

Автор:

доц. д-р НИКОЛА ВАСИЛЕВ, дм
национален консултант по акушерство и гинекология
към Министерство на здравеопазването





Съдържание

| | |
|---|----|
| Основни методи за превенция на рака на маточната шийка | 5 |
| <i>Организиран популационен скрининг</i> | 5 |
| <i>Основания за въвеждането на организиран популационен скрининг за рми</i> | 6 |
| <i>Анти-HPV вакцинация</i> | 7 |
| Нормативна база за провеждане на скрининг за рак на маточната шийка в България | 9 |
| Медицински процедури, свързани със скрининга за рак на маточната шийка | 9 |
| <i>Скринингов преглед</i> | 9 |
| <i>Същност на скрининговия преглед</i> | 9 |
| <i>Контингент, подлежащ на скринингов преглед</i> | 10 |
| <i>Интервал между скрининговите прегледи</i> | 10 |
| <i>Изпълнител на скрининговия преглед</i> | 10 |
| <i>Техника на скрининговия преглед</i> | 11 |
| <i>Отчитане на дейността</i> | 11 |
| <i>Контрол върху качеството на скрининговия преглед</i> | 12 |
| <i>Скринингов тест</i> | 12 |
| <i>Същност на скрининговия тест</i> | 12 |
| <i>Изпълнител на скрининговия тест</i> | 12 |
| <i>Техника на скрининговия тест</i> | 12 |
| <i>Интерпретация на скрининговия тест</i> | 12 |
| <i>Пресяване</i> | 12 |
| <i>Категоризиране</i> | 13 |
| <i>Терминология на резултатите от скрининговия тест</i> | 13 |
| <i>Логистика на скрининговия тест</i> | 13 |
| <i>Отчитане на дейността</i> | 13 |
| <i>Контрол върху качеството на скрининговия тест</i> | 14 |
| <i>Други скринингови тестове</i> | 14 |
| <i>Медицински процедури при позитивен резултат от цитологичното изследване (диагностично уточняване, уточняваща диагноза)</i> | 14 |
| <i>Методи за диагностично уточняване на сигнализираните от скрининга случаи</i> | 14 |
| <i>Колпоскопия</i> | 14 |
| <i>Прицелна биопсия</i> | 15 |
| <i>Пробно абразиво на цервикалния канал</i> | 15 |
| <i>Логистика на биопсичното изследване</i> | 15 |
| <i>ДНК-тестове</i> | 16 |
| <i>Логистика на диагностичното уточняване</i> | 16 |
| Лечебни заведения - участници в националната програма за цервикален скрининг | 16 |
| <i>Лечебни заведения - изпълнители на скринингов преглед за рак на маточната шийка ..</i> | 16 |
| <i>Лечебни заведения - изпълнители на скринингов тест за рак на маточната шийка</i> | 18 |
| Лечение на цервикална интраепителна неоплазия | 19 |
| <i>Показания за лечение</i> | 19 |
| <i>Лечебни методи</i> | 19 |
| <i>Тъканно-деструктивно лечение</i> | 20 |
| <i>Лечебни заведения за лечение на CIN</i> | 20 |
| Стадиране на установен по време на скрининга карцином | 21 |
| Анти-HPV ваксини | 21 |
| Перспективи пред превенцията на рака на маточната шийка в България | 22 |



| | |
|---|----|
| Използвана литература | 24 |
| Приложения | 26 |
| <i>Приложение 1</i> | 26 |
| Специфични термини, отнасящи се до рака на маточната шийка | |
| <i>Приложение 2</i> | 27 |
| Информирано съгласие за скринингов преглед | |
| <i>Приложение 3</i> | 34 |
| Покана за скринингов преглед | |
| <i>Приложение 4</i> | 35 |
| Фиш за скринингов тест | |
| <i>Приложение 5</i> | 36 |
| Конверсионна таблица на различните номенклатури за формулиране на резултати от скрининговия тест за рак на маточната шийка | |
| <i>Приложение 6</i> | 37 |
| Терминология на колпоскопските образи | |
| <i>Приложение 7</i> | 40 |
| Покритие чрез скринингов преглед в рамките на националната програма за цервикален скрининг през Година | |
| <i>Приложение 8</i> | 41 |
| Резултат от всички скринингови тестове в рамките на националната програма за цервикален скрининг през Година | |
| <i>Приложение 9</i> | 42 |
| Уведомително писмо за резултат от скрининговия преглед за рак на маточната шийка | |
| <i>Приложение 10</i> | 43 |
| Принципи за лечение на цервикална интраепителна неоплазия | |
| <i>Приложение 11</i> | 45 |
| Инструкции за следлечебен режим след тъканно-деструктивно лечение или бримкова електроексизия на цервикална интраепителна неоплазия | |
| <i>Приложение 12</i> | 46 |
| Критерии за стадиране на рака на маточната шийка | |



Основни методи за превенция на рака на маточната шийка

Източници: [3], [4], [5], [8], [10], [13], [15], [17]

Организиран популационен скрининг

Скринингът е метод за вторична профилактика на рака, чрез който се издирват случаи с предракови и ранни ракови изменения в населението. Различаваме организиран популационен скрининг и опортюнистичен скрининг. Разликите между тях са обобщени в таблица 1.

Таблица 1: Основни разлики между организиран популационен скрининг и опортюнистичен скрининг

| | Организиран популационен скрининг | Опортюнистичен скрининг |
|---|---|--|
| Явяване на скринингов преглед | По правила, залегнали в Национална програма и прилагани с помощта на система за известяване на населението. | По желание на потребителя или по предложение на медицинско лице или по изискване на осигурителя. Липсва система за известяване на населението. |
| Контингент на скрининга | Цялото здраво население в определена възрастова категория. | Групи от населението – например т.нар. „рискови групи” или представителни на по-заможните и по-просветени слоеве. |
| Параметри на скрининга (скринингов интервал, възрастова категория, скринингов тест, показатели за оценка) | Унифицирани в национален мащаб. | Често варират според изпълнителя / осигурителя. |
| Външен контрол и оценка на скрининговите дейности | Съсредоточени в независим оторизиран орган. | Липсва независим оторизиран орган за външен контрол и оценка. |
| Качество на услугата | Едно и също за всички потребители. | Варира според изпълнителя/осигурителя. |
| База данни за резултатите от скрининга | Поддържа се в централен скринингов регистър. Обхваща резултатите от скрининга в национален мащаб. | Може да се поддържа на ниво изпълнител или осигурител. Липсва централен (национален) скринингов регистър. |

Към настоящия момент организираният популационен скрининг остава най-широко разпространен и най-ефективен метод за превенция на рака на маточната шийка (РМШ).

За въвеждането на организиран популационен скрининг за РМШ същест-



вуват следните основания:

1. РМШ е заболяване, което води до смъртен изход или загуба на трудоспособност в най-активната възраст на жените. В България е налице устойчива тенденция към повишение на заболяемостта и смъртността от РМШ. Стойностите, достигнати през последните години (фактическа заболяемост около 29 на 100 000 жени за 2007 г.), превръщат разпространението на РМШ в проблем за българското здравеопазване.
2. Скринингът за РМШ е доказал своята здравно-демографска и икономическа ефективност във всички страни, възприели програми за организиран популационен скрининг. Обратно – в повечето страни, в които скринингът за РМШ е опортюнистичен (между които е и България), резултатите от него са незадоволителни.
3. Развитието на РМШ по правило преминава през фази на преинвазивни (предракови) изменения.
4. Както преинвазивните изменения, така и инвазивният РМШ се развиват в достъпни за изследване участъци на човешкото тяло. Това позволява
 - ▣ получаване на ексфолиативен материал за цитологично изследване от лезията – практически във всички случаи;
 - ▣ директен оглед с подходящ оптичен прибор (колпоскоп) – в много голяма част от случаите.

Както взимането на материал за цитологично изследване, така и колпоскопията са безопасни методи, които се осъществяват без ятрогенен травматизъм за пациентката.

5. Морфологичните разлики между абнормните клетки и нормалните типове цервикален епител са достатъчно категорични, за да позволят висока достоверност на цитологичното изследване.
6. Признаците, по които колпоскопският образ на преинвазивните изменения и РМШ се отличава от колпоскопския образ на незасегнатата от неоплазма маточна шийка, са достатъчно категорични, за да позволят висока достоверност на колпоскопското изследване.
7. Времето, за което преинвазивните изменения се превръщат в инвазивен РМШ е достатъчно дълго (десет и повече години). Това дава възможност измененията да бъдат идентифицирани, уточнени чрез хистологично изследване и лекувани, без пациентката да е подложена на рискове, свързани със забавяне.
8. Адекватното лечение на преинвазивните изменения води до тяхното пълно излекуване, т.е. потенциалът им за еволюция към инвазивен растеж престава да съществува.
9. Идентифицирането, уточняването и лечението на преинвазивните изменения са по-евтини от лечението на инвазивния рак.

Специфичната терминология, ползвана при описание на цервикалния скрининг, е посочена в Приложение 1.



Анти-HPV вакцинация

Днес се приема за доказано, че в развитието на РМШ решаващо участие има вирусът на човешкия папилом (HPV). Вирусологичните изследвания (ДНК-тестове) откриват нови възможности за цервикален скрининг, за прогнозиране на преинвазивните изменения и за проследяване на резултатите от лечението им.

Създаването на ваксини срещу някои типове HPV позволява превенцията на РМШ да излезе от рамките на вторичната профилактика (скрининг) и да се допълни с първична профилактика (анти-HPV вакцинация).

Анти-HPV вакцинацията е единствен метод за ефективна и дълготрайна първична профилактика на заболявания, в чиято патогенеза участват ваксиналните типове HPV, включително за първична профилактика на РМШ.

Ефективността на анти-HPV ваксините срещу последващо развитие на инфекцията, причинена от ваксиналните типове HPV, е практически 100%. Това въздействие на анти-HPV ваксините е еднакво за двата вида ваксини, регистрирани у нас. В по-слаба степен анти-HPV вакцинацията предпазва от някои типове HPV, които не са включени във ваксината. Това въздействие на анти-HPV ваксините е валидно за двата вида ваксини, регистрирани у нас, без да е еднозначно. Анти-HPV вакцинацията не предпазва от всички онкогенни типове HPV. Това е валидно и за двата вида ваксини, регистрирани у нас.

Анти-HPV вакцинацията не повлиява самоочистването от / персистенцията на налични в момента на ваксинирането ваксинални вирусни типове, но предпазва от последваща инфекция със същите вирусни типове. Анти-HPV вакцинацията не променя прогнозата на налична в момента на ваксинирането цервикална интраепителна неоплазия. Анти-HPV ваксините не са лечебно средство срещу цервикална интраепителна неоплазия, РМШ и други заболявания, в чиято патогенеза участват ваксиналните типове HPV.

