

Обновлённые рекомендации консенсуса по ведению пациентов с интраэпителиальными ВПЧ-ассоциированными изменениями, выявленными в ходе скрининга на рак шейки матки.



The society for lower genital tract disorders since 1964.

Algorithms

Updated Consensus Guidelines for
Managing Abnormal Cervical Cancer
Screening Tests and Cancer Precursors

American Society for Colposcopy and Cervical Pathology

Reprinted – August 2014

Acknowledgments

These guidelines were developed with funding from the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP). The contents are solely the responsibility of the authors and the ASCCP.

L. Stewart Massad, M.D., Washington University School of Medicine, St. Louis, MO; Mark H. Einstein, M.D., Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY; Warner K. Huh, M.D., University of Alabama School of Medicine, Birmingham, AL; Hormuzd A. Katki, Ph.D., Division of Cancer Epidemiology and Genetics, National Cancer Institute, Bethesda, MD; Walter K. Kinney, M.D., The Permanente Medical Group, Sacramento, CA; Mark Schiffman, M.D., Diane Solomon, M.D., Division of Cancer Prevention, National Cancer Institute, Bethesda, MD; Nicolas Wentzensen, M.D., Division of Cancer Epidemiology and Genetics, National Cancer Institute, Bethesda, MD; Herschel W. Lawson, M.D., Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, on behalf of the 2012 ASCCP Consensus Guidelines Conference

All copyright permission requests should be sent to the ASCCP National Office, 1530 Tilco Dr., Ste. C, Frederick, MD 21704

Содержание

Введение	3
Неудовлетворительное качество препарата.....	4
NILM, нет зоны трансформации.....	5
Результат котестирования	
NILM/HPV+ у женщин в возрасте >=30 лет	6
Ведение пациенток в возрасте 21-24 года с ASC-US или LSIL	7
ASC-US	8
LSIL	9
Ведение беременных женщин с LSIL	10
ASC-H	11
Ведение пациенток в возрасте 21-24 года с цитологическими заключениями ASC-H и HSIL	12
Ведение пациенток с HSIL.....	13
Ведение пациенток с AGC	14,15
Ведение пациенток с заключениями биопсии « нет интраэпителиальных неоплазий » и « CIN I », которая следовала после цитологических диагнозов ASC-US или LSIL , а также обнаружения HPV 16 и/или HPV 18 и персистирующего HPV	16
Ведение пациенток с заключениями биопсии « нет интраэпителиальных неоплазий » или « CIN I », проведенной по результатам цитологического диагноза ASC-H HSIL	17
Ведение пациенток в возрасте 21-24 года с заключением биопсии « нет интраэпителиальной неоплазии » или « CIN I ».....	18
Ведение пациенток с подтверждённым гистологическим заключением «CIN 2,3»	19
Ведение пациенток в возрасте 21-24 года с подтверждённой на биопсии « CIN 2,3 »	20
Ведение пациенток с диагнозом аденокарцинома in situ (AIS) , установленным в ходе диагностической эксцизии.....	21
Ведение пациентов после гистопатологических заключений, составленных по терминологии LAST (плоскоклеточная терминология нижнего аногенитального тракта).....	22

