



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

П Р И К А З

от 12.01.2026

г. Мурманск

№ 3

**О совершенствовании цитологической службы
в Мурманской области**

В целях оптимизации взаимодействия медицинских организаций Мурманской области при проведении цитологических исследований, улучшения качества ранней диагностики предраковых и раковых заболеваний, сокращения сроков цитологического исследования в соответствии с приказами Минздрава России от 25.12.1997 № 380 «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», от 24.04.2003 № 174 «Об утверждении учетных форм для цитологических исследований», от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», приказом Министерства здравоохранения Мурманской области от 29.08.2025 № 485 «О проведении на территории Мурманской области мероприятий, направленных на совершенствование онкологического скрининга «ОнкоРадар – система ранней диагностики», Методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, утвержденными заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации Е.Г. Камкиным от 29.03.2024, **приказываю:**

1. Утвердить:

1.1. Порядок взаимодействия медицинских организаций Мурманской области при проведении цитологических исследований (далее - Порядок).

1.2. Алгоритм формирования заключения с использованием классификации цервикальной цитологии Bethesda (The Bethesda System (TBS), 2014) (далее – Алгоритм).

1.3. Форму отчета о проведении профилактических цитологических исследований (мазки с шейки матки и цервикального канала) в женских консультациях и смотровых кабинетах (далее - Форма отчета) для медицинских организаций, осуществлявших проведение цитологических исследований на базе своих медицинских организаций в 2025 году – для свода.

2. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Мурманской области:

2.1. Обеспечить проведение цитологических исследований (за исключением цитологического исследования мазка костного мозга (миелограммы)) в условиях централизованной цитологической лаборатории ГОБУЗ «Мурманский областной онкологический диспансер» (далее – ГОБУЗ «МООД»).

2.2. Обеспечить проведение цитологического исследования мазка костного мозга (миелограммы) для онкогематологических пациентов в ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина».

2.3. Организовать работу в медицинских организациях в соответствии с Порядком.

2.4. Принять меры к оснащению женских консультаций, фельдшерско-акушерских пунктов и смотровых кабинетов для обследования женского населения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Мурманской области от 29.08.2025 № 485 «О проведении на территории Мурманской области мероприятий, направленных на совершенствование онкологического скрининга «ОнкоРадар – система ранней диагностики».

2.5. Обеспечить в рамках проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации женщин репродуктивного возраста на выявление злокачественных новообразований шейки матки выполнение цитологического исследования мазка с шейки матки при его окрашивании по Папаниколау (другие способы окраски не допускаются).

Обеспечить аэрозольную фиксацию спиртом всех мазков с шейки матки и цервикального канала (профилактических и диагностических) для выполнения цитологического исследования в ГОБУЗ «МООД» при окрашивании по Папаниколау.

2.6. Организовать правильное и четкое заполнение направлений на цитологическое исследование в соответствии с утвержденными формами (приложения № 1, 2 к Порядку), указывая код структурного подразделения медицинской организации, имеющей право направления материала на исследование в рамках требований справочников Территориального фонда обязательного медицинского страхования по Мурманской области, а также цель исследования (профилактика, диагностика).

2.7. Организовать в течение 5-ти рабочих дней повторный отбор материала для цитологического исследования в случае некачественного мазка при наличии в заключении фразы «Т-зоны нет» или «Неинформативный материал».

2.8. Обеспечить работу системы обмена данными лабораторных исследований (ОДЛИ) для оформления направления и получения результатов в электронном виде.

2.9. Обеспечить предоставление в срок до 01 февраля, следующего за отчетным годом, в ГОБУЗ «МООД» сведений о проведенных цитологических исследованиях по Форме отчета.

3. Главному врачу ГОБУЗ «МООД» Коваленко Д. А.:

3.1. Организовать работу централизованной цитологической лаборатории.

3.2. Обеспечить прием материала для проведения цитологических исследований в рабочие дни с 9.00 до 15.00.