Оптимален дългосрочен ефект от анти-HPV ваксините се очаква при приложението им на популяционен принцип при здрави момичета, по-голямата част от които не са започнали да водят полов живот. За нашите условия това е възрастта 11-12 години.

Анти-HPV ваксини могат да се прилагат на опортюнистичен принцип при здрави жени на всяка възраст със следните уговорки:

- ▣ анти-HPV ваксини засега не се прилагат при момичета до 10-годишна възраст;
- ▣ над 44-годишна възраст жените са консумирали по-голямата част от риска да бъдат заразявани с HPV и онкогенният ефект на вече попадналите в организма им вируси може да се прояви през следващите десетилетия, без да бъде повлиян от анти-HPV вакцинацията;
- ▣ с напредване на възрастта имунният отговор спрямо анти-HPV ваксините постепенно губи своята интензивност, като в световния опит липсват убедителни данни относно имуногенността на тези ваксини при жени над 54-годишна възраст.



Най-подходяща за приложение на анти-HPV ваксини на опортюнистичен принцип е възрастта до 25-26 години.

Организираният популационен скрининг за РМШ, съчетан с масово ваксиниране на момичетата в предпубертетна възраст, е в състояние да доведе до практическо ликвидиране на това широко разпространено, инвалидизиращо и смъртоносно заболяване.



Нормативна база за провеждане на скрининг за рак на маточната шийка в България

Източници: [5]

В утвърдения от Министерството на здравеопазването (МЗ) Медицински стандарт по акушерство и гинекология са залегнали изисквания по отношение на профилактичния гинекологичен преглед, включващ и скрининг за рак на маточната шийка. В същия нормативен документ съществува изричната уговорка, че "...провеждането на профилактични гинекологични прегледи се придържа към изискванията на националните програми, свързани с онкологичен скрининг" (Дял V, Глава XVIII, т. 3.1). Следователно възприемането на изложените по-нататък принципи и указания в рамките на една българска Национална скринингова програма не налага изменения и допълнения в съществуващата подзаконова нормативна база на МЗ.

Медицински процедури, свързани със скрининга за рак на маточната шийка

Източници: [1], [2], [7], [8], [9], [11], [12], [13], [16], [18]

Скринингът за РМШ се състои от два основни компонента:

- ▣ логистика (система за известяване на населението, скринингов регистър, администратор на скрининговите програми, други)
- ▣ медицински процедури (скринингов преглед, скринингов тест, уточняване и лечение на сигнализираните от скрининга случаи).

За здравноосигурени лица медицинските процедури, свързани със скрининга за РМШ, се финансират от осигурителя.

За здравно неосигурени лица медицинските процедури, свързани със скрининга за РМШ, се финансират от други източници, например от бюджета на Националната скринингова програма.

Медицинските процедури, свързани със скрининга за РМШ, се извършват след получаване на писмено информирано съгласие от подлежащата на скрининг жена, скрепено с нейния саморъчен подпис (Приложение 2).

1. Скринингов преглед

Същност на скрининговия преглед

Скрининговият преглед за РМШ се състои в следните медицински процедури:

- ▣ оглед със спекулум (с невъоръжено око) на влагалищната част на маточната шийка (portio vaginalis colli uteri – PVCU), при което по възможност се идентифицира границата между плосък и цилиндричен епител (зона на преход); вземане на ексфолиативен материал за цитологично изследване от PVCU, най-вече от зоната на преход;



- ▣ вземане на екфолиативен материал за цитологично изследване от канала на маточната шийка (canalis cervicalis – CC).

Контингент, подлежащ на скринингов преглед

На скринингов преглед в рамките на Националната скринингова програма подлежат всички български гражданки¹ на възраст от 30 до 59 години, които са имали поне едно вагинално полово сношение и които не са прекарвали операция за отстраняване на маточната шийка. Жените, прекарвали операция за отстраняване на маточната шийка поради злокачествен тумор подлежат на комплексно проследяване, включително чрез вагинални цитонамазки.

Подлежащите на скрининг гражданки биват поканвани на скринингов преглед чрез системата за известяване. Съдържанието на поканата е описано в Приложение 3.

Интервал между скрининговите прегледи

Интервалът между скрининговите прегледи в рамките на Националната скринингова програма е 1 (една) година до получаване на 3 (три) последователни отрицателни цитологични резултата.

След третия последователен отрицателен цитологичен резултат интервалът между скрининговите прегледи в рамките на Националната скринингова програма става 3 (три) години.

Лекарите могат да препоръчат на пациентките си по-често явяване на скринингов преглед по различни съображения, например свързани с наличие на рискови фактори за РМШ (за дефиниция на понятието вж. Приложение 1). За здравноосигурени лица тези „извънпрограмни” прегледи могат да се финансират от осигурителя. За здравно неосигурени лица те не се финансират от бюджета на Националната скринингова програма.

Изпълнител на скрининговия преглед

Скрининговият преглед за РМШ се извършва от лекар, работещ в лечебно заведение, одобрено от администратора на Националната скринингова програма. Това лечебно заведение може да бъде:

- ▣ практика за първична извънболнична помощ;
- ▣ практика за специализирана извънболнична помощ по акушерство и гинекология;
- ▣ медицински или диагностично-консултативен център.

Общопрактикуващите лекари извършват скринингови прегледи за РМШ на жени от своята пациентска листа.

Общопрактикуващите лекари могат да сключат договор(и) със специалист(и) акушер-гинеколог(зи) на извънболнична практика, които да извършват скринингови прегледи за РМШ на жени от пациентската листа на съответния общопрактикуващ лекар.

¹ В този документ под „гражданка” се разбира лице с хромозомен набор 46XX.



Техника на скрининговия преглед

В хода на скрининговия преглед PVCU се визуализира с помощта на спекулум. Ексфолиативен материал от PVCU и СС се взема преди каквато и да било обработка на влагалището и маточната шийка с разтвори, дезинфектанти и подобни. За вземане на ексфолиативен материал от PVCU се използва пластмасова шпатула или плоска четчица. За вземане на ексфолиативен материал от СС се използва цилиндрична четчица. Двата материала (от PVCU и от СС) се разстилат на отделни предметни стъкла. За една жена са необходими 2 (две) предметни стъкла – едно за материала от PVCU и едно за материала от СС. Разстланият върху предметните стъкла материал се фиксира незабавно с фиксационен спрей.

За всеки два материала (от PVCU и от СС), произхождащи от една и съща жена, изпълнителят на скринингов преглед попълва „фиш за скринингов тест“ (Приложение 4).

В свободното от намазка поле на предметните стъкла с трудно изтриваемо багрило (напр. водоустойчив флумастър) се нанасят

- ▣ идентификационен код, който съвпада с идентификационния код на фиша за скринингов тест;
- ▣ обозначение за произхода на материала (PVCU, СС).

Цитонамазките от PVCU и СС, изследвани в рамките на Националната скринингова програма, се изпращат в лечебно заведение-изпълнител на скринингов тест, в транспортни контейнери, одобрени от администратора на Националната скринингова програма. Транспортните контейнери се придружават от фишове за скринингов тест, попълнени в отрязък А.

Изпълнителят на скринингов преглед може по своя преценка да вземе материал за ДНК-тестове за наличие \pm типизиране на вируси на човешкия папилом (HPV). Засега това изследване не се финансира от бюджета на Националната скринингова програма.

Отчитане на дейността

Изпълнителят на скринингов преглед отчита дейността си ежемесечно, на три месеца, на полугодие и годишно. Отчетите се изготвят на база таблицата в Приложение 7 и се изпращат на регионалния представител на администратора на Националната скринингова програма.

Регионалните представители обобщават отчетите на изпълнителите на скринингов преглед в съответния регион и изпращат обобщените данни до администратора на Националната скринингова програма.

Администраторът на Националната скринингова програма прави годишен отчет на покритието (обхвата) на жените, подлежащи на скринингов преглед – вж. Приложение 7. Приема се, че за достатъчна ефективност на организиращия популационен скрининг е необходимо годишното покритие на подлежащото на скрининг население да клони към 80% или да надвишава това число.



Контрол върху качеството на скрининговия преглед

Контролът върху качеството на скрининговия преглед се осъществява от администратора на Националната скринингова програма – пряко или посредством неговите регионални представители.

Показателите за качество на скрининговия преглед са разгледани в „Критерии с показатели за контрол и оценка на скрининга“ (основен документ на проекта „СПРИ и се прегледай“ на МЗ).

Изпълнителите на скринингов преглед са длъжни да подават към администратора на Националната скринингова програма (пряко или посредством неговите регионални представители) необходимата за контрола върху качеството информация. Правилата и процедурите за организиране на този информационен поток се определят от администратора на Националната скринингова програма.

2. Скринингов тест

Същност на скрининговия тест

Скринингов тест за РМШ в рамките на Националната програма за цервикален скрининг е конвенционалното цитологично изследване на ексфолиативен материал от PVCU и ексфолиативен материал от СС.

Изпълнител на скрининговия тест

Изпълнител на скринингов тест може да бъде всяко лечебно заведение, одобрено от администратора на Националната скринингова програма.

Техника на скрининговия тест

Цитонамазките от PVCU и СС, изследвани в рамките на Националната скринингова програма, се оцветяват по Рарапicolaou. Лечебни заведения, които не са оборудвани с необходимата за това оцветяване техника, не могат да участват в Националната програма за цервикален скрининг.

В лечебни заведения, в които са налице условия за течно-базирано цитологично изследване (LBC) това изследване може да се прилага като скринингов тест за РМШ в рамките на Националната скринингова програма.

Интерпретация на скрининговия тест

Скрининговият тест се интерпретира на две нива: пресяване и категоризиране.

Пресяването се извършва от лекар, специалист по клинична патология, или от лекар, специализиращ клинична патология, или от лице с бакалавърска или магистърска степен по биология. В хода на пресяването от по-нататъшна категоризация отпадат онези цитонамазки, които без съмнение отговарят на една от следните категории на системата Bethesda: „негодни за преценка“ и „отрицателна за епителна абнормност цитонамазка“.

Негодните за преценка цитонамазки предпоставят покана за повторен



скринингов преглед, отправена чрез системата за известяване в неотложен порядък.

Отрицателните за епителна абнормност цитонамазки предпоставят покана за редовен скринингов преглед, отправена чрез системата за известяване в полагаемия за съответната гражданка срок.

Категоризирането се извършва от лекар, специалист по клинична патология. На категоризиране подлежат онези цитонамазки, при които пресяването е установило безспорни или съмнителни признаци за наличие на аномални епителни клетъчни промени. Всички категоризирани цитонамазки се обозначават като „положителни” независимо от крайния цитоморфологичен резултат.

Терминология на резултатите от скрининговия тест

Резултатите от скрининговия тест се формулират по системата Bethesda, версия 2001 година. Формулировката не трябва да съдържа хистологични термини като “CIN” или “инвазивен рак”. Конверсионна таблица на различните номенклатури за формулиране на резултатите от скрининговия тест е поместена в Приложение 5.

