

Комплексная борьба с раком шейки матки

Руководство по основам
практики

Издание второе



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Перевод с английского языка

Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice – 2nd ed © World Health Organization, 2014

1.Uterine Cervical Neoplasms - diagnosis. 2.Uterine Cervical Neoplasms - prevention and control. 3.Uterine Cervical Neoplasms – therapy. 4.Guideline. I.World Health Organization.

ISBN 978 92 8 905308 2

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Комплексная борьба с раком шейки матки: Руководство по основам практики

Второе издание



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Выражение признательности

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) хотела бы поблагодарить членов Группы по разработке руководства за их постоянную готовность к работе и тяжелый труд по подготовке обновленного руководства. ВОЗ также выражает признательность методической группе Университета Макмастера и группе внешних рецензентов за их ценный вклад.



Приложение 1

Участники
и партнеры

Имена членов каждой группы, а также авторов и редактора этого проекта, перечислены в Приложении 1.

ВОЗ также хочет выразить искреннюю признательность за финансовый вклад перечисленных ниже агентств. Без их поддержки подготовка этого руководства была бы невозможна.

- Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC; Атланта, Джорджия, США).
- Фламандское агентство по международному сотрудничеству (FICA).
- Альянс GAVI.
- «Health Canada», через Канадское противораковое партнерство (Торонто, Канада).
- Национальный институт рака (INCa; Париж, Франция).
- Чрезвычайный план действий Президента Соединенных Штатов Америки по борьбе со СПИДом (PEPFAR; Вашингтон, Округ Колумбия, США).

Поддерживающие организации



International Agency for Research on Cancer



Координационная группа В03

Nathalie Broutet

Репродуктивное здоровье и научные исследования

Штаб-квартира В03

Женева, Швейцария

Linda O'Neal Eckert

Отдел акушерства и гинекологии

Вашингтонский университет

Сиэтл, Вашингтон, США

Andreas Ullrich

Лечение неинфекционных заболеваний

Штаб-квартира В03

Женева, Швейцария

Paul Bloem

Иммунизация, вакцины и биологические препараты

Штаб-квартира В03

Женева, Швейцария

Содержание

Выражение признательности	iii
Сокращения	1
Сборник основных положений	4
Предисловие	10
Введение	13
Об этом руководстве	13
Уровни системы здравоохранения	22
Рекомендуемая литература	24
Глава 1. Предпосылки	30
О чем говорится в этой главе.....	30
1.1 Почему нужно сосредоточить усилия на борьбе с раком шейки матки?.....	31
1.2 Анатомия и физиология женского таза.....	33
1.3 Естественное течение рака шейки матки.....	43
Дополнительная литература	50
Глава 2. Основы программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним	54
О чем говорится в этой главе.....	54
2.1 Что такое комплексная программа профилактики рака шейки матки и борьбы с ним?.....	57
2.2 Национальные программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним	61
2.3 Достижение целей профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.....	87
Дополнительная литература	88
Глава 3. Мобилизация общественности, просвещение и консультирование	92
О чем говорится в этой главе.....	93
3.1 Увеличение использования услуг по профилактике рака шейки матки и борьбе с ним	94
3.2 Пропаганда	96

3.3 Мобилизация общественности.....	98
3.4. Просвещение по вопросам профилактики	101
3.5 Консультирование	112
Дополнительная литература	115
Глава 4. Вакцинация против ВПЧ	119
Основные рекомендации ВОЗ о вакцинах против ВПЧ.....	119
О чем говорится в этой главе.....	120
4.1 Роль работников здравоохранения и других лиц	122
4.2 Вакцины против ВПЧ	124
4.3 Целевая группа и стратегии обеспечения вакцинации	130
4.4 Мобилизация общественности.....	134
4.5 Получение согласия/разрешения на вакцинацию девочки.....	135
4.6 Мониторинг, оценка и устойчивость программ вакцинации против ВПЧ.....	136
Дополнительная литература	140
Глава 5. Скрининг и лечение предраковых заболеваний шейки матки	144
О чем говорится в этой главе.....	145
5.1 Работники здравоохранения	148
5.2 Скрининг рака шейки матки	149
5.3 Методы скрининга предраковых заболеваний шейки матки.....	157
5.4 Методы диагностики предраковых заболеваний шейки матки	166
5.5 Варианты лечения предраковых заболеваний шейки матки	172
5.6 Возможные осложнения и наблюдение после лечения	179
5.7 Связь скрининга и лечения в клинической практике.....	180
Глава 6. Диагностика и лечение рака шейки матки	187
О чем говорится в этой главе.....	187
6.1 Клиническая картина и диагностика рака шейки матки	189
6.2 Роль работников здравоохранения	192
6.3 Стадирование рака шейки матки.....	196
6.4 Лечение рака шейки матки: обзор.....	200

6.5 Методы лечения	202
6.6 Особые ситуации: рак шейки матки во время беременности и при ВИЧ-инфекции	208
6.7 Поддержка и наблюдение	210
Дополнительная литература	213
Глава 7. Паллиативная помощь	216
Основные положения	216
О чем говорится в этой главе.....	217
7.1. Комплексный подход к паллиативной помощи	219
7.2 Роль семьи в паллиативной помощи	223
7.3 Роль работников здравоохранения	224
7.4 Лечение частых симптомов рака шейки матки поздних стадий.....	229
7.5 Предоставление информации больной и ее близким	233
Дополнительная литература	239
Практические рекомендации.....	242
Практические рекомендации 2.1. Контрольный перечень планирования и внедрения программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.....	242
Практические рекомендации 2.2. Основные показатели результативности и конечной эффективности национальных программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.....	243
Практические рекомендации 3.1. Ключевая информация для пропаганды борьбы с раком шейки матки и просвещения.....	247
Практические рекомендации 3.2. Часто задаваемые вопросы (FAQ) о раке шейки матки.....	250
Практические рекомендации 3.3. Что нужно знать мужчинам, чтобы помочь предотвратить рак шейки матки.....	256
Практические рекомендации 3.4. Консультирование.....	258
Практические рекомендации 3.5. Этапы стандартного консультирования до, во время и после обследования, процедуры или лечения.....	261
Практические рекомендации 3.6. Специальное консультирование ВИЧ-инфицированных женщин.....	263

Практические рекомендации 3.7. Работа с медицинскими работниками на местах: как привлечь и обучить.....	264
Практические рекомендации 4.1. Часто задаваемые вопросы (FAQ) о вакцинации против ВПЧ.....	266
Практические рекомендации 4.2. Характеристики вакцин против ВПЧ и «холодовая цепь».....	272
Практические рекомендации 4.3. Проведение вакцинации.....	275
Практические рекомендации 4.4. Безопасность инъекций.....	279
Практические рекомендации 4.5. Мониторинг и оценка программ вакцинации: сбор данных и документация.....	281
Практические рекомендации 4.6. Действия при возникновении побочных эффектов иммунизации (ПЭ).....	284
Практические рекомендации 4.7. Беседы с учителями и должностными лицами в школах о вакцинации против ВПЧ.....	287
Практические рекомендации 5.1. Получение информированного согласия у взрослой женщины.....	290
Практические рекомендации 5.2. Сбор анамнеза и гинекологический осмотр.....	292
Практические рекомендации 5.3. Методы скрининга: комментарии для работников здравоохранения.....	298
Практические рекомендации 5.4. Молекулярный скрининг: обследование на наличие ВПЧ.....	299
Практические рекомендации 5.5. Визуальный скрининг: осмотр шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA).....	302
Практические рекомендации 5.6. Цитологический скрининг: цитологическое исследование мазков по Папаниколау и жидкостная цитология (ЖЦ).....	305
Практические рекомендации 5.7. Консультирование женщин при положительном результате скрининга.....	311
Практические рекомендации 5.8. Кольпоскопия.....	314
Практические рекомендации 5.9. Биопсия и выскабливание цервикального канала (ВЦК).....	318
Практические рекомендации 5.10. Лечение предраковых заболеваний шейки матки: криотерапия.....	324
Практические рекомендации 5.11. Лечение предраковых заболеваний шейки матки: петлевая электроэксцизия шейки матки (LEEP).....	329

Практические рекомендации 5.12. Лечение предраковых заболеваний шейки матки: ножевая конизация шейки матки (НК).....	335
Практические рекомендации 6.1. Обращение больной за консультацией по поводу симптомов, которые могут быть вызваны раком шейки матки.....	340
Практические рекомендации 6.2. Сообщение о диагнозе рака шейки матки, беседа с больной и ее близкими.....	342
Практические рекомендации 6.3. Предоставление больной раком шейки матки развернутой информации о том, что может происходить в стационаре.....	344
Практические рекомендации 6.4. Беседа с больной о диагнозе и лечении: рекомендации для работников здравоохранения, оказывающих третичную медицинскую помощь (онкологов).....	345
Практические рекомендации 6.5. Лечение рака шейки матки: экстирпация матки.....	348
Практические рекомендации 6.6. Лечение рака шейки матки: дистанционная лучевая терапия.....	354
Практические рекомендации 6.7. Лечение рака шейки матки: внутриволостная лучевая терапия.....	360
Практические рекомендации 7.1. Оценка и лечение боли.....	363
Практические рекомендации 7.2. Лечение выделений из влагалища, свищей и кровотечения на дому.....	369
Практические рекомендации 7.3. Беседа с больной, вернувшейся домой и получающей паллиативную помощь.....	372
Приложения	
Приложение 1. Список участников и авторов	374
Приложение 2. Методология разработки руководства, роль технических и рабочих групп, раскрытие информации заинтересованности, устранение конфликтов интересов.....	381
Приложение 3. Профилактика инфекций и борьба с ними.....	388
Приложение 4. Классификации предраковых заболеваний и рака шейки матки..	392
Приложение 5. Мэрилендская система 2001 г.	395
Приложение 6. Образцы документов о вакцинации против ВПЧ	397

Форма 6.1. Персональная карточка иммунизации девочки против ВПЧ	397
Форма 6.2. Формы мониторинга охвата вакцинацией против ВПЧ на месте оказания медицинской помощи для работников здравоохранения, проводящих вакцинацию	398
Форма 6.3. Отчет о национальном охвате вакцинацией против ВПЧ для объединенной формы ВОЗ–ЮНИСЕФ	401
Форма 6.4. Отчет о побочных эффектах после иммунизации (ПЭ).....	402
Приложение 7. Схема принятия решения для тактики «скрининг и лечение».....	404
Приложение 8. Схемы принятия решения для тактики «скрининг и лечение» (в отсутствие ВИЧ-инфекции или данных об инфицировании ВИЧ).....	406
Скрининг с помощью обследования на наличие ВПЧ и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема	406
Скрининг с помощью обследования на наличие ВПЧ с последующим VIA и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема	408
Скрининг с помощью VIA и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема	409
Скрининг с помощью обследования на наличие ВПЧ с последующей кольпоскопией (с биопсией или без нее) и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема	410
Скрининг с помощью цитологического исследования с последующей кольпоскопией (с биопсией или без нее) и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема	411
Приложение 9. Схемы принятия решения для тактики «скрининг и лечение» (при наличии ВИЧ-инфекции или в отсутствие данных об инфицировании ВИЧ в областях с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции).....	412
Скрининг с помощью обследования на наличие ВПЧ и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема	413
Скрининг с помощью обследования на наличие ВПЧ с последующим VIA и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема	414
Скрининг с помощью VIA и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема	415
Скрининг с помощью обследования на наличие ВПЧ с последующей кольпоскопией (с биопсией или без нее) и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема	416

Скрининг с помощью цитологического исследования с последующей кольпоскопией (с биопсией или без нее) и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема	417
Приложение 10. Лечение рака шейки матки в зависимости от стадии по классификации FIGO	418
Приложение 11. Образцы документов	422
Форма 11.1. Образец письма женщине, результат скрининга которой является положительным и которая не явилась за результатами в надлежащее время	422
Форма 11.2. Образец карточки, которую можно использовать в качестве элемента системы отслеживания больных, нуждающихся в повторном обследовании в рамках скрининга	423
Форма 11.3. Образец карточки, которую можно использовать в качестве элемента системы отслеживания больных, направленных на дальнейшее обследование	424
Форма 11.4. Образец письма, информирующего учреждение, направившее женщину, о результатах обследования	425
Приложение 12. Лечение цервицита и воспалительных заболеваний матки и ее придатков	426
Приложение 13. Как приготовить пасту Монсея	428
Приложение 14. Протокол гистологического исследования при раке шейки матки	430
Форма 14.1. Протокол гистологического исследования после расширенной экстирпации матки	431
Словарь	432

Сокращения

АКДС	коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина
ВАЗ	Всемирная ассамблея здравоохранения
ВЗОТ	воспалительные заболевания органов таза
ВИЧ-КО	консультирование и обследование для исключения ВИЧ-инфекции
ВМК	внутриматочная контрацепция (внутриматочный контрацептив)
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПЧ	вирус папилломы человека
ВЦК	выскабливание цервикального канала
ВЧ	вирусоподобные частицы
ГВР	Группа внешних рецензентов
ГРР	Группа по разработке руководства
ЖЦ	жидкостная цитология
ЗКИ	заявление о конфликте интересов
ЗППП	заболевания, передающиеся половым путем
ИЗС	индивидуальные защитные средства
ИОК	информация, обучение и коммуникация
ИУС	информационно-управляющая система
КТ	компьютерная томография
МАИР	Международное агентство по изучению рака
МЗ	Министерство здравоохранения
МиО	мониторинг и оценка
МКБ	Международная классификация болезней
МРГ	мультидисциплинарная руководящая группа
МРТ	магнитно-резонансная томография
НК	ножевая конизация шейки матки
НПВС	нестероидные противовоспалительные средства
ПЭ	побочные эффекты иммунизации

ОПВ	оценка после внедрения
ПАОЗ	Панамериканская организация здравоохранения
ПЗ	переходная зона
ПИБ	профилактика инфекций и борьба с ними
ОК	оральные контрацептивы
ПР	практические рекомендации
СОРОС	средство для обработки рук на спиртовой основе
ФТ	флаконный термоиндикатор
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
AGC	атипичные клетки железистого эпителия
AIS	аденокарцинома in situ
ASC	атипичные клетки плоского эпителия
ASC-H	атипичные клетки плоского эпителия: нельзя исключить плоскоклеточное поражение высокой степени (интраэпителиальное поражение)
ASCUS	атипичные клетки плоского эпителия неопределенного значения
C4GEP	Комплексная борьба с раком шейки матки: руководство по основам практики
C4P	Инструмент расчета стоимости профилактики рака шейки матки и борьбы с ним
CD4	кластер дифференцировки 4
CDC	Центры по контролю и профилактике заболеваний (Соединенные Штата Америки)
CIN	цервикальная интраэпителиальная неоплазия
FAQ	часто задаваемые вопросы
FICA	Фламандское агентство по международному сотрудничеству
FIGO	Международная федерация акушеров и гинекологов
GAVI	Альянс GAVI (ранее Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации)
GRADE	система оценки, разработки и определения эффективности рекомендаций

GSK	GlaxoSmithKline
HDR	высокая мощность дозы
HSIL	плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени
INCa	Национальный институт рака
Jhpiego	партнер Университета Джонса Хопкинса (ранее Программа Джонса Хопкинса по международному обучению в области акушерства и гинекологии)
LDR	низкая мощность дозы
LEEP	петлевая электроэксцизия шейки матки
LSIL	плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени
MSD	Merck Sharp & Dohme Corp.
NCI	Национальный институт рака системы Национальных институтов здоровья (Соединенные Штаты Америки)
NIH	Национальные институты здоровья (Соединенные Штаты Америки)
NITAG	национальная группа технических советников по иммунизации
Pap	Папаниколау
PATH	международная некоммерческая организация (ранее Программа надлежащих технологий в здравоохранении)
PEPFAR	чрезвычайный план действий Президента Соединенных Штатов Америки по борьбе со СПИДом
SAGE	Стратегическая группа экспертов по иммунизации
SPMSD	Sanofi Pasteur MSD
UICC	Международный противораковый союз
UNAIDS	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
VIA	осмотр шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты

Сборник основных положений

Глава 1. Предпосылки

- Рак шейки матки – заболевание, которое в значительной мере можно предотвратить. Тем не менее это одна из ведущих причин смерти женщин от злокачественных новообразований в мире. Большинство смертей от рака шейки матки приходится на страны с низким и средним уровнем доходов.
- Основной причиной предраковых заболеваний и рака шейки матки является персистирующая или хроническая инфекция, вызываемая одним или несколькими онкогенными типами (или типами высокого риска) вируса папилломы человека (ВПЧ).
- Инфекция, вызываемая ВПЧ, – самая частая инфекция, передающаяся половым путем обычно в начале половой жизни.
- У большинства женщин и мужчин, инфицированных ВПЧ, инфекция проходит самостоятельно.
- В небольшом числе случаев папилломавирусная инфекция персистирует. У женщин это может приводить к развитию предраковых заболеваний шейки матки, которые в отсутствие лечения через 10–20 лет могут прогрессировать в инвазивный рак.
- У ВИЧ-инфицированных женщин выше вероятность развития персистирующей папилломмавирусной инфекции в более раннем возрасте и более быстрого развития инвазивного рака.
- Базовые знания об анатомии женского таза и естественном течении рака шейки матки предоставляют работникам здравоохранения, оказывающим первичную и вторичную медицинскую помощь, основу для эффективного общения и улучшения понимания профилактики рака шейки матки женщинами, членами их семей и общественностью.

Глава 2. Основы программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним

- Любую национальную программу профилактики рака шейки матки и борьбы с ним следует разрабатывать в соответствии с концепцией ВОЗ о «шести элементах структуры» с целью укрепления системы здравоохранения в целом.
- Программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним задумываются и разрабатываются, чтобы снизить заболеваемость раком шейки матки, смертность от него и частоту осложнений.
- Существует огромное неравенство в доступе к эффективным скринингу и лечению рака шейки матки. Рак шейки матки встречается преимущественно у женщин, не имеющих доступа к этим медицинским услугам.

- Комплексная программа должна включать мероприятия по первичной, вторичной и третичной профилактике (в том числе по лечению), а также доступ к паллиативной помощи.
- Мероприятия по скринингу должны быть связаны с лечением и наблюдением после него.
- Мониторинг и оценка – неотъемлемые компоненты программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.

Глава 3. Мобилизация общественности, просвещение и консультирование

- Пропаганда, мобилизация общественности, просвещение и консультирование – необходимые компоненты эффективной программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним, обеспечивающие высокий охват вакцинацией и скринингом, а также высокую частоту соблюдения рекомендаций по лечению.
- Стратегии пропаганды должны быть адресованы девушкам и молодым женщинам, которым будут наиболее полезны вакцинация и скрининг, соответственно, а также юношам, мужчинам, руководству сообществ и основным заинтересованным сторонам.
- Мобилизация общественности и санитарное просвещение – необходимые средства преодоления распространенных проблем, затрудняющих доступ и получение профилактической помощи. Эти распространенные барьеры включают социальные запреты, языковые барьеры, отсутствие информации и транспортировки к местам оказания помощи.
- Санитарное просвещение гарантирует, что женщины, их семьи и общество в целом понимают, что рак шейки матки можно предотвратить.
- Информация о раке шейки матки, предоставляемая в рамках санитарного просвещения, должна отражать национальную политику борьбы с этим заболеванием, соответствовать культурным особенностям и быть согласованной на всех уровнях системы здравоохранения.
- Учреждения здравоохранения должны иметь отдельное помещение, которое можно использовать для индивидуального предоставления информации и если уместно, консультирования, чтобы помочь женщинам сделать лучший выбор по вопросам, касающимся их здоровья.
- Работники здравоохранения должны быть обучены обсуждать вопросы половой жизни без осуждения, затрагивать темы, касающиеся рака шейки матки и вируса папилломы человека (ВПЧ), соблюдая конфиденциальность и уважение прав пациента на частную жизнь.

- Очень важно, чтобы санитарное просвещение подчеркивало необходимость обращения за помощью женщин, у которых получены неблагоприятные результаты скринингового обследования.

Глава 4. Вакцинация против ВПЧ

- Инфекция, вызываемая вирусом папилломы человека (ВПЧ), – самое частое заболевание, передающееся половым путем (ЗППП).
- Рак шейки матки вызывают онкогенные типы ВПЧ. Два онкогенных типа ВПЧ, которые чаще всего вызывают рак шейки матки, – это типы 16 и 18. Вместе они приводят к примерно 70% случаев рака шейки матки во всех странах мира.
- В настоящее время в большинстве стран разрешены к применению две вакцины, предотвращающие инфицирование онкогенными типами ВПЧ 16 и 18. Обе вакцины характеризуются высокой безопасностью и могут безопасно назначаться вместе с другими вакцинами, такими, как коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина (АКДС) и вакцина против гепатита В.
- Одна из вакцин – четырехвалентная – предотвращает также инфицирование типами ВПЧ 6 и 11, которые вызывают 90% случаев заболевания остроконечными кондиломами.
- Вакцинация девочек до начала половой жизни – важное мероприятие первичной профилактики в рамках комплексной программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.
- Вакцины не лечат уже имеющуюся папилломавирусную инфекцию, или связанные с ней заболевания, поэтому вакцинацию рекомендуют проводить до начала половой жизни.
- Поскольку вакцины не защищают от всех типов ВПЧ, которые вызывают рак шейки матки, девочкам, вакцинированным против ВПЧ, позднее все же придется проходить обследования в рамках скрининга рака шейки матки.

Глава 5. Скрининг и лечение предраковых заболеваний шейки матки

- Ранняя диагностика посредством скрининга, охватывающего всех женщин целевой возрастной группы, и лечение выявленных предраковых заболеваний шейки матки могут предотвратить большинство случаев рака шейки матки.
- Обследование в рамках скрининга рака шейки матки должно быть проведено хотя бы один раз каждой женщине целевой возрастной группы, в которой скрининг приносит наибольшую пользу, а именно группы женщин в возрасте от 30 до 49 лет.

- По крайней мере одно обследование в рамках скрининга рака шейки матки рекомендуется каждой женщине целевой возрастной группы. Эта группа может быть расширена за счет включения женщин моложе 30 лет при наличии данных о высоком риске CIN2+.
- Обследование на наличие ВПЧ, цитологическое исследование и осмотр шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA) рекомендованы в качестве методов скрининга.
- Чтобы профилактика рака шейки матки была эффективной, женщины, у которых при обследовании в рамках скрининга получены неблагоприятные результаты, должны получать эффективное лечение.
- Рекомендуется использовать либо подход «скрининг и лечение», либо подход «скрининг, диагностика и лечение».
- Решение о том, какой подход к скринингу и лечению будет использован в данной стране или данном лечебно-профилактическом учреждении, должно быть основано на ряде факторов, в том числе преимуществах и недостатках, вероятности выбыть из-под наблюдения, стоимости, доступности необходимого оборудования и персонала.
- При использовании подхода «скрининг и лечение» решение о проведении лечения основано на результатах обследования в рамках скрининга, а лечение проводится вскоре или, в идеале, сразу после их получения (т.е. без дополнительных диагностических тестов).
- Подход «скрининг и лечение» снижает число выбывших из-под наблюдения и может уменьшить интервал времени до начала лечения.
- При отрицательном результате VIA или цитологического исследования следующее обследование в рамках скрининга следует проводить через 3-5 лет.
- При отрицательном результате обследования на наличие ВПЧ следующее обследование в рамках скрининга следует проводить не менее чем через 5 лет.
- Если во время обследования в рамках скрининга заподозрен инвазивный рак, лечение на месте не начинают. Женщину направляют на обследование и лечение в специализированное лечебно-профилактическое учреждение.
- Криотерапия и петлевая электроэксцизия шейки матки (LEEP) – эффективные и адекватные методы лечения большинства женщин, у которых при скрининге выявлены предраковые заболевания шейки матки.

Глава 6. Диагностика и лечение рака шейки матки

- Женщины, у которых диагностирован рак шейки матки ранних стадий, как правило, могут быть излечены при назначении эффективного лечения.
- Важно, чтобы работники всех уровней системы здравоохранения умели распознавать основные симптомы и проявления рака шейки матки и безотлагательно принимать необходимые меры.
- Окончательный диагноз рака шейки матки ставят по результатам гистологического исследования биоптата.
- Наилучшие исходы для больных раком шейки матки обеспечивает направление в специализированные лечебно-профилактические учреждения.
- Лечение заключается в хирургическом вмешательстве, лучевой терапии, химиотерапии и их комбинациях.
- Больные должны быть предупреждены о возможных побочных эффектах лечения, таких, как бесплодие, менопауза, неприятные ощущения или боль при половой жизни, дисфункция желудочно-кишечного тракта и мочевого пузыря.
- Больные должны быть проинформированы о том, что им потребуется длительное наблюдение в онкологическом отделении, в котором они проходили лечение.
- Работники здравоохранения, оказывающие третичную медицинскую помощь, должны отправлять документацию, содержащую всю информацию о проведенном лечении и рекомендации по дальнейшему ведению, работникам здравоохранения, которые ближе всего находятся к месту жительства женщины и будут осуществлять наблюдение за ней.
- В отсутствие лечения рак шейки матки почти всегда приводит к смерти.

Глава 7. Паллиативная помощь

- Паллиативная помощь – неотъемлемый компонент борьбы с раком шейки матки.
- Паллиативная помощь улучшает качество жизни больных и их семей, сталкивающихся с проблемами, обусловленными угрожающей жизни болезнью.
- Паллиативная помощь состоит в предупреждении и облегчении страданий путем раннего выявления, оценки и лечения боли и других форм физических, психосоциальных и душевных страданий.

- Паллиативная помощь позволяет больным раком шейки матки поздних стадий сохранять достоинство и спокойствие во время трудных и последних этапов жизни.
- Оптимальным для оказания паллиативной помощи является мультидисциплинарный подход, который охватывает больную, ее семью, близких, оказывающих поддержку, медицинских работников на местах, специалистов по паллиативной помощи на местах, а также работников здравоохранения в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней.
- Следует укреплять механизмы внедрения паллиативной помощи, в том числе обучение и обеспечение доступности лекарственных средств.
- Применение широкого спектра медикаментозных и немедикаментозных методов позволяет эффективно контролировать боль в большинстве случаев.
- Прошедшим соответствующее обучение медицинским сестрам должно быть разрешено назначать больным сильнодействующие наркотические анальгетики для приема внутрь в соответствии с национальными нормами и рекомендациями.
- Качество паллиативной помощи во многом зависит от надлежащего обучения и контроля за деятельностью медработников и, по возможности, работников здравоохранения на местах.
- Доступ ко всем необходимым препаратам, оборудованию и средствам является критически важным для устранения или облегчения симптомов как в лечебно-профилактическом учреждении, так и на дому.

Предисловие

Рак шейки матки – одна из серьезнейших угроз жизни женщин. По оценкам, в настоящее время в мире насчитывается более миллиона больных раком шейки матки. Большинству из них либо не был своевременно поставлен диагноз, либо недоступно лечение, которое может излечить их или продлить им жизнь. В 2012 г. было выявлено 528 000 новых случаев рака шейки матки, и 266 000 женщин умерли от этого заболевания; почти 90% из них – в странах с низким и средним уровнем доходов. Предполагается, что без неотложного внимания к проблеме за следующие 10 лет число смертей от рака шейки матки увеличится почти на 25%.

Рак шейки матки встречается во всех странах мира, однако наиболее высокая заболеваемость отмечается в Центральной и Южной Америке, Восточной Африке, Южной и Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана. За последние три десятилетия заболеваемость раком шейки матки упала в большинстве развитых стран главным образом в результате программ скрининга и лечения. Напротив, в большинстве развивающихся стран заболеваемость выросла или не изменилась. Значительное неравенство существует в развитых странах, где риск рака шейки матки особенно высок у проживающих в сельских районах и бедных женщин.

Большинство женщин, особенно в развивающихся странах, умирают от рака шейки матки в расцвете сил. Они могли бы растить детей, заботиться о своих семьях, вносить вклад в социальную и экономическую жизнь своего города или деревни. Смерть женщины – это не только личная трагедия, но и тяжелая и неоправданная потеря для семьи и общества, имеющая огромные последствия для их благосостояния. Эти смерти не оправданы, поскольку убедительно доказано, что при условии раннего выявления и эффективного лечения рак шейки матки – одно из наиболее успешно предотвратимых и излечиваемых злокачественных новообразований.

Несмотря на то что в менее развитых странах с очевидно большей вероятностью отсутствует эффективная система здравоохранения и соответствующие финансовые ресурсы по сравнению с развитыми странами, крайне важно подчеркнуть, что другим сильно недооцениваемым и мощным стимулятором заболеваемости раком шейки матки является неравенство доступа женщин к медицинской помощи во многих странах. Мы можем направить усилия на поиск необходимых ресурсов и улучшение оказания помощи женщинам в развивающихся странах. Мы можем также попытаться лучше понять гендерное неравенство и учитывать его при планировании программ и стратегий в области здравоохранения наряду с другими важными детерминантами здоровья, такими как благосостояние, образование, религия и этническая принадлежность.

В 2007 г. Всемирная ассамблея здравоохранения в качестве основы политики приняла резолюцию, которая обязала Всемирную организацию здравоохранения

(ВОЗ) и государства-члены придерживаться принципов обеспечения равенства полов. Обеспечение равенства полов – это системный процесс понимания гендерных различий и принятие их во внимание при создании, внедрении и оценке всех стратегий и программ. Эти знания и действия являются неотъемлемым компонентом разработки справедливых и доступных программ, включающих передовые способы работы с женщинами, в особенности из социально-неблагополучных групп населения.

Продолжая отстаивать необходимость большего внимания к проблемам здоровья женщин и выделения дополнительных ресурсов для их решения, ВОЗ направляет усилия не только на решение вопросов охраны материнского здоровья и планирования семьи, но и активно участвует в укреплении систем здравоохранения в целом, а также в разработке, изучении и внедрении технологий, которые делают всеобъемлющую помощь при раке шейки матки осуществимой и доступной в странах с низким и средним уровнем доходов. Новые технологические разработки дают возможность более комплексно решать проблему рака шейки матки и строить более здоровое будущее для девочек и женщин. Повышение доступности альтернативных методов скрининга, таких, как осмотр шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA) и обследование на наличие ВПЧ, а также новых вакцин против ВПЧ, поможет предотвратить большее число случаев рака шейки матки. Более того, поскольку целевой группой для вакцинации против ВПЧ являются девочки в возрасте от 9 до 13 лет до начала ими половой жизни, существует возможность запустить подход к профилактике рака шейки матки и борьбе с ним на протяжении всей жизни, включающий регулярный скрининг в возрасте от 30 до 49 лет.

Внедрение программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним расширяет универсальный доступ к службам охраны сексуального и репродуктивного здоровья, что способствует улучшению здоровья женщин. Это, в свою очередь, вносит вклад в достижение Целей тысячелетия в области развития и в повестку дня международного развития после 2015 г. Эти программы также способствуют осуществлению Глобальной стратегии по охране здоровья женщин и детей 2010 г. Генерального секретаря Организации Объединенных Наций.

Кроме того, значение проблемы рака шейки матки подчеркнуто в Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний (НИЗ) и борьбе с ними 2011 г. На Всемирной ассамблее здравоохранения в 2013 г. с государствами-членами был согласован план действий по профилактике и борьбе с НИЗ на 2014–2020 гг. В этом плане действий борьба с раком шейки матки выступает одной из первоочередных мер, повсеместно рекомендуемых в рамках борьбы со злокачественными новообразованиями. ВОЗ руководит процессом осуществления

плана действий по борьбе с НИЗ, а государства-члены теперь обязаны включать мероприятия по борьбе с раком шейки матки и другими НИЗ в национальные планы развития здравоохранения.

Существуют многочисленные возможности интегрировать профилактику рака шейки матки в существующие системы оказания медицинской помощи, в частности в программы по охране репродуктивного здоровья и борьбе с ВИЧ/СПИДом. Национальные программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним предлагают модель для взаимодействия в рамках осуществления нескольких программ, в том числе программ по охране репродуктивного здоровья, борьбе с НИЗ и онкологическими заболеваниями, иммунизации и охране здоровья подростков. Таким образом, эти национальные программы могут стать катализатором изменений в планировании и обеспечении охраны здоровья, способствуя переходу от вертикальных к горизонтальным системам.

Публикация *Комплексная борьба с раком шейки матки: руководство по основам практики (C4GEP)* дает широкое представление о том, что такое комплексный подход к профилактике рака шейки матки и борьбе с ним. В частности, она намечает дополнительные стратегии комплексной профилактики рака шейки матки и борьбы с ним и освещает необходимость взаимодействия между программами, организациями и партнерами. Эта публикация представляет собой обновленное руководство 2006 г. и включает последние перспективные достижения в области технологий и стратегий, которые могут устранить разрывы между потребностями в помощи и ее доступностью в рамках профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.

Д-р Flavia Bustreo

Помощник Генерального директора
Здоровье семьи, женщин и детей

Д-р Marie-Paule Kieny

Помощник Генерального директора
Системы здравоохранения и инновации

Д-р Олег Честнов

Помощник Генерального директора
Неинфекционные заболевания
и психическое здоровье

Введение

Об этом руководстве

Публикация *Комплексная борьба с раком шейки матки: руководство по основам практики* (С4GEP) 2014 г. является переработанной и обновленной версией издания 2006 г.

Почему потребовалась переиздание

За последние несколько лет появился ряд новых революционных стратегий в области профилактики рака шейки матки и борьбы с ним. Поскольку для того, чтобы стать основой для принятия решений в клинической практике и планирования программ, эти стратегии требуют оценки в соответствии с принципами доказательной медицины, Руководящий комитет Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и группа приглашенных экспертов встретились в сентябре 2010 г. в Женеве (Швейцария), чтобы решить, по-прежнему ли руководство ВОЗ по профилактике рака шейки матки и борьбе с ним охватывает все имеющие отношение к данной проблеме технологии и стратегии. Приложение 1 содержит список участников и авторов, Приложение 2 описывает методологию разработки руководства, функции технических и рабочих групп, заявление о конфликте интересов и его урегулировании.



Приложение 1

Участники и авторы



Приложение 2

Методология разработки руководства и функции

Переработанное руководство С4GEP включает рекомендации ВОЗ по скринингу рака шейки матки, лечению предраковых заболеваний шейки матки и вакцинации против ВПЧ, сделанные вплоть до апреля 2014 г., и учитывает научно обоснованные данные, опубликованные вплоть до декабря 2013 г. В публикации также отмечены уже появившиеся, но пока еще изучаемые методики.

Руководство включает две новых, одну реорганизованную и две существенно переработанные главы. Все главы были приведены в соответствие с современными данными и при необходимости отредактированы.

Новые главы:

Глава 2. Основы программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.

В ответ на просьбы руководителей программ и других читателей на всех уровнях системы здравоохранения, ВОЗ включила эту полностью новую главу, которая описывает ключевые аспекты разработки программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним: планирование, подготовку, внедрение, мониторинг и оценку, контроль и обучение.

Глава 4. Вакцинация против ВПЧ.

Глава представляет подробное описание программ вакцинации против ВПЧ девочек в возрасте от 9 до 13 лет. Такие программы отсутствовали в развивающихся странах на момент публикации первого издания, но сейчас появляются во все большем числе стран. Глава включает также три ключевых рекомендации ВОЗ по вакцинации против ВПЧ.

Реорганизованная глава:

Глава 5. Скрининг и лечение предраковых заболеваний шейки матки.

Глава 5 теперь объединяет содержание двух глав, посвященных скринингу рака шейки матки и лечению предраковых заболеваний шейки матки, соответственно. Это объединение было сделано потому, что скрининг без лечения предраковых заболеваний шейки матки не может считаться вмешательством, которое снизит заболеваемость или смертность при раке шейки матки. Кроме того, с момента выхода предыдущего издания данного руководства существенно продвинулись вперед исследования стратегии «скрининг и лечение» в рамках профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.

Существенно переработанные главы:

Глава 6 (Диагностика и лечение рака шейки матки) и Глава 7 (Паллиативная помощь).

Эти главы не включают рекомендации ВОЗ, поскольку соответствующие руководства ВОЗ в настоящее время находятся в процессе разработки. Эти две главы были переработаны, чтобы отражать имеющуюся на сегодня доказательную базу.

Цели и задачи

Основная задача данного руководства состоит в том, чтобы помочь лицам, отвечающим за предоставление услуг, призванных снизить бремя, которое рак шейки матки накладывает на женщин, сообщества и системы здравоохранения. Основное внимание уделяется знаниям, передовым практикам и навыкам коммуникации, которые необходимы работникам здравоохранения на местах, а также работникам первичной и вторичной медико-санитарной помощи для того, чтобы оказывать качественные услуги в сфере профилактики, скрининга, лечения и паллиативной помощи при раке шейки матки, т.е. полный континуум помощи.

Четыре уровня оказания медицинской помощи, упоминаемые в этом руководстве:

- сообщество;
- медицинское учреждение на уровне первичной медико-санитарной помощи;

- районная или окружная больница – уровень вторичной медицинской помощи;
- центральная или специализированная больница – уровень третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи.

Подробное описание каждого уровня представлено на с. 22 (Уровни системы здравоохранения).

Целевая аудитория

Это руководство предназначено в первую очередь для работников здравоохранения, работающих в учреждениях первичной медицинской помощи, районных или окружных больницах, в рамках программ по охране здоровья женщин и/или подростков. Оно может представлять интерес также для работников здравоохранения, работающих в сообществах, центральных или специализированных больницах.

Вторая целевая аудитория, особенно для Главы 2, посвященной основам программ, включает сотрудников и руководителей на субнациональном уровне, которые отвечают за планирование, внедрение, мониторинг и оценку программ и/или контроль за работой и обучение других работников здравоохранения.

Лица, принимающие решения на национальном уровне, найдут в этом руководстве обновленную, научно обоснованную информацию о том, что эффективно в рамках профилактики рака шейки матки и борьбы с ним. Эта информация может стать основой для обновления ими национальных рекомендаций и протоколов.

Язык руководства

Язык руководства намеренно адаптирован для основной целевой аудитории – работников здравоохранения, оказывающих первичную и вторичную медицинскую помощь, основными потребителями услуг которых являются их клиенты, пациенты и сообщества. При описании процедур и услуг в рамках третичной медицинской помощи, выполняемых врачами-специалистами, в руководстве не используется узкопрофессиональная лексика. Вместо этого в руководстве представлены средства для объяснения и обсуждения основных вопросов с пациентками и их близкими так, чтобы они поняли и приняли информированное решение. Определения специальных терминов, использованных в руководстве, которые могут быть незнакомы читателю, даны в Словаре.

Структура руководства

Руководство состоит из семи глав.

Глава 1. Предпосылки.

Глава 2. Основы программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.

Глава 3. Мобилизация общественности, просвещение и консультирование.

Глава 4. Вакцинация против ВПЧ.

Глава 5. Скрининг и лечение предраковых заболеваний шейки матки.

Глава 6. Диагностика и лечение рака шейки матки.

Глава 7. Паллиативная помощь.

Каждая **глава** содержит необходимую всестороннюю информацию по определенному аспекту профилактики рака шейки матки и/или борьбы с ним. Содержание каждой главы организовано следующим образом:

- основные положения материала, представленного в главе;
- описание функций и обязанностей работников здравоохранения, оказывающих первичную и вторичную медицинскую помощь, в контексте темы главы;
- необходимая справочная информация по теме главы с последующим обсуждением существующих и разрабатываемых клинических методик и соответствующие практические рекомендации (этот раздел представляет основную информацию и описывает навыки, которые позволят работнику здравоохранения оказывать качественную помощь на современном уровне);
- рекомендации и предложения о том, как консультировать и общаться с больными, их семьями и сообществами;
- информация о помощи, оказываемой на каждом из четырех уровней системы здравоохранения;
- информация, предоставляемая во время консультирования, которая поможет работникам здравоохранения рассказывать больным о помощи, которую они получили, и о диспансерном наблюдении, которое им понадобится (Главы 6 и 7 содержат рекомендации, которые должны помочь врачам-специалистам, оказывающим высокоспециализированную медицинскую помощь, проводить эффективный диалог с больными, их семьями, близкими и лицами, оказывающими поддержку);
- список дополнительной литературы.

Практические рекомендации, представленные после глав, построены как:

- напоминания работникам здравоохранения о важных элементах, которые необходимо включить при описании, консультировании, и/или выполнении определенных процедур или компонентов лечения (в том числе ответы на многие часто задаваемые вопросы); и/или
- контрольные перечни, призванные помочь работникам здравоохранения обеспечить наличие необходимых расходных материалов перед началом мероприятия (например, перед проведением вакцинации против ВПЧ), или чтобы подтвердить компетентность в рамках вспомогательного контроля (например, описание правильной техники криотерапии).

Главы, посвященные лечению рака шейки матки и паллиативной помощи (Главы 6 и 7), дополнены практическими рекомендациями для обученных работников здравоохранения младшего и среднего звена, которые предоставляют им четкую информацию, необходимую для разъяснения больным и их семьям того, какая помощь им может быть оказана в специализированной клинике, куда они будут направлены для дальнейшего обследования и/или лечения.

Практические рекомендации можно по отдельности копировать и адаптировать. Пожалуйста, обратите внимание, что практические рекомендации не предназначены для применения новичками с целью самообучения.

В **приложениях** в конце руководства подробно описаны отдельные практики на основе международных протоколов (например, алгоритмы обследования и лечения, протоколы лечения) и стратегии улучшения качества медицинской помощи (например, профилактика инфекций и борьба с ними).

Словарь содержит определения научных и специальных терминов, использованных в руководстве.

Команда работников здравоохранения

Идеальная программа профилактики рака шейки матки и борьбы с ним подразумевает, что работники здравоохранения трудятся как одна команда, помогая друг другу, дополняя друг друга и поддерживая постоянное взаимодействие внутри одного и между разными уровнями системы здравоохранения. В некоторых странах значительную часть медицинской помощи в рамках борьбы с раком шейки матки оказывают частный и негосударственный секторы здравоохранения. Усилия, направленные на их интеграцию, равно как и на интеграцию профессиональных организаций, представляющих определенные группы медицинских работников (например, врачей общей практики, гинекологов, педиатров, специалистов общественного здравоохранения и вакцинологов), могут оказаться ценными для расширения охвата медицинской

помощью и обеспечения применения одинаковых стандартов и протоколов. С повышением доступности вакцин против ВПЧ во все большем числе стран в предоставлении услуг по профилактике рака шейки матки большую роль играют также педиатры и педагоги. Новые упрощенные технологии (например, используемые в подходе «скрининг и лечение») предлагают возможности для переключения задач внутри команды работников здравоохранения.

Возможные функции работников разных уровней системы здравоохранения.

- Работники здравоохранения на местах могут привлекаться к повышению информированности населения по проблемам рака шейки матки, мотивации женщин и содействию им в получении услуг, а также к наблюдению за женщинами с положительным результатом скринингового обследования или женщин, которые вернулись домой после лечения в учреждениях более высоких уровней системы здравоохранения.
- Работники здравоохранения, оказывающие первичную медицинскую помощь, могут информировать об услугах, проводить скрининг рака шейки матки, консультирование и ведение женщин, при необходимости направлять их в медицинские учреждения более высоких уровней системы здравоохранения, предоставлять четкую информацию о том, чего следует ожидать в этих учреждениях.
- Работники здравоохранения, оказывающие вторичную медицинскую помощь в районной или окружной больнице, проводят ряд диагностических и лечебных процедур и направляют больных в медицинские учреждения более низких и высоких уровней системы здравоохранения. Как отмечено выше, эти работники могут быть также привлечены к решению ряда задач программы.
- Работники здравоохранения, оказывающие третичную медицинскую помощь, ведут больных раком шейки матки, в том числе на поздних стадиях, и при необходимости направляют их в медицинские учреждения более низких (первичного и вторичного) уровней системы здравоохранения.

Применение руководства

Как и первое издание, переработанное руководство предоставляет широко применимую информацию, которая может быть адаптирована к местной системе здравоохранения, а также к местным потребностям, языковым и культурным особенностям.

Это руководство и содержащиеся в нем рекомендации могут быть использованы на национальном уровне как основа для разработки или адаптации национальных рекомендаций, для изменений стратегий и клинической практики и/или для обновления программ, чтобы они полностью соответствовали признанным

международным сообществом научно обоснованным стандартам ВОЗ.

Это руководство может использоваться работниками здравоохранения и руководителями программ на всех уровнях системы здравоохранения:

- в качестве справочного руководства, предоставляющего современную базовую информацию о профилактике, скрининге, диагностике и лечении рака шейки матки;
- для обучения работников здравоохранения до начала и в процессе работы, а также для самообразования;
- в качестве обзора методов профилактики и ведения рака шейки матки;
- в качестве источника научно обоснованных рекомендаций по действиям в определенных клинических ситуациях;
- для понимания связей между медработниками на разных уровнях системы здравоохранения.

Руководство может применяться также при кадровом планировании для нужд здравоохранения, при разработке обучающих курсов и материалов для работающих в сообществах и иных работников здравоохранения, недавно привлеченных к оказанию медицинской помощи в рамках борьбы с раком шейки матки на местном уровне.

Читатели могут применять руководство целиком или использовать разделы, имеющие непосредственное отношение к области и уровню оказываемой ими помощи.

Распространение руководства

Это руководство будет доступно онлайн через базу данных Библиотеки ВОЗ, где оно будет связано со страницей ВОЗ по сексуальному и репродуктивному здоровью, а также в электронном периодическом журнале *Библиотека ВОЗ по репродуктивному здоровью* (RHL)¹. Публикация будет также анонсирована в выпускаемом в рамках Специальной программы ПРООН, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ВОЗ и Всемирного банка по исследовательской деятельности, разработкам и обучению специалистов в области репродукции человека (HRP) бюллетене *Репродуктивное здоровье: новости ВОЗ*², который рассылается более 2000

¹ База данных Библиотеки ВОЗ доступна по адресу: <http://www.who.int/library/databases/en/>; страница ВОЗ по сексуальному и репродуктивному здоровью - по адресу: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers>; RHL - по адресу: <http://apps.who.int/rhl/en/>.

² Подписку на бюллетень «Репродуктивное здоровье: новости ВОЗ» можно оформить на сайте: <http://www.who.int/reproductivehealth/news/msg-from-RHR-HRP/en/>

подписчиков и многочисленным организациям, с которыми работает ВОЗ. Многие из этих организаций включили этот анонс в свои информационные письма.

В печатном виде руководство будет разослано подписчикам публикаций ВОЗ, в соответствии со списком обязательной бесплатной рассылки ВОЗ (национальным руководителям здравоохранения, министрам здравоохранения или генеральным директорам департаментов здравоохранения, в депозитарные библиотеки для публикаций ВОЗ, представителям ВОЗ и специалистам по внешним связям, в библиотеку штаб-квартиры ВОЗ, региональные офисы ВОЗ, внешние библиотеки офисов), дополнительным необязательным получателям бесплатной рассылки (компетентным национальным специалистам в области сексуального и репродуктивного здоровья, а также противораковых программ, национальным центрам исследований в области репродуктивного здоровья, центрам, сотрудничающим с ВОЗ), персоналу штаб-квартиры ВОЗ, региональных и национальных офисов и т.д., заинтересованным НПО, медицинским обществам, занимающимся борьбой с раком и/или проблемами сексуального и репродуктивного здоровья, научным журналам (включая журналы по общей практике и журналы, специализирующиеся на проблемах сексуального и репродуктивного здоровья или онкологических заболеваний), международным организациям, донорам, потенциальным донорам, потенциальным издателям переводов публикации, всем внесшим вклад в создание руководства³, а также будет отправлено на Всемирный конгресс Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO)⁴. В 2015 и 2016 г. в каждом из регионов ВОЗ запланирован ряд вебинаров с участием Группы действий против рака шейки матки⁵.

В 2015 г. в регионах Америки и Африки запланированы региональные семинары, чтобы представить новое руководство ВОЗ заинтересованным сторонам, привлеченным к планированию национальных программ. Другие регионы будут охвачены в 2016 - 2017 гг.

По просьбе региональных офисов странам будет оказана поддержка в адаптации руководства к их специфическим потребностям и интеграции материала в существующие национальные рекомендации. Адаптация будет проводиться посредством организации региональных, субрегиональных и национальных семинаров для обсуждения основных элементов руководства, чтобы адаптировать их к национальному эпидемиологическому, культурному и социально-экономическому контекстам. Сначала руководство будет доступно

³ См. <http://www.uicc.org/convening/world-cancer-congress>

⁴ См. <http://figo2015.org/>

⁵ См. <http://www.cervicalcanceraction.org/home/home.php>

только на английском языке. Переводы будут выполняться при наличии финансирования. Переводы и публикации руководства третьими сторонами на других языках, помимо официальных языков ООН, будут приветствоваться.

Оценка руководства

В качестве индикатора интереса к данному руководству будет использовано число его загрузок с сайта штаб-квартиры и региональных сайтов ВОЗ.

Департамент по репродуктивному здоровью и научным исследованиям штаб-квартиры ВОЗ совместно с региональными бюро ВОЗ будет отслеживать запросы о технической помощи в использовании данного руководства, поступающие из стран. С этой целью в странах будут организованы встречи заинтересованных сторон, которые предоставят отклики о ясности, выполнимости и применимости руководства. Вместе с региональными офисами отслеживается также число стран, изменивших свои национальные рекомендации на основании публикации этого нового руководства ВОЗ.

Обновление руководства

Группа по разработке руководства продолжает работать с ВОЗ, используя специальный подход к каждой из глав, чтобы закрыть пробелы в данных, выявленные при их подготовке. Кроме того, будут отслеживаться публикации о новых методах скрининга и лечения предраковых заболеваний шейки матки, чтобы своевременно рассматривать целесообразность обновления рекомендаций и руководства. То же относится к рекомендациям по вакцинации против ВПЧ: соответствующие новые публикации постоянно изучаются вместе со Стратегической группой экспертов по иммунизации (SAGE). Группа Программы ВОЗ по борьбе с раком работает над рекомендациями по лечению злокачественных новообразований в целом. Наконец, в соответствии с резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения по паллиативной помощи 2014 г., группа экспертов будет разрабатывать новые рекомендации по этому вопросу. ВОЗ ожидает, что примерно через 5 лет после публикации появятся новые данные, достаточные для обновления этого руководства и, возможно, создания новых рекомендаций.

В сообществе**Уровни системы здравоохранения⁶****Сообщество**

На уровне сообщества медицинскую помощь оказывают отдельные лица, общинные, религиозные и другие неправительственные организации, а также службы паллиативной помощи и службы паллиативной помощи на дому. Этот уровень включает также медицинские пункты, в которых обычно работают младшие медицинские сестры или работники здравоохранения на уровне сообщества.

В центре первичной медицинской помощи**Центр первичной медицинской помощи – первичная медицинская помощь**

Центр первичной медицинской помощи – учреждение, оказывающее первичную медицинскую помощь, в котором по графику работает обученный медицинский персонал. Здесь могут оказывать также акушерскую помощь и проводить некоторые лабораторные исследования.

В центрах первичной медицинской помощи работают медицинские сестры, младшие медицинские сестры, специалисты по консультированию и санитарному просвещению, помощники врача, фельдшеры и иногда врачи.

В районной или окружной больнице**Районная или окружная больница – вторичная медицинская помощь**

В районной или окружной больнице оказывают терапевтическую, педиатрическую, акушерскую, хирургическую и некоторую специализированную медицинскую помощь. Лечение проводят как в стационаре, так и амбулаторно. Больных

⁶ Описание не включает медицинские услуги и медицинских работников за пределами официальной системы здравоохранения: народных целителей, повитух, торговцев лекарственными средствами и т.д., которые также играют немаловажную роль в оказании медицинской помощи населению.

в районную или окружную больницу направляют работники центров первичной медицинской помощи, а также частнопрактикующие врачи. Здесь могут проводить цитологическое и гистологическое исследования.

В районных или окружных больницах работают врачи общей практики, помощники врача, медицинские сестры, младшие медицинские сестры, помощники фармацевта, лаборанты, иногда гинеколог и цитолог-лаборант. Вторичную медицинскую помощь часто оказывают частные и миссионерские больницы.

В центральной больнице



Центральная или специализированная больница – третичная медицинская помощь

Третичная медицинская помощь подразумевает помощь, оказываемую в сложных случаях и при неотложных состояниях, в том числе хирургическое лечение, лучевую терапию и разнообразные стационарные и амбулаторные медицинские услуги. В центральных больницах получают лечение терапевтические больные, а также больные с острыми и хроническими заболеваниями. Здесь имеются наиболее совершенные диагностические и консультативные лабораторные службы государственной системы здравоохранения. Возможно проведение гистологического и цитологического исследований, лучевой и визуальной диагностики.

Штат центральных больниц может включать гинекологов, онкологов, специалистов по лучевой терапии, а также представителей других специальностей, работающих и на более низких уровнях системы здравоохранения.

Рекомендуемая литература

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle (WA): ACCP; 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/paho/2004/a92126.pdf>, accessed 18 July 2014).

International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC handbooks of cancer prevention, volume 10: cervix cancer screening. Lyon: IARC; 2005 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php>, accessed 18 July 2014).

World Health Organization (WHO). Cancer pain relief: with a guide to opioid availability, 2nd edition. Geneva: WHO; 1996 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>, accessed 21 November 2014).

World Health Organization (WHO). Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva: WHO; 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545720.pdf>, accessed 21 November 2014).

World Health Organization (WHO). Surgical care at the district hospital. Geneva: WHO; 2003 (<http://www.who.int/surgery/publications/en/SCDH.pdf>, accessed 18 July 2014).

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Резолюция WHA58.22. Профилактика рака и борьба с ним. Пятдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 16-25 мая 2005 г. Женева: ВОЗ; 2005 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21323ru/s21323ru.pdf>, по состоянию на 17 ноября 2017 г.).

World Health Organization (WHO). Cancer control knowledge into action: WHO guide for effective programmes: palliative care (module 5). Geneva: WHO; 2007 (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/, accessed 21 November 2014).

World Health Organization (WHO). Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines: key points for policy-makers and health professionals. Geneva: WHO; 2007 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69873/1/WHO_RHR_08.14_eng.pdf, accessed 21 November 2014).

World Health Organization (WHO). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 21 November 2014).

World Health Organization (WHO). Cancer control knowledge into action: WHO guide for effective programmes: diagnosis and treatment (module 4). Geneva: WHO; 2008 (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_diagnosis/en/, accessed 21 November 2014).

- World Health Organization (WHO). A strategic approach to strengthening control of reproductive tract and sexually transmitted infections: use of the programme guidance tool. Geneva: WHO; 2009 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44184/1/9789241598569_eng.pdf, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). New vaccine post-introduction evaluation (PIE) tool. Geneva: WHO; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44776/1/9789241502856_eng.pdf, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO guidelines: use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia. Geneva: WHO; 2011 (http://who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en/, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO). Cervical cancer prevention and control costing tool (C4P): user's guide. Geneva: WHO; 2012 (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/children_persisting_pain/ru/, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO guidelines for the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illness. Geneva: WHO; 2012 (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/children_persisting_pain/ru/, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO information sheet: observed rate of vaccine reactions: human papillomavirus vaccine. Geneva: WHO; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75853/1/9789241504560_eng.pdf?ua=1, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO technical specifications: cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer. Geneva: WHO; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/5/9789244506233_rus.pdf?ua=1, accessed 18 July 2014).
- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Женева: ВОЗ; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/5/9789244506233_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 9 февраля 2017 г.).
- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Информационная записка ВОЗ: Комплексная профилактика рака шейки матки и борьба с ним - здоровое будущее для девочек и женщин. Женева: ВОЗ; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78128/1/9789244505144_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 17 ноября 2017 г.).
- World Health Organization (WHO). WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva: WHO; 2013 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/, accessed 18 July 2014).

- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Вакцины против папилломавирусной инфекции человека: документ по позиции ВОЗ, октябрь 2014. Еженедельный эпидемиологический бюллетень 2014 г.; 89(43):465-92 ([http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/PP HPV Russian_Oct2014.pdf?ua=1](http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/PP_HPВ_Russian_Oct2014.pdf?ua=1), по состоянию на 17 ноября 2017 г.).
- World Health Organization (WHO). Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: WHO; 2014 (<http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/>, accessed 18 July 2014).
- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Совещание Стратегической консультативной группы экспертов по иммунизации, апрель 2014 - выводы и рекомендации. Еженедельный эпидемиологический бюллетень 2014 г.; 89(21):221-36 (http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/april/SAGE_report_April_2014_RU.pdf?ua=1, по состоянию на 17 ноября 2017 г.).
- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Принципы и соображения относительно включения вакцины в национальную программу иммунизации: от принятия решения до практической реализации и мониторинга. Женева: ВОЗ; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111548/5/9789244506899_rus.pdf?ua=1&ua=1, по состоянию на 17 ноября 2017 г.).
- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Резолюция WHA67.19. Укрепление паллиативной помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла. Шестьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, пункт повестки дня 15.5, Женева, 24 мая 2014 г. Женева: ВОЗ; 2014 (WHA 67.19; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-ru.pdf#page=27, по состоянию на 9 февраля 2017 г.).
- World Health Organization (WHO). WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and adenocarcinoma in situ: cryotherapy, large loop excision of the transformation zone, and cold knife conization. Geneva: WHO; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104174/1/9789241506779_eng.pdf, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO), International Agency for Research on Cancer (IARC), African Population and Health Research Center (APHRC). Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy: a demonstration project in six African countries: Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia. Geneva: WHO; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75250/1/9789241503860_eng.pdf, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO). Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes. Geneva: WHO; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>, accessed 18 July 2014).

World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). The WHO–UNICEF joint statement: vaccine donations, August 7, 2010. Geneva: WHO; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70482/1/WHO_IVB_10.09_eng.pdf, accessed 21 November 2014).

World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). WHO–UNICEF guidelines for developing a comprehensive MultiYear Plan (сМYP). Geneva: WHO; 2014 (http://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing_tools/cmyp/en/, accessed 21 November 2014).

Полезные веб-сайты:

Альянс по профилактике рака шейки матки (АССР):

www.alliance-cxca.org

ВОЗ о вирусе папилломы человека (ВПЧ):

www.who.int/immunization/diseases/hpv

Департамент ВОЗ по борьбе с неинфекционными заболеваниями:

www.who.int/nmh/

Департамент ВОЗ по вопросам здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков: www.who.int/maternal_child_adolescent

Департамент ВОЗ по иммунизации, вакцинам и биологическим препаратам:

www.who.int/immunization

Департамент ВОЗ по репродуктивному здоровью и научным исследованиям:

www.who.int/reproductivehealth

Департамент ВОЗ по основным лекарственным средствам и политике в области фармацевтической деятельности:

www.who.int/medicines

Координационный центр ВОЗ по внедрению вакцинации против ВПЧ:

www.who.int/immunization/hpv

Международное агентство по изучению рака (МАИР): www.iarc.fr

EngenderHealth: www.engenderhealth.org

Grounds for Health: www.groundsforhealth.org

Jhpiego: www.Jhpiego.org



ГЛАВА 1. ПРЕДПОСЫЛКИ

Глава 1. Предпосылки

1

Основные положения

- Рак шейки матки – это заболевание, которое в значительной мере можно предотвратить. Тем не менее, это одна из ведущих причин смерти женщин от злокачественных новообразований в мире. Большинство смертей от рака шейки матки приходится на страны с низким и средним уровнем доходов.
- Основной причиной предраковых заболеваний и рака шейки матки является персистирующая или хроническая инфекция, вызываемая одним или несколькими онкогенными типами (или типами высокого риска) вируса папилломы человека (ВПЧ).
- Инфекция, вызываемая ВПЧ, – самая частая инфекция, передающаяся половым путем, обычно в начале половой жизни.
- У большинства женщин и мужчин, инфицированных ВПЧ, инфекция проходит самостоятельно.
- В небольшом числе случаев папилломавирусная инфекция персистирует. У женщин это может приводить к развитию предраковых заболеваний шейки матки, которые в отсутствие лечения через 10–20 лет могут прогрессировать в инвазивный рак.
- У ВИЧ-инфицированных женщин выше вероятность развития персистирующей папилломавирусной инфекции в более раннем возрасте и более быстрого развития инвазивного рака.
- Базовые знания об анатомии женского таза и естественном течении рака шейки матки предоставляют работникам здравоохранения, оказывающим первичную и вторичную медицинскую помощь, основу для эффективного общения и более четкого понимания профилактики рака шейки матки женщинами, членами их семей и сообществами.

О чем говорится в этой главе

Эта глава основана на следующих руководствах ВОЗ.

Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation.

[Скрининг рака шейки матки в развивающихся странах: доклад о консультациях ВОЗ] Geneva: WHO; 2002 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42544/1/9241545720.pdf>; на английском языке).

Информационная записка ВОЗ: Комплексная профилактика рака шейки матки и борьба с ним – здоровое будущее для девочек и женщин. Женева: ВОЗ; 2013 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78128/1/9789244505144_rus.pdf?ua=1; по состоянию на 9 февраля 2017 г.).

Другие статьи и публикации, на которых основана эта глава, представлены в списке литературы, приведенном в конце главы.

Глава состоит из трех разделов. Раздел 1.1 «Почему нужно сосредоточить усилия на борьбе с раком шейки матки?» резюмирует глобальную статистику и существенные различия внутри стран и между странами по ежегодному числу вновь выявленных случаев рака шейки матки (заболеваемость) и ежегодному числу смертей от него (смертность). Эти данные иллюстрируют ущерб, наносимый раком шейки матки здоровью женщин и системам здравоохранения, а также объясняют, почему всеобщий доступ к профилактике имеет огромное значение.

Раздел 1.2 «Анатомия и физиология женского таза» объясняет анатомию женского таза и описывает изменения, которые происходят с шейкой матки на протяжении жизни женщины с момента рождения до постменопаузы. Раздел объясняет, какое отношение эти изменения имеют к профилактике рака шейки матки. Базовые знания по анатомии репродуктивных органов женщины предоставляют работникам здравоохранения полезный инструмент для общения с женщинами, их семьями и общественностью по вопросам профилактики рака шейки матки (см. Главу 3).

Раздел 1.3 «Естественное течение рака шейки матки» предоставляет информацию об очень медленном прогрессировании изменений, обусловленных персистирующей инфекцией, вызываемой ВПЧ. Работники здравоохранения должны понимать эти последовательные изменения, чтобы быть в состоянии объяснить, почему мы имеем возможность предотвратить большинство случаев рака шейки матки и избегать связанных с ним страданий и преждевременных смертей.

1.1 Почему нужно сосредоточить усилия на борьбе с раком шейки матки?

1.1.1 Причины для концентрации усилий на борьбе с раком шейки матки

Причины для концентрации усилий на борьбе с раком шейки матки включают следующее:

- Ежегодно в мире 266 000 женщин умирают от рака шейки матки. Это ведущая причина смерти от злокачественных новообразований в Восточной и Центральной Африке.
- Большинство этих смертей можно предотвратить посредством всеобщего доступа к комплексным программам профилактики рака шейки матки и борьбы с ним, которые могут охватить всех девочек вакцинацией против вируса папилломы человека (ВПЧ) и всех женщин группы риска – скринингом и лечением предраковых заболеваний шейки матки.
- Мы знаем, что вызывает рак шейки матки: почти все случаи обусловлены персистирующей (очень длительно существующей) инфекцией, вызываемой одним или несколькими онкогенными типами ВПЧ (или типами высокого риска).

- Мы понимаем естественное течение папилломавирусной инфекции и знаем, что в отсутствие иммунодефицита болезнь развивается очень медленно – от нормы к предраковым заболеваниям и инвазивному раку, который может приводить к смерти.
- Интервал в 10–20 лет между возникновением предраковых заболеваний и развитием инвазивного рака шейки матки предоставляет огромные возможности для скрининга, диагностики и лечения предраковых заболеваний, позволяющие избежать прогрессирования в инвазивный рак. Однако при иммунодефиците (например, при ВИЧ-инфекции) предраковые заболевания и рак шейки матки возникают чаще и развиваются быстрее.
- Имеется несколько доступных и недорогостоящих методов эффективной диагностики предраковых заболеваний шейки матки, а также несколько недорогостоящих методов их лечения.
- В настоящее время имеются вакцины против ВПЧ. Если вакцинировать всех девочек до начала половой жизни, можно предотвратить значительную часть случаев рака шейки матки.
- До тех пор, пока отсутствует всеобщий доступ к программам профилактики рака шейки матки и борьбы с ним, который требует устранения имеющихся неравенств, значительные различия в заболеваемости и смертности между странами будут свидетельствовать об отсутствии эффективной комплексной помощи.

1.1.2 Глобальная эпидемиология рака шейки матки

Эпидемиология – это наука о распределении и детерминантах связанных со здоровьем состояний и событий (в том числе болезней), а также о применении этих знаний к борьбе с болезнями и решению других проблем здравоохранения.

а. Показатели и сравнения между странами

Рак шейки матки – самое частое онкологическое заболевание у женщин в 45 странах мира. В 55 странах от рака шейки матки умирает женщин больше, чем от любого другого онкологического заболевания. Среди этих стран многие страны Африки к югу от Сахары, многие страны Азии (в том числе Индия), а также некоторые страны Центральной и Южной Америки. Карты на рисунках 1.1 и 1.2 иллюстрируют глобальные различия показателей заболеваемости и смертности между странами и регионами мира. Эти карты не учитывают значительные различия показателей заболеваемости и смертности внутри стран, связанные с социально-экономическими, географическими и культурными особенностями, половой дискриминацией, которые могут существенно ограничивать доступ некоторых групп женщин к профилактической помощи.

Следующие данные четко иллюстрируют огромные различия между женщинами, живущими в странах с высоким уровнем доходов, и женщинами, живущими в странах с низким и средним уровнем доходов.

- В 2012 г. в мире было выявлено 528 000 новых случаев рака шейки матки. Большинство из них, примерно 85%, выявлены в менее развитых регионах.
- В том же году в мире от рака шейки матки умерли 266 000 женщин. Почти 9 из 10, или 231 000 женщин, жили и умерли в странах с низким и средним уровнем доходов. Напротив, в странах с высоким уровнем доходов жили и умерли только 35 000 женщин, т. е. только 1 из 10.

Основная причина этих различий – относительный дефицит эффективных программ профилактики, раннего выявления и лечения, а также отсутствие равного доступа к таким программам. Без этих мероприятий рак шейки матки обычно выявляют на поздних стадиях, когда слишком поздно проводить эффективное лечение, а смертность в связи с этим высока.

в. Изменения, наблюдаемые в числе диагностированных случаев и смертей от рака шейки матки за последние 30 лет

За последние 30 лет показатели заболеваемости раком шейки матки и смертности от него снизились в странах, чей социальный и экономический статус улучшился. Это главным образом является результатом осуществления мероприятий по вторичной профилактике, включающих эффективный скрининг, раннюю диагностику и лечение предраковых заболеваний и рака шейки матки ранних стадий.

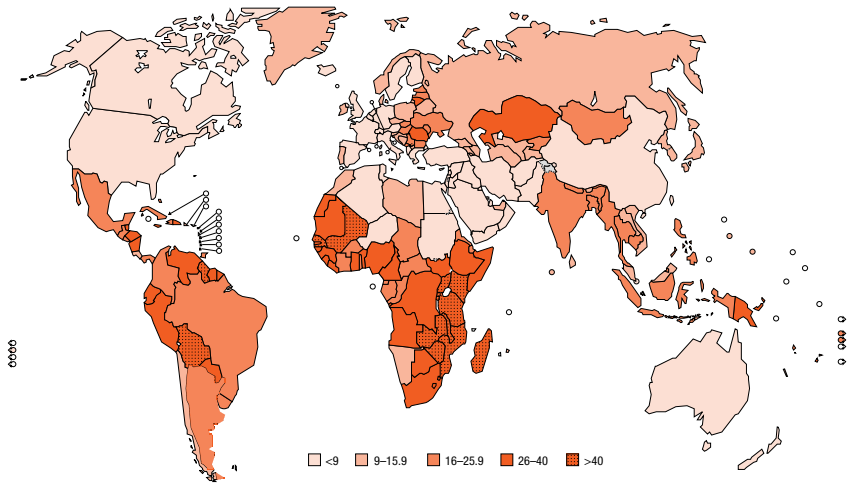
Подводя итоги этого раздела Главы 1, следует отметить, что представленная здесь статистика отражает ужасающее невнимание к здоровью женщин в странах с низким и средним уровнем доходов и делает крайне важным создание эффективной службы, доступной для всех.

1.2 Анатомия и физиология женского таза

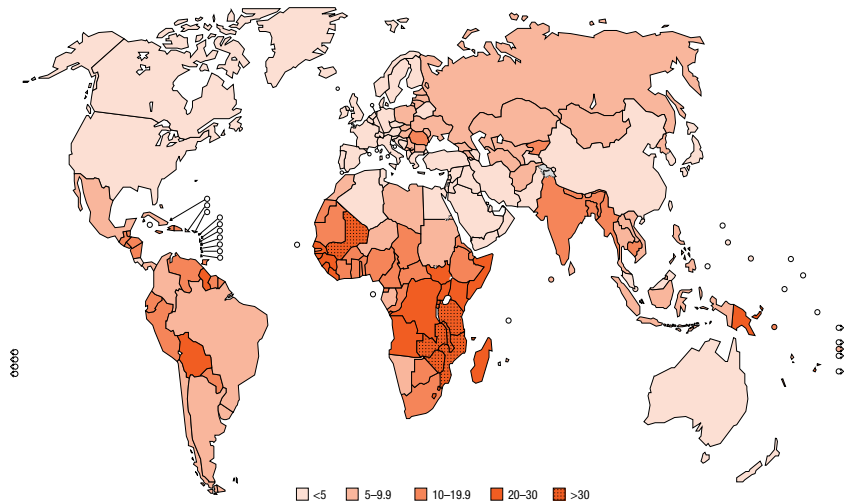
1.2.1 Почему важно понимать анатомию женских половых органов

Понимание анатомии женского таза поможет работникам здравоохранения, участвующим в программах борьбы с раком шейки матки:

- выполнять свои задачи, в том числе проводить санитарное просвещение, скрининг, диагностику и лечение предраковых заболеваний шейки матки;
- направлять женщин с заболеваниями, лечение которых на данном уровне оказания медицинской помощи невозможно, в соответствующие учреждения более высокого уровня;
- интерпретировать результаты лабораторных исследований, протоколы вмешательств и клинические рекомендации, полученные от работников более высоких уровней системы здравоохранения;

Рисунок 1.1. Оценка частоты случаев рака шейки матки в мире, 2012 г.

Источник: Международное агентство по изучению рака (МАИР), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012: cancer fact sheets: cervical cancer. Lyon: IARC; 2014.

Рисунок 1.2. Оценка смертности при раке шейки матки в мире, 2012 г.

Источник: Международное агентство по изучению рака (МАИР), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012: cancer fact sheets: cervical cancer. Lyon: IARC; 2014.

- проводить санитарное просвещение и консультирование каждой больной (и по ее просьбе членов ее семьи) по вопросам, касающимся ее заболевания, лечения и ведения;
- эффективно взаимодействовать с работниками всех уровней системы здравоохранения, включая работников здравоохранения в сообществах и медицинских работников, оказывающих третичную медицинскую помощь.

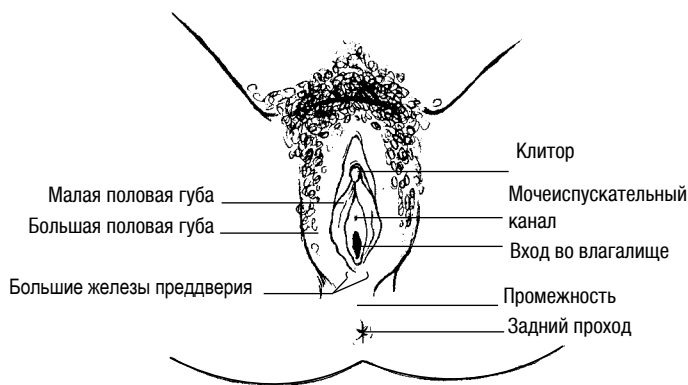
Описание уровней системы здравоохранения, оказываемой на них медицинской помощи и персонала представлено во Введении.

1.2.2 Наружные и внутренние половые органы

а. Наружные половые органы

Наружные половые органы включают органы, видимые при наружном осмотре и с помощью влагалищного зеркала. Рисунок 1.3 представляет вид наружных половых органов женщины детородного возраста в положении лежа с разведенными ногами. При этом видны вульва, промежность и задний проход. Вульва включает вход во влагалище, который вместе с близлежащими структурами защищен малыми и большими половыми губами. Клитор – небольшой, крайне чувствительный орган, стимуляция которого усиливает сексуальное удовольствие. Наружное отверстие мочеиспускательного канала (уретры) – маленькое отверстие над входом во влагалище. Промежность – это область между входом во влагалище и задним проходом. Большие железы преддверия (бартолиниевы железы) секретируют прозрачную слизь, увлажняющую вход во влагалище при половом возбуждении.

Рисунок 1.3. Наружные половые органы женщины.

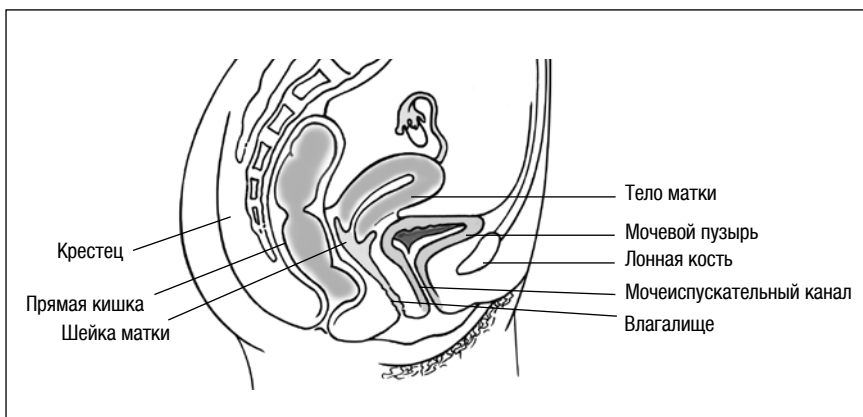
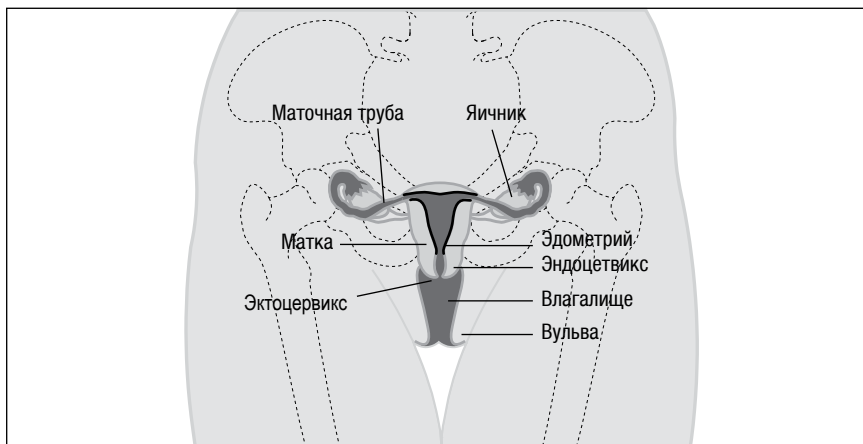


в. Внутренние половые органы

Внутренние половые органы расположены в малом тазу и видны только во время операции или при лапароскопии. Как показано на рисунке 1.4, за лонными костями над влагалищем и шейкой матки расположены мочевой пузырь и мочеиспускательный канал. Тело матки находится над шейкой матки. Позади половых органов лежат сигмовидная кишка и прямая кишка.

Матку удерживают в центральном положении связки – утолщения внутренней выстилки брюшной полости (брюшины). Мочеточники (тонкие трубчатые органы, по которым моча из почек попадает в мочевой пузырь) проходят по обе стороны от матки, но не показаны на рисунках.

Рисунок 1.4.1 Внутренние половые органы женщины (вид спереди и сбоку).



1.2.3 Краткое описание тазовых органов

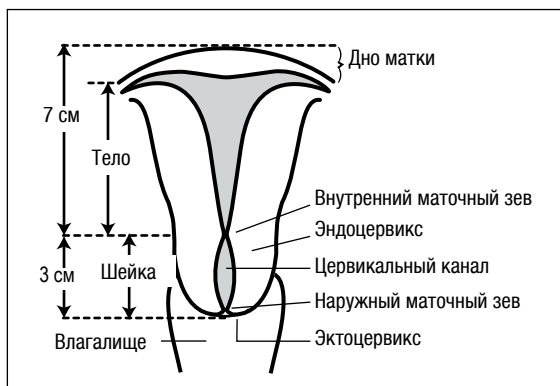
а. Влагалище

Влагалище – эластичная мышечная трубка с множественными складками, ведущая от входа во влагалище к шейке матки. Нижняя часть шейки матки (эктоцервикс, влагалищная часть) выступает в верхнюю часть влагалища. Стенки влагалища, окружающие экзоцервикс, называются сводами влагалища.

б. Шейка матки

Шейка матки составляет нижнюю треть матки. У небеременной женщины детородного возраста длина шейки матки примерно 3 см, диаметр – 2,5 см. Нижняя часть шейки матки (эктоцервикс, влагалищная часть) находится во влагалище и видна при осмотре в зеркалах, верхние две трети (эндоцервикс) расположены выше влагалища и не видны. Рак шейки матки в большинстве случаев поражает зону перехода экзоцервикса в эндоцервикс. На рисунке 1.5 показаны матка и относительные размеры шейки матки у женщины детородного возраста. Шейка матки образована плотной фиброзно-мышечной тканью. В центре шейки матки проходит канал, который соединяет внутренний (отверстие, ведущее в полость матки) и наружный (виден при осмотре шейки матки в зеркалах) маточные зевы.

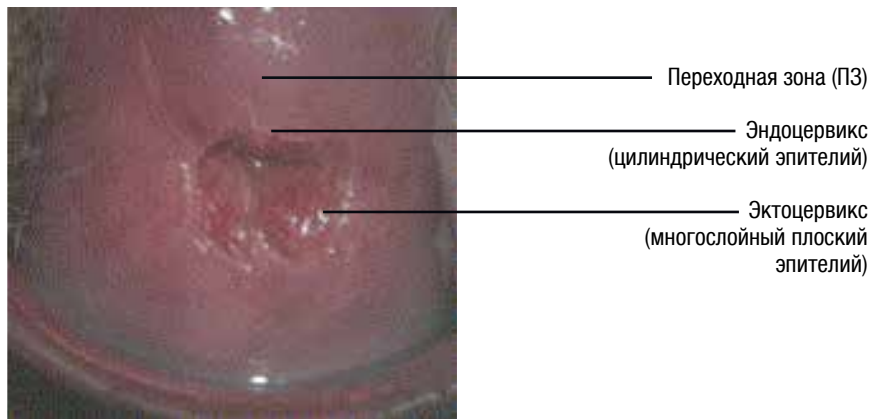
Рисунок 1.5. Тело и шейка матки женщины детородного возраста.



На рисунке 1.6 представлена несколько увеличенная фотография шейки матки при осмотре в зеркалах. Видно отверстие слегка неправильной формы, ведущее в цервикальный канал (наружный маточный зев), у нерожавшей через естественные родовые пути женщины детородного возраста. Если у женщины были (одни или более) роды через естественные родовые пути, наружный маточный зев выглядит как широкая неправильной формы щель. Более темная зона, окружающая наружный маточный зев на этом рисунке, – продолжение

цилиндрического эпителия, выстилающего канал шейки матки. Более светлая зона вокруг образована многослойным плоским эпителием, который является продолжением эпителиальной выстилки влагалища. Линия стыка эпителия двух типов – это переходная зона (ПЗ).

Рисунок 1.6. Шейка матки



Ниже представлена более подробная информация об эпителии шейки матки и изменениях, которые происходят с ним в норме на протяжении детородного периода (раздел 1.2.4), а также об изменениях внешнего вида шейки матки на протяжении жизни женщины (раздел 1.2.5). Эти разделы служат важной прерамбулой к разделу 1.3 «Естественное течение рака шейки матки».

с. Тело матки

Матка – полый толстостенный мышечный орган грушевидной формы. Если матка не увеличена вследствие беременности или опухоли, ее длина, измеренная от верхней части (дна) до наиболее выступающей точки эктоцервикса, составляет 10 см (см. Рисунок 1.5). Матку поддерживают несколько связок, образованных утолщениями брюшины (очень тонкой выстилки брюшной полости), которые крепятся к стенкам таза. Параметрий – это область между маткой и стенкой таза.

Полость матки выстлана эндометрием – эпителием, образующим многочисленные железы. Эндометрий претерпевает значительные изменения на протяжении менструального цикла и во время беременности.

d. Яичники

Яичник – парный орган, расположенный у стенки таза. За некоторыми исключениями у женщины с нормальными регулярными менструациями в одном из яичников ежемесячно образуется яйцеклетка (овуляция).

e. Маточные трубы

Маточные (фаллопиевы) трубы – тонкие полые трубчатые структуры, по которым яйцеклетка из яичника попадает в матку. Именно в маточной трубе происходит оплодотворение яйцеклетки, если непосредственно перед и/или сразу после овуляции происходит половой акт без применения средств контрацепции.

f. Кровеносные и лимфатические сосуды таза

Артерии и вены, обеспечивающие приток и отток крови к/от тела и шейки матки, проходят вдоль шейки матки с обеих сторон. Очень важно помнить о расположении этих сосудов, чтобы не ввести в них местный анестетик при проведении парацервикальной анестезии.

Лимфатические сосуды и узлы, дренирующие лимфу от тазовых органов, расположены рядом с кровеносными сосудами и могут служить одним из путей распространения рака шейки матки. На поздних стадиях большие опухоли нарушают лимфоотток и вызывают отек нижних конечностей (лимфедему).

g. Нервы таза

Эктоцервикс не имеет болевых нервных окончаний, поэтому манипуляции в этой области (биопсию, криотерапию) больные хорошо переносят без анестезии. Напротив, эндоцервикс имеет многочисленные чувствительные нервные окончания, которые являются причиной болевых ощущений при вмешательствах в этой области (например, при выскабливании цервикального канала, повреждении и растяжении).

В шейке матки имеется сеть нервных волокон, являющихся частью вегетативной нервной системы, которая регулирует частоту сердечных сокращений, артериальное давление и другие функции организма. Манипуляции в канале шейки матки, такие, как введение эндоцервикального зонда или кюретки, стимулируют нервные окончания и могут вызывать вазовагальную реакцию, которая проявляется потливостью, замедлением частоты сердечных сокращений, снижением артериального давления и обмороком.

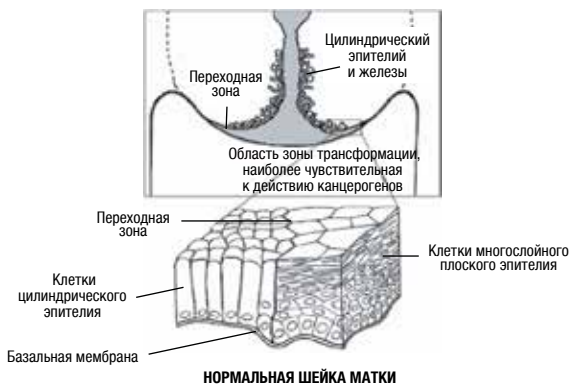
Парацервикальная анестезия – разновидность местной анестезии, применяемая для некоторых вмешательств, – заключается во введении местного анестетика в шейку матки в нескольких точках, избегая введения в точки, соответствующих 3 и 9 часам условного циферблата, где находятся сосуды.

1.2.4 Эпителий шейки матки и его изменения на протяжении детородного периода в норме

а. Эпителий шейки матки

Поверхность шейки матки выстлана двумя типами эпителия – ткани, которая также покрывает кожу и выстилает изнутри полые органы. Эктоцервикс покрыт прочным многослойным плоским эпителием, который является продолжением эпителиальной выстилки влагалища. Цервикальный канал выстлан одним слоем высоких цилиндрических клеток – цилиндрическим эпителием (см. рисунки 1.7 и 1.8).

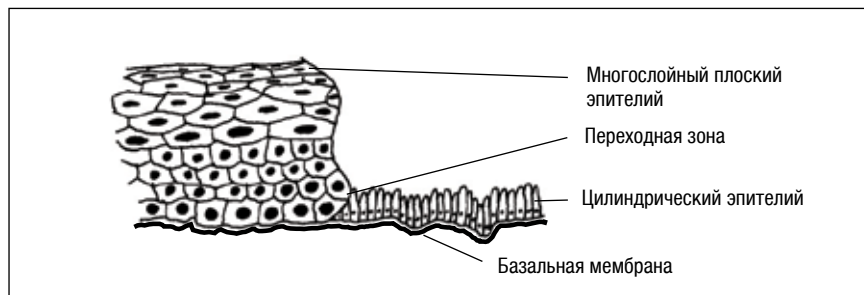
Рисунок 1.7. Шейка матки в норме



Источник: Blumenthal PD, McIntosh N. Cervical cancer prevention guidelines for low-resource settings. Baltimore (MD): Jhpiego; 2005.

Как показано на рисунке 1.8, многослойный плоский эпителий состоит из слоя округлых клеток, покрытого многочисленными слоями постепенно уплощающихся клеток, напоминающих черепицу.

Цилиндрический эпителий образован одним слоем высоких клеток, выстилает цервикальный канал и ту или иную часть эктоцервикса. В отличие от многослойного плоского эпителия эктоцервикса цилиндрический эпителий более тонкий и хрупкий. Он образует многочисленные железы, которые продуцируют секрет, увлажняющий цервикальный канал.

Рисунок 1.8. Два типа эпителия, выстилающие шейку матки, и переходная зона

Источник: Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manual. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2003 (изменено с разрешения).

Переходная зона (ПЗ) – это место стыка эпителия двух типов. На рисунке 1.8 ПЗ видна как четкая линия в виде ступеньки, образующейся за счет разной высоты эпителия двух типов. Локализация ПЗ зависит от возраста женщины, гормонального статуса, повреждений шейки матки при предшествующих родах, наличия беременности и применения оральных контрацептивов.

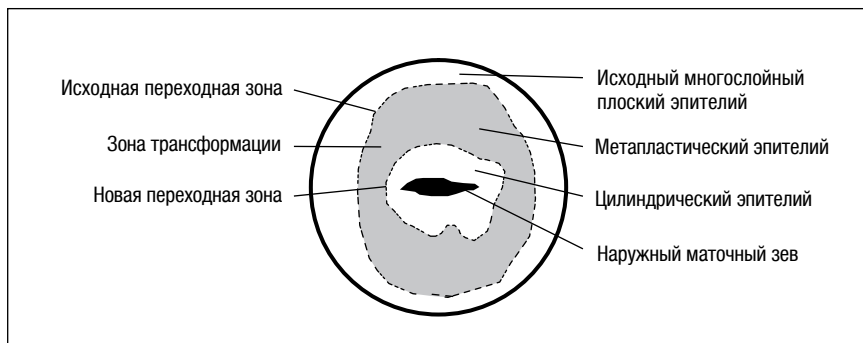
в. Изменения эпителия шейки матки на протяжении детородного периода в норме

При контакте с кислой средой влагалища более хрупкий цилиндрический эпителий, распространяющийся из канала шейки матки на ее поверхность, постепенно замещается более прочным многослойным плоским эпителием. Этот нормальный физиологический процесс замещения одного эпителия другим, называется плоскоклеточной метаплазией и приводит к появлению новой переходной зоны. Область различной протяженности, лежащая между исходной и новой переходными зонами, является зоной трансформации.

Как будет отмечено в следующем разделе этой главы, посвященном естественному течению рака шейки матки (раздел 1.3), клетки зоны трансформации особенно чувствительны к воздействию ВПЧ, и именно здесь в большинстве случаев развивается плоскоклеточная карцинома шейки матки.

На рисунке 1.9 изображена шейка матки рожавшей женщины. Показаны нормальные изменения эпителия шейки матки, к которым относятся метапластический эпителий, зона трансформации и две переходные зоны.

Рисунок 1.9. Зона трансформации шейки матки рожавшей женщины детородного возраста.



Источник: Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manual. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2003 (изменено с разрешения).

1.2.5 Возрастные изменения шейки матки в норме

Помимо изменений эпителия шейки матки, описанных в разделе 1.2.4, шейка матки претерпевает существенные изменения от рождения до постменопаузы. рисунок 1.10 состоит из нескольких схем, демонстрирующих возрастные изменения шейки матки. Следует отметить, что в реальной жизни внешний вид шейки матки в разные периоды жизни меняется не настолько явно, как показано на рисунке.

a. С рождения до полового созревания

ПЗ имеется у девочек с рождения. Она расположена у наружного маточного зева или вблизи от него.

b. С менархе до раннего детородного возраста

К наступлению полового созревания, когда яичники начинают секретировать эстрогены, шейка матки увеличивается, цилиндрический эпителий канала шейки матки и исходная переходная зона становятся видны на эктоцервиксе.

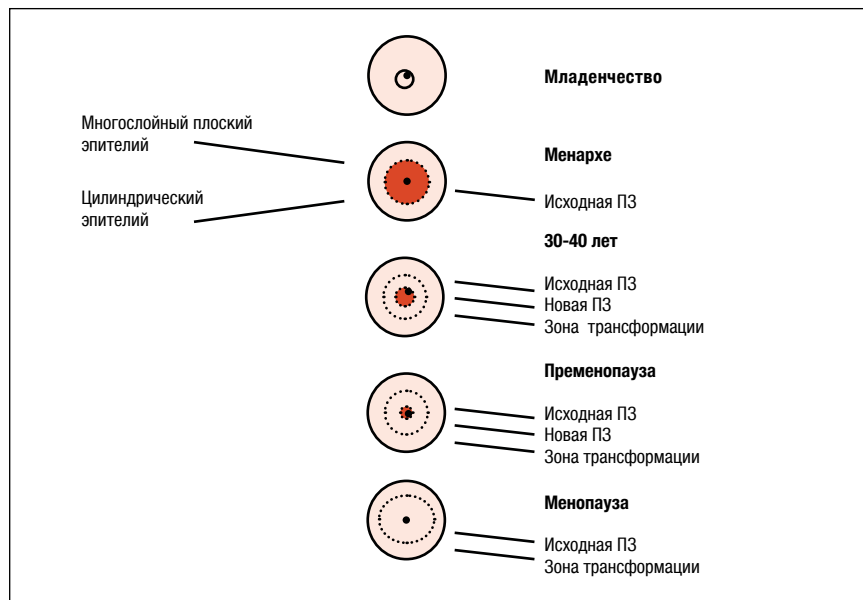
c. В возрасте с 30 до 40 лет

Под влиянием эстрогенов происходит нормальный процесс созревания эпителия, называемый плоскоклеточной метаплазией. На эктоцервиксе видны исходная и новая переходные зоны. Область между ними – зона трансформации.

d. В пременопаузе

По мере старения и снижения секреции эстрогенов в пременопаузе шейка матки уменьшается. Цилиндрический эпителий и зона трансформации смещаются с эктоцервикса в цервикальный канал.

Рисунок 1.10. Внешний вид шейки матки на протяжении жизни женщины детородного возраста.



ПЗ - переходная зона

Источник: Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manual. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2003 (рисунок August Burns; изменено с разрешения).

е. В постменопаузе

В отсутствие эстрогенной стимуляции исходная переходная зона все еще видна на эктоцервиксе при осмотре в зеркалах, однако новая переходная зона и та или иная часть метапластического эпителия зоны трансформации смещены в канал шейки матки.

Изменения могут быть невыраженными, и у некоторых женщин шейка матки в постменопаузе может все еще выглядеть так, как она выглядит в пременопаузе, когда новая ПЗ полностью или частично видна.

1.3 Естественное течение рака шейки матки

1.3.1 Что такое рак?

Рак – это термин, применяемый для обозначения злокачественного, автономного и неконтролируемого роста клеток и тканей. Это приводит к образованию

опухолей, которые могут вращать в окружающие ткани и формировать в отдаленных частях тела новые опухоли, сходные с первичной и называемые метастазами. По мере роста опухоль разрушает нормальные ткани и поглощает необходимые для них питательные вещества и кислород.

1.3.2 Что такое рак шейки матки?

Персистирующая инфекция, вызываемая онкогенными типами ВПЧ, является причиной большинства случаев рака шейки матки. В 90% случаев развивается плоскоклеточный рак шейки матки, возникающий из зоны трансформации на эктоцервиксе. Остальные 10% приходится на аденокарциному, которая исходит из цилиндрического эпителия эндоцервикса.

Как сказано в разделе 1.1 этой главы, рак шейки матки можно предотвратить, вакцинируя девочек против вызывающего его вируса папилломы человека и проводя скрининг и лечение предраковых заболеваний шейки матки у женщин, поскольку эти заболевания за многие годы предшествуют развитию инвазивного рака. Кроме того, при раннем выявлении можно излечить и рак шейки матки.

1.3.3 Что такое предраковые заболевания шейки матки?

Предраковые заболевания шейки матки – это определенные изменения эпителиальных клеток зоны трансформации шейки матки в результате персистирующей или длительной инфекции, вызываемой ВПЧ.

Для большинства злокачественных опухолей, даже если они имеют стадию предраковых заболеваний, период выявления последнего слишком краток, а диагностика и лечение нелегки. Рак шейки матки – одна из немногочисленных опухолей, для которых стадия предраковых заболеваний длится многие годы, прежде чем развивается инвазивный рак, что предоставляет огромные возможности для выявления и лечения.

К сожалению, несмотря на возможности профилактики, огромное число женщин во многих странах мира по-прежнему умирают от рака шейки матки (см. раздел 1.1). Это происходит из-за дефицита доступа к профилактической и лечебной помощи, который, в свою очередь, может быть обусловлен многими факторами, такими, как барьеры, ограничивающие доступ к медицинской помощи (например, часы работы, расстояние, отсутствие транспорта), а также распространенные культурные и гендерные барьеры. В большинстве случаев всеобъемлющей причиной является бедность.

1.3.4 Инфекция, вызываемая ВПЧ, и кофакторы, способствующие ее персистенции

Основная причина предраковых заболеваний и плоскоклеточного рака шейки матки – это бессимптомная персистирующая или хроническая инфекция,

вызываемая одним или несколькими онкогенными типами ВПЧ (или типами высокого риска). Папилломавирусная инфекция – самое частое заболевание, передающееся половым путем.

Большинство из более чем 100 пронумерованных типов ВПЧ не связаны с развитием рака шейки матки. Семь из 10 (70%) случаев рака шейки матки, возникающих в мире, вызывают два типа ВПЧ – 16 и 18. Еще четыре онкогенных типа ВПЧ – 31, 33, 45 и 58 – реже связаны с развитием этого заболевания. Некоторые из них встречаются чаще других в определенных географических регионах.

Два неонкогенных типа ВПЧ (6 и 11) не вызывают рак шейки матки, но являются причиной большинства случаев остроконечных кондилом.

Почти все женщины и мужчины инфицируются ВПЧ вскоре после начала половой жизни. Вирус может передаваться не только при введении полового члена во влагалище, но при контакте с кожей, окружающей половые органы.

У мужчин, как и у женщин, инфекция, вызываемая ВПЧ, обычно протекает бессимптомно и кратковременно. У мужчин может развиваться рак прямой кишки, который чаще всего связан с ВПЧ типа 16. Эта опухоль чаще встречается у мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Как и у женщин, ВПЧ типов 6 и 11 вызывает у мужчин большинство случаев остроконечных кондилом.

У женщин во время полового созревания и беременности зона трансформации на шейке матки увеличивается. Контакт с ВПЧ в это время способствует развитию инфекции. Это может объяснить связь между риском плоскоклеточного рака шейки матки и ранним началом половой жизни, ранним возрастом первых родов и многочисленными беременностями в анамнезе. Факторы, которые также повышают риск инфицирования ВПЧ (и, следовательно, рака шейки матки), включают большое число половых партнеров или наличие половых партнеров, имеющих большое число половых партнеров.

Хотя инфекция, вызываемая онкогенными типами ВПЧ, является причиной почти всех случаев рака шейки матки, наличие инфекции НЕ означает обязательного развития злокачественной опухоли. На самом деле у большинства женщин, инфицированных ВПЧ онкогенных типов, рак не развивается, поскольку инфекция, вызываемая ВПЧ, независимо от типа вируса в большинстве случаев кратковременна. Организм элиминирует вирус самостоятельно менее чем за два года. Инфекция, вызываемая онкогенными типами ВПЧ, персистирует (становится хронической) у некоторых женщин, и только у небольшого числа женщин с персистирующей инфекцией развиваются предраковые заболевания, еще у меньшего числа – рак шейки матки. Таким образом, по оценкам, рак шейки матки развивается на протяжении жизни не более чем у 2% женщин из стран с низким уровнем дохода.

Состояния (кофакторы), способствующие персистенции инфекции, вызываемой ВПЧ, и развитию рака шейки матки, точно неизвестны. Возможно, роль играют:

- тип ВПЧ: его онкогенность или вероятность вызывать злокачественную опухоль;
- состояние иммунитета: при иммунодефиците (например, обусловленном ВИЧ-инфекцией) повышается вероятность персистирующей инфекции, вызываемой ВПЧ, быстрее развиваются предраковые заболевания и рак шейки матки;
- одновременное наличие других заболеваний, передающихся половым путем, например, простого герпеса, хламидиоза и гонореи;
- число родов, молодой возраст при первых родах;
- курение;
- прием оральных контрацептивов в течение более 5 лет.

Последний кофактор – прием оральных контрацептивов (ОК) в течение более 5 лет – является самым слабым. Этот вопрос был тщательно изучен экспертной группой ВОЗ. Она пришла к заключению, что огромная польза от применения этого очень эффективного метода контрацепции для предупреждения нежелательных и незапланированных беременностей и, как следствие, профилактики связанных с ними заболеваемости и смертности значительно перевешивает чрезвычайно малое потенциальное повышение риска рака шейки матки. Следовательно, не нужно препятствовать женщинам применять ОК. Все, что необходимо женщинам, применяющим ОК, равно как и остальным, – это обследования в рамках скрининга рака шейки матки.

1.3.5 Развитие предраковых заболеваний шейки матки

После попадания в клетки эпителия шейки матки ВПЧ онкогенного типа мешает их нормальному функционированию, что приводит к изменениям, характерным для предраковых заболеваний (также называемых дисплазией).

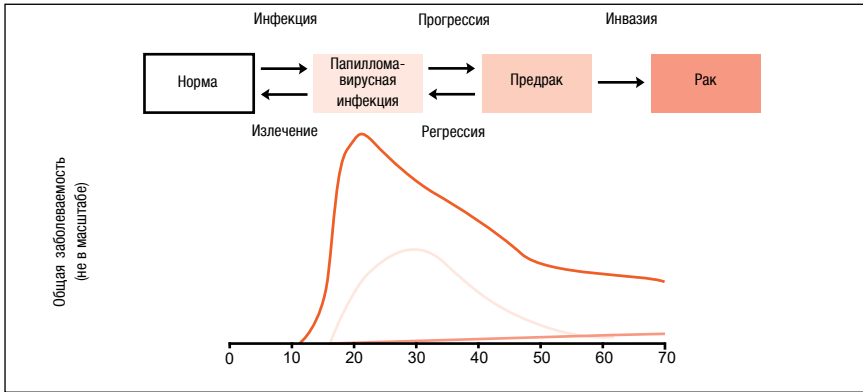
Терминология представлена в Приложении 4.



Классификации

На рисунке 1.11 показано время, необходимое для превращения нормального эпителия шейки матки в инфицированный ВПЧ, развития предраковых заболеваний и инвазивного рака шейки матки. Обратите внимание, что изменения носят двусторонний характер, поскольку большая часть клеток, инфицированных ВПЧ, возвращается в нормальное состояние, а большая доля предраковых заболеваний не прогрессирует в инвазивный рак.

