

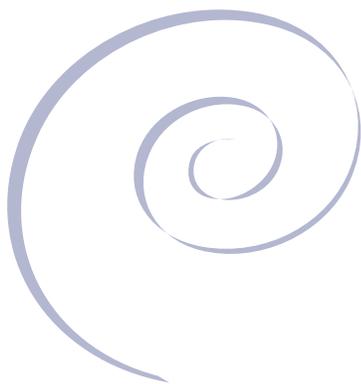
Пособие по разработке программ профилактики рака шейки матки

*2-е издание
2000 г.*



1455 NW Leary Way, Seattle, WA 98107-5136, USA

Настоящая публикация была разработана Альянсом по профилактике рака шейки матки (АССР), благодаря финансовой поддержке Фонда Билла и Мелинды Гейтс



Пособие по разработке программ профилактики рака шейки матки

*2-е издание
2000 г.*



*Настоящая публикация была разработана Альянсом по профилактике рака шейки матки (ACCP), благодаря финансовой поддержке Фонда Билла и Мелинды Гейтс
© PATH, 2000. Все права защищены.*

Как пользоваться этим пособием

Любой раздел данного “Пособия по разработке программ профилактики рака шейки матки” (2-е издание) может быть воспроизведен или адаптирован под местные условия без предварительного разрешения PATH при условии, что название организации PATH будет упомянуто и материалы будут предоставляться бесплатно.

Просим выслать копию адаптированных версий по адресу:

Cervical Cancer Prevention Team

PATH (Program for Appropriate Technology in Health)

1455 NW Leary Way Seattle, WA 98107 USA

Tel: (206) 285-3500

Fax: (206) 285-6619

Email: accp@path.org

Мы поощряем усилия наших читателей использовать разделы данного пособия для информирования и просвещения населения о последствиях рака шейки матки и существующих стратегиях профилактики этого заболевания.

Мы выражаем признательность следующим авторам и спонсорам:

Ведущие авторы “Пособия по разработке программ профилактики рака шейки матки” (2-е издание): Cristina Herdman и Jacqueline Sherris. Существенный вклад внесли Amie Bishop, Michele Burns, Patricia Coffey, Joyce Erickson, John Sellors и Vivien Tsu. Фонд Билла и Мелинды Гейтс оказал поддержку Альянсу по профилактике рака шейки матки (АССР) в разработке этого пособия.

Данное издание является обновленной версией пособия, опубликованного PATH в 1997 году. Это первое издание было подготовлено группой сотрудников PATH, которые работали над разными аспектами проблемы профилактики рака шейки матки. Ведущим автором оригинального издания была Jacqueline Sherris; огромный вклад внесли Amie Bishop, Elisa Wells, Vivien Tsu и Maggie Kilbourne-Brooke.

Авторы хотели бы поблагодарить большую группу людей, которые предоставили информацию по конкретным проектам. Это Dr. José Camacho (Cuban National Cancer Control Program, Havana, Cuba); Dr. Carolina Wiesner (National Institute of Cancer, Bogota, Colombia); Dr. Concepción Bratti (Projecto Epidemiológico Guanacaste, San José, Costa Rica); Dr. Eric Suba (Viet/American Cervical Cancer Prevention Project, San Francisco, California, USA) и Dr. Sharon Fonn (Women’s Health Project, Johannesburg, South Africa).

Авторы также приносят благодарность редакторам, которые работали над проектом пособия: Dr. Catterina Ferrecchio (Pan American Health Organization, Washington, D.C., USA); Dr. Lynne Gaffikin (JHPIEGO Corporation, Baltimore, Maryland, USA); Dr. Martha Jacobs (AVSC International, New York, New York, USA); Dr. Silvana Luciani (Pan American Health Organization, Washington, D.C., USA); Dr. D. M. Parkin (International Agency for Research on Cancer, Lyon, France); Dr. Raquel Requejo (Pan American Health Organization, Washington, D.C., USA); Dr. Sylvia Robles (Pan American Health Organization, Washington, D.C., USA) и Dr. R. Sankaranarayanan (International Agency for Research on Cancer, Lyon, France). Их замечания и предложения сыграли существенную роль в обеспечении ясности и точности материалов пособия. Авторы несут ответственность за любые найденные неточности.

Мы приветствуем все Ваши замечания и предложения по улучшению пособия. Будем рады, если читатели поделятся с нами опытом использования наших материалов для работы с врачами, политиками, и др. Пожалуйста, присылайте Ваши предложения и замечания по адресу: accp@path.org.

Оглавление

Резюме основных рекомендаций	1
Обоснование	
Рак шейки матки: масштабность проблемы	3
Основные вопросы – вкратце	7
1. Естественное развитие рака шейки матки	7
2. Скрининг: цитологическое исследование мазков по Папаниколау	11
3. Скрининг: визуальный гинекологический осмотр	17
4. Скрининг: диагностика папилломавируса человека	23
5. Подходы и методы лечения	29
6. Стратегии последующего наблюдения	35
7. Паллиативная помощь на поздней стадии рака шейки матки	39
8. Мониторинг и оценка программы	43
9. Профилактика рака шейки матки и основные потребности женщин	47
10. Пропаганда скрининга и лечения рака шейки матки	51
Рекомендации по разработке программ	57
С чего начать работу над созданием эффективной программы профилактики рака шейки матки	57
Вопросы финансирования и бюджета	63
Из опыта работы	75
Колумбия: мероприятия по профилактике рака шейки матки как часть реформы здравоохранения	77
Коста-Рика: охват женщин в районах с высокой заболеваемостью	
Куба: использование результатов исследований для разработки рекомендаций по скринингу	8
Южная Африка: как даже одна организация может способствовать изменению политики здравоохранения	82
Вьетнам: введение программы цитологического исследования мазков с шейки матки	84
Глоссарий терминов	91



Резюме основных рекомендаций

За последнее десятилетие было много написано о проблемах профилактики рака шейки матки (РШМ) в малообеспеченных регионах и о стратегиях, которые могут быть наиболее эффективными в такой ситуации. В этом пособии собраны данные последних исследований, опыт работы отдельных программ и анализ профилактических мероприятий, в которых особое внимание уделяется планированию и ключевым стратегиям. Пособие адресовано руководителям программ и тем, кто разрабатывает новые стратегии и направления профилактики РШМ. Оно также может предоставить работникам здравоохранения, администраторам, другим заинтересованным лицам информацию о насущных проблемах профилактики РШМ. Рекомендации, которые приводятся в этом пособии, могут применяться в любой стране, но особое внимание уделяется регионам с ограниченной ресурсной базой.

Ниже мы приводим список задач, который должна поставить перед собой любая программа по профилактике РШМ, если ее цель – снизить уровень заболеваемости и смертности:

- ▶ Улучшать осведомленность о РШМ и правилах здорового образа жизни среди женщин в возрасте 30-40 лет, уделяя особое внимание необходимости скрининга женщин в возрасте от 35 до 50 лет. Эта возрастная группа является целевой для программ профилактики в регионах, слабо обеспеченных ресурсами здравоохранения.
- ▶ Провести хотя бы один скрининг женщин в возрасте от 35 до 50 лет перед тем, как расширить охват других возрастных групп или уменьшить интервал между скринингами.*
- ▶ Предоставлять лечение женщинам с тяжелой степенью дисплазии; направлять к специалистам больных с инвазивной формой заболевания; предоставлять паллиативную помощь женщинам на поздней стадии рака.
- ▶ Собирать статистику предоставляемых услуг, чтобы облегчить постоянный мониторинг и оценку мероприятий и результатов программы.

Создавая новые, или расширяя существующие программы важно обеспечить эффективное руководство и поддержку стратегий программ на всех уровнях системы здравоохранения. Для обеспечения поддержки нужно продемонстрировать необходимость проведения программы профилактики РШМ, представить анализ ожидаемых затрат и результатов.

*В странах с ограниченными ресурсами необходимо, чтобы каждая женщина целевой группы прошла скрининг хотя бы один раз в жизни, приблизительно в 40 лет. Если ресурсы позволяют, то следует проводить скрининг раз в 10 лет, потом раз в 5 лет для женщин в возрасте от 35 до 55 лет. При хорошей ресурсной базе и широком охвате женщин целевой группы следует расширить скрининг, включив сначала женщин в возрасте до 60 лет, а потом молодых женщин с 25 лет. При получении дополнительных ресурсов и скрининге женщин целевой группы каждые 5 лет, скрининг следует проводить с частотой каждые три года для женщин в возрасте от 25 до 60 лет.¹



Необходимо привлечь к участию в планировании, выполнении программы и проведении оценки её результатов потенциальных участников – медработников и женщин, чтобы они знали, что их мнение и интересы учтены.

Критически важно учитывать данные научных исследований при планировании и выполнении программ профилактики РШМ. И, последнее, необходимо ставить четкие цели и задачи, выбирать показатели, которые помогут оценить эффективность программы, ввести системы отслеживания информации. Эти шаги позволят увидеть достижения и идентифицировать слабые звенья, которые следует модифицировать.

Рекомендуемые ключевые мероприятия для достижения целей программы в регионах с недостаточно обеспеченными ресурсами:

- ▶ чтобы обеспечить устойчивое развитие программы, необходимо взять за основу существующую в местном сообществе или стране систему здравоохранения;
- ▶ следует привлечь к участию женщин, их партнеров, местных лидеров и другие заинтересованные стороны на всех этапах создания, выполнения и оценки программы;
- ▶ необходимо координировать усилия по профилактике РШМ с другими программами охраны здоровья женщин пожилого возраста;
- ▶ перед введением новой программы следует определить существующие слабые звенья профилактики РШМ (например, неадекватная база для цитологических исследований, отсутствие систем отслеживания информации);
- ▶ важно устранить барьеры регулятивно-административного характера, которые могут помешать расширению доступа к предоставляемым услугам: например, положение, запрещающее медсестрам проводить скрининг;
- ▶ медработники всех уровней должны пройти соответствующий тренинг по изучению мер профилактики РШМ, включая консультирование;
- ▶ следует использовать инновационные, уместные для данной культуры и апробированные стратегии работы с 30-40-летними женщинами, которые ранее таких услуг не получали;
- ▶ поддерживая целевое исследование в рамках новой программы, необходимо искать подходы, которые могут увеличить доступ к услугам и снизить затраты на них.

Творческий подход в предоставлении услуг, хорошо подготовленный и преданный делу персонал способствуют тому, что программы профилактики смогут решить проблемы обеспечения необходимого скрининга и лечения РШМ, и, в конечном итоге, сыграют важную роль в охране здоровья женщин.

Литература:

1. Miller AB. *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines*. Geneva: World Health Organization (1992).

Рак шейки матки: масштабность проблемы

Рак шейки матки (РШМ) продолжает оставаться огромной проблемой для женщин во всем мире, особенно в развивающихся странах. По последним статистическим данным в мире ежегодно регистрируются порядка 466 000 новых случаев РШМ (рис. 1).¹ Приблизительно 80% случаев регистрируются в развивающихся странах, где программы скрининга пока не проводятся, или малоэффективны. В развивающихся странах РШМ является вторым по уровню заболеваемости после рака молочной железы и лидером по смертности от рака среди женщин. Согласно мировой статистике РШМ ежегодно уносит жизни 231 000 женщин, из них 80% – в развивающихся странах.¹

Рис. 1. Ожидаемое число новых случаев РШМ в мире в 2000 г.



Заболеваемость

Самая высокая заболеваемость РШМ зарегистрирована в Меланезии, на юге Африки, в центральной и южной Америке, восточной Африке (рис. 2) Во всех этих регионах уровень заболеваемости свыше 40 на 100 000 женщин.¹ По материалам проведенного исследования в Зимбабве эта цифра составила 54 на 100 000, а в Гвинее – 46 на 100 000.^{2,3} Данные о заболеваемости свидетельствуют о росте в некоторых странах Африки к югу от Сахары.⁴

Важной причиной значительно более высокого уровня заболеваемости в развивающихся странах, чем в развитых, является отсутствие эффективных программ скрининга, направленного на выявление и своевременное лечение предраковых заболеваний. По данным 1985 г. за предшествующие 5 лет только 5% женщин в развивающихся странах прошли скрининг на выявление новообразований по сравнению с 40-50% в развитых странах.⁵ Вряд ли этот разрыв удалось значительно преодолеть в настоящее время. Отсутствие доступа к скринингу и высокая инфицированность вирусом папилломы человека (ВПЧ) являются основополагающими факторами РШМ.



Прогнозируемая заболеваемость РШМ на 2000 г. превышает данные 1990 г. более чем на 25%. К этим ожидаемым цифрам следует относиться весьма осторожно, учитывая возможность ошибки и разные методик, использованные для получения данных.

Распространенность

По самым консервативным оценкам 2000 г. распространенность РШМ в мире составляет порядка 1, 4 млн. клинически документированных случаев (учтены прожившие 5 лет после диагноза пациенты).¹ Подавляющее большинство случаев приходится на развивающиеся страны. Эта оценка отражает общее ежегодное количество, принимая во внимание, что в развивающихся странах только небольшое количество заболевших женщин проходят лечение. В соответствие с тем, что мы знаем сегодня об этиологии и течении РШМ, можно утверждать, что количество женщин, у которых в анамнезе есть предраковые заболевания в 2-5 раз выше, чем количество женщин с диагнозом инвазивного рака. Таким образом, порядка 7 млн. женщин в мире могут иметь тяжелую дисплазию, которую можно обнаружить и вылечить.

Смертность

Понятно, что больше всего от РШМ страдают женщины в развивающихся странах. В стандартных возрастных группах смертность от РШМ в этих странах составляет 9,6 на 100 000 женщин, что в два раза превышает данные по развитым странам.⁶ Почти 40% смертей от РШМ в развивающихся странах приходится на южную часть Азии – такие густонаселенные районы, как Индия, Пакистан и Бангладеш.¹

Уровень смертности, связанный с заболеваемостью РШМ, является, пожалуй, самым ярким показателем, какие последствия этого заболевания для женщин в развивающихся странах, их семей, общества в целом. Данные о смертности иногда подменяются данными о заболеваемости, в частности, в странах, где плохо обеспечены скрининг и лечение, так как РШМ почти всегда приводит к летальному исходу, если его не обнаружить и не лечить. В странах Африки, Азии, Океании смертность от РШМ была бы на 30% ниже, если бы женщины там имели такой же доступ к ранней диагностике и лечению, как женщины в развитых странах.⁶

Возрастные группы

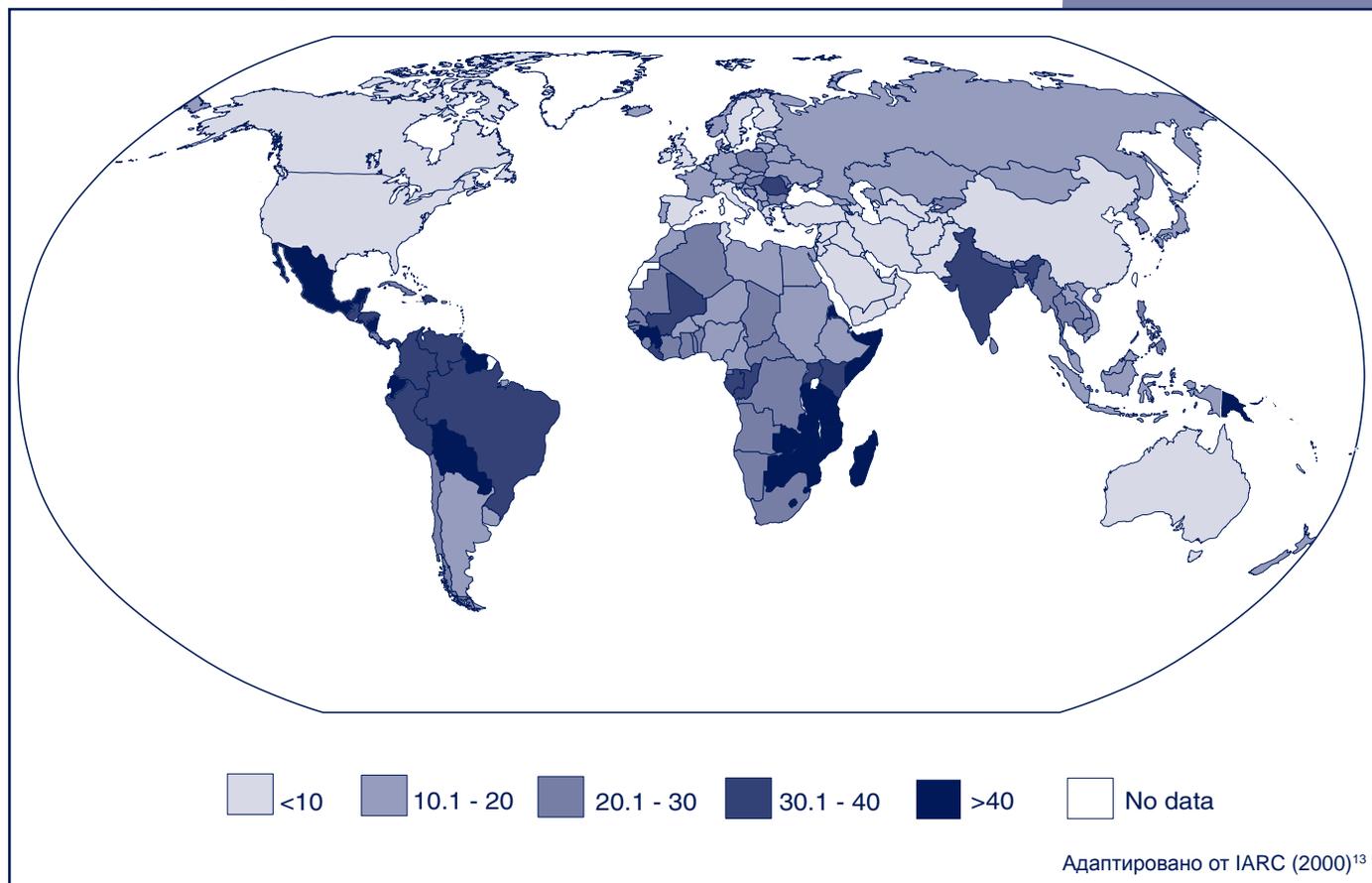
Заболеваемость РШМ в возрастной группе женщин до 25 лет очень незначительна. В возрастной группе от 35 до 40 лет она увеличивается, и достигает максимального уровня у женщин в возрасте 50-60 лет.⁷ Официальные данные по заболеваемости раком в развивающихся странах демонстрируют, что 80-90% подтвержденных случаев в этих странах приходится на женщин в возрасте 35 лет и старше. Различия полученных при сравнении данных по заболеваемости РШМ в отдельных возрастных группах отражает возрастную структуру

населения и тот факт, что женщины более старшего возраста часто не проходят скрининг.

В некоторых странах полученные данные клинических исследований свидетельствуют, что заболеваемость по возрастным группам сместилась ниже (“помолодела”) по сравнению с показателями развитых стран.^{8,9} Учитывая присущую клиническим исследованиям необъективность, однако, трудно предположить, что подобные результаты могут быть получены при объективной широкой выборке общего населения. Некоторые данные дают основание предположить, что ВИЧ-инфицированные женщины более предрасположены к предраковым заболеваниям, чем неинфицированные^{10,11} Заболевания шейки матки могут развиваться быстрее у женщин с ВИЧ-инфекцией и затем приводить к РШМ. Например, результаты одного ретроспективного исследования в Южной Африке показали, что у ВИЧ-инфицированных женщин инвазивный РШМ проявился на 10 лет раньше, чем у женщин с ВИЧ-отрицательным статусом.¹²

Существующие данные о заболеваемости, распространенности и смертности от РШМ, скорее всего, ниже реальных потому, что большинство женщин с РШМ не получают лечения и не включаются в регистры данных по раковым заболеваниям. Недостаточные

Рис. 2. Ожидаемое число новых случаев РШМ в “стандартизированных” возрастных группах в 2000 г.



диагностические возможности, тенденция упускать женщин пожилого возраста, больных на поздних стадиях заболевания, и тех, кто не в состоянии оплатить за услуги, приводит к неточности оценочных данных. Кроме того, отсутствие организованной системы медицинской информации также представляет сложности для регистрации точного количества женщин с РШМ.

Литература

1. Parkin DM. Personal Communication, IARC (July 2000).
2. Chokunonga E, Levy LM, Bassett MT, et al. Cancer incidence in the African population of Harare, Zimbabwe: second results from the cancer registry 1993-1995. *International Journal of Cancer* 85(1):54-59 (January 2000).
3. Koulibaly M, Kabba IS, Cisse A, et al. Cancer incidence in Conakry, Guinea: first results from the Cancer Registry 1992-1995. *International Journal of Cancer* 6(70): 39-45 (January 1997).
4. Wabinga HR, Parkin DM, Wabwire-Mangen F, et al. Trends in cancer incidence in Kyadondo County. *British Journal of Cancer* 82(9):1585-1592 (May 2000).
5. World Health Organization (WHO). Primary prevention of cervical cancer. WHO, Geneva, October 3-November 2, CAN/85.1 (1985).
6. Pisani P, Parkin DM, Bray F, et al. Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. *International Journal of Cancer* 24;83(1):18-29 (September 1999).
7. Miller AB. *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines*. Geneva : World Health Organization (1992).
8. Rogo KO, Omany J, Onyango JN, et al. Carcinoma of the cervix in the Africa setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 33:249-255 (November 1990).
9. Lancaster EJ, Banach L, Lekalakala T, et al. Carcinoma of the uterine cervix: results of Ka-Ngwane screening programme and comparison between the results obtained from urban and other unscreened rural communities. *East African Medical Journal* 76(2): 101-104 (February 1999).
10. Maggwa B, Hunter D, Mbugua S, et al. The relationship between HIV infection and cervical intraepithelial neoplasia among women attending two family planning clinics in Nairobi, Kenya. *AIDS* 7(5):733-738 (May 1993).
11. Motti P, Dallabetta G, Daniel R, et al. Cervical abnormalities, human papillomavirus, and human immunodeficiency virus infections in women in Malawi. *Journal of Infectious Disease* 173(3):714-717 (March 1996).
12. Lomalisa P, Smith T, Guidozi F. Human immunodeficiency virus infection and invasive cervical cancer in South Africa. *Gynecological Oncology* 77(3):460-463 (June 2000).
13. International Agency for research on Cancer. GLOBOCAN 2000. Lyon, France: IARC (2000).

Естественное развитие рака шейки матки

Ясное понимание естественной динамики развития рака шейки матки (РШМ) является ключевым моментом в планировании и реализации рациональных и экономически эффективных программ профилактики РШМ. За последние годы общепринятые модели этой динамики изменились. В связи с тем, что естественное развитие заболевания влияет на скрининг, лечение и последующее наблюдение, на стадии планирования программ профилактики РШМ необходимо учитывать результаты новейших исследований.

Программы профилактики РШМ исходили из того, что заболевание развивается из предраковых состояний (широко известных под названием дисплазия), последовательно переходя от легкой формы к умеренной, далее к тяжелой дисплазии, затем переходит в карциному in situ (CIS) и далее в рак. Данные последних исследований дают основание предполагать, что прямой предвестник РШМ – дисплазия тяжелой степени – в течение 10 лет может привести к РШМ (рис. 3). В большинстве случаев дисплазия легкой степени обратима, или не развивается в рак, в частности, легкая дисплазия у женщин в возрасте 34 лет и моложе.