Логистика на скрининговия тест

В двуседмичен срок от получаване на материала за цитологично изследване изпълнителят на скринингов тест изпраща резултат от скрининговия тест (копие от отрязък Б) на хартиен и/или електронен носител

- ▣ до изпълнителя на скринингов преглед;
- ▣ до регионалния представител на администратора на Националната скринингова програма.

Изпълнителят на скринингов преглед изпраща писмено уведомление за резултатите от скрининговия тест на скринираната жена. Пощенското клеймо на уведомителното писмо не трябва да е датирано по-късно от 3 (три) седмици след датата на явяването на жената на скринингов преглед. Съдържанието на уведомителното писмо е описано в Приложение 9.

Отчитане на дейността

Изпълнителят на скринингов тест отчита дейността си ежемесечно, на три месеца, на полугодие и годишно. Отчетите се изготвят на база таблицата в Приложение 8 и се изпращат на регионалния представител на администратора на Националната скринингова програма.

Регионалните представители обобщават отчетите на изпълнителите на скринингов тест в съответния регион и изпращат обобщените данни до администратора на Националната скринингова програма.

Администраторът на Националната скринингова програма прави годишен отчет на резултатите от всички скринингови тестове в рамките на програмата – вж. Приложение 8.



Контрол върху качеството на скрининговия тест

Контролът върху качеството на скрининговия тест се осъществява от администратора на Националната скринингова програма – пряко или посредством неговите регионални представители.

Показателите за качество на скрининговия преглед са разгледани в „Критерии за контрол и оценка на скрининга“ (основен документ на проекта „Спри и се прегледай“ на МЗ).

Изпълнителите на скринингов тест са длъжни да подават към администратора на Националната скринингова програма (пряко или посредством неговите регионални представители) необходимата за контрол върху качеството информация. Правилата и процедурите за организиране на този информационен поток се определят от администратора на Националната скринингова програма.

Други скринингови тестове

Автоматизираните технологии за цитологично изследване, системното търсене ± типизиране на вируси на човешкия папилом (HPV), както и други скринингови тестове, засега не се предлагат като самостоятелни скринингови тестове в рамките на Националната програма за цервикален скрининг.

3. Медицински процедури при позитивен резултат от цитологичното изследване (диагностично уточняване, уточняваща диагноза)

Методи за диагностично уточняване на сигнализираните от скрининга случаи

Такива методи са

- ▣ колпоскопия;
- ▣ прицелна биопсия от PVSU;
- ▣ пробно абразио на цервикалния канал;
- ▣ ДНК-тестове за наличие ± типизиране на вируси на човешкия папилом (HPV).

За всички медицински процедури, свързани с диагностично уточняване, се изисква писмено информирано съгласие от сигнализираната от скрининга жена, скрепено с нейния саморъчен подпис (вж. Приложение 2).

Изпълнител на диагностично уточняване

Жените с позитивен резултат от цитологичния скрининг се насочват към изпълнител на диагностично уточняване. Това е специалист акушер-гинеколог с допълнителна квалификация по колпоскопия, работещ в лечебно заведение, одобрено от администратора на Националната скринингова програма.

Колпоскопия

За диагностично уточняване на жени с позитивен резултат от цитологичния скрининг задължително се прилага разширена колпоскопия (за дефини-



ция на понятието вж. Приложение 1).

Номенклатурата, използвана за изразяване на резултата от колпоскопското изследване, е описана в Приложение 6.

Участъци с лек колпоскопски атипизъм се биопсират по преценка на лекаря колпоскопист.

При откриване на участъци с умерен или тежък колпоскопски атипизъм задължително се взима тъканно късче за хистологично изследване (прицелна биопсия) от един или повече такива участъци. Ако лекарят колпоскопист прецени да биопсира само един участък, това трябва да бъде участъкът с най-силно изразен колпоскопски атипизъм.

Прицелна биопсия

Прицелната биопсия се извършва под колпоскопски контрол, с помощта на биопсична щипка (Kevorkian или подобна). Не е необходимо обезболяване. В редките случаи на упорита хеморагия от мястото на биопсията се прилагат локални каустични агенти (напр. Vagohyl), електрокоагулация на кървящия съд или влагалищна тампонада за 1-6 часа. В изключително редки случаи се налага лигатура на раната от биопсичната щипка с локална инфилтрационна или краткотрайна обща анестезия. В последния случай процедурата завършва в условия на едnodневна хирургия.

Пробно абразио на цервикалния канал

В отсъствие на участъци с колпоскопски атипизъм по PVCU на сигнализираната от скрининга жена се предлага пробно абразио на СС.

По преценка на лекаря-колпоскопист пробно абразио на СС може да се извърши и при наличие на участъци на колпоскопски атипизъм по PVCU. В такива случаи поне един от атипичните участъци по PVCU трябва да бъде биопсиран независимо от пробното абразио.

Пробното абразио на СС се извършва в условия на едnodневна хирургия, с краткотрайна венозна анестезия или невролептаналгезия. По преценка на лекаря акушер-гинеколог се прилага периоперативна антимикробна профилактика.

Тъканните частици от PVCU и от СС се фиксират незабавно в буферизиран 10 % воден разтвор на формалдехид. Обемът на фиксиционната течност трябва да надвишава общия обем на тъканните частици около 10 пъти.

Изследването на тъканни частици от PVCU и СС, биопсирани в рамките на Националната програма за цервикален скрининг, се извършва в лечебни заведения извършващи хистопатологична диагностика, одобрени от администратора на Националната скринингова програма.

Логистика на биопсичното изследване

В срок от десет работни дни след получаване на материала за хистологично изследване лечебното заведение, извършващо хистопатологична диагностика, изпраща резултат от биопсията на хартиен и/или електронен носител:



- ▣ до изпълнителя на диагностично уточняване;
- ▣ до регионалния представител на администратора на Националната скринингова програма.

ДНК-тестове

Материал за ДНК-тестове за наличие \pm типизиране на вируси на човешкия папилом (HPV) се взема от изпълнителя на диагностично уточняване по негова преценка. Самото изследване се извършва по методи и в лечебни заведения, одобрени от администратора на Националната скринингова програма.

Логистика на диагностичното уточняване

На основание получените резултати от биопсията \pm изследването за HPV изпълнителят на диагностично уточняване уведомява жената за диагнозата и прогнозата на нейното заболяване и предприема едно от следните действия:

- ▣ поема по-нататъшното лечение и/или проследяване на случая;
- ▣ насочва жената за лечение и/или проследяване към друг специалист акушер-гинеколог, работещ в лечебно заведение за извънболнична помощ, одобрено от администратора на Националната скринингова програма;
- ▣ насочва жената към болница за активно лечение, одобрена от администратора на Националната скринингова програма.

В едноседмичен срок от предприемане на някое от горните действия изпълнителят на диагностично уточняване уведомява регионалния представител на администратора на Националната скринингова програма за предприетото действие.

Лечебни заведения – участници в националната програма за цервикален скрининг

Източници: [2], [4], [5], [11], [12], [13]

Одобрението на лечебни заведения-участници в Националната програма за цервикален скрининг се извършва от администратора на Националната скринингова програма.

Критериите за одобрение на лечебни заведения-участници в Националната програма за цервикален скрининг подлежат на периодична актуализация. Изброените по-долу условия важат за 2010 година и при нужда ще търпят изменения и допълнения.

1. Лечебни заведения – изпълнители на скринингов преглед за рак на маточната шийка

Скрининговият преглед за РМШ се извършва в системата за извънболнична медицинска помощ. Лечебни заведения-изпълнители на скринингов преглед (ЛЗ-ИСП) могат да бъдат:



- медицински практики за първична извънболнична помощ;
- медицински практики за специализирана извънболнична помощ по акушерство и гинекология;
- гинекологични амбулатории в състава на медицински или диагностично-консултативни центрове.

За да бъде одобрено от администратора на Националната скринингова програма, ЛЗ-ИСП трябва да отговаря на определени условия.

Практиките за първична извънболнична помощ, в които се извършва скринингов преглед за РМШ, трябва да са оборудвани със следните допълнителни пособия:

1. Гинекологичен стол;
2. Рефлекторна лампа тип „кокиче“;
3. Спекулуи (стерилни – поне 6 броя и/или за еднократна употреба – в текущо обновявано количество);
4. Корнцанги и/или дълги пинсети – поне 6 броя;
5. Предметни стъкла – в текущо обновявано количество;
6. Шпатули и четки за вземане на цервикална цитонамазка – в текущо обновявано количество;
7. Фиксационен спрей – поне един годин за употреба флакон;
8. Транспортни контейнери за предметни стъкла – в текущо обновявано количество;
9. Луголов разтвор – в текущо обновявано количество;
10. Воден разтвор на оцетна киселина (3%) – в текущо обновявано количество;
11. Нестерилни полиетиленови и/или латексови ръкавици – в текущо обновявано количество;
12. Стерилни латексови ръкавици – в текущо обновявано количество.

Практиките за специализирана извънболнична помощ и гинекологичните амбулатории, в които се извършва скринингов преглед за РМШ трябва да са приведени в съответствие с изискванията на Медицинския стандарт по акушерство и гинекология (Дял VII, Глава XXII).

Независимо дали са практики за първична извънболнична помощ, практики за специализирана извънболнична помощ или гинекологични амбулатории в състава на медицински или диагностично-консултативни центрове, ЛЗ-ИСП трябва да отговарят на следните допълнителни условия:

1. В ЛЗ-ИСП да действат програми за продължително обучение на персонала.
2. В ЛЗ-ИСП трябва да има действаща информационна система, която регистрира извършените скринингови прегледи и изготвя обобщителни сведения и отчети. Без такава система не е възможен ефективен контрол върху качеството на дейността.
3. Персоналът на ЛЗ-ИСП трябва да има лесен достъп до справочна лите-



ратура и интернет.

4. ЛЗ-ИСП трябва да има готовност да съдейства на всички форми за външен контрол върху качеството, регламентирани от администратора на Националната скринингова програма.

