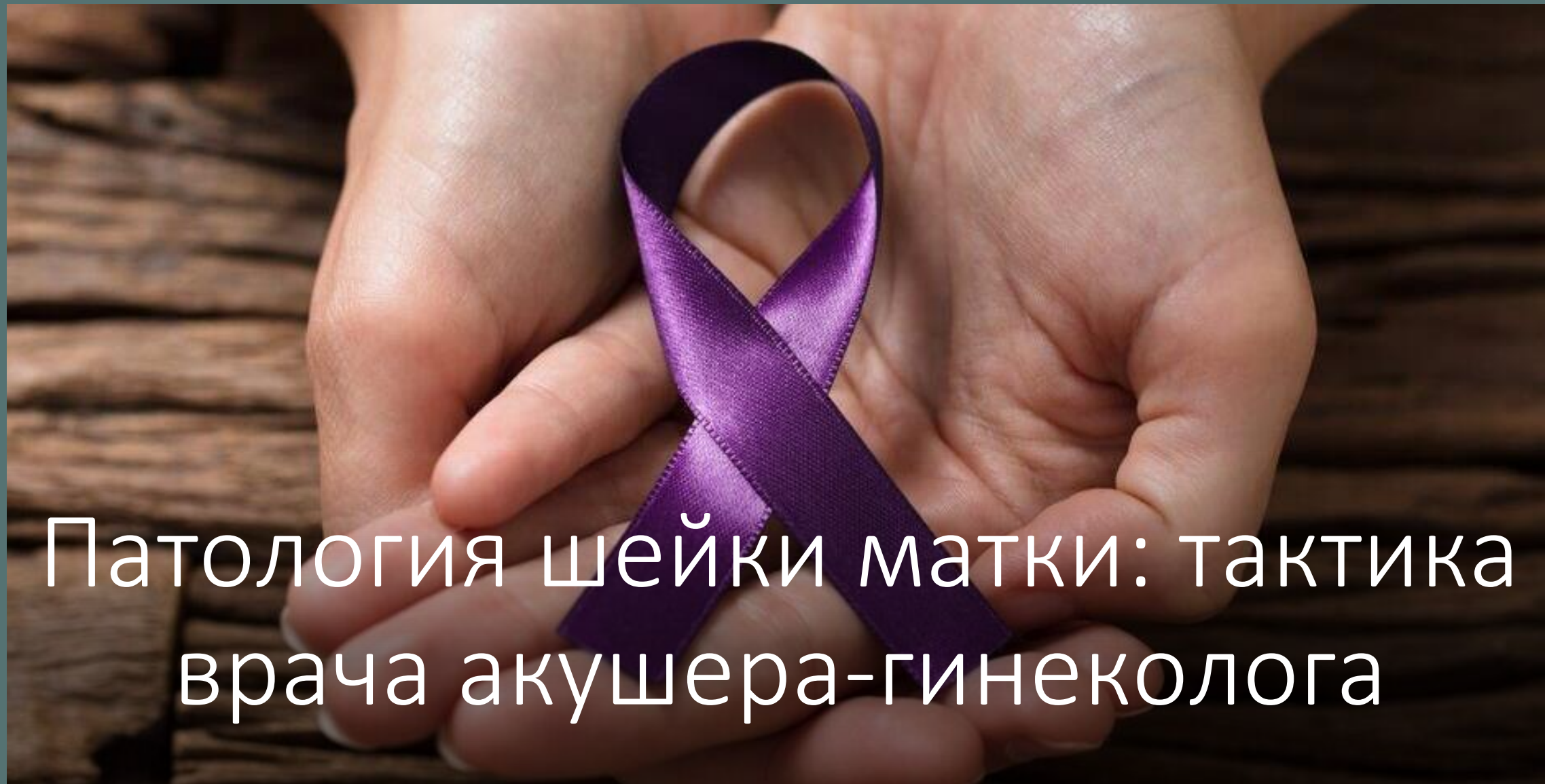




Патология шейки матки: тактика врача акушера-гинеколога

СКРИНИНГ

21-29 лет

- цитологическое исследование микропрепарата шейки матки не реже 1 раза в 3 года

30-65 лет

- проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки и ВПЧ-тестирования 1 раз в 5 лет

Диагностика

- Осмотр шейки матки в зеркалах
- Визуальная оценка шейки матки после обработки уксусной кислотой (VIA)
- Цитологическое исследование
- ВПЧ-тестирование
- Кольпоскопия
- Биопсия шейки матки