Рис. 3. Естественное развитие РШМ и задачи программы

Папилломавирусная инфекция (ПВИ)	Слабая дисплазия шейки матки	Тяжелая дисплазия шейки матки	Инвазивный рак
<p>Характеристика: ПВИ чрезвычайно распространена среди женщин репродуктивного возраста.</p> <p>ПВИ может быть стабильной, приводить к дисплазии или перестать быть диагностируемой.</p> <p>Лечение: Хотя генитальные остроконечные кондиломы, появившиеся в результате ПВИ, поддаются лечению, полностью устранить ПВИ невозможно.</p> <p>Первичная профилактика с помощью презервативов обеспечивает относительную защиту.</p>	<p>Характеристика: Слабая дисплазия обычно является временным явлением, поскольку способна регрессировать. Однако, в некоторых случаях легкая степень переходит в тяжелую.</p> <p>Нередки случаи, когда ПВИ может спровоцировать слабую дисплазию через несколько месяцев, или даже лет после инфицирования.</p> <p>Лечение: Слабую дисплазию следует скорее наблюдать, чем начинать лечить, так как она может спонтанно регрессировать.</p>	<p>Характеристика: Тяжелая дисплазия, предвестник рака, распространена значительно меньше, чем дисплазия в легкой степени.</p> <p>Слабая дисплазия может перейти в тяжелую, или, в некоторых случаях, тяжелая дисплазия может развиваться непосредственно на фоне папилломавирусной инфекции.</p> <p>Лечение: Тяжелую дисплазию следует лечить в связи с высоким процентом ее прогрессирования в рак.</p>	<p>Характеристика: Тяжелая дисплазия является важным фактором риска, часто прогрессируя в инвазивный рак, который, как правило, развивается медленно, в течение нескольких лет.</p> <p>Лечение: Инвазивный рак лечат в стационаре, лечение стоит дорого и часто не дает эффекта.</p>



Естественное развитие РШМ дает основание полагать, что начинать скрининг следует с женщин самой высокой группы риска предраковых состояний, то есть, женщин от 30 до 40. Даже редко проводимый скрининг может оказывать существенное влияние.

Основной причиной РШМ является вирус папилломы человека (ВПЧ) – инфекция, передаваемая половым путем (ИППП).¹ Следует признать, что в целом менее чем у 5% женщин, зараженных этим вирусом, может развиться РШМ, если им не обеспечен доступ к лечению. Некоторые определенные типы ВПЧ чаще, чем другие, ассоциируются с РШМ, и стойкая инфекция ВПЧ чаще ведет к тяжелой дисплазии и РШМ.² Курение является фактором риска для женщин с дисплазией, также как и иммунодепрессия, связанная с ВИЧ-инфекцией, и способствует развитию РШМ. Следует отметить влияние гормональных факторов, в частности, раннее деторождение, применение гормональных противозачаточных средств и большое количество детей в семье.³ Большинство других факторов, связываемых с РШМ, например, возраст начала половой жизни, количество сексуальных партнеров, скорее всего связаны с заражением ВПЧ и не являются независимыми факторами риска.^{4,5}

Вопросы, требующие особого внимания в регионах с недостаточными ресурсами

Важно учитывать современное понимание естественной динамики развития РШМ, когда речь идет об ответе на вопросы:

- ▶ когда начинать скрининг?
- ▶ как часто его проводить?
- ▶ когда рекомендовать лечение или последующее наблюдение?

Естественное развитие РШМ дает основание полагать, что начинать скрининг следует с женщин самой высокой группы риска предраковых состояний, то есть, женщин от 30 до 40. Чаще всего РШМ развивается у женщин после 40, пик заболевания приходится на возрастную группу 50-летних женщин. Дисплазия может быть выявлена и диагностирована приблизительно за 10 лет до развития рака, и здесь пиковый возраст – приблизительно 35 лет. Женщины старше 50 лет, никогда раньше ни проходившие скрининг, составляют группу самого высокого риска РШМ. Если же они хотя бы один или более раз проходили скрининг и у них не было дисплазии в возрасте 30 или 40 лет, то они переходят в группу низкого риска. Польза исследования мазков у женщин после менопаузы несколько снижается за счет происходящих изменений в тканях и снижении чувствительности теста, сложности визуального осмотра видоизмененного участка шейки матки, откуда в основном и начинается РШМ. Наблюдение за больными РШМ показывает, что рост случаев РШМ у женщин в молодом возрасте скорее отражает возрастную структуру населения, или ситуацию с проведением скрининга в регионе, чем сдвиг в распространенности заболевания по возрастным группам.

Клинические данные и данные естественной динамики развития указывают на то, что РШМ медленно развивается из предраковых состояний. Поэтому даже если скрининг проводится относительно нерегулярно, он все равно играет важную роль в снижении

Таблица 1. Потенциал снижения общей заболеваемости РШМ в зависимости от периодичности скрининга

Периодичность скрининга*	Процент снижения общего числа случаев [†] (%)
1 год	93
2 года	93
3 года	91
5 лет	84
10 лет	64

Адаптировано от IARC, 1986.⁶

* Скрининг всех женщин в возрасте 35 – 64 года, имевших в прошлом хотя бы один отрицательный результат.

† Снижение подразумевает 100% чувствительность скрининга, охват 80% и эффективное лечение каждой женщины с диагнозом тяжелой дисплазии.

заболеваемости и смертности. Скрининг, проводимый раз в три года, дает те же результаты, что и ежегодный. Даже если скрининг проводить раз в 10 лет, он может существенно повлиять на заболеваемость РШМ (таблица 1).⁶ Основной акцент при организации скрининга должен быть сделан на широту охвата, а не на частоту проведения.

Имеющиеся сегодня научные данные о динамике развития РШМ дают серьезное основание предполагать, что в районах с ограниченными ресурсами, лечение патологии шейки матки должно быть сосредоточено на дисплазии тяжелой степени, а также на введение системы наблюдения за женщинами с диагностированной легкой формой дисплазии. В некоторых исследованиях отмечается, что приблизительно одна треть нелеченных предраковых состояний развивается в рак в течение 10 лет; подавляющее количество дисплазий легкой степени спонтанно регрессируют или не прогрессируют.^{7,8}

Рекомендации

Для обеспечения снижения уровней заболеваемости и смертности от РШМ, можно рекомендовать следующие мероприятия:

- сосредоточить первичный скрининг на максимальном охвате женщин из группы высокого риска (в основном, это возрастная группа 35-50 лет, однако, может быть уместно начинать с женщин более молодой возрастной группы, если есть надежные региональные статистические данные, подтверждающие такую необходимость). По мере развития программ и расширения охвата необходимо распространить скрининг и на женщин в возрасте от 30 до 60 лет;
- сосредоточить лечебные усилия на тех женщинах, у которых результаты тестирования обнаружили дисплазию тяжелой степени, направлять больных с инвазивным раком в больницы, или для оказания паллиативной помощи;



- Д обеспечить медицинские учреждения и медработников информацией и данными исследований о естественной динамике развития РШМ, чтобы они понимали, необходимость проведения скрининга и рекомендации по лечению;
- Д принять меры к введению системы последующего наблюдения за состоянием здоровья женщин с обнаруженной легкой дисплазией. Ввести для них более регулярный скрининг, чаще чем для основной массы женского населения, и также вести системное наблюдение за женщинами с выявленной патологией ШМ;
- Д поддерживать исследования по разработке относительно недорогих и достаточно точных тестов на вирус папилломы человека (ВПЧ), так как обнаружение этого вируса дает возможность медработникам предположить возможное развитие инфекции. Тестирование на ВПЧ может стать важным этапом программ целевого скрининга, помочь в выработке необходимого курса лечения.

Литература

1. Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer : a worldwide perspective. *Journal of National Cancer Institute* 87(11): 796-802 (June 1995).
2. Ho GY, Burk RD, Klein S, et al. Persistent genital human papillomavirus infection as a risk factor for persistent cervical dysplasia. *Journal of the National Cancer Institute* 87(18):1365-1371 (September 1995).
3. Muñoz N, Bosch FX. Cervical cancer and human papillomavirus: epidemiological evidence and perspectives for prevention. *Salud Publica de Mexico* 39(4):274-282 (July-August 1997).
4. Miller AB. *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines*. Geneva : World Health Organization (1992).
5. Brinton LA. Epidemiology of cervical cancer—an overview. In: *The Epidemiology of Cervical Cancer and Human Papillomavirus*. Muñoz N et al., eds. Lyon: International Agency for Research on Cancer, IARC Scientific Publication No. 119:3-23 (1992).
6. IARC Working Group on Cervical Cancer Screening. Summary chapter. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. *Screening for Cancer of the Uterine Cervix*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, IARC Scientific Publications 7: 33-144 (1986).
7. Holowaty P, Miller AB, Rohan T, et al. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. *Journal of the National Cancer Institute* 91(3):252-258 (February 1999).
8. Nasiell K, Roger V, Nasiell M. Behavior of mild cervical dysplasia during longterm followup. *Obstetrics and Gynecology* 67(5):665-669 (May 1986).

Скрининг: цитологическое исследование мазков по Папаниколау

С точки зрения общественного здравоохранения цель любого скрининга – обеспечить относительно недорогое и широко доступное диагностическое исследование, способное выявить вероятность определенного заболевания, или его отсутствие у определенной группы населения.

С точки зрения общественного здравоохранения цель любого скрининга – обеспечить относительно недорогое и широко доступное диагностическое исследование, способное выявить вероятность определенного заболевания, или его отсутствие у определенной группы населения. Критерии для решения о целесообразности проведения скрининга включают ответы на следующие вопросы:

- ▶ Угрожает ли заболевание широким слоям населения?
- ▶ Существует ли приемлемое лечение заболевания после его выявления в ходе скрининга?
- ▶ Есть ли у заболевания определенная латентная стадия, или стадия раннего выявления симптоматики?
- ▶ Насколько исследована и понятна динамика естественного развития болезни?
- ▶ Существует ли консенсус в отношении того, какие именно больные подлежат лечению?
- ▶ Есть ли на местах учреждения, которые смогут проводить диагностику и лечение заболевания?
- ▶ Существует ли экономический баланс между выявлением заболевания и последующим обеспечением его лечения?
- ▶ Насколько устойчивой и постоянной может быть программа такого скрининга?

Эти факторы следует рассмотреть для того, чтобы понять приоритетность и необходимость проведения скрининга.

Программы профилактики РШМ в мировом масштабе сосредотачивают усилия на проведении скрининга женщин группы риска по методике цитологического исследования мазка шейки матки (мазок по Папаниколау) и лечения предраковых состояний. Методика исследования мазка по Папаниколау была разработана в 30-х годах 20-го столетия доктором Джоржем Папаниколау. Программы исследования мазков, еще их называют программы цитологического скрининга, оказались исключительно результативны для снижения заболеваемости и смертности от РШМ в некоторых развитых странах. При хорошем качестве скрининга и широком охвате заболеваемость РШМ снижается на 90%.¹ Например, в Финляндии общенациональная программа скрининга РШМ была введена в 1963 году, и заболеваемость снизилась до 5,5 случаев на 100 000 женщин – один из самых низких в мире показателей.² Контраст составляют развивающиеся страны, где из 80% новых случаев только у 5% женщин проводился тест мазков за предшествующие 5 лет.

Мазок по Папаниколау – это цитологический тест для выявления атипичных клеток ткани шейки матки. В ходе процедуры проводится



Чувствительность и специфичность теста указывают на его способность выявлять тех, у кого есть болезнь, и тех, у кого ее нет. Чувствительность – часть тех женщин, у кого правильно была выявлена болезнь с помощью теста. Специфичность – часть тех женщин, у кого правильно было определено отсутствие болезни.

соскоб клеток с шейки матки и нанесение их на предметное стекло для последующего исследования в цитологической лаборатории. Исследование проводится обученным цитологом или лаборантом. Результаты исследования, как правило, передаются в лечебное учреждение в течение нескольких недель. В большинстве развитых стран этот тест рекомендуют женщинам после начала половой жизни и далее – каждые 1-3 года. Во многих странах сейчас изменены требования к проведению этого скрининга, его рекомендуют проводить реже, так как установлено, что РШМ развивается медленно, в течение нескольких лет. Большинство протоколов требуют последующего регулярного наблюдения за женщинами с выявленной дисплазией в легкой степени. При диагнозе дисплазия в тяжелой степени проводится кольпоскопия (обследование шейки матки посредством специального увеличительного стекла), биопсия и далее рекомендуется лечение подозрительных участков (оперативное вмешательство или иссечение).

Хотя цитологическое исследование мазков по Папаниколау и было введено во многих развивающихся странах, результаты не очень успешны. Например, в Мексике, где общенациональная программа скрининга была введена с 1974 года, уровень смертности последние 15 лет продолжает быть очень высоким, 16 на 100 000 женского населения.²

Причина, в основном, в том, что скрининг в городах проводился повсеместно для молодых женщин, в то время, как женщины старшего возраста – группа риска – не были охвачены.

Минимальные требования к введению эффективного скрининга с использованием мазков по Папаниколау включают в себя:

- ▶ хорошо обученных методике исследования работников (включая не только врачей, но и медсестер, акушерок, фельдшеров)
- ▶ наличие лабораторного инструментария, включая тампоны, стекла, фиксаж
- ▶ наличие лабораторного оборудования, включая смотровые столы, зеркала, осветительные приборы, бланки документации для направлений и отчетов
- ▶ хорошую связь, включая транспортное обеспечение, с надежной цитологической лабораторией, в которой работают обученные цитологи и технический персонал
- ▶ разработанные стратегии достижения хорошего качества цервикальных мазков и точности цитологического анализа
- ▶ своевременное проведение анализа и отлаженный механизм сообщения результатов
- ▶ проверенную и действенную систему направлений на диагностические исследования и лечение.

Медицинские работники в плохо обеспеченных ресурсами здравоохранения регионах сообщают об отсутствии доступа и необеспеченностью перечисленным выше, что ставит под угрозу успех

Новые технологии цитологических исследований

С целью улучшения качества и точности результатов в настоящее время изучаются некоторые новые технологии исследования цервикальных мазков. Однако, несмотря на перспективность, они сделают исследование значительно более дорогим и требующим высокого уровня технической оснащенности.

Разработанная на основе жидких сред система предметных стекол, известная под названием ThinPrep™, является попыткой снизить количество ошибок и улучшить качество взятых мазков. Раствор фильтруется, чтобы не было слизи, грибка, или бактерий, которые мешают точности проведения анализа. Затем раствор помещают на тонкое лабораторное стекло, что облегчает работу лаборанта. В ходе исследования в Коста-Рике, например, было выявлено, что использование ThinPrep по точности позволяет методу быть сходным с тестированием ДНК и ВПЧ по уровням чувствительности и специфичности в выявлении дисплазии тяжелой степени и рака, если исследование проводит хорошо обученный цитолог. ThinPrep также позволяет идентифицировать неклассифицируемые плоские клетки атипичного эпителия (ASCUS) лучше, чем традиционное исследование.

Автоматизированные системы тестирования мазков по Папаниколау, PAPNET® и AutoPap®, – это попытка снизить лабораторные ошибки с помощью использования компьютеризованного анализа при выявлении РШМ. Эти технологии, разработанные, в основном, для вторичного скрининга, выявляют атипичные цервикальные клетки для последующего просмотра цитологом. AutoPap недавно была одобрена Агентством США по контролю за качеством продуктов и медицинских препаратов (FDA) для первичного скрининга.

проведения скрининга. Более того, во многих странах это исследование проводится выборочно, часто за плату и только молодым женщинам группы относительно низкого риска. Женщины более пожилого возраста из групп высокого риска часто не знают, что РШМ можно предотвратить и что мазок по Папаниколау играет огромную роль в профилактике этого заболевания. Еще один фактор – это отсутствие доступа к последующему наблюдению, диагностике и лечению.

Анализ программ, использующих цитологические исследования, показывает различную чувствительность и специфичность тестов.^{4,5} Мазок по Папаниколау считается специфичным для выявления тяжелой патологии и рака. Это означает, что большое количество женщин, не имеющих дисплазию, получают правильный результат, т.е., отсутствие патологии.

Скрининг мазков по Папаниколау, однако, позволяет получать скромную чувствительность тестов, т.е. дисплазию удастся выявить только у небольшого количества женщин, имеющих ее на момент проведения исследования. Результаты еще более скромные среди женщин периода постменопаузы в связи с изменениями шейки матки. Недавно проведенный мета-анализ показал, что уровень чувствительности метода – 51% и специфичности – 98%.⁶ Как и следовало ожидать, мета-анализ подтвердил, что получение положительного результата анализа во многом зависит от стадии болезни. Исследование, проведенное в Коста-Рике, показало, что чувствительность скрининга с использованием мазков по Папаниколау для обнаружения атипичных сквамозных клеток неопределенной значимости составляла 78% и специфичность – 94%.⁷ Сейчас изучаются некоторые новые методики взятия мазков, которые позволили бы снижать количество ложноположительных результатов. Однако, цитологическое исследование по Папаниколау продолжает оставаться пусть и несовершенным, но важным методом скрининга.



Терминология

В настоящее время в цитологических исследованиях предраковых состояний ШМ используются 2 формальных системы классификации. Система CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia), цервикальная интраэпителиальная неоплазия, различает слабую цервикальную дисплазию (CIN I), умеренную цервикальную дисплазию (CIN II) и тяжелую дисплазию (CIN III). Карцинома in situ по этой классификации включена в категорию CIN III.

Помимо этой классификации существует система классификации Bethesda, которая различает (1) атипичные сквамозные клетки неопределенной значимости (ASCUS); (2) сквамозные интраэпителиальные поражения низкой степени злокачественности (LSIL), куда включена категория CIN I; и (3) сквамозные интраэпителиальные поражения высокой степени злокачественности (HSIL), куда включены CIN II и CIN III.

Рекомендации

Для того чтобы медицинское обслуживание было максимально эффективным и обеспечивало снижение уровней заболеваемости и смертности от РШМ, при планировании программ цитологических исследований по Папаниколау можно рекомендовать следующие мероприятия:

- ▶ обеспечить адекватный и постоянный доступ к оснащению оборудованием и инструментарием, которые необходимы для получения образцов хорошего качества;
- ▶ проводить тренинг для среднего медицинского персонала с целью обучения их визуальному гинекологическому осмотру и технике сбора цитологических образцов так, чтобы обеспечить точность и полноту результатов;
- ▶ внести в бюджет и проводить регулярные тренинги медперсонала, чтобы постоянно улучшать навыки проведения скрининга;
- ▶ создать и укреплять партнерские отношения с надежной цитологической лабораторией, которая предоставляет точные результаты в отведенные сроки;
- ▶ отслеживать и поддерживать те стратегии, которые улучшают точность всех технических стадий исследования мазков по Папаниколау, особенно, в отношении работы лаборатории и сбора образцов;
- ▶ поддерживать исследования, которые занимаются изучением методики повышения точности цитологического или других видов скрининга.

Литература

1. Eddy DM. Secondary prevention of cancer: an overview. *Bulletin of the World Health Organization* 64(3):421-428 (1986).
2. Hakama M, Joutsenlahti U, Virtanen A, et al. Mass screening for cervical cancer in Finland 1963-71. Organization, extent, and epidemiological implications. *Annals of Clinical Research* 7:101-111 (April 1975).
3. Lazcano-Ponce EC, Moss S, Alonso de Ruiz P, et al. Cervical cancer screening in developing countries: why is it ineffective? The case of Mexico. *Archives of Medical Research* 30:240-250 (May-June 1999).
4. Nanda K, McCrory DC, Myers ER, et al. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Annals of Internal Medicine* 16:132(10):810-819 (May 2000).
5. Fahey MT, Irwig L, Macaskill P. Meta-analysis of Pap test accuracy. *American Journal of Epidemiology* 141:680-689 (April 1995).
6. *Evaluation of Cervical Cytology*. Summary, Evidence report/Technology Assessment: Number 5. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD (January 1999). <http://www.ahrq.gov/clinic/cervsumm.htm>.
7. Schiffman M, Herrero R, Hildesheim A, et al. HPV DNA testing in cervical cancer screening: results from women in a high-risk province of Costa Rica. *Journal of the American Medical Association* 283(1):87-93 (January 2000).
8. Brown A, Garber A. Cost-effectiveness of 3 methods to enhance the sensitivity of Papanicolaou testing. *Journal of the American Medical Association* 281(4):347-353 (January 1999).



Скрининг: визуальный гинекологический осмотр

Принимая во внимание трудности, связанные с проведением высококачественных цитологических исследований в развивающихся странах, большой интерес вызывают новые подходы к скринингу предраковых состояний. В этом аспекте особенно важно рассмотреть методики визуального осмотра и тестирования на вирус папилломы человека (ВПЧ) (подробнее эта методика рассмотрена в 4-м разделе данного пособия “Скрининг: диагностика папилломавируса человека”).

За последнее время проведено довольно значительное количество исследований точности и приемлемости визуального осмотра как средства выявления цервикальных предраковых состояний и рака. Визуальный скрининг – это процесс выявления цервикальной патологии без привлечения цитологических тестов (мазков по Папаниколау). Существует несколько видов визуального осмотра. Один из них, простой визуальный осмотр (VI), направлен на выявление признаков предраковых состояний врачом, который невооруженным глазом осматривает видимые области шейки матки. Этот подход не позволяет точно выявлять предраковые состояния.¹ Осмотр с обработкой раствором уксусной кислоты (VIA) считается более приемлемым видом скрининга для выявления тяжелого предракового состояния.

Визуальный осмотр с обработкой раствором уксусной кислоты

Этот вид скрининга предполагает предварительную обработку шейки матки раствором уксусной кислоты (уксусом), а затем визуальный осмотр. Участки измененного эпителия на короткое время приобретают белый цвет, так как имеют отличную от обычных клеток скорость поглощения уксуса. В некоторых методиках в качестве альтернативы применялся раствор йода (раствор Люголя). Он окрашивал нормальные цервикальные клетки в коричневый цвет, оставляя измененные клетки белыми, или желтыми.

Многие аспекты VIA делают его перспективным подходом для применения в регионах, слабо обеспеченных ресурсами здравоохранения. Например, затраты на проведение программы скрининга VIA ниже, чем на любые другие подходы. Кроме того, VIA достаточно прост, не требует технического оснащения, мало зависит от общей инфраструктуры в регионе, хотя и предполагает наличие доступа к лечению. Процедуру может проводить медработник (не обязательно врач), прошедший специальную подготовку и участвующий в регулярных тренингах для повышения квалификации. Более того, сразу же получаемый результат дает возможность, в принципе, начинать лечение немедленно, во время этого же визита (подробнее эта методика рассмотрена в 5-м разделе данного пособия “Подходы и методы лечения”).