2. Лечебни заведения – изпълнители на скринингов тест за рак на маточната шийка

За да бъде одобрено от администратора на Националната скринингова програма, лечебното заведение-изпълнител на скринингов тест (ЛЗ-ИСТ), трябва да отговаря на следните условия:

1. На територията му да е разкрита поне една цитологична (цитоморфологична) лаборатория.
2. Всяка от лабораториите по предходната точка да се ръководи от специалист по клинична патология с поне 5-годишен стаж по специалността. Желателна е профилна специализация по цитопатология.
3. ЛЗ-ИСТ да има капацитет не по-малко от 10 000 (десет хиляди) скринингови теста годишно.
4. През последните три години в ЛЗ-ИСТ да са извършвани не по-малко от 2000 (две хиляди) скринингови теста средно годишно.
5. В ЛЗ-ИСТ да действат програми за продължително обучение на персонала.
6. Основните дейности в ЛЗ-ИСТ да се извършват в поне 3 (три) отделни помещения: регистратура, лаборатория за изготвяне на цитологични препарати и кабинет за микроскопиране.
7. Лабораторията за изготвяне на цитологични препарати да е снабдена с камини, вентилационна система и мивки с течаща студена и топла вода. Отпадните води да се оттичат в централен канализационен колектор. Желателно е да има система за обезвреждане на отпадните води.
8. В ЛЗ-ИСТ да има колектори за леснозапалими, токсични и биологични отпадъци.
9. Всеки служител в ЛЗ-ИСТ, който извършва микроскопиране, трябва да разполага с индивидуален микроскоп. Микроскопът трябва да е висококачествен, бинокуларен и да е снабден поне с три обектива: 4/5x, 10x и 40x.
10. В ЛЗ-ИСТ трябва да има действаща информационна система, която поема заявките за изследване и резултатите от изследване, а също така изготвя обобщителни сведения и отчети. Без такава система не е възможен ефективен контрол върху качеството на дейността.
11. Персоналът на ЛЗ-ИСТ трябва да има лесен достъп до справочна литература и интернет.
12. ЛЗ-ИСТ трябва да разполага с възможност за архивиране на цитологичните препарати за срок от минимум 10 (десет) години.
13. В ЛЗ-ИСТ трябва да е разработена система за вътрешен контрол върху



качеството.

14. ЛЗ-ИСТ трябва да има готовност да съдейства на всички форми за външен контрол върху качеството, регламентирани от администратора на Националната скринингова програма.

Лечение на цервикална интраепителна неоплазия

Източници: [5], [6], [12], [13], [18]

Показания за лечение

Резултати от

- ▣ цитологично изследване;
- ▣ колпоскопски преглед;
- ▣ ДНК-тест за наличие/типизиране на HPV самостоятелно или в комбинация *не са основание* за пристъпване към лечение на цервикална интраепителна неоплазия (CIN).

Лечение на CIN може да се провежда само след получаване на резултат от хистологично изследване, потвърждаващ диагнозата. Ако лекарят колпоскопист прецени, че дадено изменение не е достатъчно суспектно, за да налага биопсия, той дава напътствия на пациентката за периодично цитологично и/или колпоскопско проследяване през 4-6 месеца.

В редица случаи по-леките степени на CIN показват тенденция към спонтанно обратно развитие. Има данни, че до 90 % от случаите с лекостепенна CIN, разпозната цитологично като „ASC-US”, колпоскопски като „лек атипизъм”, а хистологично като CIN1, изчезват безследно без каквото и да било лечение. Това дава основание за отхвърляне на по-агресивен подход към подобни случаи, особено при млади жени с нерализиран репродуктивен потенциал. По преценка на лекаря-колпоскопист, те подлежат на цитологично и/или колпоскопско проследяване през 4-6 месеца.

Лечебни методи

За лечение на CIN могат да се прилагат следните лечебни методи:

- ▣ тъканно-деструктивно лечение;
- ▣ бримкова електроексцизия (LEEP);
- ▣ конизация на маточната шийка;
- ▣ тотална хистеректомия (оперативният достъп и поведението спрямо аднексите се определят индивидуално за всеки конкретен случай);
- ▣ трахелектомия (препоръчва се трансвагинален достъп).

Принципите за многовариантен избор на метод за лечение на CIN са обобщени в Приложение 10.



Тъканно-деструктивно лечение

На тъканна деструкция подлежат само изменения, разположени по видимата част на маточната шийка (PVCU). Тъканно-деструктивното лечение не влиза в съображение за третиране на цервикалния канал.

Не е допустимо извършване на тъканна деструкция на изменения по PVCU непосредствено след извършването на биопсия, т.е. преди да е налице резултат от хистологично изследване на биопсираната тъканна частица.

За тъканна деструкция като лечебен метод в случаи с CIN имат място само физични агенти за деструкция: електрически ток, лазер, ниски температури. Използването на химични каустични агенти, причиняващи тъканна деструкция не е допустимо.

Тъканна деструкция се предприема само в отсъствие на възпаление (колит, цервицит). Наличието на такова заболяване отлага извършването на тъканна деструкция до излекуването му.

Тъканна деструкция се извършва през първите пет „чисти“ дни след menses.

За извършване на тъканна деструкция не е необходимо обезболяване. При неспокойни пациентки е възможно да се прибегне до инфилтрация на PVCU с локален анестетик или приложение на обезболяващ спрей.

Тъканната деструкция се предхожда и последва от дезинфекция на PVCU и влагалищното дъно.

Зоната на тъканна деструкция трябва да покрива цервикалната лезия, като надвишава площта ѝ с около 1 mm по цялата циркумференция.

Дълбочината на тъканната деструкция трябва да бъде около 1-2 mm от епитело-стромалната граница, включително в участъци, в които измененият епител е разположен далеч от повърхността на PVCU (жлезни крипти, дъно на ovula Nabothi и други).

След тъканно-деструктивно лечение на CIN на пациентката се дават инструкции за следлечебния режим. Уместно е тези инструкции да бъдат оформени във вид на писмена препоръка (Приложение 11).

Лечебни заведения за лечение на CIN

Лечението на преинвазивни изменения на маточната шийка, открити посредством организиран популационен скрининг се извършва в лечебни заведения, одобрени от администратора на Националната скринингова програма.

Тъканно-деструктивното лечение на маточната шийка е високоспециализирана медицинска дейност. Тя се извършва от специалист акушер-гинеколог (или от специализант под непосредственото ръководство на специалист) в системата на извънболничната помощ – лечебни заведения от клас A1 или A2 по смисъла на Медицинския стандарт по акушерство и гинекология.

Бримковата електроексцизия, конизацията на маточната шийка, тоталната хистеректомия и трахелектомията са гинекологични операции. Те се извършват от специалист акушер-гинеколог (или от специализант под непосредственото



ното ръководство на специалист). Тяхното разпределение по категории лечебни заведения е, както следва:

- ▣ бримкова електроексцизия – лечебни заведения от клас А2, Б1 или Б2, извършва се в условия на едnodневна хирургия;
- ▣ конизация – лечебни заведения от клас А2, Б1 или Б2, може да се извърши в условия на едnodневна хирургия;
- ▣ тотална хистеректомия – лечебни заведения от клас Б1 или Б2;
- ▣ трахелектомия – лечебни заведения от клас Б1 или Б2; отговорността за операцията се поема от специалист акушер-гинеколог с допълнителна квалификация по онкогинекология.

Стадиране на установен по време на скрининга карцином

Източници: [16]

Стадирането на установен по време на скрининга РМШ се извършва от изпълнителя на диагностично уточняване според изискванията на Международната организация за борба с рака (UICC). Стадият винаги се обозначава и по двете най-широко признати номенклатури: TNM-стадиране и клиничен стадий по Международната федерация на гинеколози и акушери (FIGO).

В Приложение 12 са посочени критериите за стадиране на РМШ.

Анти-HPV ваксини

Източници: [4], [8]

Роля на съществуващите анти-HPV ваксини в превенцията на рака на маточната шийка

Анти-HPV ваксините *осигуряват* превенция на РМШ, в чиято патогенеза участват ваксиналните типове HPV.

Анти-HPV ваксините *са в състояние да окажат* превантивно действие спрямо РМШ, в чиято патогенеза участват някои други, но не всички онкогенни типове HPV.

Превенцията чрез анти-HPV ваксинация би дала отражение върху заболяемостта и смъртността от РМШ в национален мащаб, единствено ако ваксинирането се извършва на популационен принцип, т.е. ако прилагането на анти-HPV ваксини стане част от имунизационния календар на страната.

Дори когато са прилагани на популационен принцип, анти-HPV ваксините не осигуряват превенция на цялото застрашено от РМШ население. РМШ, в чиято патогенеза участват онкогенни типове HPV, срещу които ваксините не изграждат имунитет, запазва своя потенциал за развитие независимо от анти-HPV ваксинацията.

Ваксинираните жени продължават да са застрашени – макар и в значително по-малка степен – от РМШ и подлежат на цитологичен цервикален скрининг. Скрининговият интервал при ваксинирани жени с негативен цитологичен резултат от първичния скринингов преглед е три години до следващия скри-



нинггов преглед. При негативен цитологичен резултат от втория скринингов преглед скрининговият интервал при ваксинирани жени става пет години.

Неваксинираните жени подлежат на цитологичен цервикален скрининг по възприетите правила и норми.

Предваксинален цитологичен скрининг при кандидатки за анти-HPV ваксинация

Предваксинален цитологичен скрининг се препоръчва при всички кандидатки за анти-HPV ваксинация, които са имали поне едно полово сношение. Той е задължителен за жени, при които

- ▣ резултатът от предходно цитологично изследване е абнормен,
- ▣ от предходното цитологично изследване са изминали три или повече години, независимо от резултата.

Абнормен резултат от предваксиналния цитологичен скрининг изисква уточняващи изследвания по възприетите правила и норми. При установяване на цервикална интраепителна неоплазия пациентката подлежи на съответно лечение, без това да бъде категорична контраиндикация за анти-HPV ваксинация. Установяването на инвазивен рак прави анти-HPV ваксинацията безпредметна и в този смисъл представлява контраиндикация за извършването ѝ.

Перспективи пред превенцията на рака на маточната шийка в България

Източници: [3], [13], [14]

Настоящото Ръководство за добра медицинска практика в частта си за скрининг на РМШ визира като единствен скринингов тест цитологичното изследване на ексфолиативен материал от PVSU и СС. Този подход е в унисон с препоръките на Европейския съвет на министрите и Европейската комисия. Освен това, той се вписва в заслужаващото уважение българска традиция за цервикален скрининг, заложен още през шестдесетте години на миналия век.

В инспирираните от Организацията на обединените нации (ООН) „Цели на хилядолетието” българската здравна администрация пое ангажимент до 2015 година да сведе фактичката заболяемост на българките от РМШ от сегашните стойности (близо 30 на 100 000 жени) до 15 на 100 000 жени.

Тази амбициозна цел би била осъществима, ако администрацията бе работила и стартирала Национална програма за организиран популационен скрининг чрез цитологично изследване на ексфолиативен материал от PVSU и СС още по време на формулирането на целта, т.е. през 2006-2007 година. Българската здравна администрация пропусна този шанс.

Ако държим да спазим поетия пред ООН ангажимент, имаме две възможни линии на поведение, а именно:



- ▣ да стартираме в неотложен порядък Национална програма за организиран популационен цервикален скрининг в съответствие с изложените в това Ръководство принципи и да очакваме снижение на заболяемостта от РМШ, без това снижение непременно да се изравни с поставените в Целите на хилядолетието стойности;
- ▣ да сменим концепцията за цитологично изследване на ексфолиативен материал от PVSU и СС като единствен скринингов тест и да възприемем алтернативна концепция – а именно вирусологичен скрининг за високорискови типове НРV с последващо цитологично и/или колпоскопско изследване на сигнализираните от вирусологичния скрининг случаи.