3.3. Обеспечить проведение цитологических исследований в сроки, обозначенные в Порядке, утвержденным настоящим приказом.

3.4. Обеспечить проведение цитологических исследований всех мазков с шейки матки и цервикального канала (профилактических и диагностических) с окрашиванием по Папаниколау.

3.5. Обеспечить формирование заключения цитологического исследования с использованием классификации цервикальной цитологии Bethesda, в соответствии с Алгоритмом.

3.6. Обеспечить направление в Министерство здравоохранения Мурманской области отчета о проведении профилактических цитологических исследований (мазки с шейки матки и цервикального канала) в женских консультациях и смотровых кабинетах до 10 февраля года, следующего за отчетным.

4. Рекомендовать руководителям негосударственных, федеральных и ведомственных медицинских организаций Мурманской области принять к исполнению пункт 2 настоящего приказа.

5. Финансирование цитологических исследований проводить в соответствии с тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования на территории Мурманской области.

6. Начальнику административного отдела Министерства здравоохранения Мурманской области Сурковой Н.В. разместить приказ на официальном сайте Министерства здравоохранения Мурманской области в разделе «Документы».

7. Считать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Мурманской области от 09.12.2024 № 2 «О порядке взаимодействия медицинских организаций Мурманской области при проведении цитологических исследований».

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Мурманской области Чуксева С.Е.

**Заместитель Губернатора
Мурманской области –
министр здравоохранения
Мурманской области**



Д.В. Панычев

УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства
здравоохранения
Мурманской области
от 12.01.2016 № 3

**Порядок
взаимодействия медицинских организаций Мурманской области при
проведении цитологических исследований**

1. Общие положения.

1.1. Порядок взаимодействия медицинских организаций Мурманской области при проведении цитологических исследований (далее – Порядок) разработан в целях оптимизации взаимодействия медицинских организаций Мурманской области при проведении цитологических исследований.

1.2. Цитологическая диагностика злокачественных новообразований в Мурманской области проводится в централизованной цитологической лаборатории (далее – ЦЦЛ) ГОБУЗ «Мурманский областной онкологический диспансер» (далее - МООД), за исключением цитологического исследования мазка костного мозга (миелограммы, код медицинской услуги: А08.05.001). Исследование миелограммы для онкогематологических пациентов проводится в ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина».

Централизованное проведение цитологических исследований в условиях МООД обусловлено стандартизацией методов получения, подготовки и оценки материала, а также внесением результатов в электронную историю болезни и систему обмена данными лабораторных исследований (далее - ОДЛИ), необходимостью архивирования препаратов всех случаев выявленных злокачественных новообразований и предраковых состояний.

1.3. В организации цитологических исследований участвуют:

1.3.1. Средние медицинские работники (фельдшер, медицинская сестра, акушерка) фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФАП), смотровых кабинетов;

1.3.2. Врачи и акушерки амбулаторий и женских консультаций;

1.3.3. Врачи кабинетов и отделений, в которых проводится забор материала на цитологическое исследование с диагностической целью злокачественных новообразований (эндоскописты, хирурги, онкологи и др.);

1.3.4. Медицинские лабораторные техники и врачи клинической лабораторной диагностики ЦЦЛ МООД.

2. Организация взаимодействия медицинских организаций Мурманской области при проведении цитологических исследований.

2.1. Фельдшеры и акушерки ФАП и смотровых кабинетов, врачи и акушерки амбулаторий, женских консультаций медицинских организаций обеспечивают:

2.1.1. Взятие цитологического мазка с шейки матки и цервикального канала;

2.1.2. Оформление направления на цитологическое исследование, в том числе в системе ОДЛИ;

2.1.3. Формирование и маркировку посылок для отправки в цитологическую лабораторию МООД в кратчайшие сроки, но не позднее 3-х дней от даты отбора биоматериала;

2.1.4. Учет и регистрацию результатов цитологических исследований по установленным формам первичной медицинской документации.