Таблица 2. Результаты исследования скрининга VIA

Автор и год	Страна	Кол-во женщин	Чувствительность %	Специфичность %	Исследователь
University of Zimbabwe/ JHPIEGO (1999) ^{3††}	Зимбабве	2 130	77	64	Акушерка
Sankaranarayanan et al. (1999) ^{4†}	Индия	1 351	96	65	Медсестра
Sankaranarayanan, et al. (1998) ^{5†}	Индия	2 935	90	92	Лаборант цитолог
Megevand, et al. (1996) ^{6†}	ЮАР	2 426	66	98	Медсестра
Cecchini (1993) ^{7†}	Италия	2 105	75	75	Неизвестно
Denny, et al. (2000) ^{8†§}	ЮАР	2 944	67	88	Медсестра
Belinson, et al. (2001) ^{9††}	Китай	1 997	71	74	Гинеколог - онколог

Адаптировано от Cullins et al., 1999.¹⁰

* Во многих из этих исследований проверка вероятности ошибки не проводилась. Исследование, проводимое в Зимбабве, – единственное опубликованное исследование, где референтный тест проводился среди женщин с отрицательными результатами.

† VIA использовался для выявления HSIL и инвазивного рака.

‡ Проводился референтный тест.

§ Положительные результаты VIA подтверждены гистологией; считалось, что у женщин не выявлена болезнь с помощью кольпоскопии, или если результаты других тестов – отрицательные. Референтный тест не проводился.

† VIA использовался для выявления CIN II и более тяжелых поражений.

Несколько исследований, проведенных с целью проверки точности VIA, показали, что эта методика может быть весьма точной.² Однако, различия в протоколах проведения исследований, группах населения, результатах не дают возможности суммировать показатели. Кроме того, многие исследования сложно проверить, так как референтный тест не проводился по всем испытуемым, включая женщин с отрицательными результатами скрининга. Возможная необъективность увеличивает оценочную чувствительность этого теста. Однако, можно сделать общие заключения в отношении целесообразности применения VIA в районах со скудными ресурсами здравоохранения (таблица 2). В целом, чувствительность VIA в выявлении дисплазии тяжелой степени равна цитологическому исследованию, а специфичность VIA несколько ниже.

Измененный эпителий, выявленный в ходе VIA, различался по размеру, толщине, цвету, четкости границ (утолщенные, большие по размеру и более темные изменения ткани с четкими границами свидетельствуют о более серьезной патологии). Для выполнения соответствующих протоколов работники здравоохранения должны очень тщательно анализировать измененный эпителий. Поэтому вполне понятно, насколько важно проведение результативного тренинга для обеспечения стандартизации проведения VIA, выявления зачастую очень незначительных различий степени дисплазии. Целесообразность практического использования метода VIA для широкомасштабного

скрининга в настоящее время окончательно не выяснена, во многом зависит от качества подготовки медперсонала и программ последующего мониторинга.

Специфичность VIA вызывает озабоченность, так как при получении ложноположительного результата может приводить к ненужному лечению, что, в свою очередь, не только является нежелательным риском для здоровья женщин, но и увеличивает расходы и истощает бюджет здравоохранения. VIA, кроме того, менее эффективен для диагностики женщин после 50, так как в этом возрасте на фоне смены одного вида эпителия другим в переходной зоне ШМ сложнее выявить изменения. (У женщин после менопаузы также труднее брать мазок и на цитологическое исследование по Папаниколау). Несмотря на отмеченные выше недостатки метод VIA может служить альтернативным подходом для выявления предраковых состояний и быть использован как сам по себе, так и в сочетании с другими подходами к скринингу.

Визуальный осмотр с использованием оптического увеличения (VIAM)

При этом подходе применяется ручной прибор с встроенным источником света AviScore™, который дает слабое (4-х кратное) увеличение при осмотре ШМ после обработки уксусной кислотой. Небольшое проведенное в Индонезии исследование, где использовалась более ранняя версия прибора (2,5-кратное увеличение), показало, что при выявлении предраковых цервикальных состояний VIAM достигает 90% чувствительности и специфичности.¹¹ В настоящее время продолжается исследование в Калькутте, Индия. Предварительные результаты показывают 69% чувствительности и 82% специфичности.¹² Пока не окончательно понятно, насколько использование прибора AviScore дает преимущество по сравнению с VIA, однако понятно, что особый интерес представляет возможность увеличить специфичность. Прибор пока не поступил в продажу, но может быть весьма перспективен при двухступенчатом подходе, т. е., как дополнение к VIA или тестированию на ПВЧ.

Другие существующие подходы к визуальному осмотру

Один из подходов, который заслуживает внимание, называется цервикогRAFия. При этом подходе делается фотография шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты. Проявленные снимки называются цервикогРАфмами, их проецируют как слайды, и специально обученные специалисты в области кольпоскопии интерпретируют их. Как и другие методы визуального исследования, цервикогRAFия достигает уровня чувствительности сходного с цитологическим исследованием, однако специфичность метода ниже. Преимущество этого подхода в том, что документируется и сохраняется на будущее состояние шейки матки, однако, метод это дорогой и требует надежной инфраструктуры и логистики. ЦервикогРАфмы хорошо использовать для обучения.



Новые технологии скрининга

В настоящее время ведутся исследования применения технологий скрининга с использованием электроники. Такие методы, как флуоресцентная спектроскопия, инфракрасная спектроскопия и прибор PolarProbe®, используют возможности электронных приборов для анализа биохимических и физических различий между нормальными и измененными тканями. Преимущества этих новых технологий в том, что сразу можно поставить диагноз и сократить время от постановки диагноза до начала лечения. Недавно проведенное исследование показало, что флуоресцентная спектроскопия предоставляют лучшие возможности диагностики патологии, чем кольпоскопия. Предварительные результаты весьма заманчивы, однако исследований пока было недостаточно, потенциальное клиническое применение не понятно, возможность использования в районах, слабо оснащенных ресурсами здравоохранения, не установлена.

Рекомендации

Несмотря на необходимость в более исчерпывающих и подробных данных для принятия решения по преимуществам и недостаткам VIA, этот метод считается перспективной альтернативой цитологическому исследованию для выявления предраковых состояний в местах, недостаточно оснащенных ресурсами здравоохранения. При планировании программ скрининга с использованием VIA можно рекомендовать следующие мероприятия:

- ▶ в руководствах по проведению скрининга учесть тот факт, что при необходимости VIA может проводить медработник, не имеющий высшего медицинского образования: например, медсестра, акушерка;
- ▶ обеспечить систему проведения регулярного тренинга и повышения квалификации для медработников, которые проводят VIA;
- ▶ установить контроль проведения VIA и разработать соответствующие меры по улучшению качества осмотров с тем, чтобы они проводились на современном уровне и способствовали снижению заболеваемости РШМ;
- ▶ разработать и ввести в практику протоколы, связывающие в одно целое скрининг, установление диагноза, лечение и последующее наблюдение за состоянием здоровья женщин с легкой дисплазией и женщин, прошедших лечение;
- ▶ продолжить поиск путей повышения точности методики VIA и идентифицировать ключевые факторы, поддерживающие целесообразность применения VIA;
- ▶ поддерживать исследования применения VIA в низко затратных последовательных протоколах: например, применение VIA в двухступенчатом подходе в сочетании с VIAM или тестом на ПВЧ.

Литература

1. Wesley R, Sankaranarayanan R, Mathew B, et al. Evaluation of visual inspection as a screening test for cervical cancer. *British Journal of Cancer* 75(3):436-440 (March 1997).
2. Kitchener HC, Symonds P. Detection of cervical intraepithelial neoplasia in developing countries [comment]. *Lancet* 13(353):856-857 (March 1999).
3. University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project. Visual inspection with acetic acid for cervical-cancer screening : test qualities in a primary-care setting. *Lancet* 353(9156):869-873 (March 1999).
4. Sankaranarayanan R, Shyamalakumary B, Wesley R, et al. Visual inspection with acetic acid in the early detection of cervical cancer and precursors [letter to the editor]. *International Journal of Cancer* 80(1):161-163 (January 1999).
5. Sankaranarayanan R, Wesley R, Somanathan T, et al. Visual inspection of the uterine cervix after the application of acetic acid in the detection of cervical carcinoma and its precursors. *Cancer* 83(10):2150-2156 (November 1998).
6. Megevand E, Van Wyk W, Knight B, et al. Acetic acid visualization of the cervix: an alternative to cytologic screening. *Obstetrics & Gynecology* 88(3):383-386 (September 1996).
7. Cecchini S, Bonardi R, Mazzotta A, et al. Testing cervicography and cervicoscopy as screening tests for cervical cancer. *Tumori* 79:22-25 (February 1993).
8. Denny L, Kuhn L, Pollack A, et al. Evaluation of alternative methods of cervical cancer screening for resource-poor settings. *Cancer* 15;89(4):826-833 (August 2000).
9. Belinson JL et al. Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid. *Obstetrics & Gynecology* 98:441-444 (2001).
10. Cullins VE, Wright TC, Beattie KJ, et al. Cervical cancer prevention using visual screening methods. *Reproductive Health Matters* 7(14):134-143 (November 1999).
11. Sjamsuddin S, Prihartono J, Nuranna L, et al. Aided visual inspection: preliminary results of the Indonesian gynoscope assessment. In: *Proceedings from a Working Meeting on Cervical Cancer Prevention, Screening, and Treatment*. PATH and AVSC International. Montreal, Canada (September 1994).
12. Sankaranarayanan R. Personal communication, IARC (July 2000).
13. Spitzer M. Cervical screening adjuncts : recent advances. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 179(2):544-556 (August 1998).



Скрининг: диагностика папилломавируса человека

Папилломавирус человека (ПВЧ) – одна из наиболее распространенных инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Он считается одной из основных причин РШМ.¹ Во всем мире возрастает интерес к возможностям использования теста на ПВЧ в программах профилактики РШМ, как в качестве дополнения к цитологическому обследованию, так и как основной метод скрининга. В то же время многие вопросы, касающиеся того, как можно использовать тест на ПВЧ в рамках данных программ, остаются без ответов, в особенности те, что касаются сопутствующих факторов, которые определяют, у какой из ПВЧ-инфицированных женщин наиболее вероятно развитие рака. Поскольку риск инфицирования ПВЧ на протяжении жизни колеблется от 70% до 80% во многих странах, очевидно, что другие факторы составляют сравнительно низкий процент (менее 5%) женщин, у которых, в конце концов, развивается РШМ.^{2,3}

В то время как существует много различных лабораторных методов для диагностики ПВЧ в цервикальных образцах, фактически есть только одна компания (Digene Corporation), поставляющая набор для диагностики высокого риска типов ПВЧ, который одобрен FDA. Наиболее часто используемый тест – Hybrid Capture II (НС II) – показывает инфицированность одним или более типами вируса ПВЧ

высокого риска злокачественности (типы 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 и 68). Тест НС II уже включен в некоторые программы скрининга, чаще всего в качестве дополнения к цитологическому обследованию.

Для диагностики дисплазий высокой степени уровень чувствительности НС II определяется в пределах 80%-90%; специфичность колеблется от 57% до 89%. Исследование, проведенное в Зимбабве, показало, что при обследовании на

поражения высокой степени (HSIL) чувствительность теста была 81% и специфичность 62%. Чувствительность и специфичность для поражений низкой степени (LSIL) были 64% и 65% соответственно.⁶

Тест на ПВЧ в целом имеет отрицательные прогностические результаты возникновения рака почти у 99% женщин и дает возможность успокоить пациенток. Тем не менее, доказательства высокого процента отрицательных прогнозов развития рака в отдаленном будущем пока не получены. Хотя специфичность теста выше у женщин старшего возраста по сравнению с более молодыми, в целом тест не особенно специфичен. Это указывает на вероятность назначения лечения в случаях, когда оно не нужно. Объективность и возможность воспроизведения теста являются многообещающими факторами в области методов обследования.

При обследовании более 9000 сексуально активных женщин в возрасте 18 лет и старше в Коста-Рика установлено, что тест НС II чувствителен в 88,4% случаев и специфичен в 89% в выявлении поражений высокой степени и рака. Когда результаты были проанализированы по возрастным группам, выяснилось, что специфичность была самой высокой (93,2%) у женщин в возрасте 41 год и старше. В целом тест НС II был более чувствительным, чем применение мазков по Папаниколау (88% против 78% соответственно) для выявления поражений высокой степени и рака, но менее специфичным (89% против 94% соответственно).⁴



Как тест на ПВЧ будет применяться?

Как будет применяться тест на ПВЧ? Ответ на этот вопрос пока не до конца ясен, но исследователи предлагают различные подходы. Наиболее распространенные рекомендации предлагают, что тест на ПВЧ должен проводиться:

- ▶ как показатель отбора тех женщин, у которых результаты мазков оказались “пограничными” между нормой и патологией – ASCUS; Те, у кого положительные результаты теста на наличие типов ПВЧ высокого риска, будут наблюдаться более тщательно или будут направлены на кольпоскопию;
- ▶ как показатель при наблюдении женщин, прошедших лечение по поводу HSIL или микроинвазивного рака. Тех, у кого результаты теста на наличие типов ПВЧ высокого риска положительные, нужно наблюдать более тщательно (по сравнению с теми, у кого результаты отрицательные);
- ▶ как основной метод скрининга на HSIL среди женщин 30-35 лет или старше. Те, у кого результаты теста на наличие типов ПВЧ высокого риска положительные, должны пройти кольпоскопию, или какое-то другое визуальное обследование с диагностической целью.⁵

Известные в настоящее время методы обследования чаще всего или слишком дорогостоящие, или технически сложновыполнимые для широкого их внедрения в практику в развивающихся странах, несмотря

на то, что исследования показали их мощный потенциал в диагностике дисплазии высокой степени у женщин 35 лет и старше. Программы развивающихся стран, которые заинтересованы во включении теста на ДНК ПВЧ в программы профилактики РШМ, должны будут ждать появления тестов на ПВЧ, менее дорогостоящих и более приспособленных к использованию там, где нет лабораторий. (Распространенная в настоящее время методика занимает как минимум 6 часов и требует значительного количества лабораторного оборудования и приспособлений). В идеале диагностика ПВЧ, приемлемая для полевых условий, должна требовать минимум необходимого оборудования и обеспечивать недорогое, точное и быстрое определение результатов.

В то же время программы скрининга, использующие тест на ПВЧ, должны быть тщательно продуманы, чтобы максимально увеличить их эффективность в диагностике дисплазии высокой степени и, в итоге – в снижении случаев рака и смертности от него.

Самостоятельный сбор мазков

В нескольких многообещающих исследованиях показано, что женщины могут успешно пользоваться специальными тампонами для получения материала из шейки матки, который можно использовать для определения ДНК ПВЧ. Это важно для программ профилактики РШМ в странах, где особенности культуры и обычаи ограничивают применение

Различные подходы для самостоятельного взятия образцов мазков для теста на ПВЧ предложены с целью улучшения восприятия обследования. Например, исследование, проведенное канадскими учеными, представляет сравнительную характеристику эффективности и приемлемости образцов для теста на ПВЧ, взятых врачами, и самостоятельно взятых проб мочи, мазков из вульвы и вагинального выделения. Исследование показало, что самостоятельное взятие материалов положительно воспринимается женщинами и при этом материал достаточно чувствителен для того, чтобы гарантировать в дальнейшем оценку результатов.⁷

и доступность стандартных гинекологических процедур. Недавнее исследование, проведенное в Южной Африке, показало, что тест НС II оказался менее специфичным при самостоятельно взятых образцах, но таким же чувствительным, как и обычный тест по Папаниколау при выявлении поражений высокой степени у женщин 35 лет и старше.⁸ Эти результаты показывают, что результаты при самостоятельно взятых материалах являются такими же адекватно чувствительными и могут использоваться как удовлетворительный и приемлемый метод получения образцов. Эффективность самостоятельно взятых цервикальных образцов зависит от подготовки сотрудников, которые должны доступно объяснить правильную методику взятия образцов, чтобы женщины понимали, что надо делать.

Необходимая информация при обследовании на ПВЧ

Для большинства людей информация о том, что у них обнаружена инфекция, передающаяся половым путем, является причиной большого беспокойства. Те, у кого установлен такой диагноз, хотят знать, как они заразились, как это можно лечить, излечимо ли заболевание и как предотвратить возможную передачу инфекции своему партнеру. Женщины, у которых обнаружены положительные результаты теста на ПВЧ, что в некоторых регионах может быть у более чем 70% женского населения, могут чувствовать сильную тревогу, страх в отношении возможности развития рака, несмотря на то, что вероятность этого невысока. Хотя существует лечение наростов в области гениталий, возникающих вследствие некоторых видов ПВЧ, в настоящее время нет эффективного лечения ПВЧ, профилактика является очень сложной, и нет возможности предсказать, у какой из женщин может развиваться рак.

РШМ и его связь с сексуальной активностью является позорным пятном во многих частях света. Женщины еще более неохотно соглашаются на обследование, если оно связано с тестом на ИППП. Стремление избежать ненужного беспокойства пациентки вынуждает сотрудников хорошо обдумать, насколько должно быть подробным описание теста в беседе с женщиной. Некоторые сотрудники даже предпочитают не объяснять связь между РШМ и ПВЧ. Эти вопросы необходимо тщательно взвесить, когда предполагается проведение теста на ДНК ПВЧ.

Рекомендации

- ▶ разработать стратегию скрининга с использованием теста на ПВЧ, которая бы максимально увеличила выявление женщин с высоким риском РШМ и снизила бы количество ПВЧ-положительных женщин с очень незначительной вероятностью развития РШМ;
- ▶ приложить усилия к тому, чтобы медицинские учреждения были в состоянии соответствовать нуждам в системе просвещения, консультативной, клинической помощи, в области информации населения; необходимость в разрешении этих вопросов будет расти в результате выявления ПВЧ, предраковых состояний и РШМ;



- ▶ поддерживать исследования, направленные на развитие методик тестирования на ПВЧ, которые будут более подходящими для использования в ситуациях с ограниченными ресурсами и которые позволят интерпретировать факторы риска рака у женщин, включая ПВЧ;
- ▶ проанализировать информационные потребности и сообщения, наиболее эффективные для женщин с риском ПВЧ и для женщин, у которых диагностирован ПВЧ.

Литература

1. Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *Journal of the National Cancer Institute* 87(11):796-802 (June 1995).
2. Cox JT. Epidemiology of cervical intraepithelial neoplasia: the role of human papillomavirus. *Baillieres Clinic Obstetric Gynaecology* 9(1):1-37 (March 1995).
3. Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *American Journal of Medicine* 5;102(5A):3-8 (May 1997).
4. Schiffman M, Herrero R, Hildesheim A, et al. HPV DNA testing in cervical cancer screening: results from women in a high-risk province of Costa Rica. *Journal of the American Medical Association* 283(1):87-93 (January 2000).
5. Cuzick J. Human papillomavirus testing for primary cervical cancer screening [editorial]. *Journal of the American Medical Association* 283(1):108-109 (January 2000).
6. Womack SD, Chirenje ZM, Gaffikin L, et al. HPV-based cervical cancer screening in a population at high risk for HIV infection. *International Journal of Cancer* 85(2): 206-210 (January 2000).
7. Sellors J, Lorincz A, Mahony J, et al. Comparison of self-collected vaginal, vulvar and urine samples with physician-collected cervical samples for human papillomavirus testing to detect high-grade squamous intraepithelial lesions. *Canadian Medical Association Journal* 5;163(5):513-518 (September 2000).
8. Wright TC Jr, Denny L, Kuhn L, et al. HPV DNA testing of self-collected vaginal samples compared with cytologic screening to detect cervical cancer. *Journal of the American Medical Association* 283(1):81-86 (January 2000).

Подходы и методы лечения

В большинстве развитых стран лечение преинвазивных состояний шейки матки перебазировалось от использования стационарных хирургических методов к менее инвазивным амбулаторным процедурам. Это связано с несколькими факторами, включая появление кольпоскопии, повышение уровня знаний о развитии дисплазии и появления недорогостоящих, эффективных амбулаторных лечебных технологий. Однако, во многих развивающихся странах клиницисты до сих пор должны полагаться в основном на стационарные методы, такие как конусная биопсия и гистерэктомия для лечения дисплазии.¹ Хотя и оптимальные при некоторых обстоятельствах, эти методы обычно ассоциируются со значительными осложнениями и побочными эффектами. Использование менее инвазивных методов лечения может свести к минимуму риск для здоровья женщин. Кроме того, конбиопсия и гистерэктомия являются очень дорогостоящими процедурами, требующими значительной инфраструктурной поддержки.²

Амбулаторные методы лечения традиционно предусматривают применение кольпоскопии (специально приспособленный оптический прибор с увеличением для визуализации шейки матки) с целью проведения предшествующих лечению манипуляций с выбором места для диагностических биопсий, и в большинстве случаев, с целью создания благоприятных условий для лечебных процедур. Кольпоскопы, тем не менее, обычно являются очень дорогостоящим оборудованием (как минимум 3000 долларов США), требуют соответствующей подготовки персонала для их использования и недостаточно доступны во многих развивающихся странах. Выявление и оценка альтернатив методу кольпоскопии, таких, как портативное увеличительное устройство, могут значительно облегчить ситуацию с лечением предраковых состояний в местах, где ресурсы ограничены.

Какие типы поражений нужно лечить?

По мере того, как уровень знаний о развитии РШМ возрос, включая и представления о роли ПВЧ, наиболее широко распространенной лечебной стратегией в развитых странах является лечение только поражений высокой степени (HSIL или CIN II-III) и наблюдение женщин с дисплазией низкой степени (LSIL или CIN I). (Подробнее об этом можно прочитать в разделе 1 данного пособия “Естественное развитие рака шейки матки”). Стратегии, применяемые в каждой отдельной стране, могут изменяться в соответствии с местными эпидемиологическими данными, возможностями для лечения или наблюдения женщин и бюджетными ресурсами. Например, в случаях, когда вероятность возврата пациенток для продолжения лечения и наблюдения невелика (в связи, возможно, с большим расстоянием к лечебному учреждению), можно считать приемлемым лечение слабой дисплазии у женщин старших возрастных групп.



Оптимальные технологии лечения

Относительно простые, амбулаторные процедуры могут быть рекомендованы для разрушения или удаления предраковой ткани. Определенные виды лечения используются в зависимости от тяжести, размера и локализации поражения.

Методы, которые разрушают патологическую ткань, включают криотерапию, коагуляцию холодом, лазерную вапоризацию и электрохирургию (каутеризацию). Криотерапия может быть наиболее практичным методом для мест с ограниченными ресурсами, что объясняется простотой и дешевизной манипуляции. Для этой процедуры применяют зонд с низкой температурой для замораживания патологических клеток. Она не требует наличия электричества. Эта процедура эффективна в 80-90% случаев при лечении тяжелой дисплазии.²

Методы, предусматривающие удаление ткани, могут иметь преимущества, поскольку они позволяют получить ткани для гистопатологического диагноза (если таковой возможен), снижая таким образом вероятность пропустить инвазивный рак. Распространенным амбулаторным методом удаления ткани является электрохирургическое удаление петель (LEEP), иногда известное как удаление большой петли зоны новообразования (LLETZ). При LEEP используется тонкая электрическая проволочка для полного удаления трансформированной зоны. Другие виды оборудования для проведения LEEP включают хирургические столы, зеркала, источник света, оснащение для стерилизации, вытяжной шкаф и антибиотики. Процедура LEEP эффективна в 90%-95% случаев лечения тяжелой дисплазии, но это более сложная процедура, чем криотерапия, учитывая необходимость наличия соответствующего оборудования и возможность побочных эффектов у пациенток (см. таблицу 3). LEEP может применяться в центральных учреждениях, в то время как криотерапия может более широко использоваться на периферии.

