NILM	21-69 лет	Скрининг в соответствии с возрастом. При выявлении неопухолевых заболеваний лечение в соответствии с морфологическим (микробиологическим и др.) диагнозом
ASC-US	≥ 25 лет	Возможно: цитология через 1 год Предпочтительно HPV-тест : HPV-тест «-» => ко-тест через 3 года; HPV-тест «+» => РКС: АКК «+» => биопсия, АКК «-» => ко-тест через 1 год; Целесообразна сортировка с использованием маркера p16 ^{INK4a} - ИЦХ
	21-24 года	Цитология через 1 год, немедленная РКС не показана. В динамике ≥ASC-US или «+» HPV => РКС, +/- биопсия ШМ
	Женщины в постменопаузе	HPV-тест «-» => ко-тест через 3 года HPV-тест «+» => РКС, +/- биопсия ШМ, выскабливание ц/к
	Беременные	РКС можно отложить на послеродовый период (ч/з 6 недель после родов)
ASC-H	21-69 лет	Первично: РКС, +/- биопсия ШМ, +/- ЭЦК (при любых результатах теста на HPV) HPV-тест – целесообразно
LSIL	21-69 лет	HPV-тест «-» => ко-тест через 1 год => цитология «-» и HPV-тест «-» => ко-тест через 3 года HPV-тест «+» => РКС, +/- биопсия ШМ, +/- выскабливание ц/к. АКК, ЭЦК - «-» => ко-тест через 1 год Возраст 21-24 года => возможен менеджмент как при ASC-US
	Беременные	РКС=> при отсутствии признаков тяжелого повреждения – повтор обследования ч/з 6 недель после родов
	Женщины в постменопаузе	ВПЧ-тест + РКС (при любых результатах теста на HPV), +/- биопсия ШМ, выскабливание ц/к
HSIL	21-69 лет	РКС с биопсией ШМ (ЗТ I типа – LEEP, ЗТ II-III типа – LLETTS) HPV-тест – желательно, но не для сортировки. Деструкции очагов поражения недопустимы.
	Беременные	РКС, биопсия при подозрении на CIN III/CIS/инвазию (ТБ, ПЭЭ), выскабливание ц/к недопустимо
AGC/AIS	Кроме беременных	РКС + эндоцервикальный кюретаж/эндобрашинг независимо от результатов ВПЧ-теста. АБЭ женщинам старше 35 лет / моложе 35 лет, но имеет симптомы эндометриальной неоплазии (необъяснимые влагалищные кровотечения, подозрение на хроническую ановуляцию) / гистероскопия + РДВ слизистой ц/к и стенок полости матки. Конусовидная радиоволновая эксцизия

**Атипия железистых клеток,
возможно неоплазия
(AGC)**

Гистероскопия + РДВ

**Атипия цервикальных/
железистых клеток неясного
значения
(AGC-US)**

**РКС с конусовидной
радиоволновой эксцизией /
Гистероскопия + РДВ**

Цитология	Категории	Тактика
NILM	21-69 лет	Скрининг в соответствии с возрастом. При выявлении неопухолевых заболеваний лечение в соответствии с морфологическим (микробиологическим и др.) диагнозом
ASC-US	≥ 25 лет	Возможно: цитология через 1 год Предпочтительно HPV-тест : HPV-тест «-» => ко-тест через 3 года; HPV-тест «+» => РКС: АКК «+» => биопсия, АКК «-» => ко-тест через 1 год; Целесообразна сортировка с использованием маркера p16 ^{INK4a} - ИЦХ
	21-24 года	Цитология через 1 год, немедленная РКС не показана. В динамике ≥ASC-US или «+» HPV => РКС, +/- биопсия ШМ
	Женщины в постменопаузе	HPV-тест «-» => ко-тест через 3 года HPV-тест «+» => РКС, +/- биопсия ШМ, выскабливание ц/к
	Беременные	РКС можно отложить на послеродовой период (ч/з 6 недель после родов)
ASC-H	21-69 лет	Первично: РКС, +/- биопсия ШМ, +/- ЭЦК (при любых результатах теста на HPV) HPV-тест – целесообразно
LSIL	21-69 лет	HPV-тест «-» => ко-тест через 1 год =>цитология «-» и HPV-тест «-» => ко-тест через 3 года HPV-тест «+» => РКС, +/- биопсия ШМ, +/- выскабливание ц/к. АКК, ЭЦК - «-» => ко-тест через 1 год Возраст 21-24 года => возможен менеджмент как при ASC-US
	Беременные	РКС=> при отсутствии признаков тяжелого повреждения – повтор обследования ч/з 6 недель после родов
	Женщины в постменопаузе	ВПЧ-тест + РКС (при любых результатах теста на HPV), +/- биопсия ШМ, выскабливание ц/к
HSIL	21-69 лет	РКС с биопсией ШМ (ЗТ I типа – LEEP, ЗТ II-III типа – LLETTS) HPV-тест – желательно, но не для сортировки. Деструкции очагов поражения недопустимы.
	Беременные	РКС, биопсия при подозрении на CIN III/CIS/инвазию (ТБ, ПЭЭ), выскабливание ц/к недопустимо
AGC/AIS	Кроме беременных	РКС + эндоцервикальный кюретаж/эндобрашинг независимо от результатов ВПЧ-теста. АБЭ женщинам старше 35 лет / моложе 35 лет, но имеет симптомы эндометриальной неоплазии ³ (необъяснимые влагалишные кровотечения, подозрение на хроническую ановуляцию) /

**Атипия железистых клеток,
возможно неоплазия
(AGC)**

Гистероскопия + РДВ

Атипия цервикальных/
железистых клеток неясного
значения
(AGC-US)

РКС с конусовидной
радиоволновой эксцизией /
Гистероскопия + РДВ

Тактика врача при CIN в материале биопсии ШМ

- CIN I – *индивидуальная тактика*

активное наблюдение
предпочтительная
тактика ведения

активное лечение
деструкция/эксцизия

- CIN II – **активное лечение:** деструкция/эксцизия
(*особые категории – молодые женщины до 25 лет, беременные*)
- CIN III – **активное лечение** (консультация онколога)
(*особые категории – беременные женщины*)

Методы деструкции/эксцизии: радиоволновая, лазерная, электрическая, криотерапия, ножевая конизация

1. Шейка матки, влагалище, вульва. Руководство для практикующих врачей. Под редакцией С.И.Роговской, Е.В.Липовой. – М.:Издательство журнала Status Praesens, 2017. – 832 с.

2. Практическая кольпоскопия. С.И.Роговская. 2016г

3. Гинекология. Национальное руководство. 2017г

4. Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки с позиции профилактики рака. Клинические рекомендации (протоколы диагностики и ведения больных). 02.11.2017г

Аблация

- Нет данных за CIN II-III/CIS, подозрение на инвазию
- ЗТ I типа
- Нет данных за поражение эндоцервикса
- Ранее не проводилось хирургическое лечение
- Нет расхождений м/у цитологией, гистологией, РКС

Эксцизия

LEEP/ LLETZ/ЭХВЧ-конизация

- CIN II-III/CIS по данным цитологии/гистологии
- Неоднократно патологическая цитология при ЗТ II- III типа
- Поражение эндоцервикса
- Несоответствие результатов цитологии, гистологии, РКС
- Подозрение на микроинвазию
- Рецидив CIN