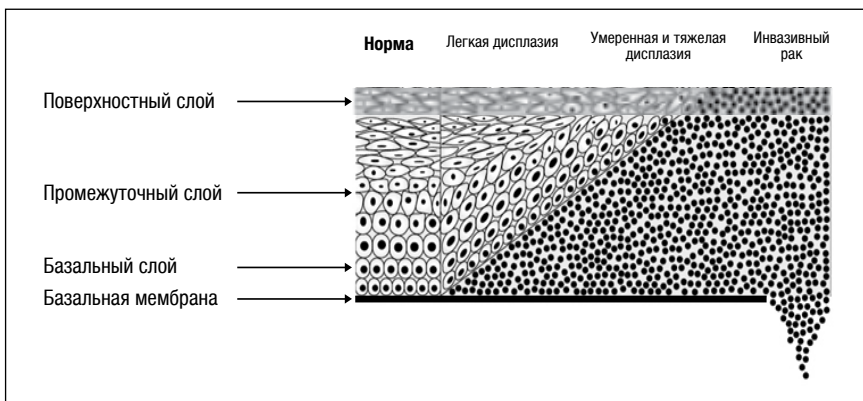
Рисунок 1.11. Сроки развития и естественное течение предраковых заболеваний и рака шейки матки



Источник: Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. N Engl J Med. 2005;353(20):2101–4 (воспроизведено с разрешения первого автора).

На рисунке 1.12 слева представлен нормальный эпителий шейки матки. В большой промежуточной части рисунка определяется прогрессивно утолщающийся пласт измененных мелких клеток. По мере того как эти клетки занимают все большую и большую часть эпителия, развивается легкая, умеренная и тяжелая дисплазия. Эта последовательность событий ведет к развитию инвазивного рака, если измененные клетки распространяются за пределы эпителия (под базальную мембрану), как показано на правой части рисунка.

Рисунок 1.12. Развитие инвазивного рака шейки матки из нормального эпителия.



1.3.6 Пути распространения инвазивного рака шейки матки по мере прогрессирования

Существуют четыре, обычно последовательные, пути распространения инвазивного рака шейки матки.

- i. **Распространение в пределах шейки матки.** Это рост от мельчайшего очага микроинвазивного рака до опухоли, поражающей всю шейку матки, которая может увеличиваться до 8 см в диаметре и более. Опухоль может быть с изъязвлениями, экзофитной (растущей наружу) или эндофитной (растущей внутрь органа).
- ii. **Распространение на соседние структуры.** Опухоль может напрямую распространяться во все стороны: вниз – на влагалище, вверх – на тело матки, в стороны – на параметрии и мочеточники, кзади – на прямую кишку и кпереди – на мочевой пузырь.
- iii. **Распространение по лимфатическим путям.** Поражение тазовых лимфатических узлов наблюдается у 15% больных, у которых опухоль ограничена шейкой матки. По мере роста опухоли частота поражения лимфатических узлов возрастает. Лимфогенные метастазы сначала обнаруживаются в пределах таза, затем в цепочке лимфатических узлов вдоль аорты и, наконец, в надключичной области. Пораженные лимфатические узлы увеличиваются и, если находятся близко к коже, могут определяться при пальпации. Например, если опухоль распространяется на нижнюю треть влагалища, могут поражаться паховые лимфатические узлы, увеличение которых определяется при пальпации. При пальпации могут определяться также измененные надключичные лимфатические узлы.
- iv. **Отдаленные метастазы (распространение по кровеносным и лимфатическим путям).** Опухолевые клетки с током крови или лимфы могут разноситься по организму и вызывать отдаленные метастазы в печени, костях, легких и головном мозге.

Пока рак шейки матки ограничен малым тазом, он во многих случаях излечим с помощью надлежащего лечения. В отсутствие лечения прогрессирование рака шейки матки предсказуемо и почти всегда приводит к смерти (информация о диагностике и лечении рака шейки матки представлена в Главе 6).

1.3.7 Рак шейки матки и инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

Рак шейки матки – диагностический критерий синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД)¹ у ВИЧ-инфицированных.

У женщин с ВИЧ-инфекцией и другими иммунодефицитами выше частота инфекции, вызываемой ВПЧ (риск инфекции возрастает при увеличении тяжести иммунодефицита), персистирующей инфекции, вызываемой ВПЧ, и инфекции, вызываемой несколькими онкогенными типами ВПЧ.

Повышенная склонность к инфекции, вызываемой ВПЧ, ведет к:

- повышению риска предраковых заболеваний и рака шейки матки в молодом возрасте – риск возрастает при увеличении тяжести иммунодефицита;
- повышению риска развития рака шейки матки раньше, чем у женщин, не инфицированных ВИЧ (до 10 лет);
- более частому выявлению распространенных опухолей, характеризующихся более низкой 5-летней выживаемостью.

Перечисленное является весомым аргументом в пользу разработки специальных протоколов вакцинации, скрининга и лечения для ВИЧ-инфицированных и женщин, живущих в странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции. Существующие протоколы основаны на клиническом опыте; сейчас проводятся исследования, чтобы определить, включают ли они наиболее оптимальные методики. Специальная информация по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным женщинам представлена в Главе 5, разделах 5.2.5 и 5.4.6; Главе 6, разделе 6.6.2; Приложении 9.



Приложение 9

Стратегии «скрининг и лечение» для ВИЧ+

¹ В соответствии с критериями Центров по контролю и профилактике заболеваний Соединенных Штатов Америки (CDC) диагноз СПИДа ставят, когда у ВИЧ-инфицированного развивается одно или несколько заболеваний - критериев СПИДа, включающих среди других рак шейки матки и туберкулез, или имеется тяжелый иммунодефицит (число лимфоцитов CD4 менее 200 мкл⁻¹) (см. CDC, 2008 в списке литературы в конце главы).

Дополнительная литература

- 1
- Глава 1. Предпосылки
- Basu P, Roychowdhury S, Das Bafna U, Chaudhury S, Kothari S, Sekhon R, et al. Human papillomavirus genotype distribution in cervical cancer in India: results from a multicenter study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2009;10(1):27–34.
- Berek JS. Berek & Novak's gynecology, 15th edition. Baltimore (MD): Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Bhatla N, Lal N, Bao Y-P, Ng T, Qiao Y-L, A meta-analysis of human papillomavirus type-distribution in women from South Asia: implications for vaccination. *Vaccine.* 2008;26:2811–7. doi:10.1016/j.vaccine.2008.03.047.
- Blumenthal PD, McIntosh N. Cervical cancer prevention guidelines for low-resource settings. Baltimore (MD): Jhpiego; 2005 (<http://reprolineplus.org/system/files/resources/CeCaPfullmanual.pdf>, accessed 8 July 2014).
- Bosch FX, Manos MM, Munoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al.; International Biological Study on Cervical Cancer (IBSCC) Study Group. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *J Natl Cancer Inst.* 1995;87:796–802.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged < 18 months and for HIV infection and AIDS among children aged 18 months to < 13 years – United States, 2008. *MMWR.* 2008;57(RR-10):1–8 (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5710a1.htm>, accessed 18 July 2014).
- Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, Sun XW, Sawo D, Brudney K, Wright TC Jr. Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women. *JAMA.* 2000;283(8):1031–7. doi:10.1001/jama.283.8.1031.
- Goldie, S. A public health approach to cervical cancer control: considerations of screening and vaccination strategies. *Int J Gyn and Obs.* 2006;94(Suppl 1):S95–S105. doi:10.1016/S0020-7292(07)60016-2.
- International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). IARC handbooks of cancer prevention, volume 10: cervix cancer screening. Lyon: IARC Press; 2005 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php>, accessed 18 July 2014).
- International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). Cancer fact sheets: cervical cancer. In: GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [website]. Lyon: IARC; 2014 (http://globocan.iarc.fr/pages/fact_sheets_cancer.aspx, accessed 18 July 2014).
- Minkoff H, Zhong Y, Burk RD, Palefsky JM, Xue X, Watts DH, et al. Influence of adherent and effective antiretroviral therapy use on human papillomavirus infection and squamous intraepithelial lesions in human immunodeficiency virus-positive women. *J Infect Dis.* 2010;201(5):681–90. doi:10.1086/650467.

- Munoz N, Bosch FX, Castellsague X, Diaz M, de Sanjose S, Hammouda D, et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer*. 2004;111(2):278–85. doi:10.1002/ijc.20244.
- National Cancer Institute (NCI). Fact sheet: HPV and cancer. Washington (DC): NCI, National Institutes of Health; 2012 (<https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-fact-sheet>, accessed 18 July 2014).
- Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ*. 1999;318:904. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7188.904>
- Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. *N Engl J Med*. 2005;353(20):2101–4. doi:10.1056/NEJMp058171.
- Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*. 2007;370(9590):890–907. doi:10.1016/S0140-6736(07)61416-0.
- Sellors JW, Sankaranarayanan R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Manual para principiantes. Lyon: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cancer; 2003. (<http://screening.iarc.fr/doc/colpoesmanual.pdf>, consultado el 18 de julio del 2014).
- Shaw RW, Soutter WP, Stanton SL, editors. *Gynaecology*, 3rd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003.
- Tavassoli FA, Devilee P, editors. *Pathology and genetics: tumours of the breast and female genital organs: World Health Organization classification of tumours*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2003.
- Walboomers JMM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*. 1999;189:12–9.
-



2

**ГЛАВА 2.
ОСНОВЫ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ
РАКА ШЕЙКИ МАТКИ И БОРЬБЫ С НИМ**

Глава 2. Основы программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним

Основные положения

Любую национальную программу профилактики рака шейки матки и борьбы с ним следует разрабатывать в соответствии с концепцией ВОЗ о «шести элементах структуры» с целью укрепления системы здравоохранения в целом.

Программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним задумываются и разрабатываются, чтобы снизить распространенность рака шейки матки и связанную с ним заболеваемость и смертность.

Существует огромное неравенство в доступе к эффективным скринингу и лечению рака шейки матки. Инвазивный рак шейки матки встречается преимущественно у женщин, не имеющих доступа к этим услугам.

Комплексная программа должна включать мероприятия по первичной, вторичной и третичной профилактике (в том числе по лечению), а также доступ к паллиативной помощи.

Мероприятия по скринингу должны быть связаны с лечением и наблюдением после него.

Мониторинг и оценка – неотъемлемые компоненты программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.

О чем говорится в этой главе

Эта глава основана на следующих руководствах ВОЗ:

A strategic approach to strengthening control of reproductive tract and sexually transmitted infections: use of the programme guidance tool. Geneva: WHO; 2009 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44184/1/9789241598569_eng.pdf).

Cancer control knowledge into action: WHO guide for effective programmes: diagnosis and treatment (module 4). Geneva: WHO; 2008 (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_diagnosis/en/).

- Cancer control knowledge into action: WHO guide for effective programmes: palliative care (module 5). Geneva: WHO; 2007 (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/).
- Cervical cancer prevention and control costing tool (C4P): user's guide. Geneva: WHO; 2012 (http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en/).
- Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).
- Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Женева: ВОЗ; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/ru/>; по состоянию на 9 февраля 2017 г.).
- Вакцины против папилломавирусной инфекции человека: документ по позиции ВОЗ, октябрь 2014. Еженедельный эпидемиологический бюллетень 2014 г.; 89(43):465-92 (http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/PP_HP_V_Russian_Oct2014.pdf?ua=1, по состоянию на 17 ноября 2017 г.).
- Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes. Geneva: WHO; 2013 (actual link: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>).
- New vaccine post-introduction evaluation (PIE) tool. Geneva: WHO; 2010 (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/).
- Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy: a demonstration project in six African countries: Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia. Geneva: WHO; 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241503860/en/>).
- Информационная записка ВОЗ: Комплексная профилактика рака шейки матки и борьбы с ним – здоровое будущее для девочек и женщин. Женева: ВОЗ; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/ru/>; по состоянию на 9 февраля 2017 г.).

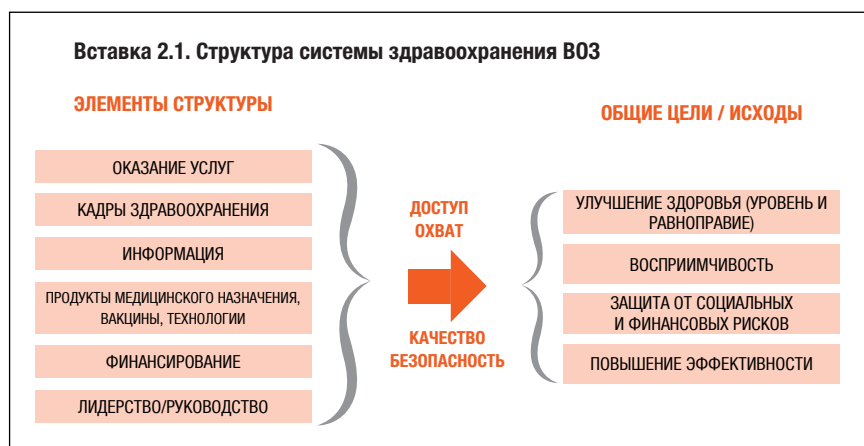
Цель этой главы - дать представление о том, как лица, ответственные за принятие решений, должны разрабатывать национальную программу профилактики рака шейки матки и борьбы с ним, а также предоставить базовую информацию, необходимую руководителям и работникам системы здравоохранения для применения такой программы на уровне отдельного пациента и уровне сообщества.

Эта глава включает два основных раздела. Раздел 2.1 «Что такое комплексная программа профилактики рака шейки матки и борьбы с ним?» описывает общие цели программы, а также то, как она должна быть организована в целях сокращения бремени этого заболевания. Чтобы быть успешной, национальная программа должна включать следующие ключевые компоненты: первичную, вторичную и третичную профилактику, в том числе лечение предраковых заболеваний и рака шейки матки, а также паллиативную помощь.

Раздел 2.2 «Национальные программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним» описывает этапы разработки и осуществления национальной программы: (1) разработку национальной стратегии и создание структуры управления программой; (2) планирование и подготовку программы, включая эффективную систему направления на консультацию; (3) осуществление программы; (4) мониторинг и оценку программы, которые должны действовать на всех уровнях оказания медицинской помощи. Этот раздел предоставляет рекомендации по проведению различных мероприятий, необходимых на каждом уровне, чтобы достичь цели – снижения ущерба, наносимого раком шейки матки отдельно взятой женщине, на уровне сообщества и на национальном уровне. В главу включены таблицы, обобщающие распространенные трудности при планировании и осуществлении программ, а также возможные пути уменьшения или устранения их негативных последствий. Эта глава включает также список литературы, перечень полезных веб-сайтов и связана с двумя Практическими рекомендациями: с контрольным перечнем планирования и осуществления и с описанием основных показателей результативности и конечной эффективности национальных программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.

2.1 Что такое комплексная программа профилактики рака шейки матки и борьбы с ним?

Любая специальная национальная программа в области здравоохранения должна быть встроена в национальную систему здравоохранения. В соответствии с концепцией ВОЗ, сильная система здравоохранения в своей структуре должна иметь шесть элементов (см. вставку 2.1). Разработчики программ должны использовать эту концепцию как основу для построения национальной программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.



Источник: Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.

Программа профилактики рака шейки матки и борьбы с ним включает организованный набор мероприятий, целью которых является предупреждение и уменьшение заболеваемости и смертности от рака шейки матки. Это часть приоритетных мероприятий, указанных в Глобальном плане действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 гг¹. Программа предоставляет план действий с указанием того, что должно быть сделано, кем и когда, а также какие средства и ресурсы должны быть использованы при ее осуществлении. Результаты программы должны периодически оцениваться с помощью набора измеримых показателей. Комплексная программа включает основные научно обоснованные мероприятия, которые необходимы, чтобы снизить высокий или неравноценный ущерб, наносимый раком шейки матки женщинам и системам здравоохранения в менее развитых странах.

¹ См.: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>

Цель любой комплексной программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним состоит в том, чтобы уменьшить ущерб, наносимый раком шейки матки, за счет: (i) снижения распространенности инфекции, вызываемой вирусом папилломы человека (ВПЧ); (ii) выявления и лечения предраковых заболеваний шейки матки; (iii) своевременного лечения и паллиативной помощи при раке шейки матки (см. рисунок 2.1).

2.1.1 Ключевые компоненты комплексной профилактики рака шейки матки и борьбы с ним

Комплексная программа включает три независимых компонента: первичную, вторичную и третичную профилактику (см. рисунок 2.1). В этом разделе описаны мероприятия, относящиеся к каждому из компонентов.

Рисунок 2.1. Комплексный подход ВОЗ к профилактике рака шейки матки и борьбе с ним: обзор программных мероприятий, проводимых на протяжении жизненного цикла, чтобы предупредить инфекцию, вызываемую ВПЧ, и рак шейки матки.



Источник: Информационная записка ВОЗ: Комплексная профилактика рака шейки матки и борьба с ним — здоровое будущее для девочек и женщин. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (с изменениями).

а. Первичная профилактика – снижение риска инфекции, вызываемой ВПЧ

Цель общественного здравоохранения – снизить распространенность инфекции, вызываемой ВПЧ, поскольку персистирующая инфекция, вызываемая ВПЧ, может быть причиной рака шейки матки.

Мероприятия включают:

- вакцинацию девочек 9-13 лет (или в возрасте, указанном в национальных рекомендациях) до начала половой жизни;
- половое воспитание мальчиков и девочек с учетом возраста и культурных особенностей с целью снижения риска передачи ВПЧ (вместе с другими заболеваниями, передающимися половым путем, в том числе ВИЧ-инфекцией) – ключевая информация включает более позднее начало половой жизни, ограничение полового поведения высокого риска;
- пропаганду использования презервативов и их распространение среди сексуально активных людей;
- обрезание у мальчиков (если уместно и приемлемо).

Более подробная информация о вакцинации против ВПЧ представлена в главе 4; об инфекции, вызываемой ВПЧ, рассказывается в главе 1, раздел 1.3.4.

б. Вторичная профилактика – скрининг и лечение предраковых заболеваний шейки матки

Цель общественного здравоохранения состоит в том, чтобы снизить частоту случаев и распространенность рака шейки матки, а также связанную с ним смертность за счет предупреждения прогрессирования предраковых заболеваний в инвазивный рак.

Мероприятия включают:

- консультирование и предоставление информации;
- скрининг для всех женщин в возрасте от 30 до 49 лет (или в возрасте, определенном национальными стандартами), чтобы выявить предраковые заболевания шейки матки, которые обычно бессимптомны;
- лечение выявленных предраковых заболеваний до их прогрессирования в инвазивный рак.

Даже женщины, которым проведена вакцинация против ВПЧ, должны проходить скрининг и лечение по достижении целевого возраста.

Более подробная информация о скрининге и лечении предраковых заболеваний шейки матки представлена в главе 5.

с. Третичная профилактика – лечение инвазивного рака шейки матки

Цель общественного здравоохранения состоит в том, чтобы снизить число смертей от рака шейки матки.

Мероприятия включают:

- механизм направления больных работниками учреждений здравоохранения первого уровня в специализированные лечебно-профилактические учреждения, где проводят обследование и лечение по поводу рака шейки матки;
- точную и своевременную диагностику рака шейки матки на основе определения степени инвазии;
- лечение в соответствии с диагностированной стадией:
 - ранние стадии – если опухоль ограничена шейкой матки и окружающими тканями (область малого таза), она может быть излечена; следует назначить надлежащее доступное лечение и предложить меры по облегчению симптомов, обусловленных раком или лечением;
 - распространенные стадии – если опухоль распространилась за пределы малого таза и/или имеются отдаленные метастазы, лечение может улучшить качество жизни, облегчить симптомы и уменьшить страдания; следует назначить наиболее эффективное доступное лечение и предоставить паллиативную помощь в специализированных учреждениях и на уровне сообществ, включая доступ к наркотическим анальгетикам.
- паллиативную помощь для облегчения боли и страданий.

Более подробная информация о диагностике, лечении и паллиативной помощи при раке шейки матки представлена в Главах 6 и 7, соответственно.

d. Контекст предоставления компонентов профилактики

Перечисленные выше компоненты профилактики планируются и осуществляются вместе с:

- структурированным национальным подходом к стратегиям просвещения населения и мобилизации общественности (более подробно описан в Главе 3);
- национальной системой мониторинга и оценки (описана в этой главе в разделе 2.2.3).

2.2 Национальные программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним

Цель национальной программы состоит в том, чтобы снизить заболеваемость и распространенность рака шейки матки, а также связанную с ним смертность в стране.

Разработка и осуществление национальной программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним включает следующие фазы:

1. разработка национальной стратегии и создание структуры управления программой;
2. планирование и подготовка программы;
3. осуществление программы;
4. мониторинг и оценка программы.

2.2.1 Разработка национальной стратегии и создание структуры управления программой

а. Разработка национальной стратегии

Фаза разработки стратегии включает принятие решения об уместных с национальной точки зрения и выполнимых способах профилактики с особым вниманием к их масштабируемости и устойчивости, а также разработку национальных рекомендаций, основанных на принятой стратегии.

Эта фаза должна быть циклической, поскольку стратегии должны регулярно обновляться по мере появления новых фактических данных. Все: оказание услуг, обучение, мониторинг и оценка (МиО) – должно быть адаптировано к обновленным стратегиям.

Решения о национальных приоритетах

Насущные стратегические решения должны быть тщательно проработаны с учетом бремени заболевания на национальном уровне, наличия финансовых и кадровых ресурсов, структуры и качества имеющейся системы здравоохранения, охвата ею населения, а также наличия систем санитарного просвещения. Все решения должны быть проверены и адаптированы, чтобы они были устойчивыми и применимыми в реальных условиях страны. В этой фазе участвуют политики и лица, принимающие решения на национальном уровне, политический и технический персонал министерства здравоохранения страны, а также представители профессиональных медицинских обществ, таких как общества акушеров и гинекологов, онкологов, медицинских сестер и т. д.

Обсуждение и принятие решений включает следующие области:

- Пересмотр и при необходимости обновление существующих национальных рекомендаций и протоколов для работников здравоохранения всех уровней.
- Проведение политического диалога и достижение консенсуса между заинтересованными сторонами, в том числе работниками здравоохранения,

руководителями системы здравоохранения и медицинского страхования, профессиональными медицинскими обществами.

- Сбор и изучение национальных данных для ответа на ключевые вопросы:
- В чем проблема?
 - Каковы приоритетные области для ее решения?
 - Какова стоимость оказания услуг и как они будут финансироваться?
- Оценка ценовой доступности, рентабельности и устойчивости вакцинации против ВПЧ и стратегии «скрининг и лечение» в рамках профилактики рака шейки матки и борьбы с ним, а также системы направления на лечение на национальном уровне.
- Определение того, обладают ли имеющиеся службы достаточным потенциалом для оказания услуг по профилактике рака шейки матки (в том числе для внедрения вакцинации против ВПЧ), и разработка плана устранения любых недостатков или изъянов.
- Определение стратегии внедрения программы, в том числе определение того, когда, как (поэтапно или нет) и где (если не во всей стране) внедрять вакцинацию против ВПЧ, скрининг и лечение; определение примерного плана расширения программы в будущем, чтобы охватить всех женщин группы риска и девочек, если программа изначально будет внедряться не во всей стране.
- Выбор стратегии предоставления помощи и определение возможных мест проведения вакцинации против ВПЧ, а также скрининга.
- Выбор вакцины против ВПЧ, которая будет использоваться в стране.
- Определение методов скрининга и лечения предраковых заболеваний шейки матки.
- Выбор клиник для направления больных раком шейки матки для специализированной помощи.
- Определение возрастного диапазона, частоты проведения, уровня охвата, сроков достижения охвата и уровня системы здравоохранения, на котором будут предоставляться услуги, для каждого из выбранных мероприятий.
- Разработка плана обучения работников здравоохранения, в том числе на местах.
- Разработка плана обмена информацией, обучения и коммуникаций (ИОК) по проблемам рака шейки матки, включающего обучение руководителей и работников тому, как проводить инициативы ИОК среди потребителей услуг и в средствах массовой информации.
- План предстоящих МиО, определение основных индикаторов, частоты получения данных, методы их хранения и анализа.

Чтобы облегчить принятие решения по стратегиям профилактики рака шейки матки и борьбы с ним, руководителям программ и лицам, формирующим

политику, необходима информация о стоимости запланированной программы внедрения мероприятий по борьбе с раком шейки матки. Чтобы помочь правительствам стран оценивать стоимость этих мероприятий на пять лет, был создан инструмент расчета стоимости профилактики рака шейки матки и борьбы с ним (C4P)². Модуль 1 этого документа посвящен вакцинации против ВПЧ, модуль 2 – скринингу и лечению предраковых заболеваний шейки матки.

Вопросы масштабируемости и устойчивости

Два важных фактора, которые должны приниматься во внимание при создании и совершенствовании программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним, – это масштабируемость и устойчивость.

Стоимость программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним должна быть включена в бюджет национальной системы здравоохранения. Планирование устойчивой программы включает определение мероприятий, выполнимых с точки зрения доступных финансовых ресурсов, кадров и инфраструктуры, а также с позиций возможности обеспечения равноправного оказания помощи при применении различных компонентов профилактики рака шейки матки и борьбы с ним. Планирование устойчивой программы может включать также поиск внешней поддержки двусторонних и международных агентств и крупных фондов с подтвержденной репутацией. Например, для внедрения вакцинации против ВПЧ на пять лет доступна поддержка от Альянса GAVI при условии того, что страна планирует программу более чем на пять лет.

Для стран с ограниченными ресурсами, которые на первом этапе могут внедрить программу борьбы с раком шейки матки, имеющую ограниченный охват, важным вопросом является будущая масштабируемость. Увеличение охвата может быть достигнуто за счет постепенного расширения за определенный период времени с учетом выполнимости и доступности ресурсов. При планировании увеличения охвата приоритет должен отдаваться женщинам, не имеющим доступа к медицинской помощи, а также группам населения, несущим более тяжкое бремя смертности от рака и причиняемых им страданий. Руководители программ должны ставить реалистичные задачи в зависимости от числа работников здравоохранения, доступных часов работы, величины и социально-культурных особенностей целевой группы населения в рассматриваемом географическом регионе.

Разработка национальных рекомендаций

Перечисленные решения составят основу для разработки национальных рекомендаций по профилактике рака шейки матки и борьбе с ним. Эта деятельность должна проводиться совместно лицами, формирующими общенациональную политику, и представителями министерств здравоохранения на основе консультаций с ключевыми заинтересованными сторонами, а именно: работниками здравоохранения, профессиональными медицинскими

² C4P доступен по адресу: http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool

ассоциациями и женскими группами. Важно, чтобы в ней принимали участие национальные и международные эксперты по проблемам рака шейки матки, а также представители неправительственных организаций, имеющих опыт профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.

Рекомендации должны включать информацию о требованиях к программе с позиций клинической практики и общественного здравоохранения. Ниже перечислены элементы, которые должны быть определены в рекомендациях.

Требования с позиций клинической практики:

- Вакцинация против ВПЧ: возрастной диапазон, график, процедуры.
- Скрининг: возрастной диапазон, метод(ы), интервал между обследованиями, диагностические критерии, рекомендации по диспансерному наблюдению, процедуры.
- Лечение предраковых заболеваний шейки матки: методы и клинические процедуры.
- Лечение инвазивного рака шейки матки: методы, клинические процедуры и паллиативная помощь.
- Система направления пациенток.

Требования с позиций общественного здравоохранения:

- Вакцинация против ВПЧ: стратегия вакцинации, охват, стандарты безопасности, сообщение о побочных эффектах иммунизации (ПЭ).
- Скрининг: инфраструктура, требования к оборудованию и средствам, обеспечение и контроль качества, охват.
- Лечение предраковых заболеваний и инвазивного рака шейки матки: инфраструктура, требования к оборудованию и средствам, своевременность лечения, обеспечение и контроль качества.
- Мониторинг и оценка (МиО): основные показатели результативности и конечной эффективности для каждого компонента, план включения необходимых данных в информационно-управляющую систему (ИУС).

в. Создание структуры управления программой

Чтобы облегчить планирование, осуществление и мониторинг национальной программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним, важно создать национальную руководящую группу, имеющую четкие обязанности и ответственность в рамках программы.

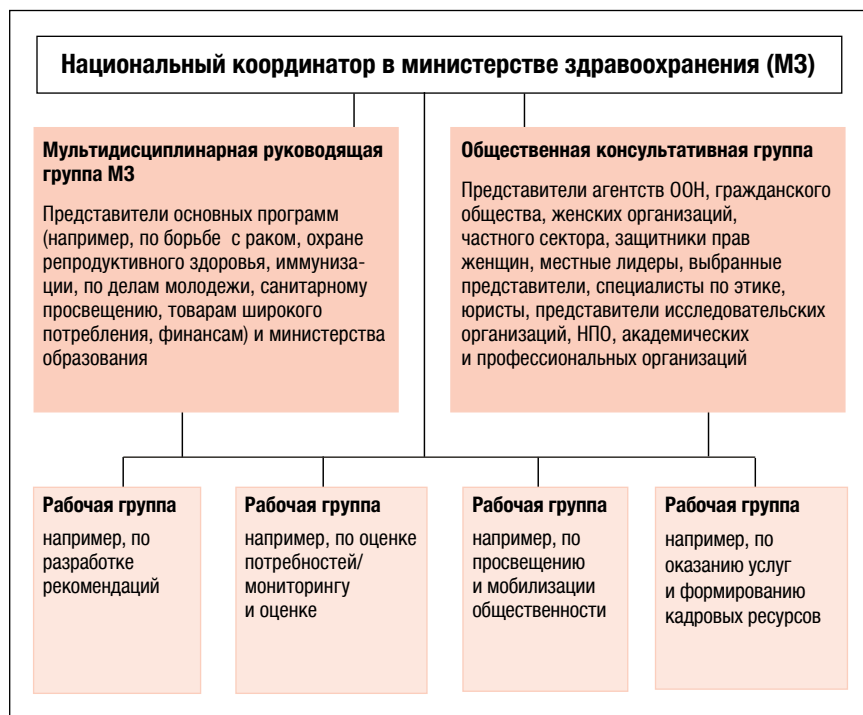
Как показано на рисунке 2.2, на национальном уровне должны быть созданы две основные группы, которые возглавит назначенный национальный координатор.

- i. Мультидисциплинарная руководящая группа, отвечающая за программу и состоящая из представителей различных национальных департаментов и программ.

- ii. Общественная консультативная группа, состоящая из представителей соответствующих сегментов гражданского общества.

Члены обеих групп должны быть отобраны и приглашены участвовать министерством здравоохранения.

Рисунок 2.2. Предлагаемая структура национальной руководящей группы по борьбе с раком шейки матки



Роль национального координатора

Деятельность и обязанности национального координатора включают следующее:

- Повышать осведомленность о заболеваемости и смертности при раке шейки матки, а также о возможности предотвратить большинство смертей относительно малыми ресурсами в рамках МЗ на разных уровнях системы здравоохранения.
- Выступать за то, чтобы профилактика рака шейки матки и борьба с ним была приоритетом для МЗ, включая непрерывное и устойчивое выделение ресурсов для программы.

- С помощью высшего руководства и чиновников МЗ создать мультидисциплинарную руководящую группу, сформировать ее репрезентативный состав, определить ее функции и обязанности (в соответствии со структурой, представленной на рисунке 2.2).
- Регулярно организовывать и проводить совещания с мультидисциплинарной руководящей группой.
- В сотрудничестве с мультидисциплинарной руководящей группой, высшим руководством и администрацией МЗ определить представителей основных заинтересованных сторон гражданского общества, пригласить их к участию в общественной консультативной группе (в соответствии со структурой, представленной на рисунке 2.2), определить функции и обязанности группы.
- Периодически организовывать встречи с общественной консультативной группой, во время которых представлять ей обновленные данные о состоянии программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним, а также обращаться к ней за помощью на ключевых этапах.
- Быть основным связующим звеном и координатором между всеми уровнями национальной программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним и внутри этих уровней, а также между этой и другими программами (например, по борьбе с раком, охране здоровья подростков, иммунизации) или партнерами.
- Готовить предложения, направленные на обеспечение наличия всех элементов, необходимых для осуществления программы, во всех лечебно-профилактических учреждениях, в том числе оборудования, средств и обученного персонала, за деятельностью которого осуществляется контроль. В этом процессе должны участвовать представители регионального управления. Предложения нужно адаптировать для разных регионов.
- На основании установленных индикаторов формировать ежегодные отчеты о деятельности программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.

Роль национальной мультидисциплинарной руководящей группы

Для обеспечения эффективной работы междисциплинарной руководящей группы МЗ необходимо предоставить ей соответствующие полномочия, право принимать решения, автономию и ресурсы для управления планированием, осуществлением, мониторингом и оценкой национальной программы.

Поскольку национальная программа профилактики рака шейки матки и борьбы с ним имеет несколько ключевых компонентов, руководящая группа должна включать представителей других национальных программ, в том числе по просвещению и мобилизации общественности, иммунизации, охране репродуктивного здоровья и здоровья подростков и школьников, борьбе с заболеваниями, передающимися половым путем, ВИЧ-инфекцией

и онкологическими заболеваниями, МИО и т. д. Важно местное и региональное представительство. Группа может включать примерно от 10 до 25 человек в зависимости от размера страны и структуры национальной программы.

Ключевые обязанности национальной мультидисциплинарной руководящей группы (МРГ):

- Разрабатывать национальные планы по различным компонентам и элементам программы.
- Разрабатывать подробный бюджет планирования, внедрения, мониторинга и оценки программы.
- Создавать системы для разных элементов программы, в том числе для хранения данных в существующей информационно-управляющей системе (ИУС); создания периодических отчетов (частота, содержание и аудитория); распределения и обслуживания оборудования и средств.
- С помощью мероприятий по мониторингу и оценке определять, эффективно ли функционирует система оказания услуг, и обеспечивать при необходимости своевременные коррективы.
- С помощью многостороннего научно обоснованного подхода обеспечивать осведомленность о компонентах программы на первичном и вторичном уровнях оказания медицинской помощи и снабжать работников здравоохранения обновленной технической информацией.
- Выявлять и исправлять любые неверные сведения и представления у работников здравоохранения и общественности.
- Регулярно проводить мониторинг и оценку мероприятий программы.

Основные функции общественной консультативной группы

- Оказывать поддержку представителям мультидисциплинарной руководящей группы МЗ (МРГ) и вносить вклад в создание программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним и/или в расширение, совершенствование или укрепление существующей программы.
- Посещать регулярные встречи для анализа проведенных мероприятий, планирования новых и фиксации запланированных результатов и/или их отсутствия.
- В сотрудничестве с МРГ формировать и наделять полномочиями рабочие группы, фокусирующиеся на определенных элементах национальной программы, в том числе на представленных на рисунке 2.2, но не ограничивающихся ими.
- При необходимости консультировать и принимать участие в национальных, региональных и местных встречах с МРГ по вопросам программы.

с. Трудности разработки эффективных стратегий профилактики рака шейки матки и борьбы с ним

Когда национальная программа профилактики рака шейки матки и борьбы с ним планируется и разрабатывается впервые, появления трудностей можно ожидать на всех уровнях пирамиды системы здравоохранения (это касается всех новых программ). Существуют мероприятия, которые могут быть проведены на всех уровнях системы, чтобы ослабить негативные последствия этих трудностей.

Таблица 2.1 представляет наиболее распространенные трудности и возможные мероприятия по их устранению на соответствующих уровнях системы здравоохранения. На основании тщательного изучения обновленного содержания всех глав второго издания этого руководства в каждой стране могут быть разработаны многочисленные дополнительные мероприятия.

Таблица 2.1. Потенциальные трудности разработки национальной стратегии и создания структуры управления программой и предполагаемые мероприятия по их устранению

Трудности	Мероприятия, предлагаемые для уменьшения негативного воздействия
<ul style="list-style-type: none"> Отсутствие осведомленности о проблемах сексуального и репродуктивного здоровья женщин, в том числе о раке шейки матки, заболеваниях, передающихся половым путем (ЗППП), и т. д., а также отсутствие приоритизации таких проблем 	<ul style="list-style-type: none"> Вести работу с руководством программ и членами консультативной группы с целью повышения информированности о бремени рака шейки матки, т. е. высокой заболеваемости и смертности среди молодых женщин, негативных последствиях для общества, социально-экономическом неравенстве и существенных издержках для системы здравоохранения. Способствовать осознанию лицами, принимающими решения, необходимости приоритизации проблем сексуального и репродуктивного здоровья женщин, в том числе ЗППП.
<ul style="list-style-type: none"> Отсутствие сильного лидерства 	<ul style="list-style-type: none"> Определить лидеров борьбы с раком шейки матки и оказывать им помощь на более высоком уровне. Установить и поддерживать координацию и подотчетность внутри страны.

Трудности	Мероприятия, предлагаемые для уменьшения негативного воздействия
<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточное использование доступных местных / национальных эпидемиологических данных, чтобы убедить лиц, формирующих политику, и тех, кто влияет на принятие стратегических решений 	<ul style="list-style-type: none"> • Улучшить использование доступных местных, национальных и региональных данных или, если таковых не имеется, предоставить фактические или расчетные данные из международных источников: <ul style="list-style-type: none"> – Оценки Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer); – Национальные оценки заболеваемости и смертности при раке шейки матки, предоставляемые проектом GLOBOCAN Международного агентства по изучению рака (МАИР) (globocan.iarc.fr); – Дополнительные сведения о национальной статистике и программах, предоставляемые Информационным центром ICO по ВПЧ и раку шейки матки (www.hpvcentre.net). • При необходимости провести национальное исследование.
<ul style="list-style-type: none"> • Невключение профилактики рака шейки матки в национальные планы министерства здравоохранения 	<ul style="list-style-type: none"> • Способствовать включению мероприятий по профилактике рака шейки матки в планы министерства здравоохранения. • Предоставлять информацию о рентабельности лицам, формирующим политику, и лицам, влияющим на принятие стратегических решений³.

³ См.: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources>

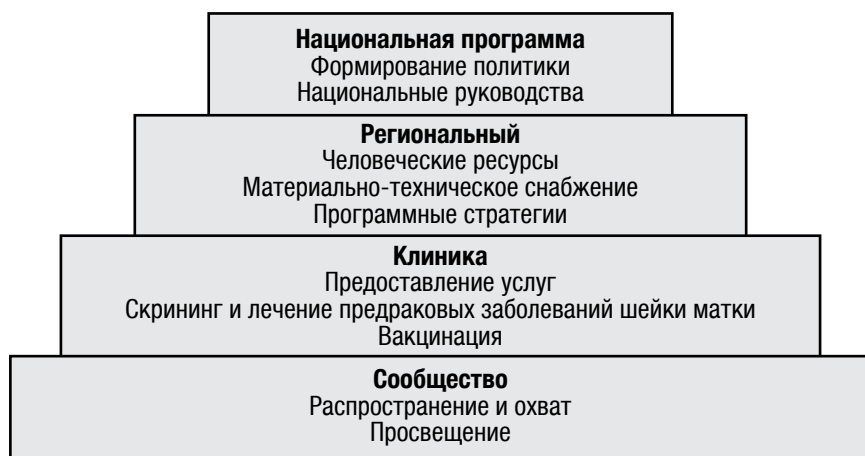
Трудности	Мероприятия, предлагаемые для уменьшения негативного воздействия
<ul style="list-style-type: none"> • Необходимость обновления национальных стратегий и рекомендаций 	<ul style="list-style-type: none"> • Разрабатывать, адаптировать и обновлять национальные стратегии и соответствующие рекомендации.
<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие ресурсов, а именно: финансов, расходных материалов, оборудования и инфраструктуры 	<ul style="list-style-type: none"> • Включить пункт прогрессивного внедрения национальной программы в ежегодный бюджет национальной системы здравоохранения на основании информации о стоимости программы и доступных ресурсах. • Обеспечить поставку средств, оборудования и формирование инфраструктуры.
<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие эффективной функционирующей системы направления пациенток в рамках программы 	<ul style="list-style-type: none"> • Применять это руководство для создания службы с эффективной и функционирующей системой направления пациенток.

2.2.2 Планирование и подготовка программы

Программа профилактики рака шейки матки и борьбы с ним требует тщательного планирования и подготовки, поскольку:

- она требует участия, приверженности и тесной координации между несколькими действующими министерствами и внутри них (например, МЗ, министерства образования, министерства гендерного равноправия и др.), а также в рамках многочисленных программ внутри них (например, в рамках МЗ речь идет, в частности, о программах по борьбе с раком, иммунизации, охране репродуктивного здоровья и здоровья подростков);
- она требует внимания к различным функциям и связям между структурами на разных уровнях системы здравоохранения: национальном, региональном, клиническом и уровне сообщества (см. рисунок 2.3);

Рисунок 2.3. Возможные аспекты программы на разных уровнях системы здравоохранения



- она включает сотрудничество с неправительственными организациями, женскими группами и профессиональными ассоциациями, такими, как ассоциации педиатров, гинекологов, онкологов, врачей общей практики и медицинских сестер;
- она требует активного участия ключевых заинтересованных сторон на местах.

а. Планирование: ключевые аспекты программы

Ниже перечислены ключевые аспекты, необходимые для планирования и разработки организованной программы после принятия политического решения о ее создании:

- предоставление работникам здравоохранения возможности вносить вклад в планирование и подготовку программы в соответствии с национальными рекомендациями;
- оценка потребностей всех лечебно-профилактических учреждений с целью обеспечения представления услуг и построение программы на основе уже имеющихся ресурсов с целью их совместного использования;
- разработка плана действий по просвещению и мобилизации общественности и подготовка соответствующих материалов;
- приобретение и распределение оборудования и расходных материалов, организация местной системы эксплуатации и распределения;

- создание и поддержание эффективной системы направления пациенток;
- создание информационно-управляющей системы (бумажной или компьютеризированной), позволяющей проводить мониторинг и оценку;
- разработка стратегии мониторинга и оценки для регулярного анализа программы и своевременного проведения корректив;
- обеспечение хорошо спланированной и применяемой программы обучения работников здравоохранения, включающей наблюдение после обучения и периодическое дополнительное обучение;
- предоставление вспомогательного контроля для выявления и исправления любых проблем при оказании помощи, с тем чтобы услуги здравоохранения соответствовали национальным стандартам;
- создание стратегий осуществления вместе с районным руководством и лицами, принимающими решения на местном уровне.

в. Этапы подготовки к запуску программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним с использованием стратегического подхода

Стратегический подход к осуществлению новой национальной программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним требует проведения нескольких мероприятий до запуска программы. В этом разделе описаны четыре главных этапа.

Определить целевую группу

Крайне важно иметь четкое представление о целевых группах для вакцинации против ВПЧ и скрининга рака шейки матки, знать места нахождения и численность этих групп. Эту информацию относительно легко получить в странах, где имеются и регулярно обновляются данные о населении (в системе здравоохранения или по данным переписи населения от национальной службы статистики). В странах, где этого нет, могут использоваться региональные оценки Организации Объединенных Наций⁴.

Определение целевой группы важно по следующим причинам:

- чтобы определить знаменатель для расчета охвата как основного показателя результативности;
- чтобы оценить потребность в расходных материалах, персонале, времени и других ресурсах;
- чтобы способствовать в разработке планов действий для предоставления и мониторинга услуг.

⁴ См.: <http://www.un.org/popin/data.html>

Провести оценку потребностей

Оценка потребностей включает посещение, наблюдение, опрос основных носителей информации и заинтересованных сторон, документирование существующих ресурсов. Необходимо получить следующую информацию:

- местонахождение и состояние всех лечебно-профилактических учреждений в выбранной области осуществления, включая детальную информацию об инфраструктуре, оборудовании и расходных материалах;
- институционально-кадровый потенциал для добавления услуг в рамках профилактики рака шейки матки и борьбы с ним;
- качество основных услуг, предоставляемых в каждом лечебно-профилактическом учреждении, с точки зрения персонала всех уровней (от руководства до уборщиков) и представителей общественности, включая женщин и девочек целевых возрастных групп (как пользующихся, так и не пользующихся услугами);
- расписание предоставления услуг в течение дня и недели, стоимость за наличный расчет всех или некоторых услуг (если таковые имеются);
- наличие и функциональность системы направления пациенток между учреждениями;
- наличие соответствующей системы для добавления данных об услугах, поскольку эти данные будут необходимы для оценки и мониторинга новой программы;
- наличие места для хранения новых вакцин в условиях «холодовой цепи», определение необходимости расширения помещения для обеспечения специального пространства для этих целей в ближайшем будущем.

Найти местных партнеров и использовать их помощь

Поскольку профилактика рака шейки матки и борьба с ним предусматривает сотрудничество между различными государственными и частными организациями, очень полезно определить их местоположение в регионе, где внедряется программа, оценить их инфраструктуру и кадры. Важно идентифицировать и вступить в личный контакт со всеми потенциальными местными партнерами программы и использовать сотрудничество с ними. К потенциальным партнерам относятся организации с опытом обучения работников здравоохранения, активизации и мобилизации общественности, разработки и внедрения программ вакцинации, мониторинга и вспомогательного контроля, внедрения и мониторинга функциональности «холодовой цепи» и т.д.

Определить и разработать стратегию внедрения

Страны с ограниченными ресурсами могут первоначально рассмотреть возможность профилактики рака шейки матки и борьбы с ним в рамках демонстрационного проекта в определенном географическом регионе. Эта стратегия может быть очень полезной, поскольку позволит отследить элементы, нуждающиеся в изменении или улучшении перед расширением масштабов программы.

Можно планировать поэтапное географическое расширение, принимая во внимание уроки демонстрационного проекта и включая, если это применимо, появляющиеся новые научно обоснованные технологии. Расширение может происходить постепенно, пока программа не охватит всю страну.

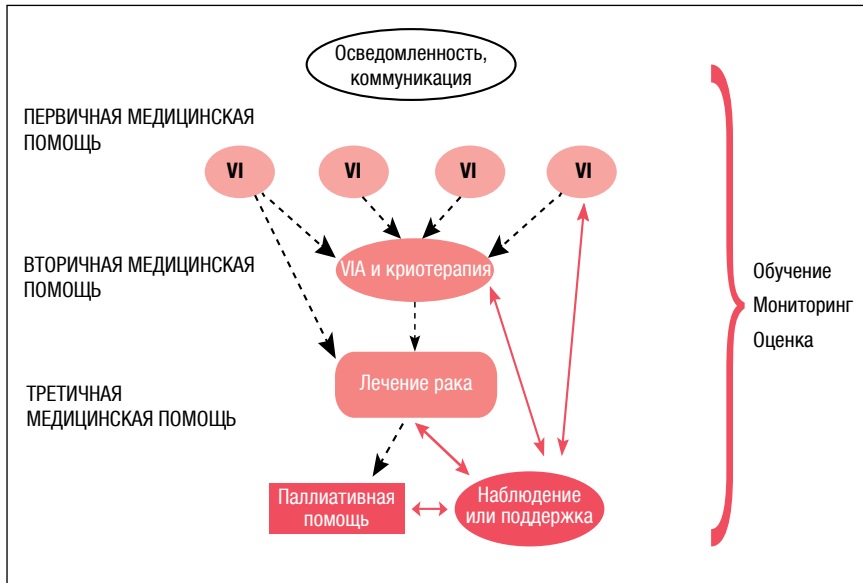
2.2.3 Осуществление программы

Для мероприятий, которые должны проводиться на разных уровнях системы здравоохранения, необходимо разработать операционную структуру (см. рисунки 2.3 и 2.4).

Мероприятия на уровне сообщества включают повышение осведомленности, просвещение и охват целевых групп: девочек в возрасте от 9 до 13 лет и женщин в возрасте от 30 до 49 лет (см. Главу 3, разделы 4.3 и 4.4 Главы 4). На поздних стадиях заболевания после выписки больной из стационара основной вклад в паллиативную помощь вносят члены семьи и сообщество (см. Главу 7 «Паллиативная помощь»).

В лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную и вторичную медицинскую помощь, могут проводиться обследования в рамках скрининга с помощью метода или методов, которые были выбраны на этапе разработки стратегии. Здесь же женщинам с положительным результатом скринингового обследования может быть проведена криотерапия или петлевая электроэксцизия шейки матки (LEEP). Если выявленные патологические состояния не соответствуют критериям приемлемости этих методов лечения, то женщин следует направить для обследования и лечения в лечебно-профилактические учреждения, оказывающие третичную медицинскую помощь (см. Главы 5 и 6, посвященные диагностике и лечению предраковых заболеваний и инвазивного рака шейки матки, соответственно).

Необходимы обучение работников здравоохранения, контроль, мониторинг и оценка оказываемой помощи, которые следует проводить постоянно на всех уровнях системы здравоохранения.

Рисунок 2.4. Пример организации скрининга, лечения и направления пациенток

Источник: Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy: a demonstration project in six African countries: Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia. Geneva: World Health Organization; 2012.

а. Роль работников здравоохранения в осуществлении программы

Работники здравоохранения всех уровней, а также руководители, лица, проводящие вспомогательный контроль и обучение, вносят вклад в эффективность национальной программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.

Основные функции работников здравоохранения при осуществлении эффективной программы включают:

- оказание соответствующей профилактической, лечебной и реабилитационной помощи контингенту, соответствующему критериям, определенным в национальных рекомендациях и протоколах;
- участие в соответствующих программах обучения и повторного обучения для поддержания знаний и навыков на современном уровне;
- осведомленность о любых изменениях рекомендаций и проводимых мероприятий и изменение клинической практики в соответствии с ними;
- предоставление правильной информации общественности с использованием четких терминов и с учетом местных языковых особенностей, чтобы лица из целевых групп пользовались услугами и получали от них пользу;

- обеспечение своевременного оказания помощи и эффективной работы службы направления пациенток;
- тщательное ведение записей и журналов, которые необходимы, чтобы высчитывать и отслеживать индикаторы, являющиеся основой для оценки достижения программой своих целей;
- обеспечение и постоянное улучшение качества помощи на всех уровнях.

в. Объединение служб по борьбе с раком шейки матки с другими службами системы здравоохранения

Объединение служб или, как минимум, информирование и создание связей между ними способствует оказанию целостной помощи женщинам по сохранению их здоровья. Внедрение услуг в рамках новой программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним предоставляет возможность комплексного подхода к сохранению здоровья женщин.

Интеграция скрининга и лечения рака шейки матки с другими службами охраны репродуктивного здоровья

Необходимо, чтобы предоставление услуг здравоохранения было связано с потребностями в нем. Будучи потребителями услуг многие женщины обращаются в лечебно-профилактические учреждения по разным поводам, особенно касающимся репродуктивного здоровья. Однако они могут не знать о важности скрининга рака шейки матки и, в особенности, о лечении.

Будучи организациями, предоставляющими услуги, лечебно-профилактические учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь, зачастую имеют только одного работника здравоохранения среднего звена, в задачи которого входит оказание всей медицинской помощи в рамках охраны репродуктивного здоровья (т. е. планирование семьи, лечение ЗППП, родовая помощь и консультирование по изменению поведения). Зачастую этот работник здравоохранения не обучен проведению скрининга рака шейки матки у женщин старше 30 лет или не имеет необходимого оборудования. Таким образом может быть упущена единственная возможность предложить эту услугу конкретному потребителю. Если проведение скрининга в данном лечебно-профилактическом учреждении невозможно, работник здравоохранения может, по крайней мере, оценить его необходимость, предоставить женщине информацию и направить ее в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее вторичную медицинскую помощь.

Интеграция вакцинации против ВПЧ с другими вариантами первичной профилактики

Стратегия вакцинации против ВПЧ предлагает ценные возможности для интеграции с другими услугами по охране здоровья школьников и службами первичной медико-санитарной помощи, оказывающими услуги подросткам. Мероприятия могут включать скрининг распространенных нарушений питания, болезней и физических нарушений, а также предоставление профилактической

информации, например о вреде употребления табака, необходимости контрацепции для предупреждения незапланированной беременности, использования презервативов для предупреждения беременности и ЗППП, в том числе ВИЧ-инфекции/СПИДа.

При объединении услуг по скринингу и лечению рака шейки матки и профилактике ВИЧ-инфекции ВОЗ настоятельно рекомендует, чтобы в странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции любой визит к работнику здравоохранения использовался для консультирования и обследования для исключения ВИЧ-инфекции (ВИЧ-КО), санитарного просвещения и предоставления соответствующей помощи. Интеграция услуг по скринингу и лечению рака шейки матки и профилактике ВИЧ-инфекции может происходить двумя путями:

- Женщинам, посещающим клиники ВИЧ-КО, объясняют необходимость скрининга рака шейки матки по достижении возраста 30 лет. Если ВИЧ-инфицированная женщина ни разу не обследовалась в рамках скрининга рака шейки матки, ей объясняют необходимость пройти обследование немедленно независимо от возраста. Если она обследовалась и при предыдущем обследовании не было выявлено патологии, то его рекомендуют повторить через три года.
- Женщинам, проходящим обследование в рамках скрининга рака шейки матки в странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, объясняют необходимость пройти ВИЧ-КО, если они не проходили его недавно.

с. Объединение программы борьбы с раком шейки матки с другими противораковыми программами на примере рака молочной железы

Принципы внедрения успешной и качественной программы скрининга рака шейки матки применимы для скрининга других онкологических заболеваний, например рака молочной железы. Опыт и уроки организации и внедрения программы борьбы с раком шейки матки могут стать основой для разработки программы борьбы с раком молочной железы. При работе с женщинами в службах скрининга рака шейки матки следует учитывать возрастные различия (целевую группу для скрининга рака молочной железы обычно составляют женщины в возрасте 50 лет и старше). По крайней мере службы скрининга рака шейки матки должны предоставлять информацию о раке молочной железы и услугах по его скринингу. Аналогичным образом женщин, проходящих скрининг рака молочной железы, следует спрашивать о том, обследуются ли они в рамках скрининга рака шейки матки, если они относятся к целевой возрастной группе. Тем из них, кто ни разу не обследовался, следует настоятельно рекомендовать сделать это.

d. Трудности на пути осуществления программы

Трудности встречаются не только на этапе разработки стратегии, но и возникают при осуществлении программы на уровне лечебно-профилактических учреждений и сообществ в дополнение к ограничениям в отношении семей и отдельных лиц.

Таблица 2.2 суммирует эти трудности и содержит предложения по ослаблению их негативных последствий.

Таблица 2.2. Потенциальные трудности при осуществлении программы и предлагаемые мероприятия по их устранению

Трудности	Мероприятия, предлагаемые для уменьшения их негативного воздействия
Лечебно-профилактические учреждения регионального/местного уровня	
<ul style="list-style-type: none"> Наличие отдельных лиц и групп, которые препятствуют вакцинации, в том числе вакцинации против ВПЧ, и распространяют неправильную информацию 	<ul style="list-style-type: none"> Разрабатывать, проводить пилотное тестирование и широко распространять с помощью средств массовой информации эффективные мультимедийные кампании по освещению преимуществ вакцинации девочек против ВПЧ, открыто противодействовать неправильной информации о рисках вакцинации (см. Главу 4, а также следующий раздел этой таблицы по предлагаемым мероприятиям в сообществах и в учреждениях первичной медико-санитарной помощи).
<ul style="list-style-type: none"> Недостаточное число обученных и компетентных работников здравоохранения 	<ul style="list-style-type: none"> Обучать компетентных работников здравоохранения для всех уровней оказания помощи, поддерживать и корректировать их требуемую численность. Это может потребовать переключения и разделения задач среди персонала. Обеспечивать немонетарное поощрение медработников в случае пунктуальности пациентов, награждать за высокое качество оказываемых услуг.

Трудности	Мероприятия, предлагаемые для уменьшения их негативного воздействия
<ul style="list-style-type: none"> • Члены сообщества обращаются за советом к специалистам по народной медицине, местным общественным деятелям и популярным лицам, которые не осведомлены о бремени болезни, возможностях эффективной профилактики и лечения 	<ul style="list-style-type: none"> • Местные советники могут играть важную роль в том, как население принимает услуги. Они должны участвовать в информационных научно обоснованных мероприятиях, привлекаться к помощи по устранению неправильной информации и негативного отношения (более подробно методы общения и информация, предоставляемая при консультировании, описаны в Главе 3).
<ul style="list-style-type: none"> • Низкое качество скрининга вследствие использования некачественных методов и ошибок работников здравоохранения 	<ul style="list-style-type: none"> • Выбирать научно обоснованные алгоритмы скрининга предраковых заболеваний шейки матки в соответствии с национальными рекомендациями, доступными ресурсами и инфраструктурой, чтобы обеспечить равноправный доступ и надлежащее проведение скрининга (более подробно методы скрининга описаны в Главе 5).
<ul style="list-style-type: none"> • Большие расстояния до лечебно-профилактических учреждений и ограниченные часы работы, уменьшающие доступность услуг 	<ul style="list-style-type: none"> • Пересматривать часы работы лечебно-профилактических учреждений с учетом графика работы женщин; проводить работу в сообществе, чтобы оно помогало женщинам добираться до лечебно-профилактических учреждений, повышая таким образом доступность скрининга, диспансерного наблюдения и лечения. • Разрабатывать стратегии, обеспечивающие доступ к услугам для всех женщин целевой группы независимо от социально-экономического положения, расстояния до места оказания услуг и других культурных факторов на местах.

Трудности	Мероприятия, предлагаемые для уменьшения их негативного воздействия
<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие системы приглашения женщин на обследование в рамках скрининга и диспансерного наблюдения. • Требования частых повторных посещений приводит к выбытию большого числа женщин из-под наблюдения 	<ul style="list-style-type: none"> • Определять стратегию обращения к женщинам, которым требуется диспансерное наблюдение, и убеждать в его целесообразности, учитывая необходимость преодоления «узких мест» в оказании услуг. • Проводить скрининг и лечение предраковых заболеваний шейки матки в рамках одного посещения.
<ul style="list-style-type: none"> • Высокая стоимость вакцин, услуг по скринингу и лечению 	<ul style="list-style-type: none"> • Планировать и внедрять местные стратегии снижения стоимости вакцин, услуг по скринингу и лечению. • Привлекать международных и региональных партнеров. • Вести переговоры с производителями.

е. Разработка плана действий для предоставления информации, обучения и вспомогательного контроля

Как и другие компоненты программы, план действий по ИОК, обучению и вспомогательному контролю должен разрабатываться с учетом оценки и определения потребностей, описанных ранее, в разделе 2.2.2.

Этот план должен включать следующие мероприятия:

- Проводить обсуждения в фокус-группах и/или индивидуальные собеседования с женщинами и девочками целевых возрастных групп, чтобы лучше понимать их знания, восприятие и потребности. Эта информация поможет руководителям программы адаптировать программу обучения работников здравоохранения таким образом, чтобы они предоставляли женщинам надлежащую информацию и оказывали поддержку, обеспечивая тем самым высокий уровень участия в скрининге и выполнения рекомендаций по лечению и наблюдению.
- На основании доступной информации о возможностях существующей службы и местных потребностях, разрабатывать и внедрять программу обучения персонала, а также материалы по ИОК и средства обучения для пациенток.
- Готовить карты и журналы для документирования оказанных услуг. Это важно не только для лечения больных и оценки программы, но и для контроля за деятельностью работников здравоохранения и ее оценки.
- Проводить обучение всех работников здравоохранения и руководителей программы, чтобы они могли четко объяснять женщинам, чего им ждать от определенных процедур (информация, предоставляемая во время консультирования, планы мобилизации для вакцинации против ВПЧ, скрининга и лечения предраковых заболеваний и рака шейки матки представлены в Главах 3-7).
- Проводить обучение операторов информационных центров, персонала, обслуживающего оборудование, кураторов программ и лаборантов относительно технических деталей выполняемых ими задач.
- Проводить обучение работников здравоохранения, оказывающих первичную и вторичную медицинскую помощь, по вопросам лечения рака шейки матки и паллиативной помощи, чтобы они были осведомлены об услугах третичной медицинской помощи.

Длительность обучающих курсов должна быть достаточной, чтобы большинство обучающихся достигли профессионального уровня. Курсы должны включать занятия по теории, симуляционный тренинг на анатомических моделях и практические занятия. Обучение методикам, которые будут использоваться на практике, должно быть гибким, чтобы включать новые технологии по мере их появления.

Распространенные трудности, встречающиеся при обучении, включают:

- недостаточное практическое обучение вследствие небольшого числа клинических случаев;
- отсутствие внимания обучению с учетом компетентности;

- недостаточное наблюдение и вспомогательный контроль после обучения;
- отсутствие повторного обучения;
- обучающие центры, не соответствующие ресурсам на местах предоставления услуг.

При столкновении с некоторыми из этих трудностей полезно учесть следующее. В то время как некоторые участники быстро приобретают новые знания и навыки, другим может потребоваться дополнительное время. Продление практического обучения после завершения курса можно организовать следующим образом: опытные работники могут взять обучающихся в свои лечебно-профилактические учреждения в качестве помощников на еженедельной или ротационной основе после завершения основного курса. Важно обеспечить достижение всеми работниками уверенности в своих возможностях предоставлять услугу в соответствии с установленным стандартом до того, как они начнут делать это. Контроль после обучения, использование памяток, алгоритмов и других уместных инструментов обучения, направленных на повышение качества, должны быть встроены в план обучения и последующее управление программой.

г. Другие компоненты, необходимые для эффективного и безопасного предоставления помощи

Приобретение и эксплуатация оборудования и средств

Оценка потребностей при планировании и подготовке дает жизненно важную информацию об оборудовании и средствах, которые необходимо приобрести. Должны быть определены стратегии распределения и хранения оборудования, а также регулярного пополнения расходных материалов, запасных частей и реагентов. Кроме того, необходима эффективная местная система эксплуатации и ремонта, чтобы избежать перерывов в оказании помощи или необходимости менять график приема больных вследствие сломанного или неисправного оборудования. Перерывы в оказании помощи могут быть причиной невозвращения женщин, вредить репутации службы в глазах фактических или потенциальных пациенток.

Стратегия профилактики инфекций

Для снижения риска распространения инфекций, причинения вреда персоналу клиники, больным и населению необходимы надлежащее обращение с медицинскими отходами, удаление загрязнений и стерилизация многоцветного оборудования (см. Приложение 3).

Стратегия должна содержать четкие инструкции по следующим пунктам:

- надлежащее обращение с медицинскими отходами, включая сортировку, транспортировку и утилизацию;



Приложение 3

Профилактика инфекций
и борьба с ними

- система утилизации использованных флаконов и шприцев при проведении вакцинации против ВПЧ (необходимые элементы безопасности инъекций для качественного оказания помощи представлены в Практических рекомендациях 4.4);
- обращение с загрязненным многоразовым оборудованием в соответствии с международными стандартами, включая удаление загрязнений замачиванием в растворе хлорной извести, полоскание, мытье, дезинфекцию высокого уровня или стерилизацию;
- применение надлежащих защитных средств, в том числе защитной одежды, прочных перчаток и масок, работниками здравоохранения, ответственными за обращение с загрязненными отходами и/или многоразовым оборудованием.



Безопасность инъекций

Национальная референс-лаборатория

Национальная референс-лаборатория необходима для обеспечения и контроля качества, если в программу включены тесты на ВПЧ.

Контрольный перечень, представленный в Практических рекомендациях 2.1, может быть полезен при планировании и внедрении программы борьбы с раком шейки матки.

Целесообразно также ознакомиться с приведенным в конце главы списком литературы и веб-сайтов, содержащих современную научно обоснованную информацию о стратегических подходах к планированию и внедрению программы.



Контрольный перечень

2.2.4 Мониторинг и оценка программы

В любой программе здравоохранения мониторинг и оценку (МиО) проводят, чтобы гарантировать, что процессы и системы разработаны и действуют таким образом, что соблюдаются высокое качество услуг и максимальная польза для целевой группы. Основные индикаторы для использования в МиО программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним представлены в публикации ВОЗ / ПАОЗ 2013 г. *Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes* [Мониторинг национальных программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним: контроль и гарантия качества программ, основанных на осмотре шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA)]⁵.

Заинтересованные стороны должны привлекаться начиная с этапа планирования стратегии, чтобы обеспечить получение необходимых результатов и при необходимости вносить коррективы. Требуется ввести в действие базовые системы

⁵ См.: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>

обработки медицинской информации – ручные (с использованием записей и журналов), компьютеризованные или комбинированные. Данные для МиО должны собираться регулярно.

Канцер-регистры – важный инструмент получения информации о случаях злокачественных новообразований и смерти от них. Эти данные можно анализировать, чтобы получить информацию о распространенности заболевания и ее тенденциях в определенной популяции и оценить влияние программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним. Если на первом этапе внедрить канцер-регистры по всей стране трудно, можно создать индикаторные точки, репрезентативные для разных популяций. Извлеченный опыт позволит внести изменения и постепенно расширять масштабы, пока канцер-регистрами не будет охвачена территория всей страны. Дополнительная информация о регистрации случаев рака представлена на веб-сайте Глобальной инициативы по разработке канцер-регистров (GICR) Международного агентства по изучению рака (МАИР)⁶.

а. Мониторинг

В соответствии с Глоссарием укрепления систем здравоохранения ВОЗ⁷, мониторинг – это непрерывный контроль деятельности, цель которого убедиться, что она соответствует плану, и оказывать помощь в управлении ею. Это подразумевает определение методов оценки деятельности, использования ресурсов и результатов оказания услуг в соответствии с установленными критериями.

Мониторинг с соответствующими корректирующими действиями требует функционирующей системы сбора, хранения и распространения информации о здоровье; контролирующей системы, гарантирующей соблюдение стандартов; непрерывного совместного улучшения качества и методов решения проблем на местах с привлечением работников здравоохранения и представителей общественности. Этот подраздел предоставляет дополнительную информацию по системам обработки медицинской информации, предлагает средства для самооценки и решения местных проблем, дает сведения по вспомогательному контролю, используемому при проведении профилактики рака шейки матки.

От мониторинга сильно зависят два специфических мероприятия программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним – непрерывное улучшение качества предоставления услуг и мониторинг побочных эффектов иммунизации (ПЭ) (вопросы МиО в программе вакцинации против ВПЧ представлены в Главе 4 и Практических рекомендациях 4.6).



⁶ См.: <http://gicr.iarc.fr>

⁷ См.: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/

Для непрерывного улучшения качества предоставления услуг следует периодически в установленное время проводить корректирующие мероприятия. За улучшение качества отвечает весь персонал, в нем должны участвовать все работники. Ниже описаны методы, которые можно адаптировать и использовать для мониторинга и улучшения качества услуг.

Самооценка и решение проблем на местах. Это общие методики, к использованию которых следует привлекать всех работников, а также представителей общественности. EngenderHealth's COPE⁸ (ориентированные на клиента, результативно оказываемые услуги) разработал несколько инструментов, которые можно адаптировать для этих целей: руководство по опросу клиентов, анализ потока клиентов и план действий COPE⁸.

Вспомогательный контроль. Должен периодически проводиться специально обученными кураторами. Основные функции команды вспомогательного контроля включают:

- наблюдение за всеми аспектами оказания помощи, если применимо (например, регистрация, консультирование, получение согласия, введение вакцины, скрининг, лечение предраковых заболеваний шейки матки, мероприятия по профилактике инфекций и ведение документации);
- изучение местных данных, касающихся набора, охвата вакцинацией против ВПЧ (полностью и частично иммунизированные), частоты обследований в рамках скрининга, лечения предраковых заболеваний шейки матки, числа выбывших из-под наблюдения, ПЭ и т. д.;
- обучение и исправление навыков работников здравоохранения, работа с ними, чтобы устранить любые проблемы, замеченные применительно к оказанию помощи или информационно-разъяснительной работе.

в. Оценка

В соответствии с Глоссарием укрепления систем здравоохранения ВОЗ, оценка – это систематическое объективное изучение актуальности, адекватности, развития, результативности, эффективности и влияния последовательности действий относительно задач с учетом используемых ресурсов и учреждений.

План оценки, разработанный при активном участии заинтересованных сторон, должен определять следующее:

- лицо или лиц в мультидисциплинарной руководящей группе, ответственных за оценку оказываемой помощи;
- ресурсы и услуги, которые будут оцениваться, и методы оценки;
- данные, которые будут собираться, определения основных показателей

⁸ См.: <http://www.engenderhealth.org/pubs/quality/cope.php>

результативности и конечной эффективности профилактики рака шейки матки и борьбы с ним (обзор основных показателей приведен в Практических рекомендациях 2.2);

- метод внесения корректив при выявлении пробелов;
- бюджет для осуществления и оценки.



Основные показатели

с. Основные показатели

Основные показатели для мониторинга и оценки услуг комплексной программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним включают показатели результативности и конечной эффективности. Основные показатели – это показатели, которые настоятельно рекомендуется применять всем странам, поскольку они предоставляют основную информацию для мониторинга и оценки хода и результатов программы, а также глобальную информацию для сравнений внутри страны и между странами (примеры, представляющие глобальную статистику рака шейки матки, представлены в Главе 1, раздел 1.1.2).

Показатели результативности для вакцинации против ВПЧ

- Охват целевой группы вакцинацией: доля полностью вакцинированных девочек до 15 лет ежегодно (измеряется с помощью отчетной формы ВОЗ-ЮНИСЕФ).
- Частота ПЭ: число ПЭ ежегодно (более подробная информация представлена в Главе 4).

Показатели результативности для скрининга и лечения предраковых заболеваний шейки матки

- Охват целевой группы:
 - доля женщин в возрасте от 30 до 49 лет, обследованных в рамках скрининга с 30 лет хотя бы один раз (может быть оценена при опросе женщин в возрасте от 30 до 49 лет, который включает вопрос, обследовались ли они в рамках скрининга рака шейки матки хотя бы один раз);
 - доля женщин в возрасте от 30 до 49 лет, обследованных в рамках скрининга в этом году (данные могут быть получены из регистрационных журналов, при этом следует различать первое и повторное обследования в рамках скрининга).

Примечание: для обоих показателей знаменателем является число женщин в возрасте от 30 до 49 лет в популяции, важно разделить данные по пятилетним возрастным группам.

- Частота положительных результатов скрининга: доля женщин с положительными результатами обследования среди женщин в возрасте от 30 до 49 лет, прошедших скрининг за предыдущие 12 месяцев (данные могут быть получены из регистрационных журналов).
- Частота лечения: доля женщин, завершивших соответствующее лечение предраковых заболеваний или инвазивного рака шейки матки, среди женщин с положительными результатами обследования в рамках скрининга за предыдущие 12 месяцев (данные могут быть получены из регистрационных журналов).

Показатель конечной эффективности

- Повозрастная первичная заболеваемость и смертность при раке шейки матки: повозрастная первичная заболеваемость и смертность при раке шейки матки в целевой группе
- Определения основных показателей результативности и конечной эффективности, методы их расчета и значения, при которых необходимы корректирующие действия, представлены в Практических рекомендациях 2.2 здесь же описаны и другие показатели).
- Более детальная информация представлена в публикации ВОЗ/ПАОЗ *Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes (2013)* [Мониторинг национальных программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним: контроль и гарантия качества программ, основанных на осмотре шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA)]⁹.



Основные показатели

2.3 Достижение целей профилактики рака шейки матки и борьбы с ним

Цели профилактики рака шейки матки и борьбы с ним могут быть достигнуты, если:

- разработаны и распространены национальная стратегия и рекомендации по борьбе с раком шейки матки, учитывающие естественное течение болезни и заболеваемость и смертность в разных возрастных группах;

⁹ См.: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>

- выделены финансовые и технические ресурсы для внедрения стратегии и рекомендаций, делающие услуги доступными, в том числе по стоимости, для девочек и женщин;
- имеются программы санитарного просвещения и пропаганды профилактики, поддерживающие национальную стратегию;
- женщины и девочки из целевых возрастных групп широко вовлечены в программы скрининга и вакцинации против ВПЧ;
- вакцинация против ВПЧ проводится девочкам в возрасте от 9 до 13 лет в качестве популяционной стратегии;
- скрининг организованный, а не оппортунистический;
- скрининг сопряжен с лечением предраковых заболеваний и инвазивного рака шейки матки;
- имеются информационно-управляющая система и план мониторинга и оценки для отслеживания достижений, выявления пробелов и регулярного предоставления обратной связи руководителям и работникам здравоохранения для своевременного проведения соответствующих корректирующих действий;
- создана и поддерживается функционирующая система направления пациенток;
- имеется сильная система здравоохранения.

Дополнительная литература

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle (WA): ACCP; 2004 (http://www.rho.org/files/ACCP_mfm.pdf, accessed 18 July 2014).

Bray F, Znaor A, Cueva P, Korir A, Swaminathan R, Ullrich A, et al. Planning and developing population-based cancer registration in low- and middle-income settings. IARC Technical Publication No. 43. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/treport-pub/treport-pub43/index.php>, accessed 16 June 2014).

EngenderHealth. COPE® for cervical cancer prevention: a tool book to accompany the COPE® handbook. New York (NY): EngenderHealth; 2004 (http://screening.iarc.fr/doc/cope_cxca_toolbook.pdf, по состоянию на 17 ноября 2017 г.).

Franco EL. Epidemiology in the study of cancer. In: Bertino JR, editor. Encyclopedia of cancer, volume 1. San Diego (CA): Academic Press; 1997:621–41.

PATH. Implementing HPV vaccination programs: practical experience from PATH. Cervical cancer prevention: Practical experience series. Seattle (WA): PATH; 2011 (http://www.rho.org/files/PATH_HPV-implementing-HPV-vaccination_2011.pdf, accessed 18 July 2014).

PATH. Strategic planning and situation assessment for cervical cancer prevention: practical experience from PATH. Cervical cancer prevention: practical experience series. Seattle (WA): PATH; 2011 (http://www.rho.org/files/rb2/Strategic_Planning_PATH_2011.pdf, accessed 18 July 2014)..

PATH. Cervical cancer prevention action planner, version 2.0 [website]. PATH; 2012 (<http://www.rho.org/actionplanner.htm>, accessed 18 July 2014).

World Bank. World development indicators 2013. Washington (DC): World Bank; 2013 (<http://data.worldbank.org/products/wdi>, accessed 18 July 2014).

Полезные веб-сайты:

EngenderHealth – ориентированные на клиента, результативно оказываемые услуги (COPE®): <https://www.engenderhealth.org/our-work/improving-quality/cope.php>

ExpandNet – расширение масштабов инноваций в области здравоохранения: www.expandnet.net/

Международное агентство по изучению рака (МАИР) – Глобальная инициатива по развитию канцер-регистров (GICR): <http://gicr.iarc.fr>

Популяционная информационная сеть Организации Объединенных Наций: <http://www.un.org/popin/data.html>

Стратегический подход ВОЗ к укреплению стратегий и программ по сексуальному и репродуктивному здоровью: actual link: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/countries/strategic_approach/en/

Координационный центр ВОЗ по внедрению вакцинации против ВПЧ: <http://www.who.int/immunization/hpv/en/>



3

ГЛАВА 3. МОБИЛИЗАЦИЯ ОБЩЕСТВЕННОСТИ, ПРОСВЕЩЕНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Глава 3. Мобилизация общественности, просвещение и консультирование

3

Глава 3. Мобилизация общественности, просвещение и консультирование

Основные положения

- Пропаганда, мобилизация общественности, санитарное просвещение и консультирование – необходимые компоненты эффективной программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним, обеспечивающие высокий охват вакцинацией и скринингом, а также высокую частоту соблюдения рекомендаций по лечению.
- Стратегии пропаганды должны быть адресованы девушкам и молодым женщинам, которым будут наиболее полезны вакцинация и скрининг, соответственно, а также юношам, мужчинам, местным общественным деятелям и основным заинтересованным сторонам.
- Мобилизация общественности и санитарное просвещение – необходимые средства преодоления распространенных проблем, затрудняющих доступ к профилактической помощи и ее получение. Эти распространенные барьеры включают социальные запреты, языковые барьеры, отсутствие информации и транспортировки к местам оказания услуг.
- Санитарное просвещение гарантирует, что женщины, их семьи и общество в целом понимают, что рак шейки матки можно предотвратить.
- Информация о раке шейки матки, предоставляемая в рамках санитарного просвещения, должна отражать национальную политику борьбы с этим заболеванием, соответствовать культурным особенностям и быть согласованной на всех уровнях системы здравоохранения.
- Лечебно-профилактические учреждения должны иметь обособленное помещение, которое можно использовать для индивидуального предоставления информации, и, если уместно, консультирования, чтобы помочь женщинам сделать лучший выбор по вопросам, касающимся их здоровья.
- Работники здравоохранения должны быть обучены обсуждать аспекты половой жизни без осуждения, затрагивать вопросы, касающиеся рака шейки матки и папилломавирусной инфекции, соблюдая конфиденциальность и врачебную тайну.
- Очень важно довести до сведения женщин, что при положительных результатах скрининга необходимо обратиться за помощью.

О чем говорится в этой главе

Эта глава основана на следующем руководстве ВОЗ:

Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines: key points for policy-makers and health professionals [Рак шейки матки, вирус папилломы человека (ВПЧ) и вакцины против ВПЧ: основные положения для лиц, формирующих политику, и работников здравоохранения]. Geneva: WHO, 2007 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69873/1/WHO_RHR_08.14_eng.pdf).

Другие статьи и публикации, на которых основана эта глава, представлены в списке дополнительной литературы, приведенном в конце главы.

Глава подчеркивает необходимость включения пропаганды, мобилизации общественности, санитарного просвещения и консультирования в эффективную программу профилактики рака шейки матки и борьбы с ним. Цель этих стратегий состоит в том, чтобы мотивировать женщин и членов их семей обращаться за профилактической помощью, включающей раннюю диагностику и лечение предраковых заболеваний шейки матки, а также вакцинацию девочек, и, в конечном счете, дать людям возможность повысить контроль за своим здоровьем и улучшить его.

Глава состоит из пяти основных разделов. Раздел 3.1 «Увеличение использования услуг по профилактике рака шейки матки и борьбе с ним» служит введением в тему этой главы, фокусируясь на центральной роли работников здравоохранения. Остальные разделы: «Пропаганда» (раздел 3.2), «Мобилизация общественности» (раздел 3.3), «Просвещение по вопросам профилактики» (раздел 3.4) и «Консультирование» (раздел 3.5) предоставляют информацию о наиболее эффективных подходах и об основных положениях для каждого из этих мероприятий, вместе с полезными ресурсами для их внедрения. Передача согласованной информации требует хороших навыков общения и использования доступного языка, подходящего для общения с целевой группой.

В практических рекомендациях к этой главе перечислены основные положения, которые следует затрагивать в рамках санитарного просвещения о раке шейки матки, ответы на часто задаваемые вопросы (FAQ) о раке шейки матки и ВПЧ, рекомендации по привлечению мужчин к профилактике рака шейки матки, а также представлена информация по вопросам консультирования. Некоторые практические рекомендации к другим главам также помогут работникам здравоохранения решать проблемы общения. Ссылки на них будут представлены в этой главе.

История Анны

Анна, 32-летняя жительница Кении, была здорова и весела. Незадолго до того ее воодушевили слова местного медицинского работника, произнесенные им на похоронах. Он говорил о заболевании, которым болеют женщины, – раке шейки матки, и объяснил, что его можно предотвратить. Если рак шейки матки не выявить вовремя и не лечить, женщина может умереть от этой болезни.

Медицинский работник, человек, которого Анна знала и которому доверяла, дал ей визитную карточку и сказал, куда нужно обращаться для обследования в рамках скрининга. «Я почувствовала, что для меня важно выяснить, могу ли я заболеть, потому что в конце концов мне могут помочь». Когда она вернулась через две недели, ей сказали, что результат исследования отрицательный, а это значит, что у нее все нормально. «Я почувствовала сильное облегчение», – сказала она. Теперь единственное, что ей следует сделать – это прийти на обследование через пять лет.

С Анной обошлись очень хорошо, она узнала много нового, поэтому стала открыто говорить о своем опыте обследования в рамках скрининга. Многие женщины, с которыми она говорила, последовали ее совету и прошли обследование. Две из них сказали Анне, что получили лечение по поводу предраковых заболеваний, чтобы не допустить развития рака шейки матки. Анна счастлива помогать другим. «Я хочу, чтобы никто не умирал, если есть возможность жить».

Источник: Women's stories, women's lives: experiences with cervical cancer screening and treatment. Seattle (WA): Alliance for Cervical Cancer Prevention; 2004 (с изменениями).

3.1 Увеличение использования услуг по профилактике рака шейки матки и борьбе с ним

Профилактика спасает жизни и экономит ресурсы. Цена потери жизни женщины из-за рака шейки матки огромна как для семьи, так и для общества. Качественная пропаганда, просвещение и консультирование помогают людям понять и снизить индивидуальный риск болезни у себя, членов семьи и друзей посредством принятия и применения профилактических мер, в частности вакцинации и скрининга, отказа от опасного поведения и выбора здорового образа жизни.

Многие женщины и их семьи могут нуждаться в поддержке, чтобы преодолеть препятствия на пути к получению помощи. Эти препятствия могут быть

различными, начиная от страха узнать, что у них есть инфекция или заболевание, и стыда перед исследованием половых органов, до беспокойства по поводу безопасности и эффективности вакцины против ВПЧ и/или отсутствия времени или доступного транспорта, чтобы добраться до лечебно-профилактического учреждения, оказывающего соответствующие услуги. Мобилизация предполагает процесс работы с общественностью для выявления этих препятствий и разработки стратегий их преодоления.

3.1.1 Роль работника здравоохранения

Работники здравоохранения играют центральную роль в профилактике и лечении рака шейки матки за счет увеличения использования услуг по вакцинации и скринингу лицами, которым они принесут наибольшую пользу. Работниками здравоохранения, выполняющими эти функции, могут быть врачи, медицинские сестры, обученные акушерки или медицинские работники на местах – любые работники, оказывающие медицинскую помощь в лечебно-профилактических учреждениях или в сообществе. Эти работники здравоохранения являются основными членами большой команды, которая может собирать и передавать информацию об инфекции, вызываемой ВПЧ, и раке шейки матки, их профилактике, скрининге и лечении женщин, у которых получены положительные результаты скрининга. Опыт показывает, что непосредственное общение между работниками здравоохранения и лицами, обращающимися в службы охраны здоровья, – наиболее эффективный метод предоставления важной медицинской информации и воздействия на поведение этих лиц. За информацией и помощью к работникам здравоохранения обращаются как отдельные лица, так и семьи.

Использование простого языка, деликатность во время общения, предоставление согласованной и точной информации и оказание легко доступных услуг, ориентированных на женщину и ее поддержку, могут сделать усилия по борьбе с раком шейки матки более успешными. Во вставке 3.1 представлены характеристики работника здравоохранения, позволяющие эффективно проводить санитарное просвещение по проблемам рака шейки матки.

Вставка 3.1. Характеристики и коммуникативные навыки санпросветработника по проблемам рака шейки матки

- **Информированность:** правильно понимать проблемы рака шейки матки и его профилактики, в том числе целесообразность выделения определенных возрастных групп для оказания медицинской помощи; предвидеть вопросы и отвечать на них, при необходимости искать дополнительную информацию.

- **Спокойная уверенность при обсуждении темы:** отсутствие дискомфорта при обсуждении женской анатомии, половой жизни и сексуальности.
- **Способность:** последовательно передавать информацию, которую легко понять и которая соответствует вашей аудитории.
- **Деликатность и непредвзятость:** следует использовать уместные слова и тон, поскольку вопросы, связанные с сексуальным здоровьем, могут быть очень деликатными; необходимо быть уверенным, что формулировки не способствуют стигматизации и не поддерживают пагубные гендерные стереотипы (см. таблицу 3.1).
- **Поддержка:** необходимо уметь слушать, быть терпеливым, понимать женщин, помогать им и их семьям найти решение проблем и сделать правильный выбор при получении помощи, в которой они нуждаются.
- **Доброжелательность и ободрение:** в условиях доброжелательного отношения человек с большей вероятностью вернется за помощью, если она ему потребуется.

3.2 Пропаганда

Пропаганда подразумевает мероприятия за пределами лечебно-профилактических учреждений, направленные на привлечение целевых групп с целью санитарного просвещения по определенным проблемам (например, профилактики рака шейки матки) и улучшения доступа к медицинской помощи.

В задачи работников здравоохранения входят мероприятия по пропаганде, которые должны быть тщательно спланированы. На первом этапе разработки плана мероприятий нужно определить целевую группу для предоставления конкретной информации, четко сформулировать причины и важность выделения именно этой целевой группы для данного вида помощи. Возрастные группы, в которых чаще всего встречаются заболевания шейки матки, и для которых будут наиболее эффективны определенные мероприятия, представлены на рисунке 2.1 в Главе 2. Работа в партнерстве с сообществом создает поддержку для профилактических мероприятий, которая облегчает привлечение целевых групп населения. На стадии планирования мероприятий по пропаганде крайне важно понять основные препятствия на пути обращения женщин и девочек за профилактической помощью.

Цель пропаганды – максимально увеличить охват услугами по профилактике рака шейки матки и борьбе с ним и их использование. Для ее достижения выделены пять целевых или приоритетных групп, до которых нужно довести информацию о профилактике рака шейки матки.

- **Подростки (и члены их семей).** Результаты исследований показывают, что вакцинация против ВПЧ наиболее эффективна, если проведена девочкам и/или женщинам до начала половой жизни и контакта с ВПЧ. Следовательно, согласно рекомендациям ВОЗ, целевая группа для вакцинации против ВПЧ – это девочки в возрасте от 9 до 13 лет¹. Однако кампании по повышению осведомленности и просвещению должны включать и мальчиков.
- **Взрослые женщины.** Согласно рекомендациям ВОЗ, наибольшую пользу от скрининга рака шейки матки можно получить, используя выделенные ресурсы только для обследования женщин в возрасте от 30 до 49 лет. Это объясняется тем, что большинство женщин инфицируются ВПЧ до 30 лет, а для развития предраковых заболеваний шейки матки обычно требуется 10-15 лет. Для того чтобы обеспечить принятие скрининга рака шейки матки в обществе, крайне важно санитарное просвещение членов семьи и особенно партнеров-мужчин.
- **Уязвимые группы.** Показано, что лица, имеющие наиболее высокий риск, меньше всего обращаются за помощью. Недостаточно организовать оказание помощи и ожидать, что девочки и женщины из групп риска обратятся за ней. Необходимы специальные усилия, чтобы привлечь наиболее уязвимые группы. Эти группы включают:
 - девочек/девушек (особенно тех, кто не получает официального образования);
 - женщин, живущих далеко от мест оказания медицинской помощи и ограниченных в средствах;
 - рабочих-мигрантов, беженцев и другие обособленные группы;
 - женщин и девочек с ВИЧ-инфекцией или другими иммунодефицитами, которым может требоваться более интенсивная программа скрининга.
- **Местные общественные деятели и лидеры.** Привлечение местных общественных деятелей может существенно облегчить усилия по пропаганде. Несколько сильных лидеров, которые возглавят борьбу, могут обеспечить общественную поддержку, гарантирующую успех программы. Их вкладом может быть обеспечение поддержки со стороны местного мужского населения, обеспечение финансовой помощи нуждающимся семьям, организация транспортного сообщения с местами оказания помощи или предоставление помещения для бесед или мероприятий в рамках кампании.
- **Мужчины.** Как и в отношении других аспектов женского репродуктивного здоровья, крайне важно обратиться к мужчинам и привлечь их к участию. Мужчины зачастую являются препятствием для своих жен и дочерей на пути к получению медицинских услуг, поэтому, если женщина планирует

¹ Перед вакцинацией не нужно спрашивать девочек, ведут они половую жизнь или нет. Такие вопросы, адресованные молодежи, формируют неправильные идеи, могут вызывать страх и подозрения.

обратиться за медицинскими услугами, необходима помощь мужчины (или в крайнем случае его разрешение). Расширение знаний мужчин и понимание ими проблем женского здоровья помогают в принятии правильных решений по вопросам здоровья для них самих и их партнеров, а также способствуют построению более прочных программ. Информацию о ВПЧ и раке шейки матки можно предоставлять мужчинам как в лечебно-профилактических учреждениях, так и за их пределами.

Предоставляемая о ВПЧ и раке шейки матки информация должна подчеркивать важность поощрения своих партнеров к обследованию в рамках скрининга, и при необходимости, к лечению (см. Практические рекомендации 3.3).



После того, как целевые группы определены, план мероприятий может включать:

- санитарное просвещение и стратегию равноправного общения, осуществляемые работниками здравоохранения в сообществе и направленные на повышение осведомленности и стимулирование населения к обращению за медицинской помощью;
- создание мобильных скрининговых или иммунизационных бригад, обеспечивающих предоставление услуг населению;
- постеры и брошюры, рекламу на радио, телевидении и в интернете, обращенные ко всем сегментам целевых групп, а также к лицам, оказывающим на них влияние.

Более подробная информация о санитарном просвещении в сообществах представлена в разделе 3.4.3(с).

3.3 Мобилизация общественности

Мобилизация общественности – это процесс привлечения общественности и создания поддержки для тех, кто нуждается в медицинской помощи (например, в рамках профилактики рака шейки матки и борьбы с ним), с целью формирования стойкого общественного лидерства и участия.

Пропаганда профилактической помощи может быть трудной задачей в любых условиях. Люди с большей вероятностью обращаются за медицинской помощью, когда они или члены их семьи больны, а не для того, чтобы предупредить болезни. Для женщин вопросы сохранения собственного здоровья зачастую

стоят на последнем месте. Эффективная профилактическая помощь в лечебно-профилактических учреждениях требует не только организации ее оказания, но и, что не менее важно, привлечения внимания общественности, которая должна понять ее необходимость и обращаться за ней.

3.3.1 Привлечение общественности к профилактике

Медицинские работники нередко перегружены оказанием помощи больным, что затрудняет их работу в сообществе. Для санитарного просвещения и пропаганды могут быть мобилизованы работники здравоохранения в сообществах, добровольцы и менеджеры лечебно-профилактических учреждений. Партнеры в сообществе, в том числе общинные и религиозные деятели, учителя и члены местных женских групп, могут помочь в выявлении представителей целевых групп и в борьбе с препятствиями на пути к скринингу и лечению (см. вставку 3.2). Усилия по мобилизации общественности могут расширить масштабы обращения к населению и эффективность использования ограниченных ресурсов центров первичной медицинской помощи и работников здравоохранения.

Вставка 3.2. Общественность может изменить ситуацию

- Более 25 млн семей в мире зарабатывают на жизнь производством кофе. Во многих сообществах, выращивающих кофе, фермеры объединяются в кооперативы или союзы, чтобы совместно использовать оборудование и усилить свои позиции при заключении торговых сделок. Когда руководители кофейных кооперативов в Гуатуско (Мексика) узнали, что многие женщины в их сообществах умирают от болезни, которую можно предотвратить, они решили изменить ситуацию. Работая с неправительственными организациями и министерством здравоохранения, они начали проводить санитарное просвещение членов своих кооперативов (преимущественно мужчин) о важности спасения жизней женщин и о том, что они должны разрешать своим женам обследоваться в рамках скрининга. Они провели работу с местными лечебно-профилактическими учреждениями, с тем чтобы были назначены специальные дни скрининга, и предоставили грузовики, которые обычно используются для перевозки кофе, для транспортировки женщин. Члены семей взяли на себя домашние заботы и присмотр за маленькими детьми.
- Став заметным и значимым событием, скрининг оказался приемлемым для всех женщин. Подруги и соседи ободряли женщин, которые боялись обследоваться, и, что более важно, внушали уверенность в излечении тем, у кого был получен положительный результат скрининга. Для

женщин, у которых был обнаружен рак шейки матки, были собраны средства на лечение, семьям была оказана поддержка, чтобы справиться с затратами. В течение двух лет более 80% женщин целевой возрастной группы были обследованы в рамках скрининга рака шейки матки, 90% женщин с положительным результатом обследования получили лечение. Кооперативы приобрели новых членов, а их сотрудники стали более преданными интересам сообщества. И, самое главное, были спасены жизни женщин.

3.3.2 Взаимодействие с медицинскими работниками на местах

Многие системы здравоохранения используют обученных медицинских работников на местах, чтобы проводить санитарное просвещение по вопросам профилактики и пропагандировать доступные услуги. Медицинские работники на местах могут служить мостом между здравоохранением и общественностью. Во всем мире признается, что они являются неотъемлемой частью команды работников здравоохранения. Их стратегия равноправного общения помогает завоевать доверие семей, которым могут быть полезны информация и советы по программам вакцинации и скрининга, направлена на преодоление страхов и озабоченности, которые могут иметь место. Например, женщине с положительным результатом скрининга местный медицинский работник может объяснить важность повторного посещения клиники для проведения лечения; родителям, обеспокоенным безопасностью вакцины против ВПЧ, – предоставить точную информацию, которая поможет им понять безопасность и пользу вакцинации. Доброжелательное отношение к медицинским работникам на местах, которые сопровождают одиноких женщин, обращающихся за помощью в центр первичной медицинской помощи или больницу (если женщины сами хотят сопровождения), демонстрирует, что медицинские работники на местах – ценные и компетентные члены команды.

Хорошие рабочие отношения между персоналом лечебных учреждений и медицинскими работниками на местах способствуют следующему:

- сообщество узнает о медицинской помощи в рамках профилактики рака шейки матки и понимает ее важность;
- семьи решают вакцинировать дочерей, таким образом больше девочек оказываются защищенными от инфекции, вызываемой онкогенными типами ВПЧ;
- женщины получают поддержку, необходимую им для принятия информированного решения об обследовании в рамках скрининга;
- женщины, подлежащие обследованию в рамках скрининга, проходят его, таким образом больше случаев предраковых заболеваний и рака шейки матки выявляется своевременно;

- женщины с положительным результатом обследования в рамках скрининга получают лечение;
- женщины, которые направляются на дальнейшее лечение, записываются на обследование и лечение.

Если в сообществе уже имеется группа работников здравоохранения или лиц, занимающихся санитарным просвещением населения по другим проблемам здравоохранения, лучше включить предоставление информации о раке шейки матки в их текущую работу, предоставив им дополнительные знания по данному вопросу. Если медицинского работника местного уровня в данном сообществе нет, в выявлении и отборе лиц для обучения и дальнейшего оказания помощи могут помочь местные общественные деятели и другие заинтересованные стороны (см. Практические рекомендации 3.7).



Медицинские работники
на местах

3.4. Просвещение по вопросам профилактики

Санитарное просвещение – это обмен информацией с целью повышения осведомленности и знаний о том, как сохранять здоровье и предупреждать болезни (например, рак шейки матки), в том числе информацией о доступных ресурсах и пользе обращения за медицинской помощью.

3.4.1 Санитарное просвещение по вопросам профилактики для отдельных лиц и общественности

Многие препятствия для программ вакцинации против ВПЧ, профилактики рака шейки матки и борьбы с ним можно преодолеть посредством санитарного просвещения и привлечения общественности. Неучастие в программах скрининга может отражать непонимание того, что скрининг и своевременное лечение предотвращают рак шейки матки. Кроме того, женщинам может быть трудно поставить свое здоровье на первое место, когда так много вопросов требуют их времени и ресурсов. Ситуация может усугубляться половой дискриминацией, которая способствует низкой обращаемости женщин и девочек за профилактической медицинской помощью. Кроме того, препятствия могут создавать неправильное понимание общественностью программ вакцинации и озабоченность ими.

Качественное санитарное просвещение предполагает предоставление точной информации простым понятным языком отдельным лицам или группам лиц с целью повышения осведомленности, изменения поведения, снижения заболеваемости и смертности.

Санитарное просвещение – не разовое мероприятие, а непрерывная работа, которая требует постоянных усилий по поддержанию знаний работников

здравоохранения на самом современном уровне. Основные цели санитарного просвещения в рамках профилактики рака шейки матки и борьбы с ним включают:

- предоставление информации о раке шейки матки, его причинах (особенно ВПЧ) и естественном течении;
- пропаганду вакцинации против ВПЧ для девочек, как только она становится доступной в данном сообществе;
- пропаганду скрининга для женщин целевой возрастной группы;
- обеспечение своевременного лечения женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга;
- повышение осведомленности женщин о признаках и симптомах рака шейки матки и побуждение к обращению за помощью при их появлении;
- борьбу с неосведомленностью, страхами, стыдом и стигматизацией, связанными с ВПЧ и раком шейки матки.

3.4.2 Как проводить санитарное просвещение

Лицо, эффективно проводящее санитарное просвещение, должно иметь надежные знания о проблеме, свободно владеть темой и быть деликатным при выборе слов. Личные качества и навыки общения, необходимые для эффективного санитарного просвещения по проблеме рака шейки матки, представлены во вставке 3.1 раздела 3.1 этой главы. Однако, чтобы обеспечить полное понимание и заинтересованность аудитории, специалист по санитарному просвещению должен быть также мастером подачи информации.

Ниже представлено несколько советов.

- Предоставлять точную информацию деликатно и без осуждения.
- Убедиться, что информация понятна и подходит для данной аудитории.
- Не менять основные положения предоставляемой информации, но стремиться адаптировать их к местным условиям и культурным особенностям. Говорить понятным для аудитории языком, по возможности использовать термины, понятные большинству.
- Разрабатывать основные положения предоставляемой информации в соответствии с национальными рекомендациями, использовать также сведения, полученные в сообществе. Предварительно представить основные положения представителям сообщества. Использовать их отклики и советы по редактированию положений, чтобы обеспечить их полное понимание и эффективность.

- Разрабатывать положения, направленные на преодоление распространенных страхов и заблуждений, а также стигматизации, которые могут сопутствовать раку и заболеваниям, передающимся половым путем (см. раздел 3.4.4 и таблицу 3.1).
- Улучшать навыки общения путем практики. Важно преодолеть любой дискомфорт при обсуждении вопросов половой жизни и болезней половых органов.

Вставка 3.3. Что нужно знать о раке шейки матки?

- ЧТО такое предраковые заболевания?
- ЧТО такое рак шейки матки?
- КАК можно предотвратить рак шейки матки?
- КТО должен быть вакцинирован?
- КТО должен обследоваться в рамках скрининга?
- КАКАЯ профилактическая помощь доступна на месте?
- ГДЕ и КОГДА ее можно получить?

Помните: эффективное общение повышает число вакцинаций и обследований в рамках скрининга и спасает жизни женщин.

3.4.3 Подготовка и проведение презентации по вопросам профилактики

Чтобы эффективно проводить мероприятия по пропаганде и санитарному просвещению, важно хорошо понимать тему и иметь практику проведения презентаций. Тот факт, что рак шейки матки связан с ВПЧ, который передается при половых контактах, поднимает некоторые трудные вопросы, на которые должны быть готовы отвечать работники здравоохранения. Ключевые положения презентации следует формулировать доступным языком, адаптированным к культурным особенностям аудитории.

а. Использование основных положений

Хотя профилактика рака шейки матки и борьба с ним – сложная тема, основные положения презентации могут быть краткими и простыми для облегчения понимания и правильного выбора.

Пять основных положений о вакцинации против ВПЧ

1. Есть безопасная и эффективная вакцина, которая может защитить от рака шейки матки.
2. Вакцинация против ВПЧ наиболее эффективна, если проведена до начала половой жизни.
3. Все девочки определенного возраста или относящиеся к определенному школьному году/ступени/классу, обозначенному национальной программой в качестве целевой группы, должны пройти вакцинацию против ВПЧ.

4. Вакцины против ВПЧ не лечат и не позволяют устранить имеющуюся инфекцию, вызываемую ВПЧ.
5. Вакцинацию против ВПЧ можно проводить девочкам, уже ведущим половую жизнь, однако она может быть менее эффективной.

Пять основных положений о скрининге и лечении

1. Рак шейки матки – болезнь, которую можно предотвратить.
2. Есть методы выявления ранних изменений шейки матки (известных как предраковые заболевания шейки матки), которые в отсутствие лечения могут приводить к раку.
3. Существуют безопасные и эффективные методы лечения этих ранних изменений.
4. Обследование в рамках скрининга рака шейки матки должно быть проведено по крайней мере один раз всем женщинам в возрасте от 30 до 49 лет.
5. Никто не должен умирать от рака шейки матки.

Положения, разработанные для использования в каждой стране, должны соответствовать национальным рекомендациям для данной страны, в том числе определенным целевым группам (т. е. возрастным группам для вакцинации девочек против ВПЧ и обследований женщин в рамках скрининга).