Высокий уровень подготовки персонала и использование кольпоскопии для того, чтобы определить место процедуры, помогают обеспечить безопасность и эффективность лечения. Поскольку при всех лечебных методиках, ассоциирующихся с удалением дисплазии, уровень рецидивов составляет около 10%, необходимо наблюдение после лечения с интервалами 3-6 месяцев в течение одного года, а далее ежегодно, хотя некоторые клиницисты уверены, что более продолжительные интервалы во время последующего наблюдения тоже приемлемы.

Изучается методика лечения преинвазивных поражений “смотри и лечи”, когда сводится к минимуму количество визитов женщины в клинику. Эта методика предусматривает, что после исследования мазков по Папаниколау пациентка осматривается при помощи кольпоскопа и затем проводится немедленное лечение при помощи LEEP. Гистологический образец затем изучается для обеспечения точного диагноза и адекватного лечения. Этот метод используется в США, Европе, Канаде и некоторых других местах.

Таблица 3. Два амбулаторных метода лечения дисплазии/ карциномы *in situ**

	Криотерапия	LEEP
Эффективность	80-90 %	90-95 %
Возможные побочные эффекты	Водянистые выделения, инфекция	Кровотечение, инфекция
Необходимость обезболивания	нет	да
Получение образцов ткани	нет	да
Электричество	нет	да
Стоимость	Относительно низкая	Относительно высокая

Источник: Bishop и др., 1995.²

* Используемый метод лечения зависит от размера, тяжести и локализации поражения. Криотерапия не подходит для лечения поражений, которые не покрываются полностью поверхностью зонда и/или не полностью видны на эктоцервиксе из-за того, что они простираются в эндоцервикальный канал.

Некоторые программы начали использовать модифицированный метод “смотри и лечи” для терапии преинвазивных состояний. Этот метод использует визуальное обследование с обработкой раствором уксусной кислоты (VIA) для выявления поражений, которые подозреваются (но не подтверждены диагностически), а затем немедленное их лечение криотерапией или LEEP. Модифицированный метод “смотри и лечи” не предусматривает обычный диагностический этап в виде кольпоскопии и биопсии, таким образом исключая ожидание результатов теста перед проведением лечения и уменьшая количество посещений, которое необходимо женщине для получения полноценного лечения.^{1,4,5}

Существуют и другие варианты метода “смотри и лечи”. Например, “смотри, смотри и лечи” – методика, которая сейчас проходит испытания в Кении и Перу, включает использование VIA для первичного скрининга. Женщины, у которых заподозрены поражения, направляются на VIA с использованием увеличительных приспособлений и немедленного лечения, если необходимо.

Модифицированный метод “смотри и лечи” для выявления и лечения женщин с предраковыми поражениями демонстрирует обещающие результаты, но остается противоречивым из-за наличия возможности, что женщину будут лечить в случаях, когда это не требуется.

Лечение инвазивного рака

Как минимум, программы по профилактике РШМ должны включать некоторые доступные хирургические методы, такие как конусная биопсия или гистерэктомия в случаях раннего рака. Обширная хирургия органов малого таза и облучение могут применяться для лечения заболеваний, которые распространились за пределы шейки матки, хотя успех в более запущенных стадиях менее вероятен. Для женщин в стадии рака, не подлежащей эффективному лечению, следует предусмотреть возможность паллиативного лечения (дополнительную



информацию можно найти в разделе 7 данного пособия “Паллиативная помощь на поздней стадии рака шейки матки”).

Рекомендации

Для планирования программы по профилактике РШМ нужно учитывать следующее:

- ▶ полагаться на амбулаторное лечение так широко, как это возможно;
- ▶ расширить возможности терапевтических процедур путем:
 - ▶ внедрения метода криотерапии на местном уровне и обеспечения доступности ЛЕЕР в центральных или областных центрах;
 - ▶ распространения руководств и пособий для тех, кто проводит процедуры, чтобы средний медперсонал мог проводить амбулаторное лечение, такое как криотерапия;
- ▶ лечить только тяжелую дисплазию вместо всех дисплазий, поскольку большинство дисплазий низкой степени могут исчезнуть самостоятельно, без лечения;
- ▶ поддерживать научные разработки по внедрению альтернативных методик лечения с тем, чтобы уменьшить количество посещений, требуемых для обследования, постановки диагноза, лечения и последующего наблюдения;
- ▶ поддерживать научные исследования по изучению клинических и этических последствий необязательного лечения, которого трудно избежать в случаях применения модифицированного метода “смотри и лечи”;
- ▶ предлагать паллиативное лечение (дополнительную информацию можно найти в разделе 7 данного пособия “Паллиативная помощь на поздней стадии рака шейки матки”).

Литература

1. Bishop A, Sherris J, Tsu V. *Cervical Dysplasia Treatment in Developing Countries: A Situation Analysis*. Seattle, WA: PATH (July 1995).
2. Bishop A, Wells E, Sherris J, et al. Cervical cancer : evolving prevention strategies for developing countries. *Reproductive Health Matters* (6):60-71 (November 1995).
3. University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project. Visual inspection of acetic acid for cervical-cancer screening: test qualities in a primary-care setting. *Lancet* 353(9156):869-873 (March 1999).
4. Cullins VE, Wright TC, Beattie KJ, et al. Cervical cancer prevention using visual screening methods. *Reproductive Health Matters* 7(14):134-143 (November 1999).
5. McIntosh N, Blumenthal P, Blouse A. *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low-resource Settings*. Baltimore, MD: JHPIEGO Corporation. (July 2000 draft).

Для эффективного последующего наблюдения очень важно иметь хорошо функционирующую информационную систему. С ее помощью также можно усовершенствовать контроль за выполнением программы, оценку ее эффективности, обеспечение качества, а также идентификацию женщин, которые относятся к группе риска.

Если в ходе скрининга выявлена патология, как правило, пациенту назначают один или больше последующих визита, необходимых для постановки диагноза, наблюдения и лечения (включая контрольные осмотры после окончания лечения). В развивающихся странах повторный визит женщины к врачу может быть проблематичным из-за финансовых, транспортных и других проблем. Кроме того, некоторые женщины не приходят потому, что не понимают необходимость последующего осмотра, или боятся услышать что-нибудь отрицательное о своем состоянии. Некоторые не возвращаются из-за чувства неловкости, стыда, страха услышать диагноз, или боятся лечения.

При планировании программ и определении направления деятельности важно не только идентифицировать эти препятствия, но и организовать действенную систему информации, которая позволит персоналу отслеживать, действительно ли женщины, которым это нужно, получают лечение после скрининга.

Вопросы, требующие особого внимания

С нашей точки зрения существует несколько ключевых вопросов, которые играют решающую роль в определении стратегий последующего медицинского наблюдения в рамках мер по профилактике РШМ:

Тщательно разработанные и функциональные базы данных

Формат базы данных о пациентах должен учитывать необходимость долговременного отслеживания информации, включая результаты скрининга, направления к специалистам, результаты лечения, контактную информацию. Все записи должны производиться так, чтобы пациентов можно было пригласить на скрининг, повторный или контрольный визит для установления диагноза, или лечение выявленной во время скрининга патологии. Для этого можно воспользоваться обычной карточной системой учета. На карточке должны быть имя и фамилия женщины, идентификационный номер, адрес, дата рождения, контактная информация, дата проведения и результаты каждого скрининга и теста, подробности направления на лечение. Лабораторные заключения должны храниться вместе с индивидуальной карточкой пациента. В связи с тем, что скрининг, установление диагноза и лечение могут проводиться разными организациями, важно разработать формальные, или неформальные взаимные соглашения, которые позволят и ускорят обмен информацией.

Кроме индивидуальной карточки в общей системе регистрации, женщинам следует выдать на руки карточку учета прохождения скрининга (под тем же регистрационным номером, что и в



Альтернативная информационная система скрининга на РШМ может функционировать на общественном уровне – через женские или другие организации, усиливая таким образом информационные системы на базе клиник. Напоминания женщинам о следующих визитах для скрининга или наблюдения во время собраний женских организаций могут быть особенно полезными для малообразованных женщин. .

общей системе), где расписаны даты и результаты скрининга, что женщины помнили о необходимости последующих визитов, или могли передать информацию новому врачу в случае переезда. В идеале информационная система учреждения должна быть связана с региональной или общенациональной системой, или базами данных о раковых заболеваниях (канцер регистрами), чтобы облегчить сбор данных по ключевым показателям. Если такая система не возможна, альтернативой может быть сбор информации через централизованные программы надзора за заболеваемостью, проводимые отдельными, чаще крупными клиниками.

Сокращение количества клинических визитов после скрининга

Во многих регионах, слабо обеспеченных ресурсами здравоохранения, особенно в сельской местности, женщины, как правило, имеют ограниченный доступ в медицинские учреждения в связи с их удаленностью, затратами на проезд, или загруженностью на работе и в семье. Поэтому сокращение количества необходимых визитов в клинику для проведения скрининга, последующего наблюдения и лечения – важное условие оказания медицинской помощи женщинам. Разные варианты методики “смотри и лечи” могут снять необходимость ожидания результатов биопсии перед тем, как приступить к лечению, хотя клиническая целесообразность такого подхода находится в стадии изучения. (Подробнее об этом можно прочитать в разделе 5 данного пособия “Подходы и методы лечения”).

Объединение услуг

Объединение профилактических мероприятий с другими первичными медицинскими услугами может стать эффективной стратегией привлечения женщин к медицинскому обслуживанию, включая скрининг и последующее наблюдение. Однако, такое интегрирование мер по профилактике РШМ в другие медицинские услуги будет успешным только после того, как существующие программы охватили женщин в возрасте от 30 до 35 лет и старше. Например, результаты проведенного в Латинской Америке исследования свидетельствуют, что, хотя клиники планирования семьи и охватывают большое количество женщин, их целевая группа – молодые женщины, не входит в группу риска РШМ.¹ Программы клиник матери и ребенка, клиник ИППП, стерилизации, гипертонии, других видов амбулаторного обслуживания населения могут стать союзниками в проведении скрининга РШМ и предоставить механизмы для осуществления последующего наблюдения за пациентами.

Вопросы просвещения женщин

Результаты ряда качественных исследований в нескольких странах дают основание с уверенностью утверждать, что подавляющее большинство женщин не осознают, что раннее выявление и лечение предраковых цервикальных поражений может помочь избежать РШМ. Более того,

женщины часто не понимают, что им необходимо вернуться в лечебное учреждение для последующего наблюдения (получения диагноза, лечения, или повторного скрининга), если в результате скрининга обнаружены патологические изменения. Медицинские работники должны научиться проводить с женщинами консультирование и делать все возможное, чтобы женщина поняла важность и необходимость назначенного ей последующего визита к врачу.

Рекомендации

Для разработки осуществимых стратегий последующего наблюдения за теми женщинами, которые в этом нуждаются, можно рекомендовать следующие инициативы:

- ▶ разработать информационные системы, позволяющие в ходе осуществления программ отслеживать результаты скрининга пациентов, выданные направления на консультацию специалистов, результаты лечения, контактную информацию;
- ▶ поддержать исследования, направленные на поиски таких альтернативных методик скрининга и лечения, которые помогут сократить число необходимых визитов в клинику;
- ▶ где это целесообразно, поддержать объединение скрининга и лечения РШМ с услугами существующих программ репродуктивного здоровья, так как эти программы имеют действующие и эффективные информационные системы и охватывают, или потенциально могут охватить женщин старшего возраста;
- ▶ обеспечить женщины адекватными информационно-просветительскими материалами и консультативными услугами, чтобы нуждающиеся в последующем наблюдении женщины знали о своем состоянии и понимали, что их ждет на каждом этапе медицинского вмешательства (скрининга, диагностики, лечения)

Литература

1. Robles S, White F, Peruga A. Trends in cervical cancer mortality in the Americas. *Bulletin of PAHO* 30(4):290-301 (December 1996).



Паллиативная помощь на поздней стадии рака шейки матки

Паллиативная помощь:

- ▶ утверждает жизнь и рассматривает смерть как естественный процесс
- ▶ не ускоряет и не замедляет наступление смерти
- ▶ облегчает боль и душевное страдание
- ▶ уделяет внимание психологическим и духовным потребностям пациентов
- ▶ поддерживает возможности пациента активно жить столько, сколько это возможно
- ▶ оказывает поддержку семьям, помогает пережить горе, связанное с болезнью и смертью близкого человека

(Всемирная организация здравоохранения, 1990 г.)¹

Все программы профилактики должны отвечать потребностям женщин с поздней стадией заболевания. В программах по профилактике РШМ всегда будут появляться женщины, у которых заболевание было выявлено на поздней стадии. Особенно важно это для новых программ, так как введение широкомасштабного скрининга неизбежно приведет к выявлению заболеваний на поздней стадии. Когда программа располагает ограниченными ресурсами, редко в ее рамках удастся выделить штат, оборудование, медикаменты и помещения, необходимые для лечения инвазивного рака. Следовательно, необходимо прилагать особые усилия, чтобы обеспечить женщинам на поздней стадии заболевания доступ к паллиативному уходу.

Паллиативный уход – это активная помощь пациентам, живущим с заболеванием, которое не подлежит излечению, или если такое лечение недоступно. Облегчение болевых ощущений и других симптомов, оказание психологической, социальной помощи, забота об эмоциональном и душевном состоянии больного – все это является частью паллиативной помощи. Ее основная цель – обеспечить больным и их семьям максимально возможное качество жизни.

Абсолютное большинство соглашается с тем, что больным женщинам следует предоставить и сострадание, и уход. Однако, во многих регионах на пути к этому существует масса препятствий, в числе которых отсутствие в законодательстве страны положений по облегчению боли при раке, по другим аспектам паллиативного ухода, а также недостаточная подготовка медработников и людей, определяющих направление развития здравоохранения. Более того, многие страны вводят ограничения на препараты, контролируемые и облегчающие сильные боли, из-за опасений относительно законности отдельных препаратов, попадающих под категорию наркотиков. В странах, где они не запрещены, эти препараты остаются вне досягаемости больных, которые в них нуждаются для облегчения боли, из-за высокой цены.

Международное законодательство по наркотикам привело к нехватке и невероятно высоким ценам на опиаты во многих регионах. В некоторых случаях страхи, вызванные принимаемыми ограничениями, не оправданы. Например, данные исследований показывают, что медицинское использование опиатов редко ассоциируется с психологической зависимостью от наркотических препаратов. Кроме того, факты не подтверждают, что у раковых больных вырабатывается зависимость от опиатов. Как правило, дозы приходится увеличивать, так как прогресс болезни увеличивает болевые ощущения. Вопросы, связанные с незаконным использованием наркотических препаратов, должны рассматриваться на общенациональном уровне и в соответствии с принятыми государством основными правилами, диктующими требования использования и распространения этих препаратов.



Открытый в 1993 году в Уганде хоспис предоставляет паллиативную помощь раковым больным, в частности, облегчает их доступ к болеутоляющим средствам, применяя холистический подход к уходу за больными и ступенчатую схему подбора анальгетических средств ВОЗ. Хоспис в Уганде отстаивает и пропагандирует право больных на получение этих лекарственных препаратов, проводя в своей общине тренинги, обучающие средний медперсонал, распознавать боль и отпускать обезболивающие.

Паллиативная помощь пациентам и лицам, осуществляющим уход

Во многих регионах первым шагом по введению паллиативной помощи должно быть обеспечение того, что медработники обсуждают диагноз РШМ и его последствия с больными и их семьями. Как правило, врачам и сестрам очень трудно обсуждать прогноз течения тяжелого заболевания и смертельный исход. Они должны пройти специальную подготовку. Иногда принятые в культуре обычаи и нормы не позволяют сообщать больному о раковом заболевании, или смертельном исходе. В результате этого диагноз зачастую обсуждают быстро и поверхностно, а иногда и вовсе не упоминают. Специальный тренинг по вопросам общения может помочь лицам, осуществляющим уход, выработать умения и навыки беседы с пациентами и их семьями о раке и смерти.

Медработникам также необходима подготовка в вопросах обезболивания, контроля других сопутствующих симптомов заболевания, оказания психологической помощи пациентам и их семьям. После введения такого тренинга следующей важной проблемой, которую должна решить программа, является обеспечение проверенными и эффективными для раковых больных болеутоляющими препаратами, включая морфий и кодеин.

Важным для мероприятий по облегчению доступа к паллиативной помощи и уходу в районах, слабо обеспеченных ресурсами здравоохранения, является тот факт, что большинство женщин с поздней стадией РШМ будут нуждаться в паллиативном уходе на дому. Поэтому имеет смысл ввести в действие системы и механизмы, поддерживающие уход за больными на дому, в семье, а не тратить ресурсы на создание специализированного стационара, или хосписов. Можно обучить родственников и лиц, обеспечивающих уход, простым процедурам: например, помочь больному во время еды, при затрудненном дыхании, при изменении положения в постели. Работники здравоохранения, предоставляющие психологическую помощь и эмоциональную поддержку, могут существенно облегчить состояние смертельно больных, их семьи и тех, кто за ними ухаживает.

Рекомендации

Для обеспечения женщин с поздней стадией РШМ доступом к эффективному паллиативному уходу программы профилактики РШМ должны обеспечить следующее:

- ▶ распространять информацию о нужной паллиативной помощи, доводить ее до сведения тех, кто разрабатывает законодательство в области здравоохранения и медработников всех уровней;
- ▶ проводить подготовку и тренинги по основным принципам паллиативной помощи, включая медицинское использование наркотических препаратов;

В 1992 году Верховный суд Коста-Рики заявил о том, что каждый житель страны имеет право умереть с достоинством и не испытывать боли. Это решение было вызвано страданиями смертельно больной РШМ пациентки, которая не могла найти доступ к обезболивающим медикаментам в связи с установленными правилами работы больничных аптек.

- ▶ пересмотреть основные принципы обеспечения обезболивающими препаратами в регионе, а также правила для медработников и аптек в отношении доступа к соответствующим болеутоляющим препаратам, включая наркотические;
- ▶ организовывать специальные тренинги межличностного общения и консультирования для того, чтобы помочь медработникам научиться говорить о раке и смерти с пациентами и их семьями;
- ▶ оценить существующие и внедрить оптимальные стратегии поддержки семьям, оказывающим паллиативный уход на дому, включая обучение членов семьи тому, как дать лекарство, и простым способам улучшения состояния и комфорта больного.

Литература

1. World Health Organization (WHO). *Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee*. Technical Report Series 804. Geneva: WHO (1990).



Перечень показателей, которые могут быть использованы для оценки мероприятий программы профилактики РШМ:

ПОКАЗАТЕЛИ ПРОЦЕССА

Скрининг

- ▶ процент женщин в возрасте 35-50* лет, прошедших скрининг (за 5 лет)
- ▶ процент женщин в возрасте 35-50 лет, впервые в жизни прошедших скрининг (за 5 лет)
- ▶ процент специально выделенных медработников, которые проводят скрининг, или направляют женщин на скрининг
- ▶ процент лечебных учреждений, предлагающих скрининг РШМ
- ▶ процент всех положительных результатов выявленной дисплазии в тяжелой степени
- ▶ процент неадекватных, безрезультатных тестов
- ▶ процент ложноположительных результатов
- ▶ процент женщин в возрасте 35–5- лет, знающих основные положения в пользу скрининга
- ▶ процент женщин, одобряющих услуги скрининга

Диагностика и лечение

- ▶ процент женщин с положительными результатами скрининга, которым был поставлен диагноз (в течение трех месяцев)
- ▶ процент женщин с выявленной дисплазией в тяжелой степени, получивших лечение (в течение трех месяцев)
- ▶ процент женщин, которые получили лечение и находятся под наблюдением в течение одного года
- ▶ процент прединвазивных состояний, которые лечились амбулаторно

ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТА

- ▶ заболеваемость инвазивными формами РШМ
- ▶ уровень смертности от РШМ

Мониторинг и оценка мероприятий в рамках программ по профилактике рака шейки матки (РШМ), а также изучение влияния, которое они оказывают, являются существенными при решении вопросов о том, насколько является эффективным и действенным их содержание. Результаты наблюдения и оценки программ могут быть использованы для того, чтобы обеспечить эффективное проведение мероприятий и для улучшения деятельности программы. Положительные результаты оценки могут быть также использованы для стимулирования последующей финансовой поддержки курса программы.

Так как некоторые аспекты оценки могут быть связаны с затратами времени и быть дорогостоящими, важно, чтобы программы профилактики РШМ применяли стратегию мониторинга и оценки, которая бы соответствовала техническим и финансовым ресурсам, предоставленным для проведения программы. Когда возможно, эти стратегии и механизмы для быстрого сообщения участникам программы данных по ее оценке должны быть разработаны к началу работы программы.

Возможные подходы для регионов с ограниченными ресурсами здравоохранения

Оценка программ профилактики РШМ должна быть адресована как к мероприятиям, осуществляемым в данный момент (например, насколько хорошо проходит обследование и лечение в рамках программы и получают ли женщины с неизлечимыми формами рака паллиативную терапию), так и к отдаленным последствиям деятельности программы (например, помогла ли программа снизить стоимость расходов на отдельно взятый случай РШМ). Поскольку оценка деятельности программы (показатели процесса) обычно быстрее, легче и дешевле, чем оценка отдаленных ее результатов, она должна быть основной оценочной стратегией для новых программ, а также для программ в регионах с ограниченными ресурсами.

Эффективная оценка программ профилактики РШМ включает:

- 1) определение показателей оценки (для процесса и для последующего результата);
- 2) создание подходящей стратегии оценки (например, сравнивая фактические результаты с поставленными целями в течение определенного периода времени);
- 3) сбор информации по выбранным показателям;
- 4) анализ информации и подготовка отчетов.



Процесс мониторинга и оценки программ профилактики РШМ по результатам проводимых мероприятий является необходимым компонентом для определения их эффективности и действенности.

Могут быть использованы как качественная, так и количественная методики сбора данных.

Для того, чтобы оценить, насколько успешно работает программа, можно использовать различные показатели (см. список на предыдущей странице). Тот, кто проводит оценку, должен определить, какая величина показателя будет означать, что в данной области был достигнут успех. Часто это будет зависеть от зрелости и масштабности программы, а также от ресурсов для проводимых мероприятий. Например, вновь сформированная программа может считаться успешной, если в течение первого года деятельности удалось обследовать 30% женщин в возрасте от 35 до 50 лет, в то время как более развитые и установившиеся программы могут рассматриваться как успешные, если удалось охватить как минимум 90% женщин той же возрастной группы.

Для обеспечения максимального эффекта результаты оценки должны быть доложены соответствующему персоналу программы наряду с рекомендациями для коррекции действий, если это необходимо. Например, если было обнаружено, что только малое количество женщин из тех, кто направлен для продолжения наблюдения, фактически проходит его, следует принять меры к выяснению причин происходящего. Для решения проблемы следует создать определенный механизм, например, транспортировки пациентов к клинике, где проводится диагностика, или развитие новых, функциональных связей с медработниками. Во время обсуждения возможных решений проблем для сбора более подробной информации по этой проблеме следует привлекать лиц, которые проводят или получают услуги в рамках программы (врачи, женщины ит. д.).

