

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Воробьев С.Л., И.Н. Костючек,

*Лаборатория морфологических исследований, ФБГУ Санкт-Петербургский
клинический комплекс*

«Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова МЗСР»

В мировой практике действуют различные программы скрининга РШМ, основанные, в основном, на цитологическом; визуальном осмотре шейки матки с использованием 3-5% раствора уксусной кислоты; ДНК-ВПЧ-тесте. Используется программа этапного, последовательного скрининга: на 1-м этапе проводится цитологическое исследование, при положительном результате в отношении плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки (SIL) проводится 2-й этап — ДНК-ВПЧ-тест. Цитологический скрининг признан наиболее эффективным для выявления онкопатологии шейки матки, он имеет наибольшую специфичность и чувствительность — 98-99% и 50-75%, соответственно. Снижение экономической эффективности цитологического исследования связано с возможной гипердиагностикой патологических состояний шейки матки, требующих кольпоскопического исследования. Эта проблема может быть решена благодаря использованию этапного скрининга (цитологическое исследование в сочетании с ДНК-ВПЧ-типированием), который обладает максимальной отрицательной прогностической ценностью в отношении SIL и позволяет увеличить интервал скрининга без потери чувствительности; это оказывает максимальное влияние на экономическую эффективность программы скрининга. Эффективность скрининга РШМ может быть высокой при сочетании ряда условий:

1. Если скрининг организован в рамках национальной программы по борьбе с раком, то программа скрининга должна быть централизованной и регламентирована соответствующими нормативными документами.
2. Оптимальным следует считать финансирование программы скрининга из средств государственного бюджета.
3. Для реализации программы скрининга необходимо выделять соответствующие материально-технические средства и привлекать достаточные кадровые ресурсы.
4. Должны быть определены критерии включения женщин в группу, подлежащую скринингу, и установлен оптимальный интервал скрининга. При этом охват скринингом целевой группы должен быть не менее 75-80%.
5. Методы, с помощью которых проводится скрининг и формы отчетности о результатах скрининга должны соответствовать задачам скрининга и быть сопоставимы с таковыми в других странах.
6. Необходимо иметь централизованную информационную базу данных для мониторинга, а также адекватную систему контроля качества этапов скрининга.
7. Должен быть разработан алгоритм ведения пациенток с выявленными при скрининге отклонениями от нормы; должна выполняться этапность дальнейшего обследования и лечения на базе соответствующих территориальных медицинских организаций.

В настоящее время в России проводится оппортунистический скрининг (добровольный скрининг или скрининг по возможности), в котором участвует 14-50% женского населения; межскрининговый интервал варьирует от 1 до 5 лет. Существующие в России нормативные документы не дают однозначных ответов на вопросы, касающиеся времени начала скрининга рака шейки матки и временного интервала между тестами. Так Приказ МЗ СССР № 1253 от 30.12.76 года предполагает начало скрининга с 18-ти лет,

Приказ МЗ РФ № 50 от 10.02.2003 года — с 30 лет, а Приказ МЗ РФ № 103 от 2002 года о проведении целевой диспансеризации в Москве — с 35 лет. В 2006 году вышло руководство для врачей «Профилактика рака шейки матки» под редакцией Кулакова В.И., Паавонен Й., Прилепской В.Н., в котором авторы, основываясь на опыте различных стран по организации скрининга РШМ, предложили для проведения профилактических программ в России следующие рекомендации: возрастная группа, подлежащая скринингу — 25-65 лет, интервал скрининга — каждые 3 года у женщин моложе 50 лет и каждые 5 лет у женщин в возрасте 50-65 лет. Группы пациенток, которым должно проводиться цитологическое исследование в динамике, независимо от возраста: женщины с тотальной гистерэктомией по поводу доброкачественных заболеваний матки; женщины с субтотальной гистерэктомией; женщины с гистерэктомией по поводу инвазивного цервикального рака; женщины с указанием на поражение CIN II, III в анамнезе. В Европе и Америке «золотым стандартом» цитологического скрининга РШМ является PAP-тест. Терминология системы Бетесда 2001 (TBS), позволяющая пользоваться унифицированной общепринятой терминологией, дающая критерии для оценки качества препарата и имеющая четкий алгоритм дальнейшей тактики наблюдения за пациенткой при выявлении отклонений от нормы, должна быть рекомендована для описания результатов цитологического исследования. Рекомендуется регистрировать изменения, которые могут иметь клиническое значение: изменения эпителия, связанные с поражением вирусом герпеса, наличие *Trichomonas vaginalis*, *Candida* и т.д. Такие особенности как микрогландулярная гиперплазия, тубарная метаплазия и т.д. отмечать не следует. В группе HSIL не имеет смысла выделение CIN II, CIN III, карциномы *in situ*, так как это задача не цитологическая, а гистологическая. Цитологическое заключение HSIL или ASC-N является показанием к проведению кольпоскопического исследования с биопсией. Во многих странах при скрининге, наряду с традиционной цитологией, все шире применяется жидкостная цитология. Этот метод следует считать альтернативой традиционной цитологии, т.к. диагностическая ценность обоих методов сопоставима, при этом стоимость исследования при жидкостной цитологии значительно выше, в связи с чем для развивающихся стран этот метод в качестве скринингового пока остается недоступным. Пока не доказана при скрининге РШМ эффективность иммуноцитохимического исследования, в частности выявление p16ink4a, данный метод можно использовать в качестве дополнительного диагностического исследования. Таким образом, при планировании скрининговой программы РШМ в России следует учесть опыт различных стран по организации скрининга, выбрать наиболее оптимальную, с учетом сложившихся в последние годы в стране социально-экономических условий.