Более подробно основные положения, используемые при проведении пропаганды и санитарного просвещения, представлены в Практических рекомендациях 3.1, ответы на часто задаваемые вопросы (FAQ) о раке шейки матки и вакцинации против ВПЧ – в Практических рекомендациях 3.2 и 4.1, соответственно. Эти ресурсы могут облегчить работу лиц, проводящих санитарное просвещение. Они могут быть изменены в соответствии с потребностями работников здравоохранения, а также местного сообщества.



Ключевая информация



FAQ



FAQ о ВПЧ

в. Средства

В целях содействия мероприятиям по санитарному просвещению могут быть разработаны дополнительные материалы и средства. Стратегии общения и материалы наиболее эффективны, когда они адаптированы или созданы с помощью представителей целевой аудитории.

Можно использовать следующие инструменты и средства.

- **Магнитно-маркерные доски (флипчарты)** особенно полезны для групповых занятий по санитарному просвещению. Рисунки должны быть хорошо видны и понятны. История женщины, которая обследовалась в рамках скрининга и получила лечение, может быть полезнее и понятнее, чем сложные иллюстрации строения внутренних органов или вирусов.
- **Брошюры**, которые можно взять домой и обсудить с членами семьи и окружающими, могут быть источниками простой информации и основных положений о профилактике для членов сообщества.
- **Спектакль или представление** на рыночной площади или во время общественного мероприятия могут привлечь внимание людей и обучать посредством рассказа. Рассказ о собственном опыте может использоваться вживую или послужить основой для сценария спектакля или представления.
- **Радио и видеопрограммы** полезны для представления историй, передачи коротких основных положений или объявлений. Участие в качестве гостя в радио- или телепрограмме в разговорном жанре позволяет преподнести большое количество информации большому числу людей одновременно. Местные радиостанции особенно полезны для объявлений об услугах или кампаниях, а также для напоминания о необходимости обратиться за лечением женщинам с положительным результатом обследования в рамках скрининга.

с. Проведение санитарного просвещения

В лечебно-профилактических учреждениях

Информация о раке шейки матки (в том числе информация о вакцинации против ВПЧ и скрининге) по возможности должна быть доступна для женщин и членов их семей во всех лечебно-профилактических учреждениях, куда женщины обращаются за любой помощью. Можно проводить групповое санитарное просвещение в зонах ожидания с помощью плакатов, выступлений сотрудников, видео- и письменных материалов. Санитарным просвещением по проблемам профилактики рака шейки матки можно охватить большее число мужчин и женщин, если включить данную информацию в беседы, посвященные дородовому и послеродовому наблюдению, планированию семьи, профилактике и лечению хронических заболеваний, заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), и ВИЧ/СПИДа.

В сообществе

Санитарное просвещение можно проводить в разных местах, например, в общинных центрах, местах богослужений, школах, на спортивных мероприятиях, во время дней санитарного просвещения, а также в рамках кампании по скринингу рака шейки матки. Отобранные члены сообщества:

профессиональные медицинские работники, учителя, местные общественные деятели, работники здравоохранения на местах, народные целители и акушерки могут быть обучены представлять основные положения санитарного просвещения. Информация о преимуществах вакцинации против ВПЧ должна быть адаптирована для девочек, мальчиков, их родителей и опекунов, в то время как информация о преимуществах скрининга – для женщин и их партнеров.

Ниже представлены примеры мероприятий в сообществе.

- **Санитарное просвещение в сообществе.** Занятия, организованные медицинскими работниками или обученными работниками здравоохранения на местах, могут увеличить обращаемость за медицинской помощью в рамках профилактики рака шейки матки и борьбы с ним. Кроме того, такие занятия обычно очень популярны, если они хорошо подготовлены и проводятся в местах скопления или ожидания женщин (например, в очереди за продовольственной помощью, регистрацией в школе и т. д.).
- **Посещения на дому.** Медицинские работники на местах, другие общинные или социальные работники могут предоставлять информацию о профилактической медицинской помощи, устранять озабоченность, отвечать на вопросы, помогать женщинам организовать посещение лечебно-профилактического учреждения. Если беседа проходит в присутствии партнера и/или других членов семьи, и никто из присутствующих не возражает, их тоже можно вовлечь в разговор.
- **Молва.** Можно поощрять женщин, удовлетворенных оказанной помощью, обсуждать вакцинацию против ВПЧ и скрининг рака шейки матки со своими подругами и членами семей. В качестве наглядных пособий могут служить брошюры.
- **Общественные культурные мероприятия.** Расписания и/или объявления на общественных мероприятиях, ярмарках или фестивалях создают благоприятную возможность для представления информации широкому кругу общественности. Санитарное просвещение возможно также в рыночные дни, где большинство участников – и продавцов, и покупателей – женщины.

3.4.4 Борьба с дезинформацией и предупреждение стигматизации, касающихся ВПЧ и рака, при проведении санитарного просвещения

Стигматизация, касающаяся ВПЧ и рака, может препятствовать доступу к медицинской помощи и лечению. Довольно часто стигмы связаны с болезнями половых органов, особенно ЗППП, в том числе с инфекцией, вызываемой ВПЧ. Родители могут быть обеспокоены применением новой вакцины у дочерей. Женщины могут опасаться, что обследование в рамках скрининга будет болезненным, стесняться гинекологического осмотра, а также опасаться отсутствия конфиденциальности и разглашения врачебной тайны, что препятствует их обращению за помощью.

Санитарное просвещение родителей о том, что вакцинация безопасна и эффективно защитит их дочерей от рака шейки матки в будущем, уменьшает их обеспокоенность. Конфиденциальное объяснение женщине сути обследования в рамках скрининга и заверение ее в том, что оно безопасно и безболезненно, – это эффективные методы борьбы со страхом и заблуждениями. Если за информацией последует профессиональное и уважительное оказание услуги, более вероятно, что женщины и их семьи будут обращаться за профилактической помощью в будущем и рекомендовать вакцинацию и скрининг своим друзьям и семьям.

Работники здравоохранения играют важную роль в борьбе с дезинформацией и стигматизацией в связи с профилактикой рака шейки матки.

Изучите положения, представленные в таблице 3.1, и поговорите с коллегами и общественностью о распространенных местных заблуждениях и о том, как предоставлять информацию о профилактике рака шейки матки, не создавая стигм и страхов. В Практических рекомендациях 3.1 представлена ключевая информация, а в Практических рекомендациях 3.2 – ответы на FAQ о раке шейки матки.



ПР 3.1

Ключевая
информация

ПР 3.2

FAQ

3.4.5. Информация о вакцинации против ВПЧ, предоставляемая в рамках санитарного просвещения

Как и с любым новым медицинским продуктом или услугой, появятся некоторые вопросы, страхи и заблуждения, связанные с вакцинацией против ВПЧ. Естественно, что семьи хотят знать, безопасна ли вакцина, насколько хорошо она работает, как долго длится защита и вызывает ли она побочные эффекты и нежелательные явления. Эти опасения могут быть устранены повышением осведомленности о вакцинации, использованием примеров иммунизации в детстве, когда для обеспечения полной защиты от ряда заболеваний тоже требовалось ввести несколько доз вакцины.

Опыт, полученный в ряде стран, показал, что при проведении пропаганды вакцинации против ВПЧ не следует подчеркивать, что вакцина защищает от ЗППП. Было отмечено, что более уместно и эффективно сфокусироваться на возможностях вакцины предупреждать рак.

Предоставление некоторых деталей об изучении вакцин в клинических испытаниях и о том, что они продемонстрировали высокую безопасность, будет способствовать тому, что родители обеспечат участие своих дочерей в вакцинации и выполнение ею рекомендованного графика. Для общественных деятелей полезны печатные материалы о раке шейки матки и вакцинах против ВПЧ, чтобы помочь отвечать на вопросы избирателей. Некоторые распространенные заблуждения и ключевые факты о вакцинах против ВПЧ представлены в таблице 3.2. Полную информацию о вакцинации против ВПЧ можно найти в Главе 4 и практических рекомендациях к ней.

Таблица 3.1. Информация о скрининге рака шейки матки, которая может вызывать стигматизацию, и предложения по совершенствованию такой информации

Информация, которая может создавать проблемы	Непреднамеренные результаты	Более корректная формулировка
<p>Информация, которая может вести к стигматизации: причиной рака шейки матки является инфекция, вызываемая ВПЧ, которая относится к заболеваниям, передающимся половым путем (ЗППП). У больных с предраковыми заболеваниями и раком шейки матки есть ЗППП.</p>	<p>Рассказ о раке и предраковых заболеваниях шейки матки как о ЗППП может стигматизировать программы и женщин, у которых при обследовании в рамках скрининга получены положительные результаты и которые получили лечение. Это может снижать желание женщин обследоваться, создавать проблемы в их взаимоотношениях с партнерами, в том числе становиться причиной жестокого обращения.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Причиной рака шейки матки является вирус, называемый ВПЧ, который передается при половом контакте. Большинство людей контактируют с ним на каком-то этапе своей жизни. • Инфекция, вызываемая ВПЧ, в большинстве случаев проходит самостоятельно, и люди не знают о том, что они были инфицированы. • У некоторых женщин инфекция не проходит и спустя годы может вызывать предраковые заболевания шейки матки. В отсутствие диагностики и лечения они могут приводить к развитию рака шейки матки. • Все женщины должны пройти обследование в рамках скрининга по крайней мере один раз в возрасте от 30 до 49 лет или в соответствии с национальными рекомендациями. • У ВИЧ-инфицированных женщин риск рака шейки матки выше. Они должны пройти обследование в рамках скрининга сразу после выявления ВИЧ-инфекции.

Информация, которая может создавать проблемы	Непреднамеренные результаты	Более корректная формулировка
<p>Неточная информация: скрининг – это метод диагностики рака шейки матки.</p>	<p>Если скрининг обозначен как метод диагностики рака шейки матки, то логично предполагать, что положительный результат означает наличие у женщины рака. Это является причиной сильного стресса и страхов.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Для скрининга используют простой метод выявления (цитологическое исследование, VIA или обследование на наличие ВПЧ) очень ранних патологических изменений шейки матки (называемых также предраковыми заболеваниями), предшествующих развитию рака.
<p>Неправильная информация: обследоваться в рамках скрининга бессмысленно; положительный результат обследования означает, что женщина неизлечимо больна и умрет.</p>	<p>Немногие женщины пойдут на обследование в рамках скрининга, если будут думать, что решения проблемы нет.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Рак шейки матки можно предотвратить, после того как с помощью простого метода выявлены ранние изменения шейки матки, называемые предраковыми заболеваниями (изменения, которые могут дать начало раку). • Если у женщины имеются эти ранние изменения, существует безопасное и простое лечение, которое она может получить. • Если женщина прошла обследование в рамках скрининга в надлежащем возрасте, т.е. между 30 и 49 годами, рак шейки матки можно предотвратить. • При раннем выявлении рак шейки матки можно излечить.

Информация, которая может создавать проблемы	Непреднамеренные результаты	Более корректная формулировка
<p>Неправильная информация: внутриматочные контрацептивы (ВМК) и оральные контрацептивы вызывают рак шейки матки.</p>	<p>Женщины будут бояться использовать контрацепцию, даже если это неправда.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ВМК не повышают риск рака шейки матки. Оральные контрацептивы могут очень незначительно повышать риск, однако польза предупреждения беременности существенно перевешивает незначительное повышение риска рака.
<p>Неправильная информация: обследование в рамках скрининга болезненно, при этом удаляется часть тела женщины.</p>	<p>Женщины будут бояться обследоваться. Члены семей могут бояться за них и удерживать их от обследования.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Осмотр шейки матки в зеркалах может вызывать дискомфорт у некоторых женщин, но само по себе обследование безболезненное. • Во время обследования мягким тампоном или щеточкой осторожно дотрагиваются до шейки матки. • Обследование простое и занимает всего несколько минут. • Обследование в рамках скрининга – это не биопсия и не операция. Оно не предусматривает разрезания тканей.

Таблица 3.2. Заблуждения и факты о вакцинации против ВПЧ

Заблуждения, встречающиеся в сообществе	Факты (на основании данных крупных исследований)
Вакцинация может быть опасной.	Безопасность вакцин против ВПЧ тщательно исследуется с 2002 г. Она сходна с безопасностью других широко применяемых в мире вакцин (более подробная информация представлена в Главе 4).
Вакцины влияют на фертильность и при назначении девочкам вызывают у них бесплодие.	Вакцины против ВПЧ не вызывают бесплодие или стерилизацию.
Моей дочери вакцинация не нужна, поскольку она сейчас слишком юна и не живет половой жизнью.	Важно защитить девочек до того, как они начали половую жизнь.
Вакцинация будет способствовать раннему началу половой жизни.	Результаты исследований свидетельствуют, что вакцинация против ВПЧ не влияет на возраст начала половой жизни.

3.5 Консультирование

Консультирование – это предоставление совета или рекомендаций (обычно один на один) информированным лицом, облегчающее принятие решения другим лицом. Консультирование обычно проводится конфиденциально. Консультирование требует умения слушать, навыков общения и знания обсуждаемой проблемы. Хороший специалист по консультированию использует навыки вербального и невербального общения и сопереживанием ситуации помогает женщине почувствовать себя более непринужденно. Он успокаивает женщину и создает у нее ощущение партнерства в решении ее проблемы.

Для эффективного общения с женщинами базовым навыкам консультирования должны быть обучены все работники здравоохранения, привлеченные к борьбе с раком шейки матки (см. Практические рекомендации 3.4).



ПР 3.4

Консультирование

Содержание консультации зависит от имеющихся проблем, предмета беспокойства и индивидуальных особенностей женщины. Консультирование может затрагивать вопросы профилактики, скрининга, наблюдения, направления на консультацию, диагностики и лечения предраковых заболеваний и рака шейки матки и/или паллиативной помощи. Главы и практические рекомендации, в которых представлена специальная информация о том, как общаться с женщиной в каждой из этих ситуаций, указаны ниже в соответствующих разделах этой главы.

3.5.1 Кому необходимо консультирование?

Консультирование может быть полезно всем женщинам и мужчинам, которые должны принять решение, касающееся их здоровья, получения услуги, лекарственного или другого лечения. Консультирование включает предоставление точной информации и конфиденциальный диалог об имеющихся возможностях и о том, как выбор в пользу медицинской помощи (например, обследования в рамках скрининга) или отказ от нее может повлиять на настоящее и будущее состояние здоровья. Стандартные этапы консультирования до, во время и после проведения обследования, процедуры и лечения представлены в Практических рекомендациях 3.5.



Этапы консультирования

Девочки и их родители могут быть проконсультированы о вакцинации против ВПЧ вместе или по отдельности. Совместное консультирование предоставляет возможность поговорить о сексуальном здоровье с девочками и содействовать обследованию в рамках скрининга рака шейки матки их матерей. Ответы на FAQ о вакцинации против ВПЧ представлены в Практических рекомендациях 4.1.



FAQ о ВПЧ

ВИЧ-инфицированные женщины и девочки должны получать информацию и консультирование о более высокой восприимчивости к инфекции, вызываемой ВПЧ, и более высоком риске развития рака шейки матки в более раннем возрасте. ВИЧ-инфицированные женщины и девочки должны быть проконсультированы на предмет скорейшего начала обследований в рамках скрининга рака шейки матки после выявления у них ВИЧ-инфекции и незамедлительного лечения при выявлении любой патологии. Рекомендации по консультированию ВИЧ-инфицированных женщин представлены в Практических рекомендациях 3.6. Глава 5 содержит дополнительную информацию о скрининге у ВИЧ-инфицированных (см. раздел 5.2.5(а)) и методах обследования ВИЧ-инфицированных женщин (см. раздел 5.4.6(с)).



Консультирование при ВИЧ-инфицировании

Консультирование необходимо каждой женщине с положительным результатом обследования в рамках скрининга предраковых заболеваний шейки матки. Обеспечение лечения и предупреждение выкидыша из-под наблюдения являются, по-видимому, наиболее важными компонентами успешных мероприятий по скринингу (рекомендации по тому, как консультировать женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга, представлены в следующем разделе этой главы и в Практических рекомендациях 5.7 к Главе 5).



Консультирование при положительном результате скрининга

Консультация должна состоять из следующих разделов:

- информации о естественном течении инфекции, вызываемой ВПЧ, и рака шейки матки;
- рассмотрения и объяснения результатов обследования в рамках скрининга, важности наблюдения и лечения, если оно необходимо;
- описания альтернативных методов и процедур;
- предоставления соответствующей информации в ответ на вопросы женщины или высказанное ею беспокойство; консультант может также признать, что в настоящий момент не может ответить на все вопросы, но найдет нужную информацию и предоставит ее женщине сам или найдет другого сотрудника, который сможет сделать это.

3.5.2 Ключевые компоненты консультирования женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга и больных раком шейки матки

Обязательно включите следующие аспекты в консультацию:

При положительном результате обследования в рамках скрининга и возможности выполнить криодеструкцию или LEEP

- Понимает ли женщина цель скрининга и то, что с помощью раннего лечения можно предотвратить рак?
- Понимает ли она, что положительный результат наиболее вероятно означает, что у нее имеются ранние изменения клеток, и вряд ли свидетельствует о наличии рака шейки матки?
- Могут ли у нее быть какие-либо затруднения с повторным посещением, например, не поддерживающий или противодействующий партнер, отсутствие транспорта, финансовые трудности? Если да, обсудите возможные решения и помогите ей запланировать получение медицинской помощи, которая ей необходима.

При подозрении на рак шейки матки

- Спросите, есть ли вместе с женщиной сегодня кто-либо, с кем бы она хотела быть вместе во время обсуждения.
- Выразите озабоченность результатами диагностики, но НЕ говорите женщине, что у нее рак, поскольку на этом этапе слишком рано быть уверенным в этом диагнозе. Скажите, что у нее положительный результат обследования в рамках скрининга и что она должна быть направлена на дальнейшее обследование.
- Заверьте женщину, что она получит помощь, в которой нуждается.
- Предоставьте ей четкую информацию о том, куда обращаться для обследования и лечения.
- Пригласите ее вернуться к вам, если возникнут какие-либо вопросы.

Более детальная информация о консультировании женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга при подозрении на рак шейки матки и в отсутствие такого подозрения представлена в Практических рекомендациях 5.7.



Консультирование при положительном результате скрининга

При окончательном диагнозе рака шейки матки

- Спросите, есть ли вместе с женщиной сегодня кто-либо, с кем бы она хотела быть вместе во время обсуждения.
- Выразите озабоченность результатами диагностики, но заверьте женщину, что в большинстве случаев при раннем выявлении рак шейки матки можно излечить.
- Опишите суть и естественное течение болезни, обсудите перспективы лечения и шансы на излечение. В каждой ситуации убедитесь, что предоставленная информация правильна и понятна женщине.
- Задайте вопросы, чтобы оценить понимание, уделите время ответам на вопросы и разрешению сомнений женщины.

Более подробная информация о консультировании при выявлении рака шейки матки представлена в Практических рекомендациях 6.2, информация для беседы с больной о ее диагнозе и лечении (для онкологов) – в Практических рекомендациях 6.4. Рекомендации по консультированию беременных больных раком шейки матки представлены в Главе 6 (раздел 6.6.1)



Онкологи



Консультирование: диагноз «рак»

Если у женщины диагностирован инвазивный рак шейки матки, который не поддается лечению:

- Во время консультирования следует проявить сопереживание и выразить поддержку. Женщине потребуется информация, психологическая и моральная поддержка, а также организация паллиативной помощи с целью облегчения боли и обеспечения максимально возможного комфорта.
- В консультировании может участвовать или только больная, или больная и ее партнер и другие члены семьи, особенно если необходимо принимать решения, связанные с тяжелой болезнью или дорогостоящим лечением.

Как информировать больную и ее окружающих об изменениях ее состояния, рассказано в Главе 7 (раздел 7.5); как общаться с больной, вернувшейся домой для паллиативного лечения, - в Практических рекомендациях 7.3.



Консультирование:
паллиативная помощь

Более подробная информация:

- о скрининге и лечении предраковых заболеваний шейки матки представлена в Главе 5;
- о лечении инвазивного рака шейки матки – в Главе 6;
- о паллиативном лечении – в Главе 7.

Дополнительная литература

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programmes: a manual for managers. Seattle (WA): ACCP; 2004 (http://www.rho.org/files/ACCP_mfm.pdf).

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Women's stories, women's lives: experiences with cervical cancer screening and treatment. Seattle (WA): ACCP; 2004 (http://screening.iarc.fr/doc/RH_womens_stories.pdf, accessed 18 July 2014).

Bradley J, Lynam PF, Dwyer JC, Wambwa GE. Whole-site training: a new approach to the organization of training. AVSC Working Paper, No. 11. New York (NY): Association for Voluntary Surgical Contraception; 1998 (https://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp11/wp_11.html, accessed 18 July 2014).

Burns AA, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K; Niemann S, Metcalf E, editors. *Where women have no doctor: a health guide for women*. Berkeley (CA): Hesperian Foundation; 2010.

Herman Z. *Community health guides: making materials relevant, effective, and empowering*. Washington (DC): United States Agency for International Development, Health Care Improvement Project; 2012.

Hubley J. *Communicating health: an action guide to health education and health promotion*. London: Macmillan; 1993.

Kirby D, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health*. 2007;40(3):206–17. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.11.143.

Luciani S, Winkler J. *Cervical cancer prevention in Peru: lessons learned from the TATI Demonstration Project*. Washington (DC): Pan American Health Organization (PAHO); 2006 (<http://screening.iarc.fr/doc/pcc-cc-tati-rpt.pdf>, accessed 18 July 2014).

PATH. *Implementing HPV vaccination programs: practical experience from PATH. Cervical cancer prevention: practical experience series*. Seattle (WA): PATH; 2011 (http://www.rho.org/files/PATH_HPv-implementing-HPV-vaccination_2011.pdf, accessed 18 July 2014).

PATH. *Conducting formative research for HPV vaccination program planning: practical experience from PATH. Cervical cancer prevention: practical experience series*. Seattle (WA): PATH; 2012 (http://screening.iarc.fr/doc/RH_formative_res_hpv_vacc.pdf, accessed 18 July 2014).

Promundo, CulturaSalud, REDMAS. *Program P: a manual for engaging men in fatherhood, caregiving and maternal and child health*. Rio de Janeiro, Brazil and Washington (DC): Promundo; 2013 (<https://men-care.org/wp-content/uploads/sites/3/2015/05/Program-P-English-web.pdf>, accessed 18 July 2014).

Rinehart W, Rudy S, Drennan M. *GATHER guide to counselling*. Population Reports, Series J, No. 48. Baltimore (MD): Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program; 1998 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacp920.pdf, accessed 18 July 2014).

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). *International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. Volume I: the rationale for sexuality education*. Paris: UNESCO; 2009 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>, accessed 18 July 2014).

Younger E, Wittet S, Hooks C, Lasher H. *Immunization and child health materials development guide*. Seattle (WA): PATH, Bill and Melinda Gates Children's Vaccine Program; 2001 (<http://www.path.org/vaccineresources/files/CVP-Materials-Development-Guide.pdf>, accessed 18 July 2014).



**ГЛАВА 4.
ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВПЧ**

Глава 4. Вакцинация против ВПЧ

Основные положения

- Инфекция, вызываемая вирусом папилломы человека (ВПЧ), – самое частое заболевание, передающееся половым путем (ЗППП).
- Рак шейки матки вызывают онкогенные типы ВПЧ. Два онкогенных типа ВПЧ, которые чаще всего вызывают рак шейки матки, – это типы 16 и 18. Вместе они вызывают примерно 70% случаев рака шейки матки во всех странах мира.
- В настоящее время в большинстве стран разрешены к применению две вакцины, предупреждающие инфекцию, вызываемую ВПЧ онкогенных типов 16 и 18. Обе вакцины характеризуются высокой безопасностью и могут назначаться вместе с другими вакцинами, такими, как коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина (АКДС) и вакцина против гепатита В.
- Одна из вакцин – четырехвалентная – предупреждает также инфекции, вызываемые ВПЧ типов 6 и 11, которые являются причиной 90% случаев остроконечных кондилом.
- Вакцинация девочек до начала половой жизни – важное мероприятие первичной профилактики в рамках комплексной программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.
- Вакцины не лечат уже имеющуюся инфекцию, вызываемую ВПЧ, или связанные с ним заболевания, поэтому вакцинацию рекомендуют проводить до начала половой жизни.
- Поскольку вакцины не защищают против всех типов ВПЧ, которые вызывают рак шейки матки, девочкам, вакцинированным против ВПЧ, позднее все же требуется проходить обследования в рамках скрининга рака шейки матки.

Основные рекомендации ВОЗ в отношении вакцин против ВПЧ

- Страны должны рассматривать внедрение вакцинации против ВПЧ, если: (i) рак шейки матки, или другие заболевания, связанные с ВПЧ, или и то и другое составляют приоритетную проблему здравоохранения; (ii) внедрение вакцинации программно осуществимо; (iii) может быть гарантировано устойчивое финансирование; и (iv) учтена рентабельность стратегий вакцинации в стране или регионе.
- Вакцинация против ВПЧ должна внедряться как часть координированной комплексной стратегии профилактики рака шейки матки и других заболеваний, связанных с ВПЧ. Внедрение вакцинации против ВПЧ не должно подрывать или отвлекать финансирование от разработки или поддержания эффективных программ скрининга рака шейки матки.

- ВОЗ рекомендует проводить вакцинацию против ВПЧ девочкам в возрасте от 9 до 13 лет. Для девочек, получающих первую дозу вакцины до 15 лет, может быть применен график вакцинации с двумя дозами. Минимальный интервал между двумя введениями должен составлять 6 месяцев. Максимальный интервал не определен, однако рекомендуется, чтобы он не превышал 12–15 месяцев. Если интервал между двумя введениями меньше 5 месяцев, по крайней мере через 6 месяцев после введения первой дозы должна быть введена третья. Больные с иммунодефицитами, в том числе ВИЧ-инфицированные, и женщины старше 15 лет тоже должны быть вакцинированы, но для того, чтобы быть полностью защищенными, нуждаются в трехкратном введении вакцины (по графику 0, 1-2 и 6 месяцев).

Источник: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Вакцины против вируса папилломы человека: документ по позиции ВОЗ, октябрь 2014 г. (http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/PP_HPVRussian_Oct2014.pdf).

О чем говорится в этой главе

Эта глава основана на следующих руководствах ВОЗ:

Вакцины против папилломавирусной инфекции человека: документ по позиции ВОЗ, октябрь 2014 г. Еженедельный эпидемиологический бюллетень. 2014; 89(43):465–92 (http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/PP_HPVRussian_Oct2014.pdf?ua=1; по состоянию на 9 февраля 2017 г.).

Совещание Стратегической консультативной группы экспертов по иммунизации, апрель 2014 г. – выводы и рекомендации. Еженедельный эпидемиологический бюллетень. 2014;89(21):221–36 (http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/april/SAGE_report_April_2014_RU.pdf; по состоянию на 9 февраля 2017 г.).

New vaccine post-introduction evaluation (PIE) tool [Метод оценки новых вакцин после внедрения (PIE)]. Geneva: WHO; 2010 (WHO/IVB/10.03; http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/).

Информационная записка ВОЗ: Комплексная профилактика рака шейки матки и борьбы с ним – здоровое будущее для девочек и женщин. Женева: ВОЗ; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/ru/>; по состоянию на 9 февраля 2017 г.).

WHO information sheet: observed rate of vaccine reactions: human papillomavirus vaccine [Информационный бюллетень ВОЗ: наблюдаемый уровень поствакцинальных реакций: вакцина против вируса папилломы человека]. Geneva: WHO; 2012. (http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/HPV_Vaccine_rates_information_sheet.pdf?ua=1).

Руководство ВОЗ–ЮНИСЕФ по комплексному многолетнему планированию в иммунизации. Женева: ВОЗ; 2014 (http://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/tools/cMYP_guidelines_RU.pdf).

The WHO–UNICEF joint statement: vaccine donations, August 7, 2010. Geneva: WHO; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70482/1/WHO_IVB_10.09_eng.pdf).

Практические рекомендации к этой главе детально охватывают многие аспекты программ вакцинации против ВПЧ, в том числе ответы на часто задаваемые вопросы, характеристики вакцин, «холодовую цепь», подготовку и проведение иммунизации, безопасность инъекций, мониторинг и оценку программ, побочные эффекты, а также поведение бесед с учителями и школьными должностными лицами о проведении вакцинации на базе школ.

История Мариэль

Мариэль 35 лет, у нее две дочери: Энни, 7 лет, и Роуз, 10 лет. Мать Мариэль умерла пять лет назад от рака шейки матки в возрасте 60 лет. Последние два года жизни матери были ужасными, несмотря на помощь, которую она получала от семьи после того, как была выписана из больницы. Лечение в больнице оказалось безуспешным, ей постоянно требовалось обезболивание, появились зловонные выделения из влагалища. Наблюдая страдания матери, с помощью местного медицинского работника Мариэль дважды за последние 6 лет прошла обследования в рамках скрининга. Оба не выявили патологии.

Месяц назад местный медицинский работник пришла к Мариэль и ее мужу и рассказала им, что в их сообществе начинается новая программа профилактики рака шейки матки. Она включает вакцинацию, предупреждающую рак шейки матки и доступную для всех девочек в возрасте от 9 до 13 лет. Медицинский работник также проинформировала их о том, что для того, чтобы вакцина работала, ее следует вводить девочкам до начала половой жизни. Мариэль уже многое узнала об этой вакцине во время посещения собрания в соседнем селе. Позже она обсудила то, что она узнала, со своей семьей и вместе они решили, что будет правильно вакцинировать Роуз. Медицинский работник пригласила их прийти на похожее собрание в их сообществе вместе со всеми родителями девочек 9–13 лет и другими заинтересованными лицами. Собрание, которое пройдет через 3 недели, предоставит полную информацию и возможность получить ответы на все вопросы. Персонал программы назначит дни вакцинации, удобные для большинства девочек и их родителей.

Мариэль и ее муж сказали медицинскому работнику, что они не только планируют посетить собрание, но и добровольно обойдут другие семьи и будут агитировать их прийти на него. Более того, Мариэль будет рада помочь работникам здравоохранения в проведении собрания, она расскажет историю страданий своей матери, болевшей раком шейки матки, и будет побуждать участников вакцинировать дочерей, чтобы уменьшить риск заболеть во взрослом возрасте.

4.1 Роль работников здравоохранения и других лиц

Работники здравоохранения на местах, а также работники здравоохранения, оказывающие первичную и вторичную медицинскую помощь, внедряют программы вакцинации на центральном и региональном уровнях. Ответы на часто задаваемые вопросы о вакцинации против ВПЧ представлены в Практических рекомендациях 4.1.



Работники здравоохранения на местах

Работники здравоохранения на местах поддерживают постоянный контакт и общение с семьями и являются мостом между обществом и медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений.

Их роль в программе вакцинации против ВПЧ может включать:

1. повышение осведомленности о доступности вакцинации против ВПЧ и ее важности в профилактике рака шейки матки как сообщества в целом, так и местных руководителей здравоохранения и сообщества, представителей местных органов власти, религиозных деятелей и представителей гражданского общества;
2. санитарное просвещение девочек, их родителей и других членов сообщества о пользе вакцинации против ВПЧ и других доступных стратегиях профилактики рака шейки матки;
3. противодействие дезинформации и слухам, подрывающим принятие вакцинации общественностью, посредством предоставления правильной информации;
4. получение информированного согласия родителей;
5. содействие посещению девочками мест проведения вакцинации;
6. напоминание девочкам и их семьям о необходимости повторного(ых) введения(й) вакцины для создания полной защиты (см. график вакцинации в разделе 4.2.3);
7. вакцинацию девочек в сообществе, школах, других выбранных местах и/или документирование мероприятий, связанных с вакцинацией;
8. содействие или помощь в проведении дополнительных мероприятий по укреплению здоровья девочек и мальчиков подросткового возраста, которые может выбрать страна (например, применение других вакцин или антигельминтных средств).

Работники здравоохранения, оказывающие первичную и вторичную медицинскую помощь: медицинские сестры, врачи и сотрудники, проводящие вакцинацию

Вследствие уникальности многих особенностей вакцин против ВПЧ, в том числе того, что целевой группой являются девочки 9–13 лет, эти работники здравоохранения после обучения играют важную роль не только в проведении вакцинации. Вместе с учителями, школьными должностными лицами, местными добровольцами, работниками частного сектора здравоохранения и другими лицами, оказывающими поддержку, их дополнительные функции могут включать:

- 1–4. первые четыре обязанности, перечисленные выше для медицинских работников на местах;
5. обучение и просвещение учителей и школьных должностных лиц, чтобы дать им возможность просвещать девочек и содействовать проведению вакцинации на базе школ;
6. доставку вакцины и обращение с ней;
7. ведение подробных записей о вакцинированных девочках, их возрасте и введенной вакцине;
8. содействие или помощь в проведении дополнительных мероприятий по укреплению здоровья девочек и мальчиков подросткового возраста в соответствии с национальным выбором (например, применение других вакцин или антигельминтных средств).

Более подробная информация представлена в Практических рекомендациях 4.3–4.5



ПР 4.3

Проведение
вакцинации



ПР 4.4

Безопасность
инъекций



ПР 4.5

МиО

Учителя и школьные должностные лица

Этим лицам могут быть отведены дополнительные специальные роли в стратегиях вакцинации на базе школ. После обучения учителя могут проводить санитарное просвещение школьников и их родителей о пользе вакцинации, опровергать слухи и мифы о вакцинации, отвечать на другие вопросы накануне вакцинации. Рекомендации по приобретению навыков общения представлены в Главе 3, рекомендации о том, как беседовать с учителями и школьными должностными лицами о вакцинации против ВПЧ – в Практических рекомендациях 4.7.



ПР 4.7

Учителя и школы

В день вакцинации персонал школ может помочь иммунизационной бригаде обеспечить, чтобы все девочки, подлежащие вакцинации, были вакцинированы, определить, кто из них отсутствует, содействовать решению других логистических вопросов (более подробно проведение вакцинации описано в Практических рекомендациях 4.3).



Проведение вакцинации

Комплексные подходы

Внедрение вакцинации против ВПЧ может дать импульс и возможность улучшить, укрепить и объединить другие мероприятия по охране здоровья детей в возрасте от 9 до 13 лет на национальном, региональном и местном/школьном уровнях. Например, работники здравоохранения и медицинские работники на местах, привлеченные к программам вакцинации против ВПЧ, могут содействовать доступу лиц этой возрастной группы к другой медицинской помощи, а внедрение вакцинации может предоставить возможность для проведения и совершенствования санитарного просвещения подростков.

4.2 Вакцины против ВПЧ

В настоящее время к применению разрешены две вакцины, обеспечивающие защиту от ВПЧ онкогенных типов 16 и 18. В большинстве стран доступны одна или обе вакцины:

- двухвалентная вакцина (защищает только от ВПЧ типов 16 и 18);
- четырехвалентная вакцина (предупреждает также инфекции, вызываемые ВПЧ типов 6 и 11, которые являются причиной 90% случаев остроконечных кондилом).

Обе вакцины содержат вирусоподобные частицы (ВП), по форме схожие с вирусом папилломы человека. Поскольку вакцины, состоящие из ВП, не содержат вируса, они НЕ МОГУТ вызывать инфекцию. Вакцины стимулируют выработку антител к ВП, которые благодаря сходству с ВПЧ, будут предупреждать инфекцию, вызываемую ВПЧ, при контакте с ним в будущем.

Вакцинацию следует проводить ДО того, как девочка будет инфицирована ВПЧ. Инфицирование может произойти вскоре после начала половой жизни. Таким образом, в качестве важной меры первичной профилактики рака шейки матки вакцинацию против ВПЧ следует проводить девочкам до начала половой жизни.

Вакцины не лечат уже имеющуюся инфекцию, вызываемую ВПЧ, или связанные с ним заболевания и никак не влияют на течение уже имеющейся патологии (предраковых заболеваний и рака шейки матки), если на момент вакцинации женщина уже инфицирована ВПЧ.

4.2.1 Защитное действие вакцин: имеющиеся доказательства и пробелы в знаниях

После официального разрешения на применение вакцин в Соединенных Штатах Америки, европейских странах и некоторых странах со средним уровнем доходов были проведены несколько крупных исследований, в которых приняли участие большое число девочек и молодых женщин. Целью исследований было определение эффективности вакцин и продолжительности защиты от рака шейки матки, а также в случае четырехвалентной вакцины – от остроконечных кондилом. До вакцинации девочкам и женщинам, участвовавшим в исследованиях, объясняли их суть, после чего они давали информированное согласие на участие в исследованиях.

Ниже представлены основные результаты этих исследований относительно силы и длительности защиты, создаваемой вакцинами против ВПЧ.

- Обе вакцины обеспечивали очень высокий уровень защиты от предраковых заболеваний, вызываемых ВПЧ типов 16 и 18, у 93–99% девочек и женщин, участвовавших в исследовании, что в перспективе будет способствовать значительному снижению числа новых случаев инвазивного рака шейки матки.
- Вакцины против ВПЧ вызывают существенно более мощный иммунный ответ, чем естественная инфекция.
- Вакцинация снижает частоту как острой, так и персистирующей инфекции, вызываемой ВПЧ, а также защищает от предраковых заболеваний шейки матки средней и высокой степени тяжести (т. е. CIN2+).
- Показано, что четырехвалентная вакцина также значительно снижает частоту остроконечных кондилом.
- Кроме того, результаты указывают, что количество антител после вакцинации против ВПЧ выше у девочек, вакцинированных в возрасте до 15 лет, чем в возрасте 15 лет и старше.
- Некоторые исследования, посвященные изучению длительности защиты, обеспечиваемой полным курсом вакцинации, еще продолжаются. Обнадуживает то, что примерно через 10 лет после вакцинации, а это максимальный период наблюдения за вакцинированными на сегодняшний день, сила иммунного ответа не снижается. С учетом этого рекомендации о введении дополнительных доз вакцины на сегодняшний день отсутствуют.

Пробелы в знаниях о защитных свойствах вакцин против ВПЧ:

- Хотя, согласно предварительным данным, помимо защиты от ВПЧ типов 16 и 18 появляется перекрестная защита от некоторых других онкогенных типов ВПЧ, ее сила и длительность пока не определены.

- Применение вакцин против ВПЧ у детей младше 9 лет не изучалось, поэтому сейчас они не разрешены к применению и не рекомендованы для девочек младше 9 лет.
- Длительность и степень защиты у ВИЧ-инфицированных девочек и женщин еще изучаются.

4.2.2 Безопасность, побочные эффекты и противопоказания

Результаты исследований свидетельствуют о следующем в отношении безопасности и возможных побочных эффектах вакцины против ВПЧ:

- Обе вакцины хорошо переносились и не давали повода для серьезных опасений относительно их безопасности после применения более 175 миллионов доз по всему миру.
- В исследованиях, проведенных в Соединенных Штатах Америки, самой частой жалобой вакцинированных девочек были боль и отек в месте введения.
- Данные постмаркетинговых исследований (т. е. исследований, проведенных после того, как вакцины были разрешены и начали применяться) во всем мире не выявили никаких последствий для здоровья, кроме легких побочных реакций: лихорадки, головокружения и тошноты.
- Описаны обмороки после введения вакцины против ВПЧ. Обмороки часто наблюдаются у подростков при многих процедурах, сопровождающихся тревогой и даже незначительной болью. По этой причине рекомендуется, чтобы в течение 15 минут после введения вакцины против ВПЧ девочка сидела и оставалась под наблюдением.
- Тяжелые побочные эффекты чрезвычайно редки. С вакцинацией против ВПЧ могут быть связаны анафилактические реакции. В этом случае нужно соблюдать меры предосторожности, чтобы избежать повторного введения вакцины против ВПЧ или применения других вакцин, имеющих сходные компоненты. При подозрении на анафилактическую реакцию должно быть неотложно начато необходимое лечение.

Противопоказания к вакцинации против ВПЧ:

- Вакцины против ВПЧ не вводят при наличии в прошлом тяжелых аллергических реакций, вызванных их применением или контактом с одним из их компонентов (например, дрожжами). Проявлениями аллергической реакции могут быть зуд, сыпь, крапивница или волдыри. При наличии любого из этих симптомов после вакцинации против ВПЧ следующие дозы вакцины не вводят. Нужно избегать также других вакцин, которые могут включать сходные компоненты.
- Не вакцинируют девочек с высокой лихорадкой.

- В настоящее время вакцины против ВПЧ не рекомендуют применять у беременных. С учетом того, что вакцинация против ВПЧ рекомендуется девочкам в возрасте от 9 до 13 лет, вероятность того, что девочка будет на момент вакцинации беременна или кормить грудью, низка. Если девочка забеременела после начала курса вакцинации, оставшиеся дозы вводят после завершения беременности. В случае если вакцина непреднамеренно введена беременной девочке или женщине, никаких действий не требуется. Беременную заверяют, что вакцина НЕ содержит живого вируса и на сегодняшний день не описано никаких последствий для здоровья матери и ребенка при введении вакцины против ВПЧ во время беременности. Введение оставшихся доз вакцины следует отложить до завершения беременности. Начинать вакцинацию после беременности заново НЕ нужно. Имеющиеся данные относительно введения вакцины против ВПЧ во время кормления грудью не указывают на какие-либо проблемы с безопасностью.

За дополнительной информацией можно обратиться к публикации «Информационный бюллетень ВОЗ по частоте поствакцинальных реакций: вакцина против вируса папилломы человека» (июнь 2012 г.)¹. Самые последние данные о безопасности вакцины против ВПЧ можно найти на сайте Глобального консультативного комитета по безопасности вакцин (ГККБВ)².

4.2.3 Характеристики вакцин и графики вакцинации

В таблице 4.1 суммированы и сопоставлены характеристики и схемы применения двух имеющихся вакцин против ВПЧ (назначение и графики вакцинации основаны на действующих рекомендациях ВОЗ).

Рекомендуемая целевая группа для вакцинации против ВПЧ – девочки в возрасте от 9 до 13 лет до начала половой жизни.

Таблица 4.1. Характеристики вакцин против ВПЧ

Характеристики	Четырехвалентная	Двухвалентная
Торговое название (производитель) (см. замечание 1)	Гардасил® Силгард® (Merck)	Церварикс® (GlaxoSmith-Kline)
Типы ВПЧ в вакцине	6, 11, 16, 18	16, 18
Защита от болезней	Рак шейки матки и остроконечные кондиломы	Рак шейки матки
Число доз вакцины (см. замечание 2 ниже)	2 дозы, вторая доза через 6 месяцев после первой	2 дозы, вторая доза через 6 месяцев после первой

¹ См.: http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/HPV_Vaccine_rates_information_sheet.pdf?ua=1

² См.: http://www.who.int/vaccine_safety/committee/ru/

Характеристики	Четырехвалентная	Двухвалентная
Длительность защиты	За период наблюдения снижения защиты не отмечено	За период наблюдения снижения защиты не отмечено
Форма выпуска	Во флаконах, содержащих 1 дозу	Во флаконах, содержащих 1 или 2 дозы
Метод введения	Внутримышечно 0,5 мл суспензии	Внутримышечно 0,5 мл суспензии
Противопоказания (см. раздел 4.2.2)	Тяжелые аллергические реакции на любой из компонентов вакцины или после ее введения Высокая лихорадка. Не рекомендуется во время беременности	Тяжелые аллергические реакции на любой из компонентов вакцины или после ее введения Высокая лихорадка. Не рекомендуется во время беременности
Другие вакцины, назначаемые в подростковом возрасте, совместное применение с которыми изучено, и эффективность, которого доказана (см. замечание 3 ниже)	Вакцина против гепатита В, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, полиомиелитная вакцина	Дифтерийно-столбнячная вакцина, полиомиелитная вакцина
Срок хранения (см. замечание 4 ниже)	36 месяцев при температуре 2–8°C	Флакон, содержащий 1 дозу: 48 месяцев при температуре 2–8°C. Флакон, содержащий 2 дозы: 36 месяцев при температуре 2–8°C

Важные замечания о характеристиках вакцин и схемах вакцинации

- Нет данных о безопасности, иммуногенности и эффективности двух представленных на рынке вакцин при их попеременном применении. Эти вакцины имеют разные характеристики, состав и показания. В условиях, где доступны обе вакцины, необходимо предпринимать все усилия, чтобы применять одну и ту же вакцину для всех введений. Однако, если использовавшаяся ранее вакцина неизвестна или недоступна, для завершения вакцинации может быть применена любая из имеющихся вакцин.
- Согласно Документу по позиции ВОЗ (октябрь 2014 г.), рекомендуемая целевая группа – девочки в возрасте от 9 до 13 лет до начала половой жизни.

Двукратная вакцинация с интервалом в 6 месяцев между дозами рекомендуется для девочек в возрасте до 15 лет (включая тех, кому на момент введения второй дозы было 15 лет и более). Максимального интервала между двумя введениями не существует, однако рекомендуется, чтобы он не превышал 12–15 месяцев. Если по каким-либо причинам интервал между двумя введениями меньше 5 месяцев, по крайней мере через 6 месяцев после введения первой дозы должна быть введена третья. Трехкратная вакцинация (0, 1–2, 6 месяцев) продолжает рекомендоваться девочкам в возрасте 15 лет и старше, а также больным с иммунодефицитами, в том числе ВИЧ-инфицированным (независимо от получения антиретровирусной терапии). Проводить обследование для исключения инфекции, вызываемой ВПЧ или ВИЧ, перед вакцинацией не нужно. Рекомендации по графику вакцинации применимы как к двух-, так и к четырехвалентной вакцине.

3. Вакцины против ВПЧ могут назначаться одновременно с другими вакцинами, не содержащими живых возбудителей. Введение более чем одной вакцины за посещение повышает вероятность того, что девочки получат все необходимые прививки в срок. Другие вакцины, не содержащие живых возбудителей, безопасность и эффективность совместного применения с которыми доказана, представлены в таблице 4.1. Рекомендации будут обновляться по мере получения результатов продолжающихся исследований совместного применения вакцин³.
4. Все вакцины против ВПЧ следует хранить в холоде, при температуре 2–8°C. Вакцины чувствительны к замораживанию и теряют при этом свою эффективность. Следовательно, вакцины против ВПЧ нельзя помещать в морозильную камеру холодильника или рядом с ней, а также непосредственно на пакет со льдом. Если имеются данные, что флаконы могли подвергнуться воздействию температуры ниже нуля, следует провести пробу со встряхиванием. Флаконы с частично или полностью замороженным содержимым следует выбрасывать при любых обстоятельствах. Сведения о том, как определить, что вакцина была заморожена, представлены в Практических рекомендациях 4.2.



Вакцины против ВПЧ

Более детальная информация представлена в статье Бюллетеня Всемирной организации здравоохранения *Validation of the shake test for detecting freeze damage to adsorbed vaccines* [Валидация пробы со встряхиванием для выявления повреждения адсорбированных вакцин при замораживании]⁴, и двух учебных видеороликах: *Shake and tell* [Встряхни и скажи] (22 минуты) и *Step by step shake test* [Проба со встряхиванием шаг за шагом] (10 минут).

³ Доступен по адресу: http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/en/

⁴ Дополнительная информация представлена в публикации *Совещание Стратегической группы экспертов по иммунизации, апрель 2014 г. – выводы и рекомендации*, см.: http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/april/SAGE_report_April_2014_RU.pdf?ua=1

5. С точки зрения профилактики рака шейки матки вакцинация мальчиков и мужчин менее рентабельна, чем использование тех же ресурсов для охвата большей доли девочек целевой возрастной группы⁵.

Пожалуйста, уточняйте информацию на странице *WHO recommendations for routine immunization – summary tables* на сайте ВОЗ, которые регулярно обновляются при появлении новых данных и любых изменениях рекомендаций ВОЗ по иммунизации⁶.

4.3 Целевая группа и стратегии обеспечения вакцинации

4.3.1 Целевая группа

ВОЗ рекомендует проводить вакцинацию против ВПЧ в плановом порядке девочкам в возрасте от 9 до 13 лет, поскольку в большинстве стран в этом возрасте они еще не живут половой жизнью⁷. Целевой возраст должен определяться на национальном уровне на основании доступной информации о среднем возрасте начала девочками половой жизни (следовательно, до контакта с ВПЧ).

Вакцины против ВПЧ безопасны для ВИЧ-инфицированных, которым всегда рекомендуется трехкратная вакцинация. Данные об иммуногенности вакцин против ВПЧ у больных с иммунодефицитом, обусловленным приемом лекарственных средств или болезнями, немногочисленны. Хотя иммуногенность и эффективность вакцин против ВПЧ у ВИЧ-инфицированных женщин и девочек могут быть снижены, потенциальная польза вакцинации в этой группе особенно велика, поскольку в ней повышен риск болезней, связанных с ВПЧ, в том числе рака шейки матки. Продолжаются исследования по изучению эффективности вакцинации против ВПЧ и длительности защиты у ВИЧ-инфицированных.

При наличии ресурсов страны могут рассматривать ограниченное по времени проведение вакцинации девочек старше целевого возраста, которые тем не менее могут получить пользу от вакцинации.

4.3.2 Стратегии обеспечения вакцинации

Внедрение вакцинации новой вакциной новой целевой возрастной группы требует решения многочисленных логистических и программных вопросов. Внедрение новых программ вакцинации против ВПЧ требует применения уникальных и инновационных стратегий предоставления помощи, в том числе использования мест, где можно охватить образовательными мероприятиями и услугами значительное число девочек целевой возрастной группы, чтобы гарантировать завершение рекомендованного курса вакцинации.

⁵ Kartoglu U, Ozguler NK, Wolfson LJ, Kurzatkowski W. Validation of the shake test for detecting freeze damage to adsorbed vaccines. Bull World Health Organ. 2010;88:624–31 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/08-056879/en/>, accessed 18 July 2014).

⁶ Доступны по адресу: <http://vimeo.com/8381355> («Встряхни и скажи»); <http://vimeo.com/8389435> («Проба со встряхиванием шаг за шагом»)

⁷ Доступны по адресу: http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/

Согласно публикации *Информационная записка ВОЗ: комплексная профилактика рака шейки матки и борьба с ним – здоровое будущее для девочек и женщин 2013 г.*⁸ идеальная стратегия предоставления вакцинации против ВПЧ должна быть:

- совместимой с существующей инфраструктурой для вакцинации и возможностями поддержания «холодовой цепи»;
- доступной с финансовой точки зрения, рентабельной и жизнеспособной;
- способной достичь наибольшего возможного охвата.

На практике странам может потребоваться найти баланс между стратегиями увеличения охвата и наиболее выполнимыми, доступными с финансовой точки зрения и устойчивыми стратегиями.

Более того, информационная записка ВОЗ отражает информацию о предпочтении двух направлений: привлечение девочек, которые затем на протяжении жизни с меньшей вероятностью будут иметь доступ к скринингу рака шейки матки, и выбору подходов, которые предоставят возможность для интеграции с другими услугами по охране здоровья подростков.

Возможно, что ни одна стратегия предоставления помощи не может решить все задачи программы. В конечном счете для достижения высокого охвата и предотвращения дезорганизации уже оказываемых услуг при оптимизации ресурсов может потребоваться комбинация стратегий.

Это руководство предоставляет информацию о двух часто применяемых стратегиях: (1) вакцинации в лечебно-профилактических учреждениях и (2) мобильной вакцинации. Вакцинация на базе школ может рассматриваться как мобильная, поскольку она проходит за пределами лечебно-профилактических учреждений, в сообществах.

Каждая стратегия имеет свои «за» и «против», которые будут отмечены. Если целевая группа проживает как в городских, так и сельских сообществах, в том числе в местах, удаленных от лечебно-профилактических учреждений, если часть ее составляют мигранты и/или бездомные, тогда использование комбинации стратегий, вероятно, привлечет наибольшее число представителей целевой группы. Это следует принимать во внимание при разработке поддерживающих стратегий, например карточек вакцинации с целью мониторинга. Предоставление каждой девочке карточки вакцинации, поможет ей следить за графиком и дозами, даже если она будет проводиться в разных местах.

⁸ Хотя вакцинация против ВПЧ рекомендована для девочек до начала ими половой жизни, спрашивать перед вакцинацией, живет ли девочка половой жизнью, контрпродуктивно. Могут появиться слухи, что эта информация не останется конфиденциальной, вследствие этого некоторые девочки могут предпочесть не посещать дни вакцинации.

а. Вакцинация в лечебно-профилактических учреждениях

Этот метод предоставляет возможности для всех девочек, подлежащих вакцинации против ВПЧ, получить ее в определенном лечебно-профилактическом учреждении. Эта стратегия снижает транспортные расходы и расходы на персонал (например, командировочные) для системы здравоохранения, поскольку она основывается на том, что девочки придут в лечебно-профилактическое учреждение. Демонстрационные проекты в нескольких странах показали, что можно достичь высокого охвата, предлагая вакцинацию против ВПЧ в центрах первичной медицинской помощи там, где большинство девочек проживают рядом с ними, например, в городах. Показано, что охват при использовании этой стратегии повышается при проведении дней вакцинации с небольшими стимулами для пришедших девочек, в том числе коротким ожиданием, музыкой, групповым обсуждением и/или просмотром видео в комнате ожидания.

б. Мобильная вакцинация

В контексте иммунизации мобильность услуг подразумевает любые стратегии, требующие от работников здравоохранения покинуть лечебно-профилактическое учреждение, чтобы предоставить услуги по иммунизации в разнообразных фиксированных или передвижных точках вблизи от мест компактного пребывания девочек целевого возраста. Некоторые примеры таких мест включают общинные центры, здания школ, места богослужений (если это уместно и при наличии помощи ответственных лиц), а также другие места, где могут собираться девочки.

Стратегия вакцинации на базе школ (мобильная вакцинация)

Для девочек, проживающих в отдаленных сообществах, и тех, кто не может посещать лечебно-профилактические учреждения, оптимальной является стратегия вакцинации на базе школ. Чтобы отобрать подлежащих вакцинации, данная стратегия может избрать в качестве целевой группы всех девочек определенного школьного года/ступени/класса, где большинство будут в возрасте между 9 и 13 годами (например, 4-й год начальной школы) или девочек определенного возраста (например, всех 10-летних) независимо от того, к какому году обучения/ступени/классу они относятся в школе.

Помимо вакцинации, эта стратегия предоставляет возможность создавать или укреплять службы охраны здоровья в школах и способствует санитарному просвещению.

При наличии в школе программы охраны здоровья можно обучить школьного работника здравоохранения и поручить ему проведение вакцинации девочек целевой возрастной группы с небольшой дополнительной помощью из ближайшего центра первичной медицинской помощи.

Если же вакцинация на базе школ потребует присутствия в школе в течение нескольких дней иммунизационной бригады, такая стратегия может быть слишком затратной, особенно при небольшом количестве учащихся – девочек целевой возрастной группы или низкой посещаемости.

Там, где вакцинация на базе школ не достигает большого числа девочек, подлежащих вакцинации, поскольку они не учатся в данной школе или нерегулярно посещают ее, чтобы гарантировать справедливый доступ к вакцинации, эта стратегия должна быть дополнена другими, направленными на девочек, не обучающихся в школе. Учителя, общинные работники и местные общественные деятели могут играть важную роль в выявлении этих девочек, проведении санитарного просвещения, мотивировании и оказании им помощи в получении услуг по вакцинации в других местах.

Другие стратегии мобильной вакцинации

Там, где большая доля населения живет в местах с ограниченным доступом к медицинской помощи, а посещаемость школы девочками целевой возрастной группы низкая, может быть уместной стратегия проведения вакцинации в наиболее доступном месте. Чтобы обеспечить равноправный доступ к вакцинации для всех подростков, девочки из соседних сообществ, могут приходить на вакцинацию в наиболее доступное место. Чтобы охватить всех девочек полным курсом вакцинации, за период 6–12 месяцев будут нужны по крайней мере две сессии вакцинации.

Стратегия мобильной вакцинации может реализовываться по графику или нерегулярно, например в режиме «прочесывания» территории.

Роль медицинских работников на местах в мероприятиях мобильной вакцинации

Чтобы облегчить мобильную вакцинацию и принимая во внимание, что многие девочки целевой возрастной группы живут в бедных, удаленных и изолированных сообществах и не посещают школу, одним из подходов может быть обучение медицинских работников на местах (если это разрешено национальными руководящими указаниями):

- перевозить и хранить достаточное количество доз вакцины для всех девочек в возрасте от 9 до 13 лет в подходящем холодильном устройстве, например в сумке-холодильнике;

- вводить требуемые дозы вакцины девочкам, которые отвечают критериям отбора для вакцинации;
- записывать данные о вакцинации в стандартизованные формы.

Обучение и контроль за деятельностью медицинских работников на местах по консультированию, выявлению противопоказаний, безопасному и правильному выполнению инъекций успешно внедрены во многих странах в рамках вакцинации детей, введения контрацептивов для парентерального применения (ДМРА, Депо-Провера®), а также синдромального лечения пневмонии у детей и заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), у мужчин и женщин. Дополнительная информация представлена в Главе 3 «Мобилизация общественности, просвещение и консультирование». Привлечение и обучение медицинских работников на местах подробно описаны в Практических рекомендациях 3.7, рекомендации по безопасному выполнению инъекций – в Практических рекомендациях 4.4.



ПР 3.7

Привлечение и обучение
медицинских работников
на местах



ПР 4.4

Безопасность инъекций

4.3.3 Интеграция услуг

Проведение вакцинации против ВПЧ вместе с другими мероприятиями (например, дегельминтизацией или распространением противомоскитных сеток, обработанных инсектицидом), одновременное применение других вакцин соответственно возрасту (см. таблицу 4.1) и проведение санитарного просвещения по разнообразным вопросам, представляющим особый интерес для данной возрастной группы, могут способствовать совместному использованию ресурсов и знаний разными программами. Это послужит улучшению знаний и навыков общения у работников здравоохранения, оптимизирует затраты и логистику, повысит производительность и экономичность услуг. Стратегии мобильной вакцинации против ВПЧ хорошо интегрируются с другими мероприятиями по охране здоровья детей и подростков.

4.4 Мобилизация общественности

Успех вакцинации против ВПЧ зависит от создания высокого уровня осведомленности общественности с помощью мероприятий по обмену информацией, обучению и коммуникации (ИОК), а также консультирования родителей и влиятельных лиц в сообществах.

Оценка отношения к вакцинации против ВПЧ, знаний и представлений о ней до непосредственного проведения вакцинации может помочь персоналу программы преодолеть препятствия или деликатные вопросы, с которыми они могут столкнуться, например, боязнь побочных эффектов, заблуждения относительно

влияния вакцинации на фертильность. Кроме того, вакцинация против ЗППП, рекомендуемая только для девочек, может сбивать с толку родителей, приводить к ненужному сопротивлению вакцинации дочерей, которые еще не живут половой жизнью, несмотря на то что это тот возраст, в котором она приносит наибольшую пользу.

Привлечение через общественность широкого круга государственных и неправительственных заинтересованных сторон и создание коалиции с ними может содействовать успешному внедрению и осуществлению вакцинации против ВПЧ. Вакцинация на базе школ требует тесного взаимодействия министерств здравоохранения и образования, а также сотрудничества школьных должностных лиц на районном, региональном и местном уровнях.

Дополнительная информация по мобилизации общественности представлена в Главе 3.

4.5 Получение согласия/разрешения на вакцинацию девочки

Руководящие указания по получению информированного согласия можно почерпнуть из национального законодательства и нормативных документов. В целом, получение информированного согласия требует от работника здравоохранения полностью проинформировать пациента о пользе и опасностях любого планируемого вмешательства и затем получить устное или письменное согласие. Поскольку вакцинация в большинстве случаев проводится детям, которые слишком малы, чтобы давать согласие с точки зрения закона, согласие на вмешательство дают родители. Зачастую страны используют стратегию подразумеваемого согласия, когда согласие родителей выражается в том, что они добровольно привели ребенка на вакцинацию в лечебно-профилактическое учреждение.

Применительно к вакцинации против ВПЧ, девочки целевой группы уже не являются маленькими детьми и могут прийти на вакцинацию без родителей. Поскольку по закону они все еще несовершеннолетние, получение согласия родителей в большинстве стран все же требуется. Для этого необходимо информирование родителей и девочки о планируемой вакцинации и, как минимум, в зависимости от законов страны предоставление родителю возможности отказаться от вакцинации ребенка.

Некоторые органы здравоохранения могут требовать получения ясно изложенного письменного согласия родителей. Это потребует планирования, логистики и ресурсов; например, проведения учителями и школьными должностными лицами работы с девочками (школьницами), которые будут вакцинированы, чтобы заранее, до проведения вакцинации, получить согласие их родителей. Кроме того, родители/опекуны и девочки, которым проводится вакцинация против ВПЧ, должны быть полностью проинформированы о пользе и рисках вакцинации, чтобы согласиться на вакцинацию.

Могут возникать ситуации, когда девочка хочет быть вакцинированной, а ее родитель недвусмысленно отказывается дать согласие или это согласие не может быть дано. В этом случае дополнительным аргументом является соблюдение интересов ребенка. Международные этические принципы требуют от работника здравоохранения в первую очередь оценить, «способна» ли девочка принимать это решение: понимает ли она пользу, риски и последствия вакцинации и ее непроведения, и способна ли она решать за себя. Если девочку считают дееспособной в этом контексте, работник здравоохранения может решить провести вакцинацию. Важно знать эти принципы, особенно при работе с обособленным, неимущим населением, например девочками-сиротами, живущими на улицах или работающими далеко от своих семей. В некоторых странах существуют нормативные документы, разрешающие местным должностным лицам, например социальным работникам или школьным должностным лицам, в определенных обстоятельствах давать согласие за детей, находящихся под их ответственностью.

Наконец, в случаях, если родитель или опекун дал согласие на вакцинацию, но девочка отказывается от нее, следует уважать желание девочки, позволить ей уйти, пригласив прийти в другой раз, чтобы обсудить ее решение.

4.6 Мониторинг, оценка и устойчивость программ вакцинации против ВПЧ

4.6.1 Мониторинг

Чтобы проводить мониторинг выполнения программы вакцинации против ВПЧ и позже оценивать ее влияние, необходимо знать точное число девочек в данной популяции для расчета охвата вакцинацией. Важно иметь систему мониторинга, которая:

1. отслеживает поток информации и форм;
2. четко определяет, кто должен получать заполненные формы мониторинга, и когда они должны быть получены;
3. объясняет, что делать с информацией, тщательно собранной при мониторинге.

Поскольку вакцинация против ВПЧ рекомендуется как серия введений вакцины, необходим, по крайней мере, сбор и учет данных об охвате (какая по счету доза вакцины, возраст/день рождения и дата вакцинации) (см. Практические рекомендации 4.3 и Формы 6.1–6.3 в Приложении 6).

Для местной адаптации и применения доступно руководство *WHO HPV vaccination coverage monitor-*



ПР 4.3

Проведение
вакцинации



Приложение 6

Образцы документов
о вакцинации против
ВПЧ

*ing guide and too*⁹. Обобщенные методы сбора стандартных данных и отчетности, которые должны быть далее разработаны на национальном уровне, перечислены в Практических рекомендациях 4.5.



а. Мониторинг побочных эффектов иммунизации и сообщение о них

Побочные эффекты иммунизации (ПЭ) можно описать как нежелательные клинические явления, которые по времени связаны с иммунизацией, но могут быть обусловлены, а могут быть и не обусловлены, введением вакцины и процессом иммунизации. ПЭ варьируют от незначительных, например, легкие реакции в месте введения, до угрожающих жизни явлений, в том числе анафилактических реакций и, возможно, смерти. Хотя ПЭ могут быть вызваны самой вакциной, например аллергическая реакция, гораздо чаще ПЭ, о которых сообщают, – это случайные события, совпадающие с вакцинацией, но не имеющие к ней отношения, или явления, вызванные программной/человеческой ошибкой и компрометирующие качество вакцины.

Мониторинг безопасности вакцин против ВПЧ имеет огромное значение, поскольку это новая вакцина, назначаемая в возрастной группе, которая ранее не была целевой для вакцинации. Группы, по любым причинам противостоящие вакцинации, могут инициировать и поддерживать слухи о небезопасности вакцин, указывая на кажущуюся связь со случайными нежелательными явлениями, чтобы отговаривать население от вакцинации против ВПЧ. Поскольку неправильная информация может нанести ущерб приверженности вакцинации и мероприятиям по ее проведению, необходима надежная инфраструктура для мониторинга ПЭ, чтобы собирать информацию, которая поможет развеять слухи и продемонстрировать длительную безопасность вакцин против ВПЧ.

Можно выделить пять групп ПЭ¹⁰ :

1. Реакции, связанные с вакцинным препаратом – ПЭ, вызванные или спровоцированные вакциной вследствие одного или нескольких свойств вакцинного препарата (например, обширный отек конечности после введения АКДС).
2. Реакции, связанные с нарушением качества вакцины – ПЭ, вызванные или спровоцированные вакциной вследствие одного или нескольких дефектов качества вакцинного препарата, в том числе системы для его введения, предоставляемой производителем (например, неудачная попытка производителя полностью инактивировать серию полиомиелитной вакцины приводит к развитию паралитической формы полиомиелита).

⁹ Доступна по адресу: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/ru/>

¹⁰ Дополнительная информация о предлагаемой ВОЗ классификации ПЭ иммунизации доступна по адресу <http://vaccine-safety-training.org/classification-of-aefis.html>

3. Реакции, связанные с ошибками при проведении иммунизации, – ПЭ, которые вызваны ненадлежащим обращением с вакцинным препаратом, его назначением или введением и которые можно предотвратить (например, передача инфекции через загрязненный флакон с несколькими дозами вакцины).
4. Реакции, связанные с боязнью иммунизации, – ПЭ, обусловленные страхом, вызванным иммунизацией (например, обморок у подростка во время/после иммунизации).
5. Случайные события – ПЭ, которые вызваны любыми причинами, кроме применения вакцинного препарата, ошибок при проведении иммунизации и боязни иммунизации (например, лихорадка, возникшая во время вакцинации, но на самом деле обусловленная малярией).

Распространенные легкие побочные реакции вакцин против ВПЧ, проходящие самостоятельно и редко требующие лечения, включают покраснение, боль и отек в месте введения, лихорадку, головокружение, тошноту и обморок (см. раздел 4.22).

Тяжелые побочные эффекты чрезвычайно редки. С вакцинацией против ВПЧ могут быть связаны анафилактические реакции. Следует соблюдать меры предосторожности, чтобы избегать вакцинации девочек, имевших ранее аллергические реакции на компоненты вакцины. При подозрении на анафилактическую реакцию должно быть неотложно начато необходимое лечение. Эти девочки не должны получать вакцины против ВПЧ повторно или другие вакцины, имеющие сходные компоненты.

Должна существовать система, облегчающая неотложное сообщение о ПЭ и их расследование. Национальные надзорные органы и национальные группы технических советников по иммунизации (NITAG) должны играть проактивную роль в расследовании сообщений о тяжелых побочных эффектах, чтобы оценить, есть ли связь с вакциной против ВПЧ, и разработать основные положения предоставляемой информации, чтобы бороться со слухами.

О всех предполагаемых ПЭ следует немедленно сообщать в органы здравоохранения с помощью стандартной формы сообщения о ПЭ (см. Практические рекомендации 4.6 и Форму 6.4 в Приложении 6).



Тяжелые явления, такие, как смерть, госпитализация или локальная концентрация ПЭ, должны быть расследованы быстро (в течение 48 часов). Очень важно быть готовыми к возникновению ПЭ и иметь план управления рисками ПЭ.

4.6.2 Оценка

ВОЗ рекомендует, чтобы все страны, внедрившие новую вакцину, через 6–12 месяцев провели оценку. ВОЗ опубликовала рекомендации *New vaccine post-introduction evaluation (PIE) tool* [Метод оценки новых вакцин после внедрения], которые представляют систематический метод оценки влияния внедрения вакцины на существующую систему иммунизации в стране¹¹. Инструмент PIE предназначен для менеджеров, занимающихся иммунизацией в странах, которые внедрили новую или недостаточно используемую вакцину. На сайте ВОЗ в разделе «Иммунизация, вакцины и биологические препараты» представлен специальный инструмент PIE для внедрения вакцин против ВПЧ¹².

4.6.3 Устойчивость

Устойчивость любой новой программы следует проанализировать еще до ее осуществления. В случае вакцинации против ВПЧ это включает тщательную оценку ущерба, наносимого раком шейки матки, величины целевой группы и ее распределения между городом и сельской местностью, предполагаемых затрат и доступных ресурсов. Кроме того, следует принимать во внимание затраты на изменение инфраструктуры, обучение и контроль, свободное время персонала. На основании оценки министерство здравоохранения (МЗ) может принять решение запросить дополнительную поддержку у министерства финансов для мобилизации ресурсов, а также у международных агентств, чтобы получить вакцину бесплатно или с большой скидкой. Когда ресурсы гарантированы, нужно определить стратегию внедрения. Может быть проведена оценка рентабельности, и на основании ее результатов с учетом бремени рака шейки матки в стране, стоимости его лечения, а также стоимости вакцин против ВПЧ и отдаленных благоприятных последствий их применения для общественного здоровья приняты стратегические решения о том, внедрять вакцинацию против ВПЧ или нет и как это делать.

Примеры важных аспектов планирования жизнеспособности представлены в Главе 2, в разделе, посвященном разработке национальной стратегии. Полезная информация об иммунизации и вакцинах представлена также на сайте ВОЗ, на странице «Планирование и финансирование иммунизации»¹³ и в *WHO–UNICEF guidelines for developing a comprehensive MultiYear Plan (cMYP) for immunization/vaccines* [Руководство ВОЗ–ЮНИСЕФ по комплексному многолетнему планированию в иммунизации]¹⁴.

После изучения этих вопросов лица, принимающие решения, должны определить, насколько доступна с финансовой точки зрения и устойчива предложенная программа.

¹¹ См.: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/

¹² Доступен по адресу: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>

¹³ Доступна по адресу: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/ru/

¹⁴ Доступен по адресу: http://www.who.int/immunization/documents/control/WHO_IVB_14.01/en/

- Если решено, что в настоящее время она доступна с финансовой точки зрения и потенциально устойчива, они должны выделить необходимые финансовые средства более чем на один год.
- Если программа в предложенном виде не доступна с финансовой точки зрения и/или потенциально неустойчива, предложение должно быть пересмотрено и изменено с позиций уменьшения стоимости, где это возможно, в том числе путем изменения приоритетной целевой группы и/или стратегии предоставления помощи.

Дополнительная литература

Полезные веб-сайты:

ВОЗ о вирусе папилломы человека (ВПЧ):

www.who.int/immunization/topics/hpv

Эта страница предоставляет информацию о бремени инфекции, вызываемой ВПЧ, характеристиках и безопасности вакцин против ВПЧ. Она включает ссылки на:

- информационный центр по внедрению вакцины против ВПЧ, располагающий техническими документами ВОЗ и доступом к партнерам по различным программным аспектам внедрения вакцинации против ВПЧ, в том числе по взаимодействию и связям с другими направлениями охраны здоровья подростков;
- документы, отражающие позицию ВОЗ в отношении вакцинации против ВПЧ (включая их переводы);
- основные положения и техническую информацию о вакцинах против ВПЧ для лиц, формирующих политику, и работников здравоохранения;
- руководство для стран по стратегии и программе вакцинации против ВПЧ;
- данные о заболеваемости раком шейки матки и смертности от него в мире.

ВОЗ о ресурсах программы вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ):

www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources

Эта страница включает дополнительные ссылки на:

- образовательный пакет для внедрения вакцинации против ВПЧ (материалы для обучения работников здравоохранения);
- расчетные данные ВОЗ о численности населения в возрасте от 9 до 13 лет в разбивке по возрасту, полу и странам на 2010–2020 гг.;
- инструмент расчета стоимости профилактики рака шейки матки и борьбы с ним ВОЗ (C4P);
- другие методы и материалы, разработанные ВОЗ и имеющие отношение к внедрению вакцинации против ВПЧ.

Обучающий онлайн-курс ВОЗ «Основы безопасности вакцин»:

<http://vaccine-safety-training.org/classification-of-aefis.html>

Этот курс состоит из шести модулей, включая Модуль 3, посвященный побочным эффектам иммунизации и их классификации.

Альянс GAVI – заявка на помощь:

www.gavialliance.org/support/apply/

Эта веб-страница предоставляет информацию и помощь по составлению заявки на поддержку демонстрационных программ или внедрение вакцинации против ВПЧ от GAVI (только для стран – членов Альянса).

Рекомендации ВОЗ по стандартной иммунизации – итоговые таблицы:

http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/

Эта веб-страница регулярно обновляется при появлении новых данных и любых изменениях рекомендаций.



5

**ГЛАВА 5.
СКРИНИНГ И ЛЕЧЕНИЕ
ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ**

Глава 5. Скрининг и лечение предраковых заболеваний шейки матки

5

Глава 5. Скрининг и лечение предраковых заболеваний шейки матки

Основные положения

- Ранняя диагностика посредством скрининга, охватывающего всех женщин целевой возрастной группы, и лечение выявленных предраковых заболеваний шейки матки могут предотвратить большинство случаев рака шейки матки.
- Обследование в рамках скрининга рака шейки матки должно быть проведено хотя бы один раз каждой женщине целевой возрастной группы, в которой оно приносит наибольшую пользу, – группы женщин в возрасте от 30 до 49 лет.
- По крайней мере одно обследование в рамках скрининга рака шейки матки рекомендуется каждой женщине целевой возрастной группы. Эта группа может быть расширена за счет включения женщин моложе 30 лет при наличии данных о высоком риске CIN2+.
- Обследование на наличие ВПЧ, цитологическое исследование и осмотр шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA) рекомендованы в качестве методов скрининга.
- Чтобы профилактика рака шейки матки была эффективной, женщины с положительным результатом обследования в рамках скрининга должны получать эффективное лечение.
- Рекомендуется использовать либо стратегию «скрининг и лечение», либо стратегию «скрининг, диагностика и лечение».
- Решение о том, какой подход к скринингу и лечению будет использован в данной стране или данном лечебно-профилактическом учреждении, должно быть основано на учете ряда факторов, в том числе преимуществ и недостатках, вероятности выбыть из-под наблюдения, стоимости, доступности необходимого оборудования и персонала.
- При использовании подхода «скрининг и лечение» решение о проведении лечения основано на результатах обследования в рамках скрининга, а лечение проводится вскоре или, в идеале, сразу после их получения (т.е. без дополнительной диагностики).
- Подход «скрининг и лечение» снижает число выбывших из-под наблюдения и может уменьшить интервал времени до получения лечения.
- При отрицательном результате VIA или цитологического исследования следующее обследование в рамках скрининга следует проводить через 3–5 лет.
- При отрицательном результате обследования на наличие ВПЧ следующее обследование в рамках скрининга следует проводить не менее чем через 5 лет.

- Если во время обследования в рамках скрининга заподозрен инвазивный рак, лечение на месте не начинают. Женщину направляют на обследование и лечение рака шейки матки в лечебно-профилактическое учреждение.
- Криотерапия и петлевая электроэксцизия шейки матки (LEEP) – эффективные и адекватные методы лечения большинства женщин, у которых при скрининге выявлены предраковые заболевания шейки матки.

О чем говорится в этой главе

Эта глава основана на следующих руководствах ВОЗ.

Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes [Мониторинг национальных программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним: контроль и обеспечение качества программ, основанных на осмотре шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA)]. Geneva: WHO; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>).

WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention [Рекомендации ВОЗ по скринингу и лечению предраковых заболеваний для профилактики рака шейки матки]. Geneva: WHO; 2013 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/).

WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and adenocarcinoma in situ [Рекомендации ВОЗ по лечению цервикальной интраэпителиальной неоплазии 2–3 степени и аденокарциномы in situ]. Geneva: WHO; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104174/1/9789241506779_eng.pdf).

WHO guidelines: use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia [Рекомендации ВОЗ: применение криотерапии для лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии]. Geneva: WHO; 2011 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241502856/en/>).

WHO technical specifications on cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer [Техническое описание криохирургического оборудования для лечения предраковых заболеваний и профилактики рака шейки матки ВОЗ]. Geneva: WHO; 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241504560/en/>).

Эта глава предоставляет подробную информацию о скрининге и лечении предраковых заболеваний шейки матки. Она включает семь основных разделов. Главу начинает описание роли работников здравоохранения (раздел 5.1). Затем следует обзор вопросов, связанных со скринингом рака шейки матки, в том числе преимуществ, рисков и этических аспектов (раздел 5.2). В разделе 5.3

описаны доступные методы скрининга (молекулярный тест на ВПЧ, визуальный и цитологический скрининг), сравниваются их преимущества, достоинства и ограничения.

Раздел 5.4 содержит обзор диагностических методов (кольпоскопия, биопсия и выскабливание цервикального канала), используемых для подтверждения и уточнения локализации патологии у некоторых женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга. В разделе 5.5 подробно описаны варианты лечения выявленных предраковых заболеваний (криотерапия, LEEP и ножевая конизация шейки матки), в том числе показания, достоинства и ограничения каждого из методов. Раздел 5.6 посвящен осложнениям и наблюдению после лечения.

Наконец, раздел 5.7 этой главы подчеркивает необходимость сопряженности скрининга и лечения для всех женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга для того, чтобы повлиять на заболеваемость и смертность при раке шейки матки. Программные стратегии, которые могут применяться для успешного осуществления этой ключевой связи, – это подход «скрининг и лечение» и «скрининг, диагностика и лечение». Оба они обсуждаются в этом разделе.

Рекомендации по скринингу, диагностике и лечению в рамках программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним, представленные в этой главе, разработаны в соответствии с критериями ВОЗ и принципами доказательной медицины и дают руководство к действию для руководителей программ и работников здравоохранения.

Практические рекомендации, относящиеся к этой главе, содержат информацию, необходимую для лиц, оказывающих медицинскую помощь, и касающуюся этапов получения информированного согласия, проведения гинекологического осмотра, использования каждого из обсужденных методов скрининга и лечения. Практические рекомендации 5.7 включают рекомендации по консультированию больных с положительным результатом обследования в рамках скрининга.



Консультирование при
положительном результате
скрининга

История Марии

Мария, 40-летняя жительница Никарагуа, вместе с мужем и тремя детьми проживает в сельской общине. Местный медицинский работник пришел к ней и сообщил, что она находится в том возрасте, когда женщина должна пройти обследование, чтобы выяснить, есть ли изменения шейки матки, которые могут усугубляться в отсутствие лечения и, в конечном счете, много лет спустя привести к раку. Мария была приглашена посетить клинику в соседней общине, куда придет группа медицинских сестер из местного госпиталя и будет проводить обследование всех женщин в возрасте от 30 до 49 лет для исключения предраковых заболеваний шейки матки. Она узнает результат обследования перед тем, как вернуться домой. Все женщины, которым будет нужно лечение, могут получить его в тот же день. За несколько дней до назначенной даты, в общину, где живет Мария, пришла медицинская сестра и собрала всех женщин, чтобы рассказать им о методе обследования, который будет применяться, и о методах лечения. Она сказала, что ни обследование, ни лечение не вызывают боли, но могут сопровождаться дискомфортом.

В назначенный день Мария и еще 10 женщин из ее общины вместе с местным медицинским работником пошли в клинику. Вместе с младшей медицинской сестрой они разместились в уединенном месте, где у каждой женщины собрали сведения о состоянии ее здоровья, и каждой ответили на все ее вопросы. Обследование проводилось в отдельной комнате. После того как Мария оделась, ей сказали, что ее шейка матки не изменена, но ей нужно повторять обследование каждые пять лет. Из 10 женщин, пришедших вместе с ней, двум сказали, что у них есть небольшие изменения шейки матки, которые требуют лечения, чтобы на их фоне не развилось заболевание. Одна женщина решила получить лечение в тот же день, другая решила, что хочет вернуться вместе со своим партнером в клинику, проводящую наблюдение и расположенную в том же месте, через неделю. Обе женщины, которым потребовалось лечение, были рады, что пришли в клинику, и довольны своим опытом. Позже они рекомендовали своим родственницам и подругам в возрасте от 30 до 49 лет последовать их примеру: пройти обследование и при необходимости лечение, чтобы у них тоже не было рака шейки матки.

5.1 Работники здравоохранения

5.1.1 Роль работников здравоохранения

Работник здравоохранения – центральная фигура любого координированного мероприятия, направленного на улучшение общественного здоровья в рамках профилактики рака шейки матки и борьбы с ним. Задача работников здравоохранения всех уровней – обеспечить осведомленность женщин о раке шейки матки, гарантировать оказание качественных услуг, а также надлежащее наблюдение или лечение при положительном результате обследования в рамках скрининга или при инвазивном раке шейки матки. Работники здравоохранения действуют в координации друг с другом, министерством здравоохранения, разработчиками и менеджерами программы, медицинскими работниками на местах, чтобы гарантировать эффективность программы.

5.1.2 Кто может проводить качественный скрининг?

После обучения с учетом компетентности любой работник здравоохранения, знающий, как выполнять осмотр шейки матки в зеркалах, может проводить любое обследование в рамках скрининга (т. е. медицинская сестра, младшая медицинская сестра, квалифицированная акушерка, фельдшер или врач). Более подробная информация об обучении работников здравоохранения в сообществах представлена в Практических рекомендациях 3.7.



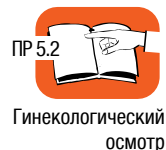
ПР 3.7

Привлечение и обучение медицинским работникам на местах

5.1.3 Сбор анамнеза, гинекологический осмотр и подготовка к обследованию в рамках скрининга

- Перед обследованием в рамках скрининга женщинам следует предоставить необходимую информацию, провести консультирование, собрать у них анамнез, получить информацию о социальном и семейном положении, а также провести обычный гинекологический осмотр. Ниже более подробно описана роль работников здравоохранения на этом этапе.
- Из-за стигматизации, связанной с гинекологическими заболеваниями, женщины часто неохотно говорят о том, что их беспокоит, а также об имеющихся у них симптомах. Чтобы установить и поддерживать доверительные отношения, нужно гарантировать конфиденциальность и соблюдение врачебной тайны.
- В рамках общего санитарного просвещения следует обсудить преимущества и риск скрининга рака шейки матки (см. раздел 5.2.3). Женщины должны понимать, что скрининг – это НЕ тест на рак; он выявляет женщин, у которых рак может развиваться в будущем. Предоставление общих сведений о том, как тест работает, может способствовать уменьшению беспокойства и страхов.

- Неотъемлемыми составляющими гинекологического осмотра являются осмотр наружных половых органов и осмотр шейки матки в зеркалах (см. Практические рекомендации 5.2). На каждом этапе осмотра работник здравоохранения должен объяснять женщине, что он делает. При выявлении патологии он должен сообщить об этом женщине, не пугая ее. Лучше сделать это после завершения осмотра.
- Некоторым женщинам проведение физикального исследования работниками здравоохранения женского пола может помочь преодолеть нежелание проходить гинекологический осмотр и сыграть решающую роль в том, чтобы сделать скрининг рака шейки матки приемлемым. Если работник здравоохранения – мужчина, присутствие другой женщины в комнате (спутницы обследуемой или сотрудницы клиники) может уменьшить тревогу.



5.1.4 Другие заболевания, выявленные при проведении обследования в рамках скрининга

Женщина и ее здоровье должны быть в фокусе профилактических программ. По возможности работники здравоохранения должны внедрять всесторонний подход к выявлению и лечению проблем сексуального и репродуктивного здоровья. Они должны уделять особое внимание симптомам, которые могут быть вызваны раком шейки матки, заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП), или другими заболеваниями, выявленными при сборе анамнеза или гинекологическом осмотре. Женщинам, у которых выявлена патология, не связанная с предраковыми заболеваниями и раком шейки матки, назначают соответствующее лечение или направляют их на дальнейшее обследование. Кроме того, женщине следует предоставить возможность самой сказать, какие проблемы сексуального и репродуктивного здоровья, (например, нерешенные вопросы планирования семьи) ее беспокоят.

5.2 Скрининг рака шейки матки

5.2.1 Что такое скрининг?

Скрининг – это мероприятие, проводимое в сфере охраны общественного здоровья и осуществляемое в целевых группах лиц, не предъявляющих жалоб. Скрининг проводят не для того, чтобы диагностировать заболевание, а чтобы выявить лиц с высоким риском развития этого заболевания или его предвестников.

Программы скрининга возможны не для всех заболеваний. Чтобы быть объектом программы скрининга, заболевание должно соответствовать следующим критериям:

- Заболевание должно иметь серьезные последствия для общественного здоровья.
- Заболевание должно иметь выявляемую доклиническую стадию (когда оно протекает бессимптомно).
- Лечение заболевания на доклинической стадии должно благоприятно влиять на его отдаленный прогноз.
- Лечение лиц с положительным результатом обследования в рамках скрининга должно быть доступно и достижимо.

Естественное течение, методы скрининга и лечения предраковых заболеваний шейки матки соответствуют этим критериям.

5.2.2 Скрининг рака шейки матки: обзор

Цель программ скрининга рака шейки матки – обследовать наибольшую возможную долю женщин, являющихся целевой группой для национальной программы, и гарантировать надлежащее лечение всех, у кого выявлен положительный результат или патология при обследовании в рамках скрининга. Вопросы разработки программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним обсуждаются в Главе 2.

5.2.3 Преимущества и риски скрининга рака шейки матки

В то время как эффективные профилактические программы обещают резко снизить заболеваемость раком шейки матки, любое крупномасштабное мероприятие по скринингу, направленное на здоровое население, может иметь как положительные, так и отрицательные последствия.

Основной положительный результат скрининга – это снижение заболеваемости раком шейки матки за счет выявления и лечения предраковых заболеваний до того, как на их фоне развился рак. Кроме того, обследование в рамках скрининга может выявить рак шейки матки ранних стадий, который может быть успешно излечен.

Скрининг сам по себе не имеет профилактической ценности. Необходима связь скрининга с лечением. Если создание такой связи невозможно, то программа скрининга скорее всего не повлияет на заболеваемость раком шейки матки. Внедрение профилактической программы может также благоприятно повлиять на качество работы лечебно-профилактических учреждений и оказываемой медицинской помощи, а именно: способствовать улучшению инфраструктуры, современному обучению работников здравоохранения, повышению осведомленности женщин о проблемах репродуктивного здоровья, созданию программы контроля и гарантии качества (см. Главу 2).

Один из рисков скрининга, который относится ко всем описанным методам, – тот или иной уровень гипердиагностики предраковых заболеваний (т. е. ложноположительных результатов), которая приводит к ненужному лечению женщин, у которых в действительности на момент обследования риск рака шейки матки не повышен. Тем не менее польза раннего выявления предраковых заболеваний шейки матки (т. е. истинно положительных результатов), если доступно лечение, которое предупреждает прогрессирование в инвазивный рак, существенно перевешивает относительно незначительные последствия применения любого из описанных методов лечения.

Другая, более существенная опасность скрининга – это опасность ложноотрицательного результата, т. е. невыявления болезни и, следовательно, упущенной возможности лечения предракового заболевания или раннего рака шейки матки.

Следует принять меры для того, чтобы скрининг проводился только в целевой группе населения, определенной национальной программой, и чтобы были выделены надлежащие ресурсы, обеспечивающие обследование и необходимое наблюдение 100% женщин этой группы.

Программа скрининга должна гарантировать также наличие функционирующей системы направления пациенток для того, чтобы женщины, у которых выявлен рак шейки матки, получили соответствующее направление на консультацию и лечение.

5.2.4 Характеристики хорошего метода скрининга

Хороший метод скрининга должен быть:

- точным (исследование должно давать правильный результат);
- воспроизводимым (повторное исследование должно давать тот же результат);
- недорогим (метод должен быть доступен системе здравоохранения как с финансовой точки зрения, так и с точки зрения человеческих ресурсов, а также всем пациентам и их семьям с точки зрения доступности необходимых услуг);
- относительно легким (метод должен быть несложным в выполнении и наблюдении за женщинами с выявленной патологией);
- приемлемым (исследование должно хорошо переноситься пациентами и работниками здравоохранения);
- безопасным (методы обследования и лечения лиц с положительным результатом обследования должны иметь минимальные побочные эффекты или не иметь их);
- доступным (метод должен быть доступным для всей целевой группы населения).

Лица, принимающие решение на самом высоком уровне, должны выбрать, методы скрининга и лечения для внедрения в существующих условиях. Этот выбор должен учитывать характеристики метода, возможность выполнения на каждом из уровней системы здравоохранения, его экономичность и осуществимость, а также потенциал для охвата всей целевой группы. Это может привести, например, к выбору разных методов скрининга для города и сельской местности.

Теоретически, лучший метод скрининга – тот, который имеет самый низкий уровень ложноотрицательных (т. е. когда результат теста отрицательный/ нормальный, а у женщины в действительности есть патология) и одновременно самый низкий уровень ложноположительных (т. е. когда результат положительный, а у женщины в действительности нет патологии) результатов. Ложноотрицательные результаты могут повышать риск развития рака, если частые обследования в рамках скрининга недоступны, а ложноположительные ведут к ненужному лечению и повышенному беспокойству женщин.

На практике важно выбрать наиболее подходящий метод скрининга с позиции как условий, в которых будет внедряться программа, так и человеческих, финансовых и инфраструктурных ресурсов, доступных для применения выбранного метода. Метод должен подходить для популяционных программ скрининга, чтобы гарантировать охват всей целевой группы, а не только той ее части, которая имеет лучший доступ к службам здравоохранения. Для обеспечения длительной устойчивости программы система здравоохранения должна иметь возможности поддерживать необходимое оборудование в надлежащем состоянии и восполнять расходные материалы. Выбор лучшего метода – это компромисс между всеми этими факторами.

5.2.5 Возраст проведения и периодичность скрининга

Рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о возрасте целевых групп и периодичности обследований основаны на имеющихся на момент публикации данных и информации о естественном течении инфекции, вызываемой ВПЧ, и предраковых заболеваний шейки матки (см. Главу 1). Инфекция, вызываемая ВПЧ онкогенных типов, очень распространена среди молодых женщин, но в большинстве случаев носит преходящий характер: организм женщины самостоятельно элиминирует вирус. Только небольшая доля случаев инфекции, вызываемой ВПЧ, персистирует в течение многих лет и приводит к раку шейки матки. Рак шейки матки обычно развивается медленно. Развитие инвазивного рака из предраковых заболеваний шейки матки занимает 10–20 лет. Таким образом, рак шейки матки редко встречается в возрасте до 30 лет. Обследование молодых женщин в рамках скрининга выявит множество случаев патологии, которая никогда не вызовет рак шейки матки, что приведет к ненужному лечению значительного числа больных и, таким образом, не является рентабельным.

Скрининг рака шейки матки не следует начинать в возрасте до 30 лет. Даже однократное обследование женщин в возрасте от 30 до 49 лет, уменьшит количество смертей от рака шейки матки. Обследование в рамках скрининга рекомендуется всем женщинам данной целевой возрастной группы. Однако она может быть расширена за счет включения женщин моложе 30 лет при наличии данных о высоком риске CIN2+.

Решения о целевой возрастной группе и частоте обследований в рамках скрининга обычно принимают на национальном уровне на основании местных данных о частоте предраковых заболеваний и рака шейки матки женщин в данной возрастной группе, числе новых случаев рака шейки матки, зарегистрированных за последние два или три года, доступности ресурсов и инфраструктуры, а также других факторов, таких, как распространенность ВИЧ-инфекции.

Чтобы обеспечить максимальный эффект с точки зрения уменьшения страданий и снижения смертности при раке шейки матки, следует отдавать предпочтение максимальному увеличению охвата¹ и лечению, а не увеличению числа обследований в рамках скрининга, проведенных в течение жизни женщины. Это утверждение справедливо для всех женщин независимо от наличия ВИЧ-инфекции.

Женщинам с отрицательным результатом осмотра шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA) или цитологического исследования следующее обследование в рамках скрининга следует проводить через 3–5 лет. У женщин с отрицательным результатом обследования на наличие ВПЧ следующее обследование в рамках скрининга следует проводить не менее чем через 5 лет. При отрицательном результате последующего обследования, а также у женщин более старшего возраста интервал между обследованиями может быть более 5 лет. Женщины, которым провели лечение предраковых заболеваний шейки матки, должны быть обследованы через 12 месяцев после лечения.

а. Скрининг ВИЧ-инфицированных женщин

Рекомендации по скринингу рака шейки матки у ВИЧ-инфицированных женщин представлены ниже.

- Обследование в рамках скрининга предраковых заболеваний и рака шейки матки показано всем девочкам и женщинам, живущим половой жизнью, как только у них выявлена ВИЧ-инфекция независимо от возраста.

¹ Охват – это доля женщин целевой возрастной группы, обследуемых в рамках скрининга в течение заданного периода времени через рекомендуемые интервалы. Число проведенных обследований не является охватом, поскольку оно может повышаться за счет женщин, не входящих в целевую группу, и женщин, обследуемых чаще, чем рекомендовано.

- При отрицательном результате обследования у ВИЧ-инфицированной женщины (т.е. при отсутствии признаков предраковых заболеваний шейки матки) обследование повторяют через 3 года.
- ВИЧ-инфицированные женщины, которым провели лечение предраковых заболеваний шейки матки, должны быть обследованы через 12 месяцев после лечения.

У ВИЧ-инфицированных женщин повышен риск персистирующей инфекции, вызываемой ВПЧ, и предраковых заболеваний шейки матки. Кроме того, у ВИЧ-инфицированных женщин инвазивный рак шейки матки развивается раньше и быстрее может привести к смерти. Поскольку предраковые заболевания шейки матки развиваются у ВИЧ-инфицированных женщин в более молодом возрасте, а время прогрессирования в инвазивный рак короче, им рекомендуют другой график обследований в рамках скрининга. При отрицательном результате обследования в рамках скрининга повторное обследование повторяют через 3 года (см. схему принятия решения для стратегии «скрининг и лечение» при наличии ВИЧ-инфекции в Приложении 9). Любой из описанных в этой главе методов скрининга (VIA, обследование на наличие ВПЧ и цитологическое исследование) могут использоваться у ВИЧ-инфицированных женщин. То же касается методов лечения: криотерапии и петлевой электроэксцизии шейки матки (LEEP).



Приложение 9

Стратегия «скрининг и лечение» ВИЧ+

Скрининг ВИЧ-инфекции не обязателен для проведения скрининга рака шейки матки. Однако в районах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции такой скрининг необходим, чтобы женщины знали о наличии или отсутствии у них ВИЧ-инфекции и при положительном результате были проконсультированы о его значении, получили надлежащее лечение и наблюдение. Как описано в Главе 2, в странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции помощь в рамках борьбы с раком шейки матки принесет наибольшую пользу женщинам при двусторонней интеграции с помощью в рамках борьбы с ВИЧ-инфекцией. Так, всем женщинам, проходящим скрининг ВИЧ-инфекции либо скрининг рака шейки матки, нужно предлагать пройти оба скрининга. Нередко женщина впервые узнает о наличии у нее ВИЧ-инфекции при обследовании в рамках скрининга рака шейки матки.

5.2.6 Этические вопросы программ скрининга рака шейки матки

Решения, как лучше использовать скудные ресурсы для диагностики и лечения предраковых заболеваний шейки матки, должны приниматься с учетом заболеваемости и смертности от рака шейки матки и вероятности успеха мероприятий, направленных на уменьшение страданий и смертности, по сравнению с использованием этих скудных ресурсов для профилактики других заболеваний и борьбы с ними.

С этой точки зрения рак шейки матки наносит огромный ущерб в виде потери трудоспособности и смертности, а мероприятия (скрининг и лечение предраковых заболеваний) могут предотвратить большинство случаев болезни. Это делает использование доступных ресурсов для профилактики рака шейки матки и борьбы с ним рациональным и этически обоснованным выбором.

Хотя приоритетность программ определяют обычно на национальном уровне, работники здравоохранения должны понимать причины этих решений, чтобы мотивированно внедрять программы, представлять структуру затрат и объяснять приоритеты программы своим пациенткам.

Чтобы гарантировать соблюдение этических норм и равноправный доступ к медицинской помощи, до внедрения программы скрининга необходимо учесть следующее:

- Скрининг и лечение предраковых заболеваний шейки матки, а также лечение рака шейки матки должны быть доступны всем женщинам целевой возрастной группы, в том числе относящимся к наиболее бедным, уязвимым и трудно достижимым группам.
- Лечение должно быть доступно и достижимо. Кроме того, должны быть доступны диагностические (или подтверждающие) исследования (если они включены в программу) и надлежащее наблюдение после их проведения.
- Чтобы гарантировать информированное принятие решения об обследовании в рамках скрининга и лечении, должно проводиться санитарное просвещение пациенток, общественности и обучение работников здравоохранения.
- Системы хранения информации о больных и оказание им помощи должны гарантировать конфиденциальность.
- Работники здравоохранения должны быть надлежащим образом обучены и иметь четкие рекомендации о наблюдении и лечении женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга.
- Должна существовать система направления пациенток по поводу любых заболеваний, выявленных при обследовании в рамках скрининга, в том числе для:
 - лечения рака шейки матки и паллиативной помощи;
 - лечения другой патологии репродуктивных органов.

а. Информированные выбор и согласие

Информированный выбор. Пациентке предоставляется достаточно информации для того, чтобы она смогла сделать информированный выбор в отношении того, согласиться ли на обследование или предлагаемые работниками здравоохранения мероприятия, или отказаться от них. Эта информация, которая будет повторена и подтверждена непосредственно перед вмешательством, должна включать (в случае профилактики рака шейки матки) сведения о

значении и последствиях положительного результата, доступности лечения, а также о риске, с которым может столкнуться женщина, если она откажется от обследования в рамках скрининга и связанного с ним лечения.

Информированное согласие. Пациент/ка дает устное или письменное разрешение на проведение процедуры или теста, после того как он/она получили достаточно информации, чтобы сделать информированный выбор.

И информированное согласие, и информированный выбор основаны на этических принципах независимости и уважения личности. Во многих культурах понятие согласия может подразумевать коллективное принятие решения, в котором участвуют другие лица, например муж/партнер, члены семьи и/или сельские лидеры. Точная информация, предоставленная посредством санитарного просвещения и консультирования, может гарантировать, что женщины и члены их семей будут понимать, что такое рак шейки матки, у кого высок риск этого заболевания, как скрининг снижает этот риск и каковы любые потенциальные неблагоприятные последствия скрининга или лечения. После получения этой информации именно женщина делает выбор, пользуясь советом и поддержкой близких. Работник здравоохранения должен осознавать, что женщина может быть объектом принуждения, и стараться, чтобы она приняла решение без такового.

Рекомендации по получению информированного согласия представлены в Практических рекомендациях 5.1.



Информированное согласие

5.2.7 Профилактика инфекций в программах скрининга рака шейки матки

Во всех случаях оказания медицинской помощи следует уделять особое внимание профилактике инфекций. Работники здравоохранения должны надевать чистые перчатки на обе руки при проведении осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального исследования, получения материала для исследований, выполнения таких процедур, как криотерапия. Во время инвазивных процедур, таких как LEEP, следует использовать стерильные перчатки.

Для профилактики передачи возбудителей инфекций, в том числе ВИЧ, необходимо тщательно соблюдать рекомендации по мытью рук, обработке инструментов и обращению с использованными инструментами и материалами, в том числе с перчатками. Универсальные меры профилактики инфекций и борьбы с ними (см. Приложение 3) следует соблюдать при оказании медицинской помощи всем пациенткам независимо от того, выглядят они здоровыми или больными, известно о том, что они инфицированы ВИЧ, или нет. Соблюдая их, работники здравоохранения защищают от инфекций и своих пациенток, и себя. Нужно,



Профилактика инфекций и борьба с ними

чтобы женщина, обследуемая в рамках скрининга, видела, что работник здравоохранения соблюдает рекомендации по профилактике инфекций (например, мытье рук, смена перчаток). Это устраняет тревожность в отношении безопасности и соблюдения гигиены.

5.3 Методы скрининга предраковых заболеваний шейки матки

Еще несколько лет назад единственным методом скрининга рака шейки матки было исследование мазка по Папаниколау или цитологическое исследование мазков с шейки матки. В странах с высоким уровнем доходов, где этот метод использовался для популяционного скрининга в течение более чем трех десятилетий, существенно снизилась заболеваемость раком шейки матки и смертность от него. Однако популяционный цитологический скрининг в странах с низким и средним уровнем доходов часто неэффективен, поскольку финансовые вложения для создания и поддержания необходимой инфраструктуры здравоохранения, в том числе лабораторных и квалифицированных человеческих ресурсов, во многих случаях недоступны или недостаточны.