2.2. Врачи кабинетов и отделений, в которых проводится отбор биологического материала для цитологической диагностики злокачественных новообразований с диагностической целью, обеспечивают:

2.2.1. Отбор пунктатов из опухолей различных локализаций, транссудатов, экссудатов, секретов, соскобов; материала, полученного при эндоскопическом обследовании;

2.2.2. Оформление направления на цитологическое исследование, в том числе в системе ОДЛИ;

2.2.3. Формирование и маркировку посылок для отправки в цитологическую лабораторию МООД в кратчайшие сроки, но не позднее 3-х дней от даты отбора биоматериала;

2.2.4. Учет и регистрацию результатов цитологических исследований по установленным формам первичной медицинской документации.

2.3. Медицинские лабораторные техники ЦЦЛ МООД обеспечивают:

2.3.1. Проведение профилактических цитологических исследований с оформлением заключения и (или) диагноза;

2.3.2. Направление «подозрительных» на патологию исследований на просмотр врачу клинической лабораторной диагностики ЦЦЛ МООД;

2.3.3. Учет и регистрацию результатов цитологических исследований по установленным формам первичной медицинской документации, в том числе в системе ОДЛИ.

2.3.4. Передачу информации о выявленном злокачественном новообразовании в направившее цитологический препарат медицинское учреждение.

2.4. Врачи клинической лабораторной диагностики ЦЦЛ МООД обеспечивают:

2.4.1. Проведение профилактических цитологических исследований, «подозрительных» на злокачественные новообразования или фоновую патологию, диагностических цитологических исследований с оформлением заключения и (или) диагноза, в том числе в системе ОДЛИ;

2.4.2. Внедрение в практику современных методов цитологической диагностики злокачественных новообразований.

2.4.3. Составление годовых отчетов по утвержденным формам и подготовку аналитических выводов к ним.

3. Функции ЦЦЛ МООД

3.1. ЦЦЛ МООД осуществляет:

3.1.1. Цитологический скрининг рака шейки матки;

3.1.2. Цитологическую диагностику пункционного, аспирационного и эксфолиативного материала различных органов и тканей (молочная, щитовидная, предстательная железа, лимфатические узлы, мягкие ткани, кости, полость матки и цервикального канала, плевральная и асцитическая жидкости и т. д.); эндоскопического материала при бронхов; соскобов с кожи; исследовании желудка, кишечника,

3.1.3. Интраоперационную диагностику;

3.1.4. Иммуноцитохимические исследования;

3.1.5. Консультативные исследования материала, поступающего из лабораторий иных медицинских организаций;

3.1.6. Учет и регистрацию результатов цитологических исследований по установленным формам первичной медицинской документации, в том числе в системе ОДЛИ;

3.1.7. Формирование сводного отчета о цитологических исследованиях, проводимых в МООД и медицинских учреждениях области;

3.1.8. Оценку качества результатов цитологических исследований по внутрилабораторному контролю, а также направление запроса о проведении внешнего контроля качества.

3.1.9. Организационно-методическую работу для врачей и среднего медицинского персонала, в том числе в выездном формате в медицинские организации Мурманской области.

3.2. Сроки исполнения исследований в ЦЦЛ МООД зависят от цели исследования (в соответствии с маркировкой посылок из медицинских организаций):

3.2.1. «диспансеризация» («ДОГВН»), «диспансеризация репродуктивного здоровья» («ДРЗ») и «профилактика» (профилактические исследования в смотровом кабинете и в женской консультации вне рамок диспансеризации определенных групп взрослого населения и диспансеризации репродуктивного здоровья) - в кратчайшие сроки, но не позднее 3-х рабочих дней с момента поступления биоматериала в ЦЦЛ.

3.2.2. «патология шейки матки», «беременные» и «пациентки, направляемые на стационарное лечение», «диагностические» - сроки исполнения исследования в день поступления анализа или на следующий день.