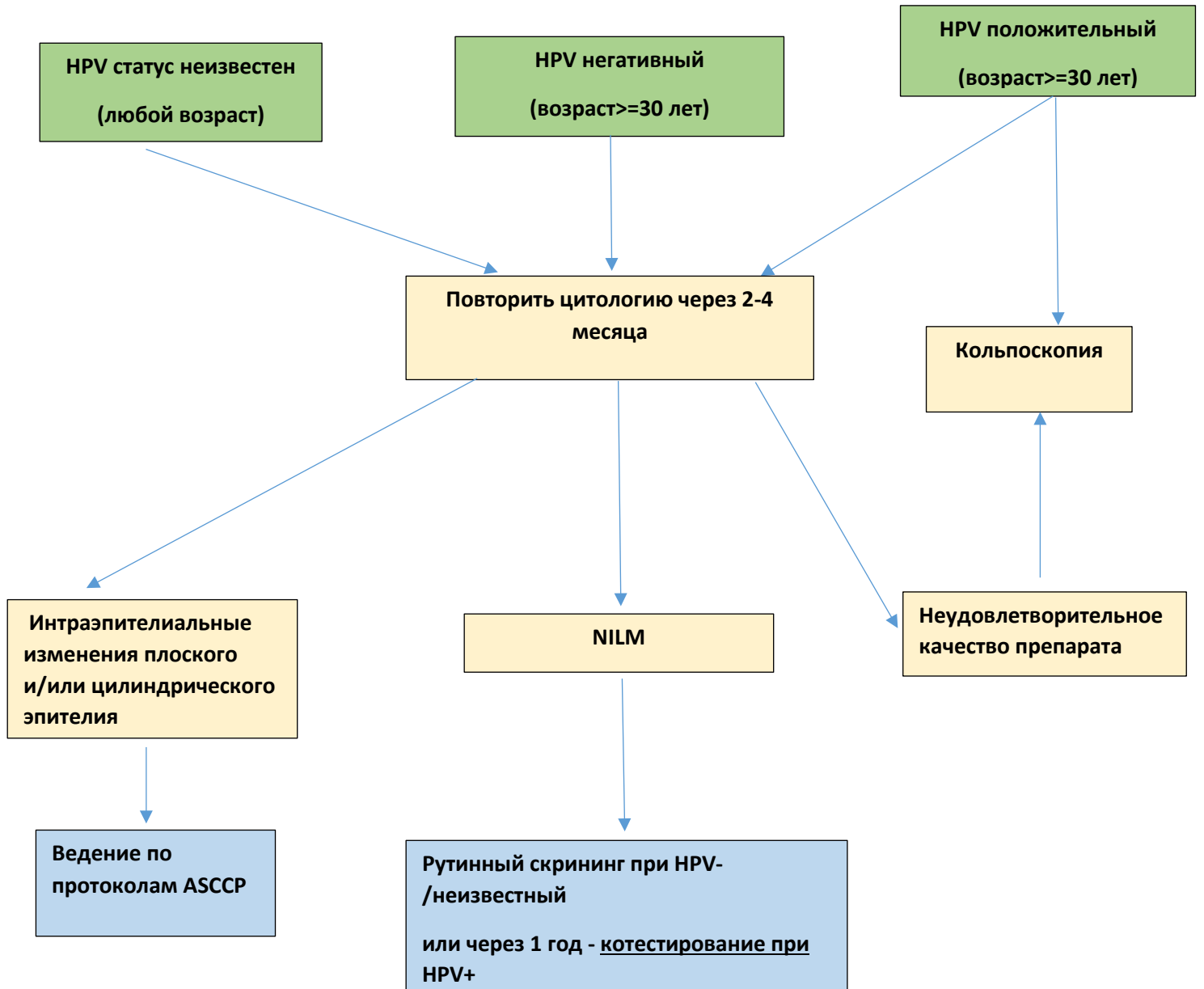
ASCCP 2012

Алгоритмы ведения пациенток по результатам цервикального скрининга.