Система Папаниколау	Описательная система ВОЗ	CIN	ТБС (Терминологическая система Бетесда)
Класс I (норма)	Отсутствие злокачественных клеток	Отсутствие неопластических изменений	Норма
Класс 2 (метаплазия эпителия, воспалительный тип)	Атипия, связанная с воспалением		Реактивные изменения клеток ASC:ASCUS; ASC - H
Класс 3 ("дискариоз")	Слабая дисплазия	CIN I Койлоцитоз	LSIL
	Умеренная дисплазия	CIN II	HSIL
	Тяжелая дисплазия	CIN III	
Класс 4 (клетки, подозрительные рак или карцинома in situ)	Карцинома in situ		
Класс 5 (рак)	Инвазивная карцинома	Карцинома	Карцинома

ASC-US

- ВПЧ-тестирование.
- При отсутствии ВПЧ ко-тестирование через 3 года.
- При обнаружении ВПЧ кольпоскопия.
- При отсутствии аномальной картины ко-тестирование через год
- При выявлении аномальной картины биопсия (punch-биопсия).
- При ASCUS с положительным ВПЧ может быть целесообразна сортировка женщин с помощью иммуноцитохимического теста с окрашиванием p16Ki67

ASCUS, ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ CIN III

- ВПЧ тестирование и кольпоскопия по результатам которых определяется необходимость повторной эксцизии\конизации

ASC-H

- ВПЧ-тестирование
- Кольпоскопия с последующей биопсией при АКК в том числе у женщин моложе 25 лет

LSIL

- ВПЧ тестирование
- Кольпоскопия, при АКК – биопсия
- При отрицательном ВПЧ повторное тестирование через год
- При отрицательных результатах обоих тестов через год, повторный скрининг через 3 года
- Динамическое наблюдение с использованием цитологического исследования микропрепарата шейки матки 1 раз в 6 месяцев в течение 18-24 месяцев при LSIL (с целью раннего выявления прогрессирования)
- Женщинам старше 40 лет с CIN I в биоптате эктоцервикса проводить петлевую эксцизию ЗТ в связи с риском синхронных тяжелых поражений, скрытых в канале, вследствие длительной персистенции ВПЧ ВКР
- При отсутствии регрессии LSIL через 18-24 месяцев рекомендуется хирургическое лечение
- После хирургического лечения LSIL проводится цитологическое исследование микропрепарата шейки матки и ВПЧ-тестирование через 6-12 месяцев.

БЕРЕМЕННОСТЬ С LSIL

- ВПЧ тестирование, кольпоскопия
- При отсутствии подозрения на тяжелое поражение (HSIL): повторное обследование после родов (8-12 недель)

HSIL

- Показана немедленная кольпоскопия
- Сортировка на основании результатов повторных мазков ВПЧ-статуса недопустима
- При полной визуализации ЗТ проводят LLETZ
- При неполной визуализации ЗТ показана LLETZ или конизация с диагностической и лечебной целью
- Деструкция очагов поражения недопустима
- У женщин с HSIL старше 50 лет и/или с зоной трансформации III типа целесообразно проведение конизации шейки матки
- У женщин до 25 лет с диагнозом CIN II в биоптате при p16- негативном результате ИГХ допустимо динамическое наблюдение с использованием цитологического контроля, ВПЧ-тестирования и кольпоскопии 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет.

HSIL

- В случае отсутствия регресса, перейти к активной тактике (эксцизия шейки матки)
- У пациенток с диагнозом CIN II в биоптате при p16-положительном результате ИГХ рекомендована безотлагательная эксцизия шейки матки
- Если в краях резекции шейки матки или соскобе из оставшейся части цервикального канала обнаруживается HSIL, рекомендован цитологический, кольпоскопический и ВПЧ контроль через 2-4 месяца
- После хирургического лечения HSIL проводится цитологическое исследование микропрепарата шейки матки и ВПЧ-тестирование: через 3 месяца, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет, затем ежегодно в течение 20 лет
- При наличии аномальных результатов цитологии и/или аномальной кольпоскопической картины и/или положительном ВПЧ с сохранением вирусной нагрузки показана повторная конизация, в некоторых случаях возможно проведение гистерэктомии

БЕРЕМЕННОСТЬ С HSIL

- Показана немедленная кольпоскопия
- При отсутствии подозрения на инвазию рекомендовано наблюдение с цитологическим и кольпоскопическим контролем каждые 3 месяца
- При подозрении на инвазию – немедленная биопсия
- При отсутствии отрицательной динамики обследование через 8-12 недель после родов

AGS

- Четко указать анамнез при направлении материала
- Кольпоскопия
- Выскабливание цервикального канала биопсия эндометрия у женщин старше 35 лет.