3.2.3. посылки с пометкой «cito!» вскрываются и исследуются в первую очередь (цитоматериал пациенток, которым необходимо незамедлительное вмешательство). При срочных цитологических исследованиях анализы выполняются в течение 1 часа.

Штамп ЛПУ, выдавшего направление

Приложение № 1 к Порядку взаимодействия медицинских организаций при проведении цитологических исследований, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Мурманской области от 12.01.2026 № 3

Направление в цитологическую лабораторию _____

(наименование ЛПУ)

при гинекологическом осмотре ПЕРВИЧНОЕ, ПОВТОРНОЕ, ДОГВН
(подчеркнуть)

Без полного заполнения граф бланка анализа на исследование не принимаются

												Инобластной (отметить				в ячейке)					
1	Фамилия																				
2	Имя																				
3	Отчество																				
Заполняется печатными буквами																					
4	Дата рождения																				
												Полис									
д д м м г г г г												серия				номер					
5	Договор																				
												Срок действия полиса									
6	Место проживания																				
7	Место работы																				
8	Паспорт (свидетельство о рождении)	Серия				Номер															
9	Направившее ЛПУ	Код				Наименование ЛПУ															
10	Диагноз																				
11	Фамилия направившего врача																				
12	Дата последней менструации													13	Соскоб взят: шейка, канал, влагалище, полость матки, вульва (НПО) - подчеркнуть						
14	Клинический диагноз													15	Код по МКБ-10:						

Здорова, кольпит, трихомонадный кольпит, цервицит, эндоцервицит, эрозия, лейкоплакия, полипоз шеечного канала, подозрение на рак, другая патология (подчеркнуть)

Врач, направивший материал: _____ / _____ /

Подпись

расшифровка подписи

Дата: _____ 20__ г.

Для инобластных пациентов обязательно прилагать к данному направлению: копию паспорта с пропиской страхового медицинского полиса, копию свидетельства о рождении и копию одного из родителей (для детей до 15 лет).

Возвратная часть

линия отрыва

Результат цитологического исследования № _____
лаборатории _____

в _____
(наименование ЛПУ – получателя)

												Инобластной (отметить				в ячейке)			
	Ф. И.О. пациента																		
	Домашний адрес																		
	Фамилия направившего врача (акушерки)																		

Результат исследования на обороте

Результат цитологического исследования № _____
лаборатории _____

Ф.И.О. врача,
проводившего исследование: _____

Подпись

Расшифровка подписи

Код врача

Дата: _____ 20 ____ г.

Результат цитологического исследования № _____
лаборатории _____

Ф.И.О. врача,
проводившего исследование: _____

Подпись

Расшифровка подписи

Код врача

Дата: _____ 20 ____ г.

УТВЕРЖДЕН
 приказом Министерства
 здравоохранения
 Мурманской области
 от 12.04.2025 № 3

**Алгоритм формирования заключения с использованием классификации
 цервикальной цитологии Bethesda (The Bethesda System (TBS), 2014)**

№	Категория	Детали	Примечания	
1	Тип образца	Обычный (Папаниколау (Пап) тест), препарат на жидкой основе или другой	Отмечается тип теста.	
2	Качество образца	Удовлетворительное для проведения исследования	Описываются любые качественные показатели (например, присутствие/отсутствие компонентов эндоцервикса или зоны трансформации, частично скрытая кровь, воспаление).	
		Не подходит для оценки	отклонен и не обработан	Причина указана.
			обработан и оценивается	Причина указана.
3	Общая категоризация (опционально)	Отсутствие интраэпителиального поражения или злокачественного новообразования (NILM). Аномалия эпителиальных клеток (указать «плоскоклеточный» или «железистый» в зависимости от обстоятельств) Другое (например, клетки эндометрия у женщины старше 45 лет) ²	Результаты исследования изложены или интерпретированы ниже.	
4	Интерпретация незлокачественных патологических изменений ¹	Неопухольевые результаты (отчетность не является обязательной)	1. Неопухольевые клеточные вариации - плоскоклеточная метаплазия, - кератотические изменения, - трубная метаплазия, - атрофия - изменения, связанные с беременностью) 2. Реактивные клеточные изменения, связанные: - с воспалением (лимфоцитарный цервицит), - с облучением - с использованием внутриматочного устройства 3. Состояние железистых клеток после гистерэктомии	
		Возбудители	1. Trichomonas vaginalis 2. Грибы, морфологически сходные с видом Candida spp. 3. Изменения во влагалищной флоре, предполагающие бактериальный вагиноз 4. Бактерии, морфологически сходные с видами рода Actinomyces spp. 5. Клеточные изменения, указывающие на вирус простого герпеса 6. Клеточные изменения, связанные с цитомегаловирусом	