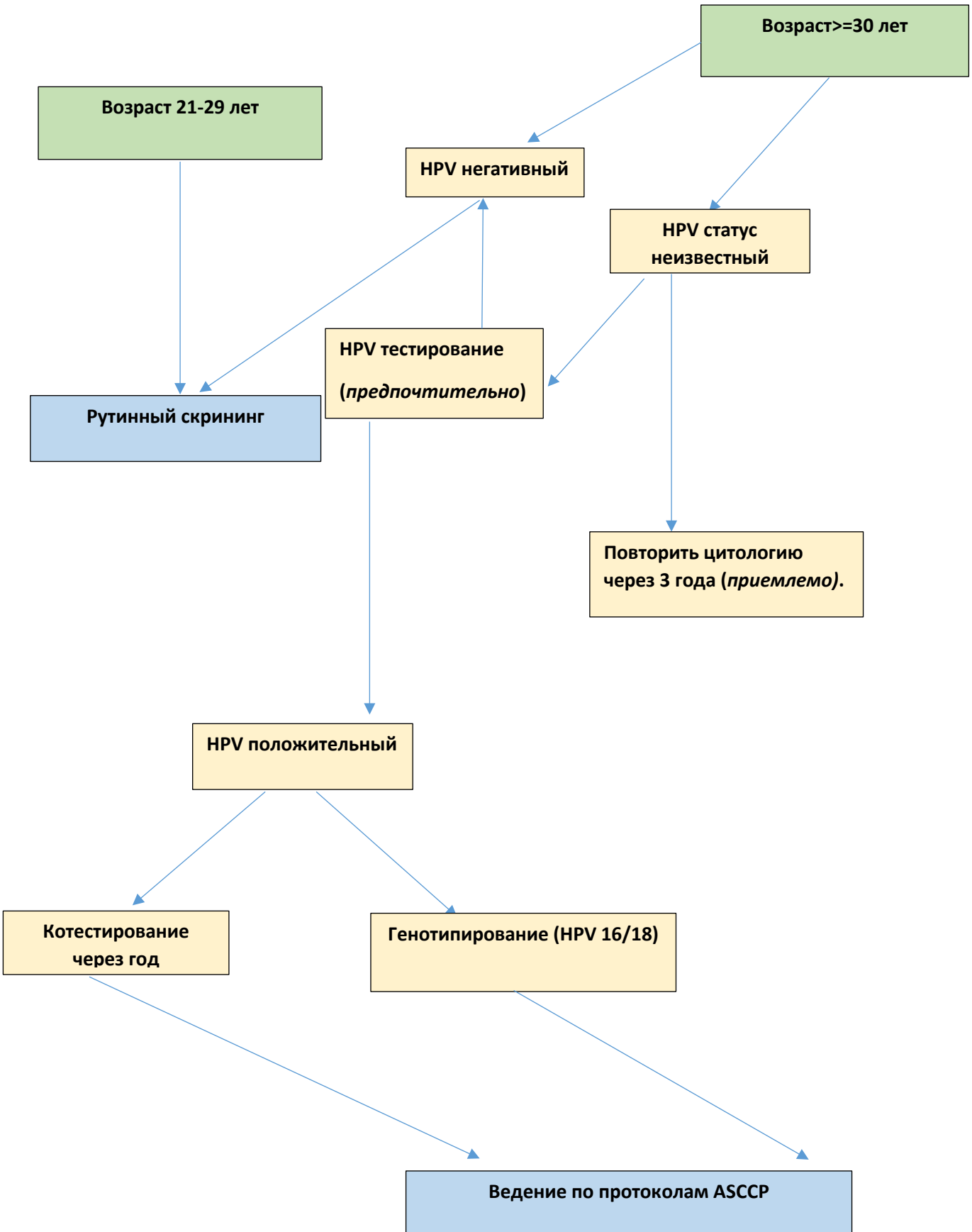
Разработанные Американской Ассоциацией Кольпоскопии и Цервикальной Патологии (ASCCP) алгоритмы ведения пациенток по результатам цервикального скрининга, как на момент своего первого издания в 2002 году, так и в последующих редакциях, базируются на следующих принципах:

- Доказательной медицины с высоким уровнем доказательности;
- Индивидуального клинического подхода в каждой конкретной ситуации;
- Использования терминологической системы Бетезда при описании ВПЧ-ассоциированных интраэпителиальных поражений нижнего аногенитального тракта;
- Двухуровневой системы отчётности цитологического описания эффектов ВПЧ инфекции, низкой (LSIL) и высокой (HSIL) степени злокачественности, в полном соответствии с патогенезом вирус эпителиальных взаимодействий;
- Использования двухуровневой гистопатологической классификации для стратегии ведения предраковых состояний шейки матки, соответственно CIN 1 и CIN2,3. При использовании гистологической классификации LAST 2012 года, принимают во внимание, что CIN 1 является эквивалентом гистопатологического заключения LSIL, а CIN 2,3 – HSIL;
- Проведения HPV-тестирования исключительно на штаммы высокого онкогенного риска и с использованием методов ДНК диагностики, одобренных FDA.