Системы информации могут оказать помощь в планировании и осуществлении программы, в частности в:

- ▶ определении тех, кто нуждается в помощи в первую очередь (например, выявить женщин, которые никогда ранее не были обследованы; женщин, у которых приближается срок их очередного обследования; женщин с отклонениями от нормы по результатам предыдущего исследования, и тех, кто нуждается в наблюдении);
- ▶ установлении контактов с женщинами для сообщения им результатов обследования;
- ▶ мониторинге охвата или количества откликов на программы;
- ▶ регистрации изменений и патологий, выявленных в ходе скрининга;
- ▶ обеспечении доступности адекватного наблюдения после лечения или обследования;
- ▶ сборе и оценке данных, отражающих качество лабораторных и диагностических процедур;
- ▶ получении разрешения на сравнение данных по результатам деятельности программ на региональном и (или) государственном уровне.

Необходимость действенной информационной системы

Разработка хорошо функционирующих систем информации является существенным для успешного мониторинга программы и ее оценки. История болезни пациентки должна позволить следить за женщиной на протяжении определенного времени, включая результаты обследования,

диагностические направления, исход лечения (подробнее об этом можно прочитать в разделе 6 данного пособия “Стратегии последующего наблюдения”). В идеале информация о болезни пациентки должна быть введена в региональные или государственные базы данных, чтобы можно было легко объединить ключевые показатели оценки. Где возможно, государственную регистрацию случаев рака можно использовать для того, чтобы проследить за изменением уровня заболеваемости РШМ. Где подобная регистрация не ведется, можно собирать данные на ограниченной территории и затем постепенно расширять зону отчетности. Для получения адекватных данных о распространении болезни не обязательно иметь данные по всему населению.

Рекомендации

Оценка является необходимым компонентом программ профилактики РШМ. Когда разрабатывают программу, важно следующее:

- ▶ иметь подготовленные планы наблюдения и оценки с начала программы, чтобы обеспечить достижение ее целей и четко продумать необходимые мероприятия;
- ▶ выбрать реалистичные показатели оценки, коррелирующие с целями программы и ее содержанием и позволяющие провести оценку прогресса программы, а также выявить компоненты, требующие улучшения;
- ▶ разработать соответствующие системы информации для проведения мониторинга и оценки мероприятий;
- ▶ реагировать быстро на факты, обнаруженные при оценке программы, чтобы увеличить ее возможности, а также для того, чтобы обеспечить раннюю корректировку вопросов, требующих совершенствования.



Профилактика рака шейки матки и потребности женщин

Женщины в группе риска рака шейки матки (РШМ) нуждаются в полноценной и выверенной информации, чтобы они могли понять возможности профилактики и воспользоваться услугами по обследованию. Программа профилактики РШМ должна учитывать культурные, эмоциональные и практические барьеры, которые влияют на то, будут ли женщины проходить обследование. Женщины могут избегать прохождения обследования в связи со стыдливостью, чувством страха перед процедурой, или боязни рака. Женщины часто не доверяют сотрудникам службы здравоохранения и находятся под влиянием членов семьи, которые отговаривают их от попыток обратиться за медицинской помощью, особенно гинекологической. Таким образом, женщинам нужна информация, которая сможет разрешить их сомнения, преподнесенная в уважительной форме, с учетом особенностей местной культуры.^{1,2,3}

Недостаточная информированность – основное препятствие

Во многих странах мира женщины мало знают о РШМ, что является основным препятствием для прохождения ими скрининга. Исследование, проведенное в Нигерии среди женщин в возрасте 20-65 лет, выявило, что только 15% из них слышали о РШМ³. На вопрос, который задавался в ходе исследования в Кении: “Какое раковое заболевание представляет наибольшую угрозу для общества?” – 60% врачей и только 10% женщин указали на РШМ. Когда этих женщин спросили о том, что можно сделать, чтобы предотвратить РШМ, 80% не знали и только 2% упомянули о мазках.² Женщины, которые участвовали в исследовании в Мексике, назвали целый ряд препятствий для прохождения ими скрининга: недостаточная информированность о РШМ и мазках; убеждение, что РШМ – неизбежно смертельное заболевание; проблемы общения пациентки с врачом; отрицательное восприятие скрининга сексуальным партнером и отказ от гинекологического осмотра.¹

Чтобы быть уверенным в том, что программа соответствует запросам женщин и помогает разрешить их сомнения, женщины из групп риска РШМ должны вовлечены в разработку плана мероприятий программы и информационных сообщений. Качественные исследования такие, как обсуждения в фокус-группах, углубленные интервью или обсуждения с участием представителей общественности, проводимые среди женщин различного возраста и их партнеров, могут способствовать получению ценной информации о нуждах и тревогах женщин. Организаторы программ, которые стремятся установить постоянный контакт с пациентками, могут создать консультативную группу, включающую женщин с риском РШМ, равно как и других членов общества, занимающих ключевые позиции.

Привлечение женщин к участию в работе над программой может способствовать тому, что женщины в тех группах, на которые нацелена программа, получают убедительную информацию из тех источников и таким путем, которые они предпочитают.

Возможность получения услуг, которые соответствуют их нуждам и рассеивают их сомнения, увеличивает стремление женщин пройти обследование, равно как и обратиться повторно для необходимого наблюдения.

Эффективные подходы к тому, чтобы повысить заинтересованность в возможностях профилактики РШМ среди женщин в группах риска будут варьировать в зависимости от места проведения программы. Общие принципы, касающиеся того, что необходимо женщинам, выделены внизу.



Информацию о РШМ можно донести до женщин разными способами:

Через разные каналы передачи информации:

- ▶ сообщения по радио
- ▶ объявления или статьи в газетах
- ▶ плакаты, листовки или небольшие брошюры
- ▶ пьесы
- ▶ общественные собрания, посвященные вопросам здоровья
- ▶ прямой персональный контакт

Из уст в уста, от разных людей вокруг них:

- ▶ врачей
- ▶ медицинских сестер или фельдшеров
- ▶ акушеров
- ▶ работников государственной системы здравоохранения
- ▶ людей, занимающих руководящие посты в обществе
- ▶ людей, которые пропагандируют охрану здоровья в данном обществе
- ▶ членов и лидеров женских организаций
- ▶ местных знахарей и тех, кто помогает при родах – согласно традициям данного общества
- ▶ своих сверстниц, приятельниц

В местах собраний разных групп и слоев населения:

- ▶ в центрах здоровья
- ▶ в больницах
- ▶ в церквях
- ▶ в центрах по планированию семьи или центрах по охране материнства и детства
- ▶ на месте работы, их или партнера, в центрах по найму на работу
- ▶ на общественных собраниях
- ▶ в школах (посредством передачи информации через детей школьного возраста мамам)
- ▶ в местных женских организациях или клубах

Как донести до женщин основную и необходимую им информацию

Один из наиболее значительных барьеров на пути у женщин, стремящихся пройти обследование на РШМ, – это ограниченный доступ к необходимой информации о заболевании. Важной составной частью программ является информирование женщин в группе самого высокого риска излечимых поражений высокой степени злокачественности (HSIL) – обычно это женщины между 35 и 50 годами – с помощью сообщений, которые будут убеждать их в необходимости пройти обследование на РШМ. Ключевая информация в сообщениях должна объяснять, что:

- ▶ рак шейки матки развивается медленно
- ▶ обследование может выявить излечимые, предраковые поражения до того, как они переродятся в рак
- ▶ у женщин в возрасте 35 лет и старше выше вероятность развития РШМ, чем у женщин более молодого возраста
- ▶ женщины в возрасте 30-40 лет должны быть обследованы хотя бы однократно
- ▶ процедура обследования относительно простая и быстрая
- ▶ небольшое количество женщин, которые нуждаются в лечении после обследования, обычно проходят простую амбулаторную процедуру для удаления участка поражения.

Должны быть составлены специальные лозунги и сообщения с понятным и убедительным текстом, с которыми должны ознакомиться для предварительной оценки представители аудитории, на которую они рассчитаны, чтобы убедиться в том, что сообщения являются приемлемыми и доступными для понимания.

Лучшая форма для доведения сообщений до адресата также будет различной в зависимости от общества. В некоторых местах объявления по радио, исходящие от ведущих официальных лиц в системе здравоохранения, могут быть наиболее эффективными для привлечения внимания и увеличения заинтересованности женщин. В других местах, приглашение медицинских сестер для выступлений перед членами женских групп, может быть более подходящим методом.

Женщины нуждаются в информации, которая не только сообщает основные факты профилактики РШМ, но также объясняет положения профилактической медицинской помощи. Информация, которая объединяет относительную несложность и экономические преимущества обследования

женщин с пользой обследования и раннего вмешательства скорее всего приведет к положительным изменениям в отношении к обследованию состояния здоровья. Увязывая обследование с другими событиями жизни, такими как перспектива стать бабушкой или стремление к стерилизации с целью контрацепции, можно улучшить восприятие обследования. Кроме того, необходимо быть уверенным в том, что профилактика РШМ вписывается в контекст более обширного перечня женских нужд и приоритетов.

Умения общения

РШМ, подобно многим другим заболеваниям, является табу в некоторых обществах. Как результат, женщины часто не готовы обсуждать вопросы профилактики РШМ с теми, кто оказывает им медицинскую помощь, с партнерами или близкими членами семьи. Консультации, проводимые медработниками, могут ознакомить женщин с информацией и помочь им выработать необходимые навыки для обсуждения РШМ с теми, кто им ближе всех. Консультации могут быть особенно полезными для женщин, которые получают лечение от предраковых поражений и которые должны воздерживаться от половых сношений в течение нескольких недель после этого. Женщине в такой ситуации очень полезно обсудить с медработником вопросы о том, почему она не должна вступать в половые сношения в это время, поскольку она впоследствии может объяснить это своему партнеру. Привлечение партнеров в обсуждение подобных вопросов является также важным.

Обеспечение доступа к услугам

Женщины, вероятнее всего, будут обращаться к услугам тех работников программы, которые с пониманием относятся к определенным потребностям пациенток. Услуги должны учитывать культуральные особенности, и должны предлагаться на том языке, на котором говорят женщины в группах наиболее высокого риска. Работающие и занятые целый день женщины, могут нуждаться в услугах, предоставляемых в том месте и в то время, которые удобны для них, как например, вечернее время и выходные дни. Стоимость не должна ставить услуги вне досягаемости женщин, которые в них нуждаются. В дополнение, конфиденциальность и индивидуальный подход должны быть обеспечены и гарантированы.

Женщины с риском РШМ часто сообщают о своих волнениях, они не знают, как к ним будет относиться медицинский работник. Эти волнения могут удерживать женщин от обращения для обследования или по поводу других процедур по охране здоровья. Медработники, у которых есть навыки уважительного общения с женщинами, помогают убедить их в том, что они получают нужную информацию и должны чувствовать себя комфортно при возвращении для необходимых посещений с целью последующего наблюдения. Консультации, которые направлены на разрешение

Учитывая, что целью многих программ для выявления РШМ является проведение скрининга женщин один раз в течение 5-10 лет, стратегия проведения "кампании" может оказаться эффективной. Хорошо организованная кампания, которая периодически охватывает всех женщин целевой группы, может эффективно и действенно информировать женщин о важности прохождения обследования и рассказать о том, где можно это сделать.



сомнений у женщин и отвечают на вопросы, являются важным компонентом в проведении мероприятий по профилактике РШМ.

Женщины могут предпочесть получить услуги по профилактике РШМ, если они входят в число других услуг, которые женщины считают важными. Например, проведение мероприятий по профилактике РШМ в первичных центрах здоровья, где женщины старшего возраста уже получали какие-то процедуры для укрепления здоровья, может способствовать повышению стремления женщин пройти обследование и последующее наблюдение.

Рекомендации

В создании эффективных способов удовлетворения потребностей женщин в информации и услугах, касающихся профилактики РШМ, планирующие программу лица должны учесть следующие рекомендации:

- ▶ вовлекать женщин из групп риска в разработку, проведение и оценку профилактических программ по РШМ;
- ▶ быть уверенными в том, что программа охватывает большинство женщин в возрасте от 35 до 50 лет (включая такие сложные для достижения группы населения, как бедные женщины в городах; женщины, которые живут в отдаленных районах; малограмотные женщины).
- ▶ создавать основные сообщения в сотрудничестве с женщинами, для которых намечено проведение программы;
- ▶ помогать женщинам развивать навыки общения, которые помогут им обсуждать профилактику РШМ с друзьями и членами семьи;
- ▶ проводить тренинги для медработников по общению с пациентами и консультированию их;
- ▶ быть уверенным в том, что услуги по профилактике РШМ доступны для женщин по минимальной стоимости, и предлагать обслуживание в удобном для женщин месте и в подходящее время;
- ▶ интегрировать услуги по профилактике РШМ с другими методами медицинского обслуживания, которые женщины считают важными.

Литература

1. Lazcano-Ponce EC, Castro R, Allen B, et al. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. *Journal of Women's Health* 8(3):399-408 (April 1999).
2. PATH (Program for Appropriate Technology in Health). Assessing health need/community demand for cervical cancer control: results from a study in Kenya. *Reproductive Health Reports* No. 1 (December 1996).
3. Ajayi IO, Adewolfe IF. Knowledge and attitude of general outpatient attendants in Nigeria to cervical cancer. *Central African Journal of Medicine* 44(2):41-43 (February 1998).

Пропаганда скрининга и лечения рака шейки матки

Пропаганда – это целенаправленные мероприятия по изменению политики в области здравоохранения, отношения целевой аудитории или изменения проводимых программ. Пропаганда может приобретать различные формы. Например, это может быть работа внутри организации по изменению внутренней политики данной организации. На национальном уровне мероприятия по пропаганде могут фокусироваться на убеждении работников Министерства здравоохранения поддержать новую инициативу по охране здоровья.

Лица и организации, пропагандирующие новые или улучшенные мероприятия по профилактике РШМ должны быть подготовлены к тому, что необходимо разработать убедительные аргументы, которые бы подчеркивали необходимость и возможность выполнения эффективных планов обследования и лечения. Пропагандистом профилактики РШМ может быть каждый, кто участвует в организованных усилиях по увеличению общественной и правовой поддержки профилактических мероприятий. Это могут быть медработники, санпросветработники, лидеры общественных организаций и т.д.

Пропаганда может принимать множество форм. Она может иметь место в какой-то организации и быть направлена на изменение внутренних порядков. Например, центр здоровья может иметь определенные правила для того, чтобы привлечь молодых женщин к прохождению цитологического обследования на РШМ. В этом случае пропагандисты должны разработать стратегию, чтобы убедить тех, кто принимает решения, изменить возрастную группу женщин для прохождения обследования на тех, кому 30-40 лет, поскольку эта возрастная группа отличается самым высоким уровнем риска в отношении предраковых заболеваний шейки матки.

Пропаганда может быть действенной и на более высоком уровне, уровне принятия решений. Например, общественная пропагандистская кампания может убедить официальных лиц в системе здравоохранения в том, чтобы проводить скрининг РШМ в участковых больницах. Более широкого уровня кампания может сосредоточить усилия на убеждении официальных лиц в Министерстве здравоохранения в необходимости поддержки новых инициатив по профилактике РШМ или укреплению уже существующих усилий в этом направлении.

Независимо от того, способствуют ли пропагандисты изменению правил на местном или государственном уровнях, они должны предоставлять свои аргументы влиятельным лицам или организациям, которые действительно могут повлиять на существующую ситуацию. Большинство программ по профилактике РШМ для успешного выполнения должны быть одобрены теми, кто принимает ключевые решения, как, например, официальные лица в Министерстве здравоохранения. Даже когда негосударственные организации выполняют ведущую роль в проведении обследований, инфраструктура, необходимая для выполнения программ по профилактике РШМ (как, например, цитологические лаборатории) является государственными учреждениями. Центры здоровья и больницы, функционирующие на государственном уровне и пользующиеся государственной поддержкой, нуждаются в одобрении со стороны официальных лиц, чтобы их деятельность была успешной.



Одобрение на высоком уровне программ по профилактике РШМ может быть продемонстрировано различными путями. Правительство может согласиться, например, на увеличение фондов на профилактику РШМ, или могут учредить комитет для разработки рекомендаций по профилактике РШМ. Другая форма поддержки может выражаться в том, что влиятельные официальные лица в правительстве предлагают выступить и выразить открыто свою поддержку или соглашаются стать членами консультативного совета программы.

Формулировка убедительных доводов в пользу профилактики РШМ

Лица, принимающие решения, должны выбрать, какое из направлений в здравоохранении является приоритетным, и определить, куда направить ограниченные материальные средства. В связи с тем, что РШМ ассоциируется с сексуальной активностью, некоторые из ответственных лиц не испытывают особого стремления к поддержке или проявлению интереса к этой проблеме в здравоохранении, поскольку это может вызвать противоречивую реакцию. Соответствующая подготовка и планирование являются необходимыми для того, чтобы успешно пропагандировать новые программы и направления в профилактике РШМ. Пропагандисты могут использовать следующие рекомендации в своей деятельности по совершенствованию профилактики РШМ.

Получение информации

Пропагандисты, стремящиеся к совершенствованию профилактики РШМ, должны в первую очередь понимать необходимость и реальную возможность проведения этих мероприятий в данной конкретной местности. Эта информация поможет им привести убедительные доводы и сконцентрировать свои усилия в нужном направлении. Ключевая информация может включать данные о распространении заболевания и предшествующих ему состояний среди определенных групп населения; о существующих мерах по профилактике и лечению РШМ, а также о нормативной базе, регулирующей применение этих мер в данном регионе. Пропагандисты новых инициатив по профилактике РШМ там, где профилактика не проводится вообще, должны убедить лиц, принимающих решения, в существовании реальной необходимости принятия мер по данной проблеме. В этом случае информация может служить не только как средство пропаганды, но может быть использована также для разработки стратегии, когда поддержка гарантирована.

Определение целей и содержания пропаганды

Четкое определение целей и содержания пропаганды должно быть основано на ключевых информационных сведениях, которые описаны выше. Пропагандисты должны проанализировать информацию, используя ранее разработанные критерии, которые помогут им выявить и определить приоритеты в регионе, где намечается проведение программы. Следует также определить каналы, по которым можно

повлиять на лиц, принимающих основные решения. Пропаганда должна быть конкретно направленной, взвешенной, содержать реальные цели, быть краткой и доступной – к этому следует стремиться, чтобы достичь поставленных перед программой целей на будущее.

Примеры целей, стоящих перед пропагандой, включают:

- ▶ увеличить правительственное финансирование программ профилактики РШМ;
- ▶ разработку государственных рекомендаций по вопросам скрининга и лечения;
- ▶ проверку определенных установок в здравоохранении, таких как возраст обследуемых, который будет приоритетным при проведении обследования населения.

Примеры мероприятий по пропаганде включают:

- ▶ встречу с тремя официальными лицами Министерства здравоохранения в первые 6 месяцев существования проекта;
- ▶ распространение 25 информационных пакетов среди лиц, занимающих лидирующие позиции в обществе;
- ▶ организацию собраний по вопросам РШМ в 3 областных госпиталях в течение первых трех месяцев работы проекта.

Обеспечить активное участие, создать широкую коалицию

Обеспечение активного участия широкого круга организаций и отдельных лиц доказывает активную поддержку профилактики РШМ. Женщины из целевых групп должны быть вовлечены в эту коалицию для того, чтобы быть их нужды и интересы были хорошо представлены. Члены коалиции должны сотрудничать при разработке плана мероприятий, проводить мероприятия для повышения общественного интереса и реагировать на проявление оппозиции.

Мобилизовать общественность

Для большей эффективности кампании по пропаганде должны привлечь внимание и поддержку тех лиц, которые принимают основные решения; лидеров, формирующих общественное мнение; представителей общественности и средств массовой информации. Эти группы влияют друг на друга прямо и косвенно. Пропагандисты должны предоставлять информацию, соответствующую потребностям каждой из групп. Например, неформальные общественные собрания, на которых можно использовать материалы с небольшим количеством печатной информации могут применяться для повышения интереса общественности, в то время как собрания с участием работников здравоохранения будут требовать более формальную и технически оснащенную презентацию данных об эпидемиологическом распространении и стоимости.



Оценить усилия пропаганды

Существует множество путей для того, чтобы оценить усилия пропаганды, и даже наиболее общие данные могут представлять ценность для усовершенствования мероприятий по пропаганде. Для оценки процесса можно использовать информацию о количестве проведенных мероприятий (например, количество информационных памфлетов, которые были распространены среди руководящих работников, или количество собраний общественности). Оценка влияния пропаганды может отразить прогресс в достижении отдаленных целей, как например, увеличение фондов на профилактику РШМ за данный период времени.

Результаты оценки могут представить информацию, способную рационализировать усилия пропаганды и мотивировать пропагандистов. Результаты также могут быть использованы для определения наиболее и наименее эффективных компонентов пропаганды и работы по мобилизации общественности.

Рекомендации

Как часть усилий пропаганды по увеличению количества мер профилактики РШМ, лица, планирующие программу должны учитывать следующее:

- ▶ получить информацию из региона, где планируется проводить программу, для правильного определения необходимости в услугах и возможности для их проведения;
- ▶ понять, что даже в случаях, где необходимость очевидна, недостаток инфраструктуры, политика правительства, выражающаяся в отсутствии поддержки или денежных средств, создают условия, при которых новые инициативы не представляются возможными;
- ▶ необходимость формирования широкой коалиции, которая включает основных лидеров – один из существенных моментов;
- ▶ быть подготовленными к противодействию со стороны тех, кто придерживается противоположных взглядов или представляет конкурирующие интересы, реагировать развитием стратегических планов и представлением убедительных доводов для общественности;
- ▶ формировать убедительные пропагандистские сообщения так, чтобы они влияли на различные группы населения, к которым обращена программа, имея в виду, что сообщения, которые созданы для официальных лиц здравоохранения, могут не привлекать внимание тех, кто осуществляет медицинскую помощь на местном уровне;
- ▶ разработать долговременную стратегию пропаганды и включить ее в мероприятия программы, чтобы обеспечить постоянную поддержку усилий по профилактике РШМ.

С чего начать работу над созданием эффективной программы профилактики рака шейки матки

Принимая решение о создании программы профилактики рака шейки матки (РШМ), разработчики, в первую очередь, должны продумать тот необходимый минимальный уровень услуг, который необходим для снижения уровня заболеваемости и смертности от РШМ. Далее следует подумать могут ли существующие технические и финансовые ресурсы, инфраструктура здравоохранения способствовать введению минимального набора услуг по профилактике РШМ. Системное рассмотрение этих факторов поможет принимающим решение людям оценить возможность и уместность введения новых услуг, или расширения уже существующих.

Оценка существующей ситуации и базы для введения программы

До начала работы над любой новой программой в области здравоохранения важно подтвердить необходимость новых услуг и оценить существующую ситуацию и базу для введения новой программы.