Были разработаны новые методы скрининга рака шейки матки: молекулярные методы обследования на наличие ВПЧ и осмотр шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты. Эти новые методы описаны ниже в дополнение к методам цитологического скрининга. Важные замечания о методах скрининга представлены также в Практических рекомендациях 5.3.



Методы скрининга

5.3.1 Обследование на ВПЧ

а. Описание

Молекулярные методы обследования на наличие ВПЧ основаны на выявлении ДНК онкогенных типов ВПЧ в мазках из влагалища и/или с шейки матки. Проведение этого исследования у женщин моложе 30 лет не рекомендуется, поскольку многие молодые женщины инфицированы ВПЧ и в большинстве случаев он элиминируется организмом до достижения возраста 30 лет. Таким образом, обследование на наличие ВПЧ в более молодом возрасте выявит большое число женщин с транзитной инфекцией, вызываемой ВПЧ, и может подвергнуть их ненужным процедурам и лечению, которые могут нанести вред, стать причиной тревоги, дискомфорта и финансовых затрат.

Однако с возрастом выявление ВПЧ онкогенных типов с большей вероятностью указывает на персистирующий характер инфекции. Поскольку персистирующая инфекция, вызываемая ВПЧ, служит причиной почти всех случаев рака шейки матки, положительный результат исследования у женщины старше 30 лет означает, что у нее либо уже имеется патология, либо повышен риск развития

предраковых заболеваний и рака шейки матки в будущем (см. Главу 1, разделы 1.3.4 и 1.3.5). Следовательно, лечение этих женщин может существенно снизить риск рака шейки матки в будущем.

В условиях неограниченных ресурсов обследование на наличие ВПЧ включается в программы профилактики рака шейки матки в качестве первичного метода скрининга. В настоящее время метод требует транспортировки материала в лабораторию для исследования и затем отправки результатов в лечебно-профилактические учреждения. Однако в ряде регионов с ограниченными ресурсами уже тестируется новый дешевый метод обследования на наличие ВПЧ, при котором материал исследуется на месте, в том же лечебно-профилактическом учреждении, где он и был получен. Этот метод вскоре будет доступен на рынке.

Если в программе скрининга рака шейки матки планируется использовать обследование на наличие ВПЧ, важно применять стандартизованный и клинически валидированный метод. Методы, разработанные на местах, не считаются адекватными, пока они не будут стандартизованы и валидированы в клинике.

в. Кто должен быть обследован?

По причинам, описанным выше, обследование на наличие ВПЧ проводят женщинам старше 30 лет или в возрасте, определенном обновленными национальными рекомендациями.

с. Как проводить скрининг?

Обследование на наличие ВПЧ не требует обязательного гинекологического исследования или осмотра шейки матки. Работник здравоохранения может получить образец клеток, введя маленькую щеточку или другой подходящий инструмент глубоко во влагалище, и затем поместить его в небольшой контейнер с соответствующим консервирующим раствором. Материал можно получить также при осмотре шейки матки в зеркалах.

Женщина может сама взять материал. Ей можно дать щеточку и специальный контейнер и объяснить, как ими пользоваться. Внедрение этой стратегии может быть существенно дешевле для системы здравоохранения и более удобно для женщин.

Дополнительные инструкции по методам получения материала в рамках обследования на наличие ВПЧ представлены в Практических рекомендациях 5.4.

При применении обследования на наличие ВПЧ, доступного в настоящее время, контейнеры с образцами должны быть транспортированы в лабораторию для



ПР 5.4

Обследование
на наличие ВПЧ

анализа обученным лаборантом, который затем задокументирует и отправит результаты обратно в лечебно-профилактическое учреждение. Новые тесты вскоре позволят проводить исследование материала на месте.

d. Преимущества и ограничения

Обследование на наличие ВПЧ – высокочувствительный метод диагностики инфекции, вызываемой ВПЧ, у женщин. Однако, хотя инфекция, вызываемая ВПЧ, – необходимый предшественник рака шейки матки, положительный результат исследования не говорит о том, что у женщины есть предраковое заболевание шейки матки. Оно лишь утверждает, что у женщины есть инфекция, вызываемая ВПЧ. Материал для исследования может быть получен в условиях любого лечебно-профилактического учреждения и в сообществе, если на приемлемом расстоянии имеется соответствующая лаборатория и надежный транспорт для доставки образцов.

В настоящее время необходимость проведения теста на ВПЧ в лаборатории со специальной чистой комнатой, чтобы избежать контаминации, оборудованием и реагентами, рекомендованными производителем тест-системы, а также наличия обученных лаборантов может ограничивать практичность молекулярного скрининга в некоторых условиях. Отсутствие надежного метода анализа и сообщения результатов женщине в течение приемлемого времени может представлять барьеры на пути использования обследования на наличие ВПЧ с точки зрения стоимости и качества.

Вскоре на рынке появятся новые дешевые тест-системы, которые решат эту проблему, поскольку образцы будут анализироваться в клинике, где они были получены, с помощью более простого оборудования, требующего менее глубокого обучения персонала.

5.3.2 Методы визуального скрининга

a. Описание

Осмотр шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA) – это метод выявления ранних клеточных изменений, которые видны при осмотре шейки матки в зеркалах невооруженным глазом после обработки шейки матки 3–5% раствором уксусной кислоты². Метод требует обучения и контроля за деятельностью работников здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь, а также непрерывных контроля и гарантии качества.

b. Кто должен быть обследован?

VIA подходит для применения у женщин, у которых видна переходная зона (ПЗ). Обычно это женщины моложе 50 лет (см. Главу 1, раздел 1.2), поскольку

² Уксусная кислота – компонент почти всех видов уксуса; для точного выявления измененных участков можно использовать 3–5% уксус.

в постменопаузе ПЗ постепенно смещается в цервикальный канал, и методы визуального скрининга могут не выявить имеющиеся патологические изменения.

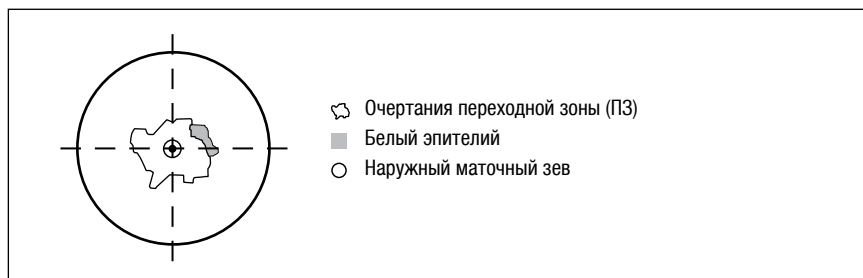
с. Как проводить скрининг?

Для VIA нужны влагалитические зеркала, источник света, а также обученный работник здравоохранения. Он проводит осмотр шейки матки в зеркалах, идентифицирует ПЗ и исследует шейку на предмет визуальных признаков предраковых заболеваний и рака шейки матки. Затем большим ватным тампоном наносит на шейку матки большое количество 3–5% раствора уксусной кислоты и ждет по крайней мере 1 минуту. За это время слабое побеление эпителия вследствие воспаления или физиологических изменений (метаплазии) исчезает. Побеление эпителия, не исчезающее через 1 минуту, более вероятно связано с предраковыми заболеваниями или раком шейки матки. Если эти изменения видны в зоне трансформации и имеют четкие границы, результат исследования считается положительным (определение зоны трансформации см. в Главе 1, раздел 1.2.4, и/или в Словаре). В отсутствие стойкого побеления эпителия результат считается отрицательным.

Дополнительная информация о VIA представлена в Практических рекомендациях 5.5.



Рисунок 5.1. Результаты VIA, нанесенные на маркированный рисунок



d. Преимущества и ограничения

VIA может выявлять как ранние изменения, так и более тяжелые предраковые заболевания. Немедленное получение результата позволяет сразу же предложить женщине лечение (тактика одного посещения). Напротив, если женщина предпочитает не подвергаться лечению сразу, или оно недоступно, его можно провести в ближайшее время при следующем посещении. Диагностические исследования, такие, как кольпоскопия и/или биопсия шейки матки, при этом обычно не проводятся (в лечебно-профилактическом учреждении, где проводятся скрининг). Однако если при осмотре шейки матки выявлены необычные изменения, или имеются подозрения на рак шейки матки, работник здравоохранения может направить женщину на консультацию для уточнения диагноза.

VIA – недорогой метод, использующий средства, имеющиеся на местах (уксус и вата), и не требующий наличия лабораторных служб. Скрининг этим методом могут проводить обученные работники здравоохранения, имеющие надлежащую остроту зрения, на любом уровне системы здравоохранения. Обучение на основе компетентности может быть осуществлено в течении нескольких дней. VIA – субъективный метод, поэтому он зависит от навыков и опыта работника здравоохранения, проводящего исследование. Навыки должны практиковаться регулярно. Рекомендуется повторное обучение.

В силу субъективного характера исследования для VIA особенно важны контроль и гарантия качества. Этого можно добиться посредством контроля за деятельностью работников здравоохранения и регулярного мониторинга. Более детальная информация представлена в руководстве ВОЗ/ПАОЗ *Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes (2013)* [Мониторинг национальных программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним: контроль и обеспечение качества программ, основанных на осмотре шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA)]³.

5.3.3 Методы цитологического скрининга

а. Описание

Цитологический скрининг предусматривает получение образца клеток со всей зоны трансформации (определение зоны трансформации см. в главе 1, раздел 1.2.4, и/или в Глоссарии). Клетки фиксируют на стекле в лечебно-профилактическом учреждении (мазок по Папаниколу) или помещают в среду для транспортировки (жидкостная цитология), а затем посылают в лабораторию, где опытный цитолог-лаборант исследует клетки под микроскопом. Если при микроскопическом исследовании выявляют измененные клетки, тяжесть изменений описывают с помощью Мэрилендской системы (см. Приложение 5).



Программы цитологического скрининга могут использовать один из двух доступных методов: традиционное исследование (мазков по Папаниколу) или жидкостную цитологию (ЖЦ). При традиционном исследовании образец клеток помещается на предметное стекло и обрабатывается специальным фиксирующим средством. ЖЦ была внедрена в практику в середине 1990-х гг. Это усовершенствованное цитологическое исследование все шире применяется в странах с высоким или средним уровнем доходов. Для ЖЦ вместо нанесения клеток на стекло образец помещают в контейнер с консервирующим раствором и отправляют в лабораторию для микроскопического исследования.

³ См.: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>

в. Кто должен быть обследован?

Цитологический скрининг можно использовать у женщин целевой группы (см. раздел 5.2.5 этой главы).

с. Как проводить обследование?

Получение материала для цитологического исследования требует влажных зеркал и надлежащего освещения, чтобы тщательно осмотреть всю поверхность шейки матки. Работник здравоохранения забирает материал с поверхности шейки матки и из цервикального канала с помощью шпателя или щетки и переносит его на стекло (мазок по Папаниколу) или в консервирующий раствор (ЖЦ). Препарат должен быть надлежащим образом маркирован и доставлен в лабораторию, в которой должен быть квалифицированный персонал, способный проанализировать и интерпретировать результаты (дополнительные инструкции представлены в Практических рекомендациях 5.6).



Цитологическое исследование

д. Преимущества и ограничения

Надлежащим образом применяемые программы цитологического скрининга могут успешно предотвращать рак шейки матки. Однако они многоступенчатые и сталкиваются со значительными проблемами, особенно в условиях ограниченности ресурсов. Материал должен быть надлежащим образом забран, фиксирован/консервирован, аккуратно доставлен в лабораторию, тщательно проанализирован, а результаты анализа интерпретированы и доставлены в медучреждение. Женщина должна получить результаты, необходимое лечение или наблюдение. Следовательно, успеху программы скрининга может помешать ряд возможных логистических проблем.

Цитологическое исследование жидкостных препаратов имеет ряд преимуществ перед традиционным исследованием по Папаниколу. Забираемый материал более репрезентативен, частота образцов неудовлетворительного качества обычно ниже, меньше вероятность того, что клетки, сопутствующие воспалению, и клетки крови будут мешать изучению клеток эпителия шейки матки. Более того, сокращается время на изучение одного препарата, а материал может быть исследован на наличие ДНК ВПЧ или возбудителей других ЗППП. Однако это дорогостоящая методика, требующая современных технологий, оснащенной лаборатории и высококвалифицированных лаборантов. Имеющиеся на сегодняшний день данные не подтверждают, что ЖЦ эффективнее снижает заболеваемость или смертность при раке шейки матки по сравнению с традиционным цитологическим исследованием.

Цитологический скрининг, как и все другие методы скрининга, требует хорошо функционирующей программы контроля и гарантии качества (более подробная информация о непрерывной гарантии качества представлена в главе 2, информация о мониторинге и оценке программы – в разделе 2.2.4).

5.3.4 Сравнение методов скрининга предраковых заболеваний шейки матки

В Таблице 5.1 представлено резюме и сравнение процедур, преимуществ и ограничений трех методов скрининга предраковых заболеваний шейки матки (молекулярного, визуального и цитологического), в том числе обоих методов цитологического скрининга: стандартного цитологического исследования и ЖЦ.

Таблица 5.1. Сравнение методов скрининга предраковых заболеваний шейки матки

Метод	Процедура	Преимущества	Недостатки
Молекулярный скрининг: Тест на ВПЧ	Работник здравоохранения или сама женщина берет материал для исследования, помещает его в контейнер с соответствующим консервирующим раствором и направляет в лабораторию (либо материал может быть исследован на месте, если используются новые тест-системы).	<ul style="list-style-type: none"> • Простота забора материала, позволяющая женщинам делать это самостоятельно. • Метод дает точный конечный результат. • Если используются новые тест-системы, позволяющие анализировать материал на месте, при получении положительного результата можно сразу предложить лечение (тактика одного посещения). 	<ul style="list-style-type: none"> • Требуется поставка патентованного оборудования и расходных материалов, которые могут быть труднодоступны. • Себестоимость одного исследования зачастую высокая. • Может быть проблематичным хранение расходных материалов, необходимых для проведения исследования. • Высокие требования к лаборатории и транспортировке образцов в целом. • При использовании метода, доступного в настоящее время, результаты бывают готовы не сразу, что требует повторных визитов женщины повышает риск выбывания из-под наблюдения.

Метод	Процедура	Преимущества	Недостатки
<p>Визуальный скрининг:</p> <p>Осмотр шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA)</p>	<p>Обученный работник здравоохранения осматривает шейку матки по крайней мере через 1 минуту после обработки 3–5% раствором уксусной кислоты для выявления клеточных изменений.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Метод относительно простой и недорогой. • Результаты доступны сразу. • После короткого обучения VIA может выполнять широкий круг работников здравоохранения. • Требования к инфраструктуре минимальны. • При выявлении положительного результата можно сразу предложить лечение (тактика одного посещения). 	<ul style="list-style-type: none"> • После обучения работники здравоохранения, проводящие VIA, нуждаются в первоначальном контроле за выполнением теста, периодическом повторном обучении, контроле и гарантии качества. • Результат исследования субъективен. Точность результатов у разных медработников существенно различается. • Скрининг методом VIA неприемлем для многих женщин в постменопаузе.
<p>Цитологический скрининг:</p> <p>а. Традиционная цитология (мазок на Папаниколау)</p>	<p>Медработник с помощью шпателя и/или маленькой щеточки берет образец клеток с поверхности шейки матки и фиксирует его на стекле. Препарат исследует обученный цитолог-лаборант в лаборатории.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • В рамках хорошо функционирующей системы доказано, что метод снижает распространенность рака шейки матки. • Он широко распространен в странах с высоким уровнем доходов. 	<ul style="list-style-type: none"> • Метод трудно внедрять и поддерживать. • Необходимы системы, гарантирующие своевременные возврат и передачу результатов исследования, а также лечение и наблюдение за женщинами с положительным результатом скрининга.

Метод	Процедура	Преимущества	Недостатки
		<ul style="list-style-type: none"> Обучение, механизмы контроля и гарантии качества хорошо отработаны. 	<ul style="list-style-type: none"> Для доставки препаратов в лабораторию и результатов обратно в клинику необходим транспорт. Программы цитологического скрининга требуют контроля и гарантии качества в клинике и лаборатории. Интерпретация результатов субъективна. Результаты доступны не сразу, следовательно, необходимы повторные посещения, что может повышать число выбывших из-под наблюдения.
в. Жидкостная цитология (ЖЦ)	Медработник с помощью шпателя и/или маленькой щеточки получает образец клеток с поверхности шейки матки, переносит его в консервирующий раствор и отправляет в лабораторию для анализа обученным цитологом-лаборантом.	<ul style="list-style-type: none"> У опытного цитолога-лаборанта ЖЦ занимает меньше времени. Материал может быть использован для молекулярных исследований (например, исследования ДНК ВПЧ). Обучение, механизмы контроля и гарантии качества хорошо отработаны. 	<p>Средства и лабораторное оборудование для ЖЦ дороже, чем для традиционного цитологического исследования.</p> <ul style="list-style-type: none"> Другие недостатки аналогичны таковым традиционной цитологии.

Рекомендации по консультированию женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга представлены в Практических рекомендациях 5.7, образцы документов о результатах обследования в рамках скрининга, наблюдении и повторном обследовании – в Приложении 11 (Формы 11.1 и 11.2).



Консультирование при положительном результате скрининга

5.4 Методы диагностики предраковых заболеваний шейки матки

5.4.1 Роль диагностических методов

Диагностические (или подтверждающие) методы – это вспомогательные методы, помогающие диагностировать или выявить заболевание. Поскольку не у всех женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга в действительности есть предраковое заболевание шейки матки, иногда для окончательного диагноза или подтверждения наличия предракового заболевания или рака шейки матки используется диагностический тест. Диагностические процедуры требуют существенных ресурсов. Они могут создавать существенные барьеры на пути женщин к получению медицинской помощи, потенциально откладывая лечение и/или повышая число женщин, которые выбывают из-под наблюдения и в связи с этим могут не получить лечения по поводу имеющегося предракового заболевания. Более того, диагностические тесты могут давать ложноположительные и ложноотрицательные результаты, еще больше затрудняя, а не проясняя ситуацию. Не следует требовать проведения диагностических тестов перед лечением предраковых заболеваний шейки матки там, где ресурсы недоступны, или в условиях большого числа выбывающих из-под наблюдения.

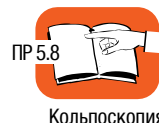
5.4.2 Диагностические тесты, обучение и лечебно-профилактические учреждения

Наиболее распространенные методы диагностики предраковых заболеваний шейки матки – кольпоскопия, биопсия и выскабливание цервикального канала (ВЦК). Они требуют существенных ресурсов и обучения. Если кольпоскоп, биопсийные щипцы и кюретка для ВЦК имеются в наличии, эти методы можно применять в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медицинскую помощь, врачами или средним медицинским персоналом, обученным с учетом компетентности, и под наблюдением более опытного персонала. Чаще эти методы используются в амбулаторных условиях в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих вторичную медицинскую помощь (районных или окружных больницах).

5.4.3 Кольпоскопия

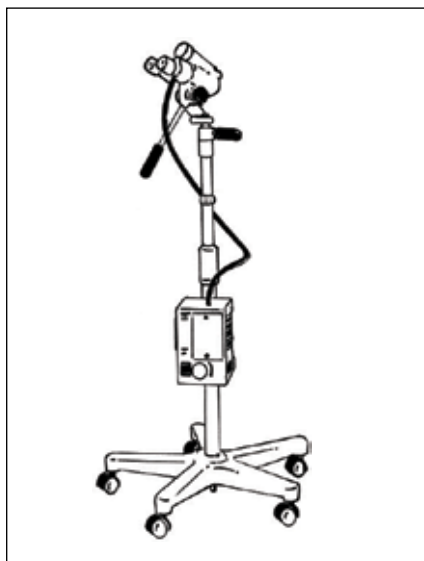
Кольпоскопия – это исследование шейки матки и влагалища с помощью прибора, обеспечивающего яркое освещение и увеличение изображения и позволяющего изучать строение поверхностных слоев эпителия и подлежащих кровеносных сосудов. Аналогичное исследование вульвы называется вульвоскопией. Для исследования используется кольпоскоп – дорогой специальный прибор (см. рисунок 5.2). Он может быть оснащен специально сконструированными видео- или цифровыми камерами. Обычно кольпоскопию проводят женщинам

с положительным результатом обследования в рамках скрининга, чтобы подтвердить наличие, распространенность и характер предракового заболевания или рака шейки матки, выполнить биопсию измененных участков и определить, возможно ли выполнение криодеструкции или LEEP. Кольпоскопию должны проводить специально обученные медицинские работники. Кольпоскопия не является ни методом скрининга, ни обязательным этапом между скринингом и лечением (см. Практические рекомендации 5.8).



5.4.4 Биопсия шейки матки

Рисунок 5.2. Кольпоскоп



Биопсия шейки матки – это удаление небольшого фрагмента шейки матки для гистологического исследования с целью подтверждения диагноза. Возможна биопсия участков шейки матки с положительной реакцией при проведении VIA или участков, подозрительных на рак шейки матки. Если образование или измененный участок не видны невооруженным глазом, место или места биопсии определяют при кольпоскопии, при этом получают один или несколько фрагментов тканей для исследования. Обычно выполняют биопсию каждого подозрительного участка, хотя в определенных обстоятельствах могут выполняться множественные

произвольные биопсии. Для биопсии необходимо обучение и наличие специальных биопсийных щипцов (см. рисунок 5.3).

Биопсия выполняется для определения степени клеточных изменений шейки матки и исключения или подтверждения рака. Результаты исследования классифицируют как норму, цервикальную интраэпителиальную неоплазию (CIN) или инвазивный рак шейки матки. Также предраковая патология может определяться как изменения низкой (CIN1) и высокой (CIN2 и CIN3, вместе обозначаемая как CIN2+) степени. Разделение основано на толщине пласта измененного эпителия: чем дальше измененные клетки распространяются от базальной мембраны к поверхности эпителия, тем выше степень CIN (графическое изображение изменений при CIN представлено на рисунке 1.12 в Главе 1, раздел 1.3 «Естественное течение рака шейки матки»). Степень изменений определяет рекомендации по лечению: изменения эпителия высокой степени (CIN2+) – предраковые заболевания средней тяжести и более – подлежат лечению, в то время как CIN1 – это легкая патология эпителия шейки матки, которая обычно представляет собой проявления инфекции, вызываемой неонкогенными типами ВПЧ, а не облигатное предраковое заболевание, поэтому обычно ее не лечат. Если биопсия выявляет инвазивный рак, больную направляют на лечение (см. Главу 6).

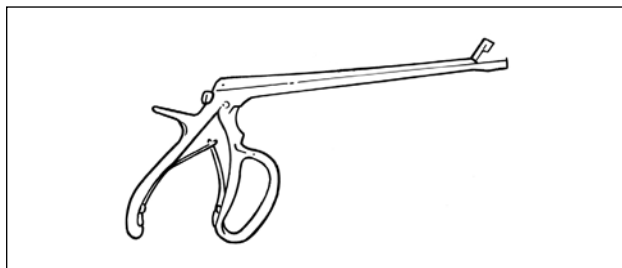
Применение биопсии шейки матки как диагностического метода требует транспортировки биоптатов и наличия лаборатории и квалифицированного персонала для анализа материала и интерпретации результатов, а также наличия у больной возможности вернуться за результатами исследования и рекомендованным лечением. Метод требует также действующей программы контроля и гарантии качества, чтобы поддерживать высокий уровень точности анализа материала и интерпретации результатов исследования (см. Практические рекомендации 5.9 о выполнении биопсии и ВЦК).



ПР 5.9

Биопсия и ВЦК

Рисунок 5.3. Биопсийные щипцы



5.4.5 Выскабливание цервикального канала

Выскабливание цервикального канала (ВЦК) – простая процедура, которая занимает несколько минут. Во время нее с помощью специального тонкого инструмента или шпателя аккуратно снимают часть поверхностных клеток, выстилающих стенку канала шейки матки. Материал затем помещают в контейнер с фиксирующим раствором и отправляют в лабораторию для исследования. ВЦК используется в следующих случаях: (1) в редких случаях, когда результат обследования в рамках скрининга предполагает наличие предракового заболевания или рака шейки матки, а измененный участок не виден при кольпоскопии, и медицинский работник подозревает, что он скрыт в канале шейки матки; (2) когда переходная зона не видна полностью при наличии на шейке матки подозрительного участка; (3) если при цитологическом исследовании выявлены изменения железистого эпителия, источником которых обычно является цилиндрический эпителий, выстилающий канал шейки матки; (4) если обследование в рамках скрининга и/или кольпоскопию нельзя считать адекватными, поскольку зона трансформации видна не полностью и имеется подозрение на рак шейки матки.

Во многих местах в качестве альтернативы ВЦК используют получение материала из канала шейки матки с помощью щеточки (см. Практические рекомендации 5.9).



Биопсия и ВЦК

Как отмечалось выше в отношении биопсии шейки матки, для успешной программы абсолютно необходимы транспортировка материала, полученного при ВЦК, интерпретация результатов и их передача пациентке. Работник здравоохранения должен информировать женщину о готовности результатов и попросить ее о повторном посещении, как только будет возможно, чтобы на основании результатов биопсии шейки матки и/или ВЦК обсудить методы лечения и по возможности сразу провести его. С не явившимися повторно женщинами необходимо связаться, сообщить им результаты и сказать, какое лечение им требуется (если оно требуется).

Дополнительная информация о консультировании, информировании о положительных результатах обследования и обеспечении надлежащего ведения и направления пациенток представлена в Главах 3, 6 и 7.

5.4.6. Особые случаи проведения кольпоскопии, биопсии шейки матки и выскабливания цервикального канала

а. Зона трансформации осмотрена не полностью

В этом случае следует выполнить ВЦК. Если это невозможно, а при обследовании в рамках скрининга нельзя исключить изменения плоского эпителия высокой степени, женщину направляют на LEEP или ножевую конизацию шейки матки (НК). В постменопаузе зона трансформации не видна полностью.

в. Женщина беременна

Беременность – не оптимальное время для обследования в рамках скрининга. Однако если оно проведено во время беременности и выявило патологию или изменения заметны при осмотре шейки матки в зеркалах, женщина должна быть направлена на кольпоскопию. Биопсия шейки матки во время беременности может сопровождаться обильным кровотечением. Следовательно, если при кольпоскопии подозрения на инвазивный рак нет, женщине рекомендуют вернуться через 6–12 недель после родов для повторной кольпоскопии и, возможно, биопсии. При подозрении на рак шейки матки женщину немедленно направляют к специалисту в больницу, оказывающую специализированную медицинскую помощь.

с. ВИЧ-инфицированные женщины

Тактику ведения женщин с патологией шейки матки, в том числе с применением кольпоскопии и биопсии шейки матки, не следует менять из-за наличия у женщины ВИЧ-инфекции. Во время процесса заживления после любой процедуры у ВИЧ-инфицированных повышается выделение вируса. Во время консультирования очень важно, чтобы работник здравоохранения подчеркнул, что женщина должна обсудить это с ее партнером(ами) и воздержаться от половых контактов до завершения заживления.

5.4.7 Сравнение методов диагностики предраковых заболеваний шейки матки

В таблице 5.2 представлено резюме и сравнение процедур, преимуществ и недостатков трех методов диагностики предраковых заболеваний шейки матки (кольпоскопии, биопсии шейки матки и ВЦК).

Таблица 5.2. Сравнение методов диагностики предраковых заболеваний шейки матки

Метод	Процедура	Преимущества	Недостатки
Кольпоскопия	Шейка матки, влагалище (и при необходимости вульва) изучаются с помощью кольпоскопа (или аналогичного прибора), который обеспечивает отличное освещение и увеличение.	<ul style="list-style-type: none"> • Можно изучить строение эпителия и подлежащих кровеносных сосудов. • Кольпоскопия может использоваться для уточнения места биопсии. 	<ul style="list-style-type: none"> • Кольпоскопия – ресурсоемкое исследование. Она требует обучения работников здравоохранения, специального оборудования и наличия службы, обеспечивающей морфологические (гистологические) исследования. • Кольпоскопия не должна использоваться как метод скрининга.

Метод	Процедура	Преимущества	Недостатки
			<ul style="list-style-type: none"> • Если метод недоступен, это может создать «узкое место» в системе, что приводит к выбытию женщин из-под наблюдения.
Биопсия шейки матки	Небольшой фрагмент измененного участка удаляют для микроскопического исследования, чтобы поставить диагноз.	<ul style="list-style-type: none"> • Биопсия шейки матки позволяет провести гистологическое исследование измененного участка, в том числе подтвердить или отвергнуть диагноз рака шейки матки. 	<ul style="list-style-type: none"> • Биопсия шейки матки – ресурсоемкое исследование. Она требует обучения работников здравоохранения, специализированного оборудования и службы, обеспечивающей морфологические (гистологические) исследования.
Выскабливание цервикального канала (ВЦК)	Аккуратно снимают часть поверхностных клеток, выстилающих стенки цервикального канала, и отправляют в лабораторию для исследования.	<ul style="list-style-type: none"> • ВЦК позволяет получить образец клеток из зоны шейки матки, не видимой невооруженным глазом или при кольпоскопии 	<ul style="list-style-type: none"> • ВЦК – ресурсоемкое исследование. Оно требует обучения работников здравоохранения, специализированного оборудования и службы, обеспечивающей морфологические исследования. • Может сопровождаться схваткообразной болью. • Результаты трудно интерпретировать, если ткани фрагментированы.

Образцы документов, касающихся диагностических методов, представлены в Приложении 11 (Формы 11.3 и 11.4).



Приложение 11.1

Образцы документов

5.5 Варианты лечения предраковых заболеваний шейки матки

Больные предраковыми заболеваниями шейки матки должны получать эффективное лечение, которое обычно может быть проведено обученными работниками здравоохранения, оказывающими первичную медицинскую помощь в лечебно-профилактических учреждениях соответствующего уровня (т. е. в центрах первичной медицинской помощи). Напротив, лечение при предполагаемом или подтвержденном диагнозе инвазивного рака требует участия работников здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь более высокого уровня (т. е. работающих в больницах). В рамках подхода «скрининг и лечение» лечение следует за положительным результатом обследования в рамках скрининга без дополнительного подтверждения диагноза.

Цель лечения – разрушить или удалить часть шейки матки, в которой выявлена предраковая патология. Методы лечения могут быть основаны на деструкции (разрушении при нагревании или замораживании) или удалении (иссечении) измененных тканей. При использовании методов, подразумевающих деструкцию тканей, материал для гистологического подтверждения диагноза отсутствует.

У каждого метода лечения есть критерии приемлемости, которые должны быть соблюдены, прежде чем он будет применен. В этом разделе мы обсудим применение криотерапии, петлевой электроэксцизии шейки матки (LEEP) и ножевой конизации шейки матки (НК). Существуют и другие методы лечения, например лазерная конизация или деструкция, однако они не имеют широкого распространения и не будут рассматриваться здесь.

Экстирпация матки редко является адекватным вариантом лечения предраковых заболеваний шейки матки. В отсутствие других обоснованных показаний не следует выполнять экстирпацию матки больным предраковыми заболеваниями шейки матки.

Выбор метода лечения зависит от следующего:

- преимуществ и недостатков каждого метода;
- локализации, распространенности и тяжести поражения;
- стоимости и ресурсов, требуемых для проведения лечения;
- обучения и опыта работника здравоохранения.

Независимо от метода лечения, рекомендованного работником здравоохранения, женщина нуждается в информации о процедуре для того, чтобы сделать информированный выбор. До процедуры необходимо получить согласие женщины на ее проведение. Оно может быть дано в устной форме (см. Практические рекомендации 5.1).



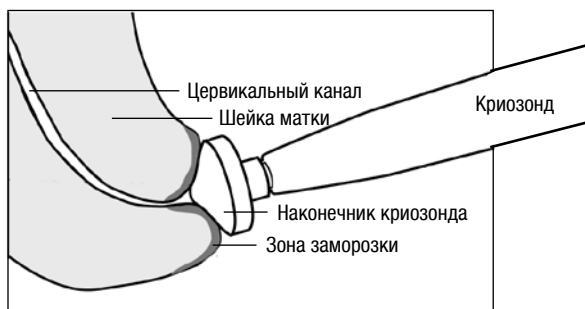
Информированное
согласие

При подозрении на рак НЕЛЬЗЯ проводить криотерапию, LEEP или НК. Надлежащий следующий этап лечения в этом случае – биопсия шейки матки, с целью подтверждения или отвержения диагноза рака (см. Главу 6). Если работник здравоохранения прошел соответствующее обучение и имеет надлежащее оборудование, он может выполнить биопсию шейки матки. Если нет, то работник здравоохранения должен незамедлительно направить женщину на дальнейшее обследование.

5.5.1 Криотерапия

При криотерапии измененная ткань шейки матки разрушается при замораживании (метод, подразумевающий деструкцию тканей). Криотерапия подразумевает контакт сильно охлажденного металлического диска (криозонда) с шейкой матки и замораживание контактирующих измененных и неизмененных участков (см. рисунок 5.4). Охлаждение криозонда происходит с помощью углекислого газа (CO_2) или закиси азота (N_2O), находящихся под высоким давлением в специальной емкости. Криотерапия может выполняться в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней системы здравоохранения работниками (врачами, медицинскими сестрами, акушерками), которые умеют проводить гинекологический осмотр и криотерапию. Процедура занимает примерно 15 минут и обычно хорошо переносится, сопровождаясь лишь небольшим дискомфортом. Следовательно, она может проводиться без анестезии. В процессе заживления участки, подвергшиеся криодеструкции, замещаются нормальным эпителием.

Рисунок 5.4. Положение криозонда на шейке матки и замораживание.



Критерии приемлемости. Криотерапию проводят женщинам с положительным результатом обследования в рамках скрининга (например, методом VIA) или женщинам с гистологически подтвержденным диагнозом CIN2+, если переходная зона и патологический очаг видны полностью, а очаг занимает не более трех четвертей эктоцервикса.

Если размер очага больше размера наконечника криозонда или он захватывает цервикальный канал, пациент не подлежит криотерапии. Также данная процедура неприемлема при подозрении на инвазивный рак шейки матки.

После процедуры. Заживление шейки матки занимает месяц. Пациентке объясняют, что в это время у нее могут быть крайне обильные водянистые выделения, и рекомендуют воздержаться от половых контактов до прекращения выделений или, если это невозможно, использовать в этот период презервативы.

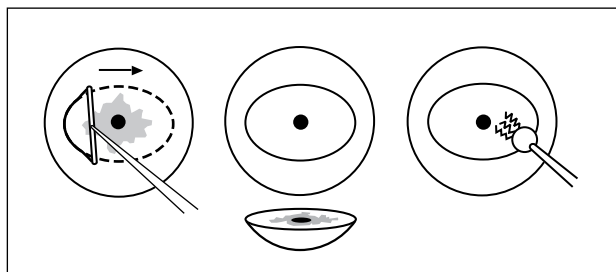
Дополнительная информация о криотерапии шейки матки представлена в Практических рекомендациях 5.10 и пособии *WHO guidelines: use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia* [Рекомендациях ВОЗ: применение криотерапии для лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии] (2011 г.).⁴



5.5.2 Петлевая электроэксцизия шейки матки

LEEP – это удаление измененных участков шейки матки с помощью петлевого электрода, подсоединенного к электрохирургическому аппарату. Петлевой электрод одновременно режет и коагулирует ткани. Окончательную коагуляцию выполняют шаровидным электродом (см. рисунок 5.5). Цель LEEP – удалить измененную ткань и всю зону трансформации. Удаленный фрагмент шейки матки можно отправить на гистологическое исследование, чтобы оценить степень тяжести и распространения поражения. Таким образом, LEEP решает две задачи: удаление патологического очага (лечение предракового заболевания) и получение материала для гистологического исследования. Процедуру можно проводить амбулаторно под местной анестезией, она занимает обычно не более 30 минут. Однако после LEEP женщина должна оставаться в лечебно-профилактическом учреждении в течение нескольких часов для подтверждения отсутствия кровотечения.

Рисунок 5.5. LEEP по поводу патологических изменений эктоцервикса: иссечение очага петлевым электродом одним движением и коагуляция шаровидным электродом.



⁴ См.: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241502856/en/>

LEEP – относительно простое хирургическое вмешательство, однако его должен выполнять только обученный медицинский работник, который умеет не только проводить вмешательство, но и диагностировать и лечить интра- и послеоперационные осложнения, например кровотечение, т. е. гинеколог. LEEP лучше выполнять в лечебно-профилактических учреждениях, где есть возможности для лечения осложнений. В большинстве случаев это ограничивает проведение LEEP лечебно-профилактическими учреждениями, оказывающими по меньшей мере вторичную медицинскую помощь (т.е. районными или окружными больницами).

Критерии отбора. LEEP проводят женщинам с положительным результатом обследования в рамках скрининга (например, методом VIA) или женщинам с гистологически подтвержденным диагнозом CIN2+ в отсутствие подозрения на инвазивный рак.

После процедуры. Пациентке объясняют, что возможна незначительная схваткообразная боль в течение нескольких дней и умеренные выделения из влагалища в течение примерно месяца после процедуры. В течение первых 7–10 дней выделения кровянистые, затем они становятся желтоватыми. Заживление шейки матки занимает один месяц. Женщина должна воздерживаться от половых контактов в этот период или, если это невозможно, использовать презервативы.

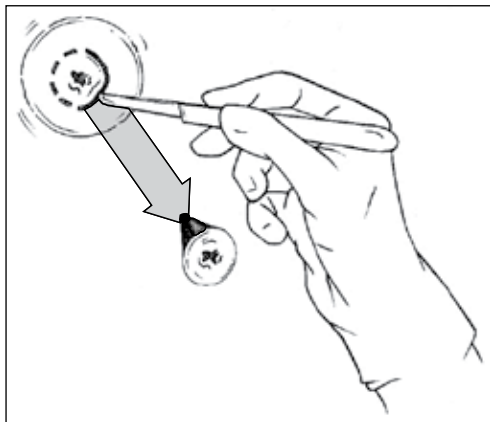
Подробная информация о LEEP представлена в Практических рекомендациях 5.11.



5.5.3 Ножевая конизация шейки матки

НК – это удаление конусовидного фрагмента шейки матки, включающего часть эктоцервикса и эндоцервикса (см. рисунок 5.6). Размеры удаляемого фрагмента шейки матки зависят от размера очага поражения и вероятности инвазивного рака шейки матки. Удаленный фрагмент шейки матки отправляют в лабораторию на гистологическое исследование, чтобы поставить окончательный диагноз и убедиться в том, что очаг поражения удален полностью. НК обычно выполняют в больнице, имеющей необходимую инфраструктуру, оборудование, расходные материалы и обученных медицинских работников. НК должны выполнять только медицинские работники, имеющие хирургические навыки, например гинекологи или хирурги, обученные выполнению этого вмешательства, а также выявлению и лечению осложнений. НК занимает менее часа, проводится под общей или регионарной (спинномозговой или эпидуральной) анестезией. Больная может быть выписана из стационара в тот же или на следующий день.

Критерии приемлемости. НК следует выполнять в тех случаях, которые не могут быть излечены криотерапией или LEEP. Ее проводят также при наличии изменений железистого эпителия или микроинвазивного рака шейки матки (см. Главу 6).

Рисунок 5.6. Удаление конусовидного фрагмента шейки матки.

После процедуры. В течение нескольких дней после НК возможна незначительная схваткообразная боль и кровянистые выделения из влагалища, которые сменяются желтоватыми еще на 7–14 дней. Заживление занимает 4–6 недель (в зависимости от размера удаленного фрагмента шейки матки). Больная должна воздерживаться от половых контактов в этот период или, если это невозможно, использовать презервативы.

Подробная информация о НК представлена в Практических рекомендациях 5.12.



ПР 5.12

НК

5.5.4 Сравнение методов лечения предраковых заболеваний шейки матки

В таблице 5.3 представлено резюме и сравнение процедур, преимуществ и недостатков трех методов лечения предраковых заболеваний шейки матки: криотерапии, LEEP и НК.

5.6 Возможные осложнения и наблюдение после лечения

Таблица 5.3. Сравнение методов лечения предраковых заболеваний шейки матки

Метод	Процедура	Преимущества	Недостатки
Криотерапия	Сильно охлажденный металлический диск прикладывают к шейке матки, чтобы разрушить очаги предраковых изменений замораживанием с последующей регенерацией нормального эпителия.	<ul style="list-style-type: none"> • Простое и относительно недорогое оборудование. • Может проводиться как опытными врачами, так и медицинскими работниками, не имеющими высшего образования. Обучение занимает несколько дней. • Может проводиться амбулаторно в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медицинскую помощь. • Требуется немного времени (примерно 15 минут для двойного замораживания). • Не требует анестезии. • Не требует электроэнергии. • В рамках подхода «скрининг и лечение» может быть проведена после получения положительного результата скрининга за одно посещение, что делает максимальным охват лечением и снижает число выбывших из-под наблюдения. 	<ul style="list-style-type: none"> • Не предоставляет материала для гистологического исследования. • Требуется постоянное снабжение углекислым газом или закисью азота. • Вызывает обильные водянистые выделения длительностью до месяца.

Метод	Процедура	Преимущества	Недостатки
Петлевая электроэксцизия шейки матки (LEEP)	Патологические очаги удаляют с помощью петли, сделанной из тонкой проволоки, присоединенной к электрохирургическому аппарату.	<ul style="list-style-type: none"> • Позволяет получить фрагмент ткани для гистологического исследования, чтобы исключить инвазивный рак. • Может проводиться амбулаторно в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих вторичную медицинскую помощь. • Требуется немного времени (5–10 минут), технически проста для обученного медицинского работника. • В рамках подхода «скрининг и лечение» может быть проведена после получения положительного результата скрининга за одно посещение, что делает максимальным охват лечением и снижает число выбывших из-под наблюдения. 	<ul style="list-style-type: none"> • Требуется тщательного обучения. • Необходимо проводить в лечебно-профилактическом учреждении, в котором возможно лечение осложнений. • Фрагмент ткани может иметь обугленный край, что затрудняет интерпретацию результатов гистологического исследования. • Требуется довольно сложного оборудования, которое нуждается в техническом обслуживании. • Требуется электроэнергия. • Требуется местной анестезии.
Ножевая конизация шейки матки (НК)	Удаляют конусовидный фрагмент шейки матки – (экто- и эндоцервикса).	Позволяет получить фрагмент шейки матки без обожженных краев, что облегчает оценку состояния края резекции, позволяет поставить диагноз инвазивного рака или отвергнуть его.	<ul style="list-style-type: none"> • НК требует спинальной или общей анестезии. • Требуется высококвалифицированного медицинского персонала с хирургическими навыками. • Требуется наличия операционной.

5.6.1 Возможные осложнения

Все три варианта лечения могут иметь сходные осложнения в ближайшие дни после вмешательства. Возможны продолжающееся кровотечение из шейки матки или влагалиты или инфекционные осложнения, требующие лечения. Информация о лечении цервицита и воспалительных заболеваний органов малого таза представлена в Приложении 12.



Приложение 12
Лечение инфекций

Пациенткам после криодеструкции шейки матки, LEEP или НК рекомендуют незамедлительно обращаться в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение при появлении любого из следующих симптомов:

- кровотечение (более обильное, чем во время менструации);
- боль в животе;
- выделения с неприятным запахом;
- лихорадка.

5.6.2 Наблюдение после лечения

Наблюдение, включающее обследование в рамках скрининга рака шейки матки, рекомендуется через 12 месяцев. Оно необходимо, чтобы оценить результат лечения и исключить рецидив. Если результат заново проведенного обследования в рамках скрининга не выявляет патологии, женщину продолжают наблюдать в рамках стандартной программы скрининга.

Исключение составляют случаи гистологически подтвержденного диагноза CIN3 или аденокарциномы *in situ* (AIS), в этих случаях обследование в рамках скрининга рекомендуется ежегодно в течение трех лет. Если результаты скрининга не выявляют патологии, женщину продолжают наблюдать в рамках стандартной программы скрининга.

При положительном результате скрининга больной, перенесшей лечение по поводу предраковой патологии шейки матки (что указывает на неэффективность лечения или на рецидив предраковой патологии), необходимо повторное лечение. Если первоначально была проведена криотерапия шейки матки, то при повторном лечении по возможности следует выполнить LEEP или НК.

Если при гистологическом исследовании биоптата шейки матки или фрагмента, удаленного при LEEP или НК, выявлен рак шейки матки, необходимо связаться с больной и настоятельно порекомендовать ей как можно скорее обратиться в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее специализированную медицинскую помощь.

5.7 Связь скрининга и лечения в клинической практике

Чтобы профилактика рака шейки матки была эффективной, за выявлением положительного результата обследования в рамках скрининга должно следовать эффективное лечение. ВОЗ изучила доказательства эффективности двух подходов, связывающих скрининг и лечение предраковых заболеваний шейки матки:

1. скрининг, диагностика и лечение;
2. скрининг и лечение.

5.7.1 Подход «скрининг, диагностика и лечение»

На первом этапе этот подход предусматривает проведение обследования в рамках скрининга. При получении положительного результата используются диагностические методы, такие, как кольпоскопия и биопсия шейки матки, чтобы гистологически подтвердить наличие предраковой патологии и оценить степень ее тяжести. Проводимое затем лечение основывается на результатах гистологического исследования. Например, если у женщины гистологически подтвержденный диагноз CIN2+, ей проводят лечение (см. раздел 5.5 и Вставку 5.1), при выявлении рака шейки матки ее направляют в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее специализированную медицинскую помощь (см. Главу 6).

а. Рекомендации по лечению при использовании подхода «скрининг, диагностика и лечение»

Краткие доказательно обоснованные рекомендации ВОЗ по лечению гистологически подтвержденной CIN2+ представлены во Вставке 5.1. Эти рекомендации взяты из руководства ВОЗ по лечению цервикальной интраэпителиальной неоплазии 2–3 степени и аденокарциномы *in situ* 2014 г. (полностью с рекомендациями, комментариями и обсуждением можно ознакомиться в публикации)⁵. Эти рекомендации предназначены для работников здравоохранения, а также в помощь менеджерам программ для разработки стратегий профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.

⁵ См.: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/treatment_CIN_2-3/en/

Вставка 5.1. Краткие рекомендации по лечению

Для женщин с гистологически подтвержденным диагнозом CIN2+ независимо от наличия ВИЧ-инфекции

Группа экспертов рекомендует (НАСТОЯТЕЛЬНЫЕ рекомендации):

1. Предпочитать криотерапию шейки матки отказу от лечения.
2. Предпочитать петлевую электроэксцизию шейки матки (LEEP) отказу от лечения.
3. Предпочитать ножевую конизацию шейки матки (НК) отказу от лечения.

Группа экспертов предлагает (УСЛОВНАЯ рекомендация):

4. Применять либо криотерапию шейки матки, либо LEEP у женщин, которым подходит и тот и другой метод, в том случае, если оба метода приемлемы и доступны.

Группа экспертов рекомендует (НАСТОЯТЕЛЬНЫЕ рекомендации):

5. Предпочитать криотерапию шейки матки ножевой конизации у женщин, которым подходит и тот и другой метод.
6. Предпочитать LEEP ножевой конизации у женщин, которым подходит и тот и другой метод.

Для женщин с гистологически подтвержденным диагнозом AIS независимо от наличия ВИЧ-инфекции

Группа экспертов предлагает (УСЛОВНАЯ рекомендация):

7. Предпочитать ножевую конизацию LEEP.

5.7.2 Подход «скрининг и лечение»

Добавление диагностического этапа после скрининга и перед лечением предраковых заболеваний шейки матки может привести к большому числу выбывших из-под наблюдения, поскольку необходимы повторные посещения, а также более длительный интервал времени между скринингом и лечением. Чтобы снизить число выбывших из-под наблюдения, был разработан подход «скрининг и лечение», который все шире внедряется во всем мире.

Подход «скрининг и лечение» использует метод скрининга, который дает либо немедленные, либо быстрые результаты, и вслед за которым можно провести лечение женщин с положительным результатом обследования. В идеале лечение происходит в тот же день и в том же месте (тактика одного посещения). Если это невозможно или женщина отказывается, можно предложить провести лечение

вскоре после обследования в рамках скрининга в назначенное время и в месте, легко доступном для пациентки. Подход «скрининг и лечение» устраняет необходимость дополнительных посещений и затраты времени на диагностический этап.

Недостаток подхода «скрининг и лечение» заключается в том, что исключение диагностического этапа может приводить к ненужному лечению на основе ложноположительных результатов скрининга. Однако озабоченность ненужным лечением нужно сопоставить с низкой частотой осложнений и более высокой частотой излечения в целом. Еще одна проблема, связанная с данным подходом, заключается в том, что при криотерапии сразу после получения положительного результата VIA или теста на наличие ВПЧ отсутствует материал для гистологического исследования, которое может потребоваться позже.

Чтобы уменьшить вероятность ненужного лечения, сохранив при этом преимущества подхода «скрининг и лечение», можно прибегнуть к другой стратегии. При положительном результате обследования в рамках скрининга провести еще одно исследование и лечить только женщин с положительным результатом двух исследований. Например, если в рамках подхода «скрининг и лечение» в качестве метода скрининга используется обследование на наличие ВПЧ, лечению будут подвергнуты все женщины, у которых получен положительный результат этого исследования. У некоторых из них есть предраковые заболевания шейки матки, и они получат надлежащее лечение. У некоторых из них предраковой патологии нет, но они получат ненужное лечение. При стратегии применения второго исследования, например VIA, женщине, у которой выявлен ВПЧ, будет проведен VIA. Лечение ей будет проведено только в том случае, если VIA тоже даст положительный результат. Если результат VIA будет отрицательным, лечение женщине проводиться не будет, а через 12 месяцев в рамках наблюдения будет проведено еще одно обследование на наличие ВПЧ. Однако добавление второго исследования не всегда улучшает ситуацию, поскольку возможны ложноотрицательные результаты второго исследования. Если первое исследование дало истинно положительный результат, а второе – ложноотрицательный, то женщина с предраковым заболеванием шейки матки не получит лечения. Следовательно, применение второго исследования должно быть крайне взвешенным. В случаях, когда первое исследование дало положительный результат, а второе – отрицательный, можно рекомендовать провести обследование в рамках скрининга через 12 месяцев.

а. Рекомендации по лечению при использовании подхода «скрининг и лечение»

Представленные ниже рекомендации по скринингу и лечению предраковых заболеваний шейки матки взяты из подготовленных ВОЗ рекомендаций по скринингу и лечению предраковых заболеваний для профилактики рака шейки матки (2013 г.)⁶. Эти рекомендации должны помочь работникам здравоохранения

⁶ См.: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

понять, объяснять и проводить лечение предраковых заболеваний шейки матки, а также менеджерам разрабатывать программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним. Понятные алгоритмы подхода «скрининг и лечение» представлены в схемах принятия решения в Приложениях 7–9, подробные рекомендации представлены в публикации, которая доступна онлайн. Краткие доказательно обоснованные рекомендации ВОЗ по практическому применению подхода «скрининг и лечение» представлены во Вставке 5.2. Полностью с рекомендациями, комментариями и обсуждением можно ознакомиться в публикации.

Разработчикам программ также следует обратиться к Главе 2, которая содержит информацию о многих других факторах, которые следует рассматривать при создании программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.

Вставка 5.2. Краткие рекомендации по применению подхода «скрининг и лечение»

Эти рекомендации применимы ко всем женщинам независимо от наличия ВИЧ-инфекции. Однако разработаны также специальные рекомендации для ВИЧ-инфицированных женщин (см. Приложение 9).

Группа экспертов рекомендует⁷ не использовать ножевую конизацию шейки матки (НК) в качестве метода лечения в рамках подхода «скрининг и лечение». Следовательно, все представленные ниже варианты применения данного подхода включают в качестве метода лечения криотерапию или петлевую электроэксцизию шейки матки (LEEP), если пациентка не подлежит криотерапии.

Группа экспертов предлагает:

- В рамках подхода «скрининг и лечение» предпочитать скрининг с помощью обследования на наличие ВПЧ скринингу с помощью VIA. В условиях ограниченных ресурсов, где скрининг с помощью обследования на ВПЧ невозможен, группа экспертов предлагает использовать подход «скрининг с помощью VIA и лечение».
- Предпочитать подход «скрининг с помощью обследования на наличие ВПЧ и лечение» подходу «скрининг с помощью цитологии с последующей кольпоскопией (с биопсией или без нее) и лечение». Однако в странах, где уже существует надлежащая качественная программа цитологического скрининга с последующей кольпоскопией, могут использоваться обследование на наличие ВПЧ или цитология с последующей кольпоскопией.

⁷ Группа экспертов включает всех членов Исполнительной группы ВОЗ, Группы по разработке руководства (ГРП) и Группы внешних рецензентов (ГВР). Подробную информацию в полном тексте рекомендаций см.: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

- Предпочитать подход «скрининг с помощью VIA и лечение» подходу «скрининг с помощью цитологии с последующей кольпоскопией (с биопсией или без нее) и лечение». Рекомендация о предпочтении VIA цитологическому исследованию с последующей кольпоскопией может применяться в странах, которые рассматривают применение одной из программ или которые имеют обе программы.
- Предпочитать подход «скрининг с помощью теста на ВПЧ и лечение» подходу «скрининг с помощью обследования на ВПЧ с последующей кольпоскопией (с биопсией или без нее) и лечение».
- Использовать подход «скрининг с помощью теста на ВПЧ с последующим VIA и лечение» или подход «скрининг с помощью теста на ВПЧ и лечение».
- Предпочитать подход «скрининг с помощью теста на ВПЧ с последующим VIA и лечение» подходу «скрининг с помощью VIA и лечение».
- Предпочитать подход «скрининг с помощью теста на ВПЧ с последующим VIA и лечение» подходу «скрининг с помощью цитологии с последующей кольпоскопией (с биопсией или без нее) и лечение».
- Предпочитать подход «скрининг с помощью теста на ВПЧ с последующим VIA и лечение» подходу «скрининг с помощью теста на ВПЧ с последующей кольпоскопией (с биопсией или без нее) и лечение».



ГЛАВА 6.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Глава 6. Диагностика и лечение рака шейки матки

Основные положения

- Женщины, у которых диагностирован рак шейки матки ранних стадий, как правило, могут быть излечены при назначении эффективного лечения.
- Важно, чтобы работники всех уровней системы здравоохранения могли распознавать основные признаки и симптомы рака шейки матки и безотлагательно оказывать надлежащую помощь.
- Окончательный диагноз рака шейки матки ставят по результатам гистологического исследования биоптата.
- Наиболее адекватную помощь получают больные раком шейки матки, направленные в специализированные лечебно-профилактические учреждения.
- Лечение включает хирургическое вмешательство, лучевую терапию, химиотерапию и их комбинации.
- Больные должны быть предупреждены о возможных осложнениях лечения, таких, как бесплодие, менопауза, неприятные ощущения или боль при половой жизни, изменения со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевого пузыря.
- Больные должны быть информированы о том, что им потребуется длительное наблюдение в онкологическом учреждении (отделении), в котором они лечились.
- Работники здравоохранения, оказывающие третичную медицинскую помощь, должны отправлять документацию, содержащую всю информацию о проведенном лечении, и план дальнейшего ведения работникам здравоохранения, которые ближе всего находятся к месту жительства женщины и которые будут осуществлять наблюдение за ней и оказывать ей помощь.
- В отсутствие лечения рак шейки матки почти всегда приводит к смерти.

О чем говорится в этой главе

Эта глава основана на следующих руководствах ВОЗ:

Surgical care at the district hospital [Хирургическая помощь в районной больнице]. Geneva: WHO; 2003 (<http://www.who.int/surgery/publications/en/SCDH.pdf>).

Информационная записка ВОЗ: Комплексная профилактика рака шейки матки и борьбы с ним – здоровое будущее для девочек и женщин. Женева: ВОЗ; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/ru/>; по состоянию на 9 февраля 2017 г.).

Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. [Инструменты внедрения: пакет основных мероприятий при неинфекционных заболеваниях для первичной медицинской помощи в условиях ограниченных ресурсов]. Geneva: WHO; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133525/1/9789241506557_eng.pdf).

Работник здравоохранения, оказывающий первичную и вторичную медицинскую помощь, может выявить рак шейки матки и направить больную в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее третичную медицинскую помощь. Этот работник здравоохранения отвечает за связь между учреждением, оказывающим третичную медицинскую помощь (где определяют стадию и проводят лечение рака шейки матки), больной, ее семьей и сообществом. Эта глава предназначена не столько для работников здравоохранения, оказывающих специализированную помощь, сколько для работников здравоохранения, оказывающих первичную и вторичную медицинскую помощь, чтобы обеспечить понимание ими лечения рака шейки матки, умение объяснять его больной и ее семье и общение с работниками здравоохранения, оказывающими третичную медицинскую помощь, и медицинскими работниками на местах. Кроме того, работники здравоохранения отвечают за выявление и устранение побочных эффектов и осложнений лечения и при необходимости направляют больную обратно в лечебно-профилактическое учреждение, в котором проводилось лечение.

Основная цель этой главы – помочь работникам здравоохранения, оказывающим первичную и вторичную медицинскую помощь, понять, как диагностировать рак шейки матки, как его можно лечить, как объяснять эти процессы больной и ее семье, а также как лучше взаимодействовать с работниками здравоохранения, оказывающими третичную медицинскую помощь, и медицинскими работниками на местах. Эта информация представлена в разделе 6.2 в дополнение к некоторым рекомендациям для работников здравоохранения, оказывающих третичную медицинскую помощь, о том, как разговаривать с больной языком, лишенным специальных терминов, обсуждая последствия диагноза рака шейки матки.

Далее в главе представлены объяснение стадирования рака шейки матки (раздел 6.3) и обзор вопросов, связанных с его лечением (раздел 6.4). В разделе 6.5 дано краткое описание каждого из методов лечения, которые могут быть доступны в лечебно-профилактическом учреждении, оказывающем третичную медицинскую помощь, чтобы помочь работникам здравоохранения объяснять их больным. Раздел 6.6 описывает особые случаи: лечение рака шейки матки во время беременности и у ВИЧ-инфицированных. Наконец, для случаев, когда лечение признано неэффективным, а болезнь неизлечимой, в разделе 6.7 даны рекомендации для работников здравоохранения, оказывающих третичную медицинскую помощь, о том, как объяснить эту ситуацию больной и выбранным ею близким, а также то, что в оставшееся ей время лучше, чтобы за ней ухаживали дома ее семья и представители сообщества при надлежащей поддержке работников всех уровней системы здравоохранения при необходимости.

Практические рекомендации к этой главе содержат полезные, лишенные специальных терминов описания, которые работники всех уровней системы здравоохранения могут использовать при обсуждении с пациенткой (и избранными ею близкими) ее болезни и лечения. Отдельные темы для обсуждения включают клинические проявления, диагностику и возможное лечение в специализированном лечебно-профилактическом учреждении, а также осложнения лечения, прогноз, наблюдение и уход за собой на всех этапах с помощью семьи, сообщества и работников здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь. Отдельные практические рекомендации посвящены основным методам лечения: экстирпации матки, дистанционной и внутрисполостной лучевой терапии.

В главе 7 и практических рекомендациях к ней представлена подробная информация о паллиативной помощи. Ее, при необходимости, нужно сочетать с информацией, представленной в данной главе.

6.1 Клиническая картина и диагностика рака шейки матки

Иногда визуальные изменения шейки матки выявляют у женщин, посещающих клиники скрининга предраковых заболеваний шейки матки. Если в клинике имеются обученный работник, необходимые оборудование и расходные материалы, может быть выполнена биопсия шейки матки, а материал отправлен в лабораторию для подтверждения диагноза.

История Бетти

Бетти, 42 года, мать пятерых детей. Она обратилась к работнику здравоохранения, оказывающему первичную медицинскую помощь, когда после нескольких месяцев выделений из влагалища стала отмечать обильные кровотечения после половых контактов. Медицинская сестра, к которой Бетти обращалась раньше по поводу других проблем со здоровьем, дала ей таблетки и рекомендовала вернуться, если они не помогут. Кровотечения и выделения не исчезли, и Бетти со своим партнером вернулась в клинику. Все, что могла сделать медицинская сестра, — это провести влагалищное исследование без зеркал. Когда она ввела палец во влагалище, она почувствовала в его верхней части плотное, бугристое образование. Медицинская сестра сказала Бетти и ее партнеру, что ей нужно пройти гинекологический осмотр в больнице, оказывающей вторичную медицинскую помощь, и что она организует консультацию как можно быстрее.

В больнице Бетти была обследована врачом-интерном, которая выявила в верхней части влагалища большое объемное образование с разрастаниями,

напоминающими цветную капусту. Она заподозрила рак шейки матки, выполнила биопсию образования и назначила дополнительные исследования. Биопсия подтвердила подозрения врача, а анализ крови выявил анемию. Бетти провели переливание крови и в срочном порядке направили в специализированную больницу.

После осмотра и дополнительных исследований врачи объяснили Бетти и ее партнеру, что опухоль распространилась на ткани, окружающие шейку матки, однако другие органы не поражены и нет отдаленных метастазов. Врачи объяснили, что они считают, что у Бетти хорошие шансы на излечение с помощью лучевой терапии, которая будет проводиться амбулаторно ежедневно в течение пяти недель. Они разъяснили действие лучевой терапии и описали, как проходит дистанционная и внутрисполостная лучевая терапия. Бетти сказали, что в результате лучевой терапии у нее скорее всего наступит менопауза, т. е. прекратятся менструации, она не сможет больше забеременеть и может ожидать появления приливов и дискомфорта при половом контакте. Врачи объяснили, что они помогут облегчить эти симптомы, ответили на вопросы Бетти и ее партнера и убедились, что она поняла их объяснения. Врачи сказали, что, если Бетти готова, она сможет очень скоро начать лечение, и объяснили, что перед этим она должна подписать информированное согласие, предусмотренное больницей. Они уверили ее, что подписание этой формы не мешает ей по любой причине поменять свое мнение до или во время лечения. Бетти решила начать лечение, партнер поддержал ее решение и пообещал быть рядом на всех этапах лечения.

Бетти арендовала комнату рядом с больницей, а ее партнер вернулся домой, чтобы заботиться об их детях, и часто навещал ее. Бетти прошла лечение и через пять недель смогла вернуться домой. Ее партнер и старшие дети помогли с домашними обязанностями, пока она не поправилась.

Специалисты отправили подробную выписку врачу окружной больницы, которому было поручено наблюдать Бетти каждые три месяца или, при необходимости, чаще. Этот врач связывался с врачами, проводившими лечение, по возникающим проблемам и их решению. Осложнения, наблюдавшиеся у Бетти, были ожидаемыми, и она получила рекомендации по их коррекции. За два года наблюдения признаков рецидива не было.

Через два года Бетти вернулась в больницу, где ей было ранее проведено лечение. Здесь с ней подробно поговорили и тщательно обследовали. Было подтверждено, что признаков рецидива нет. Бетти сказали, что, если не появятся новые жалобы, она может обследоваться один раз в год. Ей дали брошюру со всей информацией и подробную выписку для врача, оказывающего первичную медицинскую помощь.

Если это невозможно, больную направляют для биопсии и подтверждения диагноза в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее вторичную медицинскую помощь (см. Практические рекомендации 5.9, посвященные биопсии и выскабливанию цервикального канала).



Чаще женщина обращается к работнику здравоохранения, оказывающему первичную медицинскую помощь, с жалобами, которые заставляют заподозрить рак шейки матки. Если работник здравоохранения, оказывающий первичную медицинскую помощь, обучен и имеет необходимые оборудование и средства, он может выполнить биопсию шейки матки. Однако в большинстве случаев он направит больную в специализированное лечебно-профилактическое учреждение, на консультацию гинеколога, который выполнит биопсию и направит материал на гистологическое исследование. При подтверждении диагноза больную направят в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее третичную медицинскую помощь, к специалисту для дальнейшего обследования и лечения¹.

К сожалению, у многих женщин, особенно не живущих половой жизнью, заболевание достаточно долго, до поздних стадий, протекает бессимптомно.

Клинические проявления рака шейки матки в зависимости от степени распространения опухоли (ранние и поздние) приведены в таблице 6.1 (более подробная информация о стадировании в соответствии с классификацией FIGO представлена в разделе 6.3, в том числе в таблице 6.2 и на рисунке 6.1).

Таблица 6.1. Клинические проявления рака шейки матки

Ранние	<ul style="list-style-type: none"> • Выделения из влагалища, иногда зловонные • Межменструальные кровянистые выделения любого характера у женщины детородного возраста • Кровянистые выделения после полового контакта у женщины любого возраста, даже молодой • Кровянистые выделения и кровотечение в постменопаузе • О раке шейки матки следует думать также при кровотечении в пременопаузе, особенно если стандартное лечение неэффективно
---------------	--

¹ См. также публикацию ВОЗ 2014 г. *Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings* [Инструменты внедрения: пакет основных мероприятий при неинфекционных заболеваниях для первичной медицинской помощи в условиях ограниченных ресурсов], доступную по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133525/1/9789241506557_eng.pdf

Поздние	<ul style="list-style-type: none"> • Учащенное мочеиспускание и императивные позывы на мочеиспускание • Боль в спине • Боль внизу живота • Сильная боль в спине • Похудание • Уменьшение объема выделяемой мочи (вследствие обструкции мочеточников или почечной недостаточности) • Выделение мочи или кала из влагалища (при образовании свищей) • Отеки нижних конечностей • Одышка (вследствие анемии или, реже, метастазов в легких, или плеврального выпота)
----------------	--

Более подробная информация о тактике при обращении за консультацией больной по поводу симптомов, которые могут быть вызваны раком шейки матки, представлена в Практических рекомендациях 6.1.



Симптомы, которые могут быть вызваны раком шейки матки

6.2 Роль работников здравоохранения

6.2.1 Роль работников здравоохранения, оказывающих первичную и вторичную медицинскую помощь

Когда у женщины появляются любые из симптомов, перечисленных в таблице 6.1, она может сначала обратиться к работнику здравоохранения в сообществе или народному целителю. Женщине могут дать лекарство и, если симптомы не исчезнут, ей скорее всего посоветуют проконсультироваться с работником здравоохранения, оказывающим первичную медицинскую помощь, обычно с медицинской сестрой.

а. Если женщина обращается с жалобами в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее первичную или вторичную медицинскую помощь

Если работник здравоохранения в **лечебно-профилактическом учреждении, оказывающем первичную медицинскую помощь**, обучен и имеет все

необходимое оборудование и средства, он может выполнить гинекологический осмотр и биопсию измененных участков шейки матки. Если биопсия выявит инвазивный рак, работник здравоохранения, оказывающий первичную медицинскую помощь, направит больную напрямую в специализированное лечебно-профилактическое учреждение для дальнейшего обследования и лечения. Однако многие центры первичной медицинской помощи не имеют необходимого оборудования или работников, обученных выполнять гинекологический осмотр. Следовательно, чаще всего женщине, обращающейся с жалобами, скажут, что она должна безотлагательно посетить гинеколога в ближайшем лечебно-профилактическом учреждении, оказывающем вторичную медицинскую помощь. В редких случаях больные обращаются в центр первичной медицинской помощи с обильным кровотечением из влагалища. Таких больных скорее всего напрямую направят в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее третичную медицинскую помощь, для обследования и лечения.

Работнику лечебно-профилактического учреждения, оказывающего третичную медицинскую помощь, который занимается обследованием больных, обращающихся с жалобами, рекомендуется в первую очередь установить или укрепить доверительные отношения и взаимопонимание с больной.

Работник здравоохранения должен собрать анамнез и провести тщательное обследование, чтобы выяснить, имеются ли уплотнения, объемные образования или любые другие изменения шейки матки и окружающих органов и тканей (см. Практические рекомендации 5.2).



Гинекологический
осмотр

Если уместно, перед биопсией шейки матки в лечебно-профилактическом учреждении, оказывающем вторичную медицинскую помощь, проводят обследование для исключения беременности и ВИЧ-инфекции. Если результаты исследований отрицательны, есть обученный работник здравоохранения, необходимые оборудование и средства, выполняют биопсию шейки матки и отправляют материал в лабораторию для гистологического исследования. Если женщина беременна или инфицирована ВИЧ, рекомендуется направить ее в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее третичную медицинскую помощь, где будет выполнена биопсия и, в зависимости от результатов гистологического исследования, запланировано лечение.

Гистологическое исследование биоптата подтвердит или отвергнет диагноз рака шейки матки. Это обязательный этап перед проведением более сложных исследований. Если при биопсии выявлен рак шейки матки, больная будет направлена из лечебно-профилактического учреждения, оказывающего вторичную медицинскую помощь, в специализированное лечебно-профилактическое учреждение для дальнейшего обследования и определения надлежащего доступного лечения (см. раздел 6.2.2 о роли работников здравоохранения, оказывающих третичную медицинскую помощь).

Работники здравоохранения должны помнить, что биопсия может выявить другие заболевания со сходными симптомами (этот процесс называется дифференциальной диагностикой). Это могут быть инфекции, например, герпес половых органов, при которых внешний вид шейки матки меняется и напоминает рак шейки матки ранних стадий, или метастазы других опухолей, например, исходящих из слизистой оболочки полости матки (рак тела матки или рак эндометрия).

в. Если диагноз рака шейки матки поставлен в лечебно-профилактическом учреждении, оказывающем первичную или вторичную медицинскую помощь

Когда окончательный диагноз рака шейки матки поставлен, работник здравоохранения, выполнявший биопсию, должен осторожно сообщить и объяснить диагноз женщине, предоставив ей время обдумать и понять серьезность болезни, а также возможность задать вопросы. Если женщина не находится в лечебно-профилактическом учреждении, оказывающем третичную медицинскую помощь, то ее направят в ближайшее специализированное учреждение, где имеются онкологи и сложное оборудование для проведения лечения. Дополнительные рекомендации по общению с больными на этом этапе представлены в Практических рекомендациях 6.2 и 6.3.



Консультирование:
диагноз «рак»



Что будет происходить
в больнице

с. Если женщина выписана из стационара после лечения

Помимо прочего, работники здравоохранения, оказывающие первичную и вторичную медицинскую помощь, обеспечивают помощь и уход женщинам, выписанным из стационара как в случае успеха лечения и выздоровления, так и в случае его неэффективности и необходимости паллиативной помощи. Работники здравоохранения, оказывающие первичную и вторичную медицинскую помощь, по возможности поддерживают связь со специалистами, оказывающими третичную медицинскую помощь, проводят назначенное периодическое обследование в рамках наблюдения, выявляют и лечат побочные эффекты и осложнения болезни и/или лечения и при необходимости и возможности направляют больную в лечебно-профилактическое учреждение, где проводилось лечение.

Если больная получает паллиативную помощь, работники здравоохранения, оказывающие первичную и вторичную медицинскую помощь, предоставляют ей основную медицинскую поддержку. Они консультируются со специалистами лечебно-профилактического учреждения, оказывающего третичную медицинскую помощь, и при желании со специалистами по народной медицине. Медицинская поддержка может включать обезболивание и лечение распространенных проблем, развивающихся у больных, которым проведено лечение злокачественной опухоли.

d. Другие важные функции

Работники здравоохранения, оказывающие первичную и вторичную медицинскую помощь, как члены команды, занимающейся лечением рака шейки матки, выполняют и другие важные функции:

- санитарное просвещение и обучение в сообществах;
- обучение работников здравоохранения в сообществах, в том числе по вопросам распределения анальгетиков (если это разрешено национальными нормативными документами);
- обучение персонала, недавно присоединившегося к команде;
- инструктирование близких и друзей больной о том, как осуществлять специальный уход, чтобы предупреждать или лечить тяжелые проявления, если они возникли;
- создание связей между больной и ее семьей и религиозными или другими организациями, которые могут предоставлять широкий спектр немедицинской поддержки, в том числе пожертвование средств, продуктов и изделий немедицинского назначения;
- оказание максимально возможной помощи больной и ее семье в терминальной стадии болезни;
- по возможности посещение на дому во время ухудшений или в терминальной стадии болезни.

Более подробно паллиативная помощь описана в главе 7 и практических рекомендациях к ней.

6.2.2 Понимание роли работников здравоохранения, оказывающих третичную медицинскую помощь

В лечебно-профилактическом учреждении, оказывающем третичную медицинскую помощь, имеются специалисты, занимающиеся лечением злокачественных опухолей, доступны сложные исследования и методы лечения. Этот раздел предназначен главным образом для того, чтобы работники здравоохранения, оказывающие первичную и вторичную медицинскую помощь, понимали и объясняли больным, что может их ожидать в специализированном лечебно-профилактическом учреждении.

Функции работников здравоохранения, оказывающих третичную медицинскую помощь, включают следующее:

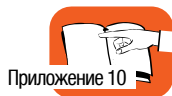
- Определение стадии злокачественной опухоли на основании полного физикального и ряда других исследований. Это позволит определить оптимальное лечение и наблюдение (дополнительная информация о стадировании, а также рекомендации для работников здравоохранения,

оказывающих третичную медицинскую помощь, о том, как говорить об этом с больной, представлены в разделе 6.3).

- Определение оптимального(ых) метода(ов) лечения, доступных в лечебно-профилактическом учреждении с учетом наличия специалистов и оборудования.
- Наблюдение за больной во время и после лечения для оценки эффекта и устранения любых осложнений.
- Если взаимодействие местных работников здравоохранения и работников здравоохранения, оказывающих третичную медицинскую помощь, возможно, то специалист может помочь медицинским работникам на месте наблюдать больную после выписки из стационара. При необходимости специалист даст рекомендации по дополнительному обследованию, лечению побочных эффектов и осложнений и решению других проблем.
- Обеспечение непрерывной поддержки при оказании помощи больным, выписанным для проведения паллиативной помощи на дому. Эту поддержку можно осуществлять, связываясь с работниками здравоохранения, оказывающими первичную и вторичную медицинскую помощь, по телефону, электронной почте или другими способами. В некоторых случаях, при тяжелых некупируемых симптомах (например, боли, обильном кровотечении), больная может быть направлена в больницу для дополнительного паллиативного лечения (см. главу 7).

6.3 Стадирование рака шейки матки

Стадия рака шейки матки определяется по одной из имеющихся международных классификаций, чтобы оценить распространение опухоли, наличие или отсутствие отдаленных метастазов. Стадирование используется специалистами, чтобы выбрать и планировать надлежащее доступное лечение (лечение рака шейки матки в зависимости от стадии представлено в Приложении 10).



Приложение 10

Лечение в зависимости от стадии FIGO

В некоторых лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих третичную медицинскую помощь, для определения стадии доступны только осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное и ректовагинальное исследования и, возможно, методы оценки состояния мочевых путей (цистоскопия) и кишечника (ректоскопия). На основании этих ограниченных исследований опытный специалист сможет получить представление о локализации опухоли, ее размере и варианте ее роста и распространении на ткани, окружающие шейку и тело матки, связки, а также на стенки таза. Может быть также выявлено поражение мочевого пузыря и прямой кишки.

В большинстве специализированных лечебно-профилактических учреждений доступны более сложные методы исследования. Они применяются для создания более полного представления о распространении опухоли и способствуют выбору оптимального лечения (см. таблицу 6.2). Если исследования, необходимые для диагностики и стадирования, слишком дискомфортны или болезненны, они могут проводиться под общей анестезией.

Таблица 6.2. Исследования для стадирования и лечения рака шейки матки

Обязательные исследования	Дополнительные исследования
<ul style="list-style-type: none"> • Осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное исследование (в том числе ректовагинальное) • Экскреторная урография или УЗИ почек 	<ul style="list-style-type: none"> • Цистоскопия • Ректоскопия • Конизация шейки матки • Выскабливание цервикального канала или мазок из него • Рентгенография грудной клетки • Сцинтиграфия или рентгенография костей (при боли в костях)

Источник: Информация представлена в соответствии с рекомендациями Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO).

Помимо исследований, рекомендованных Международной федерацией акушеров и гинекологов (FIGO) и представленных в таблице 6.2, специалист(ы) в стационаре могут провести дополнительные исследования для оценки степени распространения опухоли.

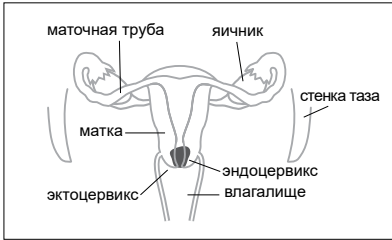
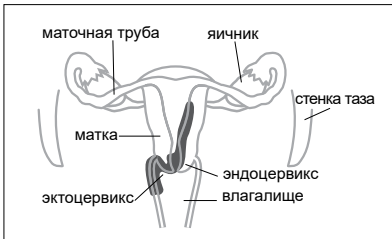
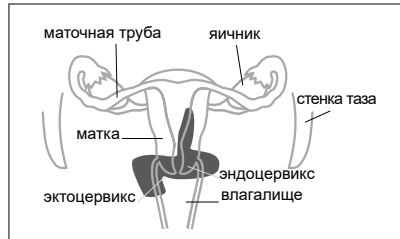
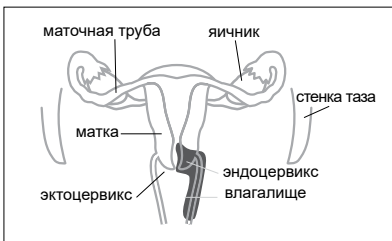
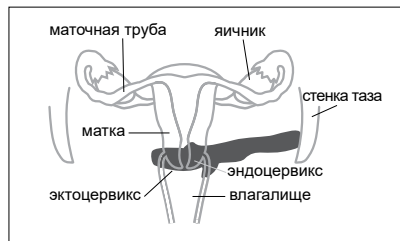
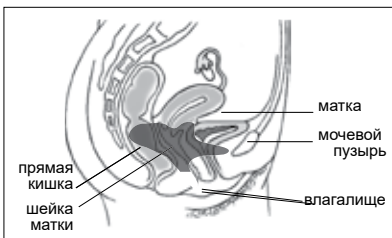
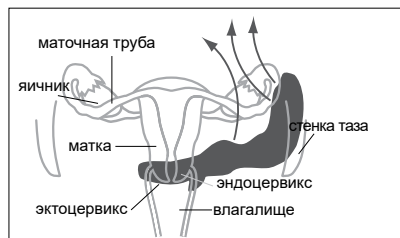
- Исследования крови, в том числе общий анализ (для исключения анемии, обусловленной кровопотерей; анемия может влиять на эффективность лучевой терапии), и исследования для исключения беременности и ВИЧ-инфекции, если это уместно.
- Биохимическое исследование крови для оценки функций почек и печени.
- Компьютерная (КТ) или, лучше, магнитно-резонансная томография (МРТ) брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза (позволяет планировать лучевую терапию). Лечение можно планировать и без этих исследований, если они недоступны по средствам или невыполнимы.

Результаты всех исследований, проводимых для определения стадии, должны быть тщательным образом внесены в медицинскую документацию. В нее можно включить наглядный рисунок, который будет доступен для всех работников здравоохранения, участвующих в лечении больной.

Рисунок 6.1. Классификация (система стадирования) FIGO (пересмотр 2009 г.)

6

Глава 6. Диагностика и лечение рака шейки матки

Рак шейки матки IB стадии**Рак шейки матки IIA стадии****Рак шейки матки IIB стадии****Рак шейки матки IIIA стадии****Рак шейки матки IIIB стадии****Рак шейки матки IVA стадии****Рак шейки матки IVB стадии**

Источник: Edge et al. (2010), Gold et al. (2008), Pecorelli (2009); см. Дополнительная литература.

а. Классификация (система стадирования) FIGO

Существует ряд классификаций стадий рака шейки матки. Чаще других применяется классификация FIGO, которая учитывает размер опухоли, ее распространение в пределах малого таза и поражение других органов (см. рисунок 6.1).

Классификация (система стадирования) FIGO (пересмотр 2009 г.) описывает четыре следующих друг за другом по мере прогрессирования стадии рака шейки матки – от I до IV.

Стадии и подстадии по классификации FIGO изображены на рисунке 6.1.

Стадия I. Опухоль ограничена шейкой матки (включает подстадии IA1, IA2, IB1 и IB2).

Стадия II. Опухоль распространяется за пределы шейки матки на верхнюю часть влагалища или ткани, окружающие шейку матки (параметрий), но не переходит на стенку(и) таза (включает подстадии IIA1, IIA2 и IIB).

Стадия III. Опухоль распространяется на нижнюю треть влагалища или вовлекает весь параметрий до стенки(ок) таза (включает подстадии IIIA и IIIB).

Стадия IV. Опухоль поражает соседние или отдаленные органы и ткани, в том числе легкие и отдаленные лимфатические узлы (включает подстадии IVA и IVB).

б. Рекомендации работникам здравоохранения, оказывающим третичную медицинскую помощь, о том, как объяснять важность определения стадии до обследования и сообщать его результаты

Этот разговор может быть очень эмоциональным и потребовать не одной встречи. Необходимы предельные деликатность и уважение к реакциям женщины и ее способности понимать сказанное. Больной следует предложить взять с собой для поддержки во время разговора близких членов семьи или друзей (одного или более). Во время разговора часто останавливайтесь и просите больную и ее спутников задавать вопросы. Время от времени убеждайтесь, что больная понимает, что вы говорите, объясняйте непонятое другими словами.

При любом обсуждении рака шейки матки помните о культурных особенностях сообщества больной.

Во Вставке 6.1 представлены факторы, влияющие на прогноз и выживаемость при раке шейки матки. Более подробная информация для онкологов, которые должны информировать больных о диагнозе и лечении, представлена в Практических рекомендациях 6.4.



Онкологи

Вставка 6.1. Факторы, влияющие на прогноз и 5-летнюю выживаемость больных, завершивших оптимальное лечение*

Наиболее важный фактор, определяющий отдаленные результаты лечения, – клиническая стадия на момент установления диагноза.

Другие факторы, влияющие на вероятность прожить более 5 лет после лечения:

- доступность лечения;
- поражение лимфатических узлов;
- наличие других хронических или острых болезней / состояний;
- общее состояние здоровья и питание, в том числе наличие анемии;
- степень иммуносупрессии (например, наличие ВИЧ-инфекции).

* В странах, где оптимальное лечение недоступно или проводится ненадлежащим образом, выживаемость, конечно, существенно ниже.

6.4 Лечение рака шейки матки: обзор

6.4.1 Принципы лечения

В каждой стране и регионе имеются системы направления женщин, у которых выявлен рак шейки матки, на консультацию и лечение в лечебно-профилактические учреждения, оказывающие третичную медицинскую помощь.

Методы лечения, предлагаемые больной, должны соответствовать международным, национальным или учрежденческим рекомендациям с учетом наличия квалифицированных специалистов (т.е. хирургов, химиотерапевтов и/или лучевых терапевтов/медицинских физиков), а также наличия и состояния необходимого оборудования. Как описано ниже, в разделе 6.6, на выбор метода лечения влияет наличие беременности и ВИЧ-инфекции.

Во всех случаях работники здравоохранения должны стремиться к тому, чтобы выбранный метод лечения, наряду с уменьшением опухоли, по возможности уменьшил боль и страдания больной. Если лечение и/или его осложнения несут большую опасность, чем болезнь (т.е. с большей вероятностью, чем болезнь, уменьшат продолжительность или ухудшат качество оставшейся жизни), такое лечение не должно рассматриваться.

Лечение должно быть индивидуализированным. Лучше всего, если план лечения разрабатывает команда, состоящая из гинекологов, онкологов и лучевых терапевтов. Если такая команда есть, она рассмотрит интересы и предпочтения

больной и учтет эту информацию при планировании лечения, выбрав метод или методы с учетом распространения болезни и общего состояния здоровья.

План лечения необходимо обсудить с больной, используя понятный ей язык, и передать содержание этого разговора работникам здравоохранения, оказывающим ей первичную и вторичную медицинскую помощь (таким образом, работники здравоохранения смогут подкрепить содержание разговора, используя тот же язык) (см. Практические рекомендации 6.3).



Что будет происходить в больнице

Не все методы лечения, описанные в этой главе (раздел 6.5), доступны во всех специализированных лечебно-профилактических учреждениях. Необходимое оборудование может быть в ненадлежащем состоянии, могут отсутствовать расходные материалы, или квалификация работников здравоохранения может быть недостаточной для проведения определенного лечения. С учетом доступности и качества медицинской помощи работник здравоохранения, отвечающий за лечение больной, сможет объяснить ей, какой метод или какие методы лечения являются наилучшими для нее. Если имеется выбор между двумя методами со сходными результатами или выбор между одним методом лечения и комбинацией методов, больной и ее близким должна быть предоставлена подробная информация о каждом из вариантов для принятия информированного решения.

После обсуждения и обмена информацией о распространении болезни и плане лечения (см. Практические рекомендации 6.4), работник здравоохранения объяснит и проверит содержание информированного согласия, используемого в больнице, и убедится, что больная понимает, что означает ее подпись под ним. Заверьте больную, что она может изменить свое решение, если пожелает, по любой причине. После этого больную спрашивают, готова ли она подписать согласие и добавить подписи свидетелей (см. Практические рекомендации 5.1 по получению информированного согласия).



Онкологи



Информированное согласие

6.4.2 Согласие лечиться и выбор времени начала лечения – это собственное решение пациента

После получения полной информации именно больная решает, лечиться ей или не лечиться, какой метод лечения предпочесть (если ей предоставлен выбор) и когда начинать лечение. Выбирая, она, вероятно, будет принимать во внимание следующее:

- личную ситуацию и положение семьи больной;
- домашние обязанности;
- время, необходимое для лечения;

- ожидаемые эффективность лечения и осложнения;
- включено ли лечение в медицинскую страховку;
- любые затраты, которые будут покрываться больной или ее семьей, если они не покрываются медицинской страховкой;
- последствия отказа от лечения.

Принимая решение, больная может захотеть посоветоваться с близкими.

6.4.3 Барьеры на пути к получению медицинской помощи

Лечение зачастую доступно только в специализированных лечебно-профилактических учреждениях, которые могут быть далеко от дома больной, что делает необходимым ее длительное отсутствие. Стоимость лечения для больной и семьи и обусловленное лечением расставание с ней могут быть значительными и даже стать причиной отказа от лечения или его прекращения. Если это возможно, работники всех уровней системы здравоохранения могут помочь больной, мобилизовав поддержку ее семьи, сообщества, правительственных и неправительственных организаций. В некоторых странах женщинам, которые получают лечение по поводу онкологических заболеваний, предлагается пособие по инвалидности, в некоторых – проживание поблизости от региональных онкологических центров. В ряде других стран поддержка недоступна. В некоторых странах, не имеющих лечебно-профилактических учреждений для лечения онкологических больных, женщин направляют на лечение в соседние страны, что может создать дополнительные трудности для них и их семей. Все эти вопросы требуют всестороннего изучения, чтобы найти решения, которые дадут возможность каждой женщине пройти лечение, направленное на излечение от злокачественной опухоли, продление или улучшение качества жизни.

6.5 Методы лечения

Методы лечения рака шейки матки включают хирургическое лечение, лучевую терапию и химиотерапию, которые могут использоваться в комбинации. В этом разделе довольно подробно обсуждаются все методы, чтобы помочь работникам всех уровней системы здравоохранения информировать больных. При этом нужно всегда использовать соответствующий, лишенных технических терминов язык. Используемая здесь терминология предназначена для того, чтобы помочь работнику здравоохранения при разъяснении больным методов лечения.

В зависимости от стадии опухоли, общего состояния здоровья женщины, наличия возможностей и опыта первичным лечением может быть операция или лучевая

терапия с химиотерапией или без нее. Первичное лечение (называемое также терапией первой линии) – это лечение рака шейки матки, которое проводят первым, обычно с целью излечения. Адьювантная терапия – это лечение, дополняющее основной метод первичного лечения. Повторное лечение – лечение, которое проводят после другого (первичного).

6.5.1 Хирургическое лечение

Хирургическое лечение состоит в удалении различного объема тканей, пораженных опухолью и окружающих ее. Это можно сделать через влагалище или разрез передней брюшной стенки.

Операция может выполняться в рамках как первичного лечения, так и повторного (после проведения другого лечения).

Первые две описанные здесь операции (конизация шейки матки и экстирпация матки) подразумевают удаление меньшего объема тканей, третья (расширенная экстирпация матки) – большего.

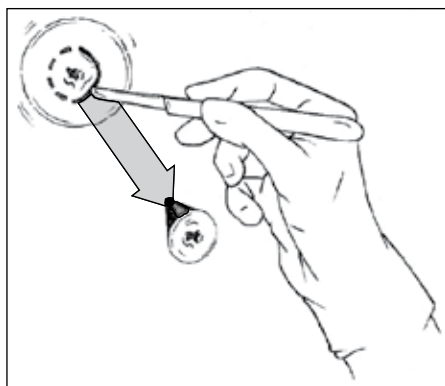
а. Операция в качестве первичного лечения

Первичное хирургическое лечение рака шейки матки состоит в удалении разного объема тканей в зависимости от распространения опухоли в пределах малого таза и других индивидуальных особенностей.

Конизация шейки матки – это удаление тканей, окружающих наружный маточный зев, и нижней части цервикального канала (см. рисунок 6.2).

Микроинвазивный рак шейки матки (опухоль, которая определяется только при микроскопическом исследовании) может быть излечен конизацией шейки матки, особенно если необходимо сохранить детородную функцию.

Рисунок 6.2. Конизация шейки матки – удаление конусовидного фрагмента шейки матки



Экстирпация матки – это удаление тела и шейки матки через разрез в нижней части живота или влагалище с помощью лапароскопа или без него (см. рисунок 6.3). Яичники и маточные трубы обычно не удаляют. Однако они могут быть удалены у больных в постменопаузе и в случае патологии. Экстирпация матки показана для лечения микроинвазивного рака шейки матки в постменопаузе или у более молодых больных, которые не заинтересованы в сохранении детородной функции.

Рисунок 6.3. Простая экстирпация матки

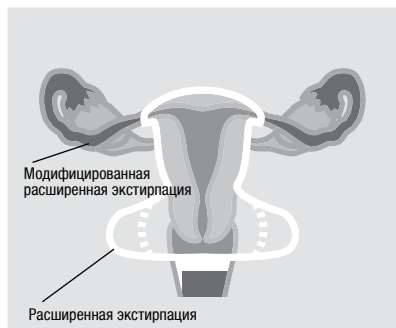


Расширенная экстирпация матки – самая частая операция, выполняемая по поводу рака шейки матки ранних стадий. Во время этой операции удаляют ткани, окружающие матку, и зачастую лимфатические узлы, расположенные в тазу и вокруг аорты (см. рисунок 6.4). Яичники и маточные трубы, если они не изменены, обычно не удаляют. Подробное описание того, как обрабатывать препарат, удаленный при расширенной экстирпации матки, и давать заключение гистологического исследования, представлено в Приложении 14. В Форме 14.1 представлен образец гистологического заключения.



Гистологическое
исследование
при раке
шейки матки

Рисунок 6.4. Расширенная и модифицированная расширенная экстирпация матки



в. Операция в качестве повторного лечения

Так называемые «спасательные» операции могут все же преследовать цель излечения больной. К ним относится расширенная экстирпация матки с верхней третью влагалища, выполняемая для снижения риска рецидива рака шейки матки. Она показана в следующих случаях:

- микроскопическое исследование показало недостаточную ширину края резекции неизмененных тканей;
- больной проведена лучевая терапия и/или химиотерапия, однако при наблюдении выявлен ранний рецидив или неизлеченность опухоли.

Паллиативные операции иногда выполняют при раке шейки матки поздних стадий для устранения кишечной непроходимости или лечения свищей (патологических сообщений между влагалищем и мочевыми путями или прямой кишкой), возникших в результате лучевой терапии или распространения первичной опухоли.

с. Возможные побочные эффекты и осложнения хирургического лечения рака шейки матки

Побочные эффекты и осложнения возможны после всех хирургических вмешательств. Риск осложнений обычно мал, а они в большинстве случаев устранимы. Осложнения включают:

- инфекционные осложнения в области вмешательства (низкий риск);
- кровотечения;
- повреждение соседних органов (кишечника, мочевого пузыря);
- риск тромбоза глубоких вен нижних конечностей при длительном постельном режиме и относительной иммобилизации больной после операции; это осложнение следует своевременно выявлять и лечить, чтобы предотвратить смещение тромбов и их попадание в легкие.

Помимо перечисленных выше общих осложнений хирургическое лечение рака шейки матки сопряжено со следующими рисками:

- Конизация шейки матки повышает риск преждевременных родов или выкидыша, если выполняется во время беременности.
- Экстирпация матки приводит к бесплодию.
- Расширенная экстирпация матки приводит к бесплодию, а также с этой операцией может быть связано нарушение функции мочевого пузыря и/или толстой кишки.

Более подробная информация об экстирпации матки при раке шейки матки представлена в Практических рекомендациях 6.5.



Экстирпация матки

6.5.2 Лучевая терапия

Лучевая терапия использует сложное оборудование для получения невидимых лучей, похожих на солнечный свет, но с более высокой энергией, которые направляют на опухоль и окружающие пораженные ткани. Лучи проникают в тело и разрушают опухолевые клетки, в результате опухоль полностью или частично исчезает. Разрушенные клетки удаляются из организма.

Лучевая терапия сама по себе безболезненна, но может вызывать серьезные осложнения (описаны в конце этого раздела).

а. Лучевая терапия в качестве первичного лечения

Первичная лучевая терапия в сочетании с химиотерапией или без нее применяется с целью излечения больных раком шейки матки начиная с IIА2 стадии (см. рисунок 6.1). Она может быть предложена больным с опухолями диаметром более 4 см, ограниченными шейкой матки, а также с опухолями, вышедшими за пределы шейки матки. Первичная лучевая терапия с целью излечения рака шейки матки ранних стадий проводится ежедневно в течение 5–6 недель с помощью двух методов.

- Дистанционная лучевая терапия (или телетерапия) использует излучение, которое создается установкой, не контактирующей с телом больной (см. Практические рекомендации 6.6).
- Внутриполостная лучевая терапия (брахитерапия) использует излучение, источником которого является радиоактивный материал, помещенный во влагалище рядом с опухолью (см. Практические рекомендации 6.7).



ПР 6.6

Дистанционная
лучевая терапия



ПР 6.7

Внутриполостная
лучевая терапия

б. Лучевая терапия в качестве адъювантного лечения

Лучевая терапия в сочетании с химиотерапией или без нее может использоваться в качестве адъювантного лечения, дополняя первичное хирургическое лечение, по следующим показаниям:

- если во время первичного хирургического вмешательства хирург обнаружил, что опухоль распространилась за пределы шейки матки в параметрий (ткани между маткой и стенкой таза) или на другие органы малого таза;
- после экстирпации матки, если в гистологическом заключении указано, что расстояние от опухоли до края резекции менее 5 мм;
- если во время первичного хирургического вмешательства выявлено поражение лимфатических узлов.

с. Лучевая терапия в качестве повторного лечения

Лучевая терапия в сочетании с химиотерапией или без нее может использоваться в качестве повторного лечения по следующим показаниям:

- при рецидиве заболевания, локализованном в малом тазу, у женщин, которым проведено первичное хирургическое лечение.

д. Паллиативная лучевая терапия

Паллиативная лучевая терапия, обычно без химиотерапии, может применяться в разнообразных ситуациях (см. также главу 7):

- как единственный метод лечения при очень распространенных опухолях;
- для устранения тяжелых симптомов, таких, как кровотечение, зловонные выделения и/или боль;
- у больных, которые слишком слабы, чтобы переносить химиотерапию или лучевую терапию в полном объеме (например, при тяжелой почечной недостаточности вследствие обструкции мочеточников, печеночной недостаточности и т. д.);
- для лечения изолированных метастазов (например, в позвоночнике или лимфатических узлах, в отсутствие других признаков диссеминации).

е. Побочные эффекты лучевой терапии рака шейки матки

Лучевая терапия влияет на многочисленные органы и ткани, но только на те, которые непосредственно попадают в зону облучения. В случае рака шейки матки, это обычно нижняя часть живота, в том числе мочевого пузыря, прямая кишка и костный мозг. Другие возможные побочные эффекты включают менопаузу, бесплодие, дискомфорт и боль при половых контактах, а также возможные изменения кишечника и мочевого пузыря. Редким осложнением лучевой терапии являются свищи.

6.5.3 Химиотерапия

Химиотерапия подразумевает многократное назначение токсичных лекарственных средств. Проводят несколько курсов лечения одним или несколькими препаратами, вводимыми внутривенно, чтобы уничтожить быстро делящиеся клетки (отличительный признак всех злокачественных опухолей).

а. Химиотерапия в качестве первичного лечения

Химиотерапия редко используется самостоятельно в качестве первичного лечения рака шейки матки. Чаще она применяется в комбинации с лучевой терапией или реже с хирургическим лечением.

b. Химиотерапия в качестве первичного лечения в комбинации с лучевой терапией

Химиотерапия применяется в рамках первичного лечения у больных с очень большими и массивными опухолями, чтобы уменьшить их объем и затем проводить лучевую терапию. Лечение проводят в такой последовательности, поскольку показано, что опухоли шейки матки лучше отвечают на лучевую терапию, если они менее объемные.

c. Паллиативная химиотерапия

Иногда паллиативная химиотерапия применяется после тщательного обсуждения ожидаемых преимуществ и осложнений с целью уменьшения симптомов у больных с множественными метастазами в печени, легких и костях.

d. Побочные эффекты комбинированного лечения (химиотерапии и лучевой терапии)

При проведении комбинированного лечения (химиотерапии и лучевой терапии) побочные эффекты могут суммироваться. Поскольку противоопухолевые препараты циркулируют с кровью по всему телу, побочные эффекты могут быть распространенными. С другой стороны, побочные эффекты лучевой терапии ограничены областью таза (см. раздел 6.5.2 об осложнениях лучевой терапии).

Химиотерапия влияет не только на опухолевые клетки, но и на быстро делящиеся клетки во всем организме: клетки костного мозга, желудочно-кишечного тракта, мочевых путей, кожи и других органов, покрытых эпителием. Это означает, что существует риск анемии, инфекций и кровотечений, снижения числа лейкоцитов и тромбоцитов. Химиотерапия может также вызывать тошноту, диарею и аллергические реакции. Они обычно кратковременные и не влекут за собой тяжелых последствий.

6.6 Особые ситуации: рак шейки матки во время беременности и при ВИЧ-инфекции

6.6.1 Лечение рака шейки матки во время беременности

Хотя и редко, но рак шейки матки может быть диагностирован у беременной женщины. Опухолевые клетки при раке шейки матки не проникают через плаценту, поэтому на плод негативное воздействие может оказать лишь непосредственное воздействие очень большой опухоли шейки матки или осложнения обследования и лечения по поводу рака шейки матки.

Консультирование беременной больной раком шейки матки требует особых навыков и деликатности. Проблема существенно более сложная, поскольку больной нужно помочь решить, желает ли она попытаться сохранить беременность. Полезно привлечь мультидисциплинарную команду работников

здравоохранения и близких, чтобы разработать план лечения, учитывающий все потребности и трудности принятия решения в этих условиях. Зачастую паре приходится делать душераздирающий выбор, поэтому обоим партнерам до, во время и после лечения может потребоваться поддержка.

а. Если больная хочет сохранять беременность

Если больная и ее партнер (если она желает привлечь его к этому решению) выражают надежду на сохранение беременности, большинство методов лечения будут проводиться после родоразрешения. Больную нужно заранее предупредить, что во избежание осложнений при раскрытии шейки матки (таких, как кровотечение) родоразрешение будет происходить путем планового кесарева сечения до начала родовой деятельности.

Тем не менее важно безотлагательно выполнить биопсию, чтобы подтвердить диагноз. Биопсия шейки матки не противопоказана во время беременности, однако следует ожидать более обильного кровотечения. По этой причине рекомендуется выполнять биопсию в лечебно-профилактическом учреждении, оказывающем третичную медицинскую помощь. Больную следует проконсультировать о том, что, хотя биопсия шейки матки обычно безопасна во время беременности, как и при любой процедуре во время беременности, существует небольшой риск выкидыша.