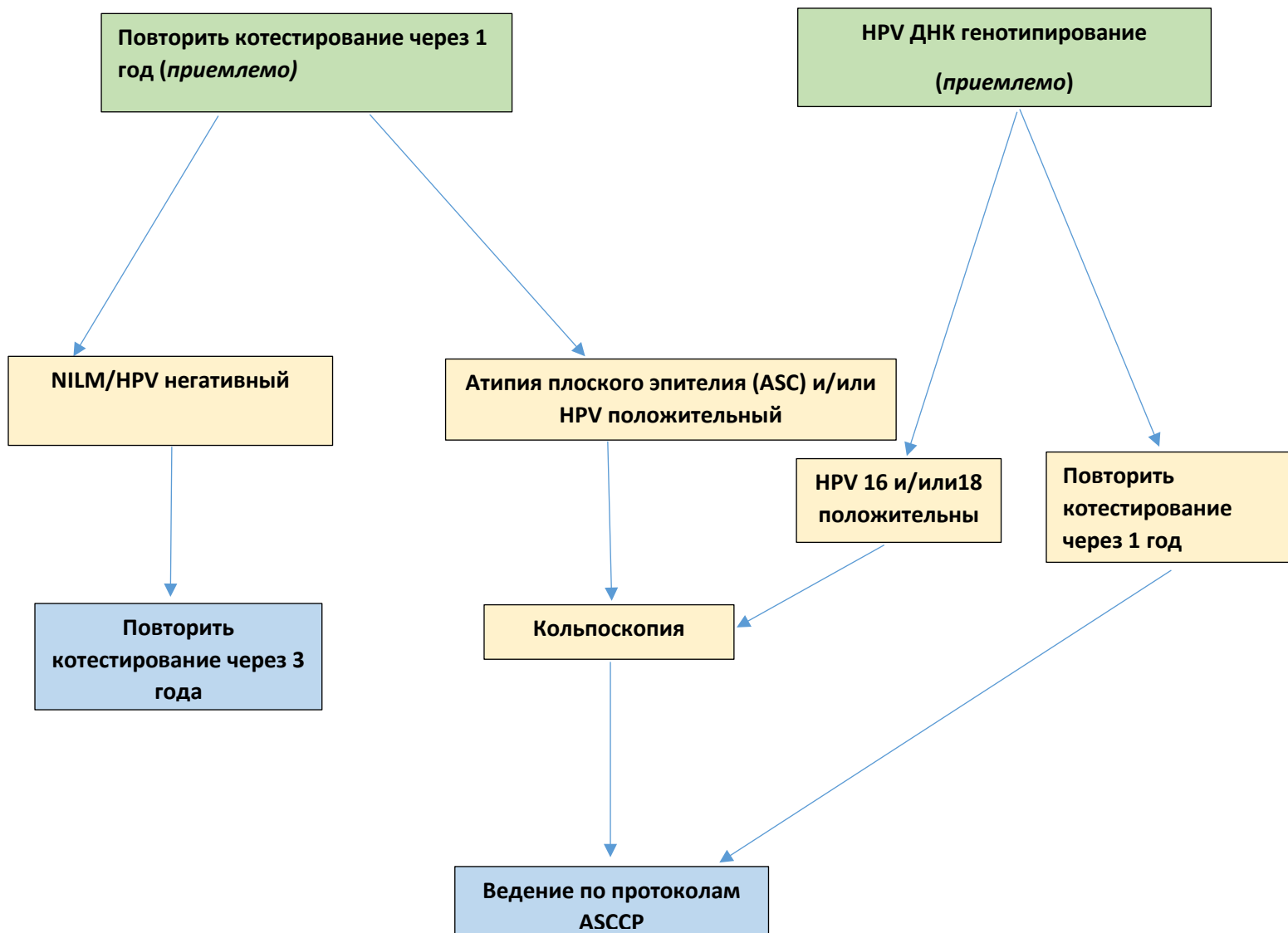
Неудовлетворительное качество препарата