Статистические данные по заболеваемости РШМ из местной или национальной базы данных помогут **подтвердить необходимость** введения скрининга РШМ и последующего его лечения, в частности, по сравнению с другими приоритетными направлениями. Общепринятым считается, что эти услуги необходимы, когда уровень заболеваемости по стандартным возрастным группам больше чем 30-40 на 100 000 женщин. Высокая распространенность ИППП (например, если сифилис, гонорея, ВПЧ, или хламидия составляют более 8%) также является индикатором целесообразности введения программы. Когда национальные или местные данные по распространенности рака и ИППП отсутствуют, оценить масштабность проблемы и принять решение помогут обсуждения ситуации с работниками здравоохранения.

Кроме того, принимающие решение должны оценить **местную ситуацию и существующий уровень предоставления услуг**, так как эти факторы будут влиять на программу профилактики РШМ. В некоторых случаях поддержка местного населения и существующий уровень медицинского обслуживания могут предоставить прочную базу для введения новых услуг. В других ситуациях слабая инфраструктура и предубежденность медработников могут помешать функционированию программы. Оценку следует проводить, учитывая информацию о предлагаемых услугах по РШМ, возможности лечебных учреждений, результаты опросов медработников, а также результаты обсуждений в фокус-группах с женщинами, медработниками и ключевыми местными лидерами. Ниже приведены основные элементы, которые следует оценить:

1. Поддержка введения услуг политическими, медицинскими и местными кругами



Важно понять, насколько ответственные лица, медработники, местные лидеры осознают и соглашаются с принятым в здравоохранении принципом необходимости профилактики РШМ (например, при скудности ресурсов это может быть нерегулярный скрининг женщин целевой группы в сочетании с амбулаторным лечением предраковых состояний). Кроме того, важно оценить, поддерживают ли все эти лица программы профилактики, в частности, для женщин пожилого возраста; считают ли они профилактику РШМ приоритетной задачей в сравнении с другими проблемами местного здравоохранения; готовы ли они предоставить финансовые ресурсы для программы профилактики РШМ.

2. Существующий уровень медобслуживания и инфраструктура

Этот показатель включает количество и расположение лечебных учреждений, их возможности взять на себя новую ответственность проведения скрининга и лечения, уровень профессионального мастерства и подготовки медперсонала. Кроме того, следует оценить наличие необходимого оборудования, инструментария, медикаментов, надежность цитологической службы, функционирование системы направления пациентов к специалистам.

3. Что знают женщины в возрасте от 35 до 50 о РШМ?

Необходимо оценить, что знают и чего не знают женщины о РШМ, считают ли его серьезной угрозой здоровью, что знают о профилактике и готовы ли участвовать в профилактических мероприятиях, откуда и как предпочитают получать информацию, где им удобнее получать обслуживание, с какими группами они связаны в местной общине.

Информация, полученная в ходе такой оценки ситуации, будет полезна для принятия решения о целесообразности введения программы. Кроме того, эта информация поможет спланировать мероприятия программы и послужит базовыми данными для сравнения в процессе мониторинга и оценки работы программы.

Как использовать полученные результаты для разработки программы

Полученная информация может служить разработчикам в качестве руководства при разработке стратегии обеспечения населения информацией о РШМ, проведения скрининга и лечения. Кроме того, она весьма полезна для выработки форм работы с общественностью для обеспечения поддержки программы на всех уровнях. Часто в ходе работы по оценке существующей ситуации выявляются проблемы, которые можно решить специально включенными в программу мероприятиями. Более того, полученные данные могут выявить скрытые ресурсы внутри общины, что важно для улучшения предлагаемых программой услуг.

Ниже приводятся некоторые примеры полученной в ходе оценки информации и меры, которые можно принять в связи с этим:

Полученные новые сведения:	Медработники склоняются к проведению регулярного скрининга женщин, начиная с 18-летнего возраста
Возможные действия:	Предоставить информацию, которая дает прочную базу (медицинскую и экономическую) для первоочередного скрининга женщин средних лет
Полученные новые сведения:	Женщины боятся услышать “плохую новость” после скрининга
Возможные действия:	Разработать и апробировать обнадеживающие сообщения, которые акцентируют необходимость скрининга, так как раннее выявление может спасти жизнь
Полученные новые сведения:	Хорошо известная местному населению и уважаемая женщина в результате раннего выявления предракового состояния получила успешный курс лечения
Возможные действия:	Заручиться поддержкой этой женщины и попросить ее открыто высказаться в поддержку важности скрининга.

Минимальный уровень требуемых услуг

Чтобы быть действенной, программа профилактики РШМ должна включать в себя информацию и просвещение, скрининг и лечение, доступные большинству женщин группы риска. Выполнение любого из этих элементов, игнорируя другие, не окажет существенного положительного влияния на ситуацию. Например, введение скрининга должно сопровождаться просвещением женщин, чтобы создать у них мотивацию получения этой услуги, и обеспечением лечения, чтобы выявленному заболеванию было оказано соответствующее медицинское внимание.

Минимальное требование к программе – охватить женщин самой высокой группы риска цервикальной патологии (возраст 35-50 лет), хотя бы один раз обследовать их и предложить лечение, или паллиативную помощь (рис. 4). Опыт проведения подобных программ показывает, что важным компонентом программы является создание информационной системы управления. Доля технического и финансового обеспечения программы (например, количество медработников, цитологов и т.п.) зависит от численности населения и существующей инфраструктуры.

Основные этапы планирования программы

Для принятия решения о введении программы профилактики РШМ ответственным лицам необходимо провести сравнительный анализ информации о существующей инфраструктуре с прогнозируемыми



Рис. 4. Программа минимум: цели и средства их достижения*

Информация, образование, коммуникация

Цель: повысить информированность женщин в возрасте 35-50[†] лет о РШМ и здоровом образе жизни как части профилактики

Необходимые средства:

- участие женщин, представительниц целевой группы, для создания действенных сообщений, которые помогут (1) увеличить уровень осведомленности о РШМ и существующих способах его профилактики для женщин возрастной группы от 35 до 50 и (2) мотивировать женщин пройти скрининг РШМ и лечение, если это будет рекомендовано;
- медработники, прошедшие подготовку и умеющие правильно объяснить женщинам процесс скрининга и предоставить эту медицинскую услугу с должным уровнем уважительности и конфиденциальности.

Скрининг

Цель: провести хотя бы один скрининг всех женщин в возрасте от 35 до 50 лет.

Необходимые средства для цитологического исследования:

- персонал (включая средний медперсонал), обученный методике исследования мазков по Папаниколау;
- материалы для исследования мазков по Папаниколау;
- оборудование для гинекологического осмотра (включая столы, зеркала-расширители, источники света);
- надежная цитологическая лаборатория, включая подготовленный персонал;
- налаженный механизм сообщения результатов исследования мазков врачу и пациенту;
- эффективная система направлений на установление диагноза и лечение.

Необходимые средства для визуального гинекологического осмотра с предварительной обработкой раствором уксусной кислоты (VIA):

- персонал (включая средний медперсонал), обученный методике VIA;
- материалы для VIA;
- оборудование для гинекологического осмотра (включая столы, зеркала-расширители, источники света);
- эффективная система направлений на установление диагноза и лечение.

Диагноз и лечение

Цель: обеспечить лечение женщин с тяжелой дисплазией; направлять в больницы пациенток с инвазивным раком, где возможно; предоставлять паллиативную помощь пациенткам с поздней стадией развития заболевания.

Необходимые средства:

- персонал (включая средний медперсонал), обученный методикам визуального обследования шейки матки и лечения тяжелой дисплазии/карциномы *in situ*;
- кольпоскопы и другой инструмент для визуального исследования шейки матки;
- оборудование и инструментарий для лечения тяжелой дисплазии (криотерапии или LEEP);
- центральное лечебное учреждение для хирургического лечения ранних стадий РШМ;
- паллиативная помощь для больных с поздней стадией РШМ (включая обезболивающие средства и психологическую помощь)

Мониторинг и оценка

Цель: собрать данные по обеспеченности информацией и услугами с целью осуществления постоянного контроля и оценки выполнения и результатов программы.

Необходимые средства:

- местные информационные системы для отслеживания численности и личности прошедших скрининг женщин, результатов цитологических исследований и результатов последующего наблюдения за этими пациентками;
- клиническая регистрация результатов исследования мазков по Папаниколау;
- качественный анализ отзывов клиентов об адекватности предоставляемой информации и медицинского обслуживания.

* Необходимые средства будут зависеть от размера обслуживаемого населения, существующих ресурсов и инфраструктуры

[†] Возраст 35-50 лет является оптимальным для новых программ с ограниченными ресурсами. По мере увеличения ресурсов эта группа может быть расширена, сначала включая женщин в возрасте до 60 лет, затем – от 30 лет и старше

расходами, необходимыми для обеспечения минимального уровня обслуживания нуждающегося населения (рис. 4). Далее нужно определить необходимые дополнительные технические и финансовые ресурсы и выяснить, есть ли таковые в наличии. Если анализ покажет, что ресурсов для обеспечения минимального уровня обслуживания на данном этапе не имеется, то следует отложить введение услуг до тех пор, пока этот уровень не может быть обеспечен.

1. Первым шагом такого анализа должно быть определение целевой группы населения. Выше было сказано, что самой важной группой для новой программы профилактики РШМ являются женщины в возрасте 35-50 лет. Большинство новых программ, как правило, ограничивают географию своей деятельности, четко выделяют район и затем постепенно расширяют его по мере роста технической и финансовой оснащенности. Информация, полученная в ходе этапа оценки местной ситуации, поможет разработчикам программы решить, где именно должно быть сосредоточено обслуживание, где оно нужнее всего и где его проще начать.
2. После определения численности и состава целевой группы населения, программа может рассчитать необходимый штат, оборудование, места предоставления услуг по информированию населения, проведению скрининга и лечению. Разработчики программы должны проконсультироваться со специалистами (персоналом программ репродуктивного здоровья, цитологами, лаборантами) для определения требуемых ресурсов для расширения целей программы. Например, персонал цитологической лаборатории может оценить оборудование и материалы, необходимые для исследования определенного количества мазков по Папаниколау, и сравнить их с имеющимися в наличии.
3. Зная необходимые ресурсы для обеспечения минимального уровня обслуживания, разработчики программ должны оценить затраты (подробнее об этом смотрите раздел “Вопросы финансирования и бюджета программ”). Стоимость и затраты будут варьироваться в зависимости от местных условий, стоимости оборудования и материалов, количества и оснащения лечебных учреждений, профессионального уровня персонала программы. Если необходимая база уже существует, то затраты на введение программы могут быть минимальны. С другой стороны, если для функционирования программы нужно провести большие закупки оборудования и материалов, улучшить базу лечебных учреждений, повысить квалификацию персонала, затраты могут быть весьма значительны. Если основным препятствием является финансирование, важно оценить, какой бюджет выделен органами здравоохранения на лечение РШМ (например, затраты на оперативное вмешательство, госпитализацию, лучевую терапию), прежде чем отказаться от программы. Если ресурсы ограничены, то всегда лучше тратить их на профилактику рака, чем его лечение на поздней стадии, что, как правило, требует значительных затрат и редко успешно.



Если есть доступ к дополнительным финансовым ресурсам, или программа проводится в условиях развитой инфраструктуры, то можно подумать о ее расширении и выходе за пределы целей, приведенных на рис. 4. В таком случае менеджеры должны определить эффективные подходы к тому, чтобы утилизировать имеющиеся ресурсы и сделать программу более масштабной, включив в нее следующее:

- ▶ увеличение процента охвата скринингом женщин из группы высокого риска;
- ▶ расширение целевой группы, включение в нее сначала женщин более пожилого возраста (до 60 лет), а затем и более молодого (от 30 лет);
- ▶ более регулярный скрининг (меньший интервал между проведением) для женщин группы высокого риска;
- ▶ расширение базы учреждений, предоставляющих лечение, чтобы женщины, направленные на лечение, могли найти лечебное учреждение недалеко от дома.

Вопросы финансирования и бюджета программ

Стоимость программы контроля заболеваемости раком шейки матки (РШМ) должна приниматься во внимание на этапе планирования новой или расширения существующей программы. Программа обычно требует определенного перечня сведений, среди которых:

- ▶ Ежегодное увеличение расходов при реализации услуг, связанных с РШМ как составной части комплекса услуг, касающихся здоровья женщин.
- ▶ Рентабельность введения мероприятий по профилактике РШМ (например, затраты на спасение одной человеческой жизни, затраты на выявление одного случая заболевания РШМ).
- ▶ Относительная эффективность мероприятий по РШМ по сравнению с другими важными мероприятиями по охране здоровья.

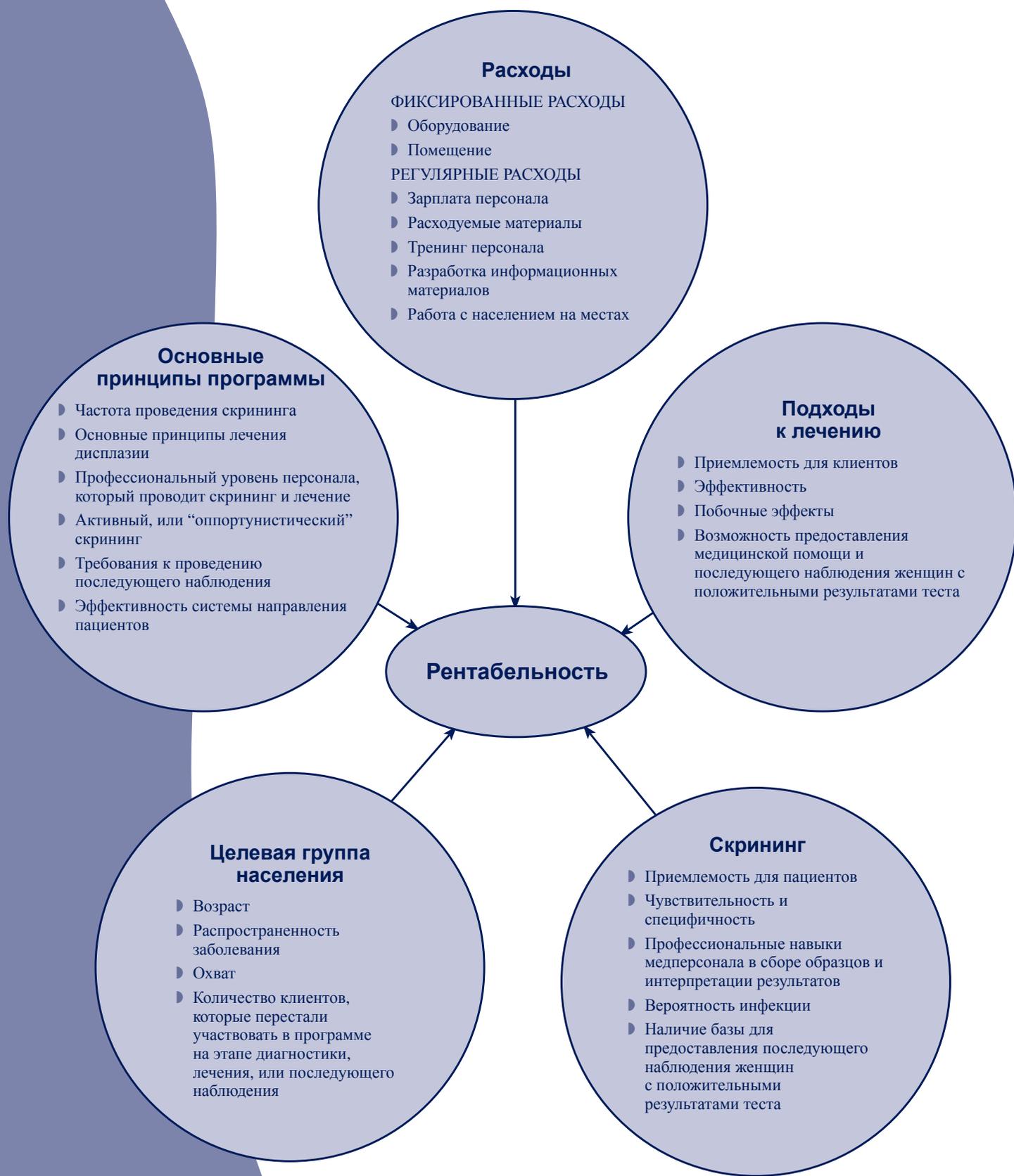
Первое, что нужно сделать, это рассчитать ожидаемые расходы на реализацию определенной стратегии контроля заболеваемости РШМ, включая необходимые основные затраты (ежегодно и с учетом инфляции), и постоянное увеличение суммы текущих затрат (персонал, оборудование и другие сопутствующие нужды сверх того, что уже имеется в распоряжении программы). Правильный анализ стоимости также требует понимания ситуации по распространению дисплазии по сравнению с другими заболеваниями, средний уровень прогрессирования дисплазии в рак и эффективность предлагаемых методик обследования и лечения. Некоторое ожидаемые расходы могут снижаться со временем в связи с экономией средств, другие могут возрастать, и эти виды изменений следует учитывать. Иллюстрация ситуации в Южной Африке отражает данные и результаты анализа такого типа (см. ниже).

Вторая группа сведений связана с анализом экономической эффективности, который может быть проведен с учетом ожидаемых расходов, описанных выше, и в их сравнении с потенциальными экономическими преимуществами новой программы. Этот анализ предполагает изучение соотношений затрат на достигнутые положительные изменения в сфере здоровья (например, стоимость выявленного случая рака, стоимость спасенной человеческой жизни и другие положительные сдвиги). На примере Чили (см. ниже) показано, как процентные соотношения, выражающие экономическую эффективность, могут подчеркнуть разницу в подходах между двумя предложенными программами. Там, где экономическая эффективность была подсчитана для других мероприятий по охране здоровья, затраты на стратегии по контролю за РШМ можно сравнить с этими расчетами.

При проведении анализа экономической эффективности необходимо иметь точные данные об ожидаемых основных и дополнительных расходах по новой программе и ясное понимание о допустимых пределах расходов в рамках предлагаемой стратегии контроля.



Рис. 5. Компоненты, влияющие на рентабельность программ профилактики РШМ



Допустимые пределы расходов учитывают распространение дисплазии и инвазивного рака, уровень прогрессирования дисплазии в рак, чувствительность скрининга и эффективность предлагаемых методов лечения дисплазии (рис. 5). Более того, программа должна иметь (или приобрести) технические средства для сбора необходимых данных и проведения расчетов, необходимых при анализе затрат.

Когда анализ стоимости проведен, следующим этапом должна быть интерпретация результатов. Очень важно понимать, что отбор параметров может значительно повлиять на результаты анализа. Например:

- ▶ Более высокий уровень заболеваемости РШМ, взятый в качестве исходного показателя, приведет к большей рентабельности программы.
- ▶ Более низкая чувствительность скрининга, взятая в качестве исходного показателя, приведет к снижению рентабельности программы.
- ▶ Большой охват населения программой повысит ее рентабельность.
- ▶ Уже существующая адекватная инфраструктура здравоохранения повысит экономическую эффективность программы.

Важнее всего, чтобы организаторы программ понимали, что результаты экономической эффективности являются вспомогательным фактором при принятии решений, а не ключевым компонентом. Разнообразие медицинских, этнических, культурных и практических условий также является важным для принятия соответствующего решения о распределении ресурсов, выделенных на охрану здоровья.

Подробное объяснение анализа затрат выходит за рамки этого документа, но в данном разделе сделана попытка привести примеры того, как варианты анализа помогли принять решение и выбрать нужную стратегию. Этот раздел также приводит примеры влияния расходов на стратегию скрининга и лечения.

Примеры анализа затрат на проведение программ профилактики рака шейки матки

Южная Африка: анализ затрат подчеркивает значимость обследования¹

Как часть всесторонней оценки факторов, влияющих на скрининг РШМ в Южной Африке, был проведен комплексный анализ затрат. Несмотря на то, что приблизительная стоимость скрининга выше, чем во многих странах Африки (например, приблизительная общая стоимость одного обследования в Зимбабве – 3,50 долларов США, в Кении – 3,00 доллара США), этот анализ представляет собой пример того, как информация об общей стоимости может быть использована. Анализ показал следующие затраты на:



- ▶ Одно обследование (получение и интерпретация мазков по Папаниколау): 22 доллара США – обследование специалиста и 11 долларов США – обследование в государственном секторе;
- ▶ Лечение дисплазии (кольпоскопия и лазер или криотерапия) – 89 долларов США (для одной пациентки);
- ▶ Лечение инвазивного рака (биопсия, гистерэктомия, радиотерапия) – 3573 долларов США (стоимость лечения одного случая).

В процессе анализа проводится сравнение полной стоимости программ при двух различных подходах: 1) подход, целью которого был не скрининг женщин, а лечение женщин с клинически явным инвазивным раком и 2) подход, при котором женщины вначале проходили скрининг, а затем проводилось лечение предраковых состояний и рака. Анализ показал, что стоимость первого подхода с тактикой лечения только инвазивных форм рака будет более, чем на 80% выше, чем стоимость программы скрининга с использованием сотрудников государственного сектора. Когда были привлечены специалисты для проведения обследования, разница в стоимости в пользу второго подхода составила только 12%. (Анализ допускал 2% преобладания CIN и 50% уровень прогрессирования CIN, что является логичным допущением, учитывая ограниченные данные по дисплазии шейки матки в Южной Африке). Даже если допустить, что преобладание составляло 1,5% или уровень прогрессирования был 25%, программа скрининга с использованием учреждений государственного сектора была все равно менее дорогостоящей, чем программа, целью которой было только лечение. Снижение обоих показателей в допущениях сделало программу обследования с использованием государственного сектора более дорогостоящей.

Экономическая эффективность двух стратегий скрининга в Чили²

Анализ экономической эффективности, приведенный внизу, сравнивает две стратегии скрининга и лечения РШМ в Чили. Сравнение показывает большую экономическую эффективность скрининга большинства женщин группы высокого риска, проводимого реже, по сравнению с более частым скринингом, но охватывающим менее половины женщин этой группы. Такой тип анализа может быть полезным для организаторов программ. Он помогает принять решение, какую из стратегий внедрять.

Эффективность нецитологических подходов к скринингу в Южной Африке³

Анализ экономической эффективности различных стратегий в обследовании, диагностике и лечении цервикальной дисплазии в Южной Африке был проведен в начале 2000 года. Анализ показал, что даже одно обследование в течение жизни при помощи теста на

Таблица 4. Сравнение двух стратегий скрининга

	Программа 1	Программа 2
Возраст	30-55 лет	30-50-лет
Частота обследований	3 года	10 лет
Охват	30%	90%
Снижение смертности	15%	44%
Затраты на 1 выявленный случай	2 522 долл.США	556 долл. США

Источник: Eddy, 1986²

определение папилломавируса человека (ПВЧ), или визуального осмотра с обработкой уксусной кислотой (VIA), наверняка будет клинически и экономически эффективным в уменьшении числа смертей от РШМ.

Анализ был проведен, учитывая точку зрения общественных и государственных организаций здравоохранения, и в числе показателей были прогнозируемое количество случаев рака, ожидаемая продолжительность жизни, стоимость поддержания жизни и увеличение процента экономической эффективности, связанное с использованием трех видов тестов: VIA, скрининг мазков по Папаниколау и тест ДНК ПВЧ (тест Digene Hybrid Capture II). Предполагалось, что после получения положительного результата будет проводиться кольпоскопия/биопсия/криотерапия, или немедленная криотерапия. В анализе использованы клинические и эпидемиологические данные, результаты тестов, полученные во время исследований в Южной Африке, а также данные, опубликованные в литературе, и другие источники.