Която и от двете линии на поведение да бъде възприета, едва ли можем да очакваме зрелищно снижение на заболяемостта и смъртността от РМШ в далечна (20-30 годишна) перспектива, ако не включим анти-НРV ваксинацията на момичета в предпубертетна възраст в имунизационния календар.



Използвана литература

1. Василев Б. Предракови и ранни ракови изменения на маточната шийка. МФ, София, 1963
2. Василев Н., С. Начев, З. Валерианова, В. Златков, П. Костова. Предложение за Национална стратегия за профилактика на рака на маточната шийка, <http://koog-vma.com/uploads/b6ae36e9.pdf>, 2007
3. Заболяемост от рак в България, том XVIII: 2007. Национална болница по онкология, Български национален раков регистър, София, 2009
4. Златков В., П. Костова. Профилактика, скрининг и ваксини при предрака и рака на маточната шийка. Българска издателска къща, София, 2006
5. Наредба № 32 на МЗ от 30 декември 2008 г. за утвърждаване на медицински стандарт «Акушерство и гинекология». обн. ДВ, бр. 6, 30.01.2009
6. Национален рамков договор между Националната здравноосигурителна каса и съсловните организации на лекари и лекари по дентална медицина. София, 2009
7. Харта за правата на пациента. Европейски икономически и социален съвет, 438-а Пленарна сесия, 26.09.2007
8. Cervical cancer, human papillomavirus (HPV) and HPV vaccines: key points for policy-makers and health professionals. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2007
9. Cervical Cancer Screening Guidelines. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Obstetrics a. Gynecology, Published online November 20, 2009
10. Cervical Screening in Europe. <http://www.ecca.info/en/cervical-cancer-prevention/cervical-screening/cervical-screening-in-Europe.html>, 2010
11. Cervix Cancer Screening. International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10. IARC Press, Lyon, 2005.
12. Comprehensive Cervical Cancer Control: a Guide to Essential Practice. World Health Organization, 2006
13. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al. (Eds.), 2nd ed. Luxembourg: Office of Official Publications of the European Communities, 2008.
14. Millennium Development Goals – 2008: Bulgaria. United Nations Development Programme, Sofia, 2008
15. Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs: a Manual for Managers. Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004
16. Staging Classifications and Clinical Practice Guidelines for Gynaecological Cancers. J.L. Benedet, S. Pecorelli, H.Y.S. Ngan, N.F. Hacker (Eds.), FIGO & IGCS, 2009



17. WHO Health for All Database. Online version, 2010
18. Wright Jr T.C., J.T. Cox, L.S. Massad, L.B. Twiggs, E.J. Wilkinson. Consensus guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA, 287:2120-2129, 2002



Специфични термини, отнасящи се до рака на маточната шийка

I. Кирилица

| | |
|---|--|
| Интервален рак | Първичен РМШ, диагностициран а) след негативен скринингов тест и преди датата за следващ скринингов преглед б) в рамките на скрининговия интервал при жена на възраст над горната граница, възприета в Националната скринингова програма |
| Лезия | Хистологично доказани неопластични изменения на епитела, представляващи CIN 1 + |
| Прицелна биопсия | Щипкова биопсия от PVCU от участък с колпоскопски атипизъм. За прецизиране мястото на биопсията е необходимо „прицелване” на щипката с помощта на колпоскоп. |
| Първичен скринингов преглед | Първи скринингов преглед на дадена жена в рамките на Националната скринингова програма. |
| Разширена колпоскопия | Колпоскопско изследване с локално (върху видимата част на маточната шийка) приложение на 3-5% воден разтвор на оцетна киселина и на Луголов разтвор. |
| Рискови фактори за рак на маточната шийка | Промискуитет, наркозависимост, мултипаритет, фамилна обремененост, системно недохранване. Най-сигурен рисков фактор за РМШ е позитивният ДНК-тест за наличие на високорискови типове HPV. |
| Уточняваща диагноза | Допълнителни диагностични методи (повторна цитонамазка, колпоскопия, хистологично изследване, тестове за HPV), прилагани за изясняване на причините за абнормен резултат от цитологичния скринингов тест. |

II. Латиница (съкращения)

| | |
|--------|---|
| AGC | атипични жлезни клетки |
| AGUS | атипични жлезни клетки с неясно значение |
| AIS | аденокарцинома ин ситу |
| ASC-H | атипични плоски епителни клетки; не може да се изключи високостепенна лезия |
| ASCUS | атипични плоски епителни клетки с неясно значение (Bethesda, 1991) |
| ASC-US | атипични плоски епителни клетки с неясно значение (Bethesda, 2001) |
| CC | цервикален канал |
| CGIN | цервикална glandуларна интраепителна неоплазия |
| CIN | цервикална интраепителна неоплазия |
| CIS | карцинома ин ситу |
| HSIL | високостепенна плоскоклетъчна интраепителна лезия |
| LEEP | Loop Electrosurgical Excision Procedure – бримкова електроексцизия |
| LSIL | нискостепенна плоскоклетъчна интраепителна лезия |
| PVCU | влагалищна част на маточната шийка |



Национална програма за скрининг на рака на маточната шийка ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА СКРИНИНГОВ ПРЕГЛЕД

ЗА ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ:

ДАТА НА РАЖДАНЕ:

ТЕЛЕФОН:

ДОМАШЕН АДРЕС:

Email АДРЕС:

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО,

Прегледът, който Ви се предлага, ще бъде извършен, само ако Вие предварително се съгласите да се подложите на него.

За да дадете съгласие, Вие вероятно се нуждаете от разяснения по отношение на смисъла от подобен преглед. Искате да знаете кой ще направи прегледа, как точно ще протече той, как ще се чувствате след прегледа. Интересува Ви дали биха могли да настъпят усложнения и какви.

Надяваме се, че всичко, което ще прочетете по-нататък, ще Ви помогне да вземете своето решение.

АКО НЕ СЕ НУЖДАЕТЕ ОТ ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗЯСНЕНИЯ, МОЛЯ ПОДПИШЕТЕ ТУК:

Съгласна съм да се подложа на предлагания ми скринингов преглед.

Съгласна съм да се подложа и на онези медицински процедури, които не са уточнени предварително, но биха могли да се окажат наложителни по време на и след прегледа.

Дата:

Подпис:

РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Ракът на маточната шийка засяга жени в разцвета на силите им. Когато е открит в ранен стадий, лечението му се състои в оперативно премахване на матката, често и на яйчниците. Понякога оперативното лечение се допълва с радиоактивно облъчване и химиотерапия. Жените с ранен стадий на болестта имат немалък шанс да оздравеят, но с цената на изгубена детеродна способност – трайно инвалидизиране. Когато болестта се открие в напреднал стадий, тя обикновено става причина за смърт на болната жена.



Разпространението на **рака на маточната шийка** в България е застрашително. Всеки ден една българка умира от **рак на маточната шийка**.

Ракът на маточната шийка е предотвратим. Методите за предпазване от **рак на маточната шийка** са в състояние да изпратят това заболяване в историята.

ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Съвременните методи за предпазване от **рак на маточната шийка** са два: организиран скрининг и ваксинация срещу някои от причинителите на това заболяване, а именно вирусите на човешкия папилом (HPV). Първият от тези методи – организираният скрининг – е доказал своята ефективност в повечето напреднали страни. Вторият метод – ваксинацията – тепърва ще се доказва в световен мащаб, но вече има достатъчно основания да го приемем като изключително надежден.

Важно е да се знае, че ваксинацията никога няма да се превърне в самостоятелен метод за предпазване от **рак на маточната шийка**. Тя винаги трябва да се съчетава с редовно участие на жените в организирания скрининг чрез явяване на скринингов преглед!

СКРИНИНГОВ ПРЕГЛЕД ЗА ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Скрининговият преглед за предпазване от **рак на маточната шийка** се състои в следното:

1. Жената ляга на гинекологичен стол. Освен нея, в помещението присъстват още двама души – лекар и акушерка (сестра).
2. Във влагалището се поставя спекулум. Той обикновено е предварително навлажнен, така че поставянето му е свързано с минимум неудобство за жената.
3. Маточната шийка се докосва с малка пластмасова лопатка. Тази манипулация е абсолютно безболезнена.
4. Лопатката се изважда и полепналите по нея клетки се пренасят върху специално стъкло.
5. В канала на маточната шийка се въвежда фина четчица. Тази манипулация се усеща като леко докосване.
6. Четчицата се изважда и полепналите по нея клетки се пренасят върху специално стъкло.
7. С това скрининговият преглед е приключил. Жената става от стола и се облича. Стъклата с нанесените върху тях клетки се изпращат в лаборатория за изследване.

Забележка: Въвеждането на четчицата в канала понякога предизвиква остъдно кървене – няколко капки, които могат да зацапат бельото. Затова е уместно 1-2 часа след прегледа жената да носи лека дамска превръзка.



РИСКОВЕ ОТ СКРИНИНГОВИЯ ПРЕГЛЕД ЗА ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Всяка медицинска манипулация носи известен риск от инфекция, но при спазване на правилата за добра практика скрининговият преглед е практически освободен от този риск.

Всеки контакт на организма до чужди тела носи известен риск от алергични реакции. Не пропускайте да уведомите за алергични реакции, настъпили в миналото Ви!

Всъщност най-големият риск, свързан със скрининговия преглед за предпазване от рак на маточната шийка, е неговото непровеждане.

Спестявайки си дребните неудобства, причинени от скрининговия преглед за предпазване от **рак на маточната шийка**, Вие поемате неприемливия риск да се разболее от това тежко, инвалидизиращо и нерядко смъртоносно заболяване.

**МОЛЯ, ЗАДАВАЙТЕ НИ И ДРУГИ ВЪПРОСИ!
ИНФОРМИРАНИЯТ ЧОВЕК Е ПО-СПОКОЕН.
СПОКОЙНИЯТ ЧОВЕК СЕ РАЗБОЛЯВА ПО-РЯДКО.**

Място за допълнителни въпроси и отговори

АКО СЧИТАТЕ, ЧЕ ПОЛУЧЕНАТА ОТ ВАС ИНФОРМАЦИЯ Е ДОСТАТЪЧНА, МОЛЯ ПОДПИШЕТЕ ТУК:

Напълно съм информирана по всички интересувачи ме въпроси, свързани със скрининговия преглед за предпазване от рак на маточната шийка, значението на този преглед за по-нататъшното ми здравословно състояние и същността на предлаганите ми процедури.

Съгласна съм да се подложа на скринингов преглед за предпазване от рак на маточната шийка.