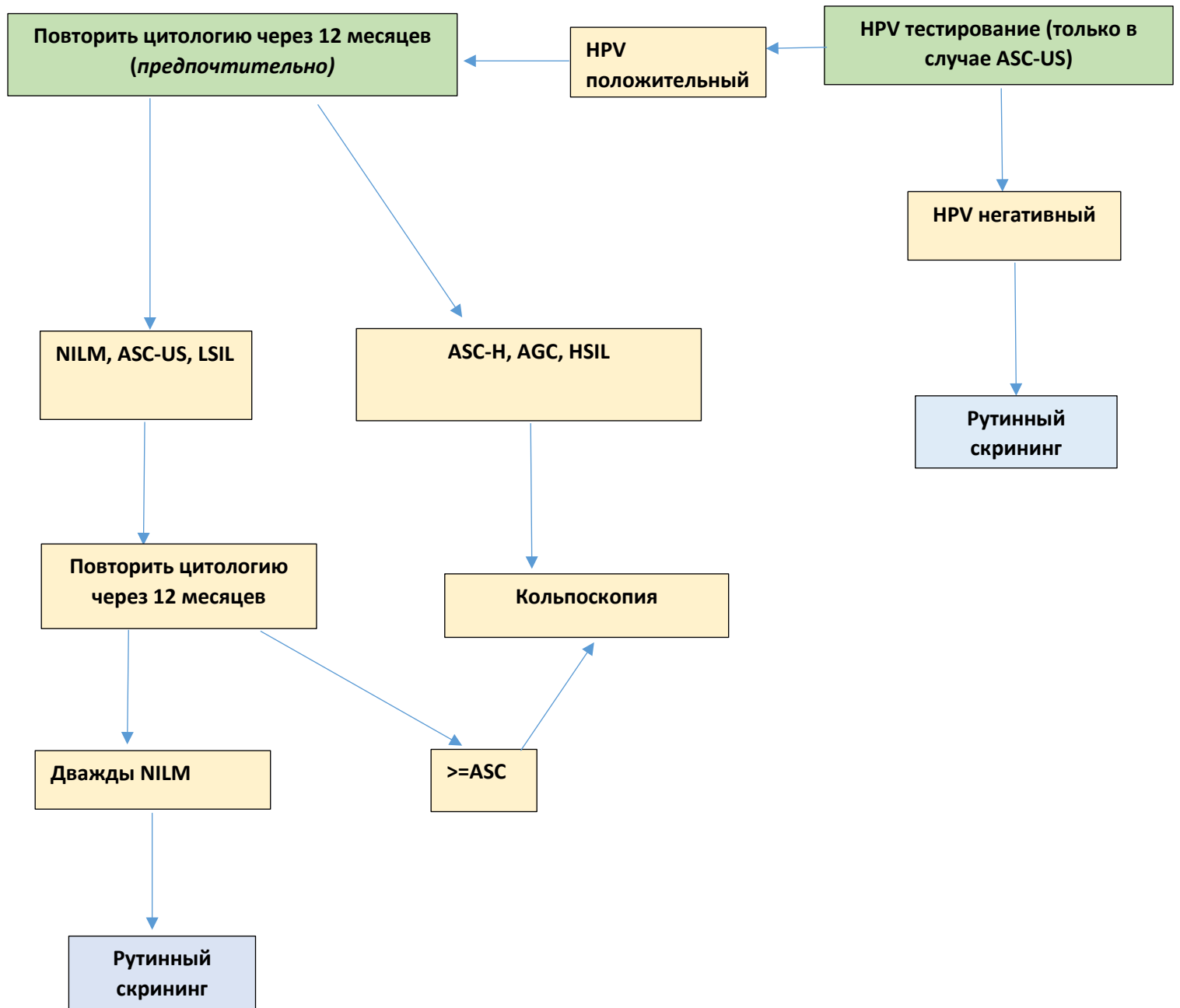
NILM, нет зоны трансформации