б. Если больная не хочет сохранять беременность

В этом случае лечение определяется в зависимости от стадии, точно так же, как описано для небеременных женщин. Если состояние больной позволяет выполнить экстирпацию матки или расширенную экстирпацию матки, а опухоль ограничена шейкой матки, можно планировать хирургическое лечение в зависимости от срока беременности. Первичная лучевая терапия (с химиотерапией или без нее) может быть другим вариантом лечения в этом случае. Больную следует информировать о том, что лечение приведет к потере беременности.

6.6.2 Лечение рака шейки матки при ВИЧ-инфекции

Поскольку хорошо спланированных или проспективных исследований лечения рака шейки матки у ВИЧ-инфицированных нет, доказательно обоснованных рекомендаций, которые можно включить в это руководство, также нет. В их отсутствие в этом разделе представлены некоторые подходы, которые обычно применяют на национальном и международном уровнях.

Для ВИЧ-инфицированной больной раком шейки матки лучше всего подтверждать диагноз, обследоваться с целью определения стадии и лечиться в лечебно-профилактическом учреждении, оказывающем третичную медицинскую помощь и имеющем соответствующий опыт. В большинстве учреждений, которые лечат ВИЧ-инфицированных женщин, работают мультидисциплинарные команды.

Каждую больную обследуют индивидуально. Обследование должно включать общую оценку состояния здоровья, наличие других хронических заболеваний, которые могут дополнительно влиять на иммунную систему и способность переносить противоопухолевую терапию, обладающую иммуносупрессивным действием (например, туберкулез).

Иммуносупрессивным действием обладает как лучевая терапия, так и химиотерапия, а хирургическое лечение требует относительно хорошего общего состояния здоровья, чтобы избежать таких осложнений, как послеоперационный сепсис, кровотечение и раневая инфекция. Следовательно, исходное число лимфоцитов CD4 – основной критерий планирования помощи ВИЧ-инфицированным. Этот тест должен быть одним из первых исследований, проводимых независимо от стадии рака шейки матки. Число лимфоцитов CD4 необходимо также для контроля за состоянием иммунитета больной во время лечения. Если число лимфоцитов CD4 низкое или снижается во время лечения, может быть начата антиретровирусная терапия и отложено противоопухолевое лечение, чтобы позволить иммунной системе восстановиться.

6.7 Поддержка и наблюдение

6.7.1 Поддержка больной во время лечения

На всех стадиях диагностики и лечения болезни важно оценивать и надлежащим образом лечить боль и другие симптомы. Кроме того, больным, которым проводят лучевую терапию и/или химиотерапию, требуется регулярно выполнять общий анализ крови, исследование функции почек и печени, чтобы выявлять и по возможности предупреждать риск инфекционных осложнений.

Многие онкологические больные страдают от умеренной или значительной кровопотери и истощения, что требует здорового питания, назначения препаратов железа и фолиевой кислоты. Лечение анемии важно еще и потому, что она снижает эффективность лучевой терапии.

Осторожное спринцевание влагалища и антимикробные средства, такие, как метронидазол, могут уменьшить или устранить зловонные выделения, часто наблюдаемые при лечении рака шейки матки поздних стадий.

Дополнительные рекомендации по лечению частых симптомов рака шейки матки поздних стадий представлены в главе 7 и практических рекомендациях по паллиативному лечению.

6.7.2 Наблюдение за больными

После завершения лечения рака шейки матки женщину выписывают из стационара или отделения амбулаторного лечения. Перед выпиской на встрече всех, кто участвовал и будет участвовать в оказании медицинской помощи больной, обычно обсуждают дальнейшее наблюдение. В обсуждении должна

участвовать женщина и ее семья. Хотя наблюдение лучше всего проводить в онкологических центрах, большинство из них – это лечебно-профилактические учреждения, оказывающие третичную медицинскую помощь и находящиеся в больших городах. Если это слишком далеко от дома женщины, то расстояние может помешать наблюдению в связи с отсутствием времени, транспорта, денег или другими личными обстоятельствами. Следовательно, многие женщины выбирают наблюдение в лечебно-профилактическом учреждении, находящемся ближе к дому. Если это так, то будет полезно, чтобы гинеколог из окружной больницы, оказывающей вторичную медицинскую помощь, присутствовал на встрече, посвященной наблюдению, и участвовал в ней.

Если больная будет наблюдаться не в центре, где проводилось лечение, то врач, оказывающий первичную и вторичную медицинскую помощь и имеющий навыки выявления и лечения осложнений и рецидивов рака шейки матки (обычно гинеколог) получит подробную медицинскую документацию с указанием стадии болезни, проведенного лечения и прогноза, а также информацию о распространенных осложнениях, их профилактике и лечении. Лучше всегда включать в документацию контактные данные (телефон, факс, адрес электронной почты, почтовый адрес) центра, где проводилось лечение, чтобы содействовать тем, кто должен наблюдать за больной, в предоставлении регулярной обратной связи и обращении за советом к онкологам, если у больной появились непредвиденные симптомы.

а. Наблюдение женщин, которым проведено первичное хирургическое лечение и/или лучевая терапия с химиотерапией или без нее

Женщинам, которым проведено такое лечение, рекомендуется обследоваться после лечения каждые три месяца в течение по крайней мере двух лет – периода, в течение которого появляется или выявляется большинство случаев неизлеченности или рецидива заболевания. Кроме того, это период, в течение которого осложнения лечения наиболее заметны и требуют лечения.

Во время наблюдения должны проводиться следующие мероприятия, а их результаты должны полностью заноситься в медицинскую документацию больной:

- тщательный сбор анамнеза для выявления и обсуждения всех симптомов, имеющихся у больной;
- оценка социального, психологического / эмоционального и финансового состояния, влияние болезни и ее лечения на все эти факторы;
- полное физикальное исследование по всем системам, включая исследование живота, пальпацию лимфатических узлов, особенно шейных и паховых;
- осмотр культи влагалища в зеркалах;
- ежегодное цитологическое исследование мазков с культи влагалища для

женщин, которым проведено только хирургическое лечение (роль VIA или теста на ВПЧ в этих условиях неизвестна и не изучалась в клинических исследованиях); если больной проведена лучевая терапия (с химиотерапией или без нее), цитологическое исследование не повысит информативность обследования после лечения²;

- бимануальное и ректовагинальное исследование, чтобы исключить рецидив опухоли в малом тазу;
- другие исследования будут определяться жалобами больной и результатами физического исследования, а также наличием ресурсов.

Неизлеченность или рецидив болезни после хирургического лечения можно лечить (и потенциально излечить) лучевой терапией с химиотерапией или без нее. Если женщина получила лучевую терапию в рамках первичного лечения, ее повторное проведение требует тщательного планирования, чтобы гарантировать, что доза на ранее облученную область не превысит максимально допустимую, поскольку это вызовет тяжелые повреждения и осложнения в будущем.

6.7.3 Прекращение лечения

Для женщин, которым проводят лучевую терапию и/или химиотерапию, очень важно постоянно мониторировать ответ на лечение. Когда становится очевидно, что болезнь прогрессирует, а боль и другие симптомы не уменьшаются, тогда противоопухолевое лечение прекращают. Паллиативное лечение после того, как больная возвращается домой, фокусируется на борьбе с болью и другими симптомами. Оценка боли представлена в Практических рекомендациях 7.1, лечение симптомов – в Практических рекомендациях 7.2.



ПР 7.1

Боль



ПР 7.2

Лечение
симптомов

Обеспечение борьбы с болью и ее лечение – основная задача как в стационаре, так и вне его, как в случае излечимой, так и неизлечимой болезни. Подробно этот вопрос обсуждается в главе 7.

Когда лечение прекращено, наступает время для онколога(ов) связаться с местными работниками здравоохранения и лицами, осуществляющими уход, которые будут отвечать за оказание паллиативной помощи. Необходимо направить медицинскую документацию, в которую будут включены контактные данные (телефон, факс, адрес электронной почты, почтовый адрес) центра, где проводилось лечение. В ней будут даны рекомендации по дальнейшему наблюдению и выражена просьба регулярно сообщать о состоянии больной. Местным работникам здравоохранения может потребоваться дополнительное

² Novetsky et al. (2013), Rimel et al. (2011), Zanagnolo et al. (2009); см. Дополнительная литература.

обучение. После обучения им должно быть разрешено оказывать паллиативную помощь, проводить лечение боли и осуществлять уход за больными с прогрессированием рака шейки матки в местных условиях. Наконец, работники здравоохранения, оказывающие третичную медицинскую помощь, должны побуждать местных работников здравоохранения связываться с ними, чтобы обсуждать любые проблемы, в том числе обращаться за советом, если у больной появились непредвиденные симптомы или имеющиеся симптомы не исчезают на фоне лечения.

Дополнительная литература

- Barakat RR, Berchuck A, Markman M, Randall ME. Principles and practice of gynecologic oncology, 6th edition. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- Edge S, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A., editors. AJCC Cancer Staging Manual, 7th edition. New York (NY): Springer; 2010:395–402.
- Gold MA, Tian C, Whitney CW, Rose PG, Lanciano R. Surgical versus radiographic determination of para-aortic lymph node metastases before chemoradiation for locally advanced cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer*. 2008;112(9):1954–63. doi:10.1002/cncr.23400.
- Novetsky AP, Kuroki LM, Massad LS, Hagemann AR, Thaker PH, Powell MA, et al. The utility and management of vaginal cytology after treatment for endometrial cancer. *Obstet Gynecol*. 2013;121:129–35. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3864642/>
- Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;105(2):103–4.
- Rimel BJ, Ferda A, Erwin J, Dewdney SB, Seamon L, Gao F, et al. Cervicovaginal cytology in the detection of recurrence after cervical cancer treatment. *Obstet Gynecol*. 2011;118(3):548–53.
- Wiebe E, Denny L, Thomas G. Cancer of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;119(Suppl 2):S100–9. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292%2812%2960023-X>
- Zanagnolo V, Ming L, Gadducci A, Maggino T, Sartori E, Zola P, et al. Surveillance procedures for patients with cervical carcinoma: a review of the literature. *Int J Gynecol Cancer*. 2009;19:194–201.



ГЛАВА 7.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

Глава 7. Паллиативная помощь

Основные положения

- Паллиативная помощь – неотъемлемый компонент борьбы с раком шейки матки.
- Паллиативная помощь улучшает качество жизни больных и их семей, сталкивающихся с проблемами, связанными с угрожающей жизни болезнью.
- Паллиативная помощь состоит в предупреждении и облегчении страданий посредством раннего выявления, оценки и лечения боли и других форм физических, психосоциальных и душевных страданий.
- Паллиативная помощь позволяет больным раком шейки матки поздних стадий сохранять достоинство и спокойствие во время трудных и последних этапов жизни.
- Оптимальным для оказания паллиативной помощи является мультидисциплинарный подход, который включает больную, ее семью, близких, оказывающих поддержку, работников здравоохранения в сообществах, специалистов по паллиативной помощи на местах, а также работников здравоохранения в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней.
- Следует укреплять механизмы внедрения паллиативной помощи, в том числе обучение медработников и доступность лекарственных средств.
- Применение широкого спектра медикаментозных и немедикаментозных методов позволяет эффективно контролировать боль в большинстве случаев.
- Прошедшим соответствующее обучение медицинским сестрам должно быть разрешено назначать сильнодействующие наркотические анальгетики для приема внутрь в соответствии с национальными нормами и рекомендациями.
- Качество паллиативной помощи во многом зависит от надлежащего обучения и контроля за деятельностью работников здравоохранения и, по возможности, медицинских работников на местах.
- Доступ ко всем необходимым препаратам, оборудованию и средствам является крайне важным для устранения симптомов как в лечебно-профилактическом учреждении, так и на дому.

О чем говорится в этой главе

В этой главе обсуждается один из наиболее важных и часто игнорируемых компонентов программы комплексной борьбы с раком шейки матки. Она основана на следующих публикациях ВОЗ, посвященных паллиативной помощи и лечению боли.

Обезболивание при раке (с описанием системы обеспечения больных опиодными препаратами), 2-е издание. Женева: ВОЗ; 1996 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141306/1/5225035876.pdf>: по состоянию на 11 февраля 2017 г.).

Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями. Женева: ВОЗ; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/49/9789241548120_Guidelines_rus.pdf?ua=1&ua=1: по состоянию на 11 февраля 2017 г.).

Обеспечение сбалансированности национальной политики в отношении контролируемых веществ: рекомендации по обеспечению наличия и доступности контролируемых лекарственных средств. Женева: ВОЗ; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44519/9/9789241564175_rus.pdf; по состоянию на 11 февраля 2017 г.).

World Health Organization (WHO), U>S> President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. Geneva: WHO; 2008 (<http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>, accessed 23 October 2014).

Несмотря на то, что в эту главу не включено никаких новых рекомендаций, обратите внимание, что после принятия резолюции по паллиативной помощи на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2014 г. ожидаются новые рекомендации по лечению боли и проведению паллиативной помощи¹.

Глава состоит из пяти основных разделов. Раздел 7.1 представляет обзор паллиативной помощи и подчеркивает важность наличия мультидисциплинарной команды обученных работников здравоохранения, оказывающих паллиативную помощь на дому, в сообществе и лечебно-профилактических учреждениях, которые облегчают состояние больных раком шейки матки поздних стадий. Раздел 7.2 посвящен роли семьи, которая считается частью команды. Раздел 7.3 подробно рассказывает о роли работников всех уровней системы здравоохранения. Раздел 7.4 предоставляет рекомендации по лечению симптомов, особенно боли. Заключительный раздел, раздел 7.5, сфокусирован на важном вопросе поддержания информированности больной и ее близких на каждой стадии.

¹ ВОЗ (2014 г.), см. Дополнительная литература.

Большинство вопросов, обсуждаемых в этой главе, могут рассматриваться и в отношении больных, нуждающихся в паллиативной помощи по поводу других неизлечимых болезней.

Практические рекомендации к этой главе предоставляют подробные инструкции по оценке боли, ее лечению на дому, борьбе с другими тревожными симптомами и проблемами, с которыми сталкиваются больные раком шейки матки, а также рекомендации по проведению бесед с больными, вернувшимися домой для паллиативного лечения.

История Амелии

Амелия, 57 лет, жительница Анголы, имеет шестерых детей и много внуков. Она была привезена в ближайшую районную больницу, расположенную в 95 километрах от ее дома, своей старшей дочерью после того, как у нее в течение многих месяцев наблюдались выделения из влагалища с очень неприятным запахом. Врач, обследовавшая ее, провела несколько исследований и объяснила, что у нее рак шейки матки поздней стадии и что опухоль распространилась на влагалище, мочевой пузырь и стенки таза. Неприятный запах был обусловлен попаданием мочи из мочевого пузыря во влагалище, которая смешивалась с выделениями из опухоли. Доктор сказала, что, к сожалению, на этой стадии вылечить рак шейки матки невозможно, но что за Амелией можно ухаживать дома и сделать ее жизнь более комфортной. Врач добавила, что она сотрудничает с местными медицинскими работниками в общине рядом с деревней, где живет Амелия, которые оказывают на дому помощь тяжелобольным СПИДом, онкологическими и другими заболеваниями. Затем она написала письмо женщине, которая возглавляет организацию помощи на дому, в котором объяснила состояние Амелии и попросила посещать ее дома. Доктор сказала, что будет контактировать с местными медицинскими работниками, чтобы убедиться, что у Амелии есть все необходимые препараты, в том числе для лечения боли, которая может усиливаться по мере прогрессирования опухоли.

Хотя Амелия и ее дочь были шокированы и опечалены известиями, доброта и забота врача успокоили их. Ее обещание следить за помощью, оказываемой местными медицинскими работниками, позволило им обоим чувствовать себя более уверенными и с надеждой смотреть в будущее.

Местный медицинский работник пришла к Амелии, как и было обещано. Она рассказала и показала Амелии и ее дочери, что делать при появлении различных симптомов, как готовить прокладки из старой чистой ткани, чтобы они впитывали выделения из влагалища, как часто менять их и стирать, как наносить вазелин на кожу вокруг влагалища, поскольку на ней из-за постоянных выделений стало появляться раздражение, как аккуратно ежедневно мыть половые органы водой с мылом и принимать сидячие ванны. С разрешения Амелии медицинский работник поговорила с членами ее семьи о том, что нужно поддерживать ее и друг друга во время болезни, подчеркнула важность разделения обязанностей по мере

ухудшения ее состояния. Будет больше стирки, потому что придется чаще стирать постельное и нательное белье. Постель необходимо защищать от выделений и мочи полиэтиленовой пленкой. Анальгетики можно недорого покупать в местной миссионерской больнице, и кто-то должен регулярно ходить за ними. Помощь по дому может оказать церковь, которую посещала Амелия. Семья Амелии была бедной, но медицинский работник помогла организовать поддержку общины, церкви и местной миссии. В результате у Амелии обычно было все необходимое.

Работник здравоохранения помогла членам семьи понять важность привлечения Амелии к их повседневной жизни и жизни общины. Семья организовала посещения друзей, когда Амелия чувствовала себя хорошо. Они поочередно готовили еду и, когда она ослабела настолько, что перестала вставать, обеспечили, чтобы кто-то был постоянно рядом с ней. Амелия чувствовала, что ее не бросили из-за болезни. Даже в последние дни разговоры и хороший настрой поддерживали дом полным жизни, и Амелия чувствовала себя нужной и любимой до самого конца.

7.1. Комплексный подход к паллиативной помощи

Паллиативная помощь больным с длительно протекающими неизлечимыми заболеваниями, в том числе больным раком шейки матки поздних стадий, предлагает медицинскую, эмоциональную, социальную и духовную поддержку. Команда специалистов по паллиативной помощи включает работников здравоохранения, таких как врачи, медицинские сестры, медицинские работники на местах, и многочисленных лиц, осуществляющих уход на дому. Лица, осуществляющие уход на всех уровнях и во всех условиях, – часть целостного подхода к оказанию помощи при серьезной болезни и приближающейся смерти. Помимо лечения боли и других симптомов, обусловленных опухолью, паллиативная помощь включает поддержку на уровне сообщества с целью мобилизации местных ресурсов и установления связей с центрами, проводящими лечение².

7.1.1 Что такое паллиативная помощь и зачем она нужна?

Цель паллиативной помощи – улучшение качества жизни больных и членов их семей, сталкивающихся с угрожающими жизни заболеваниями и состояниями. Паллиативная помощь – это не только помощь умирающим больным, но и мероприятия, проводимые на всем протяжении болезни и направленные на лечение всех симптомов, причиняющих страдание, в том числе боли, а также удовлетворение эмоциональных и духовных потребностей больных и их семей (см. рисунок 7.1). О будущих нуждах больной следует думать, когда у нее только выявлена злокачественная опухоль поздних стадий, и таким образом предвидеть

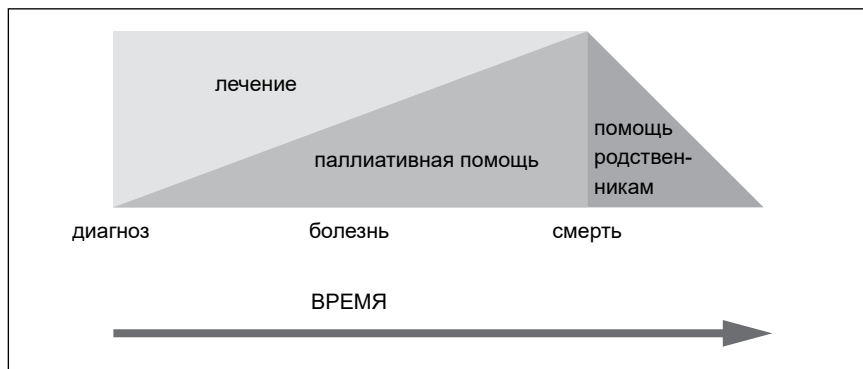
² ВОЗ (2004 г.), см. Дополнительная литература.

проблемы, предупреждать их и справляться с ними. Паллиативную помощь могут оказывать представители общины, сотрудники местных центров первичной медицинской помощи и больниц на дому, в лечебно-профилактических учреждениях или в организациях на базе общин. Право на паллиативную помощь – одно из основных прав человека, признанное международными соглашениями³.

Паллиативная помощь характеризуется следующим:

- устраняет или облегчает боль и проявления других симптомов, приносящих страдания;

Рисунок 7.1. Роль паллиативной помощи на протяжении болезни: непрерывность оказания медицинской помощи.



- поддерживает жизнеутверждающую атмосферу и учит относиться к смерти, как к естественному завершению жизни;
- не предполагает ни ускорения, ни отдаления смерти;
- объединяет физические, психологические и духовные аспекты помощи;
- предоставляет больной и ее семье свободу действий и право принимать решения настолько, насколько они сами желают и могут;
- предлагает такую поддержку, которая помогает больной вести настолько активный образ жизни, насколько это возможно, вплоть до самой смерти;
- помогает членам семьи больной смириться с ее болезнью, а после ее кончины – справляться с собственным горем;
- использует командный подход;
- улучшает качество жизни и может благоприятно повлиять на течение болезни;

³ ПОО (2011 г.), см. Дополнительная литература.

- применима на ранних этапах течения болезни в дополнение к другим методам лечения, которые направлены на увеличение продолжительности жизни, таким, как хирургическое лечение и лучевая терапия.

Как показано на рисунке 7.1, на момент диагностики злокачественной опухоли поздних стадий приоритетным является лечение, а паллиативная помощь, хотя и присутствует, играет второстепенную роль. По мере развития болезни паллиативная помощь постепенно становится первоочередной. Помощь родственникам после смерти больной является частью непрерывно оказываемой помощи.

Паллиативная помощь необходима, несмотря на то что рак шейки матки – предотвратимая и излечимая болезнь. В идеале, надлежащие ресурсы, обучение и оборудование должны быть доступны и применяться с целью предотвращения преждевременных и неоправданных смертей от рака шейки матки. К сожалению, у многих женщин рак шейки матки все еще выявляют при появлении симптомов болезни, что наблюдается обычно на поздних стадиях (см. главу 6). Кроме того, в условиях ограниченных ресурсов могут отсутствовать или быть для многих женщин не достижимы лечебно-профилактические учреждения, оказывающие помощь по поводу рака шейки матки. В результате часть больных раком шейки матки относительно ранних стадий не получают эффективного лечения, что приводит к прогрессированию болезни. В этих условиях и ситуациях паллиативная помощь должна быть доступна как наиболее эффективное лечение.

Больные с хроническими угрожающими жизни заболеваниями также нуждаются в паллиативной помощи, являющейся интегральной частью непрерывно оказываемой медицинской помощи. Следует предпринять усилия по созданию команды работников всех уровней системы здравоохранения, имеющих необходимые знания и навыки. Семьи больных должны быть также привлечены к паллиативной помощи, поскольку они должны как оказывать, так и получать ее⁴.

Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) 2014 г. по паллиативной помощи представляет собой обязательства правительств разных стран мира далее развивать национальные нормы и службы, чтобы повышать доступность паллиативной помощи всем нуждающимся в ней больным⁵.

7.1.2 Основные компоненты паллиативной помощи

Основные компоненты паллиативной помощи включают профилактику и лечение симптомов, облегчение боли, психосоциальную и духовную поддержку. В большинстве случаев с помощью комбинации медикаментозных и дополнительных немедикаментозных методов можно добиться эффективного контроля боли. Психосоциальная и духовная поддержка являются важными компонентами паллиативной помощи и требуют участия обученных работников здравоохранения с хорошими навыками общения. Кроме того, на общинном

⁴ Connor et al. (2002), см. Дополнительная литература.

⁵ ВОЗ (2014 г.), см. Дополнительная литература.

уровне паллиативная помощь должна включать все элементы, обеспечивающие питание и гигиену больных, а также их активность на том уровне, на котором они желают. Обучение тому, как получать и использовать средства, необходимые для паллиативной помощи, требуется также членам семьи больной.

В лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих третичную медицинскую помощь, профилактика и лечение симптомов могут включать паллиативную лучевую терапию с целью уменьшения размеров опухоли, а также лечение выделений из влагалища, свищей, кровотечения из влагалища, нарушений питания, пролежней, лихорадки и контрактур.

По возможности обучение членов семьи и медицинских работников на местах оказания паллиативной помощи следует проводить, пока больная еще находится в стационаре. Обучение и рекомендации должны быть направлены на предотвращение и разрешение различных проблем, а также на помощь больной в повседневной жизни, например, во время купания, посещения туалета и передвижений. Если устранение имеющихся у больной симптомов невозможно, члены семьи должны попросить местных работников здравоохранения навещать больную на дому, чтобы оказывать поддержку, давать рекомендации и при необходимости организовать госпитализацию в лечебно-профилактическое учреждение соответствующего уровня.

7.1.3 Командный подход к паллиативной помощи

Представители всех уровней системы здравоохранения, от онкологов до работников, осуществляющих помощь на дому, работают вместе, чтобы обеспечить наилучшее качество жизни и исход для больных раком шейки матки поздних стадий. В условиях оказания третичной медицинской помощи команда может включать гинеколога, лучевого терапевта, психолога или консультанта, специалиста по питанию, физиотерапевта, онкологическую медицинскую сестру, фармацевта, социального работника и медицинскую сестру по паллиативной помощи. В условиях ограниченных ресурсов маловероятно, что деятельность такой высокоспециализированной команды может достигнуть уровня сообщества, где живет женщина. В таких условиях основные лица, оказывающие паллиативную помощь, – это медицинские работники на местах, поддерживаемые, обученные и контролируемые профессиональными работниками здравоохранения, оказывающими первичную и вторичную медицинскую помощь.

Необходим беспрепятственный обмен медицинской информацией между различными работниками здравоохранения, ответственными за оказание помощи больной. Если уместно, это включает эффективный обмен и распределение медицинской документации между медицинскими работниками на местах и работниками здравоохранения, оказывающими третичную медицинскую помощь.

Все больные и члены семьи, оказывающие помощь, должны быть информированы, к кому и в каком лечебно-профилактическом учреждении они могут обратиться при необходимости, и как они могут сделать это. Должны быть разработаны стратегии, позволяющие общинным работникам здравоохранения связывать больную и ее семью с персоналом лечебно-профилактических учреждений, оказывающих первичную, вторичную и третичную медицинскую помощь.

Взаимодействие будет наилучшим при наличии организованной системы, активно используемой всеми членами команды, включая специалистов, оказывающих третичную медицинскую помощь до того, как больная выписана из стационара. Работники всех уровней системы здравоохранения должны быть обучены использовать одинаковые слова и доступный, культурно адаптированный язык в присутствии больной, членов семьи и сообщества и иметь ресурсы, необходимые для устранения наиболее частых физических и психосоциальных проблем, уделяя особое внимание борьбе с болью.

7.2 Роль семьи в паллиативной помощи

7.2.1 Привлечение семьи⁶

Семья играет уникальную и основную роль в оказании паллиативной помощи. Работник здравоохранения должен обеспечить понимание больной и ее семьей сути и прогноза болезни, а также рекомендованного лечения.

С помощью работников здравоохранения в сообществах членам семьи дают возможность участвовать в принятии решений. Их следует постоянно информировать о решениях медицинских работников, в том числе об изменении лечения или смене лиц, осуществляющих уход, а также о наиболее эффективных методах паллиативной помощи. Членов семьи и других лиц, осуществляющих уход, можно обучить оказанию помощи на дому. Медицинскую помощь должны оказывать работники здравоохранения, обученные применять рекомендованные препараты в рамках действующего национального законодательства. При наличии постоянной связи с работниками здравоохранения, оказывающими первичную медицинскую помощь (врачом, фельдшером или медицинской сестрой) лица, оказывающие паллиативную помощь или помощь на дому, смогут удовлетворить большинство потребностей больной.

7.2.2 Оценка местных ресурсов для помощи на дому

Когда больная больше не может работать или заботиться о своей семье, ограниченные ресурсы могут стать недостаточными. В этом случае деньги на еду, средства для ухода и препараты могут быть получены семьей в местных и

⁶ В этом контексте «семья» включает любого человека, которого больная считает важным для себя.

региональных неправительственных и религиозных организациях. Медицинским работникам на местах очень полезно установить связи с ними до того, как они потребуются. Таким образом они смогут при необходимости рекомендовать больным обращаться в эти организации.

7.3 Роль работников здравоохранения

Работники всех уровней системы здравоохранения должны работать в команде, чтобы проводить лечение, обеспечивать комфорт и уход, предоставлять точную информацию и квалифицированную помощь больной, ее семье и общине. Чтобы делать это, работники здравоохранения нуждаются в специальном обучении решению физических и эмоциональных проблем, а также навыкам общения. Существует огромный спектр реакций, чувств и убеждений, касающихся смерти, на которые влияет культурный контекст и которые следует принимать во внимание. Информация об общении и навыках консультирования представлена в разделах 3.1 и 3.5 главы 3, и в разделе 7.5 этой главы, где обсуждается предоставление информации больной и ее близким. Консультирование обсуждается также в Практических рекомендациях 3.4; беседы с больной о диагнозе и лечении, проводимые работниками здравоохранения, оказывающими третичную медицинскую помощь, – в Практических рекомендациях 6.4; беседа с больной, возвращающейся домой для паллиативного лечения – в Практических рекомендациях 7.3.



ПР 3.4

Консультирование



ПР 6.4

Онкологи



ПР 7.3

Консультирование:
паллиативная помощь

Обученные работники здравоохранения, оказывающие паллиативную помощь, дают возможность больной и ее близким принимать решения о лечении. Больная и ее семья будут чувствовать, что они контролируют ситуацию, имея полную поддержку команды работников здравоохранения, чьими задачами являются предоставление соответствующей информации и рекомендаций, а также поддержка информированных решений.

7.3.1 Роль медицинских работников на местах

Медицинские работники на местах и другие особые члены сообщества, предназначенные для содействия оказанию паллиативной помощи в координации с работниками здравоохранения, оказывающими первичную и вторичную медицинскую помощь, осуществляют следующее:

- Разрабатывают индивидуальный план помощи, чтобы регулярно по графику посещать больную на дому, предвидеть и по возможности предупредить возникновение проблем.

- Проводят лечение, инструктируют членов семьи, обучают больную и членов семьи паллиативной помощи и процедурам, обеспечивающим комфортное состояние, проверяют исполнение.
- Облегчают доступ к средствам и препаратам.
- Регулярно проводят оценку физических, психосоциальных и духовных потребностей больной, информируют работника здравоохранения, оказывающего больной первичную медицинскую помощь (врача), о выявленном.
- С учетом оценок и ответа работника здравоохранения, оказывающего больной первичную медицинскую помощь (врача), уделяют особое внимание максимальному обеспечению доступности лечения, в том числе лечения боли.
- Отвечают на вопросы, предоставляют информацию и ведут записи.
- Содействуют семье в максимальном вовлечении больной в повседневную жизнь.

7.3.2 Роли врачей и лиц, уполномоченных назначать лекарственные средства, в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную и вторичную медицинскую помощь

Врачи и лица, уполномоченные назначать лекарственные средства, выполняют следующее:

- Регулярно посещают сообщество, чтобы проводить обучение местных работников здравоохранения; это дает возможность узнать больше об условиях, в которых они работают и в которых живут их больные.
- При посещении на дому консультируют и обучают больную и ее семью, как предупреждать распространенные проблемы, такие как контрактуры и пролежни, а также как их лечить при возникновении.
- Поддерживают и консультируют команду на уровне сообщества, больную и ее семью по вопросам лечения и ухода.
- Посещают курсы обучения паллиативной помощи, организуемые лечебно-профилактическими учреждениями, оказывающими первичную и вторичную медицинскую помощь.
- Выписывают анальгетики, в том числе морфин для приема внутрь (при наличии), а также препараты для лечения боли и других симптомов.
- Выписывают, предоставляют, контролируют и поддерживают запасы средств (в том числе лекарственных средств) у местных медицинских работников, посещающих больных раком шейки матки на дому, а также непосредственно у больных и лиц, осуществляющих уход, для немедленного применения или применения по необходимости.

- Оказывают неотложную и регулярную помощь после выявления и лечения рака шейки матки.
- По мере возможности направляют больных в лечебно-профилактические учреждения более высокого уровня системы здравоохранения для лечения острых состояний, которые лучше лечить в стационаре, например, обильного кровотечения или некупируемой боли (последнее с помощью лучевой терапии).
- Помогают в организации транспортировки больных в стационар, если это возможно.
- Поддерживают контакт с медицинскими работниками на местах и лицами, оказывающими паллиативную помощь, проводят наблюдение за оказанием помощи больным, которых они направили.
- Обеспечивают дистанционный контроль и помощь, будучи доступными для консультаций при необходимости.

7.3.3 Роль работников здравоохранения в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих третичную медицинскую помощь

Работники здравоохранения в специализированных лечебно-профилактических учреждениях делают следующее:

- Предоставляют стационарную медицинскую помощь больным с некупируемой болью и другими симптомами, в том числе проводят лучевую терапию и другое лечение, доступное только на этом уровне.
- Оказывают амбулаторную неотложную помощь по поводу тревожных симптомов (например, влажные кровотечения), если это возможно.
- Используя национальные рекомендации по паллиативной помощи и лечению боли, лечат боль с помощью соответствующих лекарственных средств, в том числе морфина.
- Представляют медицинскую документацию работникам здравоохранения, направившим больную, и остаются доступными для дистанционных консультаций.

Делегирование некоторых задач работникам здравоохранения, оказывающим первичную медицинскую помощь, возможно только при наличии соответствующих систем юридической защиты как работников здравоохранения, так и больных. Некоторые страны уже изменили свою политику и нормативные документы, чтобы позволить медицинским сестрам и фельдшерам выписывать опиоиды с целью повысить охват населения услугами по купированию боли.

Необходимы дополнительные фактические данные, чтобы информировать лиц, формирующих политику, о возможных стратегиях увеличения охвата помощью при сохранении ее качества. ВОЗ разработала серию глобальных рекомендаций

и руководств по переключению задач в рамках оказания помощи при ВИЧ-инфекции⁷. Их общие принципы могут быть заимствованы для делегирования других задач в системе здравоохранения и, следовательно, могут быть полезными при оказании паллиативной помощи больным раком шейки матки.

7.3.4 Роль работников здравоохранения при оказании помощи в условиях приближающейся смерти

Темы смерти, умирания и утраты должны восприниматься и обсуждаться в контексте местных культурных и религиозных знаний, верований, практик и норм. Используйте культурно адаптированный язык и выражайте сочувствие при обсуждении смерти и умирания с больными, их семьями и в сообществе.

а. Предупреждение практических проблем

Для многих семей трудно подготовиться к тому, что их больной родственник умрет, в то время как они еще надеются на ремиссию или продление жизни. Работники здравоохранения должны быть очень восприимчивы к способности больной и ее семьи иметь дело с реальностью и должны адаптировать свои вмешательства с учетом их готовности предпринимать практические шаги в подготовке к приближающейся смерти.

Признание необходимости надеяться и подготовка к худшему не являются взаимоисключающими. Полезно обсудить важные вопросы с больной и ее семьей, если она согласна на это. Необходимо обсудить следующее:

- цели помощи (например, продление сознательного состояния, чтобы родственники, живущие далеко, смогли приехать и попрощаться; уменьшение страданий и боли);
- приведение в порядок личных дел, таких, как завешание, организация похорон, финансы семьи, выполнение обязательств; это может дать больной и ее семье чувство контроля над трудной ситуацией;
- действия в случае смерти, в том числе отказ от ненужной реанимации и продления жизни, если это соответствует желанию больной.

Обсуждение этих практических шагов и помощь в их осуществлении в соответствии с преобладающими культурными традициями, помогут решить стоящие перед семьей эмоциональные задачи.

б. Подготовка к смерти

Содействие общению внутри семьи может сделать смерть меньшим потрясением и облегчить утрату (дополнительные рекомендации о том, как беседовать с

⁷ ВОЗ, PEPFAR, UNAIDS (2008 г.), см. Дополнительная литература.

больной и ее семьей, если излечение невозможно, представлены в разделе 6.7.3 главы 6 и разделе 7.5.4 этой главы). Больная порой может выражать гнев или другие сильные эмоции по отношению к ближайшим членам семьи и работникам здравоохранения. К таким вспышкам следует относиться с пониманием и не принимать на свой счет. Реакции на неминуемую смерть всегда зависят от культурного контекста. Следовательно, перед началом разговора необходима чуткая оценка готовности больной обсуждать эти вопросы. Всегда помните, что крайне важно внимательно слушать и успокаивать языком жестов.

Вместе с семьей обученный работник здравоохранения может поддержать умирающую женщину следующим образом:

- обеспечить комфорт и заботу;
- помочь справиться с чувством вины и сожаления;
- поговорить с ней о неизбежной смерти (предварительно проверив, хочет ли она обсуждать это);
- реагировать на разные проявления горя: грусть, вину, тоску, гнев, отчаяние, безнадежность и избегание;
- поддерживать откровенное общение и давать больной возможность высказывать свои мысли и чувства, вместе с тем не заставляя ее говорить о них, если она не готова к этому;
- предлагать практическую помощь, спросить ее, кого она хочет видеть в роли ухаживающего, где она хочет получать помощь, как она хочет ограничивать посещения, есть ли у нее специальные пожелания и т. д.;
- спросить, нужно ли ей пастырское попечение (кем и когда);
- если уместно, выяснить у нее, где и в присутствии кого она хочет умереть;
- убедить женщину, что ее желания уважают и соблюдают конфиденциальность.

Если больная в сознании и рассматривается возможность госпитализации, то приоритетом являются ее желания. Если она без сознания, учитывают пожелания ее семьи. Неуместно перевозить умирающую больную. Если в ближайшем будущем смерть не ожидается, и семья нуждается в некоторой передышке, можно обсуждать вопрос о госпитализации в больницу, оказывающую вторичную медицинскую помощь, или в хоспис, если он имеется и доступен по средствам.

с. Смерть

При наступлении смерти очень важно проявить уважение к соблюдению местных обрядов, ритуалов и обычаев, а также к выполнению пожеланий больной и ее семьи относительно того, что делать с телом, как организовать похороны и по другим вопросам. Семья обычно бывает благодарна работнику здравоохранения за посещение дома в момент смерти больной.

d. Утрата

Помощь при утрате – это поддержка, оказываемая членам семьи после смерти больной, чтобы помочь им пережить потерю любимого человека. Лица, оказывающие помощь на дому, и работники здравоохранения, участвовавшие в оказании помощи женщине в ее последние дни, могут разделить скорбь с семьей, побуждая их говорить о ней и вспоминать ее. Не следует создавать обстановку ложного благополучия. Лучше проявлять готовность и дальше оказывать им поддержку, терпеливо выслушивать близких умершей и постараться организовать практическую помощь им со стороны соседей и друзей. Службы паллиативной помощи обычно занимаются оказанием помощи семьям, чтобы помочь пережить утрату, сохранить поддержку сообщества, а также выявлять семьи, которым длительная реакция утраты мешает адаптироваться к функционированию в новых условиях, и помогать им.

7.4 Лечение частых симптомов рака шейки матки поздних стадий

У больных раком шейки матки поздних стадий может наблюдаться целый ряд физических, психологических и эмоциональных проблем. Одной из них почти всегда является боль, поэтому ее устранение должно быть неотъемлемой частью паллиативной помощи.

7.4.1 Лечение боли

Боль – один из самых частых симптомов рака шейки матки поздних стадий. Подавляющее большинство больных раком шейки матки испытывают умеренную или сильную боль. Такую боль всегда следует лечить, зачастую для этого необходимы опиоиды.

Что известно о лечении боли у онкологических больных?

- Лечение боли зачастую не проводится даже в условиях неограниченных ресурсов, в результате чего многие больные испытывают неоправданные страдания.
- Интенсивность боли в большинстве случаев может быть снижена до приемлемого уровня.
- Лучшим источником информации о боли является сама больная; боль необходимо постоянно оценивать (см. Практические рекомендации 7.1).
- Очень полезно сотрудничать и регулярно общаться с больными, лицами, осуществляющими уход за ними на дому, а также с работниками всех уровней системы здравоохранения: лица, осуществляющие



Боль

помощь на дому, больше всего знают нужды больных, в то время как медицинские работники могут предложить поддержку и лекарственные средства.

- Препараты, применяемые для лечения боли, имеют побочные действия⁸.

Доступность сильнодействующих анальгетиков, в том числе опиоидов, сильно различается в разных странах. Во многих из них недоступен морфин для приема внутрь. Стратегические директивы ВОЗ рекомендуют всем странам принять законы, разрешающие больным иметь доступ к контролируемым лекарственным средствам (лекарственным средствам, оборот которых контролируется как оборот наркотических средств, чтобы предупредить злоупотребление), когда они необходимы⁹. Побочные действия морфина, такие как запор, требуют наблюдения и лечения. Работники здравоохранения должны делать все возможное, чтобы использовать доступные лекарственные средства для устранения боли, продолжая бороться за улучшение доступа ко всем препаратам для устранения боли и паллиативной помощи из списка ВОЗ¹⁰.

7.4.2 Препятствия для эффективного устранения боли

Ниже перечислены основные препятствия для эффективного устранения боли.

- **Законодательные и политические барьеры.** Существование строгих ограничительных законов и нормативных документов может препятствовать свободному доступу к контролируемым лекарственным средствам для больных и лиц, обеспечивающих уход за ними в сообществах.
- **Устаревшие национальные нормы и рекомендации.** Возможно нерегулярное обновление норм и рекомендаций в соответствии с международными конвенциями и рекомендациями по контролю за оборотом лекарственных средств.
- **Неправильно обученные работники здравоохранения.** Обучение работников здравоохранения может быть ограниченным вследствие крайне недостаточного внимания вопросам паллиативной помощи в программе обучения медицинских институтов, училищ и фармацевтических учебных заведений. Выпускники учебных заведений могут чувствовать себя неуверенно при назначении опиоидов в дозах, достаточных для устранения боли, и могут не знать основных побочных действий этих препаратов и методов их устранения.
- **Отрицательное отношение работников здравоохранения, не подкрепленное принципами доказательной медицины.** Среди работников здравоохранения могут существовать стойкие убеждения, заставляющие их неправильно применять опиоиды. Так, они могут думать, что длительное

⁹ См. Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ; ВОЗ (2013 г.), см. Дополнительная литература.

¹⁰ ВОЗ (2011 г.), см. Дополнительная литература.

¹¹ ВОЗ (2013 г.), см. Дополнительная литература.

применение опиоидов ускоряет наступление смерти и/или вызывает зависимость.

- **Экономические барьеры.** Низкие доходы, высокие цены и низкий оборот могут приводить к дефициту наркотических анальгетиков в стране.

Там, где опиоиды доступны, необходимо следовать национальным правилам и нормативным документам. Тем не менее следует тщательно оценивать, позволяют ли они проводить обезбоживание адекватно. Если нет, работники здравоохранения и представители других специальностей должны объединить усилия, чтобы включить полное устранение боли в программу паллиативной помощи.

В 2011 г. ВОЗ опубликовала руководство *Обеспечение сбалансированности национальной политики в отношении контролируемых веществ: рекомендации по обеспечению наличия и доступности контролируемых лекарственных средств*¹¹. Эта публикация может использоваться для определения барьеров на пути доступа к опиоидам и другим сильнодействующим препаратам, а также в качестве справочных материалов при разработке отвечающих требованиям законов и стратегий, в том числе для аптек, которые определяют баланс между доступом к опиоидам и другим контролируемым лекарственным средствам для медицинского применения и рисками их распространения и опиоидной зависимости в обществе.

7.4.3 Ступенчатая схема обезбоживания ВОЗ

Рекомендуемая ВОЗ трехступенчатая схема обезбоживания у онкологических больных, опубликованная в 1986 г.¹², предоставляет руководство по лечению боли. Сегодня во многих странах существует подход, предлагающий пропускать вторую ступень схемы и применять сильнодействующие наркотические анальгетики, например, морфин, в низких дозах, чтобы лечить боль своевременно и эффективно. В ближайшем будущем будут разработаны новые рекомендации ВОЗ по лечению боли у взрослых, к которым и следует обращаться после их публикации.

7.4.4 Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)

НПВС – группа лекарственных средств, уменьшающих боль и воспаление. НПВС часто применяют для лечения легкой и умеренной боли при всех злокачественных опухолях, а также боли при артрите, во время менструации, в мышцах после физических упражнений и головной боли напряжения. Большинство НПВС доступны без рецепта. НПВС, использующиеся

¹¹ ВОЗ (2011 г.), см. Дополнительная литература.

¹² ВОЗ (1986 г.), см. Дополнительная литература.

у онкологических больных, включают ибупрофен, напроксен, набуметон, кеторолак, сулиндак и диклофенак. НПВС могут применяться в дополнение к опиоидам в безопасных дозах, например, для более эффективного лечения боли в костях.

7.4.5 Опиоиды

С фармакологической точки зрения опиоиды включают все химические соединения, обладающие сходным с морфином анальгетическим действием. Опиоиды получают из опийного мака или синтезируют. Они могут образовываться в организме человека (эндорфины). Опиоиды могут быть неродственны морфину по химическому строению. Анальгетическое (обезболивающее) действие опиоидов обусловлено снижением восприятия боли и реакции на нее, а также повышением болевого порога. К наиболее частым побочным действиям опиоидов относятся запоры, тошнота, заторможенность, угнетение дыхания, эйфория и сонливость. Опиоиды подавляют кашель, следовательно, кашель – еще одно показание к назначению опиоидов. Систематические обзоры предполагают, что фентанил, морфин, гидрокодон, оксикодон и метадон равноэффективны¹³. Однако больные чаще предпочитают фентанил для трансдермального применения. По данным исследований, он реже вызывает запоры и задержку мочи, в то время как морфин для приема внутрь реже вызывает тошноту, потливость и диарею. Важным фактором при выборе препарата являются местные цены на лекарственные средства¹⁴.

Опиоидная зависимость у больных, получающих опиоиды для лечения боли, редка и не должна быть причиной для отказа от лечения умеренной или сильной боли этими препаратами в наиболее эффективных для каждого больного дозах¹⁵.

У больных раком шейки матки следует применять ступенчатую схему обезболивания, начиная лечение с парацетамола и НПВС при легкой боли и переходя к сильнодействующим опиоидам при умеренной и сильной боли¹⁶.

Анальгетики более эффективны, когда назначаются для регулярного приема – через равные промежутки времени, а не по потребности. Прием внутрь предпочтителен для всех анальгетиков, в том числе для морфина¹⁷.

Морфин для приема внутрь – эффективен в качестве первой линии лечения умеренной и сильной хронической боли у больных раком шейки матки¹⁸.

¹³ ВВОЗ (2004 г.), см. Дополнительная литература.

¹⁴ Tassinari et al. (2011), Wiffen & McQuay (2007), см. Дополнительная литература.

¹⁵ Minozzi et al. (2013), см. Дополнительная литература.

¹⁶ ВОЗ (2014 г.), см. Дополнительная литература.

¹⁷ ВОЗ (2004 и 2014 гг.), см. Дополнительная литература.

¹⁸ ВОЗ (2014 г.), см. Дополнительная литература.

7.4.6 Вспомогательные немедикаментозные методы обезболивания

Помочь в борьбе с болью могут многие немедикаментозные методы, соответствующие местным обычаям и культуре. Этими методами можно пользоваться вместе с медикаментозными, но никогда не вместо эффективных анальгетиков. Немедикаментозные методы обезболивания включают эмоциональную поддержку, физические методы (касание, массаж), отвлечение, музыкальную, художественную терапию и другие аналогичные методы, направленную на визуализацию и релаксацию, ароматерапию, терапию с участием животных, молитву, медитацию и не оказывающие вредного воздействия местные методы народной медицины. Также могут применяться иглоукалывание и методы традиционной китайской медицины. Показано, что эффективным вспомогательным методом обезболивания является лечебный массаж. Все эти методы должны применяться квалифицированными специалистами и только при условии ясного понимания их сути и одобрения со стороны больной и ее семьи. Следует побуждать больную сообщать работникам здравоохранения, которые оказывают ей помощь, о дополнительных методах обезболивания, которые она хочет применять.

7.4.7 Другие симптомы злокачественных опухолей поздних стадий

Помимо боли при раке шейки матки поздних стадий часто наблюдаются выделения из влагалища, свищи, кровотечение из влагалища, тошнота и рвота, диарея или запоры, лихорадка, потеря аппетита, похудание, слабость и утомляемость, отеки ног, пролежни, одышка, недержание мочи или кала, тревожность и депрессия. Рекомендации по помощи на дому при свищах, выделениях и кровотечении из влагалища представлены в Практических рекомендациях 7.2. Эта информация предназначена работникам здравоохранения, оказывающим первичную медицинскую помощь, помощь на дому и в сообществе, и включает имеющую отношение к данной проблеме информацию о профилактике инфекций и консультировании.



Лечение симптомов

7.5 Предоставление информации больной и ее близким

7.5.1 Для работника здравоохранения, оказывающего третичную медицинскую помощь: сообщение больной о прекращении противоопухолевого лечения

Больные должны быть осведомлены о возможностях лечения на всех стадиях болезни и играть активную роль в принятии решений. Когда становится ясно,

что никакое дальнейшее лечение не принесет пользу больной, поскольку оно не оказывает положительного действия на состояние ее здоровья и течение болезни, лучше всего деликатно, но честно обсудить это с больной и ее семьей. Важно также дать больной понять, что несмотря на то, что противоопухолевое лечение не помогает, вы будете продолжать заботиться о ее комфорте и устранении симптомов болезни, в том числе боли. Старайтесь не говорить «ничего больше нельзя сделать», поскольку лица, осуществляющие уход, могут многое: устранять симптомы, снабжать лекарствами, организовывать простейшую помощь и просто быть рядом. Применительно к больной, которая находилась в стационаре и теперь выписывается домой, следует связаться с местными работниками здравоохранения, оказывающими паллиативную помощь. Необходимо честно отвечать на вопрос, сколько времени осталось; например, что вы не знаете, но это может быть вопрос нескольких дней/ недель / месяцев (в соответствии с ситуацией). Это укажет больной и ее семье, чего ожидать, чтобы они могли сделать соответствующие приготовления.

Работник здравоохранения должен быть как можно более спокойным и готовым оказать поддержку. Это очень эмоциональный и печальный разговор. Неприемлемо, чтобы младший персонал приходил к больной и просто сообщал ей, что врачи решили выписать ее.

Сначала поинтересуйтесь у больной, как она себя чувствует, что ее беспокоит, кто дома или в сообществе может помочь ей физически, эмоционально и духовно. После подробного обсуждения этого вопроса разберите с больной, что было сделано за несколько последних недель в оказании ей медицинской помощи и очень осторожно подойдите к тому, что за последние X недель или месяцев не было достигнуто никакого улучшения. Объясните, что в связи с этим доктора, проводящие ей лечение в больнице, все вместе решили, что для нее будет лучше вернуться домой и быть со своей семьей и близкими – людьми, которые лучше других могут обеспечить ей покой и комфорт. Проинформируйте больную о возможности дать распоряжения о дальнейшей медицинской помощи (известные также как «распоряжение на случай смертельной болезни»), так как позже, возможно, она не сможет принимать решения самостоятельно. Расскажите также о том, какую помощь вы и больница сможете ей оказывать.

Наконец, сообщите больной, что вы направите работникам здравоохранения, оказывающим первичную медицинскую помощь, и местным медицинским работникам подробную выписку, включающую рекомендации по купированию имеющихся и ожидаемых симптомов, а также настоятельную просьбу быть рядом с больной на этом этапе ее жизни. В направляемой документации должна быть контактная информация лечебно-профилактического учреждения

(телефон, факс, адрес электронной почты, почтовый адрес), просьба регулярно сообщать о состоянии больной и обращаться за советом при появлении непредвиденных симптомов. Убедитесь, что местные работники здравоохранения знают, что вы и ваши коллеги доступны для обсуждения любых проблем, с которыми они могут столкнуться при оказании помощи больной в ближайшем будущем.

7.5.2 Для работников здравоохранения, оказывающих первичную и вторичную медицинскую помощь: беседа с больной, вернувшейся домой

Когда больная выписывается из стационара и возвращается домой, работники здравоохранения в сообществе, оказывающие первичную и вторичную медицинскую помощь, должны посетить ее и, если она хочет этого, ее семью, чтобы установить теплые и честные взаимоотношения. После приветствий и необходимых представлений, вы можете начать разговор с больной с того, нравится ли ей то, что она опять дома вместе со своими близкими. Очень важно заверить больную, что вы будете доступны, когда будете нужны, и информировать, как с вами можно связаться в любое время. Скажите также, что лица, осуществляющие уход, могут сделать многое для облегчения симптомов, в том числе предоставлять лекарственные средства, организовывать консультации и при необходимости транспортировку в лечебно-профилактические учреждения, оказывающие первичную, вторичную или третичную медицинскую помощь.

После этого важно провести конфиденциальную и более подробную беседу. Вы, работник здравоохранения, должны быть как можно более спокойным и готовым оказать поддержку. Это очень эмоциональный и печальный разговор. Перед тем как начать его, убедитесь, что вы делаете это в подходящее время. Если больная предпочитает поговорить позже, постарайтесь запланировать встречу на ближайшее время. Вы должны стараться всегда говорить честно, но деликатно. Правда не противоречит надежде.

Следует честно отвечать на вопросы, сколько времени осталось (см.аналогичную информацию для работников здравоохранения, оказывающих третичную медицинскую помощь, раздел 7.5.1).

Когда больная, которая находилась в стационаре, вернулась домой, для работников всех уровней системы здравоохранения и лиц, осуществляющих уход, наступает время установить взаимодействие друг с другом, чтобы обмениваться информацией о ее состоянии.

Рекомендации о том, как разговаривать с больной, вернувшейся домой для паллиативной помощи, представлены в Практических рекомендациях 7.3.



Консультирование:
паллиативная помощь

7.5.3 Обсуждение контроля боли с больной и ее семьей

Начиная лечение боли, важно обсудить его с больной и ее семьей. Особое внимание необходимо уделить следующим аспектам:

- Расскажите больной и ее семье, что в большинстве случаев боль и другие симптомы злокачественной опухоли можно контролировать.
- Содействуйте тому, чтобы больная и ее семья были на связи с работниками здравоохранения, оказывающими помощь на уровне сообщества, особенно если появляются новые симптомы или боль усиливается.
- Опишите, какие препараты назначены с учетом интенсивности боли, и скажите больной, что она должна сообщать вам о том, насколько они эффективны, потому что, если анальгетики недостаточно эффективны, их можно заменить и/или увеличить дозу.
- Обсудите с больной традиционные и немедикаментозные методы, которые могут использоваться в дополнение к препаратам.
- Заверьте больную и ее близких, что сильнодействующие анальгетики рекомендованы и предоставлены, потому что она испытывает боль, а не потому что она скоро умрет.
- Заверьте больную и ее близких, что зависимость от сильнодействующих анальгетиков редка.
- Предоставьте больной и ее семье информацию о дозах, частоте применения, эффективности, скорости развития действия, побочных эффектах, методах их профилактики и лечения. Предоставьте информацию в устной и письменной формах.
- Запоры возникают почти всегда. Для их лечения можно применять слабительные средства для приема внутрь, для профилактики – применять эти же средства с начала приема анальгетиков, не дожидаясь появления запоров.

- Тошнота встречается реже. Обычно она носит преходящий характер и устраняется противорвотными средствами.
- Эйфория и сонливость также обычно носят преходящий характер. Если эти симптомы выражены или не уменьшаются с течением времени, работник здравоохранения должен помочь больной, очень медленно снижая дозу препарата. Если побочные действия сохраняются, работник здравоохранения должен обратиться за помощью к специалистам по лечению боли.
- Проинформируйте больную и ее семью о последующих встречах, где и когда (в том числе у нее дома) они будут проходить, даже если проблемы не будут возникать, а также о том, как назначить встречу, если понадобится консультация врача.
- Проинформируйте их о том, как они могут связаться с медицинскими работниками в любое время дня и ночи (дайте номера телефонов и т. д.) в случае неотложных вопросов, тяжелых или усугубляющихся симптомов.

7.5.4 Обсуждение приближающейся смерти с больной и ее семьей

Важно, чтобы местный медицинский работник и работник здравоохранения, оказывающий первичную медицинскую помощь, обсудили с больной и, если это уместно, с ее семьей и близкими вероятность скорого смертельного исхода.

При обсуждении неминуемой смерти следует принимать во внимание культурную специфику. Важно не говорить напрямую, что больная умрет, а тщательно подобрать правильные слова, сказав, например, что вы заметили, что больная слабеет и/или что она выглядит заметно более нездоровой. Заверьте членов семьи больной, что делается все возможное для обеспечения ее комфорта, и что для больной очень важно, чтобы близкие оставались рядом и делали все возможное для того, чтобы она чувствовала их любовь и заботу.

По возможности предложите ухаживающим помочь больной связаться с близкими ей людьми, живущими далеко, и содействуйте в том, чтобы они заверили больную в своем желании и возможности выполнить все, что, по ее мнению, сделает ее жизнь более приятной (например, разрешить любой настоящий или старый конфликт и выполнить обязательства).

Предоставляйте помогающим больной местным медицинским работникам информацию о ее состоянии и просите их навещать ее по возможности ежедневно. Попросите их информировать о состоянии больной местного работника здравоохранения, оказывающего первичную медицинскую помощь, и при необходимости попросите его посетить больную на дому.

Заверьте семью, что вы были и будете постоянно доступны для них и больной, в чем бы ни состояла проблема. Дайте членам семьи знать, что после того как любимая ими родственница умрет, вы будете рядом с ними, поддерживая их в горе, если они пожелают.

Дополнительная литература

- Connor S, Egan K, Kwilosz D, Larson D, Reese D. Interdisciplinary approaches to assisting with end-of-life care and decision-making. *Am Behav Sci.* 2002;46(3):340–56.
- Minozzi S, Amato L, Davoli M. Development of dependence following treatment with opioid analgesics for pain relief: a systematic review. *Addiction.* 2013;108(4): 688- 98. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04005.x.
- Open Society Foundations (OSF). Public health fact sheet: palliative care as a human right. New York: OSF; 2011 (<http://www.opensocietyfoundations.org/publications/palliative-care-human-right-fact-sheet>, accessed 24 October 2014).
- Tassinari D, Drudi F, Rosati M, Maltoni M. Transdermal opioids as front line treatment of moderate to severe cancer pain: a systemic review. *Palliative medicine.* 2011;25(5):478–87.
- Wiffen PJ, McQuay HJ. Oral morphine for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(4):CD003868.
- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Обезболивание при раке (с описанием системы обеспечения больных опиоидными препаратами), 2-е издание. Женева: ВОЗ; 1996 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141306/1/5225035876.pdf>; по состоянию на 11 февраля 2017 г.).
- World Health Organization (WHO). A community health approach to palliative care for HIV/AIDS and cancer patients in sub-Saharan Africa. Geneva: WHO; 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/palliativecare/en/, accessed 18 July 2014).
- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Примерные перечни ВОЗ основных лекарственных средств. Женева: ВОЗ; 2013 (<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/ru/>, по состоянию на 13 февраля 2017 г.).
- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Резолюция WHA 67.19. Укрепление паллиативной помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла. Шестьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, пункт повестки дня 15.5, Женева, 24 мая 2014 г. Женева: ВОЗ; 2014 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-ru.pdf; по состоянию на 13 февраля 2017 г.).



ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПР 2

Практические рекомендации 2.1: Контрольный перечень планирования и внедрения программы профилактики рака шейки матки и борьбы с ним¹

ПЛАНИРОВАНИЕ программы	
Создать руководящую группу	
Привлечь местные заинтересованные стороны	
Пересмотреть и при необходимости изменить / обновить практические рекомендации и протоколы	
Оценить потребности в вакцинации против ВПЧ, скрининге, лечении и направлении на консультацию на местном уровне	
Определить размер целевых групп для вакцинации и скрининга в сельской местности и городах	
Разработать план действий, в том числе планы предоставления информации, обучения и взаимодействия (ИОВ), обучения, стратегию предоставления медицинской помощи, цели местного охвата вакцинацией против ВПЧ, стратегии скрининга и лечения	
Разработать бюджет и распределить ресурсы, чтобы поддержать осуществление плана действий	
Разработать / обновить материалы для ИОВ и обучения	
Предоставить установки для общественности, местных заинтересованных сторон и персонала	
Предоставить обучение, в том числе повторное, для работников здравоохранения, лиц, проводящих вспомогательный контроль, и администраторов данных	
Получить и распределить оборудование и средства	
Создать систему управления качеством, включая показатели, системы вспомогательного контроля, а также информационные системы для сбора, хранения и обмена информацией на субнациональном и национальном уровнях	
Укрепить системы направления на консультацию	
Запустить службы	
ВНЕДРЕНИЕ программы	
Внедрить стратегию санитарного просвещения и повышения осведомленности общественности	
Оказывать медицинскую помощь и обеспечивать направление на консультацию	
Осуществлять вспомогательный контроль за деятельностью работников здравоохранения и при необходимости организовывать обучение и решение проблем на местах	
Осуществлять мониторинг и оценку выполнения программы и исходов на основании выбранных показателей	
Менять стратегию с учетом результатов мониторинга и оценки	

¹ *Источник:* Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle (WA): Alliance for Cervical Cancer Prevention; 2004 (http://www.rho.org/files/ACCP_mfm.pdf) (с изменениями).

Практические рекомендации 2.2: Основные показатели результативности и конечной эффективности национальных программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним

В этих практических рекомендациях приведены основные показатели результативности и конечной эффективности национальных программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним и методы их расчета.

Ключевые показатели скрининга и лечения²

Примечание: Этот набор ключевых показателей был разработан для осмотра шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA), но, как указано ниже, может применяться для любых других методов скрининга.

Ключевой показатель 1. Частота проведения скрининга (показатель результативности)

Что измеряет: доля женщин 30–49 лет в процентах, впервые обследованных в рамках скрининга рака шейки матки, в течение 12 месяцев; это показатель мониторинга, измеряющий, как много обследований в рамках скрининга было проведено женщинам 30–49 лет за 12 месяцев.

Расчет:

Числитель: число женщин 30–49 лет, впервые обследованных в рамках скрининга рака шейки матки, в течение 12 месяцев.

Знаменатель: число женщин 30–49 лет.

Ключевой показатель 2. Частота положительных результатов обследования в рамках скрининга (показатель результативности)

Что измеряет: доля женщин 30–49 лет в процентах с положительным результатом обследования в рамках скрининга.

Расчет:

Числитель: число женщин 30–49 лет с положительным результатом обследования в рамках скрининга за 12 месяцев.

Знаменатель: число женщин 30–49 лет, обследованных в рамках скрининга за 12 месяцев.

Ключевой показатель 3. Частота лечения (показатель результативности)

Что измеряет: доля женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга в процентах, которым в течение данного года проведено лечение.

² Формулировка адаптирована из Приложения 3 публикации Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en>).

ПР 2

Расчет:

Числитель: число женщин 30–49 лет с положительным результатом обследования в рамках скрининга, завершивших надлежащее лечение за 12 месяцев.

Знаменатель: число женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга за 12 месяцев.

Ключевой показатель 4. Охват целевого населения (показатель результативности)

Что измеряет: доля женщин 30–49 лет в процентах, по крайней мере один раз обследованных в рамках скрининга рака шейки матки между 30 и 49 годами; это показатель, измеряющий результативность скрининговой программы с позиции по крайней мере однократного достижения целевого населения.

Расчет:

Числитель: все женщины 30–49 лет, ответившие «да» на вопрос опросника.

Знаменатель: все женщины 30–49 лет, отвечавшие на вопросы опросника.

Ключевой показатель 5. Стандартизованная по возрасту заболеваемость раком шейки матки (показатель конечной эффективности)

Что измеряет: число новых случаев рака шейки матки в определенной популяции здоровых лиц за определенный период времени³.

Расчет:

Числитель: число случаев в возрастной группе.

Знаменатель: число женщин в возрастной группе (если измеряется ежегодно, то 1 человеко-год на душу населения).

Дополнительные показатели для оценки скрининга и лечения⁴

Примечание: Этот набор дополнительных показателей был разработан для осмотра шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA), но, как указано ниже, может применяться для любых других методов скрининга.

³ Boyle P, Parkin DM. Statistical methods for registries. In: Jensen OM et al., editors. Cancer registration: principles and methods. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC); 1991:126–58.

⁴ Формулировка адаптирована из Приложения 4 публикации Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>).

1. Доля женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга, подлежащих криотерапии и пролеченных за одно посещение, в процентах

Расчет:

Числитель: число женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга, подлежащих криотерапии и пролеченных за одно посещение, х 100.

Знаменатель: число женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга, подлежащих криотерапии.

2. Доля женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга, не подлежащих криотерапии, направленных на кольпоскопию и завершивших надлежащее лечение, в процентах

Расчет:

Числитель: число женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга, не подлежащих криотерапии, направленных на кольпоскопию и завершивших надлежащее лечение, х 100.

Знаменатель: число женщин с положительным результатом обследования в рамках скрининга не подлежащих криотерапии.

3. Доля женщин с подозрением на инвазивный рак по результатам обследования в рамках скрининга, завершивших надлежащее обследование или лечение, в процентах

Расчет:

Числитель: число женщин с подозрением на инвазивный рак по результатам обследования в рамках скрининга, завершивших надлежащее лечение или диспансерное наблюдение, х 100.

Знаменатель: число женщин с подозрением на инвазивный рак по результатам обследования в рамках скрининга.

Охват вакцинацией против ВПЧ

Показатели вакцинации против ВПЧ⁵

Получившие полный курс вакцинации: доля девочек, подлежащих вакцинации против ВПЧ, в целевой группе, которым введены две (три, если это применимо) рекомендуемых дозы вакцины, в процентах.

Расчет:

Числитель: число девочек, которым введена ВПЧ2 (или ВПЧ3, если это применимо), х 100.

⁵ См. Приложение 6 «Образцы документов о вакцинации против ВПЧ».

ПР 2

Знаменатель: число девочек, подлежащих вакцинации против ВПЧ.

Частота побочных эффектов (ПЭ) вакцинации против ВПЧ

Число и доля в процентах вакцинированных девочек с тяжелыми и нетяжелыми побочными эффектами согласно спонтанным сообщениям по стандартным каналам национальной программы иммунизации.

Показатели оказания помощи больным раком шейки матки

Заболеваемость раком шейки матки: стандартизованная по возрасту заболеваемость раком шейки матки в определенной популяции здоровых лиц за данный период времени.

Смертность от рака шейки матки: число смертей от рака шейки матки в определенной популяции за данный период времени.

Лечение рака шейки матки: доля больных, подлежащих лечению, которым проведено надлежащее лечение (в соответствии с установленными стандартами) за данный период времени⁶.

Доступ к опиоидам: доля больных раком шейки матки поздних стадий, получающих сильнодействующие опиоиды, в процентах за данный период времени по клиникам.

Расчет:

Числитель: число больных раком шейки матки поздних стадий в клинике с болевым синдромом, получающих сильнодействующие опиоиды, такие как морфин.

Знаменатель: число больных раком шейки матки поздних стадий в клинике с болевым синдромом.

Медицинская помощь на уровне сообщества: доля больных раком шейки матки поздних стадий, направленных на лечение на дому, в том числе паллиативное, за данный период времени в процентах.

Расчет:

Числитель: число больных раком шейки матки поздних стадий, получающих лечение в клинике, которые направлены на лечение и могут получать лечение на дому, в том числе паллиативное.

Знаменатель: число больных раком шейки матки поздних стадий, получающих лечение в клинике.

⁶ Диагностика и лечение (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 4). Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/cancer/modules/FINAL_Module_4.pdf).

Практические рекомендации 3.1: Ключевая информация для пропаганды борьбы с раком шейки матки и просвещения

Эти практические рекомендации содержат основанную на принципах доказательной медицины ключевую информацию для лиц, проводящих просвещение. Предоставление точной и легко понимаемой информации – первый шаг, способствующий получению женщинами и членами их семей медицинской помощи в рамках профилактики рака шейки матки. Вы можете использовать эту информацию для подготовки своих бесед по санитарному просвещению.

Результатом усилий по санитарному просвещению должно быть то, что женщины и мужчины могут ответить на следующие вопросы:

- ЧТО такое предраковые заболевания?
- ЧТО такое рак шейки матки?
- КАК можно предупредить рак шейки матки?
- КТО должен быть вакцинирован?
- КТО должен обследоваться в рамках скрининга?
- КАКАЯ профилактическая медицинская помощь доступна на месте?
- ГДЕ и КОГДА ее можно получить?

Пять основных положений

Рак шейки матки можно предупредить с помощью вакцинации, ранней диагностики и лечения! Ниже перечислены самые важные положения, которые необходимо сообщить членам сообщества. Выучите эти пять простых положений и постоянно их применяйте.

1. Рак шейки матки – болезнь, которую можно предупредить.
2. Имеются методы выявления ранних изменений шейки матки (известных как предраковые заболевания шейки матки), которые в отсутствие лечения могут приводить к раку.
3. Имеются безопасные и эффективные методы лечения этих ранних изменений.
4. Обследование в рамках скрининга рака шейки матки должно быть по крайней мере один раз проведено всем женщинам 30–49 лет.
5. Имеется вакцина для девочек, которая может помочь в профилактике рака шейки матки.

Более подробная информация о раке шейки матки для просветительских бесед

Группы риска

- Рак шейки матки – ведущая причина смерти женщин от злокачественных опухолей.
- Наиболее высок риск рака шейки матки у женщин 30–49 лет.
- Риск рака шейки матки имеется у любой женщины, ведущей половую жизнь.

Инфекция, вызываемая ВПЧ

- Причиной рака шейки матки является инфекция, вызываемая вирусом, который называется ВПЧ. Этот вирус передается половым путем. Он очень распространен среди мужчин и женщин.
- Почти все мужчины и женщины контактируют с ВПЧ на протяжении жизни. Инфекция, вызываемая ВПЧ, в большинстве случаев быстро проходит без лечения.
- У некоторых женщин инфекция, вызываемая ВПЧ, сохраняется и может медленно вызывать изменения клеток шейки матки. Эти изменения называются предраковыми заболеваниями. В отсутствие лечения они могут приводить к развитию рака шейки матки.

Вакцинация

- Против ВПЧ должны быть вакцинированы все девочки в возрасте 9–13 лет.
- Вакцинация предупреждает инфекцию, вызываемую ВПЧ тех типов, которые являются причиной большинства случаев рака шейки матки.
- Вакцины против ВПЧ безопасны и эффективны. Побочные реакции, если они возникают, обычно незначительны.
- Вакцины против ВПЧ не влияют на фертильность, возможность забеременеть и иметь здорового ребенка в будущем.
- Чтобы эффективность вакцин против ВПЧ была максимальной, число доз и сроки их введения должны соответствовать инструкциям производителя (см. главу 4, раздел 4.2.3).
- Даже после вакцинации всех женщин в возрасте 30–49 лет необходимо обследовать в рамках скрининга рака шейки матки.

Скрининг и лечение

- Существуют методы, которые могут выявить ранние изменения клеток шейки матки (предраковые заболевания).

- Обследование в рамках скрининга предраковых заболеваний шейки матки проводится просто и быстро, не причиняет боли.
- Положительный результат обследования в рамках скрининга означает, что у женщины могут быть ранние изменения клеток шейки матки (предраковые заболевания), которые могут быть излечены. Положительный результат обследования в рамках скрининга НЕ означает наличие рака.
- Чтобы предупредить рак шейки матки, всем женщинам с положительным результатом обследования в рамках скрининга должно быть проведено лечение.
- Обследование женщин в рамках скрининга рака шейки матки должно быть проведено хотя бы один раз в возрасте 30–49 лет. Важно следовать рекомендациям работника здравоохранения о том, когда нужно прийти на повторное обследование.
- У ВИЧ-инфицированных женщин риск рака шейки матки повышен. Обследование в рамках скрининга предраковых заболеваний и рака шейки матки показано всем девочкам и женщинам, ведущим половую жизнь, как только у них выявлена ВИЧ-инфекция независимо от возраста. Повторное обследование ВИЧ-инфицированных девочек и женщин проводится через 12 месяцев после лечения предраковых заболеваний шейки матки и в течение трех лет после отрицательного результата обследования в рамках скрининга.

Клинические проявления рака шейки матки

- Клинические проявления рака шейки матки включают выделения из влагалища с неприятным запахом, кровянистые выделения из влагалища, кровянистые выделения при половой жизни, кровянистые выделения в постменопаузе. При наличии этих симптомов женщины должны незамедлительно обращаться за медицинской помощью.
- Предраковые заболевания шейки матки не имеют клинических проявлений. Обследование в рамках скрининга – единственный способ узнать о наличии предракового заболевания шейки матки.

Принятие решения по вопросам здоровья

- Женщины имеют право самостоятельно принимать решение по вопросам, касающимся их здоровья. Чтобы принимать обоснованное решение, женщина должна иметь правильную информацию.
- Женщины могут привлечь партнеров или членов семьи к принятию решения. Несмотря на то, что скрининг рака шейки матки и лечение предраковых заболеваний шейки матки настоятельно рекомендуются, женщины должны знать, что они могут отказаться от любого обследования и лечения.

Практические рекомендации 3.2: Часто задаваемые вопросы (FAQ) о раке шейки матки

Мужчины, женщины и работники здравоохранения зачастую испытывают недостаток информации о раке шейки матки. В этих практических рекомендациях представлены некоторые FAQ и ответы на них. Вы и ваши коллеги должны дополнить их вопросами и ответами, соответствующими местной ситуации.

Следует отметить, что некоторые ответы повторяются, поэтому, когда вам задан вопрос, не нужно просматривать все ответы в этих практических рекомендациях. Если вы ознакомитесь с представленной ниже информацией, то, когда вам зададут вопрос, вы сможете быстро найти наилучший ответ на него.

FAQ о вакцинации против ВПЧ представлены в Практических рекомендациях 4.1.



ПР 4.1

FAQ о ВПЧ

О раке шейки матки

В. Что такое рак?

О. Рак – это злокачественная опухоль, обусловленная неконтролируемым размножением определенных клеток в организме. Не все опухоли являются злокачественными. Рост и распространение злокачественной опухоли приводит к нарушению нормальных функций организма.

В. Что вызывает рак шейки матки?

О. Причиной рака шейки матки является инфекция, вызываемая вирусом, который называется вирусом папилломы человека или ВПЧ. Он чрезвычайно распространен и передается половым путем, поэтому большинство людей контактируют с ним на каком-то этапе своей жизни. В большинстве случаев эта инфекция исчезает самостоятельно. У небольшого числа инфицированных женщин вирус персистирует. У этих женщин вирус может вызывать изменения клеток шейки матки. Если эти изменения не выявлены при обследовании в рамках скрининга и не удалены, они могут приводить к раку шейки матки.

В. ВПЧ вызывает другие заболевания?

О. Как у мужчин, так и у женщин ВПЧ может вызывать остроконечные кондиломы. Их причиной является ВПЧ других, не вызывающих рак шейки матки, типов. Остроконечные кондиломы не приводят к развитию рака, хотя, если не исчезают самостоятельно, могут потребовать лечения. В редких случаях ВПЧ вызывает другие злокачественные опухоли, в том числе влагиалища, вульвы, полового члена и заднего прохода.

В. У кого повышен риск рака шейки матки?

О. Почти все женщины, ведущие половую жизнь, даже не имеющие традиционных половых сношений, могут быть инфицированы ВПЧ и, следовательно, иметь повышенный риск рака шейки матки. Особенно высок риск у женщин, никогда не обследовавшихся в рамках скрининга. Риск рака шейки матки повышен также у ВИЧ-инфицированных, поскольку ВИЧ-инфекция повышает вероятность развития рака шейки матки в более молодом возрасте.

Хорошие новости заключаются в том, что организм большинства женщин самостоятельно избавляется от ВПЧ и рак шейки матки у них никогда не развивается. Однако единственным способом узнать, у кого он может развиваться, является скрининг.

Поскольку рак шейки матки нечасто встречается у женщин в возрасте до 40–60 лет, лучше всего проводить скрининг предраковых заболеваний шейки матки в возрасте 30–49 лет, до развития рака.

В. Что я могу сделать, чтобы предупредить рак шейки матки?

О. Наиболее эффективные методы профилактики рака шейки матки – вакцинация до начала половой жизни для девочек и скрининг для женщин 30–49 лет.

При положительном результате обследования в рамках скрининга женщина нуждается в неотложном лечении. Это может спасти ее жизнь. При отрицательном результате следует повторять обследования в соответствии с национальными рекомендациями.

Если у вас есть дочь, убедитесь, что она получила все рекомендованные дозы вакцины против ВПЧ. Кроме того, расскажите ей о важности скрининга и раннего лечения в более старшем возрасте.

Все люди, ведущие половую жизнь, должны соблюдать меры профилактики заболеваний, передающихся половым путем (например, более позднее начало половой жизни, использование презервативов и ограничение числа половых партнеров). Курение может повышать риск рака шейки матки у женщин, инфицированных ВПЧ.

О скрининге (раннем выявлении) и лечении

В. Что такое скрининг рака шейки матки?

О. Скрининг рака шейки матки – это обследование всех женщин, у которых повышен риск рака шейки матки, чтобы выявить у них предраковые заболевания. Если предраковое заболевание шейки матки выявлено, но лечение не проведено, инвазивный рак может развиваться через 10 лет и более.

Существует несколько очень эффективных методов, которые можно использовать для скрининга. Однако в зависимости от места проживания и доступности скорее всего будет использоваться один из них.

В. Кого необходимо обследовать в рамках скрининга рака шейки матки?

О. Обследовать в рамках скрининга для выявления ранних изменений шейки матки, называемых предраковыми заболеваниями, следует женщин в возрасте 30–49 лет (или другого возраста в соответствии с национальными рекомендациями). Обследование в рамках скрининга предраковых заболеваний и рака шейки матки показано всем девочкам и женщинам, ведущим половую жизнь, как только у них выявлена ВИЧ-инфекция, независимо от возраста. Повторное обследование ВИЧ-инфицированных девочек и женщин проводится через 12 месяцев после лечения предраковых заболеваний шейки матки и в течение трех лет после отрицательного результата обследования в рамках скрининга.

В. У меня нет жалоб, зачем мне обследоваться?

О. ВПЧ находится в организме женщины в течение многих лет, прежде чем вызывает заболевания. Через много лет он вызывает изменения клеток шейки матки, которые называют предраковыми заболеваниями. До развития инвазивного рака у большинства больных с предраковыми заболеваниями шейки матки жалобы отсутствуют. Предраковое заболевание может существовать, никак не проявляясь, в течение 10–15 лет, пока не приведет к развитию рака.

Симптомы, такие как боль внизу живота или неприятный запах, обычно являются результатом рака шейки матки поздних стадий, который трудно лечить. Чтобы избежать его развития, женщины должны быть обследованы в рамках скрининга по крайней мере один раз в возрасте 30–49 лет и при наличии признаков заболевания пройти лечение. Лечение рака шейки матки простое и очень эффективное.

В. Что делают во время обследования?

О. Могут использоваться разные методы. Работник здравоохранения расскажет вам об исследованиях, которые проводят в местном лечебно-профилактическом учреждении. При использовании большинства методов работник здравоохранения осматривает шейку матки в зеркалах и получает образец клеток с ее поверхности. Обследование безболезненно. Однако осмотр шейки матки в зеркалах может причинять незначительный дискомфорт. Работник здравоохранения будет стараться сделать этот дискомфорт минимальным. Некоторые методы позволяют получить результат сразу, другие требуют отправки образца в лабораторию и ожидания результатов.

В. Что означает, если результат исследования отрицательный?

О. Если результат исследования отрицательный, это значит, что у вас нет никаких

изменений, которые могут привести к развитию рака шейки матки. Чтобы своевременно выявить и лечить такие изменения, важно обследоваться в рамках скрининга каждые 5–10 лет.

В. Что означает, если результат исследования положительный?

О. В большинстве случаев положительный результат обследования в рамках скрининга означает, что у вас предраковое заболевание шейки матки – состояние, которое легко излечить в амбулаторных условиях.

В некоторых случаях работнику здравоохранения может потребоваться провести дополнительное обследование, чтобы убедиться, что у вас именно предраковое заболевание, а не рак шейки матки. Для этого он может направить вас в другое лечебно-профилактическое учреждение – центр первичной медицинской помощи или больницу. Работник здравоохранения может направить вас в больницу, если не уверен в результатах обследования или не может провести требуемое лечение.

Примечание для работника здравоохранения: до тех пор, пока при биопсии не поставлен диагноз рака шейки матки, не следует говорить женщине о том, что у нее может быть рак шейки матки, поскольку первое впечатление может быть неправильным и вы можете без нужды напугать ее.

В. Означает ли положительный результат обследования в рамках скрининга наличие рака шейки матки? Означает ли он смерть от рака шейки матки?

О. Положительный результат обследования в рамках скрининга НЕ означает наличие рака шейки матки. В большинстве случаев он означает наличие изменений, называемых предраковыми заболеваниями, или ранних изменений шейки матки, которые в отсутствие лечения могут привести к развитию рака. Предраковые заболевания легко лечить и вылечить. Зачастую предраковые заболевания удается излечить после одной процедуры.

Очень редко при обследовании в рамках скрининга у женщины обнаруживают признаки рака шейки матки. Если обнаружены возможные признаки рака шейки матки, работник здравоохранения проведет дальнейшее обследование или направит на обследование и/или лечение в другой центр первичной медицинской помощи или больницу. Важно лечить как предраковые заболевания, так и рак шейки матки.

Диагноз рака шейки матки не означает смерть от него. При своевременном выявлении он может быть излечен доступными методами.

В. Как лечить предраковые заболевания шейки матки?

О. При наличии предракового заболевания шейки матки работник здравоохранения может провести лечение в день проведения обследования в

ПР 3

рамках скрининга. Самый частый метод лечения предраковых заболеваний – замораживание. Этот метод называется криотерапией. Он безболезненный, хотя осмотр шейки матки в зеркалах может причинять дискомфорт. Криотерапия очень эффективна и безопасна. В большинстве случаев шейка матки после криотерапии будет неизменной. Другой метод лечения – петлевая электроэксцизия шейки матки (LEEP), хотя обычно ее нельзя провести в тот же день.

В. Обследование в рамках скрининга болезненно? Во время скрининга удаляется часть шейки или тела матки?

О. Обследование в рамках скрининга безболезненно, хотя во время осмотра шейки матки в зеркалах может ощущаться незначительный дискомфорт. Во время скрининга не удаляют никаких частей шейки или тела матки.

В. Одного обследования в рамках скрининга достаточно?

О. Полезно пройти даже одно обследование в рамках скрининга в возрасте 30–49 лет. Показано, что даже одно обследование снижает риск умереть от рака шейки матки. Однако если имеется возможность обследоваться в рамках скрининга повторно, лучше делать это каждые 5–10 лет.

В. Я стесняюсь показывать интимные части своего тела мужчине-врачу. Что мне делать?

О. Можно найти женщину-врача или медицинскую сестру, которые могут провести обследование в рамках скрининга предраковых заболеваний шейки матки. Если это невозможно, попросите работника здравоохранения, члена семьи женского пола или подругу присутствовать во время обследования в рамках скрининга.

Даже если вы чувствуете смущение или замешательство, пожалуйста, помните, что работники здравоохранения мужского и женского пола обучены одинаково и что их цель – помочь вам предупредить рак шейки матки. Поступите правильно для себя и своей семьи – пройдите обследование в рамках скрининга предраковых заболеваний шейки матки и лечение, если они выявлены. Скрининг и лечение безболезненны. Если вы не идете на обследование только потому, что стесняетесь, а работник здравоохранения – мужчина, постарайтесь преодолеть этот страх и подумайте о том, что больные раком шейки матки испытывают сильную боль и могут умереть от него.

В. Насколько похожи ВПЧ и ВИЧ – вирус, который вызывает СПИД?

О. Два вируса – ВПЧ (вирус папилломы человека) и ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) – сильно различаются.

Инфекция, вызываемая ВПЧ, встречается гораздо чаще ВИЧ-инфекции: почти все, ведущие половую жизнь, на протяжении своей жизни инфицируются

ВПЧ. Этот вирус присутствует на коже и передается при контакте с кожей инфицированного. ВИЧ присутствует в биологических жидкостях (сперме и крови) и передается при контакте с ними, что объясняет высокую эффективность презервативов в профилактике ВИЧ-инфекции при половых сношениях.

Презервативы менее эффективны в профилактике инфекции, вызываемой ВПЧ, поскольку вирус присутствует на коже. Лучший метод профилактики этой инфекции – вакцинация. Вакцины против ВИЧ в настоящее время не существует.

Распространенные вопросы о раке шейки матки

В. Я слышала, что к раку шейки матки приводит несоблюдение гигиены и повторное использование гигиенических прокладок. Это правда?

О. Нет. Причиной рака шейки матки является инфекция, вызываемая ВПЧ. Он не связан с соблюдением гигиены и использованием гигиенических прокладок.

В. Рак шейки матки – заболевание, передающееся половым путем (ЗППП)?

О. Нет. Однако причиной рака шейки матки является ВПЧ, который передается от одного человека другому при половой жизни. ВПЧ достаточно распространен как у мужчин, так и у женщин. У небольшого числа женщин развиваются предраковые заболевания шейки матки. В отсутствие лечения у некоторых из этих женщин через многие годы после заражения ВПЧ развивается рак шейки матки.

В. У женщин с большим числом половых партнеров риск инфекции, вызываемой ВПЧ, выше?

О. Да. У лиц, имеющих многочисленных половых партнеров, повышен риск всех заболеваний, передающихся половым путем.

Чем меньше число половых партнеров, тем ниже вероятность того, что человек будет заражен любым ЗППП, в том числе многочисленными типами ВПЧ, некоторые из которых вызывают рак шейки матки.

В. Правда ли что раком шейки матки страдают только женщины легкого поведения?

О. Нет! Все женщины, ведущие половую жизнь, имеют риск рака шейки матки. Скрининг предраковых заболеваний шейки матки у женщин старше 30 лет может снизить этот риск. Вакцинация против ВПЧ девочек 9–13 лет снижает у них риск рака шейки матки в будущем.

В. Внутриматочные контрацептивы (ВМК) и пероральные контрацептивы вызывают рак шейки матки?

О. Нет. ВМК и пероральные контрацептивы НЕ вызывают рак шейки матки. Они защищают от незапланированных беременностей.

Практические рекомендации 3.3. Что нужно знать мужчинам, чтобы помочь предотвратить рак шейки матки

В этих практических рекомендациях представлена основная информация, необходимая для привлечения мужчин к борьбе с раком шейки матки, а также методы их привлечения.

Основные положения для мужчин

Мужчины могут играть важную роль в профилактике и лечении рака шейки матки.

Мужчины могут:

- поощрять своих партнеров, сестер и матерей в возрасте 30–49 лет обследоваться в рамках скрининга;
- поощрять своих партнеров, сестер и матерей проходить лечение по поводу выявленных предраковых заболеваний и рака шейки матки;
- поощрять своих дочерей, сестер и подруг вакцинироваться против ВПЧ;
- использовать презервативы для профилактики всех заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), в том числе ВИЧ-инфекции, а также для предупреждения беременности (презервативы несколько снижают риск инфекции, вызываемой ВПЧ);
- сократить число своих половых партнеров и использовать презервативы при наличии нескольких половых партнеров.

Основная информация о раке шейки матки для мужчин

- Раком шейки матки болеют только женщины, однако мужчины могут играть важную роль в его профилактике и лечении.
- В большинстве случаев рак шейки матки вызван вирусом, называемым ВПЧ. Инфекция, вызываемая ВПЧ, протекает бессимптомно, однако у небольшого числа женщин много лет спустя развиваются предраковые заболевания шейки матки. В отсутствие лечения у некоторых из этих женщин развивается рак шейки матки.
- ВПЧ легко передается половым путем, поэтому мужчины могут содействовать профилактике инфекции.

- Некоторые типы ВПЧ не вызывают рак шейки матки, но вызывают как у мужчин, так и у женщин остроконечные кондиломы, которые не приводят к злокачественным опухолям. В редких случаях типы ВПЧ, вызывающие рак шейки матки у женщин, вызывают рак слизистой полости рта, заднепроходного канала и полового члена.
- ВПЧ передается половым путем, но необязательно при традиционных половых сношениях, поскольку он обнаруживается на коже, окружающей половые органы.
- Использование презервативов дает некоторую, но не полную защиту от инфекции, вызываемой ВПЧ.
- Курение повышает риск многих злокачественных новообразований как у мужчин, так и у женщин, в том числе рака шейки матки у женщин, инфицированных ВПЧ.
- Если у женщины выявлено предраковое заболевание или рак шейки матки, мужчина может поддержать ее и помочь ей в получении рекомендованной медицинской помощи, сопровождая в клинику и получая информацию о том, что такое рак шейки матки.
- Женщина, у которой выявлено предраковое заболевание или рак шейки матки или которой проводят лечение по поводу этой патологии, нуждается в поддержке (физической и эмоциональной).

Практические рекомендации 3.4: Консультирование

Что такое консультирование?

Консультирование определяется как предоставление совета или рекомендаций (обычно один-на-один) лицом, владеющим информацией, которые облегчают принятие решения. Консультирование – это обычно личное и конфиденциальное общение, цель которого – помочь женщине (и при некоторых обстоятельствах ее семье) принять обоснованные решения и затем претворить их в жизнь посредством обмена значимой и точной информацией. Чтобы эффективно консультировать, вы должны владеть современными знаниями, уметь слушать и обладать навыками общения. Полезную помощь при консультировании женщин по вопросам, касающимся рака шейки матки, могут оказать рисунки, иллюстрации, а также информация, представленная в этом руководстве и практических рекомендациях.

Базовые вопросы о профилактике рака шейки матки, на которые следует ответить во время консультации

- Что такое шейка матки, где она находится и как ее исследуют?
- Что такое рак шейки матки?
- Что такое предраковые заболевания, или ранние изменения, шейки матки и чем они отличаются от рака шейки матки?
- Как можно предупредить рак шейки матки? (Объясните, как с помощью простого метода можно выявить предраковое заболевание ДО того, как разовьется рак шейки матки.)
- У кого повышен риск рака шейки матки, и кто должен быть обследован в рамках скрининга? (Объясните, что рак шейки матки нечасто обнаруживают у женщин моложе 40–60 лет, следовательно, лучше всего обследоваться в рамках скрининга предраковых заболеваний шейки матки в возрасте 30–49 лет, до развития рака шейки матки.)
- Насколько точен метод скрининга? (Объясните, что ни один метод не имеет 100%-ной эффективности в выявлении изменений, однако тот метод, который вы будете использовать, выявит большинство ранних изменений клеток, называемых также предраковыми заболеваниями.)
- Почему важно проходить обследование в рамках скрининга, чтобы выявить предраковые заболевания? (Объясните, что лечение предраковых заболеваний просто, безопасно и эффективно, предупреждает развитие рака шейки матки и спасает жизни.)
- Какие методы лечения доступны для женщин, у которых выявлен рак шейки матки? (Объясните, что для лечения рака шейки матки необходимо

обратиться в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее третичную медицинскую помощь; метод лечения будет зависеть от того, насколько распространена опухоль).

- Что можно сделать, чтобы предупредить предраковые заболевания шейки матки? (Объясните, что для девочек 9–13 лет имеется вакцина против ВПЧ, которая может защитить их от предраковых заболеваний и рака шейки матки).

Обязанности консультанта

Консультант должен гарантировать следующее:

- Консультируемая понимает предоставленную ей информацию и отдает себе отчет об имеющихся у нее возможностях.
- Общение конфиденциально (никто, за исключением лиц, участие которых в консультации разрешено женщиной, не должен видеть и слышать то, что происходит во время консультации).
- Информация, полученная во время консультации, останется конфиденциальной.
- Установлено взаимное доверие между консультантом и консультируемой.
- Личные вопросы, особенно касающиеся половой жизни и поведения, обсуждаются деликатно.

Рекомендуемые этапы консультирования

- Тепло приветствуйте женщину, обратившись к ней по имени, представьтесь.
- Сядьте достаточно близко друг к другу, чтобы разговаривать комфортно и конфиденциально.
- Если это соответствует культурным традициям, смотрите женщине в глаза, смотрите на нее, когда она говорит.
- Заверьте женщину, что никто не узнает о содержании вашей беседы.
- Говорите понятным языком и предоставляйте информацию по обсуждаемому вопросу.
- Адаптируйте предоставляемую информацию и беседу к причине обращения женщины за медицинской помощью.
- Внимательно слушайте, следите за позой, жестами, выражением лица и глаз женщины.
- Поощряйте женщину к дискуссии, кивните или скажите: «Расскажите мне об этом».

ПР 3

- Постарайтесь понять, что ее в действительности волнует.
- Расскажите обо всех возможных методах, обсудите преимущества и недостатки каждого метода исследования или процедуры.
- Всегда уточняйте, что ваша собеседница поняла то, о чем вы с ней говорили. Для этого попросите ее повторить наиболее важную информацию или инструкции.
- Помогите ей принять решение, предоставив точную информацию.
- Уважайте ее выбор.
- Скажите, что, если она хочет, она может прийти вновь, когда пожелает.

Дополнительные советы по консультированию

- Говорить простым языком, понятным собеседнице.
- Сопереживать: поставить себя на место женщины.
- Выражать одобрение позой и жестами (кивать, улыбаться и т. д., если это уместно).
- Использовать визуальные материалы при наличии и если это уместно.
- Задавать вопросы открытого типа и поощрять женщину к беседе.
- Поощрять вопросы и честно отвечать на них.
- Отвести достаточно времени на консультацию.
- При наличии сомнений пригласить женщину вернуться позже, чтобы сообщить вам о том, что она (и, возможно, ее семья) решила.

Практические рекомендации 3.5: Стандартные этапы консультирования до, во время и после обследования, процедуры или лечения

До

- Объясните, почему важно пройти рекомендованное обследование / процедуру / лечение.
- Объясните, что и как вы будете делать, какими могут быть результаты, нужно ли будет обследование или лечение в дальнейшем.
- Попросите задать вопросы и ответьте на них.
- Для каждой процедуры и метода лечения используйте процедуру осознанного согласия в соответствии с национальными рекомендациями или рекомендациями лечебно-профилактического учреждения (см. Практические рекомендации 5.1). Если планируется вакцинация и девочка не достигла возраста, в котором она может давать согласие с точки зрения закона, помните, что на этом этапе может потребоваться согласие родителей (см. главу 4).
- Получите информацию о том, как вы можете связаться с женщиной, если ей потребуется обследование или лечение, в том числе номер мобильного телефона и время, когда ей будет удобно разговаривать.



Информированное согласие

Во время

- Продолжайте разговаривать с женщиной во время процедуры.
- На каждом этапе обследования или вмешательства рассказывайте о том, что вы делаете. Показывайте инструменты и предметы, которые могут использоваться.
- Если то, что вы собираетесь сделать, может вызвать боль или дискомфорт, заранее предупредите женщину, скажите, насколько сильными и длительными могут быть неприятные ощущения. Это поможет ей чувствовать себя спокойнее.
- Заверьте женщину, что она может сказать вам, что ей больно.

После

- Расскажите о том, что вы сделали.
- опишите все замеченные изменения и заверьте женщину, что вы не увидели ничего необычного.

- Согласуйте дату следующей консультации. Объясните важность повторного посещения клиники в назначенное время.
- Спросите, есть ли у женщины вопросы, и четко ответьте на них.

Если женщину необходимо направить на обследование в лечебно-профилактическое учреждение более высокого уровня системы здравоохранения

- Объясните причины направления, куда и когда она должна пойти, к кому обратиться.
- Подчеркните важность этой консультации.
- Ответьте на все вопросы женщины, если вы не знаете ответа, найдите того, кто сможет ответить.
- Пригласите женщину прийти позже, если у нее остались вопросы или сомнения по поводу консультации, ответьте на эти вопросы или найдите ответы у тех, кто их знает.

Практические рекомендации 3.6: Специальное консультирование ВИЧ-инфицированных женщин

Рекомендации по консультированию представлены в Практических рекомендациях 3.4 и 3.5. Следуйте всем этим рекомендациям при сообщении женщинам результатов обследования.

При консультировании ВИЧ-инфицированной женщины простым и понятным языком необходимо сообщить следующую информацию.

- У ВИЧ-инфицированных женщин выше риск инфекции, вызываемой ВПЧ, и рака шейки матки, однако дополнительная медицинская помощь позволит сохранить здоровье.
- У ВИЧ-инфицированных женщин рак шейки матки развивается быстрее, чем у неинфицированных, поэтому важно обследоваться в рамках скрининга ежегодно.
- Лучший метод профилактики рака шейки матки – прием всех рекомендованных препаратов и ежегодное обследование в рамках скрининга рака шейки матки.
- При наличии предракового заболевания шейки матки необходимо как можно быстрее пройти лечение.
- После лечения предракового заболевания шейки матки необходимо следовать рекомендациям по уходу, данным работником здравоохранения.
- Нужно обязательно обратиться за медицинской помощью при появлении желтых, зеленых или кровянистых выделений из влагалища либо выделений с неприятным запахом.

Если женщина не знает, есть у нее ВИЧ-инфекция или нет, и живет в стране, где она распространена, следует рекомендовать ей пройти обследование для исключения ВИЧ-инфекции. Поскольку у ВИЧ-инфицированных женщин при наличии инфекции, вызываемой ВПЧ, риск рака шейки матки выше, важно начать обследования в рамках скрининга предраковых заболеваний шейки матки раньше и проходить их чаще. Работники здравоохранения должны знать, где проводят обследование для исключения ВИЧ-инфекции и куда направить женщину, у которой выявлена ВИЧ-инфекция.



ПР 3.4

Консультирование



ПР 3.5

Этапы
консультирования

Практические рекомендации 3.7: Работа с медицинскими работниками на местах: как привлечь и обучить

Медицинские работники на местах служат мостом между здравоохранением и общественностью. Во всем мире признается, что они являются неотъемлемой частью команды работников здравоохранения. Поскольку медицинские работники на местах являются известными и уважаемыми членами сообщества, они могут использовать свои знания, чтобы привлечь всех ее членов к мероприятиям по профилактике рака шейки матки, в том числе обсуждать с родителями преимущества вакцинации, а также привлекать женщин к участию в программе скрининга.

Привлечение

Если медицинские работники на местах уже работают по другим проблемам здравоохранения, лучше использовать имеющиеся ресурсы, чем привлекать новых медицинских работников, которые будут специально заниматься проблемами рака шейки матки.

Если местных медицинских работников не имеется, вместе с менеджером клиники следует определить, является ли их наличие обязательным условием реализации программы.

Пригласите местных общественных деятелей помочь вам определить потенциальных кандидатов и рассмотрите возможность создания группы, которая будет репрезентативной для вашего населенного пункта по возрасту, полу и этнической принадлежности, чтобы донести информацию и/или услуги до всех членов сообщества. Привлеките все существующие сети воспитателей молодежи, чтобы обратиться к подросткам, особенно не посещающим школу, чтобы пропагандировать вакцинацию. В целях повышения качества мероприятий по профилактике рака шейки матки, готовьте в качестве медицинских работников на местах как мужчин, так и женщин.

Лица, отобранные для работы на местах, должны:

- иметь хорошие навыки общения, в том числе уметь слушать;
- иметь желание служить обществу;
- иметь возможность и интерес участвовать в программе в течение по крайней мере 1–2 лет, в том числе посещать семинары и собрания;
- быть готовым сохранять конфиденциальность;
- иметь возможность обновлять информацию о лечебно-профилактических учреждениях и оказываемой медицинской помощи;
- уметь читать и писать, по возможности.

Обучение

Запланируйте интерактивный обучающий курс для будущих медицинских работников на местах. По возможности привлечите к обучению важных местных общественных деятелей.

Обучение новых медицинских работников на местах должно включать следующее:

- основные факты о скрининге и лечении рака шейки матки;
- методы санитарного просвещения и мобилизации общественности;
- методы предупреждения и борьбы с заблуждениями и слухами;
- базовые навыки эффективного общения и возможность практиковать их;
- ведение документации;
- помощь женщинам, нуждающимся в обследовании и наблюдении.

Курс должен включать также предоставление материалов, имеющих отношение к проблеме. В конце курса участники должны получить сертификат о том, что они прошли обучение.