Съгласна съм да се подложа и на онези медицински процедури, които не са уточнени предварително, но биха могли да се окажат наложителни по време на и след прегледа.

Дата:

Подпис:



Национална програма за скрининг на рака на маточната шийка ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ДИАГНОСТИЧНО УТОЧНЯВАНЕ СЛЕД СКРИНИНГОВ ПРЕГЛЕД

ЗА ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ:

ДАТА НА РАЖДАНЕ:

ТЕЛЕФОН:

ДОМАШЕН АДРЕС:

Email АДРЕС:

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО,

Процедурите, които Ви се предлагат, ще бъдат извършени само ако Вие предварително се съгласите да се подложите на тях.

За да дадете съгласие, Вие вероятно се нуждаете от разяснения по отношение на смисъла от подобни процедури. Искате да знаете какво точно ще бъде извършено, кой ще го извърши, как ще се чувствате след това. Интересува Ви дали биха могли да настъпят усложнения и какви.

Надяваме се, че всичко, което ще прочетете по-нататък, ще Ви помогне да вземете своето решение.

АКО НЕ СЕ НУЖДАТЕ, ОТ ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗЯСНЕНИЯ, МОЛЯ ПОДПИШЕТЕ ТУК:

Съгласна съм да се подложа на предлаганите ми процедури за диагностично уточняване след скринингов преглед.

Съгласна съм да се подложа и на онези медицински процедури, които не са уточнени предварително, но биха могли да се окажат наложителни.

Дата:

Подпис:

НЕОБХОДИМОСТ ОТ ДИАГНОСТИЧНО УТОЧНЯВАНЕ

Вие сте била на скринингов преглед за предпазване от рак на маточната шийка. По време на този преглед лекарят е взел цитонамазки от Вашата маточна шийка.

Резултатът от изследването на тези цитонамазки показва, че в клетките от маточната шийка са налице изменения. Това в никакъв случай не означава, че сте болна от рак. Това дори не означава, че непременно сте носител на предракови изменения. Това означава едно единствено нещо – че във Вашия случай се налага диагностично уточняване.



Цитологичното изследване в повечето случаи не е в състояние да постави окончателна диагноза. То само може да заостри вниманието на медиците и да ги накара да предложат процедури за диагностично уточняване.

ПРОЦЕДУРИ ЗА ДИАГНОСТИЧНО УТОЧНЯВАНЕ

Съвременните методи за диагностично уточняване след скринингов преглед за предпазване от рак на маточната шийка са:

1. Колпоскопия: оглед на маточната шийка с помощта на оптичен прибор (колпоскоп).
2. Биопсия: изследване на едно или повече тъканни късчета от маточната шийка под микроскоп.
3. Кюретаж на канала на маточната шийка: събиране на тъканен материал от лигавицата на канала посредством метална кюрета, последвано от изследването на този материал под микроскоп.
4. Търсене на вируси на човешкия папилом и тяхното типизиране: лабораторно изследване на секрет, събран от маточната шийка с помощта на памуче.

Не винаги се налага приложението на всички четири метода, споменати по-горе. Абсолютно задължителна е само колпоскопията. Резултатът от нея дава основания да се прибегне към някой от останалите методи.

КОЛПОСКОПИЯ

Колпоскопският преглед се състои в следното:

1. Жената ляга на гинекологичен стол. Освен нея в помещението присъстват още двама души – лекар и акушерка (сестра).
2. Във влагалището се поставя спекулум. Той обикновено е предварително навлажнен, така че поставянето му е свързано с минимум неудобство за жената.
3. Маточната шийка се оглежда с колпоскоп. Колпоскопът никога не се въвежда във влагалището – през цялото време на прегледа той остава извън него.
4. Маточната шийка се бърше с памучета или марли, потопени в специални разтвори. Нито един от тези разтвори няма дразнещо действие върху лигавицата. По правило липсва чувство на парене, щипане и т.н.
5. След всяко избърсване с разтвор лекарят отново оглежда шийката през колпоскопа.

БИОПСИЯ

Биопсия се взема от участъци на маточната шийка, при които колпоскопията е открила изменения, подозрителни за предраково състояние или рак. Ако колпоскопията не е открила подозрителни изменения, биопсия обикновено не се прави.

Биопсичното изследване се състои в следното:



1. Към подозрителния участък се насочва специален инструмент, наречен „биопсична щипка“. За да достигне до дъното на влагалището (където се намира маточната шийка), инструментът е снабден с дълга дръжка. Тази дължина понякога предизвиква страх, но той не е обоснован – частта от щипката, която реално влиза в допир с тъканите, е много малка.
2. Инструментът защипва частица от маточната шийка. Щипката е много остра и отделянето на частицата става почти неусетно.
3. Отделената частица се поставя във фиксиращ разтвор и се изпраща за изследване.

КЮРЕТАЖ НА КАНАЛА НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Кюретажът на канала на маточната шийка е сравнително болезнен и налага обезболяване. Обезболяване за кюретаж на канала обикновено се постига чрез краткотрайна венозна анестезия. Всички манипулации, които се осъществяват под анестезия, изискват постъпване в болница. Когато изписването става в деня на постъпването, говорим за едnodневна хирургия. Такъв е случаят с кюретажа на канала на маточната шийка. Кюретаж на канала може да се наложи и без по шийката да има изменения, установени при колпоскопия.

Кюретажът на канала на маточната шийка се състои в следното:

1. През седмицата, предхождаща манипулацията, жената трябва да даде кръв и урина за рутинните предоперативни изследвания.
2. В деня на манипулацията жената не трябва да е поемала никаква храна и течности, вкл. кафе, чай и др.
3. Кюретажът се прави в специална манипулационна или в операционна зала.
4. Специалист-анестезиолог дава краткотрайна венозна анестезия. В резултат на това жената заспива или се унася.
5. В канала на маточната шийка се въвежда тънка кюрета, която остъргва повърхността му. Не се налага предварително разширяване на канала, което е по-болезнено.
6. Полученият тъканен материал се поставя във фиксиращ разтвор и се изпраща за изследване.

РИСКОВЕ ОТ МЕТОДИТЕ ЗА ДИАГНОСТИЧНО УТОЧНЯВАНЕ СЛЕД СКРИНИНГОВ ПРЕГЛЕД ЗА ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Всяка медицинска манипулация носи известен риск от инфекция. При спазване на правилата за добра практика методите за диагностично уточняване след скринингов преглед са практически освободени от този риск.

Всеки контакт на организма до чужди тела носи известен риск от алергични реакции. Не пропускайте да уведомите за алергични реакции, настъпили в миналото Ви!



**МОЛЯ, ЗАДАВАЙТЕ НИ И ДРУГИ ВЪПРОСИ!
ИНФОРМИРАНИЯТ ЧОВЕК Е ПО-СПОКОЕН.
СПОКОЙНИЯТ ЧОВЕК СЕ РАЗБОЛЯВА ПО-РЯДКО.**

Място за допълнителни въпроси и отговори

**АКО СЧИТАТЕ, ЧЕ ПОЛУЧЕНАТА ОТ ВАС ИНФОРМАЦИЯ Е
ДОСТАТЪЧНА, МОЛЯ, ПОДПИШЕТЕ ТУК:**

Напълно съм информирана по всички интересувачи ме въпроси, свързани с методите за диагностично уточняване след скринингов преглед за предпазване от рак на маточната шийка, значението на тези методи за по-нататъшното ми здравословно състояние и същността на предлаганите ми процедури.

Съгласна съм да се подложа на диагностично уточняване след скринингов преглед за предпазване от рак на маточната шийка.

Съгласна съм да се подложа и на онези медицински процедури, които не са уточнени предварително, но биха могли да се окажат наложителни.

Дата:

Подпис:



ПОКАНА ЗА СКРИНИНГОВ ПРЕГЛЕД

1. Първично писмо-покана за явяване на скринингов преглед

1.1. Съдържание:

1.1.1. Описание на заболяването РМШ

1.1.2. Ползи от скрининга за РМШ

1.1.3. Покана в тесния смисъл на думата, с обозначаване на:

- място на провеждане на скрининговия преглед (фирма, точен адрес, етаж, кабинет, телефон и електронен адрес за обратна връзка);
- дата и час на скрининговия преглед;
- алтернативни възможности за дата и час.

1.1.4. Здравни рискове от пропускане на скрининга.

1.1.5. Бонуси, последващи явяването на скринингов преглед.

1.1.6. Санкции, последващи пропускане на скрининга.

1.2. Логистика:

1.2.1. Писмото-покана се изпраща на домашния адрес на жената, подлежаща на скринингов преглед, не по-късно от 3 (три) седмици преди датата на прегледа.

1.2.2. Писмото-покана се изпраща от общопрактикуващия лекар, в чиято пациентска листа е жената, подлежаща на скринингов преглед.

1.2.3. Синтезиран вариант на информацията, съдържаща се в писмото-покана може да се изпрати чрез SMS и/или съобщение по електронна поща.

1.2.4. На жената, подлежаща на скринингов преглед, се дава възможност да отговори на писмото-покана, за да потърси други възможности (друго място на провеждане, други дата и час).

1.2.5. Изпращачът архивира копия от изпратените/получените писма-покани за срок от 3 (три) години.

2. Писмо-покана за явяване на скринингов преглед, повторно напомняне – не се различава съществено от първичното писмо-покана. По достатъчно разбираем начин е отбелязано, че се касае за повторно напомняне.



ФИШ ЗА СКРИНИНГОВ ТЕСТ ЗА РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Фишът за скринингов тест се състои от два отрязъка.

1. Отрязък А, попълван от изпълнителя на скринингов преглед – искане за извършване на тест

1.1. Съдържание:

1.1.1. идентификационен код

1.1.2. паспортна част

1.1.3. обозначение на целта на изследването (“Национална скринингова програма”)

1.1.4. обозначение на изпратения материал (PVCU, CC)

1.1.5. описание на клиничната находка

1.1.6. дата на последната редовна менструация (при жени в менопауза или друг вид аменорея – давност на аменореята)

1.1.7. клинична диагноза (ако има такава)

2. Отрязък Б, попълван от изпълнителя на скринингов тест – резултат от теста

2.1. Съдържание:

2.1.1. идентификационен код

2.1.2. паспортна част

2.1.3. резултат по системата Bethesda, версия 2001 година

2.1.4. препоръки от компетентите на изпълнителя на теста

3. Логистика

3.1. До завеждането му в архива на лечебното заведение – изпълнител на скринингов тест, фишът е неразделна част от материала, подлежащ на изследване.

3.2. Изпълнителят на скринингов тест изпраща копие от отрязък Б на хартиен и/или електронен носител.

3.2.1. до изпълнителя на скринингов преглед;

3.2.2. до регионалния представител на администратора на Националната скринингова програма.

3.3. Съотв. лечебни заведения архивират копия от изпратените/получените фишове (отрязъци) за срок от 10 (десет) години.