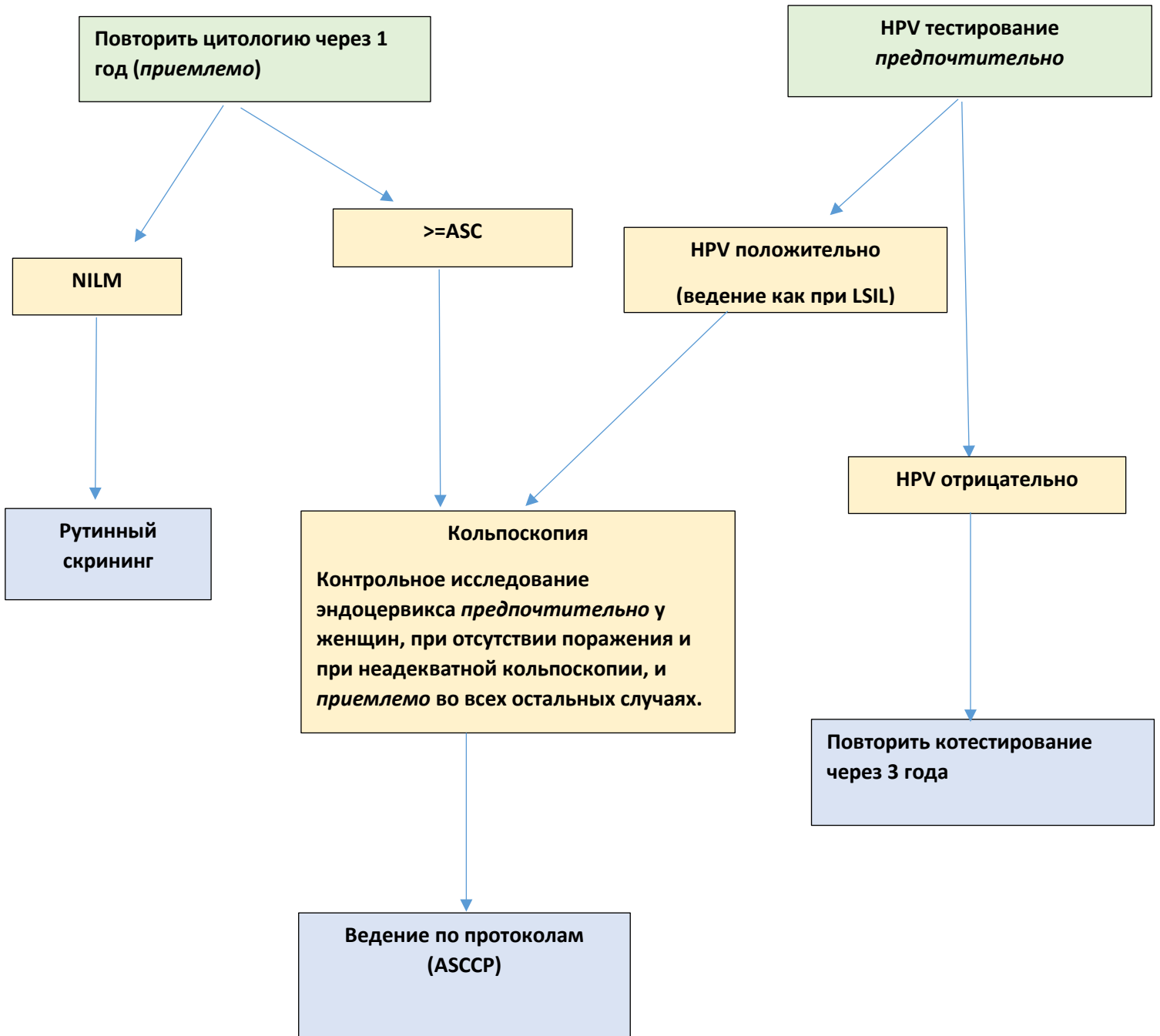
Результат котестирования NILM/HPV+ у женщин в возрасте ≥ 30 лет