Внедрение

Запланируйте регулярные встречи с командой медицинских работников на местах. Просвещение и периодическое повторное обучение служат для медицинских работников на местах стимулами к продолжению работы и способствуют предоставлению общественности согласованной и точной информации.

Ресурсы для обучения медицинских работников на местах

- Обучающие материалы для лиц, проводящих просветительскую работу на уровне сообщества, на английском и испанском языках доступны по запросам в PATH (info@path.org).
- Starr E, Burns A, Singer R. We can prevent cervical cancer: a course for community health promoters. Waterbury (VT): Grounds for Health; 2013 (доступна для загрузки по адресу: <http://www.groundsforhealth.org/community-health-promoter-curriculum/>).
- Werner D, Bower B. Helping health workers learn: a book of methods, aids and ideas for instructors at the village level. Berkeley (CA): Hesperian; 1982, 2012 (доступна для заказа или загрузки по адресу: <http://hesperian.org/books-and-resources/>).

Практические рекомендации 4.1: Часто задаваемые вопросы (FAQ) о вакцинации против ВПЧ

Мужчины, женщины и работники здравоохранения зачастую испытывают недостаток информации о вакцинации против ВПЧ. В этих практических рекомендациях представлены некоторые FAQ и ответы на них. Вы и ваши коллеги должны дополнить их вопросами и ответами, соответствующими местной ситуации.

Следует отметить, что некоторые ответы повторяются, поэтому, когда вам задан вопрос, не нужно просматривать все ответы в этих практических рекомендациях. Если вы ознакомитесь с представленной ниже информацией, то, когда вам зададут вопрос, вы сможете быстро найти наилучший ответ на него.

Эти практические рекомендации для работников здравоохранения допускают, что многие люди могут не знать, что вызывает рак шейки матки. В частности, это может касаться родителей девочек целевой возрастной группы. По этой причине для удобства мы представили здесь более полную информацию о причинах и профилактике рака шейки матки и решили не отсылать читателя к другим разделам руководства, посвященным этим вопросам.

О ВПЧ

В. Что такое ВПЧ?

О. Вирус папилломы человека или ВПЧ – это распространенный вирус, который передается при контакте с кожей, окружающей половые органы, даже в отсутствие традиционного полового сношения. У большинства инфицированных ВПЧ никаких клинических проявлений инфекции нет, поэтому они могут неосознанно передавать вирус другим лицам. В большинстве случаев инфекция проходит самостоятельно в течение нескольких лет. Если вирус не удален из организма, то инфекция называется персистирующей и может вызывать рак шейки матки.

В. Зачем нужны вакцины против ВПЧ?

О. Вакцины против ВПЧ нужны, поскольку они существенно снижают распространенность рака шейки матки – основной причины смерти женщин от злокачественных опухолей в менее развитых странах.

В. Рак шейки матки развивается у всех женщин, инфицированных ВПЧ?

О. Нет. У большинства женщин ВПЧ удаляется из организма в течение первых нескольких лет после заражения. Среди многочисленных типов ВПЧ лишь некоторые вызывают рак шейки матки, если они не удаляются из организма и сохраняются в нем в течение 10–20 лет. Среди типов ВПЧ, вызывающих рак шейки матки, два – 16 и 18 – вызывают 7 из каждых 10 случаев рака шейки матки. Вакцинация предупреждает инфекцию, вызываемую этими двумя

типами ВПЧ. Таким образом, эти вакцины, если они назначены в соответствии с рекомендациями, могут предотвратить 70% случаев рака шейки матки.

Кроме того, рак шейки матки можно предотвратить у женщин, инфицированных ВПЧ, если они проходят обследование в рамках скрининга и лечение. Если женщины 30–49 лет обследуются для выявления изменений клеток шейки матки (предраковых заболеваний), которые развиваются при персистирующей инфекции, вызываемой ВПЧ, и при необходимости получают лечение, смертность от рака шейки матки снижается, несмотря на распространенность ВПЧ.

В. Насколько часто рак шейки матки вызван ВПЧ?

О. ВПЧ – основная причина рака шейки матки. Ежегодно диагностируют 528 000 случаев рака шейки матки. Из 266 000 женщин, ежегодно умирающих от этого заболевания в мире, подавляющее большинство живут в развивающихся странах.

О вакцинации против ВПЧ

В. Вакцины против ВПЧ защитят мою дочь от рака шейки матки?

О. Да. Вакцины против ВПЧ предупреждают инфекцию, вызываемую двумя типами ВПЧ, которые являются причиной большинства случаев рака шейки матки. Все люди, ведущие половую жизнь, должны соблюдать меры профилактики заболеваний, передающихся половым путем (например, более позднее начало половой жизни, использование презервативов и ограничение числа половых партнеров).

Женщинам, вакцинированным против ВПЧ, позднее все же требуется проходить обследования в рамках скрининга рака шейки матки.

В. Какие вакцины против ВПЧ имеются сейчас?

О. В настоящее время в мире имеются две вакцины против ВПЧ: Церварикс® (GlaxoSmithKline) и Гардасил® или Силгард® (Merck).

В. Чем две вакцины против ВПЧ похожи?

О. Обе вакцины очень эффективно защищают от 70% потенциальных случаев рака шейки матки (поскольку обе создают иммунитет против ВПЧ типов 16 и 18).

Обе вакцины очень безопасны.

Обе вакцины не могут вызывать болезнь, поскольку они не содержат живых вирусов.

Обе вакцины вводятся инъекционно (с помощью укола). Для девочек до 15 лет достаточно двух введений, девочкам с иммунодефицитом (в том числе ВИЧ-инфицированным) и девочкам старше 15 лет необходимы три введения вакцины.

В. Чем две вакцины против ВПЧ различаются?

О. Вакцины включают разные компоненты, стимулирующие выработку антител организмом.

Одна вакцина (Гардасил® или Силгард®) защищает также от остроконечных кондилом (поскольку она создает также иммунитет против ВПЧ типов 6 и 11).

В. Кого следует вакцинировать?

О. ВОЗ рекомендует вакцинировать девочек в возрасте 9–13 лет. Согласно рекомендациям нашей страны, вакцинацию против ВПЧ следует проводить девочкам в возрасте _____ лет [ИЛИ всем девочкам, относящимся к школьному(ым) _____ году(ам)/ступени(ям)/классу(ам)]. Вакцинация девочек младше 9 лет не рекомендуется.

В. Каков рекомендуемый режим (сроки) двукратной вакцинации против ВПЧ?

О. Девочкам до 15 лет рекомендуется вводить две дозы (укола / инъекции) вакцины: вторую дозу через шесть месяцев после первой. Работник здравоохранения, проводящий вакцинацию, сообщит каждой девочке (и ее родителям), когда она должна вернуться для введения второй дозы вакцины. Максимального интервала между введением двух доз нет, однако рекомендуется интервал не более 12–15 месяцев. Если он короче пяти месяцев, следует ввести третью дозу вакцины по крайней мере через шесть месяцев после первой.

В. Каков рекомендуемый режим (сроки) трехкратной вакцинации против ВПЧ?

О. Если рекомендуется трехкратное введение вакцины (девочкам старше 15 лет, при иммунодефиците и/или ВИЧ-инфекции независимо от проведения антиретровирусной терапии), вторую дозу вводят через 1–2 месяца после первой (в зависимости от типа вакцины), третью – через шесть месяцев после первой. Работник здравоохранения, проводящий вакцинацию, сообщит каждой девочке (и ее родителям), когда она должна вернуться для введения следующей или последней дозы вакцины. До вакцинации против ВПЧ обследовать для исключения ВИЧ-инфекции или инфекции, вызываемой ВПЧ, не нужно.

В. Могут ли вакцины против ВПЧ излечить от инфекции, вызываемой ВПЧ, или рака шейки матки, если на момент вакцинации девочка или женщина уже инфицированы ВПЧ?

О. Нет. Вакцины против ВПЧ не могут вылечить инфекцию, вызываемую ВПЧ, которая имеется на момент вакцинации. Они не могут также вылечить предраковые заболевания и рак шейки матки или предупредить прогрессирование болезни, имеющейся у женщины, инфицированной ВПЧ на момент вакцинации.

В. Нуждается ли женщина 30–49 лет в обследовании в рамках скрининга предраковых заболеваний и рака шейки матки, если она прошла полный курс вакцинации в детском возрасте?

О. Да! Взрослым женщинам чрезвычайно важно обследоваться в рамках скрининга рака шейки матки по достижении возраста 30–49 лет, даже если они были вакцинированы ранее. Несмотря на то что вакцинация крайне эффективна, она не защищает от всех типов ВПЧ, вызывающих рак шейки матки.

В. Могут ли быть вакцинированы ВИЧ-инфицированные девочки?

О. Да! По данным исследований, вакцинация против ВПЧ у ВИЧ-инфицированных девочек безопасна. Как и всем остальным девочкам, ВИЧ-инфицированным вакцинация рекомендуется до начала половой жизни. Однако ВИЧ-инфицированные девочки должны получить три дозы вакцины независимо от того, достигли они возраста 15 лет или нет.

В. Почему не вакцинируют мальчиков?

О. Вакцины против ВПЧ не причиняют вреда мальчикам, однако сейчас мы не рекомендуем вакцинировать их, поскольку вакцины достаточно дороги и предпочтительно использовать доступные вакцины для защиты тех, у кого позже появится риск рака шейки матки, т. е. девочек.

Распространенные вопросы о вакцинации против ВПЧ

В. Вакцины против ВПЧ безопасны и эффективны?

О. Да. Многочисленные исследования, проведенные в развивающихся и развитых странах, показали, что обе вакцины очень безопасны и эффективны. Обе вакцины введены миллионам девочек и женщин во всем мире без серьезных побочных эффектов. Безопасность этих, как и всех остальных вакцин, тщательно отслеживается.

Частые легкие побочные реакции включают боль и покраснение в месте инъекции, лихорадку, головную боль и тошноту. Иногда девочки, которым вводят вакцину против ВПЧ (или другие вакцины), теряют сознание, поэтому за ними следует наблюдать в течение 15 минут после введения вакцины. Если они чувствуют слабость, их следует уложить, чтобы избежать повреждений при падении.

В. Почему люди падают в обморок после вакцинации против ВПЧ?

О. Подростки особенно склонны к обморокам после любой медицинской процедуры, в том числе вакцинации, потому что обычно они очень нервничают перед тем, как войти в помещение, где проводится вакцинация. Чтобы

предотвратить падения и травмы в результате обморока, попросите девочку, которой вводится вакцина, сидеть до, во время и в течение 15 минут после ее введения.

В. Моя дочь слишком мала, чтобы вести половую жизнь, зачем вакцинация против ВПЧ рекомендуется таким маленьким девочкам?

О. Чтобы вакцины против ВПЧ были более эффективными, очень важно вакцинировать девочек до любых половых контактов с другими лицами.

Девочка может быть инфицирована ВПЧ даже во время самого первого контакта (даже при контакте с кожей, окружающей влажной или половой член). Кроме того, показано, что при назначении в этом возрасте, по сравнению с более старшим, вакцины лучше защищают от инфекции, вызываемой ВПЧ. Вакцины не могут вылечить девочку, уже инфицированную ВПЧ.

В. Вакцинация против ВПЧ повлияет на фертильность моей дочери? Не повлияет ли вакцинация на ее способность забеременеть и выносить ребенка?

О. Нет! Доказательств того, что вакцинация против ВПЧ повлияет на фертильность девочки в будущем или станет причиной проблем во время будущих беременностей, нет.

В. Необходимо ли вводить все рекомендованные дозы вакцины, чтобы полностью защитить мою дочь от ВПЧ? Одного введения недостаточно?

О. Как и некоторые другие вакцины, вакцину против ВПЧ требуется вводить более одного раза. При неполном курсе вакцинация может недостаточно эффективно защищать от рака шейки матки. Для полной защиты важно, чтобы ваша дочь получила все дозы вакцины с соблюдением минимальных и максимальных интервалов между ними.

В. Вакцинация против ВПЧ безопасна во время беременности?

В. Вакцины против ВПЧ не рекомендуют девочкам и женщинам, ведущим половую жизнь или беременным. Однако исследования не выявили никаких проблем у женщин, вакцинированных против ВПЧ во время беременности, и детей, рожденных от женщин, вакцинированных во время беременности.

Если девочке или женщине вакцина против ВПЧ была введена во время беременности, поводов для ее прерывания нет. Однако для большей надежности до появления большего числа данных не следует вакцинировать против ВПЧ во время беременности.

В. Существуют ли противопоказания для вакцинации?

О. Во избежание тяжелых реакций не следует вводить вакцину против ВПЧ девочке с тяжелыми аллергическими реакциями на другую вакцину или предыдущую дозу вакцины против ВПЧ.

Примечание для работника здравоохранения, проводящего вакцинацию: при наличии аллергических реакций на вакцины в анамнезе перед вакцинацией проконсультируйте девочку у врача.

Практические рекомендации 4.2: Характеристики вакцин против ВПЧ и «холодовая цепь»

Эти практические рекомендации предназначены только для работников здравоохранения

Форма выпуска / внешний вид вакцин против ВПЧ

- Гардасил® доступен только в одной форме – флаконе, содержащем одну дозу вакцины (0,5 мл суспензии) без консервантов и антибиотиков. Гардасил можно заказать в упаковках по 1, 10 и 100 флаконов.
- Церварикс® доступен в двух формах: флакон с резиновой пробкой, содержащий одну дозу вакцины – 0,5 мл суспензии без консервантов и антибиотиков; флакон, содержащий две дозы вакцины – 1,0 мл суспензии без консервантов и антибиотиков. Обе формы можно заказать в упаковках по 1, 10 и 100 флаконов.
- Обе вакцины при доставке или после хранения в холодильнике формируют два слоя: прозрачную жидкость сверху и белый осадок на дне флакона. Каждый раз перед тем, как набирать вакцину в шприц, флакон следует встряхивать, смешивая суспензию.

Режим вакцинации

Вакцинация против ВПЧ рекомендуется девочкам в возрасте 9–13 лет.

- **Двукратное введение** с интервалом в шесть месяцев рекомендуется девочкам в возрасте <15 лет, а также в возрасте ≥15 лет к моменту введения второй дозы вакцины.
- Максимального интервала между двумя введениями не существует, однако рекомендуется, чтобы он не превышал 12–15 месяцев.
- Если интервал между двумя введениями меньше 5 месяцев, по крайней мере через 6 месяцев после введения первой дозы вакцины должна быть введена третья.
- **Трехкратное введение** (0, 1–2, 6 месяцев) продолжают рекомендовать для девочек в возрасте ≥15 лет, а также при иммунодефиците, в том числе при ВИЧ-инфекции (независимо от получения антиретровирусной терапии). Обследовать для исключения инфекции, вызываемой ВПЧ, или ВИЧ-инфекции перед вакцинацией не нужно.

Эти рекомендации по режиму вакцинации применимы как к двухвалентной, так и к четырехвалентной вакцине⁷.

⁷ Дополнительная информация представлена в публикации Совещание Стратегической группы экспертов по иммунизации, апрель 2014 г. – выводы и рекомендации, которая доступна по адресу: http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/april/SAGE_report_April_2014_RU.pdf

Хранение вакцин и «холодовая цепь»

Обе вакцины чувствительны к замораживанию. При замораживании флаконы следует выбросить, поскольку вакцина теряет свою эффективность. В связи с этим необходимо отметить следующее.

- Вакцины должны храниться при температуре 2–8°C.
- Вакцины против ВПЧ нельзя помещать в морозильную камеру холодильника или рядом с ней, а также непосредственно на пакет со льдом.
- Нельзя хранить вакцины на двери холодильника, поскольку температура здесь подвержена большим колебаниям при открывании и закрывании двери.
- Следует регулярно (по крайней мере дважды в день) проверять температуру в холодильнике по термометру и с помощью Freeze-tag® или Fridge-tag®, указывающих на то, что температура в холодильнике снижалась ниже 0°C. Если температура в холодильнике выше 8°C или ниже 2°C, его необходимо отрегулировать, чтобы поддерживать надлежащую температуру.
- Обе вакцины нужно вводить как можно быстрее после извлечения из холодильника. Открытые флаконы вакцины следует выбросить после проведения иммунизации или через шесть часов (что наступит ранее).
- Если требуется транспортировка вакцины, необходима сумка-холодильник, чтобы поддерживать температуру 2–8°C.
 - Знайте, что при использовании пакетов со льдом имеется существенный риск замораживания. Следовательно, прежде чем класть вакцины и пакеты со льдом в термос, пакеты со льдом нужно подержать при комнатной температуре по крайней мере 5–10 минут (пока не услышите, как лед внутри пакетов движется при встряхивании). Это называется выдержкой пакетов со льдом. Она предупреждает замораживание вакцины, когда флаконы помещают рядом с пакетами. Всегда отделяйте выдержанные пакеты от флаконов достаточно толстым слоем соответствующего материала. Помните, что замораживание – самая большая опасность для чувствительной к нему вакцины.
 - Для коротких перемещений флаконов вне холодильника используйте охлажденные пакеты с водой: это те же пакеты со льдом, которые хранились при температуре между 2 и 8°C.
- Обе вакцины чувствительны к свету и должны храниться в оригинальной упаковке до непосредственного использования.

Как проверить, что вакцина была заморожена

Если предполагается, что поставка вакцины против ВПЧ была заморожена или подверглась воздействию температуры ниже 0°C, следует провести пробу со встряхиванием, чтобы определить можно использовать вакцину или нет. Если вакцина была заморожена, то после встряхивания она не образует однородную белую суспензию: более вероятно, что в жидкости будут плавать отдельные частицы. Другой возможный признак замораживания – изменение цвета жидкости.

Более детальная информация представлена в статье Бюллетеня Всемирной организации здравоохранения *Исследование пробы со встряхиванием для выявления повреждения адсорбированных вакцин при замораживании* (Kartoglu et al., 2010; полная ссылка представлена в списке литературы в конце главы 4)⁸, и двух учебных видеороликах: *Встряхни и скажи* (22 минуты) и *Проба со встряхиванием шаг за шагом* (10 минут)⁹.

В соответствии с инструкцией производителя срок хранения вакцины составляет три года для флаконов, содержащих одну дозу вакцины Гардасил®, четыре года – для флаконов, содержащих одну дозу вакцины Церварикс®, и три года для флаконов, содержащих две дозы вакцины Церварикс®.

Важно: перед началом вакцинации проверьте срок годности на упаковках вакцин, которые должны использоваться; если срок годности истек, вакцины должны быть выброшены¹⁰.

Индикатор на флаконах с вакциной (ИФ) – это термохромный ярлык, т. е. ярлык, меняющий цвет в зависимости от температуры. ИФ помещают на флаконы с вакциной. Он позволяет визуальнo оценивать кумулятивную тепловую экспозицию, которая разрушает вакцину. Если внутренний квадрат ИФ соответствует наружному кольцу по цвету или темнее его, выбросьте флакон.

Взаимозаменяемость вакцин

Предпочтительно использовать одну и ту же вакцину для всех введений, поскольку данных о взаимозаменяемости двух вакцин против ВПЧ нет. Однако, если неизвестно, какая вакцина использовалась ранее, или использовавшаяся ранее вакцина недоступна в данной местности, для завершения вакцинация может использоваться любая доступная на рынке вакцина против ВПЧ.

⁸ Доступна по адресу: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/08-056879/en/index.html>

⁹ Доступны по адресу: <http://vimeo.com/8381355> (*Встряхни и скажи*); <http://vimeo.com/8389435> (*Проба со встряхиванием шаг за шагом*).

¹⁰ Дополнительная информация доступна по адресу: <http://www.ema.europa.eu/ema/>

Практические рекомендации 4.3: Проведение вакцинации

ПР 4

Подготовка

Стратегия вакцинации на базе школ

Если планируется внедрять стратегию вакцинации на базе школ или если школа предложила стать местом проведения вакцинации для девочек, которые не ходят в школу, может потребоваться ее предварительное посещение.

Школьные должностные лица и учителя, которые будут привлечены к мероприятиям по вакцинации, должны быть подробно информированы о проведении дней вакцинации. Прежде чем они смогут оказывать помощь, им может потребоваться обучение (см. Практические рекомендации 4.7).



Учителя и школы

У ВОЗ имеется метод оценки готовности школы к проведению вакцинации, который может применяться разработчиками, использующими стратегию вакцинации на базе школ¹¹.

Накануне дня вакцинации или ранним утром того же дня

Убедитесь в наличии следующего:

- вакцины и шприцы, сумки-холодильники и пакеты со льдом для транспортировки;
- материалы для информации, обучения и взаимодействия (например, листовки, брошюры и постеры);
- стул и стол;
- мусорный бак для отходов, не содержащих колющие и режущие предметы (например, для тампонов, бумажных полотенец);
- вода и мыло (или средство для обработки рук на спиртовой основе) для мытья и обработки рук;
- лотки, в том числе бобовидные;
- безопасные контейнеры с крышками;
- контейнеры для использованных флаконов;
- тампоны для обработки места инъекции до и после вакцинации;
- лекарственные средства для лечения аллергических реакций в соответствии с национальными рекомендациями;

¹¹ Доступен по адресу: http://www.who.int/immunization/hpv/plan/school_readiness_assessment_tool_who_2013.pdf

- место для отдыха вакцинируемых до и в течение 15 минут после вакцинации;
- журнал регистрации вакцинации;
- учетные листы;
- персональные карточки вакцинации;
- календарь.

Проведение

Перед введением вакцины

Работник здравоохранения или другой обученный взрослый/учитель должны определить, подлежит ли девочка вакцинации против ВПЧ и понимает ли она, что планируется делать. В зависимости от национальных рекомендаций работник здравоохранения должен знать, могут ли девочки, подлежащие вакцинации, отказаться от нее.

1. поприветствуйте девочку (и ее родителя / опекуна при наличии).
2. Объясните цель и преимущества вакцинации против ВПЧ.
3. Обсудите потенциальные риски, нежелательные явления и побочные реакции, связанные с вакцинацией.
4. Обсудите риски отказа от вакцинации
5. Спросите девочку (и ее родителя / опекуна при наличии), есть ли у нее вопросы, и четко ответьте на них, используя минимальное количество профессиональных терминов.
6. Проверьте, как девочка поняла предоставленную ей информацию, и поправьте то, что она поняла неправильно. Если после получения информации девочка отказывается от вакцинации, следует уважать ее желание и позволить ей уйти, пригласив прийти в другой раз, чтобы еще раз обсудить ее решение.
7. Возьмите письменное согласие родителя / опекуна, если применимо.
8. Подтвердите, что девочка подлежит вакцинации, проверив:
 - ее соответствие целевому возрасту;
 - отсутствие беременности (этот вопрос следует задавать конфиденциально);
 - отсутствие аллергических реакций на любой из компонентов вакцины.

9. Попросите у девочки для проверки персональную карточку вакцинации (или карту здоровья подростка), если она имеется.
10. Определите, какая по счету доза вакцины против ВПЧ будет вводиться во время данной вакцинации.

Безопасное введение вакцины девочкам, подлежащим вакцинации

11. Убедитесь, что девочка сидит, чтобы минимизировать риск последствий при возникновении обморока.
12. Проверьте срок годности вакцины на флаконе.
13. Проверьте индикатор на флаконе с вакциной (ИФ).
14. Держа флакон большим и средним пальцами, проверьте его состояние: не используйте его, если упаковка проколота, надорвана или повреждена, если флакон содержит частицы, изменился цвет содержимого, или оно заморожено.
15. При подозрении на то, что флакон подвергся замораживанию, проведите пробу со встряхиванием (см. Практические рекомендации 4.2).
16. Встряхивая флакон, смешайте содержимое, пока жидкость не станет белой и непрозрачной.
17. Откройте упаковку одноразового шприца и возьмите шприц и иглу.
18. Снимите колпачок иглы, не касаясь никаких ее частей.
19. Введите иглу во флакон с вакциной так, чтобы кончик иглы оказался в самой нижней точке флакона.
20. Наберите все содержимое флакона в шприц объемом 0,5 мл до тех пор, пока не услышите щелчок.
21. Введите все содержимое шприца в дельтовидную мышцу (плечо) перпендикулярно коже (под углом 90°).
22. Положите тампон на место инъекции и попросите девочку плотно прижать его; не массируйте место введения.



Вакцины против ВПЧ

После введения вакцины

23. Сразу после введения выбросьте шприц и иглу в безопасный контейнер.
24. Запишите данные в персональную карточку вакцинации (см. Приложение 6, Форма 6.1).



Образцы документов о вакцинации против ВПЧ

ПР 4

25. Определите дату введения следующей дозы вакцины и запишите ее в карточку вакцинации.
26. Напомните девочке, что она должна получить оставшуюся дозу(ы) вакцины и запланируйте следующее введение.
27. Внесите данные о вакцинации в соответствующие формы.
28. Внесите следующую информацию в журнал регистрации вакцинации (см. Приложение 6, Форма 6.2):
 - a. имя девочки;
 - b. адрес;
 - c. дата рождения и возраст (если неизвестны, укажите возраст, исходя из обоснованного предположения);
 - d. дата вакцинации;
 - e. порядковый номер дозы: ВПЧ1 или ВПЧ2 (либо ВПЧ3, если применимо);
 - f. дата следующего введения при необходимости;
 - g. дата предыдущего(их) введения(й), если применимо.
29. Верните обновленную персональную карточку вакцинации девочке, покажите, где вы отметили дату введения следующей дозы, и попросите принести карточку в следующий раз.
30. Во избежание обморока оставьте девочку под наблюдением в течение 15 минут после введения вакцины.
31. При возникновении любых побочных реакций назначьте лечение и задокументируйте их.

Практические рекомендации 4.4: Безопасность инъекций

ПР 4

Практические рекомендации 4.4: Безопасность инъекций

ВОЗ определяет безопасную инъекцию как ту, которая:

- не наносит вреда тому, кому она проводится;
- не представляет никакого предотвратимого риска для работника здравоохранения;
- не создает опасных для общества отходов.

Чтобы повысить безопасность инъекций, нужно использовать следующую методику:

1. Всегда следуйте рекомендациям производителя по использованию, хранению и обращению.
2. Помойте руки водой с мылом и высушите.
3. Подготовьтесь к инъекции в чистом предназначенном для этого месте, где маловероятен контакт с кровью и другими биологическими жидкостями.
4. Готовьте каждую дозу вакцины непосредственно перед введением; не готовьте несколько шприцев заранее.
5. Чтобы снизить риск травмы, подготовьте рабочее место так, чтобы:
 - a. работник здравоохранения, осуществляющий вакцинацию, находился между девочкой и иглами и другими колющими и режущими предметами;
 - b. инструменты мониторинга и безопасные контейнеры были легко доступны;
 - c. каждый работник здравоохранения, осуществляющий вакцинацию, имел свой безопасный контейнер и видел отверстие в контейнере при выбрасывании игл.
6. Проверьте состояние флакона и срок годности вакцины, проверьте индикатор на флаконе (ИФ).
7. Не используйте вакцину, если упаковка проколота, надорвана или повреждена, если флакон содержит частицы или изменился цвет содержимого (см. Практические рекомендации 4.2).
8. Используйте новый одноразовый шприц для каждой девочки.



Вакцины против ВПЧ

ПР 4

9. Не касайтесь никаких частей иглы.
10. Никогда не оставляйте иглу во флаконе с вакциной.
11. Обработайте место инъекции и введите все содержимое шприца в дельтовидную мышцу (плечо) перпендикулярно коже (под углом 90°).
12. Не надевайте колпачок на использованную иглу.
13. Выбросьте шприц и иглу в безопасный контейнер сразу после введения вакцины (безопасный контейнер – водостойкий контейнер, защищенный от неумелого обращения и надежно закрытый, с маленьким отверстием наверху, достаточным, чтобы пропустить шприц и иглу).
14. Не переполняйте безопасный контейнер. Когда он полон на три четверти, закройте его и запечатайте отверстие. Не пытайтесь утрамбовать содержимое через отверстие в контейнере.
15. Храните безопасные контейнеры в сухом безопасном месте до тех пор, пока они не будут безопасно утилизированы в соответствии с инструкциями вашего лечебно-профилактического учреждения.
16. Никогда не утилизируйте шприцы и иглы в открытых коробках или контейнерах.

Практические рекомендации 4.5: Мониторинг и оценка программ вакцинации: сбор данных и документация

Для мониторинга выполнения программ вакцинации против ВПЧ и оценки их влияния на здоровье населения необходима оценка охвата вакцинацией.

Поскольку для проведения вакцинации против ВПЧ рекомендуется двукратное введение вакцины с интервалом в шесть месяцев девочкам 9–13 лет, мониторинг потребует сбора данных об охвате с учетом порядкового номера вводимой дозы и возраста. При каждом введении вакцины должны быть записаны по крайней мере дата рождения или возраст девочки, дата введения вакцины и порядковый номер вводимой дозы вакцины.

См. Приложение 6, Формы 6.1–6.4.

Имеется метод мониторинга охвата вакцинацией против ВПЧ ВОЗ с инструкциями по местной адаптации и применению¹².

Ниже представлены краткие резюме и инструкции.



Приложение 6

Образцы документов о вакцинации против ВПЧ

Методы сбора и сообщения данных

Для проводящих вакцинацию:

- персональные карточки вакцинации (карты здоровья подростков) (Форма 6.1);
- журнал регистрации вакцинации – один на одно место оказания медицинской помощи (Форма 6.2);
- учетный лист вакцинации – один на одну сессию вакцинации (Форма 6.2);
- ежемесячная ведомость дней вакцинации – одна на одно место оказания медицинской помощи (Форма 6.3);
- форма отчета о побочных эффектах иммунизации (ПЭ) (см. Практические рекомендации 4.6 и Форму 6.4).



ПР 4.6

ПЭ

Для кураторов:

- ежемесячная сводная отчетная таблица с места оказания медицинской помощи на каждый календарный год.

¹² Доступен по адресу: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>

Для районных органов управления здравоохранением:

- ежемесячная сводная отчетная таблица районного органа управления здравоохранением на каждый календарный год;
- ежегодный отчет районного органа управления здравоохранением.

Процедура сбора данных

1. Применяйте один журнал регистрации в одном месте оказания медицинской помощи.
2. Регистрируйте каждую девочку, собирая следующую информацию:
 - a. имя девочки;
 - b. адрес;
 - c. дата рождения и возраст (если неизвестны, укажите возраст, исходя из обоснованного предположения);
 - d. дата вакцинации;
 - e. порядковый номер дозы: ВПЧ1 или ВПЧ2 (либо ВПЧ3, если применимо);
 - f. дата предыдущего(их) введения(й) при необходимости;
 - g. возраст предыдущего(их) введения(й), если применимо.
3. Конфиденциально спросите девочку, не беременна ли она, или не может ли она быть беременна. Если да, отложите вакцинацию, и отметьте это в журнале регистрации.
4. Попросите девочку предоставить свою персональную карточку вакцинации. Проверьте журнал регистрации, чтобы уточнить, какая доза вакцины вводится. Если персональной карточки вакцинации нет, проверьте журнал регистрации, используя личные данные.
5. Регистрируйте введение каждой дозы вакцины, зачеркивая один ноль в соответствующей ячейке учетного листа (в зависимости от возраста и порядкового номера дозы) (см. Приложение 6, Форма 6.2).
6. В конце дня вакцинации подытожьте число введенных доз вакцины в зависимости от порядкового номера дозы, затем посчитайте и запишите число зачеркнутых полей для каждого порядкового номера дозы и каждого возраста; если промежуточный итог ноль, запишите это (Форма 6.2).



Приложение 6

Образцы документов о вакцинации против ВПЧ

7. Формы предлагают шаблон. Если имеются стандартизованные формы, принятые на национальном или международном уровне, они должны использоваться вместо предлагаемых.

ПЭ можно описать как нежелательные клинические явления, которые по времени связаны с вакцинацией, но могут быть, а могут и не быть вызваны вакциной и вакцинацией. ПЭ варьируют от незначительных, например, легкие реакции в месте введения, до угрожающих жизни явлений, в том числе анафилактических реакций и, возможно, смерти. Хотя ПЭ могут быть вызваны самой вакциной, например, аллергическая реакция, гораздо чаще ПЭ, о которых сообщают, – это случайные события, совпадающие с вакцинацией, но не имеющие к ней отношения, или явления, вызванные программной / человеческой ошибкой и компрометирующие качество вакцины. Мониторинг безопасности вакцин против ВПЧ и подробное сообщение о происшествиях имеет огромное значение, поскольку это относительно новая вакцина, назначаемая в возрастной группе, которая ранее не была целевой для вакцинации. Любые побочные реакции могут разрушить доверие родителей и общественности к вакцине, программе вакцинации и персоналу.

Практические рекомендации 4.6: Действия при возникновении побочных эффектов иммунизации (ПЭ)

ПЭ можно описать как нежелательные клинические явления, которые по времени связаны с вакцинацией, но могут быть, а могут и не быть вызваны вакциной и вакцинацией. ПЭ варьируют от незначительных, например, легкие реакции в месте введения, до угрожающих жизни явлений, в том числе анафилактических реакций и, возможно, смерти. Хотя ПЭ могут быть вызваны самой вакциной, например, аллергическая реакция, гораздо чаще ПЭ, о которых сообщают, — это случайные события, совпадающие с вакцинацией, но не имеющие к ней отношения, или явления, вызванные программной / человеческой ошибкой и компрометирующие качество вакцины. Мониторинг безопасности вакцин против ВПЧ и подробное сообщение о происшествиях имеет огромное значение, поскольку это относительно новая вакцина, назначаемая в возрастной группе, которая ранее не была целевой для вакцинации. Любые побочные реакции могут разрушить доверие родителей и общественности к вакцине, программе вакцинации и персоналу.

Можно выделить пять групп ПЭ¹³:

1. Реакции, связанные с вакцинным препаратом, — ПЭ, вызванные или спровоцированные вакциной вследствие одного или нескольких свойств вакцинного препарата (например, обширный отек конечности после введения АКДС).
2. Реакции, связанные с нарушением качества вакцины, — ПЭ, вызванные или спровоцированные вакциной вследствие одного или нескольких дефектов качества вакцинного препарата, в том числе системы его введения, предоставляемой производителем (например, неспособность производителя полностью инактивировать партию инактивированной полиомиелитной вакцины приводит к развитию паралитической формы полиомиелита).
3. Реакции, связанные с ошибками при проведении иммунизации, — ПЭ, которые вызваны не отвечающими требованиям обращением с вакцинным препаратом, его назначением или введением, и которые по сути можно предупредить (например, передача инфекции через загрязненный флакон с несколькими дозами вакцины).
4. Реакции, связанные с боязнью иммунизации, — ПЭ, обусловленные страхом, вызванным иммунизацией (например, обморок у подростка во время / после иммунизации).

¹³ Дополнительная информация ВОЗ по классификации ПЭ доступна по адресу: <http://vaccine-safety-training.org/classification-of-aefis.html>

5. Случайные события – ПЭ, которые вызваны любыми причинами, кроме применения вакцинного препарата, ошибок при проведении иммунизации и боязни иммунизации (например, лихорадка, возникшая во время вакцинации, но на самом деле обусловленная малярией).

Реакции на введение вакцины против ВПЧ

Частые реакции на введение вакцины против ВПЧ

Эти реакции обычно проходят самостоятельно и редко требуют лечения:

- покраснение, боль, отек и уплотнение в месте инъекции;
- лихорадка;
- головная боль, боль в мышцах и костях;
- тошнота, рвота, диарея, боль в животе;
- обморок.

Редкие реакции на введение вакцины против ВПЧ

Тяжелые побочные эффекты чрезвычайно редки. С вакцинацией против ВПЧ могут быть связаны анафилактические реакции, поэтому нужно соблюдать предосторожности, чтобы избежать повторного введения вакцины против ВПЧ у девочек с аллергическими реакциями на компоненты вакцины. При подозрении на анафилактическую реакцию должно быть неотложно начато необходимое лечение. При наличии аллергической реакции дополнительные дозы вакцины против ВПЧ или другие вакцины, имеющие сходные компоненты, не вводят.

Сообщение о ПЭ

Должна существовать система, облегчающая неотложное сообщение о ПЭ и их расследование. Национальные надзорные органы и национальные группы технических советников по иммунизации (NITAG) должны играть проактивную роль в расследовании сообщений о тяжелых ПЭ, чтобы оценить, есть ли связь с вакциной против ВПЧ, и разработать основные положения предоставляемой информации, чтобы бороться со слухами.

О всех подозрительных ПЭ следует немедленно сообщать в органы управления здравоохранением с помощью стандартной формы сообщения о ПЭ (см. Приложение 6, Форма 6.4). Тяжелые явления, такие, как смерть, госпитализация или географическая концентрация ПЭ, должны быть быстро (в течение 48 часов) расследованы.



Приложение 6

Образцы документов о вакцинации против ВПЧ

Борьба со слухами

Группы, противостоящие вакцинации, могут инициировать и поддерживать слухи о рисках, связанных с вакцинацией, указывая на кажущуюся связь со случайными побочными эффектами, чтобы отговаривать население от вакцинации против ВПЧ. Поскольку неправильная информация может нанести ущерб приемлемости вакцинации и мероприятиям по ее проведению, необходима надежная инфраструктура для мониторинга ПЭ, чтобы собирать информацию, которая поможет развеять слухи и продемонстрировать длительную безопасность вакцин против ВПЧ. План действий, подчеркивающих безопасность вакцин против ВПЧ и направленных против слухов, – важный компонент успешной программы вакцинации против ВПЧ.

ПР 4

Практические рекомендации 4.6: Действия при возникновении побочных эффектов иммунизации (ПЭ)

Практические рекомендации 4.7: Беседы с учителями и школьными должностными лицами о вакцинации против ВПЧ

ПР 4

За несколько дней (или недель) до запланированной вакцинации школьниц следует провести встречу с целью обучения школьного персонала по вопросам вакцинации против ВПЧ. Можно предложить, чтобы перед проведением первой вакцинации они побеседовали со своими учениками (мальчиками и девочками) по данным вопросам, адаптируя услышанное на встрече и используя понятный школьникам язык. Назначьте эту встречу через администрацию школы и предложите пригласить всех учителей. Могут оказаться полезны следующие предложения по подготовке и проведению встречи, а также дальнейшим действиям.

Что принести

- Информационные и обучающие материалы.
- Копии часто задаваемых вопросов и ответов на них для распространения (см. Практические рекомендации 3.2 и 4.1).

Темы для обсуждения и действия во время встречи

- После представления распределите участников на группы по 4–6 человек. По возможности в каждой группе должен быть представитель школьной администрации.
- Раздайте один или оба списка FAQ в каждой группе и попросите добровольца из каждой группы возглавить обсуждение представленных в них вопросов.
- Затем доброволец может резюмировать, какие вопросы были непонятны группе.
- Предоставьте информацию по этим вопросам.
- Если все понятно, спросите, есть ли другие вопросы, и ответьте на них.
- Продолжите в соответствии с пунктами А или В (ниже) (что больше подходит).

А. Если школа не будет местом проведения вакцинации, перед тем как поблагодарить всех участников и завершить встречу, предоставьте информацию о том, где и когда будет проводиться вакцинация и кто должен посетить ее (девочки 9–13 лет с согласия родителя /опекуна).

В. Если школа будет местом проведения вакцинации (предполагается, что это обсуждалось ранее и по этому вопросу достигнуто согласие между школьной администрацией и представителями системы здравоохранения), дополните встречу следующим.

ПР 4

- Проведите интерактивную / совместную дискуссию о том:
 - когда будет проводиться вакцинация (даты двух сессий, а также дополнительных сессий после каждой основной, если это возможно);
 - кто будет проводить вакцинацию;
 - кто будет помогать при проведении вакцинации (1–2 добровольца из числа школьного персонала);
 - где будет проводиться вакцинация (включая требования к помещению и мебели).
- В некоторых школах можно обучить учителей помогать регистрировать девочек и проверять, отвечают ли они критериям отбора, есть ли у них согласие родителей, а также согласны ли они пройти вакцинацию.
- Оставьте копию практических рекомендаций со списком необходимого для вакцинации (Практические рекомендации 4.3, 4.4 и 4.5).
- Перед тем, как поблагодарить присутствующих и уйти, сообщите, что Вы будете признательны, если вам предоставят возможность прийти накануне дня вакцинации и встретиться с одним из добровольцев из персонала, чтобы посмотреть место проведения вакцинации и проверить наличие всего необходимого.



ПР 4.3

Проведение вакцинации



ПР 4.4

Безопасность инъекций



ПР 4.5

МиО

У ВОЗ имеется метод оценки готовности школы к проведению вакцинации, который может применяться разработчиками, использующими стратегию вакцинации на базе школ¹⁴.

¹⁴ Доступен по адресу:

http://www.who.int/immunization/hpv/plan/school_readiness_assessment_tool_who_2013.pdf

Практические рекомендации к Главе 5

ПР 5

Примечание для работника здравоохранения

Перед проведением любых процедур, описанных в главе 5, сделайте следующее.

1. Ознакомьтесь со всей информацией об анатомии женского таза, представленной в разделе 1.2 главы 1.
2. Изучите информацию о профилактике инфекций и борьбе с ним, представленную в Приложении 3, и убедитесь, что в помещении, где проводятся исследования и процедуры, есть все необходимое.
3. Получите информированное согласие, как указано в Практических рекомендациях 5.1



Приложение 3

Профилактика инфекций
и борьба с ними



ПР 5.1

Информированное
согласие

ПР 5

Практические рекомендации 5.1. Получение информированного согласия у взрослой женщины

Что такое информированное согласие?

Перед проведением любой процедуры (обследования в рамках скрининга, дополнительных диагностических или лечебных процедур) женщина (и по желанию женщины ее семья) должна получить достаточную информацию о предложенной ей процедуре и дать на нее согласие (см. Практические рекомендации 3.4 и 3.5 по консультированию).

Информация должна включать описание процедуры, объяснение, почему именно эта процедура необходима женщине, сколько времени она занимает, степень дискомфорта или боли, которые она может вызвать, и возможные осложнения. Кроме того, следует обсудить значение и последствия положительного результата обследования (если проводится обследование в рамках скрининга или диагностическая процедура), альтернативные методы и последствия отказа от проведения процедуры.

После получения необходимой информации женщина может сделать **информированный выбор** – принять предложенную процедуру или отказаться от нее. Если она принимает ее, она должна ясно выразить **информированное согласие**. Для обследования в рамках скрининга, дополнительных диагностических или лечебных процедур, согласие может быть устным. Исключение составляет ножевая конизация шейки матки (НК), для которой больничный регламент обычно требует получения письменного согласия.

Кроме того, если существует вероятность, что потребуется связаться с женщиной дома или на работе (например, для того чтобы сообщить результаты или напомнить о назначенной встрече), работник здравоохранения должен получить на это ее согласие. Полученная информация должна включать данные о том, как связаться с женщиной (например, лично с помощью местного работника здравоохранения, по почте, по телефону и т. д.), в какие дни и часы лучше сделать это.

Принципы получения информированного согласия

Неэтично получать информированное согласие задним числом, т. е. после процедуры.

При получении информированного согласия нужно иметь в виду следующее:

- Основной принцип – соблюдение конфиденциальности.



ПР 3.4

Консультирование



ПР 3.5

Этапы консультирования

- Говорите понятно и недвусмысленно, не используйте непонятных и неясных слов, например, «рост» или «новообразование».
- Проиллюстрируйте объяснения собственными или готовыми рисунками.
- Затроньте все важные вопросы.
- Отведите некоторое время на то, чтобы женщина поняла ваши слова. Затем позвольте ей задать вопросы.
- Уточните и исправьте то, что женщина поняла неправильно.
- После того как обсуждены все вопросы, попросите женщину дать официальное согласие.
- В соответствии с культурными особенностями, может потребоваться привлечь к принятию решения других лиц, например, партнера женщины. Однако в первую очередь вы должны уважать желания самой женщины.

Объяснение исследований и вмешательств

Объяснения отдельных исследований и вмешательств вы найдете в каждой главе этого руководства и практических рекомендациях. Вы можете индивидуально адаптировать их, чтобы понятным языком объяснить процедуру женщине и членам ее семьи.

Практические рекомендации 5.2: Сбор анамнеза и гинекологический осмотр¹⁵

Сбор анамнеза

Обследование в рамках скрининга рака шейки матки и лечение включают сбор анамнеза, оценку факторов риска и выявление подозрительных симптомов. Определенные пункты анамнеза в некоторых случаях имеют очень большое значение, однако получить по ним информацию может быть трудно из-за распространенных запретов на обсуждение вопросов, связанных с половой жизнью. Чтобы получить эту информацию, работник здравоохранения должен быть готов говорить так, чтобы учитывать особенности местной культуры.

Перед началом

Необходимо иметь следующее оборудование и средства:

- амбулаторная карта или история болезни и карандаш;
- изображение женских половых органов (по возможности);
- мыло и вода (или средство для обработки рук на спиртовой основе) для мытья и обработки рук;
- яркий источник света для осмотра шейки матки;
- гинекологическое кресло, накрытое чистой бумажной или полотняной простыней;
- одноразовые или дезинфицированные (дезинфекция высокого уровня) многоразовые перчатки*;
- дезинфицированные (дезинфекция высокого уровня) влагилицные зеркала разных размеров (могут быть нестерильными)*;
- небольшая емкость с теплой водой, чтобы смочить и согреть зеркало;
- 0,5% раствор хлорной извести для дезинфекции инструментов и перчаток.

* Инвазивные процедуры, такие, как петлевая электроэксцизия (LEEP) и ножевая конизация (НК) шейки матки, требуют использования стерильного оборудования.

Данные, которые нужно получить у женщины

- Возраст, образование, число беременностей, родов и живых детей, дата

¹⁵ *Источник:* (1) Burns AA, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K; Niemann S, Metcalf E, editors. Where women have no doctor: a health guide for women. Berkeley (CA): Hesperian Foundation; 1997 (с изменениями); (2) Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2005 (с изменениями) (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43116/1/9241592656.pdf>).

последней менструации, особенности менструального цикла, методы контрацепции, используемые сейчас и в прошлом.

- Предыдущие обследования в рамках скрининга рака шейки матки, их сроки и результаты.
- Сопутствующие заболевания, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции в анамнезе.
- Особенности поведения, которые могут повышать риск рака шейки матки (например, курение).
- Любые симптомы рака шейки матки или других заболеваний.
- Если позволяют культурные особенности, половой анамнез, в том числе возраст начала половой жизни и первой беременности, число половых партнеров, заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), в анамнезе, поведение, которое может повышать риск рака шейки матки.

Проведение гинекологического осмотра

После сбора анамнеза проводят гинекологический осмотр. Он состоит из трех частей:

- осмотр наружных половых органов;
- осмотр шейки матки в зеркалах;
- бимануальное исследование.

Подготовка

1. Приготовьте все необходимое оборудование и средства. Убедитесь, что влагалищное зеркало комфортной температуры.
2. Если планируется обследование или вмешательство (например, обработка шейки матки раствором уксусной кислоты или криодеструкция по поводу предракового заболевания шейки матки), скажите женщине, в чем оно заключается, какова его цель, и когда вы ожидаете получить результаты.
3. Спросите женщину, нет ли у нее вопросов, и, если они есть, честно ответьте на них. Если вы не знаете ответ, скажите ей, что вы постараетесь узнать ответ до того, как она покинет лечебно-профилактическое учреждение.
4. Объясните, в чем состоит гинекологический осмотр, покажите женщине влагалищное зеркало.
5. Попросите женщину опорожнить мочевой пузырь (помочиться) и раздеться ниже пояса. Будьте особенно внимательны к чувствам женщины, когда ей приходится обнажать части тела, обычно закрытые одеждой.
6. Уложите женщину на гинекологическое кресло.

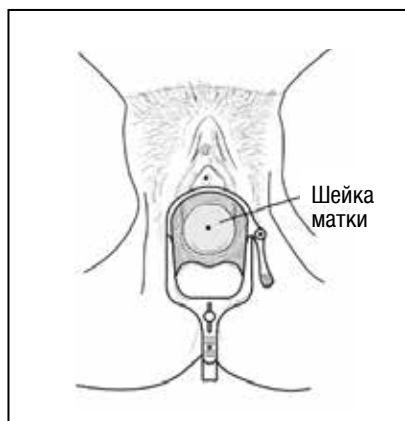
Осмотр наружных половых органов

7. Наденьте перчатки на обе руки. Осторожно касаясь женщины рукой, одетой в перчатку, осмотрите наружные половые органы, складки вульвы и окружающую кожу. Обращайте внимание на гиперемию, объемные образования, отечность, необычные выделения, раны, эрозии, язвы и рубцы. Все это может указывать на ЗППП.

Осмотр шейки матки в зеркалах

8. Введите сомкнутые створки зеркала во влагалище, держа ручку зеркала в сторону. Избегайте надавливания на мочеиспускательный канал и клитор, поскольку эти области очень чувствительны. Когда зеркало будет введено во влагалище наполовину, поверните его так, чтобы ручка переместилась вниз. Осторожно откройте створки зеркала, чтобы увидеть шейку матки. Аккуратно смещая зеркало, осмотрите ее полностью. Закрутите винт (или другим способом закрепите створки в открытом положении), и зеркало не будет двигаться.
9. Осмотрите шейку матки. Она должна быть круглой, розовой и гладкой. Небольшие желтоватые кисты, незначительная гиперемия вокруг наружного маточного зева и прозрачные слизистые выделения являются нормой.

Рисунок ПР5.2.1. Осмотр шейки матки в зеркалах.



10. Обращайте внимание на любые патологические изменения:
 - выделения из влагалища и гиперемия слизистой влагалища – частые симптомы вагинита; если выделения белые и творожистые, у женщины, возможно, грибковая инфекция;

- язвы, эрозии, пузыри, которые возможны при сифилисе, мягком шанкре, герпесе половых органов (самая частая причина) и иногда при злокачественных опухолях;
- легкая кровоточивость шейки матки при дотрагивании тампоном или слизисто-гнойные выделения указывают на цервицит;
- объемное образование или опухоль может свидетельствовать о раке и требует проведения биопсии (см. Практические рекомендации 5.7).



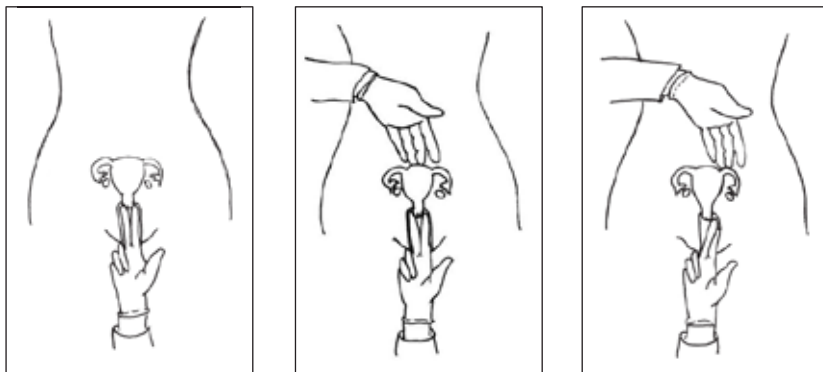
Консультирование
при положительном
результате

11. Слегка потяните зеркало на себя до тех пор, пока створки не будут касаться шейки матки, закройте створки и извлеките зеркало.

Бимануальное исследование

Бимануальное исследование позволяет оценить состояние внутренних половых органов.

12. Оцените болезненность при смещении шейки матки. Введите указательный и средний пальцы одетой в перчатку руки во влагалище. Поверните кисть ладонью вверх. Пропальпируйте шейку матки. Она должна быть круглой и плотной. Затем разведите пальцы так, чтобы они оказались по обе стороны от шейки матки и аккуратно сместите ее, следя за выражением лица женщины. Если это вызывает боль (об этом можно судить по выражению лица), у женщины может быть воспаление матки, маточных труб или яичников (воспалительное заболевание матки и ее придатков, или ВЗМП). Если шейка матки размягчена, женщина может быть беременна.
13. Пропальпируйте тело матки. Для этого осторожно нажмите другой рукой на нижнюю часть живота. Это смещает матку, маточные трубы и яичники к пальцам, расположенным во влагалище. Тело матки может быть наклонено вперед или назад. После того как Вы нашли тело матки, оцените его размер и форму. Оно должно быть плотным, гладким, размером меньше лимона.
- Если тело матки мягкое и увеличено, женщина, вероятно, беременна.
 - Если тело матки плотное и бугристое, у женщины может быть миома матки или другое новообразование.
 - Если пальпация матки вызывает боль, возможно ВЗМП.
 - Если матка малоподвижна, возможен спаечный процесс после перенесенного ВЗМП.

Рисунок ПР5.2.2. Бимануальное исследование.

14. Пропальпируйте маточные трубы и яичники. Если они в норме, это трудно сделать. Если вы обнаружили образование больше миндального ореха или любое образование, пальпация которого вызывает сильную боль, у женщины может быть ВЗМП или другое заболевание, требующее неотложной медицинской помощи. Если обнаружено болезненное образование и имеется задержка менструации, возможна внематочная беременность. В этом случае также необходима неотложная медицинская помощь.
15. Сместите пальцы, оцените состояние стенок влагалища. Убедитесь в отсутствии объемных образований, ран и язв (вы можете заметить их при осмотре в зеркалах).
16. Попросите женщину покашлять или потужиться. Посмотрите, не выбухает ли что-нибудь из влагалища. Если это происходит, у женщины может быть выпадение матки или влагалища.

После осмотра

17. Положите использованные инструменты и перчатки в дезинфицирующий раствор.
18. Вымойте руки водой с мылом.
19. Запишите все полученные данные в амбулаторную карту или историю болезни.
20. Сообщите женщине результаты осмотра (норма, патология) и объясните, что могут означать выявленные изменения.

21. Если Вы обнаружили любые проявления, которые могут быть вызваны ЗППП, сразу назначьте женщине и ее партнеру лечение в соответствии с национальными рекомендациями или рекомендациями ВОЗ¹⁶. Дайте женщине презервативы и объясните, как их использовать. Если вы выявили острый цервицит или ВЗМП, назначьте лечение в соответствии с рекомендациями в Приложении 12.



Приложение 12

Лечение инфекции

22. Если вы обнаружили патологию, требующую неотложного лечения, или патологию, которую невозможно лечить в вашем лечебно-профилактическом учреждении (например, внематочную беременность, выпадение половых органов, опухоль шейки матки), направьте женщину в учреждение более высокого уровня системы здравоохранения.
23. Если вы выполнили любую процедуру (например, обследование на наличие ВПЧ, LEEP, биопсию, мазки с шейки матки на цитологическое исследование), которая требует направления материала в лабораторию, скажите женщине, что она должна прийти или позвонить, чтобы узнать результаты.
24. При необходимости назначьте дату повторного посещения.

¹⁶ Management of sexually transmitted infections: regional guidelines. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2011 (<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290224105/en/>).

ПР 5

Практические рекомендации 5.3: Методы скрининга: комментарии для работников здравоохранения

Ниже вы найдете три подробных Практических рекомендации, посвященных наиболее частым методам скрининга рака шейки матки.

Практические рекомендации 5.4. Молекулярный скрининг: обследование на наличие ВПЧ.

Практические рекомендации 5.5. Визуальный скрининг: осмотр шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA).

Практические рекомендации 5.6. Цитологический скрининг: цитологическое исследование мазков по Папаниколау и жидкостная цитология (ЖЦ).

Какой метод использовать: в местности, где вы практикуете, могут использоваться только один или два из этих методов. Метод или методы, которые должны использоваться, определяются на центральном уровне на основании их характеристик, в том числе эффективности, требованиям к оборудованию и обучению, стоимости, а также жизнеспособности внедрения программы скрининга, использующей каждый метод или их комбинацию. Возможно, что разные методы выбираются для разных местностей: одни используются преимущественно в городе, другие – преимущественно в деревне. Основанные на принципах доказательной медицины схемы принятия решения для тактики «скрининг и лечение», рекомендуемых ВОЗ, представлены в Приложениях 7–9.

Обучение. Какой бы метод вы не использовали в своей местности, процедура должна проводиться работником здравоохранения, который надлежащим образом обучен в соответствии с новейшими национальными рекомендациями по данному вопросу. Не прошедшие такого обучения работники здравоохранения должны запросить его, чтобы соответствовать современному уровню, в том числе по данным методикам. Работники здравоохранения должны быть знакомы с действующей системой направления на консультацию и заполнением официальных бумаг по мероприятиям в рамках скрининга.

Возраст и периодичность скрининга. Рекомендации ВОЗ по возрасту и периодичности скрининга рака шейки матки, в том числе рекомендации для ВИЧ-инфицированных, представлены в разделе 5.2.5 главы 5 этого руководства.

Наконец, помните: Ваша работа не завершена, пока женщины (по крайней мере те, у которых при обследовании выявлена патология) не получили результаты обследования, не были проконсультированы об их значении и необходимых последующих действиях, в том числе лечении при выявлении патологии при обследовании в рамках скрининга женщин в возрасте 30–49 лет.



Приложение 7

Схема принятия решения



Приложение 8

Тактика «скрининг и лечение» ВИЧ–



Приложение 9

Тактика «скрининг и лечение» ВИЧ+

Практические рекомендации 5.4: Молекулярный скрининг: обследование на наличие ВПЧ

ПР 5

Практические рекомендации 5.4: Молекулярный скрининг: обследование на наличие ВПЧ

Для обследования на наличие ВПЧ собирают выделения с шейки матки или из влагалища с помощью тампона или маленькой щеточки (которые могут быть включены в набор, см. инструкции производителя) и затем помещают в контейнер со специальной жидкостью. Этот контейнер отправляют в лабораторию, где образец изучают на наличие ДНК ВПЧ. В настоящее время изучается и вскоре будет доступно обследование на наличие ВПЧ, которое проводится в лечебно-профилактическом учреждении, где был взят образец, на менее сложном оборудовании.

Отрицательный результат свидетельствует об отсутствии инфекции, вызываемой ВПЧ, положительный результат – о наличии инфекции, вызываемой ВПЧ одного или несколько онкогенных типов¹⁷. При положительном результате обследования на наличие ВПЧ у женщины старше 30 лет, требуется наблюдение в соответствии с национальными рекомендациями.

Важно. Обследование не выявляет предраковые заболевания и рак шейки матки. Работник здравоохранения, объясняя женщине суть обследования, не должен говорить, что это метод диагностики предраковых заболеваний.

Этапы консультирования, специфические для обследования на наличие ВПЧ, включены в описание процедуры в этих практических рекомендациях. Рекомендации по проведению консультирования по проблемам рака шейки матки, перед любым обследованием или процедурой представлены в Практических рекомендациях 3.4 и 3.5, по консультированию ВИЧ-инфицированных – в Практических рекомендациях 3.6.



ПР 3.4

Консультирование



ПР 3.5

Этапы консультирования



ПР 3.6

Консультирование при
ВИЧ-инфекции

Получение материала для обследования на наличие ВПЧ

Материал можно получить при осмотре шейки матки в зеркалах и без него. Это может сделать работник здравоохранения или сама женщина.

Работник здравоохранения может получить материал, не используя влагалищное зеркало, с помощью длинного тампона, который, вращая, вводит глубоко во влагалище и затем помещает в соответствующий раствор. Женщина может

¹⁷ Семь из 10 (70%) случаев рака шейки матки, возникающих в мире, вызывают два типа ВПЧ – 16 и 18 еще четыре онкогенных типа ВПЧ – 31, 33, 45 и 58 – реже связаны с развитием этой опухоли (см. главу 1, раздел 1.3.4). Исследование ДНК ВПЧ выявляет все онкогенные типы вируса.

сделать это сама после получения инструкций и необходимых средств: длинного тампона и контейнера с раствором.

Если материал берут при гинекологическом осмотре (см. Практические рекомендации 5.2), необходимы следующее оборудование и средства:



Гинекологический осмотр

- мыло и вода для мытья рук;
- источник света для осмотра шейки матки;
- гинекологическое кресло, накрытое чистой бумажной или полотняной простынью;
- дезинфицированное (дезинфекция высокого уровня) влагалищное зеркало (может быть нестерильным);
- одноразовые или дезинфицированные (дезинфекция высокого уровня) многоразовые перчатки*;
- маленькая щеточка или мягкий тампон;
- маленький контейнер с консервирующим раствором;
- форма для записи и карандаш;
- небольшая емкость с теплой водой, чтобы смочить и согреть зеркало;
- 0,5% раствор хлорной извести для дезинфекции инструментов и перчаток.

Примечание: лучше не брать материал во время менструации; небольшие кровянистые выделения допустимы.

Подготовка

1. Объясните, что такое обследование на наличие ВПЧ, и что означает положительный результат исследования. Убедитесь, что женщина поняла сказанное и получите информированное согласие.

Получение материала

Если материал получает работник здравоохранения (с помощью влагалищного зеркала или без него).

2. Получите материал глубоко из влагалища с помощью щеточки или тампона.
3. Поместите щеточку или тампон в специальный контейнер с консервирующим раствором.

Самостоятельное получение материала женщиной.

- i. Объясните, как получить материал самостоятельно в соответствии с инструкциями производителя.

- ii. Снабдите женщину тампонами и маркированным контейнером с консервирующим раствором.
- iii. Она может получить материал в клинике, если в ней имеется помещение, где она может уединиться, или дома.
- iv. Если женщина собирает материал дома, его следует принести в клинику в течение времени, определенного производителем набора для исследования. Женщину уведомляют о том, когда вернуться за результатами исследования.

После получения материала

4. Если использовалось влагалищное зеркало, аккуратно закройте створки, извлеките его и поместите в дезинфицирующий раствор.
5. Маркируйте контейнер, нанеся имя женщины, номер амбулаторной карты или истории болезни и дату.
6. Расскажите женщине, если вы заметили что-то необычное, особенно если проводили осмотр шейки матки в зеркалах. Если после осмотра вы хотите направить женщину в учреждение более высокого уровня системы здравоохранения, объясните ей причины направления, куда и когда она должна пойти, к кому обратиться, подчеркните важность этой консультации.
7. Запишите то, что взяли материал для исследования, и результаты осмотра в медицинскую документацию женщины.
8. Скажите женщине, когда прийти за результатами обследования.

Наблюдение: сообщение результатов во время следующего посещения

- Сообщая женщине результаты обследования, объясните, что они значат, и при необходимости порекомендуйте ей дополнительное обследование или лечение.
- Если обследование проводилось в рамках скрининга, при положительном результате порекомендуйте следующие этапы обследования или лечения в соответствии с национальными рекомендациями.
- Будьте готовы ответить на вопросы о значении положительного результата обследования на наличие ВПЧ.

См. Практические рекомендации 5.7 «Консультирование женщин при положительном результате обследования в рамках скрининга».



ПР 5.7

Консультирование при
положительном результате

Практические рекомендации 5.5: Визуальный скрининг: осмотр шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA)

Чтобы провести VIA, работник здравоохранения обрабатывает шейку матки 3–5% раствором уксусной кислоты и затем через 1–2 минуты оценивает, не побелели ли эпителий. Результат VIA положительный, если после обработки на шейке матки появляются приподнятые над поверхностью участки утолщенного белого эпителия, которые сохраняются более 1 минуты и обычно располагаются ближе к переходной зоне (ПЗ). Результат VIA отрицательный, если после обработки раствором уксусной кислоты эпителий не меняется.

О раке шейки матки следует думать при наличии на шейке матки разрастаний, напоминающих цветную капусту, или язвы. В этих случаях VIA не проводят и сразу направляют женщину на консультацию в лечебно-профилактическое учреждение более высокого уровня системы здравоохранения.

Рекомендации по консультированию женщин по проблемам рака шейки матки, перед любым обследованием или процедурой представлены в Практических рекомендациях 3.4 и 3.5, по консультированию ВИЧ-инфицированных – в Практических рекомендациях 3.6.

Для проведения VIA необходимы следующее оборудование и средства:

- мыло и вода (или средство для обработки рук на спиртовой основе) для мытья и обработки рук;
- яркий источник света для осмотра шейки матки;
- дезинфицированное (дезинфекция высокого уровня) влагиальное зеркало (может быть нестерильным);
- одноразовые или дезинфицированные (дезинфекция высокого уровня) перчатки (могут быть нестерильными);
- гинекологическое кресло, накрытое чистой бумажной или полотняной простыней;
- ватные тампоны;
- 3–5% раствор уксусной кислоты или столовый уксус;
- форма для записи и карандаш;



ПР 3.4

Консультирование



ПР 3.5

Этапы консультирования



ПР 3.6

Консультирование при ВИЧ-инфекции

- средства для профилактики инфекций:
 - 0,5% раствор хлорной извести для дезинфекции инструментов;
 - мешки для загрязненных одноразовых средств.

Примечание: визуальный скрининг не рекомендуется в постменопаузе, если зона трансформации не может быть осмотрена полностью.

Подготовка

1. Перед началом процедуры, проверьте, что женщина знает о VIA. При необходимости исправьте и дополните информацию и спросите, есть ли у нее вопросы. Объясните суть исследования, и что означает его положительный результат. Убедитесь, что женщина поняла сказанное, и получите информированное согласие.
2. Проведите осмотр шейки матки в зеркалах, как описано в Практических рекомендациях 5.2. Не убирайте зеркало, чтобы провести VIA.



ПР 5.2

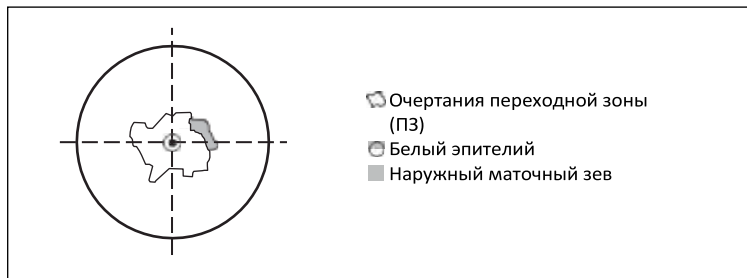
Гинекологический осмотр

Проведение осмотра

3. Настройте свет так, чтобы лучше видеть шейку матки.
4. С помощью ватного тампона удалите выделения, кровь или слизь с шейки матки.
5. Убедитесь, что вы видите всю зону трансформации, определите ПЗ и область вокруг нее.
6. Обработайте шейку матки раствором уксусной кислоты.
7. Важно: подождите 1–2 минуты для появления изменений.
8. Тщательно осмотрите ПЗ и убедитесь, что Вы видите ее полностью. Обращайте внимание на любые приподнятые над поверхностью, утолщенные белые участки, уделяя особое внимание зоне трансформации.
9. Чистым тампоном удалите остатки раствора уксусной кислоты с шейки матки и из влагилица.
10. Аккуратно закройте створки влагилицного зеркала, извлеките его и поместите в дезинфицирующий раствор.

После осмотра

11. Опишите Ваши наблюдения и результаты осмотра. Нанесите любые выявленные изменения на маркированный рисунок, как показано на рисунке ПР5.5.1.

Рисунок ПР5.5.1. Результаты VIA, нанесенные на маркированный рисунок

12. Обсудите результаты осмотра с женщиной.

- Если результат отрицательный (норма), скажите, что она должна пройти следующее обследование через 3–5 лет или через срок, определенный национальными рекомендациями.
- Если результат положительный (патология), скажите, что женщина должна пройти лечение, и обсудите с ней это. Подчеркните, что обследование не предупреждает и не лечит предраковые заболевания и рак шейки матки, и что лечение предраковых заболеваний – ключ к профилактике при положительном результате скрининга (см. Практические рекомендации 5.7 «Консультирование женщин при положительном результате скрининга»).
- При подозрении на рак шейки матки скажите женщине, что рекомендуется делать дальше. Ее необходимо направить на дальнейшее обследование и лечение. Организуйте это, и, прежде чем женщина уйдет, снабдите ее всеми необходимыми документами и инструкциями. Если Вы можете назначить консультацию сразу, сделайте это.



Консультирование при положительном результате

Практические рекомендации 5.6: Цитологический скрининг: цитологическое исследование мазков по Папаниколау и жидкостная цитология (ЖЦ)

Существует два метода цитологического скрининга рака шейки матки: исследование стандартных (мазков по Папаниколау) или жидкостных (ЖЦ) препаратов. Оба метода подразумевают исследование образца клеток, полученного с шейки матки при осмотре в зеркалах. Для цитологического исследования стандартных препаратов образец клеток наносят на предметное стекло, фиксируют и затем исследуют под микроскопом. Для ЖЦ образец клеток помещают в консервирующий раствор и отправляют в лабораторию для обработки.

Если цитологическое исследование выявляет измененные эпителиальные клетки, результат считают положительным. В большинстве случаев положительный результат обусловлен не раком шейки матки, а целым спектром изменений – от воспаления вследствие цервицита или вагинита до предраковых заболеваний шейки матки (от легких до тяжелых) (см. Приложение 5 «Мэрилендская система 2001 г.»).



Приложение 5

Мэрилендская система

Следовательно, большинство женщин с положительным результатом обследования в рамках цитологического скрининга, нуждаются в дополнительном обследовании (в том числе повторном цитологическом исследовании, VIA, кольпоскопии, биопсии шейки матки и/или выскабливании цервикального канала), чтобы подтвердить диагноз и определить, необходимо ли лечение.

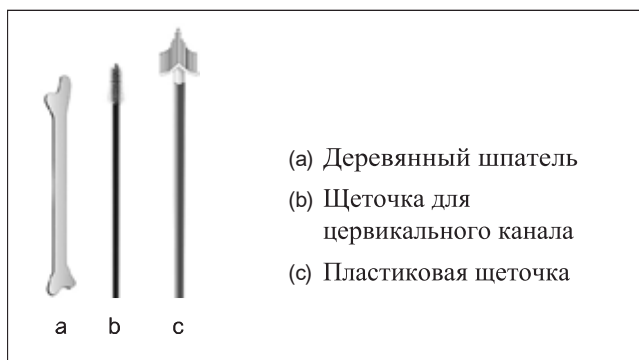
Для получения мазка с шейки матки для цитологического исследования необходимы следующее оборудование и средства:

- мыло и вода (или средство для обработки рук на спиртовой основе) для мытья и обработки рук;
- яркий источник света для осмотра шейки матки;
- гинекологическое кресло, накрытое чистой бумажной или полотняной простыней;
- дезинфицированное (дезинфекция высокого уровня) влагиальное зеркало (может быть нестерильным);
- одноразовые или дезинфицированные (дезинфекция высокого уровня) перчатки (могут быть нестерильными);
- деревянный или пластиковый шпатель с расширенным концом (или другой инструмент для получения материала с шейки матки, см. рисунок ПР5.6.1);
- только для исследования стандартных препаратов: предметное стекло с матовым краем и фиксатор;

ПР 5

- только для ЖЦ: пробирка со специальным консервирующим раствором;
- форма для записи и карандаш для маркировки;
- небольшая емкость с теплой водой, чтобы смочить и согреть зеркало;
- 0,5% раствор хлорной извести для дезинфекции инструментов и перчаток;

Рисунок ПР5.6.1. Инструменты для получения мазка с шейки матки для цитологического исследования.



Примечания

- Лучше не брать материал во время менструации или при наличии острого воспалительного заболевания. Небольшие кровянистые выделения допустимы.
- Беременность – не лучшее время для получения мазка для цитологического исследования, поскольку его результаты могут вводить в заблуждение. Однако если женщина относится к целевой возрастной группе и скорее всего не вернется для обследования после родов, лучше выполнить мазок.

Специфические этапы консультирования, проводимого при получении мазков с шейки матки для цитологического исследования, представлены в этих Практических рекомендациях. Рекомендации по проведению консультирования по проблемам рака шейки матки, перед любым обследованием или процедурой представлены в Практических рекомендациях 3.4 и 3.5, по консультированию ВИЧ-инфицированных – в Практических рекомендациях 3.6.



ПР 3.4

Консультирование



ПР 3.5

Этапы консультирования



ПР 3.6

Консультирование при ВИЧ-инфекции

Стандартные препараты мазков с шейки матки

Подготовка

1. Объясните суть процедуры, что означают положительный и отрицательный результаты исследования и почему важно вернуться для получения результатов и соблюдать соответствующие рекомендации. Убедитесь, что женщина поняла сказанное, и получите информированное согласие.
2. Проведите осмотр шейки матки в зеркалах, как описано в Практических рекомендациях 5.2.



Получение мазка

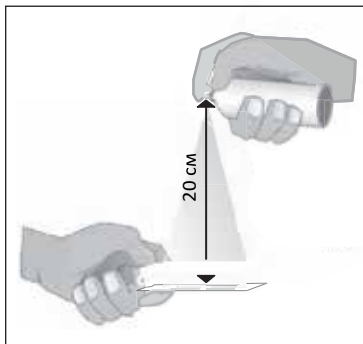
Гинекологический осмотр

3. Введите длинный кончик шпателя или щеточку в наружный маточный зев и поверните его вокруг своей оси на 360° (см. рисунок 5.6.2).

Рисунок 5.6.2. Получение мазка с шейки матки деревянным шпателем.



4. Перенесите материал с обеих сторон шпателя на предметное стекло 1–2 осторожными движениями (или вращением щеточки по стеклу). Если вы выявили патологию за пределами зоны, с которой получен мазок, возьмите материал оттуда и поместите его на отдельное стекло.
5. Сразу фиксируйте все мазки до извлечения зеркала из влагалища. Это занимает несколько секунд: используйте аэрозольный фиксатор (его наносят на стекло под прямым углом с расстояния 20 см, см. Рисунок 5.6.3) или поместите стекло в контейнер с 95% этиловым спиртом по крайней мере на 5 минут (пока вы будете выполнять следующие этапы).
6. Аккуратно закройте створки и извлеките зеркало.

Рисунок 5.6.3. Фиксация стандартного препарата мазка с шейки матки.

Примечание: если мазок фиксируется не сразу, клетки высыхают и деформируются, в связи с этим может быть трудно оценить их состояние в лаборатории.

После получения мазка

7. Положите все использованные инструменты в дезинфицирующий раствор.
8. Тщательно маркируйте каждое стекло: на матовом крае напишите имя женщины, номер амбулаторной карты или истории болезни и дату.
9. В амбулаторной карте или истории болезни отметьте и зарисуйте все наблюдения: визуализацию зоны трансформации, воспаление, язвы и другие изменения, патологические выделения. Отметьте, брали ли вы дополнительные образцы (например, мазки для цитологического исследования из других участков, материал для диагностики ЗППП) и, если женщина направлена на консультацию, то к кому и когда.
10. Спросите, нет ли у женщины вопросов, и дайте на них четкие ответы.
11. Скажите ей, когда и как она получит результаты исследования, и подчеркните важность их получения. В идеале результаты присылают в клинику в течение 2–3 недель. Неприемлемо, если лаборатория присылает результаты цитологического исследования более чем через месяц.
12. Если вы выявили патологию, по поводу которой вы хотите направить женщину в лечебно-профилактическое учреждение более высокого уровня системы здравоохранения, объясните, почему, куда и когда она должна пойти, к кому обратиться, и подчеркните важность этой консультации.

Жидкостные препараты мазков с шейки матки (ЖЦ)

Жидкостные препараты мазков с шейки матки являются усовершенствованием стандартной методики. При их применении существуют некоторые различия

в получении и обработке образцов. Как и в случае стандартных препаратов, материал отправляют в лабораторию для обработки, результаты исследования сообщают так же.

Подготовка

1. Объясните суть процедуры, что означают положительный и отрицательный результаты осмотра, и почему важно вернуться для получения результатов и соблюдать данные в соответствии с ними рекомендации. Убедитесь, что женщина поняла сказанное, и получите информированное согласие.
2. Проведите осмотр шейки матки в зеркалах, как описано в Практических рекомендациях 5.2.



Гинекологический осмотр

Получение мазка

3. Введите длинный кончик шпателя или щеточку в наружный маточный зев и поверните его вокруг своей оси на 360°.
4. Перенесите образец клеток со щеточки или шпателя в специальный консервирующий раствор в пробирке.
5. Аккуратно закройте створки и извлеките зеркало.

После получения мазка

6. Положите все использованные инструменты в дезинфицирующий раствор.
7. Тщательно маркируйте контейнер: напишите имя женщины, номер амбулаторной карты или истории болезни и дату.
8. В амбулаторной карте или истории болезни отметьте и зарисуйте все наблюдения: визуализацию зоны трансформации, воспаление, язвы и другие изменения, патологические выделения. Отметьте, брали ли Вы дополнительные образцы (например, мазки для цитологического исследования из других участков, материал для диагностики ЗППП) и, если женщина направлена на консультацию, то к кому и когда.
9. Спросите, нет ли у женщины вопросов, и дайте на них четкие ответы.
10. Скажите ей, когда и как она получит результаты исследования, и подчеркните важность их получения. В идеале результаты присылают в клинику в течение 2–3 недель. Неприемлемо, если лаборатория присылает результаты цитологического исследования более чем через месяц.
11. Если вы выявили патологию, по поводу которой вы хотите направить женщину в лечебно-профилактическое учреждение более высокого уровня системы здравоохранения, объясните, почему, куда и когда она должна пойти, к кому обратиться, и подчеркните важность этой

консультации.

Наблюдение: сообщение результатов цитологического исследования во время следующего посещения

- Во время повторной консультации расскажите женщине о полученных результатах, объясните, что они означают, и порекомендуйте, что нужно делать.
 - Если результат отрицательный (норма), порекомендуйте пройти следующее обследование через 3–5 лет или через срок, определенный национальными рекомендациями.
 - Если результат положительный (патология), проводите наблюдение, обследование и лечение в соответствии со схемами принятия решения, представленными в Приложениях 8 и 9.
- Если у женщины выявлена патология при цитологическом исследовании или мазок не соответствует требованиям, а она не пришла за результатами, постарайтесь связаться с ней.

ПР 5

Практические рекомендации 5.7: Консультирование женщин при положительном результате скрининга

Рекомендации по консультированию представлены в Практических рекомендациях 3.4 и 3.5.



ПР 3.4

Консультирование



ПР 3.5

Этапы консультирования

Консультирование женщин с положительным результатом В ОТСУТСТВИЕ подозрения на рак шейки матки

Объясняя женщине, что результат положительный, но подозрений на рак шейки матки НЕТ, ясным и простым языком предоставьте ей следующую информацию.

1. Поздравьте женщину с тем, что она заботится о своем здоровье, и объясните, что это обследование помогает ПРЕДУПРЕДИТЬ рак шейки матки.
2. Скажите ей, что результат обследования положительный, и объясните, что это значит, заверив, что это НЕ означает наличие рака шейки матки.

При положительном результате цитологического исследования или VIA.

- Объясните, что цель исследования – выявление ранних изменений, которые называются предраковыми заболеваниями, которые в отсутствие лечения могут стать раком шейки матки.
- Объясните, что имеется простое и безопасное лечение, которое очень эффективно излечивает предраковые заболевания.

При положительном результате обследования на наличие ВПЧ.

- Объясните, что положительный результат обследования на наличие ВПЧ означает наличие инфекции, при которой вирус присутствует в шейке матки. Заверьте, что рак шейки матки развивается у незначительного числа женщин, инфицированных ВПЧ.
 - Если у женщины результат обследования на наличие ВПЧ положительный, а VIA – отрицательный, объясните, что это означает наличие персистирующей инфекции, вызываемой ВПЧ, которая, однако, не вызвала изменения клеток.
3. Объясните суть лечения (если оно нужно), сколько времени оно занимает, и чего следует ожидать.

ПР 5

4. Подчеркните, что, если женщина не будет проходить лечение (или наблюдение в случае положительного результата исследования ДНК ВПЧ и отрицательного результата VIA или цитологического исследования), спустя годы у нее может развиться рак шейки матки.
5. Объясните, что, если она хочет, она может получить лечение сегодня (т. е. в тот же день) или как можно раньше, или она может быть направлена на лечение в другое лечебно-профилактическое учреждение. При необходимости организуйте консультацию.

Дополнительная информация при положительном результате обследования на наличие ВПЧ

Несмотря на то что положительный результат обследования на наличие ВПЧ не означает, что у женщины будет рак шейки матки или любые другие проблемы в будущем, а также то, что у нее есть предраковое заболевание шейки матки, узнав о нем, она может расстроиться. Ответьте на любые вопросы женщины об инфекции, вызываемой ВПЧ, и предоставьте ей следующую общую информацию:

- ВПЧ передается половым путем, однако узнать, когда и от кого произошло заражение, невозможно (за исключением случаев наличия единственного полового партнера в жизни).
- Наличие ВПЧ не является признаком беспорядочных связей и неверности.
- Заражение ВПЧ очень сложно предупредить. В то время как презервативы предупреждают ВИЧ-инфекцию и нежелательную беременность, они не защищают полностью от заражения ВПЧ.
- Наличие инфекции, вызываемой ВПЧ, или ее лечение не влияет на способность забеременеть или родить здорового ребенка.
- Несмотря на похожие названия, ВПЧ не имеет никакого отношения к ВИЧ.

Рекомендации по проведению консультирования по проблемам рака шейки матки в целом представлены в Практических рекомендациях 3.4, перед любым обследованием или процедурой – в Практических рекомендациях 3.5. Ответы на распространенные вопросы о ВПЧ представлены в Практических рекомендациях 3.2.



ПР 3.4

Консультирование



ПР 3.5

Этапы консультирования



ПР 3.2

FAQ

Консультирование женщин с положительным результатом ПРИ НАЛИЧИИ подозрения на рак шейки матки

1. Объясните женщине, что результат скрининга положительный, и что она нуждается в дополнительном обследовании для уточнения характера изменений.
2. НЕ говорите женщине, что у нее рак. Это должно быть подтверждено биопсией.
3. Спросите, есть ли с ней кто-нибудь сегодня и хочет ли она, чтобы ее спутники присоединились к ней, пока Вы будете рассказывать о дальнейших действиях.
4. Заверьте, что несмотря на наличие некоторых вопросов, самое главное, что она пришла обследоваться в рамках скрининга, и что сейчас ей можно помочь.
5. Объясните, что в большинстве случаев имеется лечение, которое может излечить ее и что она должна сосредоточиться на этом.
6. Предоставьте информацию о назначенной консультации и убедитесь, что у вас есть вся контактная информация женщины, если вам понадобится связаться с ней.
7. Спросите женщину, может ли что-то помешать ей пойти на консультацию. Если да, то обсудите возможные решения и помогите женщине запланировать обращение за медицинской помощью, в которой она нуждается.
8. Назначьте дату посещения, чтобы убедиться, что она получила необходимое лечение.

Работник здравоохранения играет важную роль в обеспечении того, чтобы женщина с подозрением на рак шейки матки получила необходимое лечение. Работники здравоохранения должны делать следующее:

- Создать систему отслеживания всех направлений на консультацию, чтобы убедиться, что все женщины получат необходимое дополнительное обследование и лечение.
- Обеспечить понимание женщиной и ее семьей важности всех консультаций и соблюдения рекомендаций, данных всеми работниками здравоохранения, участвующими в оказании медицинской помощи женщине.
- Наблюдать за женщиной и ее семьей, убедиться, что они понимают результаты ее дополнительного обследования и лечения.

Практические рекомендации 5.8: Кольпоскопия

Что такое кольпоскопия и зачем она выполняется?

Кольпоскопия подразумевает применение кольпоскопа (инструмента, обеспечивающего увеличение и яркий свет) для осмотра шейки матки.

Кольпоскопия проводится нечасто, поскольку она требует от женщины дополнительных действий, может быть доступна только в удаленном лечебно-профилактическом учреждении и за дополнительную плату, может приводить к выбыванию из-под наблюдения.

Показания к кольпоскопии:

- уточнение локализации и размера очага поражения при проведении криодеструкции или LEEP по поводу предраковых заболеваний шейки матки;
- выполнение биопсии участков, подозрительных на рак шейки матки.

Важно: при разговоре с женщиной не упоминайте о раке шейки матки, поскольку до получения результатов гистологического исследования диагноз неизвестен.

Для кольпоскопии необходимы следующее оборудование и средства:

- дезинфицированное (дезинфекция высокого уровня) влагалищное зеркало;
- кольпоскоп;
- все средства, необходимые для профилактики инфекций.

Поскольку во время кольпоскопии обычно выполняют биопсию шейки матки и выскабливание цервикального канала (ВЦК), вам могут также понадобиться:

- 3–5% раствор уксусной кислоты;
- паста Монселя (см. Приложение 13);
- биопсийные щипцы;
- кюретка для цервикального канала;
- окончатый зажим;
- ватные тампоны;
- контейнеры для биоптатов с 10% раствором формалина;
- карандаш и наклейки.

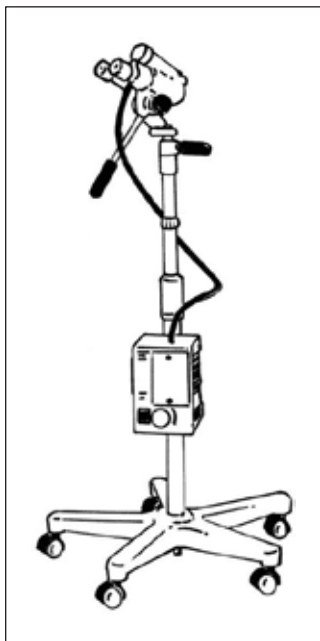


Приложение 13

Паста Монселя

Подготовка

1. Объясните суть процедуры, что может выявить осмотр и почему важно прийти к врачу повторно для дальнейшего лечения. Убедитесь, что женщина поняла сказанное, и получите информированное согласие.
2. Покажите женщине кольпоскоп и объясните, как вы будете использовать его для осмотра.
3. Подготовьте женщину к гинекологическому осмотру (см. Практические рекомендации 5.2).

Рисунок ПР5.8.1. Кольпоскоп**Процедура**

Рассказывайте женщине о том, что вы делаете на каждом этапе осмотра, предупреждайте ее, если вы собираетесь сделать что-либо, что вызывает боль.

4. Введите влагалищное зеркало и осушите задний свод влагалища (часть влагалища, окружающую эктоцервикс).

ПР 5

5. Осмотрите шейку матки при малом увеличении кольпоскопа (в 5-10 раз), обращайтесь внимание на все измененные участки, в том числе язвы, образования, подозрительные на рак, кисты, кондиломы и т. д. Определите зону трансформации, исходную и новую переходные зоны. Если необходимо или если зона трансформации видна не полностью, вы можете осмотреть канал шейки матки с помощью эндоцервикального зеркала. Если зона трансформации видна не полностью даже с помощью эндоцервикального зеркала, кольпоскопия не соответствует требованиям и показано ВЦК (см. Практические рекомендации 5.9).
6. Нанесите на шейку матки физиологический раствор. Осмотрите ее с зеленым фильтром при увеличении $\times 15$, отмечая любую патологическую сосудистую сеть.
7. Затем скажите женщине, что она может ощутить легкое покалывание, и нанесите на шейку матки раствор уксусной кислоты.
8. Подождите 1–2 минуты. Отмечайте любые изменения шейки матки. Особое внимание обратите на изменения вблизи переходной зоны.
9. Объедините результаты осмотра после обработки физиологическими раствором и раствором уксусной кислоты и сделайте заключение.
10. Если требуется биопсия шейки матки, скажите женщине, что вы собираетесь ее выполнить, что может вызвать незначительную схваткообразную боль.
11. Выполните биопсию шейки матки и/или ВЦК, как описано в Практических рекомендациях 5.9.
12. При кровотечении прижмите кровоточащий участок ватным тампоном или нанесите на него пасту Монселя.
13. Уберите кольпоскоп, осторожно закройте створки и извлеките зеркало.
14. Подождите несколько минут и попросите женщину медленно сесть. Исключите возможные проявления вазовагальной реакции (например, головокружение, потливость, обморок). При наличии этих проявлений уложите женщину и приподнимите ей ноги, пока она не почувствует себя лучше.



ПР 5.9

Биопсия и ВКЦ

После процедуры

15. Расскажите женщине о том, что Вы увидели, и, если Вы выполняли биопсию шейки матки и/или выскабливание цервикального канала, что может выявить гистологическое исследование.
16. Дайте рекомендации по уходу за собой дома:

- Женщина должна воздерживаться от половых сношений до прекращения выделений и кровотечения (обычно 2–4 дня). Если это невозможно, она должна использовать презервативы.
 - Женщина не должна ничего вводить во влагалище в течение 3–4 дней.
 - Расскажите женщине о проявлениях осложнений: кровотечении, сильной боли внизу живота, гнойных выделениях, лихорадке. Если у нее появятся любые из этих симптомов, она должна вернуться в центр первичной медицинской помощи или обратиться в больницу.
17. Объясните, почему важно вернуться за результатами в клинику, и назначьте дату повторного посещения. Результаты гистологического исследования должны быть готовы в течение 2–3 недель, следовательно, повторное посещение нужно планировать через 2–3 недели после кольпоскопии.
 18. Запишите то, что вы обнаружили. Используйте соответствующую форму для записи результатов кольпоскопии.
 19. Отправьте маркированные биоптаты и соскоб в лабораторию.
 20. Если вы выявили патологию, которую не можете лечить в вашем лечебно-профилактическом учреждении, сразу направьте женщину на обследование в учреждение более высокого уровня системы здравоохранения.

Наблюдение (через 2–3 недели после кольпоскопии)

21. Расскажите о результатах гистологического исследования.
22. На основании результатов гистологического исследования дайте рекомендации по наблюдению, обследованию и лечению. Используйте национальные рекомендации по диагностике и лечению или, если их нет, схемы принятия решения, представленные в Приложениях 8 и 9, и схему в Приложении 10.
23. Проведите гинекологический осмотр и оцените заживление шейки матки.
24. Направьте женщину на лечение или назначьте следующее обследование.



Приложение 8

Тактика «скрининг и лечение» ВИЧ–



Приложение 9

Тактика «скрининг и лечение» ВИЧ+



Приложение 10

Лечение в зависимости от стадии FIGO

Примечание: ваша работа не выполнена, пока вы не обсудили результаты гистологического исследования с женщиной и не наметили план лечения.

ПР 5

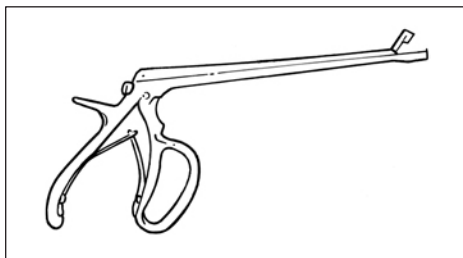
Практические рекомендации 5.9: Биопсия и выскабливание цервикального канала (ВЦК)**Биопсия шейки матки****Что это и зачем выполняется?**

Биопсия шейки матки – это получение небольшого фрагмента шейки матки с помощью биопсийных щипцов (см. рисунок ПР5.9.1) с целью диагностики изменений, выявленных при осмотре шейки матки невооруженным глазом (например, при гинекологическом исследовании, которое выполнялось как часть обследования в рамках скрининга) или во время кольпоскопии. Биоптаты сразу помещают в маркированные флаконы, содержащие консервирующий раствор, чтобы сохранить ткани и клетки в том виде, в котором они были помещены в раствор. Затем их отправляют в лабораторию, где очень тонкие срезы тканей окрашивают специальными красителями и исследуют под микроскопом. Этот процесс называется гистологическим исследованием.

Если размер биоптата достаточен, и он хорошо сохранен, гистологическое исследование позволяет различить предраковые заболевания, инвазивный рак и неопухолевую патологию (например, остроконечные кондиломы, герпес половых органов, инфекции, доброкачественные кисты и полипы).

Биопсия шейки матки может сопровождаться незначительным дискомфортом или схваткообразной болью. Анестезия обычно не требуется. Кровотечение обычно незначительное и может быть остановлено прижатием ватного тампона.

Биопсию шейки матки должен выполнять обученный работник здравоохранения в лечебно-профилактическом учреждении, имеющем необходимые оборудование и средства.

Рисунок ПР5.9.1. Биопсийные щипцы.

Важное примечание: при разговоре с женщиной работник здравоохранения не должен упоминать о раке шейки матки, поскольку до получения результатов гистологического исследования диагноз неизвестен.

Для биопсии шейки матки необходимы следующее оборудование и средства:

- дезинфицированное (дезинфекция высокого уровня) влагалищное зеркало;
- кольпоскоп (при необходимости обнаружить измененный участок);
- все средства, необходимые для профилактики инфекций;
- 3–5% раствор уксусной кислоты;
- паста Монсея (см. Приложение 13);
- биопсийные щипцы;
- ватные тампоны;
- контейнеры для биоптатов с 10% раствором формалина;
- карандаш и наклейки.

Подготовка

1. Представьте и объясните суть процедуры, что может выявить исследование и почему важно прийти к врачу повторно для дальнейшего лечения, если оно необходимо.
2. Убедитесь, что женщина поняла сказанное.
3. Получите информированное согласие.
4. Покажите женщине биопсийные щипцы и объясните, как вы будете их использовать.
5. Если женщина направляется на биопсию шейки матки, объясните, куда она должна идти.
6. Скажите женщине, когда ожидаются результаты исследования, где она должна получить их, и обсудите дальнейшие действия.
7. Спросите, можете ли вы или другой работник здравоохранения связаться с ней, и уточните, как (например, по телефону, лично или с помощью запечатанного письма, переданного через местного работника здравоохранения), а также в какое время лучше это сделать.

Процедура

8. Рассказывайте женщине о том, что вы делаете на каждом этапе исследования, предупреждайте ее, если вы собираетесь сделать что-либо, что вызывает боль. Подготовьте женщину к гинекологическому осмотру (см. Практические рекомендации 5.2).
9. Введите влагалищное зеркало и осмотрите шейку матки для выявления подозрительных участков.
10. Скажите женщине, что она может ощутить легкое покалывание, и нанесите на шейку матки раствор уксусной кислоты. Подождите 1–2 минуты.
11. Отмечайте любые изменения шейки матки. Особое внимание обратите на изменения вблизи переходной зоны (ПЗ).
12. Скажите женщине, что вы собираетесь выполнить биопсию шейки матки, что может вызвать незначительную схваткообразную боль.
13. Выполните биопсию наиболее измененных участков шейки матки и поместите биоптаты в отдельные маркированные контейнеры с формалином или другим консервирующим раствором.
14. При кровотечении прижмите кровоточащий участок ватным тампоном на пару минут. Если кровотечение продолжается, нанесите на него пасту Монселя (как приготовить пасту Монселя описано в Приложении 13) и осторожно извлеките зеркало.



ПР 5.2

Гинекологический осмотр

Выскабливание цервикального канала

Что это и зачем выполняется?

Выскабливание цервикального канала (ВЦК) подразумевает получение ткани из цервикального канала для гистологического исследования с помощью специального тонкого инструмента. Оно проводится в следующих случаях:

- при положительном результате цитологического скрининга и отсутствии патологии при кольпоскопии (см. Практические рекомендации 5.8) – в этом случае предраковая патология или рак могут локализоваться в цервикальном канале;
- при выявлении изменений железистого эпителия при цитологическом скрининге;



ПР 5.8

Кольпоскопия

- при подозрении на наличие патологии в цервикальном канале по результатам кольпоскопии;
- в тех случаях, когда ПЗ видна не полностью (кольпоскопия не отвечает требованиям).

Важное примечание: при разговоре с женщиной работник здравоохранения не должен упоминать о раке шейки матки, поскольку до получения результатов гистологического исследования диагноз неизвестен.

Для ВЦК необходимы следующие оборудование и средства:

- дезинфицированное (дезинфекция высокого уровня) влагилицное зеркало;
- все средства, необходимые для профилактики инфекций;
- паста Монселя (см. Приложение 13);
- кюретка для цервикального канала;
- ватные тампоны;
- контейнеры с 10% раствором формалина;
- карандаш и наклейки;
- марля или оберточная бумага.

Подготовка

1. Представьтесь и скажите женщине, что вы рекомендуете ВЦК, чтобы убедиться в отсутствии патологии в цервикальном канале.
2. Объясните суть процедуры, сколько времени она занимает, что может почувствовать женщина (схваткообразную боль, изредка снижение артериального давления, которое может вызвать потливость, головокружение и обморок).
3. Убедитесь, что женщина поняла сказанное.
4. Получите информированное согласие.
5. Покажите женщине кюретку и объясните, как вы будете ее использовать.
6. Если женщина направляется на ВЦК, объясните, куда она должна идти.
7. Скажите женщине, когда ожидаются результаты исследования (обычно в течение 2–3 недель), где она должна получить их, и обсудите дальнейшие действия.

ПР 5

8. Спросите, можете ли вы или другой работник здравоохранения связаться с ней и уточните, как (например, по телефону, лично или с помощью запечатанного письма, переданного через общинного работника здравоохранения) и в какое время лучше это сделать.

Процедура

9. Держа кюретку как ручку, введите ее в цервикальный канал. Выполняйте соскоб короткими твердыми движениями, пока не будет получен материал со всей окружности цервикального канала. Не извлекайте кюретку из цервикального канала во время выскабливания.
10. После завершения выскабливания извлеките кюретку. Поместите все использованные инструменты в дезинфицирующий раствор, а соскоб – на марлю или оберточную бумагу и немедленно погрузите в 10% раствор формалина.

После биопсии и/или ВЦК

1. Расскажите женщине о том, что вы увидели и что может выявить гистологическое исследование биоптата шейки матки и/или соскоба из цервикального канала.
2. Дайте рекомендации по уходу за собой дома:
 - Женщина должна воздерживаться от половых сношений до прекращения выделений и кровотечения (обычно 2–4 дня). Если это невозможно, она должна использовать презервативы. Дайте женщине презервативы и обучите ее пользоваться ими.
 - Женщина не должна ничего вводить во влагалище в течение 3–4 дней.
 - Расскажите женщине о проявлениях осложнений: кровотечении, сильной боли внизу живота, гнойных выделениях, лихорадке. Если у нее появятся любые из этих симптомов, она должна вернуться в центр первичной медицинской помощи или обратиться в больницу.
3. Объясните, почему важно вернуться за результатами исследования в клинику, и назначьте дату повторного посещения. Результаты гистологического исследования должны быть готовы в течение 2–3 недель, следовательно, повторное посещение нужно планировать через 2–3 недели после процедуры.
4. Запишите то, что вы обнаружили, в соответствующие формы.
5. Отправьте маркированные контейнеры с биоптатами и/или соскобом в лабораторию.

6. Если вы выявили патологию, которую не можете лечить в вашем лечебно-профилактическом учреждении, сразу направьте женщину для обследования в учреждение более высокого уровня системы здравоохранения.

Примечание: ваша работа не выполнена, пока вы не обсудили результаты гистологического исследования с женщиной и не наметили план лечения.

Практические рекомендации 5.10. Лечение предраковых заболеваний шейки матки: криотерапия

Криотерапия – это замораживание измененных участков шейки матки с помощью сильно охлажденного диска (криозонда). Процедура занимает всего несколько минут и обычно сопровождается лишь незначительной схваткообразной болью.

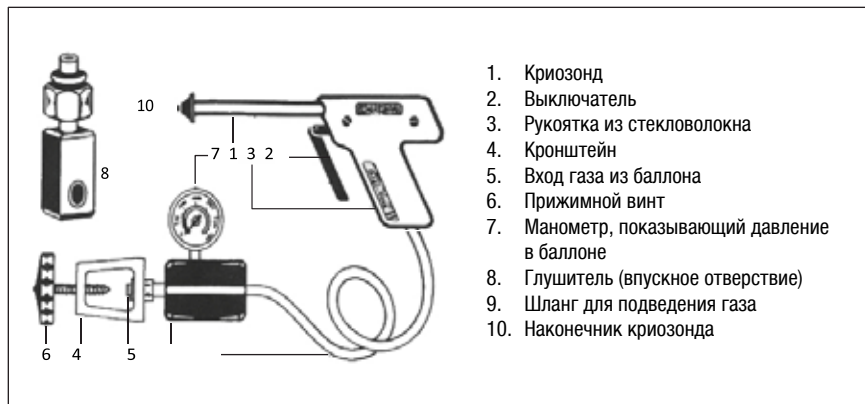
Таблица ПР5.10.1. Критерии отбора и исключения для криотерапии матки

Критерии отбора (должны присутствовать все)	Критерии исключения (любой из них)
<ul style="list-style-type: none"> • Выявление предраковых заболеваний шейки матки при обследовании в рамках скрининга • Достаточно маленький очаг поражения, чтобы использовать криозонд • Видны все границы очага, нет распространения в канал шейки матки и на стенки влагалища 	<ul style="list-style-type: none"> • Признаки инвазивного рака шейки матки или изменений железистого эпителия либо подозрение на них • Границы очага поражения выходят за границы криозонда • Беременность • Воспалительные заболевания матки и ее придатков (до излечения) • Менструация

Для криотерапии необходимы следующие оборудование и средства:

- дезинфицированное (дезинфекция высокого уровня) влагалищное зеркало;
- одноразовые или дезинфицированные (дезинфекция высокого уровня) многоразовые перчатки (могут быть нестерильными);
- ватные тампоны для обработки шейки матки;
- физиологический раствор;
- кольпоскоп, если имеется в данном лечебно-профилактическом учреждении;
- аппарат для криотерапии (см. рисунок ПР5.10.1) с достаточным запасом газа (углекислого газа или оксида азота).