- При отсутствии возможности проведения расширенной кольпоскопии возможно использование визуального метода VIA (осмотр шейки матки после обработки 3% раствором уксусной кислоты)
- Кольпоскопия также показана всем инфицированным ВПЧ 16 и\или 18 типов, независимо от результатов цитологии.
- Патогенетическое лечение истинной эрозии шейки матки в соответствии с причиной, вызвавшей десквамацию эпителия (воспалительные заболевания, травма, возрастная атрофия слизистых)
- Врожденный эктропион у ВПЧ негативных женщин является неопасным состоянием в отношении развития предрака и РШМ
- Лечение иммуномодуляторами (по АТХ - Иммуностимуляторы) продуктивного компонента ВПЧ-инфекции, инициирующей и поддерживающей прогрессию CIN патогенетический оправдано лишь в дополнение к эксцизии

AIS

- Направление на консультацию к онкологу в ЦАОП согласно приказа о маршрутизации.
- ВПЧ-тестирование
- Кольпоскопия
- Конизация шейки матки с последующим выскабливанием цервикального канала и биопсия эндометрия женщин старше 35 лет

CIN III

- Рекомендуется при CIN III направлять пациенток к врачу онкологу в ЦАОП согласно приказа о маршрутизации.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

- При осмотре в зеркалах опухолевая ткань – направление в ЦАОП согласно приказа по маршрутизации.
- При сомнительных данных и взятии цитологии на приеме, направление пациентки на консультацию к онкологу по результату цитологии.

ДРУГИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ

- Патология эндометрия: ЛДВ, вакуум-аспирация, гистероскопия.
- Неопределенные образования яичников: онкомаркеры – СА-124, НЕ4, индекс ROMA, женщинам до 40 лет – АФП, В-ХГЧ, ЛДГ (исключение герминогенных опухолей), ингибин (исключение стромальных опухолей), РЭА и СА19-9 при подозрении на муцинозную карциному.

ОСЛОЖНЕНИЕ ЗНО ТРЕБУЮЩЕЕ ЭКСТРЕННОЙ ИЛИ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- Острые состояния возникшие вследствие опухолевого поражения органов женской репродуктивной системы: Катайский, Далматовский и Шадринский районы, г.Шадринск – ГБУ «Шадринская городская клиническая больница», остальные районы и г.Курган – ГБУ «КОКБ» и ГБУ «КОБ №2» согласно графика дежурств.
- Острая задержка мочи: Катайский, Далматовский, Каргапольский, Шатровский и Шадринский районы – ГБУ «Шадринская городская клиническая больница», остальные районы – круглосуточные стационары ЦРБ и межрайонных больниц, при необходимости перевод в ГБУ «КОКБ», ГБУ «КОБ №2», ЧУЗ «РЖД-Медицина» согласно графика дежурств и по согласованию, г.Курган - ГБУ «КОКБ», ГБУ «КОБ №2», ЧУЗ «РЖД-Медицина» согласно графика дежурств .

ОСЛОЖНЕНИЕ ЗНО ТРЕБУЮЩЕЕ ЭКСТРЕННОЙ ИЛИ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- Явления толстокишечной непроходимости, асцит, плеврит: Белозерский и Варгашинский районы - круглосуточные стационары филиалов ГБУ «КОБ №2» в с.Белозерское и в п.Варгаши, при необходимости перевод в ГБУ «КОБ №2», остальные районы - круглосуточные стационары ЦРБ и межрайонных больниц, ГБУ «Шадринская городская больница», при необходимости перевод в ГБУ «КОКБ» по согласованию, г.Курган – ГБУ «Курганская БСМП».
- Анемический криз (Hb ниже 40-50 г\л): Белозерский и Варгашинский районы - круглосуточные стационары филиалов ГБУ «КОБ №2» в с.Белозерское и в п.Варгаши, при необходимости перевод в ГБУ «КОБ №2», остальные районы - круглосуточные стационары ЦРБ и межрайонных больниц, ГБУ «Шадринская городская больница», при необходимости перевод в ГБУ «КОКБ» по согласованию, г.Курган – ГБУ «КОБ №2».

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

- Осмотр на кресле.
- Цитологическое исследование при подозрении на прогрессирование процесса.

1. Основной целью сегодняшнего доклада является оптимизация работы врача первичного звена.

2. Четкое соблюдение алгоритмов обследования и маршрутизации пациентов направлено на приближение помощи к месту жительства пациента, ускорение получения специализированной помощи пациенту.

3. При необходимости и неординарности случая возможно проведение ТМК с ГБУ КООД.





СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

*Помигуева Кристина
Сергеевна*