КОНВЕРСИОННА ТАБЛИЦА НА РАЗЛИЧНИТЕ НОМЕНКЛАТУРИ ЗА ФОРМУЛИРАНЕ НА РЕЗУЛТАТИ ОТ СКРИНИНГОВИЯ ТЕСТ ЗА РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

| Papnicolaou | СВЕТОВНА ЗДРАВНА ОРГАНИЗАЦИЯ | CIN | Bethesda 1991 | Bethesda 2001 |
|-------------------|------------------------------------|--------------------|--|---|
| I | Нормална цитонамазка | | | Отрицателна за епителна абнормност цитонамазка |
| II | Атипизъм | | Цитологични данни за инфекция, реактивни процеси | ASC-US ASC-H |
| | | | Атипични жлезни клетки | |
| | Лека дисплазия | Condyloma CIN I | LSIL | LSIL |
| Умерена дисплазия | CIN II | | | |
| IV | Тежка дисплазия | CIN III | HSIL | HSIL |
| | Ca in situ | | | |
| | AdenoCa in situ | CGIN | AGUS | AIS |
| V | ЦИТОЛОГИЧНИ ДАННИ ЗА ИНВАЗИВЕН РАК | | | |



ТЕРМИНОЛОГИЯ НА КОЛПОСКОПСКИТЕ ОБРАЗИ

Най-широко възприетата терминология на колпоскопските образи е т.нар. Римска номенклатура – терминология, ратифицирана от Международната федерация по цервикална патология и колпоскопия (IFCPC) в гр. Рим, Италия, през 1990 г.

Съществуват предложения за оптимизиране на Римската номенклатура, но нито едно от тях не е получило безрезервна подкрепа в световната общност на колпоскопистите.

Преди близо четиридесет години Б. Василев въведе в България абривиатури на колпоскопската находка, подходящи за нанасяне върху схематично изображение на маточната шийка (т. нар. „колпоскопска карта на маточната шийка“).

По-долу предлагаме конверсионна таблица на Римската номенклатура и модифициран вариант на абривиатурите на Б. Василев.

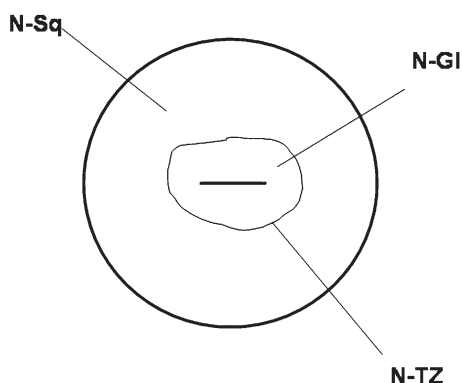
| РИМСКА НОМЕНКЛАТУРА | АБРЕВИАТУРИ ЗА „КОЛПОСКОПСКА КАРТА НА МАТОЧНАТА ШИЙКА“ |
|---|--|
| Нормален (типичен, обичаен) колпоскопски образ | N |
| Многослоен плосък невроговяващ епител | N-Sq |
| Цилиндричен епител | N-GI |
| Нормална зона на преход | N-TZ |
| Абнормен (атипичен, необичаен) колпоскопски образ | A |
| Бял епител след третиране с оцетна киселина * | A-WE ** |
| ● с плоска повърхност | A-WE-PI ** |
| ● с микропапиларна или микронагъната повърхност | A-WE-R ** |
| Пунктирана зона (пунктуация) * | A-P ** |
| Мозайка * | A-M ** |
| Левкоплакия * | A-L ** |
| Йод-негативен участък | A-J(-) |
| Атипични съдове | A-V ** |
| СЪМНЕНИЕ ЗА ИНВАЗИВЕН РАК | C ? |
| НЕЗАДОВОЛИТЕЛНА КОЛПОСКОПИЯ | UNSAT |
| Границата плосък/цилиндричен епител не се проследява изцяло | |
| Тежко възпаление или тежка атрофия | |
| Не се визуализира маточна шийка | |
| РАЗНИ | |
| Микропапиларна повърхност, която не е бял епител | R |
| Екзофитни кондилиоми | Condyl |
| Възпаление | I |
| Атрофия | Attr |
| Язва | U |
| Друго | (описание) |

* Уточнява се тежестта на измененията. Използват се термини като „нежен”, „фин”, „тънък” – за леки изменения и „груб”, „плътен”, „релефен” – за тежки изменения.

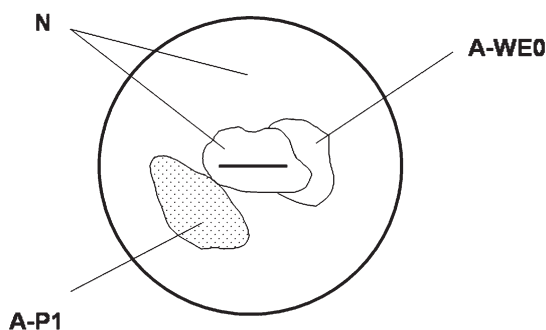
** Уточнява се тежестта на измененията. За „лек атипизъм” се добавя индекс 0. За „умерен атипизъм” се добавя индекс 1. За „тежък атипизъм” се добавя индекс 2.

Примери за колпоскопска карта на маточната шийка (картиране на маточната шийка):

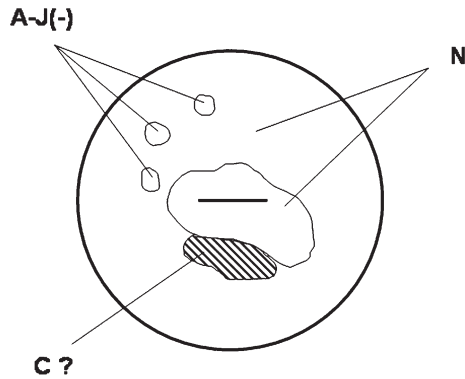
Пример 1: Липса на колпоскопски атипизъм (ектопия на маточната шийка). Колпоскопската находка съответства на нормален многослоен плосък епител [N-Sq], нормален цилиндричен епител [N-GI] и нормална зона на преход [N-TZ]. Тази находка може да се обозначи и само с една абривиатура – [N].



Пример 2: Лек до умерен колпоскопски атипизъм. Колпоскопската находка съответства на нормален плосък епител и нормален цилиндричен епител [N], бял епител след третиране с оцетна киселина с лек атипизъм [A-WE0] и пунктуация с умерен атипизъм [A-P1].



Пример 3: Умерен до тежък колпоскопски атипизъм. Колпоскопската находка съответства на нормален плосък епител и нормален цилиндричен епител [N], йод-негативни участъци [A-J (-)] и участък със съмнение за инвазивен рак [C ?].





ПОКРИТИЕ ЧРЕЗ СКРИНИНГОВ ПРЕГЛЕД В РАМКИТЕ НА НАЦИОНАЛНАТА ПРОГРАМА ЗА ЦЕРВИКАЛЕН СКРИНИНГ ПРЕЗ ГОДИНА

| ВЪЗРАСТ (гола) | N жени, подходящи за провеждане на скрининг (а) | N жени, подходящи за провеждане на скрининг с поне 1 скринингов тест | | | | % ПОКРИТИЕ ЧРЕЗ СКРИНИНГОВ ПРЕГЛЕД (100 x b/a) |
|-------------------|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---|
| | | През съответната година | През последните 3 години | | | |
| | | | Поканени с персонална покана | Непоканени с персонална покана | Неизвестно дали са поканени | |
| < 30 | | | | | | |
| 30-34 | | | | | | |
| 35-39 | | | | | | |
| 40-44 | | | | | | |
| 45-49 | | | | | | |
| 50-54 | | | | | | |
| 55-59 | | | | | | |
| 60 + | | | | | | |
| ВСИЧКО | | | | | | |

При попълване на таблицата следва да се уточни източникът на информация, а именно:

- полицеви отчети с достъп до лични данни, информатизирана база данни (да се дефинира базата данни);
- полицеви отчети с достъп до лични данни, ръчно поддържана база данни (да се дефинира базата данни);
- анкетен метод (да се дефинира извадката, процент отговорили и др.);
- друг източник (да се дефинира).

Допълнителна стратификация би могла да се въведе чрез разделяне на населението според програмния му статус – скринингови тестове в рамките на скрининговата програма, извън тези рамки и т.н.


 РЕЗУЛТАТ ОТ ВСИЧКИ СКРИНИНГОВИ ТЕСТОВЕ В РАМКИТЕ НА НАЦИОНАЛНАТА
 ПРОГРАМА ЗА ЦЕРВИКАЛЕН СКРИНИНГ ПРЕЗ ГОДИНА

| ВЪЗРАСТ (год.) | РЕЗУЛТАТ ОТ ЦИТОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ | | | | | | | ВСИЧКО | |
|-------------------|--|--|--|-------|--|--------|---|--------|----------------------------------|
| | Цитологични данни за инвазивен рак | Високосте- пенна интраепителна лезия (HSIL) | Нискостепенна интраепителна лезия (LSIL) | ASC-H | Атипични жлезни клетки (AGUS) | ASC-US | Отрицате- лен за интраепи- телни лезии | | Незадово- лително качество |
| < 30 | | | | | | | | | |
| 30-34 | | | | | | | | | |
| 35-39 | | | | | | | | | |
| 40-44 | | | | | | | | | |
| 45-49 | | | | | | | | | |
| 50-54 | | | | | | | | | |
| 55-59 | | | | | | | | | |
| 60 + | | | | | | | | | |
| ВСИЧКО | | | | | | | | | |

Ако дадена жена се е подложила на повече от 1 тест през съотв. година, в таблицата се нанася само 1 резултат – най-неблагоприятният.



УВЕДОМИТЕЛНО ПИСМО ЗА РЕЗУЛТАТ ОТ СКРИНИНГОВИЯ ПРЕГЛЕД ЗА РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

1. Съдържание:
 - 1.1. Паспортна част
 - 1.2. Резултат от скрининговия тест във вида, в който е получен от изпълнителя му
 - 1.3. Интерпретация на този резултат на разбираем за немедицински лица език
 - 1.4. Съвети за по-нататъшно поведение – необходимост от лечение, контролни прегледи и др. под.
 - 1.5. Здравни рискове от непридържане към съветите по предходната точка
2. Логистика:
 - 2.1. Уведомителното писмо се изпраща от изпълнителя на скринингов преглед до скринираната жена в срок от 3 (три) работни дни след получаване на резултата от скрининговия тест.
 - 2.2. Ако изпълнителят на скрининговия преглед не е общопрактикуващ лекар, той изпраща копие на същото уведомително писмо до общопрактикуващия лекар, в чиято пациентска листа е скринираната жена.
 - 2.3. Синтезиран вариант на информацията, съдържаща се в уведомителното писмо, може да се изпрати до скринираната жена чрез SMS и/или съобщение по електронна поща. Това важи само за случаите с отрицателен резултат от скрининговия тест.
 - 2.4. Изпълнителят на скринингов преглед архивира копия от изпратените уведомителни писма за срок от 5 (пет) години.



ПРИНЦИПИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ЦЕРВИКАЛНА ИНТРАЕПИТЕЛНА НЕОПЛАЗИЯ

| Хистологична диагноза по номенклатура "CIN" | Хистологична диагноза по номенклатура "дисплазия" | Особености на лезията | Особености на пациентката | | Лечебен метод |
|---|---|--|---------------------------|------------------------------|---|
| | | | Възраст | Репродуктивен потенциал | |
| CIN 1 | Лека дисплазия | Не навлиза в цервикалния канал | Без значение | Без значение | Цитологичен и/или колпоскопски контрол през 4-6 месеца <i>или</i> тъканно-деструктивно лечение (физични методи) |
| | | Навлиза в цервикалния канал | | Налице, нерезализиран | Цитологичен и/или колпоскопски контрол през 4-6 месеца <i>или</i> LEEP |
| CIN 2 | Умерена дисплазия | Засяга по-малко от половината площ на PVSU. Не навлиза в цервикалния канал. | Без значение | Липсва <i>или</i> реализиран | LEEP <i>или</i> конизация |
| | | Засяга повече от половината площ на PVSU. Не навлиза в цервикалния канал. | | Без значение | Цитологичен и/или колпоскопски контрол през 4-6 месеца <i>или</i> тъканно-деструктивно лечение (физични методи) |
| | | Навлиза в цервикалния канал | | Налице, нерезализиран | Тъканно-деструктивно лечение (физични методи) <i>или</i> LEEP |
| | | | | Налице, нерезализиран | LEEP <i>или</i> конизация |
| | | | | Липсва <i>или</i> реализиран | Конизация |



| | | | | |
|---------------------|---|-----------------------------|---|--|
| CIN 3 | Рецидив след тъканно-деструктивно лечение | До 35 години | Без значение | Тъканно-деструктивно лечение (физични методи) <i>или</i> LEEP <i>или</i> конизация |
| | | Над 35 години | Налице, нерелизиран | LEEP <i>или</i> конизация |
| | | | Липсва <i>или</i> релизиран | Конизация |
| | Рецидив след тъканно-деструктивно лечение | До 35 години | Без значение | LEEP <i>или</i> реконизация |
| | | Над 35 години | Налице, нерелизиран | LEEP <i>или</i> реконизация |
| | Рецидив след конизация | До 35 години | Без значение | Реконизация <i>или</i> тотална хистеректомия |
| | | | Налице, нерелизиран | LEEP <i>или</i> конизация |
| | Не навлиза в цервикалния канал | До 35 години | Налице, нерелизиран | LEEP <i>или</i> конизация |
| | | Над 35 години | Без значение | Конизация |
| | Навлиза в цервикалния канал | Без значение | Без значение | Конизация |
| | | | Налице, нерелизиран | Конизация |
| | Рецидив след конизация | До 35 години | Липсва <i>или</i> релизиран | Тотална хистеректомия |
| Налице, нерелизиран | | | Реконизация <i>или</i> трахелектомия <i>или</i> тотална хистеректомия | |
| | Над 35 години | Без значение | Тотална хистеректомия | |
| | | Липсва <i>или</i> релизиран | Тотална хистеректомия | |



ИНСТРУКЦИИ ЗА СЛЕДЛЕЧЕБЕН РЕЖИМ СЛЕД ТЪКАННО-ДЕСТРУКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ БРИМКОВА ЕЛЕКТРОЕКСЦИЗИЯ НА ЦЕРВИКАЛНА ИНТРАЕПИТЕЛНА НЕОПЛАЗИЯ

Уважаема госпожо,

При Вас бе установено предраково изменение на маточната шийка. Това наложи лечение, което бе проведено на (ДД)(ММ)(ГГГГ).

След проведеното лечение рискът от развитие на истински рак е практически нулев. Независимо от това Вие трябва да знаете какво може да се случи през следващите дни и седмици, както и да бъдете информирана за следлечебния режим, който следва да спазвате. Моля, прочетете внимателно този текст!

1. Няколко дни след проведеното лечение вероятно ще изпитвате известен дискомфорт, свързан с леко до умерено течение от половите органи. Това налага да използвате така наречените ежедневни дамски превръзки. Не бива да използвате влагалищни тампони, както и да правите влагалищни промивки!

2. Ако ежедневните дамски превръзки се окажат недостатъчни за предотвратяване зацапване на бельото, потърсете консултация с лекаря, провел лечението Ви.

3. Около 10-14 дни след лечението е възможна внезапна или постепенна поява на по-силно кървене. Такова кървене може и да не се появи, но появата му налага използване на дамски превръзки за менструация. Не бива да използвате влагалищни тампони! Подобно кървене трае 1-2 дни и е свързано с отпадане на коричката, образувана в резултат на проведеното лечение. Това кървене не е редовна менструация – редовната менструация следва да настъпи на очакваната дата.

4. Проведеното лечение не представлява пречка за обливане на тялото с хигиенен душ още от деня на провеждането му.

5. Потопянето във вода (вана, басейн и други) следва да се отложи дотогава, докато кървенето от половите органи престане.

6. До първата редовна менструация след лечението не бива да имате вагинални полови контакти.

7. По време на първите две менструации след лечението не бива да използвате влагалищни тампони!

8. През първите пет „чисти“ дни след втората редовна менструация, настъпила след лечението, следва да се явите на контролен преглед. Ако това се окаже невъзможно, моля уговорете контролен преглед през първите пет „чисти“ дни след някоя от следващите менструации.



КРИТЕРИИ ЗА СТАДИРАНЕ НА РАКА НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

За да постигнем стадиране на заболяването като цяло, е необходимо да стадираме всяка от неговите компоненти: първичен тумор, разпространение на тумора в регионалните лимфни възли и далечно разпространение на тумора. За тази цел съществуват няколко класификации. Най-широко приложение имат две от тях – на Международната федерация на гинеколози и акушери (FIGO) и TNM-класификацията. Тези две класификации са обединени от Международната организация за борба с рака (UICC). Именно тази обединена класификация е универсално възприета в публикациите за РМШ.

1. Стадиране на първичния тумор (Т)

| Клиничен стадий по FIGO | Характеристики на първичния тумор на маточната шийка | Класификация TNM |
|-------------------------|--|------------------|
| | Първичният тумор не се поддава на преценка | TX |
| | Не се установява първичен тумор | T0 |
| 0 | Carcinoma in situ (преинвазивен рак) | Tis |
| I | Цервикалният тумор е локализиран в матката (разпространението към corpus uteri не променя стадия) | T1 |
| IA | Инвазивен тумор се установява само при хистологично изследване. <i>Забележка:</i> Всички туморни лезии, видими при клиничен преглед – независимо от дълбочината на инвазията – са в стадий IB/T1b или по-напреднал. | T1a |
| IA1 | Дълбочината на стромалната инвазия не надвишава 3.0 mm. Хоризонталното разпространение на стромалната инвазия не надвишава 7.0 mm. | T1a1 |
| IA2 | Дълбочината на стромалната инвазия е от 3.0 до 5.0 mm*. Хоризонталното разпространение на стромалната инвазия не надвишава 7.0 mm. | T1a2 |
| IB | Видима при клиничен преглед лезия, ограничена в маточната шийка. Установена при хистологично изследване лезия, която надвишава критериите за стадий IA2/T1a2 | T1b |
| IB1 | Видима при клиничен преглед лезия с най-голям размер до 4.0 cm | T1b1 |
| IB2 | Видима при клиничен преглед лезия с най-голям размер над 4 cm | T1b2 |
| II | Туморът се разпространява per continuitatem извън матката, но без да достига тазовата стена или долната трета на влагалището | T2 |
| IIA | Липсва туморна инфилтрация на параметриума | T2a |



| | | |
|------|--|-----|
| IIb | Налице е инфилтрация на параметриума | T2b |
| III | Туморът се разпространява per continuitatem до тазовата стена и/или до долната трета на влагалището и/или причинява хидронефроза и/или афункция на бъбрек. | T3 |
| IIIa | Туморът засяга долната трета на влагалището, без да достига до тазовата стена. | T3a |
| IIIb | Туморът достига до тазовата стена и/или причинява хидронефроза и/или афункция на бъбрек. | T3b |
| IVa | Туморът инфилтрира лигавицата на пикочния мехур или на ректума и/или се разпространява извън малкия таз*. | T4 |
| IVb | Налице са далечни метастази. | M1 |

* Дълбочината на стромалната инвазия се отчита от базалния слой на епитела, от който произхожда туморът, независимо дали това е плосък или жлезист епител. Измерването започва от епитело-стромалната граница на най-близкостоящата до тумора епителна папила и завършва в точката на най-дълбока туморна инвазия. Наличието на туморни клетки в съдови пространства – независимо дали венозни или лимфатични – не променя стадия.

** Булозният едем на пикочния мехур не е достатъчно основание за присъждане на туморен стадий IVa/T4.

2. Стадиране на туморното разпространение в регионалните лимфни възли (N)

Наличието (липсата) на лимфогенно разпространение се изразява чрез класификацията TNM. Тя се прилага само за изразяване състоянието на регионалните лимфни възли. Налице са следните три възможности:

- ▣ NX – състоянието на регионалните лимфни възли не е известно;
- ▣ N0 – в регионалните лимфни възли липсват метастази;
- ▣ N1 – в регионалните лимфни възли се установяват метастази.

3. Стадиране на далечното разпространение на тумора (M)

Далечното разпространение на тумора се изразява чрез класификацията TNM. Налице са следните три възможности:

- ▣ MX – не е известно дали е налице далечно разпространение на тумора;
- ▣ M0 – липсват данни за далечно разпространение на тумора;
- ▣ M1 – налице е далечно разпространение на тумора (метастази).

4. Цялостно стадиране на заболяването

Международната организация за борба с рака (UICC) предлага класификация, която обединява клиничния туморен стадий по FIGO и класификацията TNM. Получава се следната схема:



| Клиничен стадий по FIGO | UICC | | |
|----------------------------|--------------------|--------------------|----|
| | T | N | M |
| 0 | Tis | N0 | M0 |
| IA1 | T1a1 | N0 | M0 |
| IA2 | T1a2 | N0 | M0 |
| IB1 | T1b1 | N0 | M0 |
| IB2 | T1b2 | N0 | M0 |
| IIA | T2a | N0 | M0 |
| IIB | T2b | N0 | M0 |
| IIIA | T3a | N0 | M0 |
| IIIB | T1 | N1 | M0 |
| | T2 | N1 | M0 |
| | T3a | N1 | M0 |
| | T3b | N не е от значение | M0 |
| IVA | T4 | N не е от значение | M0 |
| IVB | T не е от значение | N не е от значение | M1 |