Данные анализа показали, что один скрининг в течение жизни, проведенный у женщин в возрасте между 35 и 50 годами, может уменьшить число случаев РШМ в Южной Африке на 25-30%. Более частое обследование приводит к дальнейшему снижению показателя заболеваемости. Наиболее высокую экономическую эффективность показала модель с использованием одного теста на ПВЧ в течение жизни с последующим использованием криотерапии для женщин с положительным результатом на ПВЧ, (допуская, что чувствительность теста для выявления дисплазии – более 75% и что стоимость теста – 6 долларов США или меньше). Если стоимость теста на ПВЧ превысит 6 долларов США или чувствительность теста окажется менее 60%, то наиболее рентабельным подходом является применение VIA с последующей криотерапией.

Сравнение экономической эффективности скрининга РШМ с другими мерами охраны здоровья

Чтобы быть полезным, каждый анализ затрат на здравоохранение должен учитывать другие нужды в этой области. В большинстве развивающихся стран существует множество серьезных медицинских проблем, которые “соревнуются”, чтобы получить необходимые ресурсы. Там, где РШМ является серьезной проблемой, другие медицинские проблемы наверняка тоже существуют, например: материнская смертность, инфекции репродуктивных органов, включая вирус иммунодефицита



человека (ВИЧ) и туберкулез. Серьезные проблемы детского здоровья могут включать неонатальную смертность, диаррейные заболевания, другие различные инфекционные заболевания и дефицит питания.

Данные начала 90-х годов показывают, что РШМ находится в первой пятерке среди наиболее частых причин смерти в развивающихся странах у женщин в возрасте 45-59 лет (вместе с туберкулезом и сердечно-сосудистыми заболеваниями). Даже для женщин в возрасте 30-44 лет РШМ – в первой десятке среди наиболее часто встречающихся причин смерти (наряду с туберкулезом, родовой смертностью, сердечно-сосудистыми заболеваниями, циррозом и ВИЧ, смертность от которых выше). Мировой банк определил мероприятия по профилактике РШМ как умеренно рентабельные по сравнению с другими проблемами здравоохранения и высоко рентабельные по сравнению с проблемами контроля раковых заболеваний другой локализации. По предварительным оценкам Мирового банка скрининг женщин каждые пять лет может стоить около 100 долларов США на 1 год жизни, отнятый от прогнозируемого числа лет в связи с нетрудоспособностью (DALY[†]), учитывая, что существует отработанная система направления на необходимое лечение. Эта сумма – только часть стоимости лечения РШМ и рака молочной железы. При сравнении с некоторыми другими мероприятиями по охране здоровья скрининг РШМ является относительно дорогостоящим.

Таблица 5 показывает, как стоимость скрининга РШМ может быть сравнима с другими мероприятиями в сфере здравоохранения^{4,5}

Рекомендации по проведению анализа затрат выбранных стратегий скрининга и лечения

Скрининг

Стоимость обследования может быть различной в зависимости от избранного метода и его качественной характеристики; целевой группы населения, выбранной для охвата; кратности обследования; количества пациентов, которые добровольно прервали обследование, и стратегии по привлечению женщин для обследования.

- ▶ *Методы скрининга.* На экономическую эффективность скрининга влияют: 1) клинические процедуры, проводимые с пациентом; 2) стоимость обследования и лабораторных анализов и 3) точность и достоверность технологии.
- ▶ *Мазки по Папаниколау.* Цитологическое обследование, основанное на методе исследования мазков по Папаниколау, является наиболее широко используемым методом обследования. Приблизительная стоимость мазка в развивающихся странах колеблется от 3 до 10 долларов США (стоимость включает взятие мазка и сам цитологический анализ). Анализы мазков,

[†]DALYs – показатель смертности и сокращения жизни в результате ранней смерти и инвалидности, для расчетов применяется возраст и приблизительный показатель нетрудоспособности.

Таблица 5. Сравнение стоимости скрининга РШМ со стоимостью других мероприятий в здравоохранении

Мероприятие	Стоимость (DALY) долл. США
Профилактика рака легкого (программа борьбы с курением)	20
Вакцинация против полиомиелита смертности	20 в условиях высокой смертности
40 в условиях низкой смертности	
Контроль ЗППП	1-55
Скрининг РШМ	100
Интегрированная помощь при родовспоможении (сокращение материнской смертности)	30-250
Лечение малярии	200-500
Контроль малярии (при помощи борьбы с комарами)	5-250 в завис.от вида комара
Лечение РШМ или паллиативная терапия	2 600

Источник: Jamison, 1993, Murray, 1994^{4,5}

проводимые цитопатологами в дополнение или вместо цитологов, являются намного более дорогостоящими, чем при использовании подготовленных цитологов. Точность мазков широко варьируется, так как на показатель влияют качество мазка и технические возможности лаборатории. Экономическая эффективность может быть значительно снижена, если качество мазков плохое и качество работы цитологических лабораторий не контролируется постоянно.

- ▶ *Визуальное обследование.* Этот подход с применением или без применения увеличительной аппаратуры может быть недорогим вариантом скрининга, поскольку используется только уксусная кислота (для обработки шейки матки) и, если применяется, небольшое приспособление для увеличения (приблизительно 450 долларов США) при необходимости. Экономическая эффективность будет частично определяться специфичностью метода и необходимостью последующего наблюдения или лечения. Необходимы дальнейшие разработки для определения эффективности этого подхода.
- ▶ *Метод определения папилломавируса человека (ПВЧ).* В последнее время исследование ДНК для определения ПВЧ в качестве маркера на РШМ заняло одно из ведущих мест в исследованиях, посвященных этому вопросу. Стоимость доступных тестов обычно колеблется между 16 и 22 долларами США за тест, методика требует относительно дорогостоящего лабораторного оборудования и приборов. Новые тесты, возможно, в конечном итоге, будут дешевле и легче. Например, тесты, при которых используется самостоятельное взятие мазков женщинами, могут снизить стоимость в связи со снижением зависимости от сотрудников, одновременно улучшив реакцию на тест самих пациенток (предполагая сопоставимое качество



этих мазков с теми, которые были взяты сотрудниками). Результаты проводимых исследований должны определить, каким образом тест на ПВЧ может быть использован более эффективно в программах скрининга.

- ▶ *Целевая группа.* Экономическая эффективность увеличивается там, где более высокий уровень дисплазии у женщин. В целом женщины в возрасте от 35 до 50 лет представляют собой группу самого высокого риска, и у них самая высокая возможность получения патологических результатов, что увеличивает эффективность обследования.
- ▶ *Кратность обследования.* Обследование женщин, проводимое относительно нерегулярно, является экономически эффективным. Обследование женщин каждые 10 или 5 лет приводит к снижению роста случаев РШМ на 64% и на 84% уменьшает заболеваемость раком в соответствии с данными ВОЗ. Ежегодный скрининг приводит к относительно небольшому снижению заболеваемости раком и значительно менее эффективен в экономическом отношении.
- ▶ *Количество пациенток, прервавших обследование.* Программы, которые предлагают эффективную информацию и обеспечивают широкий охват женщин, могут способствовать возвращению женщин для получения результатов обследования, получения соответствующей консультации и проведения лечения с необходимым наблюдением. Экономическая эффективность снижается, если женщины не возвращаются для необходимого наблюдения или лечебных процедур.
- ▶ *Привлечение пациенток для прохождения скрининга.* Чтобы привлечь женщин, программы должны выбрать для работы активные или пассивные методы привлечения. Активный подход работы с населением является более дорогостоящим, но он может позволить увеличить охват женщин среди групп высокого риска и тем самым повысить эффективность программы. Пассивный или оппортунистический метод привлечения пациенток не требует никаких дополнительных средств и может быть использован в местах, где женщины групп высокого риска уже охвачены другими видами медицинского обслуживания.

Лечение дисплазии

Стоимость лечения дисплазии также может изменяться в зависимости от стоимости и качества избранного метода; стратегии его реализации; сотрудника, который проводит процедуру; уровня поражений при дисплазии и количества побочных эффектов и осложнений.

- ▶ *Методы лечения.* Амбулаторные методы, как криотерапия и электрохирургическое удаление петлей (LEEP), являются менее дорогостоящими, практически такими же эффективными, но с меньшим количеством осложнений по сравнению с конусной биопсией и гистерэктомией.

- *Криотерапия.* Стоимость самой процедуры криотерапии колеблется от 1 000 до 3 000 долларов США, в то время как стоимость сопутствующих расходов (на замораживание и другие материалы для процедуры) в целом невысока. Средний медперсонал может овладеть этим методом, что снижает расходы на зарплату. Кроме того, эта процедура не требует затрат электроэнергии, что снижает расходы. Однако, этот подход может быть менее эффективным при лечении больших предраковых поражений, чем некоторые другие методы.
- *LEEP.* Стоимость самой процедуры – от 4 000 до 6 000 долларов США. Сопутствующие расходы являются умеренно высокими и включают петли (от 15 до 60 долларов США за петлю), местную анестезию, электроды и вытяжной шкаф. Метод является в какой-то степени более эффективным (90-95%) в лечении всех видов CIN, что может частично компенсировать его более высокую стоимость по сравнению с методом криотерапии. В то же время, побочные эффекты и осложнения при LEEP предоставляют больше поводов для волнений.
- *Конусная биопсия и гистерэктомия.* Оба этих метода являются стационарными процедурами и требуют соответствующей подготовки и оборудования. Общая анестезия также необходима, что может быть очень дорогостоящим компонентом. Далее, с этими методами связана возможность серьезных побочных эффектов и осложнений, таких как кровотечения, стеноз шейки матки, самопроизвольные выкидыши и инфекция. В развивающихся странах цена операций для пациентов может быть 75 долларов США или выше за конусную биопсию и 1 500 долларов США за гистерэктомию.
- *Стратегии предоставления услуг.* Варианты включают центральные, районные или передвижные пункты по осуществлению процедур. Выбор наиболее рентабельного подхода в этих ситуациях будет зависеть от наличия персонала, расстояний и условий для поездок, наличия оборудования и оснащения. Если пункты расположены в центре, это перекладывает стоимость поездок для процедуры на плечи пациенток, но это может снизить процент тех, кто продолжает наблюдение впоследствии, что, в свою очередь, уменьшает ценность скрининга.
- *Персонал.* В настоящее время, как правило, лечение CIN проводят врачи. Однако, в некоторых научных разработках приводятся данные, что медицинских сестер можно успешно подготовить для проведения криотерапии, что создает потенциальную возможность для снижения стоимости и повышения доступности услуг.
- *Степень дисплазии, подлежащей лечению.* Поскольку более чем половина случаев слабой дисплазии излечивается без применения терапии, наибольшая экономическая эффективность может быть достигнута при лечении только умеренной или тяжелой дисплазии.



Лечение рака

Лечение рака в целом очень дорогостоящее и зачастую не приводит к успеху. Гистерэктомия и радиотерапия, если доступны, рекомендуются для ранних стадий. В зависимости от доступности эти процедуры могут стоить сотни или тысячи долларов на одного пациента. Для рака в поздних стадиях рекомендуется паллиативная помощь (включая консультации и обезболивающую терапию). Расходы на паллиативную помощь включают в себя стоимость лекарств, консультантов и, в отдельных случаях, госпитализацию. Во многих странах ограниченные фонды для раковых больных используются для приобретения химиотерапевтических препаратов и оборудования для радиотерапии, вместо того, чтобы поддержать выявление и лечение предраковых состояний.

Рекомендации

Для того, чтобы повысить рентабельность новых или при расширении имеющихся программ профилактики РШМ, следует учитывать следующие факторы:

- ▶ Концентрация усилий программы на женщинах групп самого высокого риска РШМ (в основном, это возраст от 35 до 50 лет).
- ▶ Выбор недорогостоящей, но самой точной из существующих стратегий скрининга и выполнение рекомендаций по кратности (каждые 3, 5, 10 лет, или даже один раз на протяжении жизни женщины, если ресурсы очень ограничены).
- ▶ Вначале максимальный охват и только потом увеличение кратности скрининга.
- ▶ Выбор недорогостоящей, безопасной и максимально рентабельной стратегии лечения, в основу которой заложено соблюдение лечебных протоколов.
- ▶ Проведение анализа затрат как вспомогательного средства для принятия решений.
- ▶ Подготовка среднего медперсонала для проведения эффективного обследования и лечения, когда это возможно.
- ▶ Обеспечение эффективных информационных и агитационных систем для максимального охвата женщин, нуждающихся в наблюдении.

Литература

1. Fonn S, et al. *Towards a National Screening Policy for Cancer of the Cervix in South Africa*. Paper N-31 (February 1993).
2. Eddy D, 1986, as described in Miller, *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines*. Geneva: WHO (1992).
3. Goldie SJ, et al. *Cost Effectiveness of Cervical Cancer Screening in Home Resource Settings*. Presented at a Special Workshop on Screening in Developing Countries at the 10th International Papillomavirus Conference, Barceloná, Spain (July 26, 2000).

4. Jamison DT, Mosley WH, Measham AR et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. World Bank, Oxford University Press, Oxford, UK (1993).
5. Murray C, Lopez A. Global and regional cause-of-death patterns in 1990. *Bulletin of the World Health Organization*. 72(3):447-480 (1994).



Из опыта работы программ в разных странах

Ниже мы приводим краткие обзоры действующих программ профилактики РШМ из пяти разных стран и об исследованиях, проведенных в ряде стран мира. В обзорах представлены несколько разных подходов: одни относительно хорошо финансируются и проводятся в национальном или региональном масштабе, другие – на местном уровне, или только в одной клинике. В некоторых очерках приводятся примеры о роли исследований и пропаганды в разработке действенных программ.

Помимо описания проектов во всех очерках представлена информация о трудностях, с которыми сталкиваются медработники и руководители программ в ходе их осуществления на местах, а также выводы из опыта работы, которые могут быть полезны для программ в других странах. Во всех программах просматриваются общие темы, важные для функционирования программ такого рода, среди них необходимость следующих мер:

- ▶ с самого начала заручиться долговременной поддержкой и признанием программы на всех уровнях системы здравоохранения;
- ▶ разработать стратегию для увеличения уровня осведомленности и поддержки эффективных направлений деятельности программ со стороны руководящих органов на местах;
- ▶ проводить работу по просвещению женщин группы высокого риска, включая на этапе планирования потенциальных клиентов, местную общественность; это даст возможность учесть местные культурные обычаи;
- ▶ координировать (или объединять) мероприятия по профилактике РШМ с другими услугами и программами;
- ▶ провести подготовку (или переподготовку) основного персонала, включая средний медперсонал, лаборантов-цитологов и т.д.;
- ▶ разработать адекватные информационные системы и протоколы контроля качества для облегчения мониторинга и оценки программы.

В конце очерка о каждой стране дана контактная информация, читатели могут связаться с руководителями программ в странах, чтобы получить дополнительную информацию о программе.



Колумбия: мероприятия по профилактике рака шейки матки как часть реформы здравоохранения

Реформа здравоохранения в Колумбии привела к значительному улучшению в некоторых аспектах охраны здоровья женщин. Однако, РШМ все еще остается серьезной проблемой, несмотря на значительные усилия ввести скрининг. В ходе реформы возникли и новые сложности для введения адекватного уровня услуг по профилактике РШМ.

В 1999 году было проведено исследование, которое показало, что РШМ является основной причиной смертности женщин в Колумбии. По оценкам исследования у 32 из 100 000 женщин развивается РШМ. Данные дают основание предполагать, что смертность от РШМ не только не снижалась с начала 60-х годов, а даже несколько увеличилась.

Описание программы

Скрининг мазков по Папаниколау был введен в Колумбии с середины 70-х годов усилиями национальной системы здравоохранения, частной организации PROFAMILIA и Колумбийской национальной лиги борьбы против рака (Colombian National League Against Cancer). Однако, как отмечалось выше, эти усилия не сыграли значительной роли в сокращении заболеваемости и смертности от РШМ. В 90-х годах в стране была введена пятилетняя программа контроля заболеваемости РШМ. Целью было снизить заболеваемость инвазивным РШМ на 25% и решить три главные задачи:

- ▶ В течение трех лет предложить исследование мазков по Папаниколау для 60-90% женщин в возрасте от 25 до 69 лет, причем сделать акцент на охват женщин с низким социально-экономическим статусом.
- ▶ Предоставить контрольное последующее наблюдение 90% всех женщин, прошедших скрининг по Папаниколау.
- ▶ Открыть центры, в которые будут направляться женщины для диагностики и лечения предраковых состояний.

Программа была интегрирована в уже существующие медицинские услуги, был проведен тренинг для 4 000 медсестер, 39 гинекологов, 36 патологов. В ходе осуществления программы были закуплены материалы, оборудование, проведены мероприятия по выработке стратегий информирования, образования и коммуникации по вопросам РШМ. Были проведены семинары с участием местных медработников и женщин – деятелей местной общины. В программе также уделялось внимание централизации цитологической службы и стандартизации протоколов.

В середине осуществления проекта новое правительство признало недостатки централизованной системы здравоохранения и одобрило закон о создании новой системы социального обеспечения в Колумбии



(New Colombian Social Security System). Эта система, финансируемая за счет взносов работающего населения и правительственных субсидий, накладывает на местные органы здравоохранения ответственность за улучшение инфраструктуры для проведения профилактики РШМ. Закон также определяет механизмы для финансирования этой работы.

Децентрализация здравоохранения была направлена на укрепление профилактических мер на местном уровне и способствовала созданию действенной сети услуг и надзора за их качеством. Однако, ухудшение политической и социальной ситуации в Колумбии представляет значительные трудности на пути осуществления программ качественных профилактических мер. Последние данные дают основание полагать, что через пять лет после ввода программы заболеваемость и смертность от РШМ остаются на прежнем уровне.

Возникшие трудности

- ▶ Трудности возникли при определении ролей и ответственности во время переходного периода децентрализации системы здравоохранения. В ходе выработки юридических документов в 1993 году было непонятно, какие новые подразделения системы отвечают за информирование и за проведение скрининга. В результате этого снизился охват. Разработанные и определенные правительством механизмы финансирования способны решить эту проблему.
- ▶ Сложно было балансировать качество обслуживания и необходимость возмещения затрат. В ходе реформы особенно ясно стало противоречие между рентабельностью предоставления услуг и широким доступом к качественному обслуживанию.
- ▶ Отсутствие отлаженных информационных систем усложнило проведение оценки влияния программы на охват скринингом и, в конечном итоге, на уровень заболеваемости и смертности.
- ▶ В лечебных учреждениях не хватало обученных цитологов. И хотя женское население было достаточно хорошо осведомлено о мазках по Папаниколау, местные органы здравоохранения не могли обеспечить достаточное количество обученных цитологов, чтобы эти исследования провести.

Значение этого опыта для других программ

- ▶ Децентрализация или другие виды перемен в правительстве могут быть препятствием для поддержания высокого качества и постоянства обслуживания. Роли, ответственность, право принимать решения должны быть четко обозначены в новых, или реорганизованных структурах здравоохранения, и все заинтересованные стороны должны быть об этом оповещены для того, чтобы не ухудшилось качество обслуживания.
- ▶ Критически важным является разработка действенных информационных систем, которые позволяют регулярно отслеживать и оценивать качество проведения и успехи программы. Оценка, в свою очередь, помогает вычлнить успешные меры и более слабые звенья, нуждающиеся в доработке.
- ▶ Слабые места программы должны быть выявлены, как можно раньше, в самом начале работы. В программе в Колумбии нехватка лаборантов-цитологов явилась ключевым препятствием к достижению поставленных программой целей. Более того, растущие просьбы женщин, которые хотели пройти скрининг, оказывали давление, требовали расширения системы подготовки цитологов. Поэтому при разработке программ следует учесть важность планомерной подготовки специалистов, число которых должно увеличиваться по мере продвижения программы.

Для получения дополнительной информации по этой программе обратитесь к:

Dr. Carolina Wiesner
Coordinator of Cancer Control
and Prevention Program
National Cancer Institute
Calle 1, No. 9 – 85
Bogota, Colombia
Fax: 57 – 1 – 289- 0056



Коста-Рика: охват женщин в районах с высокой заболеваемостью

Гуанакасте – провинция на северо-западе Коста-Рики. Численность населения порядка 240 000, что составляет около 8% населения страны. Уровень смертности в регионе в 1990 г. составлял 3,7 на 1 000 человек, что считается довольно низким уровнем. Также умеренный показатель младенческой смертности – 14,6 на 1 000 живорожденных и продолжительность жизни – 73,6 года.

Несмотря на существование национальных программ скрининга и лечения РШМ, в Гуанакасте на протяжении ряда лет отмечался высокий уровень заболеваемости РШМ. За пять лет, с 1988 по 1992 г.г., в среднем, заболеваемость РШМ составляла от 24 до 45 на 100 000. Это выше, чем средний показатель по стране, и более чем в 4 раза выше показателей в США. Различие между регионами с высоким и низким уровнем заболеваемости в Коста-Рике может быть связано скорее с преобладанием разных факторов риска, чем с регулярностью проведения скрининга.

Описание программы

Пытаясь лучше понять, почему уровень заболеваемости РШМ в Гуанакасте остается высоким, несмотря на имеющийся доступ к скринингу и лечению, Фонд за образование в медицинских науках (Costa Rican Foundation for Education in Medical Sciences) – часть Бюро социального обеспечения Коста-Рики (Bureau of Social Security of Costa Rica, CCSS) – проводит 9-летнее исследование, которое должно быть закончено в конце 2001 г. Цель исследования – лучше понять роль ПВЧ и сопутствующих папилломавирусу факторов в этиологии неоплазий тяжелой степени и оценить новые методики скрининга РШМ. Исследование проводится совместно с Национальным институтом рака США (National Cancer Institute, U.S.) и финансируется институтом.

Исследование началось в 1992 г. с участием свыше 10 000 женщин. Все участницы вели активную половую жизнь (информация получена из опросников), всем был проведен гинекологический осмотр и традиционное исследование мазка по Папаниколау. В дополнение к этим методам применялись и новые методики: (1) жидкостное тонкослойное цитологическое исследование эпителия шейки матки с применением системы предметных стекол ThinPrep®; (2) выявление ДНК ВПЧ (Hybrid Capture 1; метод заключается в гибридизации ДНК в растворе с последующей сорбцией на полистероловом планшете); (3) цервикогрфия. При выявлении патологии женщин направляли на кольпоскопию и биопсию с последующим лечением, соблюдая разработанные местные лечебные протоколы.

С самого начала регистрации для участия в исследовании были определены разные интервалы для осуществления контрольного наблюдения. Для женщин с легкой степенью дисплазии осмотр проводился каждые 6 месяцев. Ежегодно проводили осмотр женщин с незначительными изменениями эпителия шейки матки; женщин,

отметивших в опроснике, количество сексуальных партнеров больше 5; ПВЧ-положительных женщин. Из не включенных в эти категории женщин, программа рандомизировала приблизительно 60% для повторного скрининга на 5-ом или 6-ом году после первичной регистрации. На всех этапах исследования женщин с выявленной тяжелой степенью дисплазии направляли в Бюро социального обеспечения для последующего направления на лечение и исключали из участия в исследовании.

