования и лечения женщин (на основании теста Папаниколау) выходит за рамки настоящей рекомендации.

Многие женщины мало знают о кольпоскопии, и им нужны разъяснения.

Брошюры, буклеты, демонстрационные материалы являются полезными образовательными средствами для тех женщин, которые нуждаются в дальнейших диагностических исследованиях, таких как кольпоскопия, лазерное электрохирургическое иссечение (ЛЭИ) и других процедурах.

Лечение низкой степени патологии шейки матки

В настоящее время информация об этиопатогенезе низких степеней патологии недостаточна. Большинство из них может не прогрессировать, но некоторые из них (без лечения) в конце концов приведут к развитию инвазивного рака. Необходимо соблюдать баланс между потенциальной гипердиагностикой и гипер-лечением и проведением мероприятий, направленных против развития инвазивного рака. Поэтому тактику лечения невозможно определить с определенной степенью уверенности. На сегодня считают, что цервикальная интраэпителиальная неоплазия (2 и 3 степени) требует начала лечения сразу же после диагноза. При наличии цервикальной интраэпителиальной неоплазии 1 степени можно или начать лечение, или тщательно наблюдать за состоянием женщины.

Наблюдательная тактика ведения ЦИН 1

Если женщина отказывается от лечения, каждые 6 месяцев она должна проходить обследование по Папаниколу до тех пор, пока патологические изменения не регрессируют или наоборот прогрессируют. Врач может предложить некоторым женщинам проведение кольпоскопии.

При наличии 2 негативных результатов с интервалом 6 месяцев, женщина переводится на ежегодное обследование. После 2 отрицательных результатов с интервалом в год, можно посоветовать перевод на обследование раз в 2 года.

Тактика активного вмешательства при ЦИН 1

Основывается на следующем:

- Невозможно определить какие из интра-эпителиальных образований будут прогрессировать.
- Некоторые женщины могут отказаться от наблюдений в течение длительного времени, а также от повторной биопсии или кольпоскопии.
- Регрессия патологии часто занимает годы.
- Многие женщины очень обеспокоены результатами теста несмотря на объяснения, что отклонения минимальные.
- Некоторые женщины предпочитают активное вмешательство, считая что образование, хотя и незначительное, следует удалить.
- Некоторые женщины не приходят на повторный визит.

Варианты лечения должны быть обсуждены при постановке диагноза ЦИН 1. Показания к активному лечению ЦИН 1:

- ▮ Образование не уменьшается в размерах в течение 12 месяцев.

- ▮ Цитологическое и кольпоскопическое обследование предполагает наличие ЦИН.

- ▮ Женщина обеспокоена своим состоянием и требует лечения.

- ▮ Иммунодепрессия в результате ВИЧ-инфекции или лечения высокими дозами стероидных препаратов или цитотоксичных препаратов, повышающих риск возникновения плоскоклеточной карциномы нижних половых путей.

- ▮ Сопутствующие (гинекологические) заболевания, требующие оперативного вмешательства под общей анестезией (например, стерилизация, кюретаж, лечение кондилом).

- ▮ Патологическое образование очень большое по размерам.

- ▮ Женщина предпочитает активное вмешательство наблюдательной тактике.

- ▮ Факторы, препятствующие свободному доступу к врачу для дальнейших наблюдений (отдаленный регион, выезд за пределы страны).

Некоторые методы лечения требуют 2 визита к врачу, другие только одного, что, безусловно, имеет большое преимущество для женщины. ЦИН можно эффективно лечить с помощью

электродиатермии, криохирургии, лазером или холодовой коагуляцией. Альтернативным методом является иссечение переходной зоны с применением лазера. Эти процедуры обычно сопровождаются болью. Местная анестезия обычно приносит мало пользы, а общая анестезия применяется редко. Преимуществом этих местных разрушающих методов лечения является сохранение цервикальной функции, и поэтому они получили широкое распространение при лечении ЦИН низкой степени патологии.

Наблюдательная тактика ведения инфекции ВПЧ

Если ВПЧ подтвержден на кольпоскопии при отсутствии подозрений на ЦИН, повторяйте мазок каждые 6 месяцев до тех пор, пока не получите 2 отрицательных результата с интервалом 6 месяцев. После 2 последующих отрицательных результатов с интервалом в 1 год женщина может проходить обследование раз в 2 года.

Тактика активного вмешательства при ВПЧ

ВПЧ не может быть излечен современными методами лечения. Некоторые исследователи утверждают, что изменения носят диффузный характер или просто не выявляются при кольпоскопии. При этом нет эффективного лечения.