Рисунок ПР5.10.1. Устройство аппарата для криотерапии.



1. Криозонд
2. Выключатель
3. Рукоятка из стекловолокна
4. Кронштейн
5. Вход газа из баллона
6. Прижимной винт
7. Манометр, показывающий давление в баллоне
8. Глушитель (впускное отверстие)
9. Шланг для подведения газа
10. Наконечник криозонда

Источник: Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manual. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2003 (<http://screening.iarc.fr/doc/Colposcopymanual.pdf>) (воспроизведено с разрешения).

Оборудование, необходимое для гинекологического исследования, перечислено в Практических рекомендациях 5.2. Подробные рекомендации ВОЗ по оборудованию для криотерапии представлено в публикации *Cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer: WHO technical specifications* (2012 г.)¹⁸, подробные рекомендации ВОЗ по применению криотерапии – в публикации *WHO guidelines: use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia* (2011 г.)¹⁹.



Гинекологический осмотр

Подготовка

1. Объясните суть процедуры и почему важно вернуться для дальнейшего лечения.
2. Убедитесь, что женщина поняла сказанное, и получите информированное согласие.
3. Покажите женщине оборудование для криотерапии и объясните, как вы будете использовать его, чтобы заморозить измененные участки шейки матки.

¹⁸ Доступно по адресу: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241504560/en/>

¹⁹ Доступно по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44776/1/9789241502856_eng.pdf

ПР 5

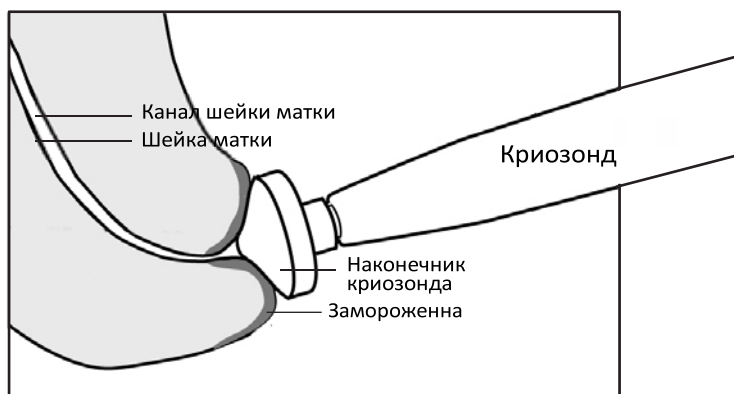
4. Подготовьте женщину для гинекологического осмотра, осмотрите шейку матки в зеркалах.
5. В отсутствие признаков инфекции можно проводить криотерапию.
6. При наличии цервицита назначьте лечение (см. Приложение 12) и попросите принять первую дозу препаратов при вас. Вы можете провести криотерапию или рекомендовать женщине прийти повторно после излечения инфекции.

**Процедура**

7. Очистите шейку матки тампоном, смоченным физиологическим раствором, и подождите несколько минут.
8. Обработайте шейку матки раствором уксусной кислоты, чтобы определить границы очага поражения и подождите еще несколько минут до изменения цвета очагов²⁰.
9. Скажите женщине, что во время замораживания шейки матки она может почувствовать незначительный дискомфорт или схваткообразную боль.
10. Для оптимального проведения процедуры протрите поверхность криозонда физиологическим раствором.
11. Приложите наконечник криозонда к наружному маточному зеву и убедитесь, что он полностью закрывает очаг поражения. Если границы очага выходят за границы криозонда, не проводите криотерапию. Объясните женщине, почему вы так сделали. Вы можете использовать инструкции, приведенные ниже в сноске 20. Объясните женщине ее дальнейшие действия.
12. Если границы очага не выходят за границы криозонда, перед замораживанием убедитесь, что криозонд не касается стенок влагалища, и вы не повредите их.
13. Установите таймер и нажмите выключатель, чтобы охладить криозонд жидким газом.
14. Вы увидите, как на поверхности криозонда и шейки матки образуется лед (см. рисунок ПР5.10.2). Когда границы замораживания на 4–5 мм выйдут за границы криозонда, это значит, что оно выполнено надлежащим образом.

²⁰ Если площадь белых участков занимает более трех четвертей эктоцервикса или они распространяются в канал шейки матки, криотерапия не показана. Извлеките зеркало, и после того как женщина оденется, объясните ей, почему вы не стали проводить криотерапию, и заверьте, что это не связано с тем, что у нее рак шейки матки. Скажите, что лучшим методом лечения для нее будет LEEP, объясните суть этой процедуры и помогите записаться на нее в больницу, оказывающую вторичную медицинскую помощь.

Рисунок ПР5.10.2. Положение криозонда во время криотерапии.



15. Проведите два цикла замораживания и оттаивания: замораживание в течение 3 минут, затем оттаивание в течение 5 минут, затем повторное замораживание в течение 3 минут.
16. После завершения повторного замораживания дайте ткани оттаять, прежде чем отделять криозонд от шейки матки. Если отделять криозонд до полного оттаивания, можно оторвать часть шейки матки.
17. Осторожно поверните криозонд, чтобы отделить его от шейки матки. Ткань, которую вы заморозили, будет белой.
18. Осмотрите шейку матки, чтобы исключить кровотечение. Если оно возникло, нанесите пасту Монселя (см. Приложение 13).
19. Не тампонируйте влагалище.
20. Извлеките зеркало.

После процедуры

21. Дайте женщине гигиеническую прокладку.
22. Посоветуйте женщине воздерживаться от половых сношений и не пользоваться влагалищными тампонами в течение 4 недель до полного прекращения выделений. Это необходимо, чтобы избежать инфекционных осложнений.
23. Дайте женщине презервативы, если она не сможет воздерживаться от половых сношений, как рекомендовано. Обучите ее, как их использовать.

24. Расскажите женщине о возможных осложнениях и попросите ее немедленно прийти в клинику в следующих случаях:

- температура более 38°C или озноб;
- сильная боль внизу живота;
- зловонные или гнойные выделения;
- кровотечение в течение более чем 2 дней или кровотечение со сгустками.

25. Пригласите женщину прийти повторно для обследования в рамках скрининга через 12 месяцев или раньше, если ей это потребуется.

Обработка использованного инструментария (после ухода женщины)

Очистите и продезинфицируйте криозонд, удалите загрязнения с рукоятки, шланга, манометра и баллона с газом²¹:

1. Удалите загрязнения с аппарата для криотерапии, шланга и редуктора. Для этого протрите их этиловым спиртом.
2. Промойте криозонд и пластиковый кожух водой с мылом, чтобы удалить все загрязнения.
3. Тщательно ополосните криозонд и пластиковый кожух чистой водой.
4. Проздезинфицируйте криозонд и пластиковый кожух одним из следующих методов (дезинфекция высокого уровня):
 - кипячение в воде в течение 20 минут, или
 - обработка паром в течение 20 минут, или
 - замачивание в дезинфицирующем растворе (0,1% раствор хлорной извести или 2–4% раствор глутарового альдегида) в течение 20 минут с последующим ополаскиванием кипяченой водой.
5. Очень важно, чтобы полая часть криозонда была полностью сухой перед следующей процедурой. В противном случае вода замерзнет, и криозонд может треснуть или не будет работать.
6. Используйте во время обработки криозонда резиновую заглушку или тщательно осушите его перед следующим использованием.
7. Если ни один из методов дезинфекции высокого уровня не доступен, криозонд и кожух можно дезинфицировать замачиванием в 70–90% этиловом спирте или в изопропиловом спирте в течение 20 минут. Высушите их на воздухе и затем соберите аппарат.

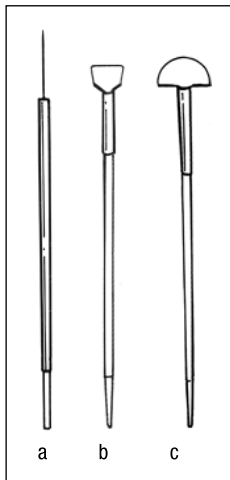
²¹ Аппараты для криотерапии могут блокироваться льдом. Чтобы избежать этого и очистить шланг, каждые 20 секунд нажимайте кнопку размораживания.

Практические рекомендации 5.11: Лечение предраковых заболеваний шейки матки: петлевая электроэксцизия шейки матки (LEEP)

LEEP – это удаление измененных участков шейки матки петлей из тонкой проволоки, нагретой электрическим током. Она позволяет излечить предраковые заболевания шейки матки у 9 из 10 женщин.

Для LEEP необходимы следующее оборудование и средства:

- надежный источник питания;
- электрохирургический аппарат для петлевой электроэксцизии шейки матки и ручка-держатель;
- кольпоскоп;
- неэлектропроводящее влагалищное зеркало и предпочтительно боковые зеркала;
- пассивный электрод;
- проволочные электроды разных размеров (см. рисунок ПР5.11.1);
- шаровидный электрод для коагуляции;
- эвакуатор дыма;
- пинцет;
- местный анестетик: 1–2% раствор лидокаина с адреналином (1:100 000) или без него;
- шприцы объемом 5 мл с длинными иглами 27 G;
- флаконы с физиологическим раствором и 5% раствором уксусной кислоты;
- паста Монсея (см. Приложение 13);
- большие тампоны;
- шовный материал и иглы;
- контейнеры для биоптатов с 10% раствором формалина.

Рисунок ПР5.11.1. Формы и размеры электродов.

- (a) Шаровидный электрод
 (b) Квадратный петлевой электрод
 (c) Полукруглый петлевой электрод

Оборудование, необходимое для гинекологического осмотра, перечислено в Практических рекомендациях 5.2.

Подготовка

1. Объясните женщине суть процедуры и почему важно прийти к врачу повторно для дальнейшего лечения. Убедитесь, что больная поняла сказанное, и получите информированное согласие.
2. Подготовьте женщину к гинекологическому осмотру (см. Практические рекомендации 5.2).
3. Прикрепите пассивный электрод к внутренней поверхности бедра
4. Введите во влагалище неэлектропроводящее зеркало из материала с изолирующим покрытием или зеркало, на которое надет латексный презерватив.
5. Осмотрите шейку матки, отметьте любые изменения, например, выделения из наружного маточного зева, воспаление, кровотечение, объемные образования. Запишите выявленные изменения.
6. В отсутствие признаков инфекции проведите LEEP. При наличии признаков инфекции отложите вмешательство, назначьте женщине и ее половому партнеру лечение (см. Приложение 12) и проведите вмешательство после устранения инфекции.



ПР 5.2

Гинекологический осмотр



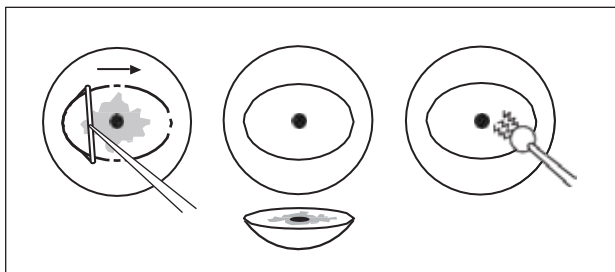
Приложение 12

Лечение инфекции

Процедура

7. Перед каждым этапом вмешательства говорите женщине, что вы будете делать и что она может почувствовать.
 8. Очистите шейку матки ватным тампоном, смоченным физиологическим раствором.
 9. Обработайте шейку матки 5% раствором уксусной кислоты и проведите кольпоскопию, чтобы определить локализацию и границы очагов поражения.
 10. Введите 3–5 мл местного анестетика (1–2% раствор лидокаина с адреналином (1:100 000) для профилактики кровотечения) с помощью длинной иглы 27 G. Местный анестетик вводят под слизистую шейки матки на участках, соответствующих 3, 6, 9 и 12 часам условного циферблата. У женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями лидокаин вводят без адреналина.
 11. Выберите электрод, чтобы сразу удалить весь очаг поражения. При небольших по площади изменениях плоского эпителия низкой степени злокачественности у нерожавших женщин используйте электрод шириной 1,5 см и высотой 0,5 см. При более крупных очагах у многорожавших женщин применяйте электрод шириной 2,0 см и высотой 0,8 см.
 12. Включите эвакуатор дыма и электрохирургический аппарат.
 13. Иссекайте очаг поражения: установите электрод перпендикулярно поверхности шейки матки, введите его на глубину 4–5 мм и проведите через всю шейку матки, отсекая полусферический фрагмент шейки матки с наружным маточным зевом в центре (см. рисунок ПР5.11.2). На участках, соответствующих 3 и 9 часам условного циферблата НЕ вводите электрод на глубину более 5 мм, поскольку это может привести к повреждению ветвей маточных артерий.
- Примечание:** иногда у женщины возникает вазовагальная реакция, сопровождающаяся обмороком и резким снижением артериального давления. Если она развилась, немедленно прекратите вмешательство и поднимите ноги женщины как можно выше.
14. Если необходимо иссечь дополнительную ткань, можно повторить процедуру.
 15. Подхватите иссеченную ткань пинцетом и поместите ее в маркированный контейнер с формалином для отправки в патоморфологическую лабораторию.

Рисунок ПР5.11.2. Одномоментная LEEP: иссечение очага поражения проволочным электродом и фульгурация шаровидным электродом.



16. Выполните выскабливание цервикального канала (ВЦК) и поместите соскоб в отдельный контейнер с формалином (см. Практические рекомендации 5.9).
17. Проведите фульгурацию любых кровотокающих участков на раневой поверхности с помощью шаровидного электрода (аппарат должен работать в режиме «коагуляция»).
18. Чтобы предупредить кровотечение, нанесите пасту Монселя на раневую поверхность и извлеките зеркало.



Биопсия и ВЦК

После процедуры

19. Дайте женщине гигиеническую прокладку.
20. Посоветуйте женщине воздерживаться от половых сношений в течение по крайней мере 4 недель до полного прекращения кровянистых выделений. Это необходимо, чтобы избежать инфекционных осложнений и сильного кровотечения.
21. Дайте женщине презервативы, если она не сможет воздерживаться от половых сношений, как рекомендовано. Обучите ее, как их использовать.
22. Скажите, что в течение 2 дней она может испытывать незначительную или умеренную боль и при необходимости принимать ибупрофен или парацетамол.
23. Объясните, что у нее может быть небольшое кровотечение, а кровянистые выделения могут наблюдаться в течение месяца и более. Она может пользоваться гигиеническими прокладками, но не должна использовать влагалищные тампоны.
24. Дайте женщине рекомендации по уходу за собой дома:
 - В течение нескольких дней она должна больше отдыхать и избегать тяжелой работы.

- Женщина не должна ничего вводить во влагалище.
25. Расскажите женщине о возможных осложнениях и попросите ее немедленно прийти в клинику в следующих случаях:
- температура более 38°C или озноб;
 - сильная боль внизу живота;
 - зловонные или гнойные выделения;
 - сильное кровотечение или кровотечение со сгустками.
26. Ответьте на вопросы.
27. Посоветуйте прийти в центр первичной медицинской помощи через 2–6 недель на обследование, чтобы оценить заживление шейки матки и получить результаты гистологического исследования.
28. Согласуйте дату обследования.

Наблюдение (через 2–6 недель)

29. Спросите, как женщина себя чувствует, были ли у нее какие-нибудь осложнения после LEEP.
30. Изучите заключение гистологического исследования и на его основании дайте рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению.
31. Осмотрите женщину и оцените заживление шейки матки.
32. Пригласите женщину прийти повторно для обследования в рамках скрининга через 12 месяцев после LEEP. Наблюдение описано в схемах принятия решения в Приложениях 8 и 9.



Приложение 8

Тактика «скрининг и лечение» ВИЧ–



Приложение 9

Тактика «скрининг и лечение» ВИЧ+

Лечение осложнений LEEP**Таблица ПР5.11.1. Лечение возможных осложнений LEEP**

Осложнения	Лечение
Кровотечение во время вмешательства (может быть диффузным и артериальным)	<p>Диффузное кровотечение останавливают прижатием и коагуляцией шаровидным электродом.</p> <p>Артериальное кровотечение останавливают коагуляцией шаровидным электродом (его прикладывают к источнику кровотечения), аппарат должен работать в режиме «коагуляция».</p>
Кровотечение после вмешательства (наблюдается менее чем у 2% больных)	<p>Удалите сгусток крови, промойте влагалище 5% раствором уксусной кислоты, выявите источник кровотечения, проведите местную анестезию раствором лидокаина с адреналином.</p> <p>Если кровотечение необильное, нанесите пасту Монселя. Если кровотечение обильное, проведите фульгурацию с помощью шаровидного электрода диаметром 5 мм или толстого игольчатого электрода (аппарат должен работать в режиме «коагуляция»).</p>
Инфекционные осложнения после вмешательства (гнойные выделения, боль, лихорадка)	<p>Лечение антибиотиками в соответствии с национальными рекомендациями.</p> <p>Например:</p> <ul style="list-style-type: none"> • цефиксим, 400 мг внутрь однократно, и • доксициклин, 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 14 дней, и • метронидазол, 400–500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 14 дней.

Практические рекомендации 5.12: Лечение предраковых заболеваний шейки матки: ножевая конизация шейки матки (НК)

Ножевая конизация шейки матки (НК) – хирургическое вмешательство, заключающееся в удалении конусовидного фрагмента шейки матки, причем как наружной (эктоцервикса), так и внутренней (эндоцервикса) ее частей. Размер удаляемого фрагмента зависит от размера очага поражения и вероятности выявления инвазивного рака. Удаленный фрагмент ткани отправляют в патоморфологическую лабораторию для гистологического исследования, цель которого – верифицировать диагноз и убедиться, что очаг удален полностью. НК обычно выполняют в больнице.

Объяснение сути вмешательства

Предоставьте женщине как можно больше информации о вмешательстве, его возможных осложнениях, а также об анестезии. Приведенные ниже сведения помогут вам ответить на вопросы, которые могут быть у женщины о вмешательстве, которое ей выполняют в больнице.

Подготовка

1. Персонал больницы предоставит женщине информацию о сути вмешательства, времени начала, длительности, возможных осложнениях и уходе за собой после возвращения домой.
2. Кроме того, персонал больницы даст инструкции по подготовке: какую одежду взять с собой, какие препараты принять заблаговременно. Ей скажут, что она должна ничего не есть и не пить в течение 8 часов перед вмешательством и принять ванну перед тем, как приехать в больницу.
3. После ответов на вопросы женщину попросят подписать информированное согласие, которое требует больница.

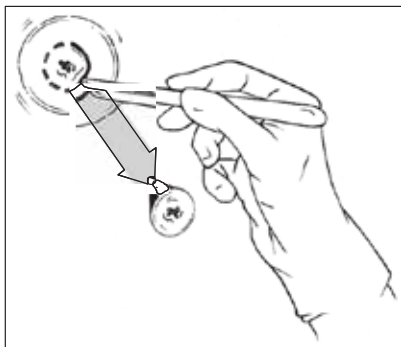
Операция

4. Чтобы женщина не испытывала неприятных ощущений, операцию будут проводить под общей или регионарной анестезией.
5. Хирург введет во влагалище зеркало, чтобы осмотреть шейку матки.
6. Шейку матки обработают раствором йода, чтобы осмотреть ее и выявить измененные участки.
7. В шейку матки введут вещество, снижающее вероятность обильного кровотечения. Хирург может также перевязать мелкие артерии, кровоснабжающие удаляемую часть шейки матки.

ПР 5

8. Скальпелем будет удален конусовидный фрагмент шейки матки, включающий цервикальный канал (см. рисунок ПР5.12.1). Удаленная ткань будет помещена в контейнер с раствором формалина и отправлена в лабораторию. На удаленный фрагмент шейки матки часто накладывают шов, чтобы ориентировать препарат для патоморфолога. Локализацию этого шва следует внести в специальную форму для гистологического исследования (например, шов на 12 часах условного циферблата).

Рисунок ПР5.12.1. Удаление конусовидного фрагмента шейки матки



9. После удаления фрагмента шейки матки раневая поверхность будет коагулирована с помощью шаровидного электрода.
10. Кровотечение будут останавливать прижатием ватных тампонов, нанесением пасты Монселя (см. Приложение 13) или коагуляцией шаровидным электродом.
11. Для остановки кровотечения во влагалище может быть введен марлевый тампон. Если используется паста Монселя, тампонирование не проводят.



Приложение 13

Паста Монселя

Сразу после операции

12. После операции персонал будет наблюдать женщину в послеоперационной палате. После пробуждения ее переведут в обычную палату для полного восстановления.
13. Если женщина будет чувствовать себя хорошо, у нее не будет сильного кровотечения, и она живет рядом с больницей, ее выпишут через несколько часов. Если она не сможет пойти домой в тот же день, то ее выпишут на следующий день при условии того, что у нее не будет осложнений.

14. Перед тем как покинуть больницу, женщине скажут, что у нее на шейке матки имеется рана, которая будет заживать по крайней мере 4–6 недель.
15. Чтобы предупредить инфекционные осложнения и позволить ране зажить полностью, в течение 6 недель женщина не должна ничего вводить во влагалище, в том числе пальцы и влагалищные тампоны, проводить спринцевания и вступать в половые сношения. Если она не может воздерживаться от половых сношений, дайте ей презервативы и научите ее (и ее полового партнера) использовать их.
16. Женщина будет проконсультирована, как ухаживать за собой и каковы симптомы послеоперационных осложнений, на которые нужно обращать внимание (см. таблицу ПР5.12.1), и проинструктирована немедленно обращаться в центр первичной медицинской помощи или больницу при появлении любого из них.
17. Первое обследование будет назначено через 2–6 недель после НК.

Лечение возможных осложнений НК

Таблица ПР5.12.1. Лечение возможных осложнений НК

Осложнения	Симптомы	Лечение
Инфекционные	Боль внизу живота Зловонные желтые выделения из влагалища	<ul style="list-style-type: none"> • Лечение ВЗМП
Кровотечение	Обильные кровянистые выделения из влагалища	<ul style="list-style-type: none"> • Осмотр шейки матки в зеркалах, удаление сгустков крови, определение источника кровотечения • Фульгурация / электрокоагуляция источника кровотечения с помощью шаровидного электрода • Нанесение пасты Монселя или тампонирование влагалища марлевым бинтом

Последующее наблюдение дома

Ниже представлены инструкции для работника здравоохранения, который будет оказывать помощь женщине на дому.

18. Перед выпиской из стационара после НК женщину проконсультируют о том, как ухаживать за собой дома, чтобы способствовать заживлению раневой поверхности, и каковы симптомы послеоперационных осложнений, на которые нужно обращать внимание (см. пункты 15 и 16 выше). Вы можете помочь женщине, при необходимости повторив и уточнив эти рекомендации.
19. Если во влагалище оставлен марлевый тампон, его следует удалить через 6–12 часов, чтобы избежать инфекционных осложнений. Вы (или другой местный работник здравоохранения, который знает, как делать это) можете помочь женщине.
20. Рекомендуется относительный покой в течение нескольких дней. В течение 3 недель женщина должна избегать тяжелой работы. Можно заниматься обычными повседневными делами, такими, как легкая работа по дому, купание, душ, еда.
21. Если отмечается дискомфорт (не сильная боль), женщина может принять парацетамол.
22. Убедите женщину не пропускать назначенное ей обследование через 2–6 недель после операции для обсуждения результатов гистологического исследования и осмотра хирурга.

Наблюдение (через 2–6 недель)

23. Спросите, как женщина себя чувствует, были ли у нее какие-нибудь осложнения после НК.
24. Изучите заключение гистологического исследования и на его основании дайте рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению.
25. Осмотрите женщину и оцените заживление шейки матки.
26. Пригласите женщину прийти повторно для обследования в рамках скрининга через 12 месяцев после НК. Наблюдение описано в схемах принятия решения в Приложениях 8 и 9.



Приложение 8

Тактика «скрининг и лечение» ВИЧ–



Приложение 9

Тактика «скрининг и лечение» ВИЧ+

Практические рекомендации к главе 6

ПР 6

Цель этих практических рекомендаций – помочь работникам здравоохранения, оказывающим первичную и вторичную медицинскую помощь женщинам, у которых имеются симптомы, могущие быть обусловлены раком шейки матки, или у которых диагностирован рак шейки матки. Представленная здесь информация позволит работникам здравоохранения отвечать на вопросы об обследовании и лечении, которые будут проводиться в больнице, заполнить пробелы в понимании у больной и ее семьи и предоставить другую необходимую поддержку до или во время госпитализации.

Для работников здравоохранения, оказывающих третичную медицинскую помощь, предназначены только практические рекомендации 6.4. В них представлены рекомендации по проведению бесед с больными раком шейки матки до и после обследования с целью определения стадии или если лечение было прекращено.

Практические рекомендации 6.1: Обращение больной за консультацией по поводу симптомов, которые могут быть вызваны раком шейки матки

Важное примечание: диагноз рака шейки матки может быть поставлен только при гистологическом исследовании удаленных тканей.

Если женщина обращается к работнику здравоохранения, оказывающему первичную или вторичную медицинскую помощь, по поводу одного или нескольких симптомов, перечисленных в этих Практических рекомендациях, следует подумать о раке шейки матки. Однако все перечисленные симптомы могут быть вызваны целым рядом других причин, помимо рака шейки матки. Если женщина предъявляет одну или несколько перечисленных ниже жалоб, очень важно не упоминать сразу рак шейки матки. Это может излишне напугать ее. Лучше объяснить женщине, что она нуждается в обследовании, возможно, в нескольких исследованиях, чтобы выяснить причину жалоб и назначить соответствующее лечение.

Симптомы рака шейки матки ранних стадий могут включать:

- выделения из влагалища, иногда зловонные, которые не устраняет стандартное лечение;
- кровянистые выделения у женщин 35 лет и старше;
- кровянистые выделения после половых сношений у женщин любого возраста.

Симптомы рака шейки матки поздних стадий помимо перечисленных могут включать:

- учащенное или затрудненное мочеиспускание, императивные позывы на мочеиспускание;
- выделение мочи или кала из влагалища;
- сильную боль в пояснице или внизу живота;
- выраженный отек одной или обеих ног.

Работник здравоохранения, оказывающий первичную медицинскую помощь, который может быть не обучен проведению гинекологического осмотра или не иметь оборудования для его проведения, должен направить женщину к гинекологу в больницу, оказывающую вторичную медицинскую помощь.

Если вы обучены и имеете необходимое оборудование и средства, вы можете провести гинекологический осмотр женщины, предъявляющей перечисленные жалобы (гинекологический осмотр описан в Практических рекомендациях 5.2). Если Вы заметили объемное образование или изъязвление на поверхности шейки

матки, необходимо выполнить биопсию шейки матки и направить материал в лабораторию на гистологическое исследование, чтобы поставить окончательный диагноз.

Во время исследования не забывайте разговаривать с женщиной, говорите ей, что вы делаете на каждом этапе и что вы видите.

Если вы можете выполнить биопсию шейки матки, мы настоятельно рекомендуем сначала прочитать Практические рекомендации 5.9, в которых подробно описано, как выполнять биопсию шейки матки и что делать после нее.



Биопсия и ВКЦ

Если ваша лаборатория не может предоставить результаты гистологического исследования биоптата шейки матки через 2–3 недели, предпочтительно направить женщину к гинекологу в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение, имеющее лабораторию, которая может сделать это.

Если при биопсии выявлен инвазивный рак шейки матки, больную следует информировать и направить в лечебно-профилактическое учреждение, предоставляющее третичную медицинскую помощь. Советы о том, как вести этот трудный разговор, представлены в Практических рекомендациях 6.2.



Консультирование:
выявление рака

Помните: основа излечения рака шейки матки – раннее выявление; работники здравоохранения должны обращать внимание на возможные симптомы рака шейки матки у женщин старше 35 лет и обеспечивать их незамедлительное обследование.

Практические рекомендации 6.2: Сообщение о диагнозе рака шейки матки, беседа с больной и ее близкими

Работнику здравоохранения: пожалуйста, прочтите и обдумайте содержание этих практических рекомендаций ДО встречи с женщиной, у которой диагностирован рак шейки матки, и ее близкими. Это поможет вам подготовиться к выполнению этой трудной задачи.

Во время разговора о раке шейки матки и других потенциально фатальных болезнях всегда помните о культурных особенностях семьи больной и сообщества, членом которого она является.

Помните, что новость о диагнозе рака часто сопровождается реакциями отрицания, гнева или покорности. Для больной важно знать, что вы открыты для продолжения разговора, чтобы помочь ей понять свои чувства и реакции, примириться с диагнозом и предложенным лечением.

Подготовка

- Уважайте культуру, нормы и обычаи больной и ее сообщества. Так, может быть неприемлемо сообщать плохие новости непосредственно больной. Тем не менее важно, чтобы она понимала, что происходит, и принимала участие в принятии решения относительно медицинской помощи, которая будет ей оказываться.
- Предоставляя информацию о раке шейки матки женщине и ее семье, важно уединиться от других людей. Это предоставит женщине и ее семье свободу задавать вопросы. Обеспечьте наличие такого уединенного помещения.
- Диагноз рака зачастую является неожиданным. Предоставление самой точной информации о болезни женщины позволяет ей и ее семье начать понимать диагноз и думать о лечении. Убедитесь, что вы владеете всей необходимой информацией.
- Подумайте о том, какие личные сведения о больной будут вам необходимы и как получить их во время разговора. Например, понадобится ли ей помощь, чтобы обратиться в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее третичную медицинскую помощь? Она может столкнуться с такими проблемами, как недостаток финансовых ресурсов, отсутствие транспорта, организация своего отсутствия на работе или поиск лица, которое в ее отсутствие будет ухаживать за детьми, пожилыми или больными, находящимися на ее попечении. При наличии этих проблем Вы можете мобилизовать для их решения членов семьи, друзей, а также представителей общины.

Беседа с женщиной (и членами ее семьи, если она хочет их участия)

- Всегда помните, что один из наиболее мощных инструментов лечения – ваша способность слушать и понимать точку зрения женщины.
- Перед беседой попросите разрешения обсудить ситуацию.
- Объясняя диагноз, будьте точны и правдивы; используйте слова, употребляемые в повседневном языке. Не применяйте технических терминов, слов непонятных больной и расплывчатых терминов, таких, как «рост» или «новообразование».
- Дайте присутствующим некоторое время, чтобы принять сказанное вами, затем дайте время, чтобы задать вопросы.
- Не забудьте сказать, что лечение проводят всем больным раком шейки матки: многих оно позволяет излечить, другим улучшает качество жизни.
- Поскольку неожиданные плохие новости обычно шокируют людей, они могут слышать и понимать вас не полностью. Чтобы помочь запомнить то, что вы обсуждаете, иногда полезно показать или нарисовать картинки и/или предоставить простую информацию в письменном виде, которая поможет побудить обдумать дополнительные вопросы. Может потребоваться повторный разговор через несколько дней, чтобы дать новой информации и мыслям усвоиться, а новым вопросам появиться.

Дополнительные темы для изучения

- Если больная собирается прибегнуть к традиционному лечению, обсудите, собирается ли она обращаться за помощью к народным целителям.
- Важно не осуждать и позволить больной выразить свои убеждения, помочь ей понять, как разные системы оказания помощи могут работать вместе, дополняя друг друга и обеспечивая наилучший возможный исход.
- Выясните, что больная знает о раке, как она интерпретирует диагноз рака, чего она боится и ожидает, а также что она знает об имеющемся лечении.
- Будьте готовы объяснить, что в отсутствие лечения рак шейки матки прогрессирует и в конце концов приводит к смерти.
- Выясните, какую психологическую / эмоциональную, экономическую и духовную поддержку может предоставить больной семья (это может быть очень важным). Если эта поддержка недостаточна, обдумайте, какая еще поддержка необходима.

Примечание: может понадобиться проводить эту беседу в несколько этапов.

Практические рекомендации 6.3: Предоставление больной раком шейки матки развернутой информации о том, что может происходить в стационаре

После назначения консультации больной в стационаре объясните ей, чего ей следует ожидать.

Расскажите больной, что в стационаре ее проконсультирует специалист, который предоставит ей подробную информацию о том, какие исследования необходимы, чтобы определить наилучший для нее метод лечения. В большинстве случаев исследования и лечение могут проводиться амбулаторно. Если добираться до больницы и возвращаться домой каждый день очень далеко, больная и ее семья должны знать, что ей может понадобиться найти комнату около больницы, чтобы жить в ней во время обследования и/или лечения.

В больнице:

- Больной будет проведено полное физикальное исследование и несколько лабораторных и инструментальных исследований, чтобы определить распространение опухоли. Они могут включать исследования крови и мочи, исследования для исключения распространения опухоли на прямую кишку (ректоскопия) и мочевого пузыря (цистоскопия), а также КТ или МРТ для исключения поражения других органов.
- После получения результатов специалисты обсудят с женщиной наилучшие имеющиеся методы лечения, предоставят информацию о том, как долго длится лечение с помощью каждого из методов, как будет чувствовать себя женщина, какие осложнения могут возникнуть и какова стоимость лечения (если это применимо).
- Специалисты спросят больную, когда она сможет организовать свои личные дела и быть готова для проведения любых процедур и лечения, которые необходимо проводить в стационаре.
- После госпитализации в больницу специалисты опять расскажут больной о плане лечения и об информированном согласии, требуемом в больнице. Женщину попросят прочитать и подписать форму информированного согласия после того, как ответят на все ее вопросы.
- Важно, чтобы больная понимала, что даже после подписания информированного согласия она может передумать (т. е. она не обязана проходить любое предложенное исследование, процедуру или лечение).

Практические рекомендации 6.4: Беседа с больной о диагнозе и лечении: рекомендации для работников здравоохранения, оказывающих третичную медицинскую помощь (онкологов)

Встреча с больной до обследования с целью определения стадии

- При первой встрече с больной представьтесь и расскажите, какую роль вы будете играть в ее лечении.
- Заверьте больную, что вы и ваша команда сделают все возможное, чтобы провести ей лучшее доступное лечение с целью излечения от злокачественной опухоли или по меньшей мере уменьшения страданий, продления и улучшения качества жизни после выписки.
- Побудите больную и ее семью сообщать работникам здравоохранения о любых изменениях в состоянии и любых осложнениях, возникающих после начала лечения.
- Понятным языком, не используя технические термины, обсудите все исследования, запланированные на данный момент, чтобы определить стадию болезни, и объясните, что эта информация необходима для выбора метода лечения, который даст наилучший результат. Скажите больной, что вы заранее будете предупреждать ее о новых запланированных исследованиях и будете отвечать на все ее вопросы.

Встреча с больной для обсуждения лечения после определения стадии

- Объясните результаты исследований, в том числе касающиеся распространения опухоли и тяжести состояния, представьте больную обзор методов лечения, доступных при данной стадии.
- На этом этапе у больной и ее спутников вероятно возникнет много вопросов о предлагаемых методах лечения, ожидаемой продолжительности жизни и о том, что случится, если она откажется от рекомендованного лечения. Выделите время, необходимое на то, чтобы ответить на вопросы и обсудить все проблемы.
- При обсуждении лучших доступных или рекомендованных для этой опухоли и стадии методов лечения вы должны охватить следующее.
 - Каков(ы) предлагаемый(е) метод(ы) лечения?
 - Где / как они проводятся (например, в стационаре или амбулаторно)?
 - Сколько времени займет лечение?
 - Каковы частые осложнения?
 - Сколько больная должна заплатить за лечение?

– Каковы возможные исходы, если она решит отказаться от лечения?

- При обсуждении прогноза важно быть честным, но оптимистичным при описании лучших исходов для данной ситуации. Предоставьте информацию об обычных исходах у других больных с аналогичной опухолью и стадией. Обязательно проинформируйте больную, что исходы могут быть разными и что вы не можете быть абсолютно уверенным в том, какой будет у нее. Если ожидается, что лечение излечит больную, скажите ей это, но всегда оставляйте место для возможности другого исхода.
- Если у больной распространенный процесс и она может не быть излечена, проинформируйте больную и ее семью о том, что лечение, несмотря на различные осложнения, может уменьшить проявления болезни и сделать жизнь больной более комфортной. С учетом прогноза в сходных случаях предоставьте информацию об ожидаемой продолжительности жизни в месяцах и/или годах и обязательно объясните, что это не несомненный факт, а лишь обоснованное предположение.
- Помните, что наиболее полезный инструмент лечения – ваша способность слушать. Периодически останавливайтесь, чтобы задать вопросы и ответить на них.

Беседа с больной, чье лечение прекращено, поскольку оно не влияет на течение болезни и не улучшает состояние ее здоровья

- Когда становится ясно, что никакое дальнейшее лечение не принесет пользу больной, лучше всего деликатно, но честно обсудить это с больной и ее семьей. Лучше, чтобы этот разговор состоялся в рамках продолжающихся отношений «работник здравоохранения – больная», а не проводился человеком, которого больная никогда раньше не встречала. Работник здравоохранения должен быть как можно более спокойным и готовым оказать поддержку. Это очень эмоциональный и печальный разговор.
- Всегда помните о культурных особенностях сообщества, к которому принадлежит больная, которые могут иметь отношение к беседе о неминуемой смерти.
- Убедитесь, что вы в помещении, где вас никто не слышит и не видит, и скажите присутствующим, что это конфиденциальный разговор.
- Работник здравоохранения может сначала узнать, как больная себя чувствует, что ее беспокоит и кто дома или в общине может помочь ей физически, эмоционально и духовно.
- Обсудите с больной, что было сделано за несколько последних недель в оказании ей медицинской помощи и очень осторожно подойдите к тому, что за последние X недель или месяцев не было достигнуто никакого

улучшения. Объясните, что в связи с этим ее лечащие врачи решили, что дальнейшее противоопухолевое лечение не принесет ей пользы.

- Очень важно дать больной знать, что, несмотря на то что противоопухолевое лечение не позволило остановить усугубление болезни и ее симптомов, вы будете продолжать заботиться о ее комфорте и устранении симптомов болезни, в том числе боли. Не забудьте обсудить с ней то, что она будет со своей семьей и близкими.
- Старайтесь не говорить «ничего больше нельзя сделать», поскольку лица, осуществляющие уход, МОГУТ многое: устранять симптомы, снабжать лекарствами, организовывать простейшую помощь и просто быть доступны. Следует честно отвечать на вопросы, сколько времени осталось, например, что вы не знаете, но это может быть вопрос нескольких дней/недель/месяцев (в соответствии с ситуацией). Это укажет больной и ее семье, чего ожидать, чтобы они могли сделать соответствующие приготовления.
- Перед тем как завершить разговор, пожалуйста, убедитесь, что больная уверена, что за ней будет осуществляться необходимое наблюдение, что она знает, к кому и куда обращаться, и выразите свою готовность оказывать поддержку любыми возможными способами.

Практические рекомендации 6.5: Лечение рака шейки матки: экстирпация матки

Экстирпация матки – это ее удаление. При простой экстирпации матки полностью удаляют тело и шейку матки. Маточные трубы и яичники могут сохранить. При расширенной экстирпации матки удаляют тело и шейку матки, окружающие ее ткани, а также верхнюю часть влагалища. По сути, как описано ниже, эти вмешательства одинаковы.

Эти практические рекомендации включены в руководство, чтобы позволить работникам здравоохранения, оказывающим первичную и вторичную медицинскую помощь, объяснить больной, как ей будут выполнять операцию, перед тем, как она пойдет в больницу, и помочь ей восстанавливаться после возвращения домой.

Объяснение сути вмешательства

Предоставьте женщине основную информации о вмешательстве. Приведенное ниже описание поможет вам.

Перед госпитализацией

1. Медицинский персонал даст женщине инструкции по подготовке к госпитализации: какую одежду взять с собой, какие препараты приобрести заблаговременно. Ей скажут, что она должна ничего не есть и не пить за 8 часов до вмешательства и принять ванну перед тем, как идти в больницу.

В больнице: подготовка

2. Будут объяснены детали вмешательства (время начала, продолжительность, возможные осложнения) и необходимость подписания информированного согласия, требуемого больницей, после ответа на вопросы. Вы должны повторить, что после подписания информированного согласия вплоть до последней минуты перед операцией женщина может передумать.
3. Чтобы предупредить инфекционные осложнения, наружные половые органы и живот будут вымыты водой с мылом, обработаны йодом. Волосы на половых органах могут быть сбриты.
4. Препараты для общей анестезии будут вводить внутривенно или ингаляционно (с вдыхаемым воздухом).
5. В мочевого пузырь будет введена пластиковая трубка (катетер), а моча будет собираться в пакет, пока мочевого пузырь не восстановится после операции.

Операция

6. Разрез будет расположен внизу живота.
7. При простой экстирпации матки матку отсекут в местах соединения с маточными трубами и влагалищем. При расширенной экстирпации матки хирург удалит тело и шейку матки, окружающие ее ткани, и верхнюю часть влагалища, а также лимфатические узлы, чтобы исключить их поражение злокачественной опухолью.
8. Все удаленные ткани поместят в консервирующий раствор и отправят в лабораторию, где патоморфолог изучит их, чтобы определить, полностью ли удалена опухоль.
9. В конце операции в малый таз может быть установлен дренаж. Это пластиковая трубка, которую вводят в брюшную полость, чтобы удалять кровь и жидкость, и соединяют с мешком. Дренаж могут оставлять на 24–48 часов.
10. Многие хирурги устанавливают также специальную трубку (эпицистостому) через кожу живота в мочевой пузырь, чтобы отводить мочу. Эпицистостому оставляют на 5–7 дней, чтобы дать мочевому пузырю восстановиться.
11. Брюшную стенку затем ушивают, кожу вокруг обрабатывают и накладывают повязку.

Сразу после операции

12. После операции персонал больницы будет наблюдать за больной в послеоперационной палате. После пробуждения ее переведут в обычную палату для восстановления.
13. После пробуждения больная может заметить, что в вене руки у нее стоит капельница, соединенная с мешком с прозрачной жидкостью.
14. Очень часто больные отмечают тошноту, которая длится несколько часов, в связи с чем им могут назначать препараты. При необходимости в течение первых дней больным назначают препараты для уменьшения боли внизу живота.

Восстановление в больнице

15. В больнице персонал будет следить, чтобы больная периодически кашляла и глубоко дышала, чтобы очищать дыхательные пути от слизи, садилась, двигала конечностями и, как только сможет, начала ходить. Это помогает предотвратить осложнения.

16. Манипуляции с тканями и органами малого таза во время операции могут повреждать нервы, иннервирующие мочевой пузырь и прямую кишку. В результате будут затруднены мочеиспускание и дефекация. Катетер в мочевом пузыре будет стоять в течение 5–7 дней, пока женщина не сможет мочиться нормально. В большинстве случаев женщина сможет мочиться и опорожнять прямую кишку самостоятельно. Однако возможны некоторые трудности, и во время восстановления дома может потребоваться прием некоторых препаратов. Функции мочевого пузыря и прямой кишки полностью нормализуются через 3–4 месяца после операции.

Восстановление дома

Из большинства стационаров больных выписывают через 7–10 дней после экстирпации матки в зависимости от того, насколько быстро они восстанавливаются и какая помощь доступна на дому.

Полное восстановление после расширенной экстирпации матки занимает 6–12 недель.

1. Перед выпиской из стационара женщину проконсультируют о том, как она может ухаживать за собой дома и какую помощь ей могут оказывать члены ее семьи, а также расскажут о симптомах осложнений. Вы – работник здравоохранения, оказывающий первичную или вторичную медицинскую помощь, – можете помочь больной, повторив эти рекомендации.
2. Дома женщине будет необходимо следующее (эти средства она может получить в больнице или позже по письменному назначению):
 - парацетамол для приема при легкой боли (при необходимости);
 - слабительные средства (например, бисакодил);
 - мочевые катетеры;
 - перевязочный материал и дезинфицирующие средства для обработки раны.
3. Чтобы помочь больной восстановиться после операции, другие члены семьи должны взять на себя ее домашние обязанности на первые шесть недель. Постепенно следует побуждать женщину возвращаться к своим обязанностям, начиная с требующих наименьших усилий, пока она не восстановит свои силы. Женщине и ее семье объясняют, что она должна избегать тяжелой работы по дому, длительных пеших прогулок, ношения тяжестей и другой физической работы. В первые дни дома она может купаться / принимать душ, есть и совершать небольшие прогулки. Через несколько дней она должна увеличивать прогулки (например, две коротких прогулки в день), но избегать подъема тяжестей. Семья должна следить, чтобы женщина отдыхала, если кажется уставшей, и нормально питалась.

4. У женщины во влагалище будет скрытая рана, для заживления которой необходимо по крайней мере шесть недель. Чтобы предупредить инфекционные осложнения и позволить ране зажить полностью, в течение этого времени она не должна ничего вводить во влагалище, в том числе пальцы и влагалищные тампоны, проводить спринцевания и вступать в половые сношения. Значительную поддержку в этом ей может оказать партнер.
5. Убедитесь, что больная и ее семья знают симптомы, которые могут наблюдаться в течение нескольких недель после операции, и действия при их появлении (см. таблицу ПР6.5.1).

Таблица ПР6.5.1. Симптомы, которые могут наблюдаться после экстирпации матки, и действия при их появлении

Симптом	Причина	Что делать
Депрессия	Боль, утомляемость, тревога	Подождать. Чувство грусти часто испытывают после большой операции. Это продлится не более 2 недель.
Дискомфорт в области живота	Неприятные ощущения в области шва	Это нормально. Нужно есть пищу, богатую пищевыми волокнами, пить больше жидкости, принимать слабительные средства (бисакодил). Дискомфорт должен исчезнуть в течение 6 месяцев.
Затрудненное и медленное мочеиспускание, мочевой пузырь не опорожняется надлежащим образом	Повреждение нервов во время операции	Следует мочиться в два этапа: помочиться, затем встать, несколько минут походить и помочиться снова. Если это не помогает, может потребоваться самостоятельная катетеризация мочевого пузыря. В больнице женщину обучат этой процедуре и дадут необходимые инструменты. Симптомы должны исчезнуть в течение 3–6 месяцев.
Утомляемость	Организм выздоравливает и нуждается в дополнительном отдыхе	Это нормально. Нужно ложиться отдыхать днем столько раз, сколько хочется.

6. Убедитесь, что больная и ее семья знают симптомы осложнений, которые возможны после экстирпации матки, и проинструктируйте ее обращаться в центр первичной медицинской помощи или больницу при возникновении любого из них (см. таблицу ПР6.5.2).

Таблица ПР6.5.2. Осложнения, которые могут наблюдаться после экстирпации матки, и методы их выявления

Осложнения	Клинические проявления*
Раневая инфекция	<ul style="list-style-type: none"> • Боль, покраснение и гной в области швов на животе
Инфекционные осложнения с поражением тканей малого таза	<ul style="list-style-type: none"> • Боль (не дискомфорт) внизу живота, часто лихорадка. • Зловонные или кровянистые выделения из влагалища
Лимфатическая киста (скопление лимфы после удаления лимфатических узлов)	<ul style="list-style-type: none"> • Припухлость или боль внизу живота через 2–3 месяца после операции
Цистит (инфекция мочевого пузыря)	<ul style="list-style-type: none"> • Ощущение жжения при мочеиспускании • Учащение мочеиспускания
Тромбоз (сгустки крови в венах ног)	<ul style="list-style-type: none"> • Покраснение, боль и отек одной из ног

* Если у больной появился любой из этих симптомов, она должна обратиться к работнику здравоохранения, оказывающему ей медицинскую помощь.

Наблюдение (через 6 недель после операции)

Вероятно, больная предпочтет обратиться к гинекологу в больницу вторичного уровня медико-санитарной помощи, в связи с дополнительными расстоянием, временем и тратами, затрудняющими ее обращение в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее третичную медицинскую помощь, где ее оперировали.

1. Гинеколог объяснит результаты гистологического исследования тканей, удаленных во время операции, и тщательно обследует ее, чтобы убедиться, что она нормально восстанавливается после операции. При необходимости будет назначено соответствующее лечение.
2. Чтобы убедиться, что культя влагалища зажила, будет проведен ее осмотр в зеркалах.
3. Результаты гистологического исследования и осмотра позволят гинекологу обсудить с больной распространение опухоли, необходимое лечение и вероятность рецидива заболевания.

4. Если гинеколог решит, что восстановление идет ненормально или что он не может справиться с выявленными проблемами, он порекомендует больной вернуться к специалисту(ам) лечебно-профилактического учреждения, оказывающего третичную медицинскую помощь. Вы – работник здравоохранения, оказывающий первичную или вторичную медицинскую помощь, – можете помочь больной найти для этого возможности.
5. Гинеколог должен проинформировать больную о том, что он по возможности напрямую свяжется со специалистами, чтобы сообщить о своих наблюдениях, и продолжит следить за больной.

Практические рекомендации 6.6: Лечение рака шейки матки: дистанционная лучевая терапия

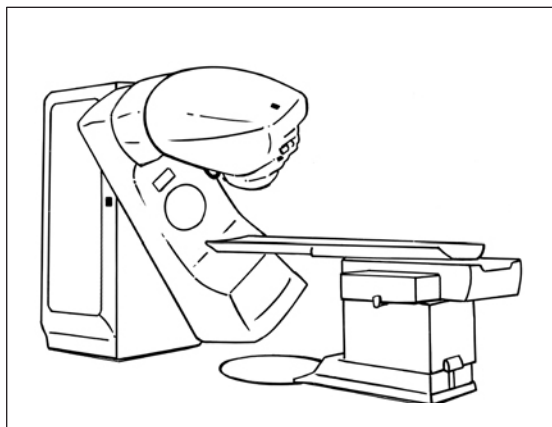
Дистанционная лучевая терапия на область малого таза – это облучение малого таза с помощью специальной установки, когда источник ионизирующего излучения удален от тела больной.

Эти практические рекомендации включены в руководство, чтобы позволить работникам здравоохранения, оказывающим первичную и вторичную медицинскую помощь, объяснять больной, как будет проводиться лучевая терапия, перед тем как она пойдет в больницу, и помочь ей восстанавливаться после возвращения домой.

Объяснение сути лечения

1. Представьте и поговорите с больной о причинах назначения лечения.
2. Объясните суть дистанционной лучевой терапии и из чего будет состоять лечение (см. описание ниже в этих практических рекомендациях).
3. Проинформируйте больную о специальных исследованиях, которые могут быть проведены перед началом лечения, чтобы разметить нижние отделы живота, где будет фокусироваться облучение.
4. Скажите, что во время лечения она будет лежать на плоском столе, являющемся частью установки. Вы можете показать больной рисунок ПР6.6.1, на котором изображена установка для дистанционной лучевой терапии.
5. Объясните, что для планирования лечения, чтобы сделать максимальным воздействие на опухоль и минимальным воздействие на нормальные (не пораженные опухолью) ткани и органы, используется компьютерная или другая разметка.
6. Объясните, что излучение будет направляться из головки установки, расположенной над ней, и фокусироваться на области таза, где выявлена опухоль.
7. Предоставьте женщине информацию о возможных осложнениях (см. таблицу ПР6.6.1) и подчеркните важность сообщать работникам здравоохранения о появлении их симптомов на протяжении курса лечения, поскольку они могут быть устранены.

Рисунок ПР6.6.1. Установка для дистанционной лучевой терапии



8. Объясните, что лечение будет проходить ежедневно по несколько минут в течение 5–6 недель. Заверьте женщину, что во время лечения она не будет испытывать боль и анестезия не потребуется.
9. Скажите, что в больнице женщине предоставят более подробную информацию о лечении и проинформируют о том, кто будет отвечать за него в больнице.

Представленное ниже описание поможет вам объяснить больной суть назначенной ей дистанционной лучевой терапии.

Подготовка: за несколько дней до начала лечения

1. Персонал больницы даст больной инструкции по подготовке к лечению: какую одежду взять с собой, какие препараты приобрести заблаговременно.
2. Больной объяснят детали лечения, расскажут о возможных осложнениях и альтернативных методах лечения, получают информированное согласие.
3. Больной назначат дату планируемого лечения.
4. Когда она придет на эту консультацию, ее попросят раздеться и лечь на специальный стол. Ей могут провести гинекологический осмотр и рентгенографию. На основании информации, полученной при рентгенографии, на кожу живота и таза несмываемыми чернилами нанесут разметку (иногда наносят постоянную татуировку в виде маленьких точек). Это поможет работнику, проводящему лучевую терапию, ограничить ее воздействие только тканями, пораженными опухолью. Больная не должна стирать разметку. Женщину ознакомят с графиком облучения и датой первого сеанса.

Консультирование и информация: непосредственно перед первым сеансом облучения

5. Больной предоставят следующую информацию по всему курсу лучевой терапии:
- Носить свободную одежду, чтобы избегать натирания кожи.
 - Мыться теплой водой. Не растирать кожу в зоне облучения и не применять грубое мыло. Сушить кожу в зоне облучения, аккуратно промокая ее полотенцем.
 - Во время всего периода лечения ничего не вводить во влагалище (например, тампоны) и не вступать в половые сношения.
 - Избегать готовых кремов для тела. При сухости кожи применять крем на водной основе или вазелин.
 - Сократить тяжелую работу и работу в жарких влажных условиях.
 - Женщина может продолжать повседневную домашнюю или легкую офисную работу.
 - К концу курса лечения могут появиться некоторая усталость, в этом случае следует соответственно ограничить активность.
 - Ежедневное лечение надоедает. Женщина должна помнить, что вероятность излечения снижается, если она будет пропускать сеансы или прервет лечение, чем увеличит его продолжительность.

Лечение

6. В первый день лечения рентгенолаборант уточнит личность больной, подтвердит план лечения и наличие информированного согласия. Он объяснит, как проходит сеанс облучения и покажет установку для лучевой терапии в специальном помещении.
7. Больную уложат на стол и попросят не менять положение. Весь персонал покинет комнату.
8. Больная будет оставаться в помещении, где проводят лечение, одна, но сможет говорить с рентгенолаборантом и видеть его на экране.
9. Во время лечения установка будет несколько раз автоматически двигаться, или, чтобы двигать ее, в помещение будет входить рентгенолаборант.
10. Больная ничего не будет чувствовать во время сеанса облучения, который длится всего несколько минут.

11. Все сеансы будут одинаковыми. В день проводят один сеанс облучения, обычно 5 раз в неделю (это может меняться). Продолжительность всего курса лечения обычно 5–6 недель.
12. Больной порекомендуют сообщать о всех имеющихся проблемах рентгенолаборанту. Если ему кажется, что больной нужна более специализированная помощь, ее направят к лучевому терапевту.
13. Лучевой терапевт будет осматривать больную еженедельно, уточнять наличие жалоб, оценивать, как больная переносит лечение.
14. Больной расскажут о частых осложнениях, которые могут начаться во время курса облучения, и объяснят, что нужно делать при их появлении (см. таблицу ПР6.6.1). Со временем после завершения лечения эти осложнения разрешаются самостоятельно.

Таблица ПР6.6.1. Осложнения, которые могут возникать во время дистанционной лучевой терапии, методы их выявления и действия больной

Симптом	Клинические проявления	Что делать
Кожная реакция	<ul style="list-style-type: none">• Покраснение, возникающее примерно через 3 недели и нарастающее по мере лечения.• Кожа сначала может быть сухой, затем мокнет и отслаивается, особенно в ягодичной складке	Пораженную кожу следует мыть осторожно и нечасто. Не следует тереть кожу. При боли необходимо принимать слабые анальгетики. Если кожная реакция тяжелая (обычно при избыточном мытье) лучевой терапевт может отложить лечение (это может ухудшить его результаты)
Поражение толстой кишки (прямая кишка и терминальная часть ободочной кишки, в которых из кишечного содержимого всасывается вода, находятся в тазу; лучевая терапия может нарушать всасывание воды)	Понос или диарея	Лучевой терапевт назначит необходимые препараты. Не следует использовать домашние средства

ПР 6

Симптом	Клинические проявления	Что делать
Поражение мочевого пузыря	<ul style="list-style-type: none"> • Учащенное мочеиспускание и императивные позывы на мочеиспускание • Ощущение жжения при мочеиспускании. • Изредка кровь в моче 	Больная должна прийти в больницу для обследования и лечения

Наблюдение

15. Больной назначат консультацию через 6 недель – 3 месяца после завершения дистанционной лучевой терапии. Доктор обследует ее и оценит состояние влагалища.
16. Онкологи (лучевой терапевт и гинеколог) лучше других могут оценить любые изменения со стороны органов малого таза: влагалища, прямой кишки и мочевого пузыря. Им следует рассказывать обо всех необычных или выраженных симптомах.

Что вы, работник любого уровня системы здравоохранения, можете делать для больной во время и после лучевой терапии?

1. Помогайте женщине сохранять положительный настрой.
2. Рекомендуйте женщине и ее мужу воздерживаться от вагинальных и анальных половых сношений во время лечения и в течение 2 недель после его завершения, чтобы дать время для заживления влагалища. Другие половые сношения возможны.
3. Если больная детородного возраста, информируйте ее о том, что лечение приведет к менопаузе, поэтому беременность будет неприемлема.
4. Просите женщину регулярно обследоваться у лучевого терапевта и гинеколога. Если у нее появятся необычные или выраженные симптомы, она должна обратиться к врачу раньше назначенного срока.
5. Если женщина хочет, ее семья может быть очень важным источником поддержки. Вы можете обучить членов семьи, как помогать женщине восстанавливаться после лечения, например, взять на себя ее домашние обязанности, пока она не наберется сил.
6. Рекомендуйте женщине лежать днем, если она чувствует себя уставшей, убедитесь, что она хорошо питается.
7. Проинформируйте женщину и ее ближайшее окружение о поздних осложнениях. Подчеркните, что профессиональный совет и лечение могут уменьшить их (см. таблицу ПР6.6.2).

Таблица ПР6.6.2. Поздние осложнения, которые могут возникать после дистанционной лучевой терапии, методы их выявления и действия больной

Симптом	Клинические проявления	Что делать
Менопауза (лучевая терапия вызывает менопаузу у женщин детородного возраста)	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие менструаций • Приливы • Сухость влагалища 	Следует информировать больную, что это может произойти
Фиброз и сужение влагалища	<ul style="list-style-type: none"> • Усугубление местных проявлений менопаузы; дискомфорт или невозможность половых сношений 	Чтобы предупредить липчивый процесс во влагалище, рекомендуют увлажняющие средства и влагалищные расширители. Сохранение просвета влагалища очень важно для осмотра шейки матки. Следует поощрять продолжение половой жизни
Поражение кожи (начиная через 6 месяцев после лечения могут появляться признаки воздействия ионизирующего излучения на кожу)	<ul style="list-style-type: none"> • Участки гиперпигментации, депигментации и уплотнения 	Следует информировать больную, что это может произойти
Уплотнение стенки и уменьшение размеров мочевого пузыря	<ul style="list-style-type: none"> • Учащенное мочеиспускание • Более частые инфекции мочевых путей 	Следует информировать больную, что это может произойти
Сужение прямой кишки (редко)	<ul style="list-style-type: none"> • Тяжелая инвалидизация 	Следует информировать больную, что это может произойти
Свищ между влагалищем и прямой кишкой (редко)	<ul style="list-style-type: none"> • Тяжелая инвалидизация 	Требует специального лечения
Свищ между влагалищем и мочевым пузырем (редко)	<ul style="list-style-type: none"> • Подтекание мочи из влагалища 	Может потребоваться операция

Практические рекомендации 6.7: Лечение рака шейки матки: внутриполостная лучевая терапия

Внутриполостная лучевая терапия – это вид лучевой терапии, при котором источник ионизирующего излучения расположен рядом с опухолью, т. е. в матке и сводах влагалища.

Эти практические рекомендации включены в руководство, чтобы позволить работникам здравоохранения, оказывающим первичную и вторичную медицинскую помощь, объяснить больной, как будет проводиться лучевая терапия, перед тем как она пойдет в больницу, и помочь ей восстанавливаться после возвращения домой.

Объяснение сути лечения

Предоставьте женщине как можно больше информации о сути лечения, анестезии и возможных осложнениях. Предоставляемая больной информация и консультирование сходны с таковыми при дистанционной лучевой терапии (см. Практические рекомендации 6.6). Расскажите больной об анестезии или седации, которые ей будут проводиться, чтобы сделать ее состояние более комфортным. Представленное здесь описание поможет вам ответить на любые вопросы о внутриполостной лучевой терапии.



Существуют два варианта внутриполостной лучевой терапии: с низкой и высокой мощностью дозы.

Внутриполостная лучевая терапия с низкой мощностью дозы (LDR)

Подготовка

1. Медицинский персонал больницы даст больной инструкции по подготовке: какую одежду взять с собой, какие препараты приобрести заблаговременно.
2. Больной объяснят детали лечения и возможные осложнения, получат информированное согласие и назначат дату госпитализации.

Процедура

3. В день проведения внутриполостной лучевой терапии больную переведут в операционную и проведут общую анестезию. Во время пребывания в операционной она не будет ничего чувствовать.
4. В мочевого пузырь установят трубку (катетер), чтобы по ней оттекала моча. К ней будет подсоединен пакет для сбора мочи. Мочевой катетер будет оставаться в мочевом пузыре во время лечения.
5. Женщине проведут гинекологический осмотр.

6. С помощью влагалищных зеркал в канал шейки матки и к сводам влагалища установят специальное приспособление, в котором будут находиться источники ионизирующего излучения. Его зафиксируют стерильным марлевым тампоном.
7. Положение введенного приспособления проконтролируют с помощью рентгенографии.
8. Когда больная проснется, ее переведут в изолированную (экранированную) палату.
9. Больной объяснят, что она должна лежать на спине во время всего сеанса облучения (1–2 дня). Она может слегка поворачиваться на бок с помощью медицинской сестры.
10. Медицинский персонал покинет палату. В ранее подведенное к опухоли металлическое приспособление под контролем компьютера будут введены источники ионизирующего излучения.
11. Больная не будет испытывать боли во время лечения.
12. На протяжении всего сеанса лечения дверь палаты будет оставаться закрытой. Медицинская сестра будет входить на короткое время, чтобы проверить состояние больной и принести еду (больная будет принимать пищу в кровати). Для опорожнения кишечника больной понадобится судно. Больная может читать, слушать радио или смотреть телевизор, но оставаться в постели в течение всего сеанса облучения. Будут разрешены только очень короткие посещения.
13. После завершения сеанса облучения больной введут легкие седативные средства и удалят введенное ранее приспособление вместе с источником излучения.
14. После завершения действия седативных средств ее выпишут из стационара.



В некоторых больницах проводят два таких сеанса облучения с интервалом в 1 неделю.

Внутриполостная лучевая терапия с высокой мощностью дозы (HDR)

Подготовка и сама процедура сходны с таковыми при внутриполостной лучевой терапии LDR. Ниже перечислены отличия.

1. Проводят несколько сеансов облучения. Каждый сеанс облучения длится несколько минут, но процедура в целом будет занимать около часа.
2. Лечение обычно начинают на 3-й неделе дистанционной лучевой терапии и проводят амбулаторно.

3. Укладку можно проводить после введения слабых анальгетиков. Анестезия требуется редко.

Процедура

1. В мочевого пузырь устанавливают катетер, чтобы по нему оттекала моча.
2. После катетеризации мочевого пузыря повторяют бимануальное исследование и осмотр шейки матки в зеркалах. Влагалищные зеркала оставляют.
3. В матку вводят металлический аппликатор и соединяют его с установкой для внутриполостной лучевой терапии HDR, в которой находятся источники ионизирующего излучения.
4. Больной объясняют, что она не должна двигаться. Медицинский персонал покидает палату. Больная должна лежать в одном положении на протяжении всего сеанса облучения, который длится несколько минут.
5. После сеанса больная может идти домой.
6. Число сеансов облучения составляет от 2 до 8, обычно 4. Интервал между сеансами колеблется от одного дня до недели.
7. После первого сеанса назначают даты последующих.

Возможные осложнения внутриполостной лучевой терапии по поводу злокачественных опухолей женских половых органов

После внутриполостной лучевой терапии могут возникать те же осложнения, что и после дистанционной (см. Практические рекомендации 6.6, таблица ПР6.6.1). Развитие фиброза и атрофии слизистой влагалища, изменения сосудов, предрасполагающие к кровотечению, связаны во многом именно с внутриполостной лучевой терапией. Она приводит также к поздним осложнениям со стороны прямой кишки и мочевого пузыря.

Практические рекомендации 7.1: Оценка и лечение боли²²

Оптимальное лечение боли начинается с ее точной и тщательной оценки. Оценка боли дает работникам здравоохранения возможность лечить боль и облегчать ненужные страдания. Оценку боли следует проводить регулярно, поскольку течение болезни и факторы, влияющие на боль, могут со временем меняться, а регулярная оценка позволяет судить об эффективности различных стратегий лечения боли.

Комплексный подход к оценке боли должен быть интегрирован в клиническую практику. То, как больная воспринимает боль, – результат биологических, психологических, социальных, культурных и духовных факторов. Следует всегда серьезно относиться к жалобам на боль. При умеренной и сильной боли всегда должно быть назначено лечение.

Резюме этапов оценки и лечения боли.

1. Оцените боль, как описано в этих практических рекомендациях.
2. Запишите ваши наблюдения в амбулаторную карту или историю болезни больной и ваши собственные записи.
3. Если вы выявили причину боли, по возможности лечите ее (боль в костях, мышечная боль, боль вследствие запора, отек тканей вокруг опухоли).
4. Применяйте анальгетики в соответствии с рекомендациями в главе 7 «Паллиативная помощь».
5. В дополнение вы можете применять соответствующие немедикаментозные методы, если они не приносят вреда. Немедикаментозные методы не должны заменять медикаментозные.
6. Проводите частые повторные оценки боли и соответствующим образом меняйте лечение, если боль не контролируется полностью. Вначале оценивайте боль несколько раз в день. Если ситуация стабилизировалась, то проводите оценку ежедневно, затем по мере необходимости (например, несколько раз в неделю).

Исходная оценка боли

Исходная оценка боли включает сбор подробного анамнеза, касающегося этого симптома, физикальное исследование, выяснение причин боли и оценку интенсивности боли с помощью специальных методов. Оценка боли включает получение информации о локализации, длительности и характере боли, а также

²² Из Рекомендаций ВОЗ по лекарственному лечению хронической боли у детей с различными заболеваниями. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/49/9789241548120_Guidelines_rus.pdf) (с изменениями).

ПР 7

влиянии хронической боли на различные аспекты жизни больной, такие как сон, эмоциональное состояние, взаимоотношения с близкими, развитие и физические функции (1) (см. Вставку ПР7.1.1). Работник здравоохранения должен постараться выяснить связь боли с любыми триггерными факторами, спросив, что усиливает и ослабляет боль. Работник здравоохранения должен спросить, какое лечение боли проводилось ранее и насколько эффективным оно было.

Необходимо тщательное физикальное исследование и тщательная оценка каждой локализации боли. Во время исследования работник здравоохранения должен внимательно следить за реакциями больной, такими как изменение выражения лица, ригидность мышц передней брюшной стенки, непроизвольное сгибание и реплики, указывающие на боль. Следует оценить любые изменения нормальных физических функций, обусловленные болью.

Информация, полученная при сборе анамнеза и физикальном исследовании, поможет в дифференциальной диагностике причин боли и выборе лабораторных и лучевых исследований для уточнения диагноза, если он не поставлен.

Вставка ПР7.1.1. Вопросы, задаваемые при обследовании больной

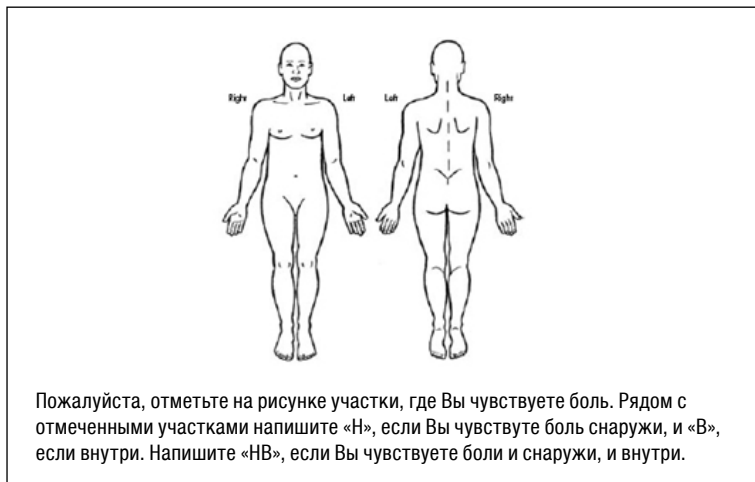
- Где и как болит (локализация, интенсивность, характер боли со слов больной, например, острая, жгучая, ноющая пронизывающая, стреляющая, пульсирующая)?
- На сколько по шкале от 0 до 10 вы оцените боль прямо сейчас? На сколько вы оцените наиболее сильную и наиболее слабую боль? Каков для вас приемлемый уровень боли? Используйте шкалу от 0 до 10, где 0 – «нет» и 10 – «самая сильная».
 - *Если невозможно использовать цифры, используйте визуальную аналоговую шкалу, основанную на словах, изображающую пальцы или лица.*
- Что усиливает и облегчает боль? Меняется ли она при движениях или в разное время суток? Как меняется боль со временем?
- Как долго наблюдается боль (длительность с начала)? Как началась боль, которая беспокоит сейчас (остро / постепенно)?
- Имеются ли помимо физической причины боли (опухоли) психологические или духовные проблемы? Вы обеспокоены, боитесь, угнетены, опечалены?
- Что вы принимаете от боли? Что лучше всего помогает?
 - *Если назначены лекарственные средства, регулярно проверяйте, чтобы убедиться, что больная получает правильные препараты в правильных дозах в назначенное время.*

- Боль нарушает ваш сон / эмоциональное состояние?
- Боль ограничивает вашу повседневную физическую активность (сидение, стояние, ходьбу, бег)? Ограничивает ли боль ваше общение с другими людьми?

Документирование боли: методы оценки интенсивности боли

Работники здравоохранения должны выявлять, оценивать (в том числе интенсивность), мониторировать и контролировать стратегии борьбы с болью с помощью соответствующих методов. Имеются разнообразие методы оценки боли (2). Самыми простыми и легкими в применении являются схемы тела, шкалы интенсивности боли, шкалы боли с изображениями лиц. Схемы тела используются для того, чтобы документировать локализацию боли: больная отмечает участки, где болит, на схеме (см. рисунок ПР7.1.1). Помимо оценки интенсивности боли и определения ее локализации важно записывать ее характеристики, начало и продолжительность. Существуют состояния, при которых с течением времени меняется не только интенсивность боли, но и ее локализация и характеристики.

Рисунок ПР7.1.1. Схема тела



Источник: Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain. 1975;1:277–99 (с разрешения Международной ассоциации по изучению боли).

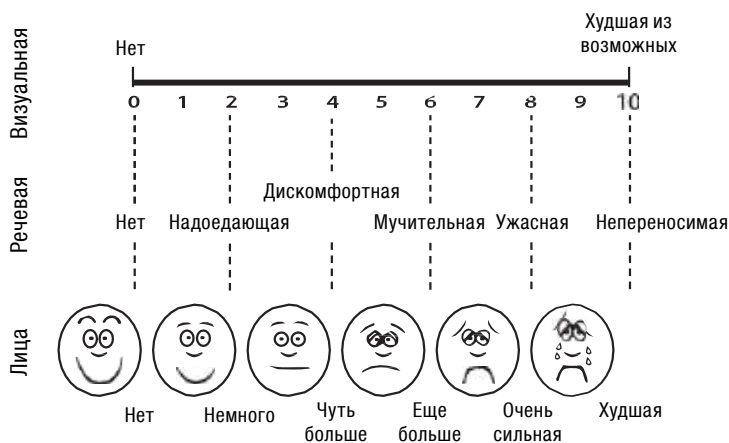
Наиболее распространенные методы оценки боли – это шкалы ее интенсивности, суть которых заключается в количественной оценке боли. Зачастую они основаны на счете. Методы, основанные на количественной оценке или счете, подходят для любых культур. У большинства взрослых больных отвечает

ПР 7

требованиям числовая рейтинговая шкала (ЧРШ), которую можно использовать без печатных материалов, проговаривая цифры или показывая разное число пальцев (3). Альтернативу представляют визуальные аналоговые шкалы, использующие цифры, слова или изображения лиц (см. Рисунок ПР7.1.2). Шкала боли с изображениями лиц Вонга-Бейкера (включена в Рисунок ПР7.1.2) и пересмотренная шкала боли с изображениями лиц (см. Рисунок ПР7.1.3) – две часто используемые шкалы, которые используют изображения лиц для оценки интенсивности боли.

Рисунок ПР7.1.2. Примеры рейтинговых шкал боли

Сверху вниз: числовая рейтинговая шкала боли, речевая дискрипторная шкала боли, шкала боли с изображениями лиц Вонга-Бейкера.



Источник: Wong-Baker Faces Pain Scale from Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML. Wong's essentials of pediatric nursing, 6th edition. St. Louis (MO): C.V. Mosby; 2001:1301 (с разрешения Международной ассоциации по изучению боли).

Рисунок ПР7.1.3. Пересмотренная шкала боли с изображениями лиц.



Источник: Faces Pain Scale – Revised, ©2001, Международная ассоциация по изучению боли (<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1519>).

Лечение боли и ее регулярная оценка

После исходной оценки боли можно разработать подробный план лечения боли, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы, и начать осуществлять его вместе с больной и работником здравоохранения, оказывающим ей первичную медицинскую помощь.

При осуществлении плана лечения следует регулярно, через равные промежутки времени, проводить повторные оценки боли. Это позволяет оценивать изменения интенсивности боли с течением времени, адекватность и эффективность выбранного лечения, при необходимости корректировать его план.

Исходная оценка боли и ответ на вмешательства должны оцениваться регулярно и всякий раз при любых изменениях состояния, появлении новых жалоб или повышении интенсивности боли. Соответствующим образом должно меняться лечение боли. Регулярные оценки через короткие интервалы следует проводить даже при стабильной хронической боли. Результаты следует заносить в амбулаторную карту или историю болезни, либо в журнал, который ведут больная или лица, осуществляющие уход за ней. По возможности боль должна оценивать сама больная (4). Такая оценка возможна и у лиц с легкими или среднетяжелыми когнитивными расстройствами, и в первую очередь следует прибегать именно к ней (5).

ПР7.1.2. Пошаговые рекомендации по применению и интерпретации шкалы для самооценки боли

- По возможности познакомьте больную со шкалой, когда боль ее не беспокоит, поскольку она мешает концентрации.
- Объясните, что измеряется интенсивность боли, а не тревожность или страх.
- Дайте возможность попрактиковаться в использовании шкалы, оценивая гипотетические ситуации, в которых боли нет, имеется легкая или сильная боль.
- Если возможно, регулярно оценивайте боль и отмечайте эффекты вмешательств, направленных на борьбу с ней, а также медицинских вмешательств, усиливающих боль, например, инъекций.
- Учитывайте записанные оценки при планировании лечения.
- Избегайте просить больную оценивать боль, которую она испытывала давно, поскольку оценка боли по воспоминаниям скорее всего будет неточной.
- Оценка боли не должна заменять беседы с больной. Всегда нужно выслушать ее рассказ.

- Противоречия в оценках боли больной и работником здравоохранения зачастую можно разрешить при обсуждении.

Источник: von Baeyer CL. Children's self-reports of pain intensity: scale selection, limitations and interpretation. *Pain Res Manag.* 2006;11:157–62 (с изменениями).

Работники здравоохранения могут считать оценку хронической боли тратой времени. В связи с этим чтобы проводить качественное лечение, необходимо объяснять им важность оценки боли. Она является обязательной составляющей лечения боли так же, как оценка основных физиологических показателей является обязательной составляющей лечения болезней, сопровождающихся нарушением функций органов и систем. Работники здравоохранения должны быть обучены оценивать и классифицировать боль с помощью простых в применении методов, а также уметь опрашивать больных и знать, как преодолевать культурные и языковые барьеры.

Литература

1. Palermo TM. Assessment of chronic pain in children: current status and emerging topics. *Pain Res Manag.* 2009;14:21–6.
2. Flaherty SA. Pain measurement tools for clinical practice and research. *J Am Assoc Nurse Anesth.* 1996;64(2):133–40.
3. von Baeyer CL, Spagrud LJ, McCormick JC, Choo E, Neville K, Connelly MA. Three new datasets supporting use of the Numerical Rating Scale (NRS–11) for children's self-reports of pain intensity. *Pain.* 2009;143:223–7. doi:10.1016/j.pain.2009.03.002.
4. To TH, Ong WY, Rawlings D, Greene A, Currow DC. The disparity between patient and nurse symptom rating in a hospice population. *J Palliat Med.* 2012;15(5):542–7. doi:10.1089/jpm.2011.0291.
5. Ni Thuathail A, Welford C. Pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Nurs Stand.* 2011;26(6):39–46.

Практические рекомендации 7.2: Лечение выделений из влагалища, свищей и кровотечения на дому

ПР 7

Эти практические рекомендации должны помочь работникам здравоохранения, оказывающим первичную медицинскую помощь, работникам здравоохранения на местах и лицам, осуществляющим уход на дому, оказывать помощь и создавать комфортные условия для больных раком шейки матки поздних стадий, находящихся дома (или в любом другом месте, кроме лечебно-профилактического учреждения). Они содержат рекомендации о том, как облегчать боль, страдания и стыд, которые испытывают больные при выделениях из влагалища, которые могут быть крайне зловонными, а также при свищах и кровотечениях. Они могут быть обусловлены болезнью и/или осложнениями лечения. Большинство рекомендаций можно выполнять, используя средства, имеющиеся в большинстве домов.

Эти рекомендации не предназначены для замены других мероприятий по облегчению боли и дискомфорта. Лечение боли – неотъемлемая составляющая помощи тяжелобольным. Боль следует мониторировать, часто оценивать и соответствующим образом лечить (см. главу 7 и практические рекомендации 7.1). Помимо лечения боли и специальных советов, представленных в этих Практических рекомендациях, могут быть очень эффективны поддерживающие, эмоциональные и другие немедикаментозные методы.

Средства, необходимые для лечения выделений из влагалища на дому:

- постоянное наличие чистой кипяченой воды;
- мыло для мытья рук и стирки;
- чистые полотенца;
- латексные перчатки, по возможности (не должны быть стерильными);
- полиэтиленовая пленка или газеты для подкладки под простыню;
- пакеты для сбора мусора;
- хлорированная вода (один стакан хлорной извести на шесть стаканов воды) для замачивания перчаток, вытирания мебели, пленки и т. д.;
- емкость для сидячих ванн;
- пластиковая бутылка и наконечник для спринцевания;
- большое количество чистой одежды, ватных или гигиенических прокладок (по возможности); если ткань используется для тампонирования влагалища, ее следует прокипятить;
- бикарбонат натрия (питьевая сода);
- уксус;
- крем с оксидом цинка или вазелин;

- антибиотики или другие препараты, назначенные врачом (например, метронидазол, доксициклин, амоксициллин).

Профилактика инфекций

Для профилактики присоединения бактериальной инфекции у больной и инфекций у лиц, осуществляющих уход, при повреждениях кожи рук, пожалуйста, помните, что лицо, осуществляющее уход, должно мыть руки и тщательно обрабатывать ногти водой с мылом или антисептическим раствором, предоставленным в лечебно-профилактическом учреждении. Еще лучше, если имеется запас одноразовых перчаток, которые следует надевать на обе руки.

Кроме того, все не подлежащие повторному использованию средства должны быть утилизированы в соответствии с правилами вашего сообщества. Все загрязненные средства, подлежащие повторному использованию (например, куски ткани, гигиенические прокладки, постельные принадлежности и принадлежности для спринцевания) должны быть сначала замочены на 10 минут в чистой воде, в которую добавлен раствор хлорной извести, затем постираны или помыты как обычно.

Помощь при выделениях из влагалища

У больных раком шейки матки могут наблюдаться водянистые, кровянистые и зловонные выделения из влагалища. Они возникают вследствие тяжелого повреждения тканей влагалища. Вероятно, что основной причиной запаха являются бактерии. Устранить бактерии навсегда невозможно, но симптомы можно временно уменьшить одним или несколькими из следующих методов.

- Чтобы мыться самостоятельно, больная может принимать теплые сидячие ванны.
- Постель следует закрывать полиэтиленовой пленкой или газетами, которые можно часто менять и/или обрабатывать раствором хлорной извести.
- После купания кожу промежности нужно осушать и покрывать кремом с оксидом цинка или вазелином для защиты. Это можно делать с целью профилактики, не дожидаясь появления раздражения.
- Проветривать комнату или поджигать благовония или травы, если это допустимо.
- Для впитывания выделений вкладывать в белье чистую ткань, ватные или гигиенические прокладки. Часто менять их.
- Периодически проводить осторожное спринцевание влагалища (орошение влагалища с помощью наконечника, присоединенного к чистой пластиковой бутылке или шприцу) одним из следующих растворов, приготовленных дома с теплой кипяченой водой:
 - 1 столовая ложка бикарбоната натрия (питьевой соды) на 2 стакана;
 - 1/2 стакана уксуса на 2 стакана воды;

- 5–10 измельченных таблеток метронидазола (который можно получить в ближайшем центре первичной медицинской помощи) на 2 стакана воды.
- Осторожно тампонировать влагалище 2 раза в день чистой тканью, смоченной одним из перечисленных выше растворов. Тампон следует оставлять во влагалище не более чем на несколько часов.
- Врач может назначить антибиотики широкого спектра действия. Однако они должны применяться с осторожностью, поскольку в лучшем случае оказывают только временный эффект. Кроме того, они могут вызывать кандидозный вагинит (молочницу), который может усугубить симптомы.
- Не менее чем на семь дней можно назначить следующие антимикробные средства: доксицилин, 100 мг внутрь 2 раза в сутки, или амоксициллин, 500 мг внутрь 3 раза в сутки, или метронидазол, 400–500 мг внутрь 2 раза в сутки.
- Больную следует предупредить о важности завершения назначенного курса антимикробной терапии. Прекращение лечения может ухудшить состояние.

Помощь при свищах

Свищ – это патологическое сообщение между влагалищем и мочевым пузырем или прямой кишкой. При раке шейки матки он обусловлен либо переходом опухоли на эти органы, либо осложнениями лучевой терапии. Это психологически и физически изнуряющее состояние, поскольку моча или кал напрямую попадают во влагалище, вызывая зловонные и раздражающие кожу выделения. Рекомендации по лечению влагалищных свищей могут применяться всеми пациентками со свищами и всеми больными раком шейки матки поздних стадий. Свищ сам по себе не может быть устранен, однако с помощью методов, перечисленных в предыдущем разделе, можно сделать жизнь больной более комфортной, а ее саму более опрятной. Исключение составляет то, что при свище не следует спринцевать и тампонировать влагалище.

Помощь при кровотечении из влагалища

Кровотечение из влагалища может быть тревожным симптомом и нередко наблюдается при раке шейки матки поздних стадий. Кровотечение может быть спровоцировано введением чего-либо во влагалище, поэтому следует с осторожностью проводить спринцевание и тампонирование. Кроме того, следует рекомендовать заменять вагинальные половые сношения другими. Кровотечение из влагалища может возникать самопроизвольно без какой-либо причины.

- Если кровотечение легкое, рекомендуют постельный режим и гигиенические мероприятия, пока оно не остановится.
- Если кровотечение умеренное, оно часто останавливается при соблюдении постельного режима. При необходимости влагалище можно тампонировать чистой увлажненной материей на несколько часов.
- Если кровотечение сильное, отвезите больную в больницу или центр первичной медицинской помощи для возможного переливания крови.

Практические рекомендации 7.3: Беседа с больной, вернувшейся домой и получающей паллиативную помощь

«ЧТО ДЕЛАТЬ», разговаривая с больной, вернувшейся домой

- При разговоре о паллиативной помощи нужно всегда помнить о культурных особенностях сообщества, к которому принадлежит больная.
- Спрашивать: «Как Вы себя чувствуете?», «На данный момент у Вас есть какие-нибудь проблемы или неприятные симптомы?» и «Как эти проблемы затрудняют Вашу жизнь?».
- Объяснять причины выписки из больницы. Например, «Доктора сочли, что дома, где Вы окружены семьей и близкими друзьями – людьми, которые лучше других могут дать Вам покой и мир, с Вами будут лучше обращаться и будут лучше Вас поддерживать».
- Когда больная находится дома, спросить у нее, кто из ее близких может предоставить ей физическую помощь, эмоциональную и духовную поддержку.
- Вызваться быть рядом с больной, когда придут потенциальные помощники и когда будет планироваться конкретная помощь.
- Спросить больную, беспокоит ли ее боль и насколько она сильная, заверить ее, что в подавляющем большинстве случаев боль можно успешно лечить дома и эта помощь будет ей оказана, когда бы она ей не понадобилась.
- Заверить больную, что препараты, которые она получает от боли, не вызывают привыкания.
- Спросить женщину о других симптомах и заверить ее, что вы проконсультируетесь с работниками всех уровней системы здравоохранения, чтобы назначить необходимое лечение.
- Заверить больную, что сейчас, как и всегда, все, что делается, делается для ее благополучия.
- Проинформировать ее, что местный работник здравоохранения, который может оказывать помощь, всегда доступен и что женщине нужно только позвонить по телефону или послать кого-нибудь, чтобы найти его.

Советы по консультированию

- Посещайте больную как можно чаще.
- Всегда слушайте жалобы больной и членов ее семьи, старайтесь облегчить любые симптомы.
- Поддерживайте связи с работниками здравоохранения в центре первичной медицинской помощи или больнице и обращайтесь к ним за советом при особых проблемах.
- Боритесь со страхами, объясняя причины симптомов, и заверяйте семью, что вы сделаете все, что сможете, чтобы сохранять комфортное состояние больной.
- Инструктируйте больную и членов ее семьи по лечению симптомов.
- Помогайте им получать необходимые средства.
- Самое важное – старайтесь предупреждать выгорание, избегая перегрузок, поддерживая тесные отношения и обращаясь за поддержкой к близким (не нарушая врачебную тайну).

Приложение 1. Список участников и авторов

П1

Группа по разработке руководства (ГРР)

Irene Agurto (глава 3)
Консультант ВОЗ
Сантьяго, Чили

Marc Arbyn (глава 5)
Отдел эпидемиологии
злокачественных опухолей
Научный институт общественного
здоровья Луи Пастера
Брюссель, Бельгия

Paul D. Blumenthal (главы 1 и 5)
Служба по работе с населением
Кафедра акушерства и гинекологии,
Медицинская школа Стэнфордского
университета
Стэнфорд, Калифорния, США

Loretta Brabin (глава 3)
Школа онкологии и вспомогательных
дисциплин, Госпиталь Св. Марии
Манчестер, Соединенное Королевство

August Burns (глава 3)
«Grounds for Health»
Уотербери, Вермонт, США

Joanna Cain (председатель) (главы 5 и 6)
Международная федерация акушеров
и гинекологов
Лондон, Соединенное Королевство

Michael Chirenje (главы 5 и 6)
Кафедра акушерства и гинекологии
Медицинская школа Университета
Зимбабве
Хараре, Зимбабве

Swee Chong Quek (главы 5 и 6)
Отделение онкогинекологии
Женская и детская больница КК
Сингапур

Stephen Connor (глава 7)
Всемирный альянс паллиативной
помощи
Лондон, Соединенное Королевство

Lynette Denny (главы 5 и 6)
Отделение акушерства и гинекологии
Больница Грут Шуур
Кейптаун, Южная Африка

Maria Fernandez (глава 3)
Санитарное просвещение /
социальные науки
Центр медико-санитарных наук
Техасского университета
Хьюстон, Техас, США

Sara Forhan (глава 5)
Лечение ВИЧ-инфекции (часть
Глобальной программы борьбы со
СПИДом)
Центры по контролю и профилактике
заболеваний
Атланта, Джорджия, США

Eduardo Franco (главы 1 и 5)
Отдел эпидемиологии
злокачественных опухолей
Университет Мак-Гилла
Монреаль, Канада

Julia C. Gage (глава 5)
Отделение клинической генетики
Отдел эпидемиологии и генетики
злокачественных опухолей
Национальный институт рака
Роквилль, Мэриленд, США

Francisco Garcia (глава 5)
Американское противораковое
общество
Тусон, Аризона, США

Susan Hariri (глава 4)
Отдел профилактики ЗППП
Национальный центр профилактики
ВИЧ/СПИДа, вирусных гепатитов,
ЗППП и туберкулеза
Центры по контролю и профилактике
заболеваний
Атланта, Джорджия, США

Eline Huisman (глава 7)
Утрехтский университет
Утрехт, Нидерланды

Jose Jeronimo (главы 5 и 6)
PATH
Сиэтл, Вашингтон, США

Sharon N. Kibwana (главы 2 и 3)
Jhpiego
Балтимор, Мэриленд, США

Nancy Kidula (глава 3)
ACCESS Uzima, Jhpiego
Найроби, Кения

Enrique R. Lu (главы 2, 3 и 5)
Jhpiego
Балтимор, Мэриленд, США

Ian Magrath (глава 6)
Международная сеть по лечению и
изучению злокачественных опухолей
(INCTR)
Брюссель, Бельгия

Valerie Mazeau-Moynar (глава 6)
Национальный институт рака
Отдел скрининга злокачественных
опухолей
Булонь-Бийанкур, Франция

Daniela Mosoiu (главы 3, 6 и 7)
Национальное образование, стратегия
и развитие
Хоспис «Дом надежды»
Брашов, Румыния

Raul Murillo (главы 2 и 4)
Направление «Исследования и
здравоохранение»
Колумбийский национальный институт
онкологии
Богота, Колумбия

Fidele Ngabo (глава 4)
Отдел охраны здоровья матери и
ребенка
Министерство здравоохранения
Кигали, Руанда

Linda O'Neal Eckert (главы 1–7)
Вашингтонский университет
Сиэтл, Вашингтон, США

Groesbeck Parham (глава 6)
Центр изучения инфекционных
заболеваний в Замбии
Лусака, Замбия

Silvia de Sanjos (глава 1)
Каталонский институт онкологии
L'Hospitalet de Llobregat
Барселона, Испания

Mona Saraiya (главы 3 и 6)
Национальный центр здоровья
и профилактики хронических
заболеваний
Центры по контролю и профилактике
заболеваний
Атланта, Джорджия, США

Judith L. Smith (глава 3)
Группа поведенческих и прикладных
исследований
Отдел профилактики и борьбы с
онкологическими заболеваниями
Центры по контролю и профилактике
заболеваний
Атланта, Джорджия, США

Tshewang Tamang (глава 4)
Программы борьбы с заболеваниями,
предупреждаемыми вакцинацией
Министерство здравоохранения
Тхимпху, Бутан

Vivien Tsu (главы 2 и 5)

PATH

Сиэтл, Вашингтон, США

Maggie Watson (глава 7)Служба психологической медицины
Королевский госпиталь Марсден
Суррей, Соединенное Королевство**Deborah Watson-Jones** (глава 4)Лондонская школа гигиены и
тропической медицины
Лондон, Соединенное Королевство**Phil Wiffen** (глава 7)Кафедра клинической неврологии
Наффилда
Оксфордский университет
Оксфорд, Соединенное Королевство**Scott Wittet** (глава 3)Программы профилактики рака шейки
матки
PATH
Сиэтл, Вашингтон, США**Координационная группа ВОЗ****Rachel Baggaley**Отдел ВИЧ/СПИДа
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария**Paul Bloem**Иммунизация, вакцины и
биологические препараты
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария**Freddie Bray**Отдел информации о злокачественных
опухолях
Международное агентство по
изучению рака
Лион, Франция**Nathalie Broutet**Репродуктивное здоровье и научные
исследования
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария**Meena Cabral De Mello**Здоровье матерей, новорожденных,
детей и подростков
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария**Venkatraman Chandra-Mouli**Репродуктивное здоровье и научные
исследования
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария**Jean-Marie Dangou**Контроль заболеваемости
Региональное бюро ВОЗ для стран
Африки
Браззавиль, Республика Конго**Islene Araujo De Carvalho**Старение и жизненный цикл
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария**Hugo De Vuyst**Ранняя диагностика и профилактика
Международное агентство по
изучению рака
Лион, Франция**Ibtihal Fadhil**Кластер по неинфекционным
заболеваниям и психическому
здоровью
Региональное бюро ВОЗ для стран
Восточного Средиземноморья
Каир, Египет**Jane Ferguson**Здоровье матерей, новорожденных,
детей и подростков
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Mario Festin

Репродуктивное здоровье и научные исследования
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Tracey Goodman

Иммунизация, вакцины и биологические препараты
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Sandra Gove

Департамент по ВИЧ/СПИДу
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Marie-Agnes Heine

Связи с общественностью
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Rolando Herrero

Ранняя диагностика и профилактика
Международное агентство по изучению рака
Лион, Франция

Raymond Hutubessy

Иммунизация, вакцины и биологические препараты
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Regina Kulier

Знания, этика и научные исследования
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Gunta Lazdane

Сексуальное и репродуктивное здоровье
Европейское региональное бюро ВОЗ
Копенгаген, Дания

Silvana Luciani

Профилактика хронических заболеваний и борьба с ними
Региональное бюро ВОЗ для стран Америки
Панамериканская организация здравоохранения
Вашингтон, округ Колумбия, США

Melody Maarouf

Репродуктивное здоровье и научные исследования
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Amolo Okero

Департамент по ВИЧ/СПИДу
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Anayda Gerarda Portela

Здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Somchai Peerapakorn

Страновое бюро ВОЗ
Нонтхабури, Таиланд

Rengaswamy Sankaranarayanan

Ранняя диагностика и профилактика
Международное агентство по изучению рака
Лион, Франция

Willem Scholten

Департамент ВОЗ по основным лекарственным средствам и политике в области фармацевтической деятельности
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Timo Stahl

Профилактика неинфекционных заболеваний
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Kwok-Cho Tang

Профилактика неинфекционных заболеваний
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Igor Toskin

Репродуктивное здоровье и научные исследования
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Andreas Ullrich

Лечение неинфекционных заболеваний
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Andrea Vicari

Иммунизация
Региональное бюро ВОЗ для стран Америки
Панамериканская организация здравоохранения
Сан-Хосе, Коста-Рика

Adriana Velazquez

Департамент ВОЗ по основным лекарственным средствам и политике в области фармацевтической деятельности
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Cherian Varghese

Неинфекционные заболевания и пропаганда здорового образа жизни
Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана
Манила, Филиппины

Marco Vitoria

Департамент по ВИЧ/СПИДу
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Lawrence von Karsa

Ранняя диагностика и профилактика
Международное агентство по изучению рака
Лион, Франция

Susan Wang

Иммунизация, вакцины и биологические препараты
Штаб-квартира ВОЗ
Женева, Швейцария

Методическая группа

Глава 5

Tahany Awad

Кафедра клинической эпидемиологии и биостатистики
Университет Макмастера
Гамильтон, Канада

Rohan Kehar

Медицинская школа Майкла Дж. Дегрута
Университет Макмастера
Гамильтон, Канада

Reem Mustafa

Кафедра клинической эпидемиологии и биостатистики
Университет Макмастера
Гамильтон, Канада

Nancy Santesso

Кафедра клинической эпидемиологии и биостатистики
Университет Макмастера
Гамильтон, Канада

Holger Schunemann

Кафедра клинической эпидемиологии
и биостатистики
Университет Макмастера
Гамильтон, Канада

Группа внешних рецензентов (ГВР)**Elisabeth Andritsch**

Кафедра внутренних болезней
Медицинский университет Граца
Грац, Австрия

Ahti Anttila

Финский канцер-регистр
Хельсинки, Финляндия

Partha Sarathi Basu

Национальный институт рака
Читтаранджан
Калькутта, Индия

John-Paul Bogers

Медицинский факультет
Кампус Грененборгер
Антверпен, Бельгия

Xavier Bosch

Каталонский институт онкологии
Барселона, Испания

Rolando Camacho-Rodriguez

Международное агентство по атомной
энергии
Вена, Австрия

James Cleary

Сотрудничающий центр ВОЗ
по лечению боли, стратегии и
паллиативной помощи
Мэдисон, Висконсин, США

Anne Garnier

Национальный институт рака (INCa)
Булонь-Бийанкур, Франция

Martha Jacob

Консультант ВОЗ
Кочи, Керала, Индия

Jessica Kahn

Медицинский центр Детской
больницы Цинциннати
Цинциннати, Огайо, США

Namory Keita

Университетская больница Донка
Конакри, Республика Гвинея

Rajshree Jha Kumar

Кайлаш Даршан
Мумбаи, Индия

Anne Levin

Консультант ВОЗ, экономика
здравоохранения
Бетесда, Мэриленд, США

Khunying Kobchitt Limpaphayom

Медицинский факультет
Университет Чулалонгкорн
Бангкок, Таиланд

Emmanuel Mugisha

RATH
Кампала, Уганда

Daniel Murokora

Инициатива «Здоровье женщин
Уганды»
Кампала, Уганда

Meg O'Brien

Американское противораковое
общество
Вашингтон, округ Колумбия, США

Oneko Olola

Христианский медицинский центр
Килиманджаро
Моши, Танзания

Nuriye Ortayli

ЮНФПА
Нью-Йорк, Нью-Йорк, США

Patrick Petignat

Больница Женевского университета
Женева, Швейцария

Iika Rondinelli

Международная федерация
планируемого родительства
Лондон, Соединенное Королевство

Carlos Santos

Национальный институт
онкологических болезней
Лима, Перу

Achim Schneider

Университетская клиника Шарите
Берлин, Германия

Nereo Segnan

Университетская больница Сан-
Джованни
Турин, Италия

Nguyen-Toan Tran

Консультант ВОЗ
Женева, Швейцария

Julie Torode

Международный противораковый
союз
Женева, Швейцария

Jereme Viguier

Национальный институт рака (INCa)
Булонь-Бийанкур, Франция

Steven Weyers

Больница Гентского университета
Гент, Бельгия

Katherine Worsley

«Marie Stopes International»
Лондон, Соединенное Королевство

Eduardo Zubizarreta

Международное агентство по атомной
энергии
Вена, Австрия

Авторы**August Burns**

«Grounds for Health»
Уотербери, Вермонт, США

Linda O'Neal Eckert

Вашингтонский университет
Сиэтл, Вашингтон, США

Susan Hariri

Центры по контролю и профилактике
заболеваний
Атланта, Джорджия, США

Martha Jacob

Консультант ВОЗ
Кочи, Керала, Индия

Emma Ottolenghi

Консультант ВОЗ
Уотербери, Вермонт, США

Редактор**Jane Patten**

«Green Ink Publishing Services Ltd.»
Соединенное Королевство
www.greenink.co.uk

Приложение 2. Методология разработки руководства, роль технических и рабочих групп, раскрытие информации о заинтересованности, устранение конфликтов интересов

П2

Приложение 2. Методология разработки руководства, роль технических и рабочих групп, раскрытие информации о заинтересованности, устранение конфликтов интересов

Чтобы оценить необходимость обновления руководства *Комплексная борьба с раком шейки матки: руководство по основам практики* (С4GEP), опубликованного в 2006 г., ВОЗ пригласила группу экспертов на встречу в сентябре 2010 г. Эксперты заключили, что главы должны быть реорганизованы, должны быть добавлены новые главы, посвященные санитарному просвещению и вакцинации против ВПЧ, глава о скрининге и лечении предраковых заболеваний шейки матки в рамках профилактики рака шейки матки нуждается в обновлении, а глава, посвященная паллиативной помощи, – в пересмотре. На этой встрече группа экспертов дала рекомендации ВОЗ по составу Группы по разработке руководства (ГРР). Некоторые из экспертов вошли в Группу внешних рецензентов (ГВР). Всего были привлечены 72 эксперта: 35 в ГРР, 29 в ГВР и 7 в Методическую группу. Один автор не был включен ни в одну из групп. Список участников каждой группы с указанием глав, над которыми они работали, представлен в Приложении 1.