Охват участников исследования всеми формами (интервью, осмотр, сбор образцов для биоисследований) составлял 93%. На этапе последующего наблюдения охват оставался высоким, свыше 90%, в основном благодаря хорошей ресурсной базе исследования. Ресурсы позволили осуществлять персональные визиты к нуждающимся в этом женщинам и политику “открытых дверей”, которая позволяла участникам исследования выбирать удобные для них даты и время посещений (в отдельных случаях программа оплачивала транспортные затраты участниц). Кроме того, весь персонал исследования прошел специальную подготовку и обеспечивал высокий уровень обслуживания, участливое отношение, качественное проведение процедур. Обслуживание будет продолжаться до тех пор, пока все женщины не пройдут 7-летний цикл последующего наблюдения.

В настоящее время на основе результатов исследования разрабатываются рекомендации по принципам проведения скрининга на национальном уровне и по протоколам лечения предраковых состояний. Результаты регистрации для участия в исследовании предоставили хороший материал для реорганизации программ скрининга в стране. В настоящее время проводится подробный анализ рентабельности, который будет использован в материалах по планированию программ.

Возникшие трудности

- ▶ Большие затраты на содержание штатного персонала, способного обеспечить высокий охват участников на стадии последующего наблюдения.
- ▶ Сложно было обеспечить использование стандартных протоколов для проведения кольпоскопии и связанных с ней контрольных цитологических тестов.

Значение этого опыта для других программ

- ▶ Для привлечения широких масс к скринингу и последующему наблюдению необходимы такие компоненты, как индивидуальный подход к пациентам, гибкое расписание работы клиники, специально выделенные ресурсы для проведения последующего контроля.
- ▶ Результаты хорошо спланированного исследования могут быть стратегически использованы для разработок принципов национальной политики здравоохранения.

Для получения дополнительной информации по этой программе обратитесь к:

Dr. Concepcion Bratti
Principal Investigator
Projecto Epidemiologico Guanacaste
3er Piso Edificio de Residencias Medicas
Hospital Mexico, La Uruca
Costa Rica
Tel: 506-296-1036, или 296-1467
Fax: 506-296-146



Куба: использование результатов исследований для разработки рекомендаций по скринингу

Куба – самый большой остров Вест Индии, население свыше 11 миллионов человек, из них 2 миллиона проживают в столице страны – Гаване. Куба, благодаря почве и климату, сахарному тростнику и табаку, многие годы была самой богатой страной Карибского бассейна. Однако политические и экономические трудности последних десятилетий, особенно последних 10 лет, сыграли свою роль в ухудшении общей ситуации в стране.

РШМ не является самой серьезной проблемой на Кубе, средняя заболеваемость в стандартных возрастных группах в 1996 году составляла 9 на 100 000 женского населения: 5 на 100 000 в группе женщин от 20 до 24 лет; 20 на 100 000 – в группе от 25 до 29 лет; 43 на 100 000 в группе от 40 до 44 лет и 50 в группе от 45 до 49 лет. РШМ занимает 4 место среди наиболее распространенных среди женщин форм рака и 10 место среди раковых заболеваний в целом по стране.

С 1968 года на Кубе были введены основные принципы работы системы здравоохранения, в соответствии с которыми было рекомендовано проводить скрининг для женщин с возраста 20 лет каждые два года. В 1986 г. Министерством здравоохранения страны была введена Национальная программа контроля за уровнем заболеваемости раком. В программе отмечалось, что хотя дисплазия достаточно широко распространена среди женщин в возрасте моложе 30 лет, в большинстве случаев заболевание регрессирует и в лечении не нуждается. Женщины старше 35 лет представляют группу более высокого риска заболевания РШМ. На основании этих данных Национальная программа выработала рекомендации начинать скрининг с возраста 35 лет, если ресурсы позволяют проверить женщин только один раз за всю их жизнь. Однако, эти рекомендации не были формально приняты Министерством здравоохранения, просто доведены до сведения медицинских работников. В 1993 и 1996 г.г. были проведены мероприятия по оценке эффективности программ профилактики РШМ. Полученные данные показали, что женщины групп высокого риска не были охвачены программами скрининга. Оказалось, что только 40% женщин в возрасте 40 лет и старше прошли скрининг.

В 1997 г. в рамках Национальной программы было принято решение убедить Министерство здравоохранения официально изменить ранее принятые рекомендации. Для этого было предпринято исследование, результаты которого стали прочным и крепким аргументом для всех ответственных, принимающих решение лиц и клиницистов. Было решено рекомендовать начинать скрининг женщин с возраста 25 лет и установить регулярность скрининга, т.е., повторять его каждые три года. Признавая необходимость повышения качества тестов с экономической и административно-медицинской точки зрения, Национальная программа заручилась поддержкой широких кругов, в частности, в вопросе организации постоянной подготовки медицинского персонала,

работников клиник и лабораторий. Новые рекомендации включают периодическую оценку всех аспектов предоставления медицинских услуг и модификацию протоколов скрининга и лечения.

Результаты профилактических усилий оправдали затраченные усилия и были весьма впечатляющими. В 1982 г. было выявлено 21% случаев рака стадии I по сравнению с 40% в 1996. Процент заболеваний на стадии IY снизился с 15% в 1982 году до 3% в 1996 г. 70% выявленных на сегодняшний день заболеваний диагностируются на стадии 0, или стадии I.

Возникшие трудности

- Д Было очень сложно преодолеть упрочившиеся убеждения о том, какая возрастная группа представляет наибольший риск для возникновения РШМ. Однако, тот факт, что рекомендации Национальной программы были сделаны на основе убедительных данных проведенного исследования, помог в значительной степени решить эту проблему.
- Д Экономические сложности в стране в 90-х годах помешали своевременно обеспечить точность цитологических исследований и своевременность сообщения их результатов.
- Д Сложно было преодолеть культурные барьеры, в частности, необходимость осмотров органов малого таза. Для того чтобы добиться результатов при низкой кратности проведения осмотров и увеличить охват, пришлось провести большую работу с населением на местах.

Значение этого опыта для других программ

- Д Для разработки стабильной программы профилактики РШМ необходимо ввести обоснованные направления и принципы деятельности органов здравоохранения. Исследования могут помочь в определении новых принципов и направлений, или изменении уже существующих, что, в свою очередь, приведет к значительному улучшению и повышению эффективности программ.
- Д Ключевым компонентом качества скрининга и масштаба охвата является преданность работников программ. Первостепенно важным является охват женщин целевой группы, только после этого можно начинать работать над кратностью скрининга, т.е., снижением интервала между проведением скрининга в целевой группе.

Для получения дополнительной информации по этой программе обратитесь к:

Rolando Camacho, M.D.
President
Cuban National Cancer Control Program
Havana Cuba
Tel: 53 – 7 – 55 - 2577
Fax: 53 – 7 – 55 – 2587
E-mail: gnoncol@informed.sld.cu



Южная Африка: как даже одна организация может способствовать изменению политики здравоохранения

РШМ является самой распространенной формой раковых заболеваний среди женщин африканского происхождения в Южной Африке, составляя 30% всех выявленных случаев рака. РШМ занимает четвертое место среди раковых заболеваний белого женского населения Южной Африки. Приблизительно 76 из 100 000 женщин в возрасте от 35 до 64 лет больны РШМ, и приблизительно одна женщина из 41 заболит РШМ на протяжении своей жизни. Ежегодно в стране регистрируются порядка 5 000 новых случаев, из них 50% среди женщин старше 35 лет; ежегодно от РШМ в Южной Африке умирает 1 500 женщин.

На сегодняшний день Южная Африка не может похвастаться успехом проведения эффективных программ профилактики РШМ. С 70-х годов в стране разрабатывались разные направления и принципы здравоохранения с целью борьбы с РШМ, но, как правило, все они были малоэффективны. В 1993 г. группа исследователей из Йоганнесбурга (Women's Health Project, WHP, University of Witwatersrand) на основе ранее имеющихся данных провела специализированное исследование по эффективности затрат разных элементов скрининга, включая кратность. Выводы исследования были представлены в отчете "В пользу введения общенациональных принципов скрининга РШМ в Южной Африке", и данные, представленные в выводах, убедительно показывали, что скрининг от 60% до 100% всего женского населения страны свыше 20-летнего возраста каждые пять лет столь же рентабелен, сколь существующая на момент проведения исследования политика лечения РШМ у женщин, выявленных без организованной системы скрининга. Из выводов также следовало, что использовать специалистов для исследования мазков с шейки матки по Папаниколау, как нерентабельно, так и не имеет практического смысла, и что принципиальная линия здравоохранения должна быть направлена на проведение массового скрининга всех женщин в течение 5 лет.

Работа по изменению существующих принципов

Группа исследователей WHP представила свои выводы на встрече, организованной для всех заинтересованных сторон для того, чтобы достичь общего соглашения по разработке принципов эффективной профилактики РШМ. На встрече была проведена не только оценка выводов исследования, но также были представлены мнения в отношении перспективности программ профилактики, учитывая имеющиеся ресурсы. Был достигнут консенсус по предложенной программе "три мазка за всю жизнь". Программа была поддержана всеми участниками и заинтересованными сторонами, после этого была представлена на Конференции по проблемам здоровья женщин в 1994 году. Она была одобрена и опубликована наряду с 13 другими ключевыми рекомендациями и стала предметом обсуждения на брифингах для печати, была включена в информационные широко

распространяемые бюллетени, информационные и коммуникационные программы. WHP организовала лоббирование своего предложения и добилась поддержки на уровне Парламентского комитета по охране здоровья и Генерального директора Департамента здравоохранения.

Этот пример WHP демонстрирует, что преданность идее обеспечения индивидуальных потребностей женщин и упорная работа по достижению этой цели через разные проекты дают результат. Проект привлекал женщин к работе на всех этапах его осуществления, начиная со стадии планирования и проведения исследования, и вплоть до лоббирования изменений национальной политики в этом направлении. В 1997 г. группа WHP была введена в состав Национальной консультативной комиссии по контролю заболеваемости раком (National Cancer Control Advisory Committee). Вскоре после этого полное предложение национальной стратегии контроля раковых заболеваний (National Cancer Control Strategy) было представлено на рассмотрение Департамента здравоохранения, и через два года внутренних обсуждений были приняты рекомендации по профилактике РШМ.

От этапа планирования к этапу реализации

В настоящее время WHP занимается вопросами реализации новых принципов политики профилактики РШМ. На базе одного из регионов Южной Африки группа проводит оценку результатов пилотного исследования, на основании которого будет рекомендовать подходы к расширению охвата скрининга РШМ. В сотрудничестве с другими неправительственными организациями и органами здравоохранения WHP интегрирует цервикальный скрининг в уже существующие услуги первичной диагностики, а также вместе с Департаментом здравоохранения страны разрабатывает требования (включая единые требования к форме сообщения (отчета) результатов цитологического исследования) к программе общенациональной программы скрининга РШМ.

Возникшие трудности

- ▶ Изменение направления в здравоохранении требует финансовой поддержки. При введении новых принципов и направлений политики необходимы соответственные отчисления из бюджета.
- ▶ Многие достаточно сложные факторы (включая, политические, межличностные, экономические) могут мешать осуществлению задач изменения существующего направления и принципов.

Значение этого опыта для других программ

- ▶ Хорошее знание и понимание проблем и потребностей женщин в отношении профилактики РШМ является ключевым компонентом в разработке эффективных программ. Убедительные доводы, хорошая информированность о потребностях женщин придают весомость рекомендациям.



- ▶ Для того чтобы быть реально выполнимым, предложение должно учитывать экономическую ситуацию, но это не может быть единственным определяющим фактором.
- ▶ Сотрудничество с другими уважаемыми организациями может укрепить усилия пропаганды и работы с общественностью, увеличить кадровую базу и ресурсы, а также может способствовать приданию большей значимости и веса при лоббировании своих целей.

Для получения дополнительной информации по этой программе обратитесь к:

Dr. Sharon Fonn
Director of Research
Women's Health Project
P.O 1038
Johannesburg 2000, Republic of South Africa
Tel: 27-11-489-9917
Fax: 27-11-489-9922

Вьетнам: введение программы цитологического исследования мазков с шейки матки

РШМ является ведущей причиной смертности от раковых заболеваний женщин во Вьетнаме. До недавних пор Вьетнам был в числе тех развивающихся стран, где программы скрининга мазков по Папаниколау практически не проводились. И было это, в основном, благодаря широко распространенному мнению, что цитологические исследования требуют больших затрат и для развивающихся стран недостижимы. Ниже приводится информация о том, какие усилия были приняты во Вьетнаме для введения такой программы.

Описание программы

Совместный вьетнамо-американский проект по профилактике РШМ, начавшийся в 1993 году по инициативе врачей во Вьетнаме и США, поддерживает разработку всеохватывающей и рентабельной (оправдывающей затраты) программы профилактики РШМ во Вьетнаме. Организация провела анализ рентабельности проекта в 1999 году. Анализ показал, что создание программы цитологических исследований мазков по Папаниколау (кратность скрининга 5 лет) обойдется в среднем меньше 150 000 долларов США в год в течение 10 лет, необходимых для введения и распространения программы. В эту сумму входят такие затраты, как заработная плата, материалы одноразового использования, оборудование, помещения, размещение лабораторий и накладные расходы, связанные с цитологическими исследованиями мазков и профилактической терапией. Не включены затраты на тренинг зарубежными консультантами работников, занимающихся вопросами пропаганды и мобилизации общественности; лаборантов-цитологов, медицинского персонала, осуществляющего лечение. Кроме того, эта предварительная сумма не включает расходы, связанные с лечением и уходом за больными с инвазивными формами РШМ. (В настоящее время ведущей формой лечения таких больных во Вьетнаме является хирургическое вмешательство и радиационная терапия).

Среднегодовые затраты на одну пациентку целевой возрастной группы (35-55 лет) составили менее 0, 092 доллара США, что доступно из расчета данных среднегодового дохода на душу населения в 1999 г. (300 долларов США). По расчетным данным проекта на этом уровне инвестиций заболеваемость РШМ во Вьетнаме может снизиться на 37% при охвате 60% женщин целевой возрастной группы и на 58% при 100% охвате женщин целевой группы.

В 1999 г. под эгидой Управления здравоохранения, противоракового центра и управления охраны здоровья матери и ребенка г. Хо Ши Мин и центра общественного здоровья Бин Тан началась программа массового скрининга женского населения города (цитологическое исследование мазков по Папаниколау) с охватом 150 пациенток в день.



При выявлении неклассифицированных атипичных клеток эпителия, изменений плоского эпителия высокой степени злокачественности, или карциномы пациентки направлялись на кольпоскопию. Если результаты биопсии подтверждали диагноз цервикальной дисплазии в тяжелой степени, проводили ЛЕЕР. Пациентки с инвазивным раком направлялись на уточнение стадии заболевания, лечение и последующее наблюдение. Кроме этой программы, менее масштабные программы были проведены в городах Ханое, Дананге, Ху. Их результаты будут обобщены после соответствующей обработки, если позволят отведенные ресурсы. Для расширения программ во Вьетнаме необходимы дополнительные кадры, в первую очередь лаборанты-цитологи, и также работники, обученные взятию мазков, которые должны будут работать в тесном контакте с разными общественными организациями. Пока не ясно, насколько эта кадровая проблема разрешима.

Целью вьетнамо-американского проекта по профилактике РШМ на данном этапе является создать базу для качественных цитологических исследований мазков во Вьетнаме и проанализировать, насколько опыт проекта во Вьетнаме применим к другим странам.

Возникшие трудности

Некоторые проблемы, с которыми пришлось столкнуться во время работы над проектом, включают:

- ▶ Разработка эффективной методики работы с населением на местах, для того, чтобы охватить максимальное количество женщин в целевой группе.
- ▶ Реализация и поддержание эффективного контроля качества мероприятий программы, в частности, в центральной цитологической лаборатории.
- ▶ Улучшение уровня медицинских услуг (терапии) для женщин с инвазивной формой РШМ.
- ▶ Поддержание хороших профессиональных отношений между разными группами и учреждениями, участниками проекта, для обеспечения успеха программы профилактики РШМ.

Значение этого опыта для других программ

- ▶ Полученные результаты исследования дают основание полагать, что программы скрининга мазков шейки матки по Папаниколау можно проводить в некоторых регионах с относительно небольшими затратами на местах, если обеспечена внешняя техническая помощь и консультирование для тренинга и подготовки кадров.
- ▶ Результаты тщательно спланированного и проведенного анализа рентабельности программы могут предоставить убедительные доказательства, которые помогут найти поддержку проведения мероприятий по профилактике РШМ.
- ▶ Стратегия подготовки среднего медперсонала для проведения цитологического скрининга полностью оправдывает затраты.

Для получения дополнительной информации по этой программе обратитесь к:

Dr. Eric Suba
President and Executive Director
The Viet/American Cervical Cancer Prevention
Project
2295 Vallejo Street, Suite 507
San Francisco, CA 94123 USA
Tel: 650 – 742 - 3162
Fax: 650 – 742 – 3055
Email: Eric.Suba@kp.org



Глоссарий терминов

Аденокарцинома Злокачественное новообразование, происходящее из железистого эпителия шейки матки, приблизительно 5% случаев РШМ в мире можно отнести за счет аденокарциномы.

Визуальный осмотр с обработкой уксусной кислотой Обследование шейки матки при помощи расширителя (зеркала) после обработки раствором 3-5% уксусной кислоты (без оптического увеличения) для выявления цервикальной дисплазии. VIA иногда называют прямым визуальным осмотром, или визуальным осмотром невооруженным глазом.

Визуальный осмотр с обработкой уксусной кислотой и увеличением Обследование шейки матки при помощи расширителя (зеркала) после обработки раствором 3-5% уксусной кислоты и с применением оптического прибора небольшого увеличения (в отличие от кольпоскопии) для облегчения скрининга дисплазии и возможного направления на биопсию и амбулаторное лечение преинвазивных поражений.

Диатермия Генерирование тепла за счет воздействия электротокков высокой частоты.

Дисплазия Изменения сквамозного эпителия шейки матки. Встречается в таких терминах, как интраэпителиальная неоплазия (CIN), или сквамозные интраэпителиальные поражения (SIL).

Зев (внутренний зев) Вход, или начало эндоцервикального канала.

Зона трансформации Зона трансформации находится на стыке эпителиев, как правило, у внешнего отверстия цервикального канала. РШМ обычно начинается в зоне трансформации.

Карцинома *in situ* (CIS) Локализованная плоская опухоль, изменения сквамозного (пластинчатого) эпителия, но не выходящие за пределы базальной мембраны в эпителий строму. Как правило, относится к предраковому состоянию, переходящему в инвазивный рак.

Кольпоскопия Осмотр влагалища и шейки матки с использованием инструмента (кольпоскопа), который позволяет увидеть ткани влагалища и шейки матки под увеличением.

Криотерапия Метод амбулаторного лечения, при котором используются сверхнизкие температуры (ниже -60°C) для замораживания и удаления атипии.

Люголь Раствор йода, который можно использовать вместо раствора уксусной кислоты при визуальном осмотре шейки матки. Раствор окрашивает здоровые клетки шейки матки в коричневый цвет, оставляя измененные клетки белыми или желтыми.

Мазки по Папаниколау Тест, при котором на исследование берутся клетки из влагалища или шейки матки выявления в них отклонений.

Микро инвазивная стадия Раковые изменения в тканях стромы, непосредственно примыкающих к эпителию, глубиной, как правило, не



более нескольких миллиметров; самая ранняя стадия злокачественной неопластической инвазии.

Папилломавирус человека (ПВЧ) Вирусная инфекция, передаваемая половым путем, которая может вызвать патологические изменения клеток и на фоне которой развивается РШМ.

Пункционная биопсия Взятие небольшого участка ткани для гистологического анализа (анализа под микроскопом).

Самостоятельный сбор мазков Процесс сбора биологического материала для тестирования (мазок из влагалища, вульвы, образец мочи) самой женщиной, а не медработником в учреждении.

Система классификации Бетесда Создана в г. Бетесда, США, рабочей группой Национального института рака США. Различает 2 стадии предраковых состояний РШМ: (1) изменения плоского эпителия низкой степени злокачественности (в английском сокращении LSIL), куда включена категория CIN I; и (2) изменения плоского эпителия высокой степени злокачественности (в английском сокращении HSIL), куда включены CIN II и CIN III. Система Бетесда создала единую терминологию, включая требования к биоматериалу для цитологического исследования, и подкатегории для описания выявленных изменений.

Сквамозные (плоские) клетки эпителия Тонкие плоские клетки эпителия, которые выстилают респираторные пути и пищеварительный тракт, а также влагалище и шейку матки.

Специфичность Способность метода верно определять процент людей с выявленными “отрицательными” результатами, признанными отрицательными. Специфичность метода определяет степень, до которой метод точно выявляет заданное условие.

Уксусная кислота 3-5 % раствор уксуса, которым обрабатываются цервикальные ткани для облегчения выявления патологии. Уксусная кислота поглощается неспецифическими клетками, и участки поражения приобретают белый цвет.

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, система классификации Введена в 60-х годах для классификации цитологических результатов мазков по Папаниколау, различает клеточные изменения, происходящие в шейке матки по степени тяжести: легкая дисплазия обозначается CIN I, умеренная – CIN II, тяжелая и карцинома *in situ* – CIN III.

Цервикальный крипт (полость), крипт шейки матки Полости на поверхности новых эпителиальных сквамозных клетках шейки матки. Внешний крипт, или секреторные полости вокруг зева, определяют внешнюю границу зоны трансформации.

Цервикальный стеноз Сужение цервикального канала.

Цервикогрфия Методика фотографирования шейки матки для выявления дисплазии или РШМ. Фотографии направляются в центральную лабораторию для оценки.

Цитология и эксфолиативная цитология Терминология для описания анализа клеток, полученных при помощи мазка по Папаниколау, для выявления патологии, связанной с CIN и РШМ.

Чувствительность Способность метода верно определять процент людей с правильно выявленными “положительными” результатами, признанными положительными. Чувствительность метода определяет степень, до которой метод точно выявляет заданное условие.

Эктоцервикс Внешняя часть шейки матки и внутреннего зева.

DALY Показатель сокращения жизни в результате преждевременной заболеваемости (инвалидности) и смертности.

Даунстейджинг Визуальный осмотр без обработки уксусной кислотой или оптических приборов для выявления ранней стадии рака.

HSIL изменения плоского эпителия высокой степени злокачественности. Терминология системы классификации заболеваний Бетесда для описания умеренных до тяжелых изменений, которые со значительно большей вероятностью прогрессируют в РШМ, чем LSIL. При HSIL более одной трети эпителия подвержены патологическим изменениям.

LEEP Иногда в литературе называется экцизия зоны трансформации большой петлей (LLETZ), или электрокоагуляция, процедура, когда в амбулаторных условиях проводится биопсия и лечение, при котором удаляется вся зона трансформации при помощи тонкой петли – электрода, низковольтный переменный электроток высокой частоты (600 кГц).

LSIL изменения плоского эпителия низкой степени злокачественности. Терминология системы классификации заболеваний Бетесда для описания легких изменений только поверхностного клеточного слоя, когда менее одной трети эпителия подвержены патологическим изменениям. LSIL, очень часто, регрессирует.