У некоторых женщин выявляются изменения в переходной зоне, что на кольпоскопии выглядит как дисплазия. Биопсия может выявить ВПЧ атипию. Лечение такое же, как при ЦИН 1.

После 2 последующих отрицательных результатов с интервалом в 1 год женщина может проходить обследование раз в 2 года.

Дальнейшее наблюдение

После лечения, для обнаружения остаточной патологии, новой ЦИН, или инвазивного рака, а также для успокоения как пациентки, так и врача необходимо проведение цитологического исследования. Рецидивами являются случаи повторного развития аномалий, выявляемых при проведении цитологического исследования или кольпоскопии по истечении 12 месяцев.

Первая консультация должна проводиться через 2-6 месяцев после лечения и должна включать в себя:

- Цитологическое исследование с использованием шпателя и щеточки (щеточка может быть использована, если отверстие шейки после заживления очень маленькое)
- Кольпоскопия

Мазок нужно повторить через 12 месяцев после лечения. Мнения по поводу необходимости повторной кольпоскопии при условии нормальных результатов при первом исследовании расходятся, но повторное исследование может помочь в обнаружении остаточных явлений болезни.

При нормальных результатах этих 2 исследований последующая кольпоскопия не нужна. При наличии патологии при цитологическом или кольпоскопическом исследовании женщина нуждается в консультации и наблюдениях гинеколога до тех пор, пока образование не ис-

чезнет. Многие мелкие образования регрессируют со временем и не нуждаются в лечении.

- После консервативного лечения ЦИН 3, проведение более частого контроля неуместно, если в течение 5 лет результаты были нормальными.
- Женщины, которым проводилась гистерэктомия (по поводу ЦИН 3), не нуждаются в последующем исследовании мазков, если цитология свода была нормальной через 6 и 12 месяцев после хирургии. Но если существует подозрение, что предраковое поражение удалено не полностью, нужно проводить 3-летний скрининг (Данкан 1991 г.). Некоторые протоколы рекомендуют проведение женщинам, леченым по поводу ЦИН 2 или 3, регулярных Пап-тестов с интервалом 6 месяцев в течение 12 месяцев и ежегодных обследований после этого. (Протокол ведения женщин с выявленными при проведении скрининга аномалиями; см. www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/mangd.pdf.)
- При консервативном лечении ЦИН 3, усиленное наблюдение не должно превышать пяти лет. Первое цитологическое исследование нужно проводить через 6 месяцев. Кольпоскопия после этого не обязательна.
- После гистерэктомии риск остаточного поражения или рецидива очень низкий, в том случае если женщине перед операцией проводилась кольпоскопия для исключения

скрытой болезни в верхнем отделе вагины. Если гистерэктомия проводилась по поводу доброкачественного заболевания, нет необходимости в рутинном наблюдении.

Библиография

1. Guideline for screening for cervical cancer [online], www.albertadoctors.org/resources/cpg/cervical-cancer-guideline.pdf [June 19, 2002].
2. The Cleveland clinic foundation cervical cancer screening guideline [online], www.clevelandclinicmeded.com/ihpage/prev_cerv.htm [June 19, 2002].
3. Guidelines for the management of women with screen detected abnormalities [online], www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/mangd.pdf [June 20, 2002].
4. J. Austoker and M. Gray, "Prevention of cancer," *Prevention in General Practice 2nd edition*, G. Fowler, ed., Oxford General Practice Series (Oxford University Press, New York), pp. 239-47.
5. About the NHS Cervical Screening Program [Online], www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/index.html [Feb. 26, 2001].
6. Cervical Screening. National Guidelines Clearinghouse [online], www.guideline.gov [March 7, 2001].
7. J. Chromet and J. Chromet, "Cervical Screening in General Practice: A 'new' scenario," *Brit. Med. J.* **300**, 1504-6 (1990).
8. A. Dillon, "Guidance on Use of Liquid Based Cytology for Cervical Screening," *NICE Technology Appraisal Guidance*, no. 5, 5-20 (2000).
9. FIGO, Annual Report on Gynecological Cancers 2 (1994).
10. Guidelines: Summarizing clinical guidelines for primary care, "Cervical Screening," Medendium Group Publishing **9**, 227-31 (1999).
11. M. Hakama, "Cervical cancer: Risk groups for screening," M. Hakama *et al.*, eds., Screening for cancer of the uterine cervix, *International Agency for Research on Cancer*, Lyon, No. **76**, 289-90.
12. Health Care Guideline: Cervical cancer Screening, 2000. Institute for Clinical Systems improvement (ICSI), [online] www.icsi.org [March 3, 2001].



Американский международный союз здравоохранения
1212 New York Avenue, NW, Suite 750
Washington, DC 20005
aiha@aiha.com
www.aiha.com