5	Интерпретация патологических изменений клеток эпителия	Сквамозные клетки	<p>1. Атипичные сквамозные клетки - неопределенной значимости (ASC-US) - наличие очага высокой степени злокачественности (HSIL) не исключено (ASC-H)</p> <p>2. Интраэпителиальный сквамозный очаг низкой степени злокачественности (LSIL), связанный с ВПЧ-инфекцией³ /слабой дисплазией/CIN 1</p> <p>3. Интраэпителиальный сквамозный очаг высокой степени злокачественности (HSIL), связанный с умеренной и тяжелой дисплазией, CIS; CIN2 и CIN3.</p> <p>- отмечается, есть ли в очагах признаки инвазии</p> <p>4. Плоскоклеточная карцинома</p>
		Железисто-клеточная карцинома	<p>1. Атипичные клетки: - эндоцервикальные (NOS или указать в комментарии) - эндометриальные (NOS или указать в комментарии) - железистые (NOS или указать в комментарии)</p> <p>2. Атипичные клетки: - эндоцервикальные, в пользу неопластического процесса (AGC) - железистые, в пользу неопластического процесса</p> <p>3. Эндоцервикальная аденокарцинома in situ: 4. Аденокарцинома: - эндоцервикальная - эндометриальная, - иное</p>
6	Интерпретация прочих патологических изменений	Клетки эндометрия (у женщин > 45) ²	Определяется наличие сквамозного интраэпителиального поражения.
7	Другие виды рака	-	Тип определен.

1 - Если нет клеточных признаков неоплазии, должен быть указан отрицательный результат на предмет внутриэпителиального поражения или злокачественности здесь или в общей категоризации.

2 - Необходимо сообщить об использовании автоматизированного устройства для сканирования, а также о дополнительных тестах (например, на ВПЧ) и их результатах.

3 - Клеточные изменения при ВПЧ-инфекции, называемые ранее: койлоцитоз, койлоцитозная атипия и кондиломатозная атипия — включены в категорию сквамозных интраэпителиальных опухолей с низким потенциалом злокачественности.

Сокращения:

CIN - цервикальная интраэпителиальная неоплазия;

CIS - карцинома in situ;

ВПЧ - вирус папилломы человека;

УТВЕРЖДЕН
 приказом Министерства
 здравоохранения
 Мурманской области
 от 12.01.2025 № 3

Отчет за _____ Год
 о проведении профилактических цитологических исследований
 (мазки с шейки матки и цервикального канала)
 в женских консультациях (ЖК) и смотровых кабинетах (СК)

(название медицинской организации)

№ п/п	Название структурного подразделения	Количество обследованных	Не выявлено патологии	Выявлена онкологически значимая патология						Фоновая патология				Не информативный материал		
				LSIL		HSIL		Подозрение на ЗНО	ЗНО	Воспал. процесс	Трих.	Бак. вагиноз	Гиперкератоз		Гиперплазия эпителия	
				ВПЧ	CIN I	CIN II	CIN III									CIS Cr in situ
1	Всего, в т.ч.:															
2	в СК															
2.1	из них по Папаниколау															
3	в ЖК															
3.1	из них по Папаниколау															

Подпись лица, ответственного за предоставление отчета _____

подпись

ФИО _____

Дата _____

Номер телефона _____