Приложение 1

Участники и авторы

С целью пересмотра, реорганизации и разработки каждой главы были сформированы подгруппы ГРР. В 2011 г. эти подгруппы дважды встречались для обсуждения глав.

- **Главы 1, 2 и 3** не включают рекомендации, были разработаны на основании глубокого изучения литературы, не используя систему GRADE (система оценки, разработки и определения эффективности рекомендаций)¹.
- **Главы 4 и 5** основаны на рекомендациях по применению вакцин против ВПЧ, скринингу и лечению предраковых заболеваний шейки матки в рамках профилактики рака шейки матки соответственно. Все эти рекомендации прошли официальный процесс разработки рекомендаций, рекомендованный ВОЗ (ссылки на рекомендации ВОЗ включены в главы).
- **Глава 6** не включает рекомендации, но представляет всесторонний обзор методов лечения рака шейки матки. Представленная в ней информация позволит работникам здравоохранения консультировать больных, которых необходимо направить на лечение рака шейки матки.
- **Глава 7** включает рекомендации по паллиативной помощи; эта глава была разработана по системе GRADE.

¹ Дополнительная информация доступна по адресу: <http://www.gradeworkinggroup.org/> (about the GRADE working group) and http://www.who.int/kms/guidelines_review_committee/en/ (about WHO's Guideline Review Committee)

П2

Приложение 2. Методология разработки руководства, роль технических и рабочих групп, раскрытие информации о заинтересованности, устранение конфликтов интересов

В апреле 2012 г. вся ГРР, Методическая группа и ГРВ встретились на объединенном заседании, которое продолжалось несколько дней, чтобы пересмотреть семь глав С4GEP. Основной целью этого пересмотра было убедиться, что все главы соответствуют действующим рекомендациям ВОЗ и последовательно представленная в них информация легко воспринимается.

В 2012, 2013 и 2014 г.г. группа авторов работала в тесном взаимодействии с Координирующей группой ВОЗ, чтобы создать окончательную версию руководства и начать процесс редактирования и верстки. В промежутках между этапами написания главы отправлялись в ГРР для проверки и одобрения. Независимые комментарии от ГРВ были получены на встрече в апреле 2012 г.

Устранение конфликтов интересов

Конфликты интересов устраняли следующим образом.

1. Требовалось, чтобы все участвовавшие эксперты перед началом своей работы для ВОЗ заполнили форму раскрытия информации о заинтересованности (РИЗ) ВОЗ и неотложно уведомляли ВОЗ о любых изменениях представленной информации во время их работы. Заполненные формы РИЗ были изучены Секретариатом ВОЗ с точки зрения устранения конфликтов интересов в рамках профилактики рака шейки матки и борьбы с ним.
2. На первой встрече ГРВ в сентябре 2010 г. и на первой объединенной встрече ГРР, Методической группы и ГРВ в 2012 г. в рамках представления в начале встречи каждый эксперт раскрыл информацию о его/ее финансовой заинтересованности другим экспертам, чтобы группа была осведомлена о любой имеющейся у ее членов финансовой заинтересованности.
3. Все декларированная информация о финансовой заинтересованности была изучена Канцелярией юрисконсульта ВОЗ. Было решено, что все эксперты могут участвовать в работе, но финансовая заинтересованность должна быть раскрыта в руководстве.
4. Вся относящаяся к делу декларированная информация о финансовой заинтересованности (19 из 72 экспертов) суммирована ниже.

Раскрытие информации о заинтересованности

Из 72 экспертов, участвовавших в этой работе, 19 (15 из ГРР и 4 из ГРВ) сообщили о финансовой заинтересованности, относящейся к проблемам рака шейки матки. Ни в одном случае финансовая заинтересованность не оказалась достаточно существенной, чтобы исключить эксперта из обсуждения. Вся относящаяся к делу информация о финансовой заинтересованности раскрыта и суммирована ниже.

В Группе по разработке руководства

Marc Arbyn (глава 5) был приглашен Европейской организацией по изучению инфекций и новообразований половых органов (EUROGIN) выступить на ее конференции в Лиссабоне в 2011 г. EUROGIN оплатила его проезд и проживание. EUROGIN – организация, которая в рамках Европейского региона пропагандирует и развивает исследования, обучение, скрининг, профилактику и представление данных об инфекциях, пред-раковых заболеваниях и злокачественных опухолях половых органов у женщин. Конференции EUROGIN поддерживаются средствами ряда фарма-цевтических компаний, занимающихся проблемами рака шейки матки.

Paul Blumenthal (глава 5) был главным исследователем в исследовании, проведенном Кафедрой акушерства и гинекологии Медицинской школы Стэнфордского университета с целью оценки выполнимости и приемлемости внедрения нового быстрого исследования ДНК ВПЧ (careHPV), разработанного компанией «Qiagen» для условий низкого и среднего уровней доходов. Компания «Qiagen» одолжила оборудование и предоставила тест-системы для этого исследования.

Loretta Brabin (глава 3) из Манчестерского университета (Соединенное Королевство) была главным исследователем в двухлетнем исследовании приемлемости и выполнимости вакцинации против ВПЧ девушек-подростков, посещающих школу. Ее университет получил 320 493 фунта стерлингов на это исследование от компании «GlaxoSmithKline» (GSK). Brabin получила 2000 фунтов стерлингов на оплату проезда и участие в конференциях. Brabin была в составе Группы по разработке руководства (ГПП) и участвовала только в пересмотре Главы 3 «Мобилизация общественности, санитарное просвещение и консультирование». Эта глава не включает рекомендации. Она рассматривает и освещает работу по созданию ключевой информации об инфекции, вызываемой ВПЧ, вакцинах против ВПЧ, раке шейки матки и других проблемах.

Swee Chong Queck (главы 5 и 6) за последние 4 года участвовал в заседаниях консультативного совета и в качестве приглашенного спикера в форумах, организованных компаниями GSK и «Qiagen». Эти заседания и форумы были посвящены стратегиям профилактики рака шейки матки, исследованиям эффективности вакцин против ВПЧ и клинической значимости вакцинации против ВПЧ для профилактики рака шейки матки и других заболеваний, связанных с ВПЧ. Общий доход, полученный Queck за эту деятельность, составил за последние 4 года 9000 сингапурских долл.

Lynette Denny (главы 5 и 6) выступала с докладами о вакцинации против ВПЧ в качестве приглашенного спикера на различных форумах, организованных компаниями GSK и «Merck». Гонорар за эту деятельность от каждой компании составил примерно 4000 долл. США в год и был выплачен ее работодателю – Кейптаунскому университету. Кроме того, кафедра акушерства и гинекологии

Кейптаунского университета, которую возглавляет Denny, провела два исследования вакцин против ВПЧ для компаний GSK и «Merck». На эти исследования Кейптаунский университет получил 1,6 миллиона долл. США от компании GSK, но не получал средств от компании «Merck», которые были переведены Департаменту здравоохранения Квазулу Натал. Все работы, выполненные Denny для проекта, были выполнены бесплатно. Denny выступала о рентабельности исследования ДНК ВПЧ в Гонконге в 2012 г. Компания «Qiagen» оплатила ее регистрацию, проезд и проживание. В настоящее время Denny проводит исследование способности системы «cobas® 4800» выявлять рак для компании «Roche» (стоимость 25 000 долл. США). Все средства, полученные Denny в качестве главного исследователя или спикера, были перечислены на счета для научных исследований Кейптаунского университета.

Eduardo Franco (главы 1 и 5) участвовал в заседаниях консультативного совета и в форумах, посвященных стратегиям профилактики рака шейки матки, организованных компаниями «Merck», «Roche» и «Gen-Probe» (как по проблемам вакцинации против ВПЧ, так и исследований ДНК ВПЧ). Общий доход, полученный от каждой компании за эту деятельность, составил за последние 4 года 4000 долл. США.

Julia Gage (глава 5) в рамках своей работы в Национальном институте рака США (NCI) Национальных институтов здоровья (NIH) проводила исследование в Нигерии по оценке эффективности скрининговой тест-системы «careHPV», произведенной компанией «Qiagen», которая пожертвовала и доставила реагенты, оборудование и средства. NCI оплатил все остальные аспекты исследования.

Francisco Garcia (глава 5) во время работы в Университете Аризоны был главным исследователем в исследованиях новых лекарственных средств для лечения рака шейки матки. Эти исследования проводились Университетом Аризоны по исследовательским контрактам с компаниями «Roche» (150 000 долл. США), «Innovio» (70 000 долл. США), «Photocure» (120 000 долл. США) и «Roche/Ventana» (100 000 долл. США). Garcia не получил личного дохода от проведения этих исследований.

Jose Jeronimo (главы 5 и 6) является сотрудником PATH – международной некоммерческой организации, участвующей в разработке и распространении эффективных и дешевых методов для общественного здравоохранения на глобальном уровне. PATH завершила совместное исследование и имела соглашения по развитию для разработки быстрого исследования ДНК ВПЧ с компанией «Qiagen» («careHPV»), а также быстрого исследования для скрининга рака шейки матки с компанией «Arbor Vita» (выявление онкобелков E6 и E7). PATH получила образцы и оборудование от обеих компаний для проведения исследования в разных странах с целью валидации этих методов. В настоящее время Jeronimo участвует в проекте по крупномасштабному внедрению исследования ДНК ВПЧ в программы популяционной профилактики рака шейки матки во многих странах. Он участвует в разработке, оценке и внедрении новых методов лечения предраковых заболеваний шейки матки.

Enriquito Lu (главы 2 и 5) был главным исследователем в исследовании вакцинации против ВПЧ, проведенном его работодателем – международной некоммерческой организацией «Jhpiego» – по соглашению с компанией «Merck». Целью исследования была оценка выполнимости и приемлемости стратегии предоставления комплексной профилактики рака шейки матки в Таиланде и на Филиппинах за счет интеграции вакцинации девочек 9–13 лет против ВПЧ в программы скрининга и лечения для матерей. С этой целью «Jhpiego» получила от компании «Merck» 850 000 долл. США и вакцины против ВПЧ для почти 4000 девочек в каждой стране. Lu не получил личного дохода во время работы над этим исследованием.

Raul Murillo (главы 2 и 4) был консультантом компании GSK по анализу рентабельности вакцинации против ВПЧ. За свою консультативную деятельность (которая завершилась в 2010 г.) он получил в общей сложности 5000 долл. США.

Silvia de Sanjos (глава 1) периодически получала финансовую поддержку от компаний «Sanofi», «Merck» и «Qiagen» для оплаты проезда и посещения национальных и международных научных конференций, на которых она представляла результаты исследований, координировавшихся ее институтом. Суммы варьировали примерно 1000 до 3000 долл. США за поездку в зависимости от места проведения конференции. Никто из спонсоров не играл роли в представлении результатов. Некоторые исследования, в которых участвовала de Sanjos были частично поддержаны компаниями GSK, «Sanofi Pasteur Merck Sharp & Dohme Corp.» (SPMSD), «Qiagen», «Roche» и «Merck & Co., Inc.» в объеме более 100 000 долл. США в год в течение последних 4 лет. Никто из спонсоров не играл роли в сборе данных, анализе и интерпретации результатов.

Vivien Tsu (главы 2 и 5) – сотрудник PATH – международной некоммерческой организации, участвующей в разработке и распространении эффективных и дешевых методов для общественного здравоохранения на глобальном уровне. В этом качестве Tsu участвовала в: (1) крупномасштабном демонстрационном проекте по профилактике, скринингу и лечению рака шейки матки в развивающихся странах, вакцины для которого были пожертвованы компаниями GSK и «Merck», а тест-системы «careHPV» – компанией «Qiagen»; (2) исследовании альтернативных доз и режимов вакцинации во Вьетнаме, вакцины для которого были пожертвованы компанией «Merck». PATH получила флаконы с вакциной от производителей для крупномасштабного проекта в эквиваленте 13,9 миллиона долл. США от компании «Merck» и 9,1 миллиона долл. США от компании GSK. Следует отметить, что упомянутые выше гранты завершились в 2009 и 2010 г. соответственно.

Deborah Watson-Jones (глава 4) из Лондонской школы гигиены и тропической медицины была главным исследователем в исследовании IIIB фазы по изучению безопасности и иммуногенности двухвалентной вакцины у здоровых не инфицированных ВИЧ девушек 10–25 лет. Для этого исследования учреждение, в котором она работает, получило до 898 104 фунтов стерлингов от компании GSK. Она также возглавляла пилотное исследование вакцинации против ВПЧ в

области Мванца, для которого было получено 15 750 флаконов четырехвалентной вакцины через Программу доступности Гардасила. Watson-Jones участвовала в пересмотре Главы 4 «Вакцинация против ВПЧ», чтобы гарантировать точность языка. В этой главе не было изложено новых рекомендаций. Эта глава точно соответствует рекомендациям ВОЗ по применению вакцин против ВПЧ, опубликованным в 2009 г., и пересмотренным рекомендациям Стратегической группы экспертов по иммунизации (SAGE) по применению вакцин против ВПЧ, опубликованным в апреле 2014 г.

Scott Wittet (глава 3) – сотрудник PATH – международной некоммерческой организации, участвующей в разработке и распространении эффективных и дешевых методов для общественного здравоохранения на глобальном уровне. В этом качестве Wittet участвовал в: (1) крупномасштабном демонстрационном проекте по профилактике, скринингу и лечению рака шейки матки в развивающихся странах, вакцины для которого были пожертвованы компаниями GSK и «Merck», а тест-системы «careHPV» – компанией «Qiagen»; (2) исследовании альтернативных доз и режимов вакцинации во Вьетнаме, вакцины для которого были пожертвованы компанией «Merck». PATH получила флаконы с вакциной от производителей для крупномасштабного проекта в эквиваленте 13,9 миллиона долл. США от компании «Merck» и 9,1 миллиона долл. США от компании GSK. Wittet – эксперт по обмену информацией, был членом ГПП. Он участвовал в разработке и пересмотре Главы 3 «Мобилизация общественности, санитарное просвещение и консультирование». Следует отметить, что упомянутые выше гранты завершились в 2009 и 2010 г. соответственно.

В Группе внешних рецензентов

John-Paul Bogers (главы 5 и 6) – сотрудник Антверпенского университета, консультант компании «SonicHealthcare Benelux» по клинической патоморфологии и валидированию новых технологий в лечении цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN). «SonicHealthcare Benelux» – коммерческая лаборатория, которая среди прочего проводит исследования в рамках скрининга рака шейки матки (цитологическое исследование и исследование ДНК ВПЧ). Bogers также выполнял работу для трех других компаний, занимающихся скринингом рака шейки матки: (1) аналитическое валидирование исследования ДНК ВПЧ для компании «In-pogenetics» (сумма контракта 60 000 евро); (2) аналитическое валидирование оборудования для компании «Vecton-Dickinson» (сумма контракта 10 000 евро); (3) обзор литературы по лечению CIN для компании «Hologic» (сумма контракта 5000 евро).

Franhois Xavier Bosch (глава 1) из Каталонского института онкологии (Испания) получил существующие средства и объемы вакцин против ВПЧ для своего института и исследований II–III фаз от компаний GSK, «Merck Sharp & Dohme Corp.» (MSD), «Qiagen» и SPMSD в рамках неограниченных грантов на обучение и исследования. Он также получал средства на проезд и участие в заседаниях

консультативных советов для этих компаний. Эти гранты и деятельность продолжают. Следует отметить, что Bosch не участвовал в разработке никаких рекомендаций. В качестве эксперта по эпидемиологии рака шейки матки и инфекции, вызываемой ВПЧ, он был привлечен к пересмотру главы 1 «Предпосылки».

Jessica Kahn (глава 3) из Детской больницы Цинциннати (США) была сопредседателем в двух клинических исследованиях вакцин против ВПЧ у ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин, финансируемых NIH, для которых компания «Merck» предоставила вакцины и тест-системы для определения иммуногенности. Kahn являлась также председателем комитета по грантам Общества подросткового здоровья и подростковой медицины в разделе демонстрационных проектов по улучшению вакцинации подростков. Общество получало неограниченные средства от компании «Merck» для проведения программы выдачи грантов. Работая в этой программе, Kahn получала от Общества заработную плату. Как специалист по подростковому здоровью Kahn участвовала только в изучении Главы 3 «Мобилизация общественности, санитарное просвещение и консультирование». Ее основной вклад касался информации о том, как обращаться к подросткам и общаться с ними.

Achim Schneider (глава 6) из Больницы «Charity Centrum» в Берлине был членом консультативного совета и спикером для компаний GSK, «Sanofi Pasteur» и «Karl Storz», за что он получил 15 000 евро, 5000 евро, и ежегодно 40 000 евро соответственно. С 2013 г. Schneider не получает никакой поддержки от компаний GSK и «Sanofi Pasteur» и с октября 2013 г. – от компании «Karl Storz».

Приложение 3. Профилактика инфекций и борьба с ними

ПЗ

Приложение 3. Профилактика инфекций и борьба с ними

Стандартные (рутинные или базовые) меры профилактики инфекций и борьбы с ними (ПИБ) просты и должны применяться для предупреждения распространения инфекций и защиты больных, себя и других работников здравоохранения (1).

Ниже представлено обоснование применения стандартных мер ПИБ при оказании помощи всем больным и в любое время.

- На момент консультации или лечения клинические проявления инфекции могут отсутствовать, однако больная может быть источником инфекции, поскольку находится в инкубационном периоде инфекционного заболевания.
- Больная может быть бессимптомным носителем вирусной инфекции, передающейся с кровью (например, ВИЧ-инфекции, гепатитов В, С и D), и/или другой вирусной инфекции или быть колонизирована микроорганизмами с множественной лекарственной устойчивостью.

Иммунизация. В качестве интегральной части применения стандартных мер ПИБ работники здравоохранения должны быть иммунизированы против возбудителей инфекций, поддающихся иммунопрофилактике, для собственной защиты, защиты больных и других работников здравоохранения.

Обучение. Работники здравоохранения и другой персонал должны получить адекватное обучение, в том числе практическое, по ПИБ. Программа обучения ПИБ должна быть частью программы начальной подготовки всего персонала. Весь персонал должен регулярно проходить повторное обучение, чтобы владеть новыми знаниями и практическими навыками. Это особенно важно при внедрении нового оборудования и/или процедур.

Гигиена рук. Гигиена рук необходима для предупреждения передачи инфекции. Следовательно, должны быть доступны средства для гигиены рук (например, средство для обработки рук на основе спирта, СОРОС), которые должны применяться в соответствии с рекомендациями ВОЗ по гигиене рук в здравоохранении (2):

1. перед тем как прикоснуться к больной;
2. перед выполнением чистой/асептической процедуры;
3. после возможного контакта с биологическими жидкостями;
4. после контакта с больной;
5. после контакта с поверхностями, окружающими больную.

Кроме того, руки следует обрабатывать непосредственно перед и сразу же после ношения перчаток, поскольку их применение не заменяет гигиену рук.

СОРОС более эффективно дезинфицирует руки, чем мытье водой с мылом. Однако СОРОС можно применять только на чистых руках. Если они загрязнены и/или контаминированы кровью и/или другими биологическими жидкостями, они должны быть тщательно вымыты водой с мылом, высушены чистым бумажным полотенцем или тканевым полотенцем для однократного применения. Рекомендуемая продолжительность гигиены рук при мытье водой с мылом – 40–60 секунд, при использовании СОРОС – 20–40 секунд.

Индивидуальные защитные средства (ИЗС). Обеспечение наличия надлежащих ИЗС (например, перчаток, фартуков, масок, защитных экранов и т. д.) является обязанностью работодателя.

Стерильные и нестерильные перчатки обычно делают из латекса. Для работников здравоохранения и больных с аллергией на латекс в анамнезе должны применяться безлатексные перчатки, чтобы предотвратить анафилактические реакции.

Стерильные перчатки используют для предупреждения передачи микроорганизмов от работников здравоохранения больным во время процедур, требующих асептических условий. Кроме того, они защищают работников здравоохранения от возбудителей, находящихся в крови и/или биологических жидкостях, с которыми они контактируют во время хирургических и инвазивных вмешательств. Стерильные перчатки следует носить во время всех хирургических вмешательств и асептических процедур.

Нестерильные перчатки применяют для защиты работников здравоохранения от микроорганизмов при контакте с больными и загрязненной окружающей средой. Их следует носить, если существует возможность контакта с кровью и/или биологическими жидкостями, секретами, выделениями или с микроорганизмами – возбудителями инфекций как при прямом, так и при опосредованном контакте с больными и предметами / оборудованием в окружающей среде.

Если перчатки повреждены или проколоты во время процедуры, необходимо, чтобы они были немедленно сняты, руки тщательно вымыты и надеты новые перчатки. Помните, что использование перчаток не заменяет гигиену рук.

В зависимости от типа процедуры и риска при проведении физикального исследования и таких процедур, как криотерапия, биопсия шейки матки, выскабливание цервикального канала и петлевая электроэксцизия шейки матки (LEEP), следует использовать перчатки соответствующего типа.

Другие ИЗС (например, фартуки, халаты, маски, защитные экраны) следует использовать соответствующим образом на основании оценки риска процедуры.

Обращение с контаминированными отходами и их утилизация.

Контаминированные отходы представляют опасность, следовательно, необходимо, чтобы все опасные медицинские отходы, в том числе колющие

и режущие предметы, утилизируются надлежащим образом в соответствии с местными рекомендациями и нормативными документами.

Необходимо:

- все предметы для одноразового использования, загрязненные кровью и/или биологическими жидкостями, утилизировать как опасные медицинские отходы в плотно запечатанных пластиковых мешках или разрешенных для этого контейнерах в соответствии с местными рекомендациями;
- с осторожностью обращаться с колющими и режущими предметами и утилизировать все контаминированные колющие и режущие предметы, иглы и шприцы в твердых, устойчивых к протеканию и проколам контейнерах в соответствии с местными рекомендациями.

После оказания помощи каждой больной поверхности должны быть тщательно очищены, предметы/оборудование – тщательно очищены и продезинфицированы в соответствии с протоколами. В конце дня должна быть проведена тщательная уборка помещения. Необходимо также продезинфицировать поверхности, к которым прикасались руками.

Обработка инструментов для многократного применения. Все инструменты, контактировавшие с влагалищем или шейкой матки (например, влагалищные зеркала, биопсийные щипцы, криозонды, криохирургическое оборудование) должны быть тщательно очищены перед деконтаминацией методом стерилизации или дезинфекции высокого уровня в соответствии с рекомендациями производителя.

Описание обработки отдельных предметов и оборудования выходит за рамки данного руководства. Читателям следует обратиться к публикации ПАО3 *Sterilization manual for health centers* [Руководство по стерилизации в центрах первичной медицинской помощи], которое в настоящее время обновляется (3).

Литература

1. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. *Am J Infect Control*. 2007;35(10 Suppl 2):S65–S164. doi:10.1016/j.ajic.2007.10.007.
2. Руководство ВОЗ по гигиене рук в здравоохранении. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009 (<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/ru/>, по состоянию на 17 февраля 2017 г.).

3. Acosta-Gnass SI, de Andrade Stempliuik V. Sterilization manual for health centers. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2009 (<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.173.7493&rep=rep1&type=pdf>)².

ПЗ

Приложение 3. Профилактика инфекций и борьба с ними

² В настоящее время обновляется под новым названием *Decontamination and reprocessing manual for healthcare facilities* [Руководство по деконтаминации и переработке для лечебно-профилактических учреждений].

Приложение 4. Классификации предраковых заболеваний и рака шейки матки

В разных частях мира применяют разные классификации предраковых изменений шейки матки, основанные на результатах цитологического и гистологического исследований (см. таблицу ниже). Более часто используемые классификации учитывают данные о естественном течении предраковых заболеваний, полученные за несколько последних десятилетий.

Классификация цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN)

появилась в 1968 г. Она учитывает разное естественное течение дисплазии разной степени тяжести и варьирует от CIN1 (легкая дисплазия) до CIN2 (умеренная дисплазия) и CIN3 (тяжелая дисплазия). Эта классификация все еще применяется во многих странах для оценки результатов цитологического исследования, хотя, строго говоря, ее следовало бы использовать только для оценки результатов гистологического исследования (т.е. микроскопического исследования фрагментов тканей).

Мэрилендская система была разработана в 1990-е гг. в Национальном институте рака США. Согласно этой системе, которая может применяться только для оценки результатов цитологического исследования (т. е. микроскопического исследования мазков), CIN2 и CIN3 объединены в одну группу, названную «изменения плоского эпителия высокой степени злокачественности» (HSIL), поскольку при цитологическом исследовании различить CIN2 и CIN3 трудно, если вообще возможно. CIN1 соответствует изменениям плоского эпителия низкой степени злокачественности» (LSIL). В Мэрилендской системе 2001 г. выделены две группы атипичных клеток плоского эпителия: ASCUS (неклассифицируемые атипичные клетки плоского эпителия) и ASC-H (атипичные клетки плоского эпителия, не позволяющие исключить изменения плоского эпителия высокой степени злокачественности). Мэрилендская система рекомендована ВОЗ для оценки результатов цитологического исследования (см. Приложение 5).



Приложение 5

Мэрилендская система

Таблица. Предраковые заболевания шейки матки: терминология, используемая в цитологических и гистологических заключениях

Цитологическое исследование (применяется для скрининга)		Гистологическое исследование (применяется для подтверждения диагноза)	
Система Папаниколау	Мэрилендская система	CIN	Описательная классификация ВОЗ
Класс I	Норма	Норма	Норма
Класс II	ASCUS ASC-H	Атипия	Атипия
Класс III	LSIL	CIN1, в том числе эндофитная кондилома	Койлоцитоз
Класс III	HSIL	CIN2	Умеренная дисплазия
Класс III	HSIL	CIN3	Тяжелая дисплазия
Класс IV	HSIL	CIN3	Рак in situ
Класс V	Инвазивный рак	Инвазивный рак	Инвазивный рак

ASC-H – атипичные клетки плоского эпителия, не позволяющие исключить изменения плоского эпителия высокой степени злокачественности; ASCUS – неклассифицируемые атипичные клетки плоского эпителия; CIN – цервикальная интраэпителиальная неоплазия; HSIL – изменения плоского эпителия высокой степени злокачественности; LSIL – изменения плоского эпителия низкой степени злокачественности.

Международная классификация болезней (МКБ) – международный стандарт кодировки причин заболеваний и смерти. В настоящее время действует 10-й пересмотр, который применяется примерно в 110 странах.

Схема кодировки дисплазий шейки матки в МКБ соответствует классификации ВОЗ, представленной в правом столбце таблицы. В МКБ указаны соответствия CIN и HSIL/LSIL³. Для регистрации злокачественных опухолей с целью более подробного описания изменений в тканях (патоморфологии) был создан вариант МКБ для онкологии (МКБ-О). Она содержит подробные коды для локализации новообразования и дополнительный набор кодов, описывающих патоморфологию⁴.

³ Доступна по адресу: <http://www.who.int/classifications/icd>

⁴ Доступна по адресу: <http://codes.pubcan.org>

Классификация новообразований МКБ-0, основанная на патоморфологии опухоли, учитывает результаты работы Международного агентства по изучению рака (МАИР), которое регулярно публикует серию *Классификации опухолей ВОЗ/МАИР*⁵. Для дисплазии и опухолей шейки матки используется 4-е издание *Классификации опухолей женских репродуктивных органов ВОЗ*, которое было опубликовано в конце марта 2014 г.⁶

Тактика лечения и прогноз зависят от морфологии опухоли и от степени ее распространения, или стадии. **Классификация злокачественных опухолей TNM Международного противоракового союза (UICC)** – это система, учитывающая распространение и размер опухоли. Она документирует размер опухоли (T), наличие пораженных лимфатических узлов (N) и отдаленных метастазов (M). Стадии TNM основаны на результатах как клинического обследования, так и морфологического исследования (pTNM).⁷ Классификация TNM совместима с клинической классификацией, разработанной Международной федерацией акушерства и гинекологии (FIGO)⁸ (см. главу 6, раздел 6.3).

⁵ Доступна по адресу: <http://www.iarc.fr/en/publications/list/bb/index.php>

⁶ Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington S, Young RH, editors. WHO classification of tumours of female reproductive organs, volume 6 (4th edition). Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.

⁷ Доступна по адресу: <http://www.uicc.org/resources/tnm>

⁸ Доступна по адресу: <http://www.figo.org/publications/annual>

Приложение 5. Мэрилендская система 2001 г.⁹

Соответствие мазка требованиям

- Пригоден для исследования (описать наличие или отсутствие клеток из зоны трансформации).
- Не пригоден для исследования (указать причину).
- Мазок забракован и не окрашен (указать причину).
- Мазок окрашен и исследован, но не пригоден для оценки состояния эпителия (указать причину).

Общие характеристики (заполнение необязательно)

1. Отсутствие интраэпителиальной неоплазии и рака шейки матки.
2. Изменения эпителия.
3. Другие.

Интерпретация результатов

1. Отсутствие интраэпителиальной неоплазии и рака шейки матки

Микроорганизмы:

- *Trichomonas vaginalis*;
- грибы, морфологически соответствующие *Candida spp.*;
- изменения нормальной микрофлоры, подозрительные на бактериальный вагиноз;
- бактерии, морфологически соответствующие *Actinomyces spp.*;
- изменения эпителия, характерные для герпеса половых органов.

⁹ Эти категории могут использоваться для описания мазков с окраской по Папаниколау.

Источник: Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al.; Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA. 2002;287(16):2114–9.

П5

Приложение 5. Мэрилендская система 2001 г.

Другие изменения, не связанные с предраковыми заболеваниями и раком шейки матки (указание необязательно, перечень неполный):

- реактивные изменения, связанные с воспалением (в том числе репаративные изменения);
- реактивные изменения, связанные лучевой терапией;
- реактивные изменения, связанные с ВМК;
- железистые клетки после экстирпации матки;
- атрофия эпителия.

2. Изменения эпителия

Изменения плоского эпителия.

- Атипичные клетки плоского эпителия:
 - неклассифицируемые (ASCUS);
 - не позволяющие исключить изменения плоского эпителия высокой степени злокачественности (ASC-H).
- Изменения плоского эпителия низкой степени злокачественности (LSIL).
- Изменения плоского эпителия высокой степени злокачественности (HSIL).
- Плоскоклеточный рак.

Изменения железистого эпителия:

- Атипичные клетки железистого эпителия (AGC) (эпителия цервикального канала, эндометрия или без дополнительного уточнения).
- Атипичные клетки железистого эпителия, похожие на клетки аденокарциномы (эпителия цервикального канала или без дополнительного уточнения).
- Аденокарцинома in situ шейки матки.
- Аденокарцинома.

3. Другие (перечень неполный)

- Клетки эндометрия у женщины 40 лет и старше.

Приложение 6. Образцы документов о вакцинации против ВПЧ

Форма 6.1. Персональная карточка вакцинации против ВПЧ

Карточка вакцинации хранится у девочки. В нее можно внести другие вакцинации. Верхняя часть карточки может содержать следующие поля:

- Имя девочки.
- Дата рождения.
- Уникальный идентификационный номер.
- Контактная информация.
- Место вакцинации: район и лечебно-профилактическое учреждение или школа (или другие места вне лечебно-профилактических учреждений).

Вакцина (торговое название)	Дата введения (ДД/ММ/ГГ)	Дата следующей вакцинации (ДД/ ММ/ГГ)	Наблюдения (например, побочные действия, аллергиче- ские реакции и другие замечания)
ВПЧ1			
ВПЧ2			
ВПЧ3 (если требуется)			
Другие вакцины			

Карточка может содержать необходимую информацию о вакцинации против ВПЧ (например, требуемое число доз вакцины) и уместную информацию в рамках санитарного просвещения о других профилактических мероприятиях с учетом возраста, например:

Первичная профилактика:

- санитарное просвещение по вопросам сексуального здоровья;
- консультирование и медицинская помощь в рамках контрацепции, в том числе использование презервативов;
- профилактика употребления табака и помощь в отказе от него;
- физическая активность;
- питание;

Вторичная профилактика:

- скрининг рака шейки матки на протяжении жизни.

Форма 6.2. Формы мониторинга охвата вакцинацией против ВПЧ на месте оказания медицинской помощи для работников здравоохранения, проводящих вакцинацию¹⁰

1. Журнал регистрации вакцинации против ВПЧ

Инструкции:

- В одном месте оказания медицинской помощи применяйте один журнал регистрации (Таблица 1).
- Регистрируйте каждую девочку по имени, адресу, дате рождения, дате ВПЧ1 и ВПЧ2¹¹, и возрасту, в котором была введена каждая доза вакцины (записывайте возраст со слов девочки или ее матери)¹².
- Когда девочка приходит для ВПЧ2, используйте ее персональную карточку вакцинации для того, чтобы найти запись о ней в журнале регистрации и подтвердить необходимость в ВПЧ2.

Таблица 1. Журнал регистрации вакцинации против ВПЧ

Район: _____							
Город/деревня: _____							
Место оказания: _____							
Имя	Адрес	Дата рождения (ДД/ММ/ГГ)	ВПЧ1		ВПЧ2		Комментарии
			Дата введения (ДД/ММ/ГГ)	Возраст (годы)	Дата введения (ДД/ММ/ГГ)	Возраст (годы)	

¹⁰ Источник: WHO HPV vaccination coverage monitoring guide and tool (доступен по адресу: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>)

¹¹ ВПЧ1 и ВПЧ2 – цифры относятся к первой и второй дозам вакцины.

¹² Журнал должен содержать как дату рождения, так и возраст, в котором введена каждая из доз вакцины. Если дата рождения и возраст девочки неизвестны, работник здравоохранения должен сделать обоснованное предположение, чтобы указать возраст, иначе при оценке охвата информация будет утрачена.

2. Учетный лист для регистрации количества доз вакцины против ВПЧ, введенных за один день вакцинации

Инструкции: Число доз следует подсчитывать с учетом порядкового номера дозы (т. е. ВПЧ1, ВПЧ2 и ВПЧ3) и возраста.

- Заполняйте один учетный лист в день.
- После регистрации каждой девочки зачеркните один ноль в учетном листе в соответствии с порядковым номером дозы и возрастом девочки.
- В конце дня подсчитайте сколько доз вакцины было введено с учетом порядкового номера дозы и возраста:
 - подсчитайте и запишите число зачеркнутых нолей для каждого порядкового номера дозы и каждого возраста;
 - не оставляйте пустыми ячейки промежуточного итога, если в них должен стоять «0». Четко записывайте число «Ø».

П6

Таблица 2. Учетный лист для регистрации количества доз вакцины против ВПЧ, введенных за один день вакцинации

П6

Приложение 6. Образцы документов о вакцинации против ВПЧ

Дата вакцинации (ДД/ММ/ГГ) _ / _ / _		Район: _____			
		Город/деревня: _____			
		Место оказания медицинской помощи: _____			
Возраст (годы)	Число доз ВПЧ1		Число доз ВПЧ2		НЕОБЯЗАТЕЛЬ- НАЯ ПРОВЕРКА СТОЛБЦОВ
9	(сумма по строкам)	9 лет ВПЧ1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	9 лет ВПЧ2=	=
10	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	10 лет ВПЧ1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	10 лет ВПЧ2=	=
11	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	11 лет ВПЧ1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	11 лет ВПЧ2=	=
12	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	12 лет ВПЧ1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	12 лет ВПЧ2=	=
13	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	13 лет ВПЧ1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	13 лет ВПЧ2=	=
14	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	14 лет ВПЧ1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	14 лет ВПЧ2=	=
≥ 15	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	15 лет ВПЧ1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	15 лет ВПЧ2=	=
Неизвестен	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	НИ ВПЧ1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	НИ ВПЧ2=	=
НЕОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ПРОВЕРКА СТРОК (сумма по столбцам)	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000		00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000		Всего =

Форма 6.3. Отчет о национальном охвате вакцинацией против ВПЧ для объединенной формы ВОЗ-ЮНИСЕФ¹³

Инструкции к таблице: Сообщите число доз вакцины, введенных девушкам в зависимости от их возраста на момент вакцинации для каждой из рекомендуемых доз вакцины против ВПЧ.

Если возраст неизвестен, но может быть оценен, укажите возраст согласно оценке. Например, если вакцинацию проводят только девочкам 6-го класса/года/ступени, когда большинству из них 11 лет, можно отмечать, что вакцинировались девочки 11 лет.

Введенные дозы вакцины против ВПЧ

Женщины			
Вакцина введена (возраст в годах)	1-я доза	2-я доза	3-я доза
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15+			
Возраст неизвестен			

П6

Приложение 6. Образцы документов о вакцинации против ВПЧ

¹³ Больше информации и ресурсов доступно на веб-странице ВОЗ «Надзор за проведением иммунизации, оценка и мониторинг» (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/ru/).

Форма 6.4. Отчет о побочных эффектах иммунизации (ПЭ)

П6

Приложение 6. Образцы документов о вакцинации против ВПЧ

Эта форма должна быть заполнена работником здравоохранения и возвращена менеджеру программы иммунизации или в соответствующий местный орган управления здравоохранением (или другим образом в соответствии с системой отчетности, установленной в стране).

Демографические характеристики

Фамилия:				Имя:		Идентификационный номер:	
Адрес:				Дата рождения: (ДД/ММ/ГГ) ____/____/____ или Возраст: _____ годы _____ месяцы			
Область:		Район:		Пол: мужской женский			
Лечебно-профилактическое учреждение (или центр вакцинации):				Сообщающее лицо (работник здравоохранения):			
Введенная(ые) вакцина(ы)*	Путь введения	Место инъекции	Серия вакцины	Серия растворителя	Производитель**	Окончание срока годности вакцины	Окончание срока годности растворителя

* Если побочный эффект отмечен после вакцинации в соответствии с календарем прививок, указать название вакцины и номер введения, например, корь-1, АДС-2, живая полиомиелитная вакцина-2.

** Включить информацию о растворителе, если применимо.

Описание ПЭ

Дата вакцинации	Дата начала ПЭ	Интервал до начала	Дата сообщения
Отметьте квадратик(и) и опишите явление(я):			
<input type="checkbox"/> Тяжелая местная реакция: <input type="checkbox"/> > 3 дней _____ <input type="checkbox"/> за пределами ближайшего сустава <input type="checkbox"/> госпитализация <input type="checkbox"/> Абсцесс: <input type="checkbox"/> асептический _____ бактериальный _____ <input type="checkbox"/> Сепсис <input type="checkbox"/> Синдром токсического шока		<input type="checkbox"/> Анафилактическая реакция <input type="checkbox"/> Анафилактический шок <input type="checkbox"/> Судороги, включая фебрильные судороги <input type="checkbox"/> Энцефалопатия <input type="checkbox"/> Тромбоцитопения	
<input type="checkbox"/> Другие ПЭ (опишите). При необходимости используйте дополнительный лист.			
Исход:			
Полное выздоровление Частичное выздоровление Неизвестен Госпитализация: Дата поступления (ДД/ММ/ГГ) ____/____/____ Дата выписки (ДД/ММ/ГГ) ____/____/____ Смерть: Дата смерти (ДД/ММ/ГГ) ____/____/____			
Анамнез (включая предыдущие сходные или другие аллергические реакции) и любая другая имеющая отношение информация (например, другие случаи). При необходимости используйте дополнительный лист.			

Форма для заполнения в учреждении областного или районного уровня

Дата получения отчета: (ДД/ММ/ГГ) ____/____/____	Проверено:
Необходимость проверки? ____ Да ____ Нет	Если да, дата начала проверки: (ДД/ММ/ГГ) ____/____/____
Эксперт:	Идентификационный номер экспертизы ПЭ:
Оценка причин:	Достоверность:

Приложение 7. Схема принятия решения для тактики «скрининг и лечение»

П7

Приложение 7. Схема принятия решения для тактики «скрининг и лечение»

Схему принятия решения, или алгоритм, можно использовать в качестве справочника при выборе тактики «скрининг и лечение» на программном уровне. Чтобы определить, какая тактика «скрининг и лечение» является лучшей в тех условиях, в которых она будет внедряться, менеджеры программ и лица, принимающие решения, начинают с верхней части схемы и отвечают на вопросы. Выбор определяется прежде всего наличием ресурсов, в том числе стоимостью, наличием персонала и возможностью обучения. Однако менеджерам программ понадобится также рассмотреть другие факторы, такие, как число женщин, выбывающих из-под наблюдения при использовании тактики, которая включает более чем одно скрининговое исследование. Более подробные рекомендации о том, какие стратегии «скрининг и лечение» рекомендуются, а также информация о том, какие факторы следует учитывать при их выборе, представлены в главе 3 публикации *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention* (2013 г.)¹⁴. Более подробно схемы принятия решения по каждой тактике «скрининг и лечение» (например, обследование на наличие ВПЧ с последующим VIA) представлены в Приложениях 8 (в отсутствие ВИЧ-инфекции или данных об инфицировании ВИЧ) и 9 (при наличии ВИЧ-инфекции или в отсутствие данных об инфицировании ВИЧ в областях с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции).

¹⁴ Доступна по адресу: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/



Примечание: Каждый светло-розовый круг обозначает одну стратегию в Приложении 8 (в отсутствие ВИЧ-инфекции или данных об инфицировании ВИЧ) или Приложении 9 (при наличии ВИЧ-инфекции или в отсутствие данных об инфицировании ВИЧ) в областях с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции).

П8

Приложение 8. Схемы принятия решения для тактики «скрининг и лечение» (в отсутствие ВИЧ-инфекции или данных об инфицировании ВИЧ)

Приложение 8. Схемы принятия решения для тактики «скрининг и лечение» (в отсутствие ВИЧ-инфекции или данных об инфицировании ВИЧ)

Следующие схемы принятия решения описывают шаги для каждой имеющейся тактики «скрининг и лечение». Схемы не указывают, какая тактика предпочтительна. Более подробные рекомендации о том, какие тактики рекомендуются, представлены в главе 3 публикации *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention (2013)*¹⁵. Кроме того, можно обратиться к схеме принятия решения в Приложении 7. Подробная информация о факторах, которые эксперты рассматривали при создании каждой рекомендации, содержится в таблицах доказательств к рекомендациям, представленных в этой публикации (Дополнительные материалы, Разделы А и В).



¹⁵ Рекомендации и дополнительные материалы доступны по адресу: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Скрининг с помощью обследования на наличие ВПЧ и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема

Лечение проводится при выявлении ДНК ВПЧ. При применении этой тактики осмотр шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA) используется для оценки **возможностей** проведения криотерапии.

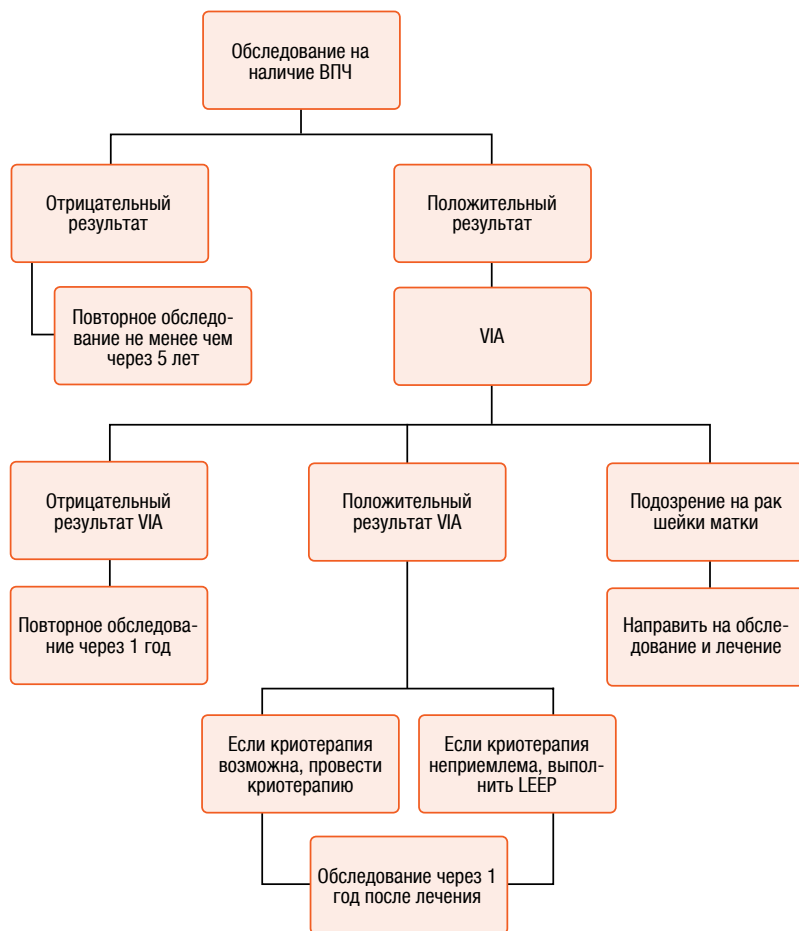


Примечание. Более подробные рекомендации о том, какие стратегии «скрининг и лечение» рекомендуются, а также информация о том, какие факторы следует учитывать при их выборе, представлены в главе 3 публикации *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention (2013)*.

П8

Скрининг с помощью обследования на наличие ВПЧ с последующим VIA и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема

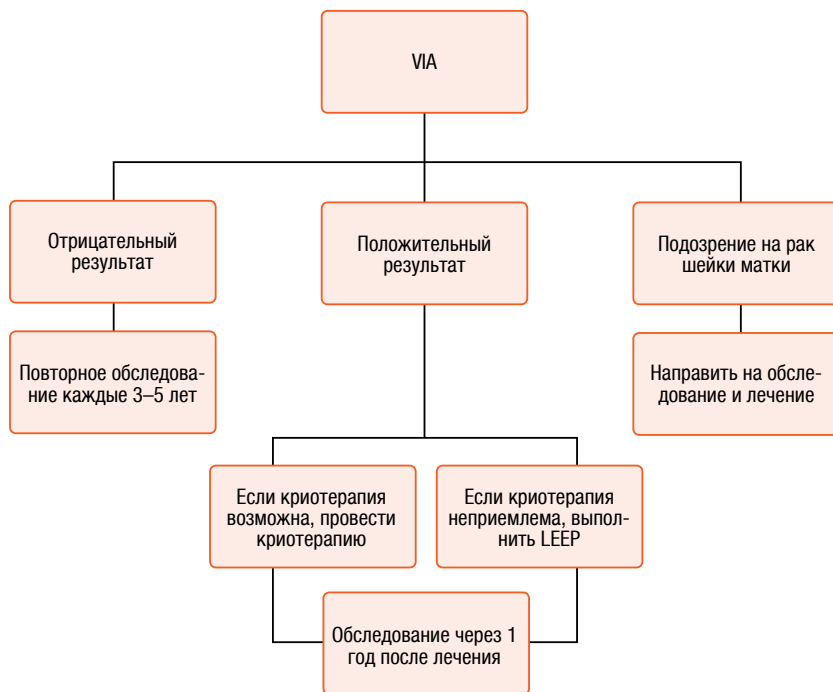
Лечение проводится при выявлении ДНК ВПЧ. Затем в качестве второго скринингового исследования для того, чтобы решить проводить или не проводить лечение, используют VIA. Лечение проводят, когда ОБА результата положительны.



Примечание: Более подробные рекомендации о том, какие стратегии «скрининг и лечение» рекомендуются, а также информация о том, какие факторы следует учитывать при их выборе, представлены в главе 3 публикации *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention (2013)*¹⁶.

¹⁶ Рекомендации и дополнительные материалы доступны по адресу: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

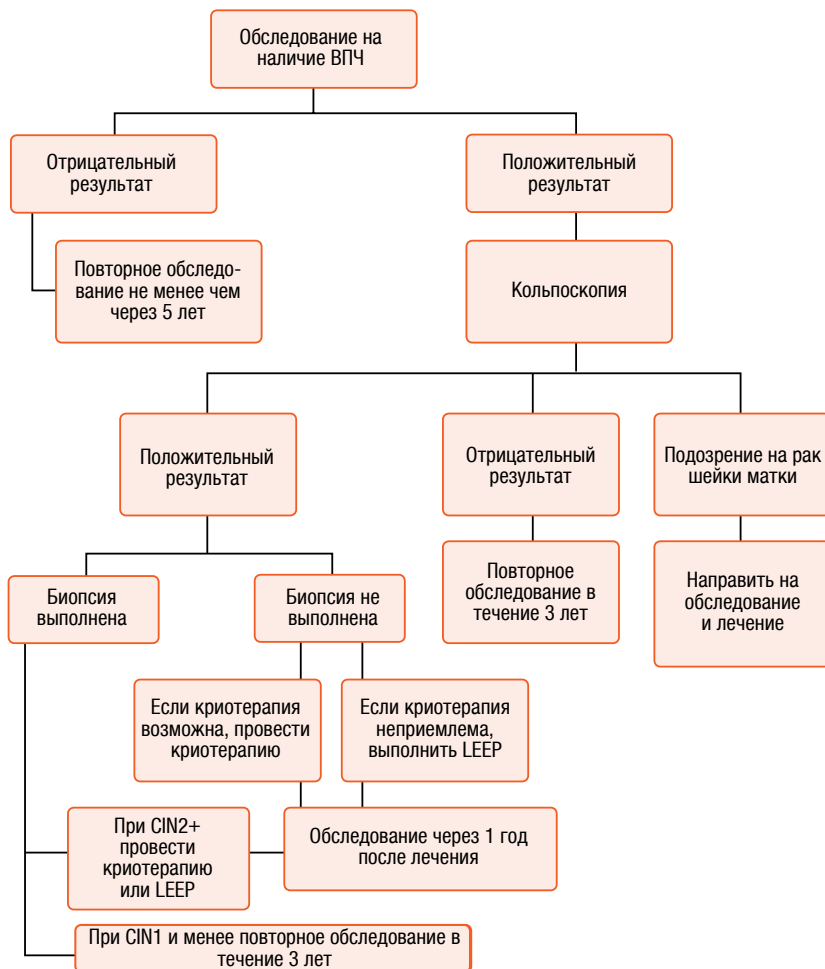
Скрининг с помощью VIA и лечение с помощью криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема



Примечание: Более подробные рекомендации о том, какие стратегии «скрининг и лечение» рекомендуются, а также информация о том, какие факторы следует учитывать при их выборе, представлены в главе 3 публикации *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention (2013)*¹⁷.

¹⁷ Рекомендации и дополнительные материалы доступны по адресу: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Скрининг с помощью обследования на наличие ВПЧ с последующей кольпоскопией (с биопсией или без нее)¹⁸ и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема



Примечание: Более подробные рекомендации о том, какие стратегии «скрининг и лечение» рекомендуются, а также информация о том, какие факторы следует учитывать при их выборе, представлены в главе 3 публикации *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention (2013)*¹⁹

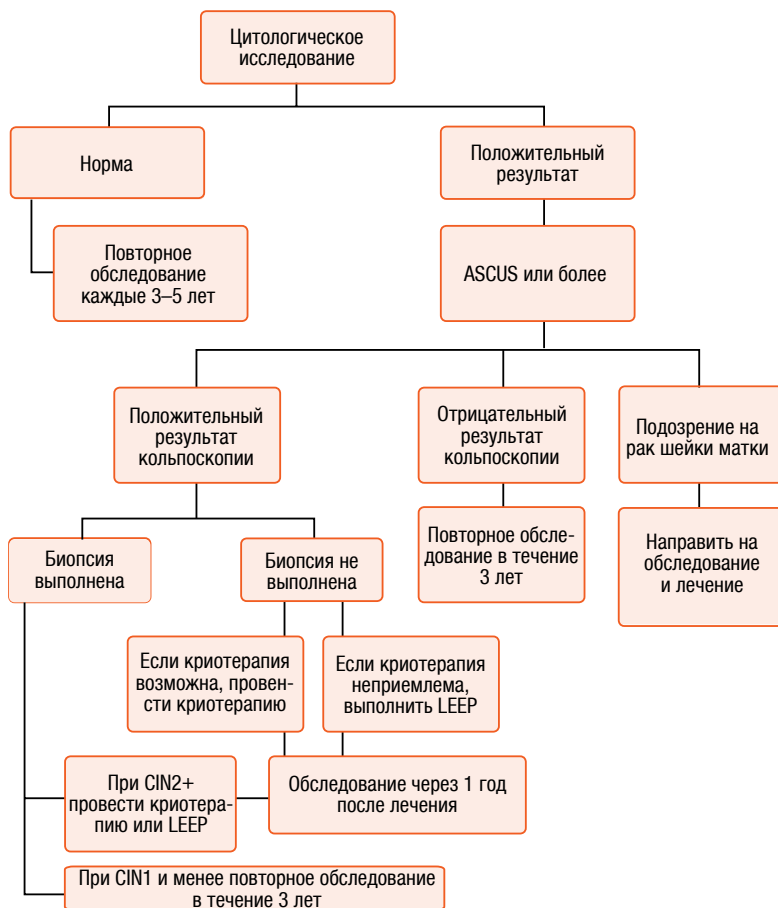
¹⁸ При положительном результате кольпоскопии возможно выполнение биопсии шейки матки для гистологического подтверждения диагноза или немедленное лечение.

¹⁹ Рекомендации и дополнительные материалы доступны по адресу:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Скрининг с помощью цитологического исследования с последующей кольпоскопией (с биопсией или без нее)²⁰ и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема

П8
Приложение 8. Схемы принятия решения для тактики «скрининг и лечение» (в отсутствие ВИЧ-инфекции или данных об инфицировании ВИЧ)



Примечание: Более подробные рекомендации о том, какие стратегии «скрининг и лечение» рекомендуются, а также информация о том, какие факторы следует учитывать при их выборе, представлены в главе 3 публикации *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention (2013)*²¹

²⁰ При положительном результате кольпоскопии возможно выполнение биопсии шейки матки для гистологического подтверждения диагноза или немедленное лечение.

²¹ Рекомендации и дополнительные материалы доступны по адресу: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

П9

Приложение 9. Схемы принятия решения для тактики «скрининг и лечение» (при наличии ВИЧ-инфекции или в отсутствие данных об инфицировании ВИЧ в областях с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции)

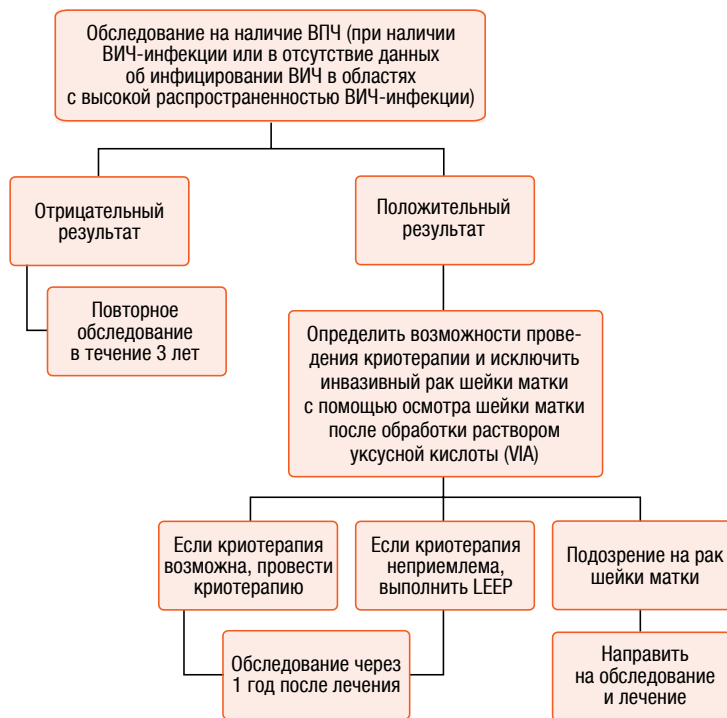
Следующие схемы принятия решения описывают шаги для каждой имеющейся тактики «скрининг и лечение». Схемы не указывают, какая тактика предпочтительна. Более подробные рекомендации о том, какие тактики рекомендуются, представлены в главе 3 публикации *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention (2013)*²². Кроме того, можно обратиться к схеме принятия решения в Приложении 7. Подробная информация о факторах, которые эксперты рассматривали при создании каждой рекомендации, содержится в таблицах доказательств к рекомендациям, представленных в этой публикации (Дополнительные материалы, Разделы А и В).

Приложение 9. Схемы принятия решения для тактики «скрининг и лечение» (при наличии ВИЧ-инфекции или в отсутствие данных об инфицировании ВИЧ в областях с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции)

²² Рекомендации и дополнительные материалы доступны по адресу: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Скрининг с помощью обследования на наличие ВПЧ и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема.

Лечение проводится при выявлении ДНК ВПЧ. При применении этой тактики осмотр шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA) используется для оценки **возможностей** проведения криотерапии.

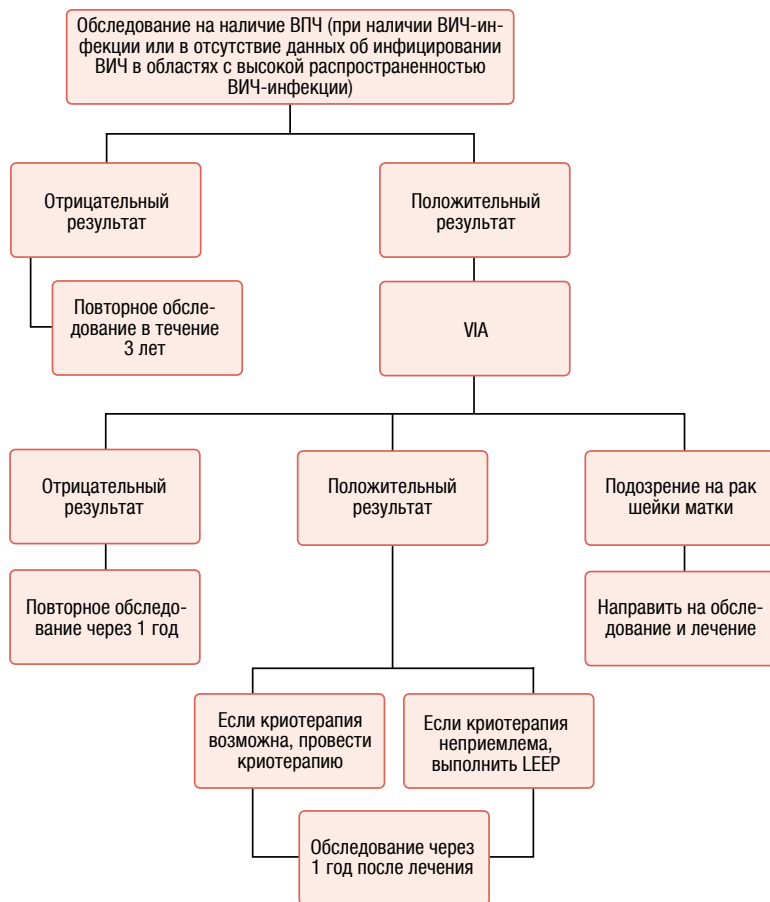


Примечание: Более подробные рекомендации о том, какие стратегии «скрининг и лечение» рекомендуются, а также информация о том, какие факторы следует учитывать при их выборе, представлены в главе 3 публикации *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention (2013)*.

П9

Скрининг с помощью обследования на наличие ВПЧ с последующим VIA и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема.

Лечение проводится при выявлении ДНК ВПЧ. Затем в качестве второго скринингового исследования для того, чтобы решить проводить или не проводить лечение, используют VIA. Лечение проводят, когда ОБА результата положительны.



Примечание: Более подробные рекомендации о том, какие стратегии «скрининг и лечение» рекомендуются, а также информация о том, какие факторы следует учитывать при их выборе, представлены в главе 3 публикации *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention (2013)*²³

²³ Рекомендации и дополнительные материалы доступны по адресу: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Скрининг с помощью VIA и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема

П9

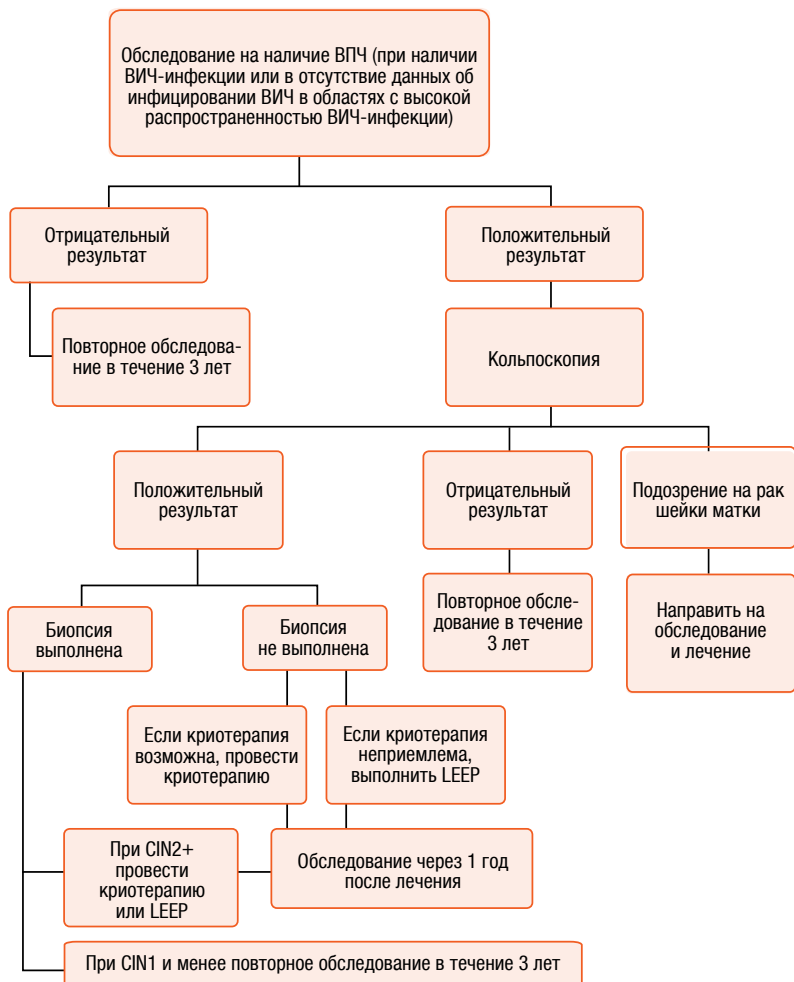


Примечание: Более подробные рекомендации о том, какие стратегии «скрининг и лечение» рекомендуются, а также информация о том, какие факторы следует учитывать при их выборе, представлены в главе 3 публикации *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention (2013)*²⁴.

²⁴ Рекомендации и дополнительные материалы доступны по адресу: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

П9

Скрининг с помощью обследования на наличие ВПЧ с последующей кольпоскопией (с биопсией или без нее)²⁵ и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема



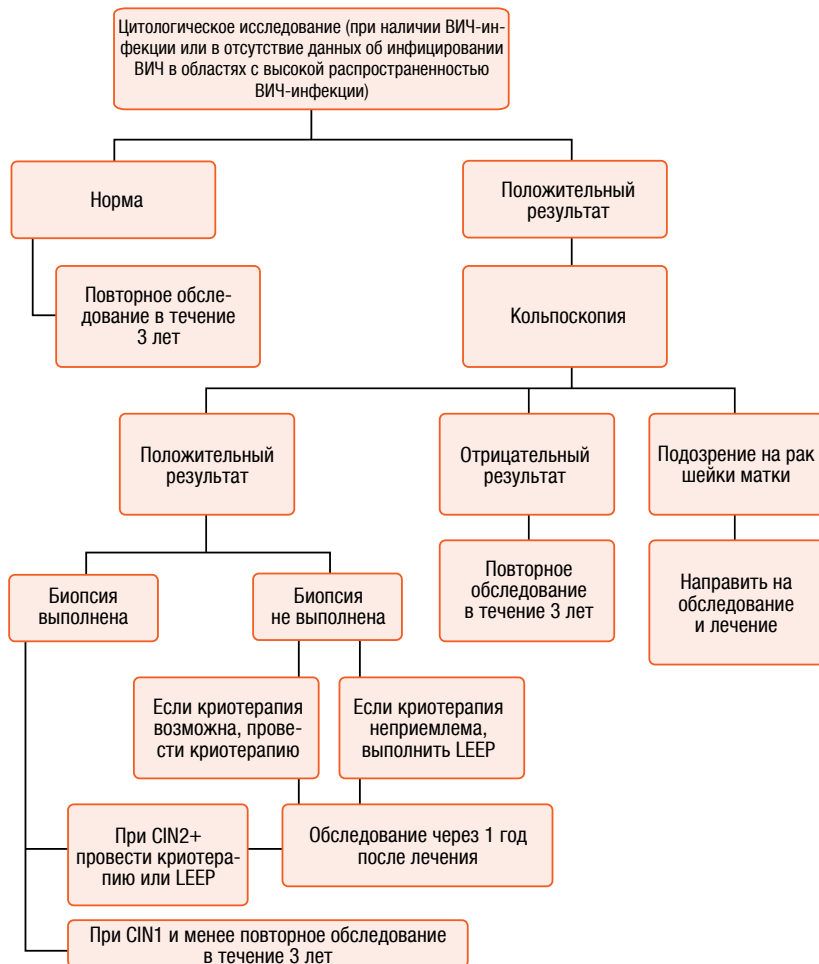
Примечание: Более подробные рекомендации о том, какие стратегии «скрининг и лечение» рекомендуются, а также информация о том, какие факторы следует учитывать при их выборе, представлены в главе 3 публикации *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention (2013)*²⁶.

²⁵ При положительном результате кольпоскопии возможно выполнение биопсии шейки матки для гистологического подтверждения диагноза или немедленное лечение.

²⁶ Рекомендации и дополнительные материалы доступны по адресу: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Скрининг с помощью цитологического исследования с последующей кольпоскопией (с биопсией или без нее)²⁷ и лечение методом криотерапии или LEEP, если криотерапия неприемлема

П9



Примечание: Более подробные рекомендации о том, какие стратегии «скрининг и лечение» рекомендуются, а также информация о том, какие факторы следует учитывать при их выборе, представлены в главе 3 публикации *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention (2013)*²⁸.

²⁷ При положительном результате кольпоскопии возможно выполнение биопсии шейки матки для гистологического подтверждения диагноза или немедленное лечение.

²⁸ Рекомендации и дополнительные материалы доступны по адресу: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Приложение 10. Лечение рака шейки матки в зависимости от стадии по классификации FIGO

Общие соображения относительно лечения рака шейки матки в зависимости от стадии.

Стадия по классификации FIGO	Характеристики больной	Возможные методы	Комментарии и возможные осложнения
<p>Примечание: Стадию по классификации FIGO определяют по результатам клинического обследования.</p>	<p>Видимые изменения подлежат биопсии для подтверждения диагноза.</p> <p>Могут приниматься во внимание исследования крови, в том числе общий анализ, биохимическое исследование функции почек и печени, исследования для исключения ВИЧ-инфекции и сифилиса.</p>	<p>При определении стадии разрешено учитывать результаты пальпации, осмотра, кольпоскопии выскабливания цервикального канала, гистероскопии, цистоскопии, ректороманоскопии, экскреторной урографии и рентгенографии органов грудной клетки и костей скелета.</p>	<p>Могут использоваться КТ, МРТ и/или ПЭТ.</p>

П10

Приложение 10. Лечение рака шейки матки в зависимости от стадии по классификации FIGO

Стадия по классификации FIGO	Характеристики больной	Возможные методы	Комментарии и возможные осложнения
IA1/IA2: опухоль ограничена шейкой матки.	Опухоль макроскопически не определяется:	Конизация шейки матки для того, чтобы определить глубину инвазии и горизонтальное распространение опухоли	<p>Если женщина планирует иметь детей, конизация шейки матки и расширенная трахелэктомия могут повышать риск самопроизвольного аборта и преждевременных родов.</p> <p>После завершения детородной функции рекомендуется экстирпация матки или модифицированная расширенная экстирпация матки.</p>
A1: глубина инвазии ≤ 3 мм, горизонтальное распространение < 7 мм	A1: женщина планирует иметь детей	<p>A1: конизация шейки матки и наблюдение при отсутствии опухолевых клеток в краях резекции.</p> <p>Экстирпация матки после завершения детородной функции</p>	
A2: глубина инвазии > 3 мм, но ≤ 5 мм, горизонтальное распространение < 7 мм	A1: женщина не планирует иметь детей	A1: экстирпация матки	
	A2: женщина планирует иметь детей	A2: ампутация шейки матки при отсутствии опухолевых клеток в краях резекции с тазовой лимфаденэктомией или расширенная трахелэктомия	
	A2: женщина не планирует иметь детей	A2: модифицированная расширенная экстирпация матки	

Стадия по классификации FIGO	Характеристики больной	Возможные методы	Комментарии и возможные осложнения
<p>IV: опухоль клинически ограничена шейкой матки или макроскопически не определяемая опухоль более чем IA2 стадии.</p> <p>IV1: ≤ 4 см</p> <p>IV2: > 4 см</p>	<p>После консультации специалиста при опухолях < 2 см с глубиной инвазии < 50% стромы шейки матки может рассматриваться менее радикальное хирургическое вмешательство (модифицированная расширенная экстирпация матки).</p>	<p>Одновременное химиолучевое лечение</p> <p>Расширенная экстирпация матки</p>	<p>Частота мочеточниковых свищей низка и одинакова при использовании обоих методов.</p> <p>У женщин детородного возраста лучевая терапия приводит к яичниковой недостаточности</p>
<p>II: опухоль выходит за пределы шейки матки, но не переходит на стенку таза или нижнюю треть влагалища.</p> <p>IIA: поражение до двух верхних третей влагалища без вовлечения параметрия</p> <p>IIВ: вовлечение параметрия</p>	<p>После консультации специалиста при опухолях IIA стадии с ограниченным распространением на влагалище возможна расширенная экстирпация матки.</p>	<p>Основной метод лечения – одновременное химиолучевое лечение.</p>	<p>Ранние и поздние осложнения лучевой терапии со стороны мочевого пузыря и кишечника.</p>
<p>III: опухоль переходит на стенку таза или нижнюю треть влагалища.</p> <p>IIIA: переход на нижнюю треть влагалища</p> <p>IIIB: переход на стенку таза</p>	<p>У всех больных с гидронефрозом и нефункционирующей почкой диагностируют III стадию в отсутствие других причин этих состояний.</p>	<p>Основной метод лечения – одновременное химиолучевое лечение.</p>	

Стадия по классификации FIGO	Характеристики больной	Возможные методы	Комментарии и возможные осложнения
IV: опухоль выходит за пределы малого таза или вовлекает слизистую мочевого пузыря / прямой кишки. IVA: распространение на соседние органы IVB: отдаленные метастазы	Больные нуждаются в индивидуальном лечении в зависимости от распространения опухоли.	С учетом индивидуального характера распространения опухоли могут рассматриваться лучевая терапия и/или химиотерапия.	При IVB стадии с множественными метастазами может быть целесообразно одномоментное симптоматическое или только паллиативное лечение.
Рецидив после хирургического лечения	Определяется специалистом	При локализованном рецидиве возможна лучевая терапия или химиолучевое лечение.	
Рецидив после лучевой терапии	Определяется специалистом	При локализованном рецидиве возможно хирургическое лечение (экзентерация таза).	

Источники:

Barakat RR, Berchuck A, Markman M, Randall ME. Principles and practice of gynecologic oncology, 6th edition. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

Wiebe E, Denny L, Thomas G. Cancer of the cervix uteri. Int J Gynaecol Obstet. 2012;119 (Suppl 2):S100–9. doi:10.1016/S0020-7292(12)60023-X.

Приложение 11. Образцы документов²⁹

Форма 11.1. Образец письма женщине, у которой выявлена патология при обследовании в рамках скрининга и которая не явилась за его результатами в предполагаемое время

Дата: _____

Уважаемая _____ [имя больной],

Мы напоминаем Вам о необходимости прийти в _____ [центр первичной медицинской помощи / больницу], чтобы обсудить результаты обследования в рамках скрининга [ИЛИ пройти лечение патологии, выявленной при обследовании в рамках скрининга], которое было проведено _____ [дата обследования в рамках скрининга]. Мы надеялись, что Вы придете на прошлой неделе, но поскольку Вы не пришли, посылаем Вам это напоминание.

Обследование в рамках скрининга выявило у вас некоторые изменения шейки матки (нижней части матки), что требует повторного посещения для _____ [дальнейшего обследования / лечения]. *(Если выявленные изменения – не рак шейки матки, вы можете добавить: Выявленные изменения не указывают на рак шейки матки, но в отсутствие лечения могут привести к его развитию.)*

Мы просим Вас прийти к нам как можно быстрее в течение ближайших 2 недель. Мы предоставим Вам всю информацию, ответим на любые вопросы и запланируем дальнейшие консультации.

Если у Вас есть какие-либо вопросы, обращайтесь, пожалуйста, по _____.

С уважением,

[медицинский работник]

²⁹ Источник: Cervical Health Implementation Project (CHIP), University of Cape Town, University of the Witwatersrand, EngenderHealth. Implementing cervical screening in South Africa, volume I: a guide for programme managers. South Africa: CHIP, National Department of Health; 2004 (https://www.westerncape.gov.za/text/2006/1/chp_manual_vol_1.pdf).

Форма 11.2. Образец карточки, которую можно использовать для отслеживания женщин, нуждающихся в повторном обследовании в рамках скрининга

П11

Приложение 11. Образцы документов

Скрининг рака шейки матки**Карточка отслеживания: вызов на повторное обследование в рамках скрининга**

Имя: _____

Идентификационный номер: _____

Дата рождения: _____

Домашний адрес: _____

Рабочий адрес: _____

Телефон: _____

Дата обследования в рамках
скрининга: _____Результат обследования
в рамках скрининга: _____Дата, на которую назначено
повторное посещение: _____**Наблюдение**Дата повторного обследования
в рамках скрининга _____:

Действия в случае неявки:

Послано письмо (дата): _____

Другие действия: _____

Примечания:

Форма 11.3. Образец карточки, которую можно использовать для отслеживания больных, направленных на консультацию

П11

Приложение 11. Образцы документов

Скрининг рака шейки матки**Карточка отслеживания: направление на консультацию**

Имя: _____

Идентификационный номер: _____

Дата рождения: _____

Домашний адрес: _____

Рабочий адрес: _____

Телефон: _____

Дата обследования в рамках
скрининга: _____Результат обследования
в рамках скрининга: _____

Назначена консультация в: _____ [название учреждения]

Дата, на которую назначена
консультация: _____**Отслеживание**Дата информирования
о консультации: _____

Результаты консультации: _____

Форма 11.4. Образец письма, информирующего учреждение, направившее женщину, о результатах консультации

П11

Приложение 11. Образцы документов

В: _____ [название направившего учреждения]

Имя женщины: _____

Идентификационный номер: _____

Из: _____

[название учреждения, в котором проведена консультация]

Женщина посетила нашу клинику: _____ [дата]

Исследования: _____ были проведены: _____ [дата]

Окончательный диагноз: _____

Проведенное лечение: _____

Рекомендуемое наблюдение: _____

Благодарим Вас за направление.

Пожалуйста, обращайтесь к нам, если Вам потребуется какая-либо информация.

С уважением,

Имя: _____ Подпись: _____ Дата: _____

Приложение 12. Лечение цервицита и воспалительных заболеваний матки и ее придатков³⁰

Лечение цервицита

При цервиците следует лечить женщину и ее партнера и проконсультировать их по использованию презервативов.

Лечение неосложненных гонореи и хламидиоза		
Возбудитель	Препарат выбора Следует выбрать один препарат из каждой ячейки = 2 препарата	Особые ситуации: беременность, кормление грудью или возраст до 16 лет Следует выбрать один препарат из каждой ячейки = 2 препарата
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>*	Цефтриаксон* , 250 мг внутримышечно однократно. Цефиксим , 400 мг внутрь однократно	Цефиксим , 400 мг внутрь однократно. Цефтриаксон , 250 мг внутримышечно однократно
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Азитромицин , 1 г внутрь однократно Доксициклин^a , 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 суток	Эритромицин^b , 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 7 суток Азитромицин , 1 г внутрь однократно. Амоксициллин , 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 суток

* Информация в таблице отражает рекомендации ВОЗ по лечению цервицита 2011 г. В настоящее время эти рекомендации обновляются в связи с высокой распространенностью резистентности *Neisseria gonorrhoeae* к фторхинолонам и снижения чувствительности к цефиксиму и цефтриаксону (цефалоспорином широкого спектра действия). Странам следует учитывать спектр резистентности *N. gonorrhoeae* и следовать национальным рекомендациям.

- Следует избегать назначения доксициклина, тетрациклина, цiproфлоксацина, норфлоксацина и офлоксацина во время беременности и кормления грудью.
- Эритромицина эстолат противопоказан во время беременности из-за гепатотоксичности. Может применяться только эритромицин в виде основания или эритромицина этилсукцинат.

³⁰ Источник: Management of sexually transmitted infections: regional guidelines. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2011 (<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290224105/en/>).

Амбулаторное лечение ВЗМП

При ВЗМП следует лечить партнера от гонореи и хламидиоза и проконсультировать пару по использованию презервативов.

Лечение гонореи (однократно) ПЛЮС хламидиоза (многократно) ПЛЮС анаэробной инфекции (многократно)	
Возбудитель	Следует выбрать один препарат из каждой ячейки = 3 препарата
Neisseria gonorrhoeae*	Цефтриаксон^а , 250 мг внутримышечно однократно Цефокситин , 2 г внутримышечно однократно
Chlamydia trachomatis	Доксициклин^б , 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 14 суток Эритромицин^с , 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 14 суток
Анаэробы	Метронидазол^д , 400–500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 14 суток

* Информация в таблице отражает рекомендации ВОЗ по лечению цервицита 2011 г. В настоящее время эти рекомендации обновляются в связи с высокой распространенностью резистентности *Neisseria gonorrhoea* к фторхинолонам и снижения чувствительности к цефиксиму и цефтриаксону (цефалоспорином широкого спектра действия). Странам следует учитывать спектр резистентности *N. gonorrhoea* и следовать национальным рекомендациям.

- С учетом спектра резистентности *N. gonorrhoea* в стране может потребоваться увеличение дозы (проверьте национальные рекомендации).
- Доксициклин противопоказан во время беременности и кормления грудью. ВЗМП редко наблюдается во время беременности.
- Эритромицина эстолат противопоказан во время беременности из-за гепатотоксичности. Может применяться только эритромицин в виде основания или эритромицина этилсукцинат.
- Больных, которым назначен метронидазол, следует предупредить о необходимости избегать приема спиртных напитков.

Примечание: О госпитализации больных с острым ВЗМП следует думать в следующих случаях:

- нельзя исключить острую хирургическую патологию, например, острый аппендицит или внематочную беременность;
- имеется подозрение на тазовый абсцесс;
- тяжесть состояния препятствует амбулаторному лечению;
- больная беременна;
- больная – подросток;
- больная не может соблюдать рекомендации или переносить амбулаторное лечение;
- амбулаторное лечение неэффективно.

Приложение 13. Как приготовить пасту Монселя

П13

Приложение 13. Как приготовить пасту Монселя

Что такое паста Монселя?

Паста Монселя – густая, вязкая, быстродействующая смесь, которую наносят на кровоточащие участки шейки матки, чтобы остановить кровотечение. Она может применяться после криотерапии, биопсии и петлевой электроэксцизии шейки матки (LEEP). Поскольку паста обладает прижигающим действием и при длительном контакте может повреждать ткани, тампонировать влагалище после ее применения нельзя.

Ингредиенты	Количество
1. Основной сульфат железа	15 г
2. Порошок сульфата железа	несколько крупиц
3. Стерильная вода для смешивания	10 мл
4. Глицериновый крахмал (см. ниже)	12 г

Приготовление:

Будьте осторожны, реакция экзотермическая (сопровождается выделением тепла).

1. Добавьте несколько крупиц порошка сульфата железа к 10 мл стерильной воды в стеклянном стакане. Взболтайте.
2. Растворите основной сульфат железа в полученном растворе, помешивая стеклянной палочкой. Раствор должен стать абсолютно прозрачным.
3. Взвесьте глицериновый крахмал (рекомендации по приготовлению см. ниже) в стеклянной ступке. Хорошо перемешайте.
4. Медленно добавьте раствор основного сульфата железа к глицериновому крахмалу, постоянно помешивая, чтобы получить однородную массу.
5. Поместите в бутылку коричневого стекла объемом 25 мл.

Примечание: В большинстве медицинских учреждений емкости с пастой Монселя хранят неплотно закрытыми, чтобы смесь обезвоживалась до тех пор, пока она не приобретет консистенцию густой пасты и не будет выглядеть как горчица. Это может занять 2–3 недели в зависимости от климата. После этого можно плотно закрыть крышку для хранения. При необходимости, чтобы сделать пасту более жидкой, в нее можно добавить стерильную воду.

Этикетка: Паста Монселя

Хранить в прохладном месте

Только для наружного применения

Использовать до: [день / месяц / год] (один год со дня изготовления)

Как приготовить глицириновый крахмал

Ингредиенты	Количество
1. Крахмал	30 г
2. Стерильная вода для смешивания	30 мл
3. Глицерин	390 г

Приготовление:

1. В фарфоровом тигеле растворите крахмал в стерильной воде.
2. Добавьте глицерин. Хорошо взболтайте.
3. Нагрейте тигель и его содержимое на газовой горелке, постоянно помешивая лопаточкой до тех пор, пока масса не приобретет густую желеобразную консистенцию.

Примечание. Не перегревайте, иначе смесь станет желтой.

Этикетка: Глицериновый крахмал

Хранить в прохладном месте

Только для наружного применения

Использовать до: [день / месяц / год] (один год со дня изготовления)

Приложение 14. Протокол гистологического исследования при раке шейки матки

П14

Приложение 14. Протокол гистологического исследования при раке шейки матки

Расширенная экстирпация матки по поводу рака шейки матки

1. Обработка макропрепарата

- Отметьте переднюю и заднюю поверхности шейки матки маркерами разных цветов.
- До рассечения измерьте длину влагалищной манжеты по передней и задней стенкам.
- Полезно сделать горизонтальный срез шейки матки несколько выше зоны трансформации, чтобы оценить края резекции. В блоки должны попасть размеченные чернилами края резекции. Не забудьте записать номера блоков, соответствующие сторонам препарата и т. д.
- Необходимы парасагиттальные и коронарные срезы эктоцервикса и влагалищной манжеты.
- Должны быть исследованы лимфатические узлы.

2. Заключение

- Гистологический тип и степень дифференцировки.
- Размер опухоли (в трех измерениях).
- Локализация.
- Глубина инвазии и расстояние до края резекции переднего, заднего, левого и правого параметров.
- Длина влагалищной манжеты и наличие инвазивного рака или CIN в стенке влагалища.
- Наличие или отсутствие опухолевых эмболов в лимфатических щелях и кровеносных сосудах.
- Число исследованных и пораженных лимфатических узлов с каждой стороны.

Форма 14.1. Протокол гистологического исследования после расширенной экстирпации матки

Заключение:

- Гистологический тип:
- Степень дифференцировки:
- Локализация:
- Размер (максимальный) ____ x ____ x ____ мм
- Наибольшая глубина инвазии: ____мм Локализация: ____
- Расстояние от краев резекции:

переднего _____мм	заднего _____мм
левого _____мм	правого _____мм
- Влагилицная манжета:

передняя стенка ____мм	задняя стенка ____мм
------------------------	----------------------
- Поражение лимфатических узлов и/или сосудов:

Лимфатические сосуды (число пораженных / число исследованных):

левые наружные подвздошные _____	правые наружные подвздошные _____
левые внутренние подвздошные _____	правые внутренние подвздошные _____
левые запираательные _____	правые запираательные _____

Другие (уточните) _____

П14

Словарь

С

Словарь

Примечание. Толкования, приведенные в этом словаре, отражают те значения терминов, в которых они употребляются в этом руководстве. Толкования других словарей могут быть более общими и широкими.

Аденокарцинома – железистый рак, например, исходящий из цилиндрического эпителия цервикального канала.

Адьювантная терапия – лечение, дополняющее основной метод первичного лечения (см. также Первичное лечение).

Атипичные клетки – клетки, выявляемые при цитологическом исследовании мазков с шейки матки, которые предполагают наличие патологии, но не позволяют поставить диагноз.

Базальная мембрана – тонкий слой ткани, лежащий под эпителием.

Белый эпителий – участок эпителия шейки матки, который становится белым после обработки раствором уксусной кислоты.

Биопсия – удаление фрагмента измененной ткани для микроскопического исследования с целью установить диагноз.

Брюшина – тонкая ткань, образующая непрерывную выстилку стенок и органов брюшной полости.

Внутриполостная лучевая терапия (или брахитерапия) – вид лучевой терапии, при котором источник ионизирующего излучения, заключенный в иглы, зерна, проволоку или катетеры, помещается непосредственно в опухоль или рядом с ней¹.

Воспроизводимость – вероятность получения тех же результатов лечения или исследования при многократном повторении.

Вторичная профилактика – раздел профилактической медицины, объединяющий мероприятия, направленные на раннее выявление, направление на консультацию и быстрое начало лечения с целью остановить развитие болезни или инвалидности².

Выживаемость – доля больных, живых через определенный период времени.

Выскабливание цервикального канала (ВЦК) – процедура, во время которой с помощью специального тонкого инструмента или шпателя аккуратно снимают часть поверхностных клеток, выстилающих стенку цервикального канала. Это простая процедура, занимающая всего несколько минут.

¹ Из Словаря онкологических терминов Национального института рака США (NCI) (<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>).

² Из Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, Elsevier, 2009, цитата по: Free Dictionary online.

Гистеротомия – рассечение матки для доступа в ее полость.

Гистологическое исследование – исследование микроскопической структуры тканей посредством изучения их окрашенных тонких срезов с целью определения наличия или отсутствия патологии.

Двухвалентная вакцина – вакцина, стимулирующая иммунный ответ на два разных антигена, например, Церварикс – двухвалентная вакцина, которая защищает организм от инфекции, вызываемой ВПЧ типов 16 и 18, которые вызывают большинство случаев рака шейки матки³.

Действенность – мера того, насколько лечение снижает опасные последствия в целевой группе.

Дисплазия – состояние, сопровождающееся изменением клеток, которое выявляется при микроскопическом исследовании, но не является раком⁴.

Дистанционная лучевая терапия (или телетерапия) – вид лучевой терапии, при котором высокоэнергетическое ионизирующее излучение создается установкой, не контактирующей с телом больного⁵.

Заболеваемость – число новых случаев болезни, выявленных в определенной популяции за определенный период времени, например, если в стране живут 5 000 000 женщин и ежегодно выявляют 500 новых случаев рака шейки матки, грубый (не стандартизованный по возрасту) показатель заболеваемости раком шейки матки будет 100 на 1 000 000 женщин в год или 10 на 100 000 женщин в год.

«Золотой» стандарт – исследование, имеющее наиболее высокие чувствительность и специфичность; применяется для сравнения с другими сходными исследованиями.

Зона трансформации – изменчивая структура, формирующаяся в пубертатном периоде, это область, в которой происходит смена железистого эпителия многослойным плоским⁶ (см. также Переходная зона).

Изменения плоского эпителия высокой степени злокачественности – термин, используемый в Мэрилендской системе для описания изменений, которые в отсутствие лечения с высокой вероятностью приведут к развитию рака шейки матки; включают CIN2 и CIN3.

³ Из Словаря онкологических терминов Национального института рака США (NCI) (<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>) (с изменениями).

⁴ Из Словаря онкологических терминов NCI.

⁵ Из Словаря онкологических терминов NCI.

⁶ Mukonoweshuro P, et al. (2005).

Изменения плоского эпителия – предраковая патология многослойного плоского эпителия шейки матки. Мэрилендская система различает изменения плоского эпителия низкой (LSIL) и высокой (HSIL) степени злокачественности. Для оценки результатов цитологического исследования мазков с шейки матки должны использоваться только эти термины.

Иммунокомпетентный – способный давать нормальный иммунный ответ⁷.

Иммунокомпрометированный – имеющий сниженный иммунитет, т. е. пониженную способность организма противостоять микробам и чужеродным веществам, например, при ВИЧ-инфекции.

Индурация – уплотнение ткани, особенно кожи, обусловленное отеком, воспалением или инфильтрацией опухолью⁸.

Инфильтрирующий – растущий внутрь.

Истинноотрицательный результат рассчитывается из специфичности метода; при истинноотрицательном результате лицо не нуждается в лечении и не будет получать его.

Истинноположительный результат рассчитывается из чувствительности метода; при истинноположительном результате лицо получает лечение, которое ему необходимо.

Койлоцитоз – изменение клеток, характеризующееся появлением вакуолей вокруг ядра.

Кольпоскопия – это исследование шейки матки и влагалища с помощью прибора, обеспечивающего яркое освещение и увеличение изображения и позволяющего изучать строение поверхностных слоев эпителия и подлежащих кровеносных сосудов. Аналогичное исследование вульвы называется вульвоскопией.

Компьютерная томография (КТ) – исследование с помощью рентгеновского излучения, которое позволяет получить трехмерные изображения внутренних органов и тканей, которые могут использоваться для диагностики, планирования лечения и оценки его эффективности⁹.

Кондилома – бородавчатая структура, образование которой вызывают неонкогенные типы ВПЧ; наблюдается также при сифилисе.

⁷ Из Словаря онкологических терминов NCI.

⁸ Из Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, Elsevier, 2009, цитата по: Free Dictionary online (<https://medical-dictionary.thefreedictionary.com>).

⁹ Из Словаря онкологических терминов NCI (с изменениями).

Консультирование – это предоставление совета или рекомендаций (обычно один на один) информированным лицом, облегчающее принятие решения другим лицом. Консультирование обычно проводится конфиденциально.

Кофактор – фактор, который способствует или усиливает действие фактора, вызывающего изменения; обычно сам по себе не активен.

Криотерапия – метод, подразумевающий контакт сильно охлажденного металлического диска (криозонда) с шейкой матки и замораживание контактирующих с ним измененных участков вместе с нормальными тканями. Криодеструкция устраняет предраковую патологию посредством замораживания (метод, подразумевающий деструкцию тканей).

Лапароскопия – вмешательство, подразумевающее введение лапароскопа (тонкого трубчатого инструмента с источником света и оптической системой) через брюшную стенку для осмотра брюшной полости.

Лапаротомия – хирургический доступ в брюшную полость.

Ложноположительный результат рассчитывается из специфичности метода; при ложноположительном результате здоровый получает ненужное лечение.

Ложноотрицательный результат рассчитывается из чувствительности метода; при ложноотрицательном результате больной не получает необходимого лечения, поскольку патология у него не выявляется.

Лучевая терапия (радиотерапия) – лечение опухолей невидимым излучением (ионизирующим), направленным на опухоль и окружающие ткани. Ионизирующее излучение проникает в организм и разрушает опухолевые клетки, в результате опухоль разрушается частично или полностью – разрушенные клетки выводятся из организма.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) – метод исследования, объединяющий радиоволны, мощный магнит и компьютер для создания подробных изображений структур внутри тела человека (более высокого качества, чем КТ или рентгенография), которые позволяют отличать нормальные ткани от измененных¹⁰.

Менархе – возраст первой менструации.

Метаплазия – превращение одного типа ткани в другой, например многослойного плоского эпителия в цилиндрический.

¹⁰ Из Словаря онкологических терминов NCI.

Метастаз – появление опухоли, очень похожей на первичную, в удаленном органе.

Микроинвазивный рак шейки матки – опухоль, ограниченная шейкой матки, с глубиной инвазии не более 5 мм и горизонтальным распространением не более 7 мм; может быть диагностирована только при гистологическом исследовании.

Мобилизация общественности – это процесс привлечения общественности и создания поддержки для тех, кто нуждается в медицинской помощи, с целью формирования стойкого общественного лидерства и участия.

Мониторинг – это непрерывный контроль деятельности, цель которого убедиться, что она соответствует плану, и оказывать помощь в ее управлении. Мониторинг подразумевает определение методов оценки деятельности, использования ресурсов и результатов оказания услуг в соответствии с установленными критериями.

Неоплазия – процесс роста или формирования опухоли, иногда злокачественной.

Ножевая конизация (НК) – это удаление конусовидного фрагмента шейки матки, включающего как наружную (эктоцервикс), так и внутреннюю (эндоцервикс) ее части. Обычно выполняет в стационаре. Размеры удаляемого фрагмента шейки матки зависят от размера очага поражения и вероятности инвазивного рака шейки матки.

Онкогенные типы ВПЧ (или типы ВПЧ высокого риска) – типы вируса папилломы человека (ВПЧ), которые вызывают рак шейки матки.

Онкогенный – имеющий потенциал или возможность вызывать рост опухолевых клеток/опухолей.

Опиоиды – препараты, устраняющие сильную боль, например, морфин.

Отрицательный результат скрининга – результат, который подразумевает отсутствие патологии.

Охват – доля лиц целевой группы, получивших данный вид медицинской помощи за определенное время.

Оценка – это систематическое объективное изучение релевантности, адекватности, развития, эффективности, действенности и последствий действий относительно задач с учетом используемых ресурсов и средств.

Параметрий – ткани между маткой и стенкой таза.

Патология – наука, изучающая болезни и их влияние на организм человека.

Патоморфологическое исследование – изучение изменений тканей в результате болезни; использует те же методы, что и гистологическое исследование, но изучает биоптаты измененных тканей.

Первичная профилактика – мероприятия, направленные на борьбу с причинами болезни; при раке шейки матки это – профилактика инфекции, вызываемой ВПЧ.

Первичное лечение – лечение заболевания или состояния, которое обычно проводят первым с целью излечения.

Переходная зона (ПЗ) – зона перехода железистого эпителия в многослойный плоский на шейке матки; является частью зоны трансформации¹¹ (см. также Зона трансформации).

Персистирующий – термин описывает патологию или заболевания, которые не исчезают за определенный период времени.

Петлевая электроэксцизия шейки матки (LEEP) – это удаление измененных участков шейки матки и всей зоны трансформации с помощью петлевого электрода, сделанного из тонкой проволоки и подсоединенного к электрохирургическому аппарату; петлевой электрод одновременно режет и коагулирует ткани; окончательную коагуляцию проводят шаровидным электродом.

Пилотное исследование – показательное исследование, в которое включают ограниченное число лиц; его цель – предоставить информацию о проведении мероприятия, необязательно о его результате (последний оценивают на большой популяции).

Повторное лечение – лечение, которое проводят после другого (первичного).

Показатель заболеваемости – доля населения, страдающего определенной болезнью за определенный период времени; часто выражена в числе случаев на 100 000 населения в год.

Положительный результат обследования в рамках скрининга – результат, который подразумевает наличие патологии.

Предсказательная ценность отрицательного результата – вероятность отсутствия болезни при отрицательном результате исследования.

Предсказательная ценность положительного результата – вероятность болезни при положительном результате исследования.

Придатки матки – ткани и органы, расположенные латерально от матки и включающие маточные трубы, яичники и связки матки.

Прогноз – предсказание исхода болезни, основанное на опыте применения одинакового лечения той же болезни в той же стадии у многих больных.

¹¹ Mukonoweshuro P, Oriwolo A, Smith M. Audit of the histological definition of cervical transformation zone. J Clin Pathol. 2005;58(6):671.

Пропаганда – мероприятия за пределами лечебно-профилактических учреждений, направленные на привлечение целевых групп с целью санитарного просвещения по определенным проблемам и улучшения доступа к медицинской помощи.

Рак in situ – преинвазивный рак, при котором поражается весь пласт покровной ткани, или эпителия, органа (например, шейки матки), но нет проникновения через базальную мембрану.

Распространенность – доля населения, страдающего определенной патологией в определенный момент времени.

Регрессия – исчезновение или уменьшение патологии.

Рентабельность – отношение эффекта или результатов к затратам (финансовым средствам, использованному оборудованию, затраченному времени).

Рентабельный – термин описывает мероприятие или процедуру, которые оказывают положительное действие на заболевание или состояние, адекватное затратам (финансовым средствам, использованному оборудованию, затраченному времени).

Рецидив болезни – возобновление болезни, которая исчезла на фоне лечения.

Санитарное просвещение – обмен информацией с целью повышения осведомленности и знаний о том, как сохранять здоровье и предупреждать болезни, в том числе информацией о доступных ресурсах и пользе обращения за медицинской помощью.

Свищ – патологическое сообщение между полыми органами; при раке шейки матки свищ может образоваться между влагалищем и прямой кишкой в результате как прорастания опухоли, так и поздних осложнений лучевой терапии.

Синдромальное лечение – подход к лечению инфекций, основанный на знании основных причин имеющих симптомов; например, при цервиците можно назначить антибиотики, эффективные в отношении возбудителей гонореи и хламидиоза, не прибегая к исследованиям, направленные на определение возбудителя.

Синкопе – обморок.

Скрининг – это мероприятие, проводимое в сфере охраны общественного здоровья и осуществляемое в целевых группах лиц, не предъявляющих жалоб. Скрининг проводят не для того, чтобы диагностировать заболевание, а чтобы выявить лиц с высоким риском развития этого заболевания или его предшественников.

Смертность – доля населения, которое умирает от определенной патологии за определенный период времени; часто выражается в числе умерших на 100 000 населения в год.

Специфичность – доля здоровых, правильно выявленных с помощью исследования (истинноотрицательных результатов).

Телетерапия – см. Дистанционная лучевая терапия.

Трахелэктомия – операция, подразумевающая удаление шейки матки и сохранение тела матки.

Третичная профилактика – раздел профилактической медицины, объединяющий мероприятия, направленные на реабилитацию и возврат максимальной трудоспособности при минимальном риске рецидива физического или психического расстройства¹².

«Цветная капуста» – термин, описывающий беспорядочный рост опухоли, направленный наружу.

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) – предраковая патология покровной ткани, или эпителия, шейки матки. Диагноз ставят при микроскопическом исследовании. В зависимости от толщины измененного пласта (одна треть, две трети или весь пласт полностью) выделяют CIN1, CIN2 и CIN3 соответственно.

Цитолог, цитопатолог, цитолог-лаборант – специалист, обученный микроскопическому исследованию мазков для выявления измененных клеток.

Цитологическое исследование – исследование структуры клеток под микроскопом. Выявленную при этом патологию подтверждают при гистологическом исследовании.

Частота излечения – доля заболевших, излеченных определенным методом лечения.

Четырехвалентная вакцина – вакцина, стимулирующая иммунный ответ на четыре разных антигена, например, Гардасил – четырехвалентная вакцина, которая защищает организм от инфекции, вызываемой ВПЧ типов 6, 11, 16 и 18¹³.

Число лимфоцитов CD4 – CD4 (кластер дифференцировки 4) – гликопротеид, обнаруживаемый на поверхности определенных лейкоцитов (Т-лимфоцитов); от их числа зависит стадия ВИЧ-инфекции или СПИДа.

¹² Из Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, Elsevier, 2009, цитата по: Free Dictionary online.

¹³ Из Словаря онкологических терминов Национального института рака США (NCI) (<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>) (с изменениями).

Чувствительность – доля больных, правильно выявленных с помощью исследования (истинноположительных результатов).

Экзофитный – растущий наружу.

Экскреторная урография (внутривенная урография) – рентгенологическое исследование мочевых путей (почек, мочевого пузыря и мочеточников – трубчатых структур, по которым моча поступает из почек в мочевой пузырь) с йодсодержащим рентгеноконтрастным средством, вводимым внутривенно.

Экстирпация матки – операция, подразумевающая удаление тела и шейки матки; если удаляется только тело матки, операция называется надвлагалищной ампутацией матки¹⁴.

Эпидемиология – это наука о распределении и детерминантах состояний и событий, имеющих отношение к здоровью (в том числе болезней), а также о применении этих знаний к борьбе с болезнями и решению других проблем здравоохранения.

Эпителий – покровная ткань или выстилка, состоящая из одного или нескольких слоев клеток, обычно защищает орган, который выстилает.

Эффективность – способность метода лечения давать желаемый эффект.

Язвенный – внедряющийся в ткань и вызывающий образование язвы; используют при описании некоторых злокачественных опухолей.

¹⁴ Из Словаря онкологических терминов NCI.

Дополнительную информацию можно получить по адресу:

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: eucontact@who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int