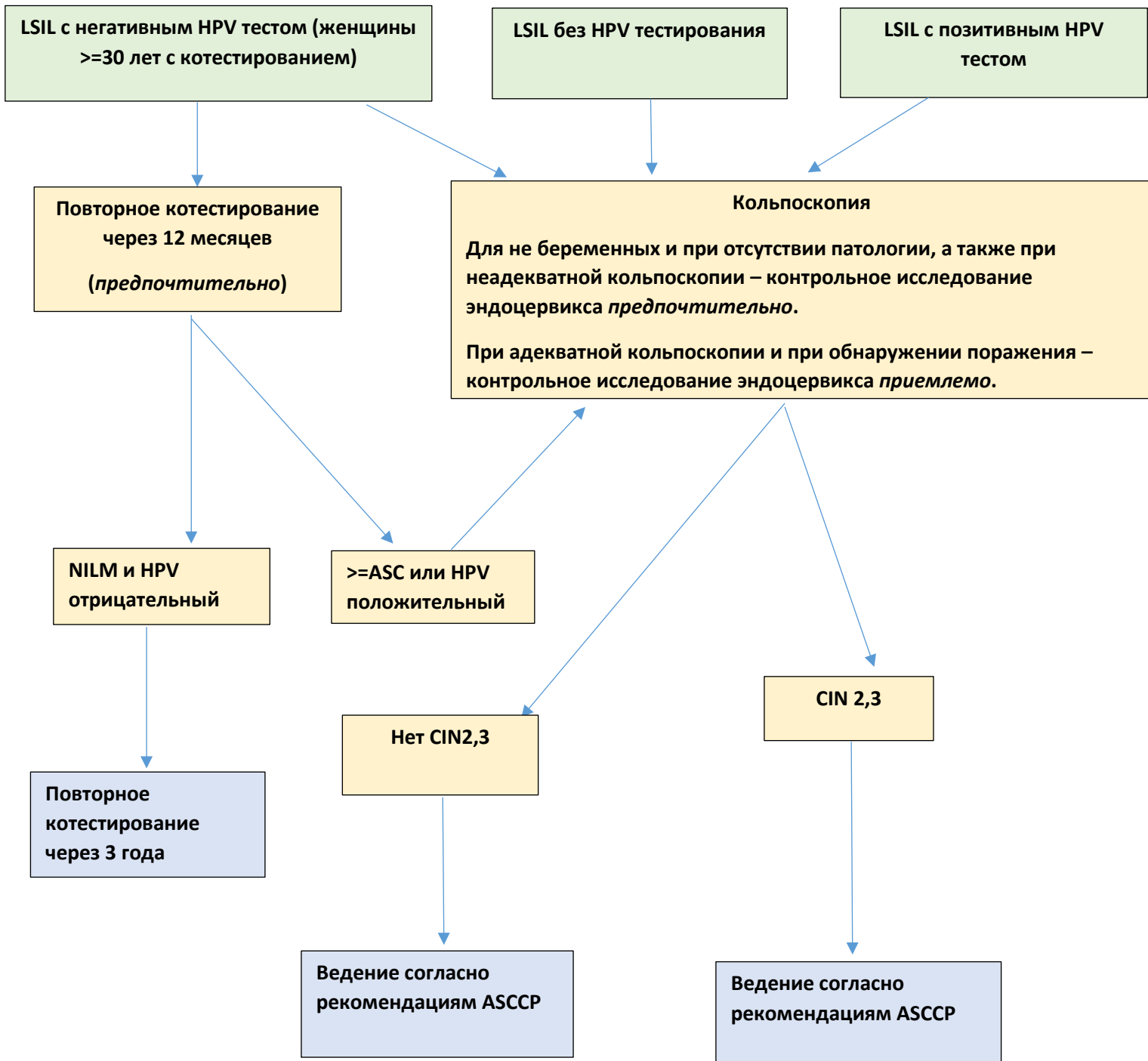
Ведение пациенток в возрасте 21-24 года с ASC-US или LSIL



ASC-US



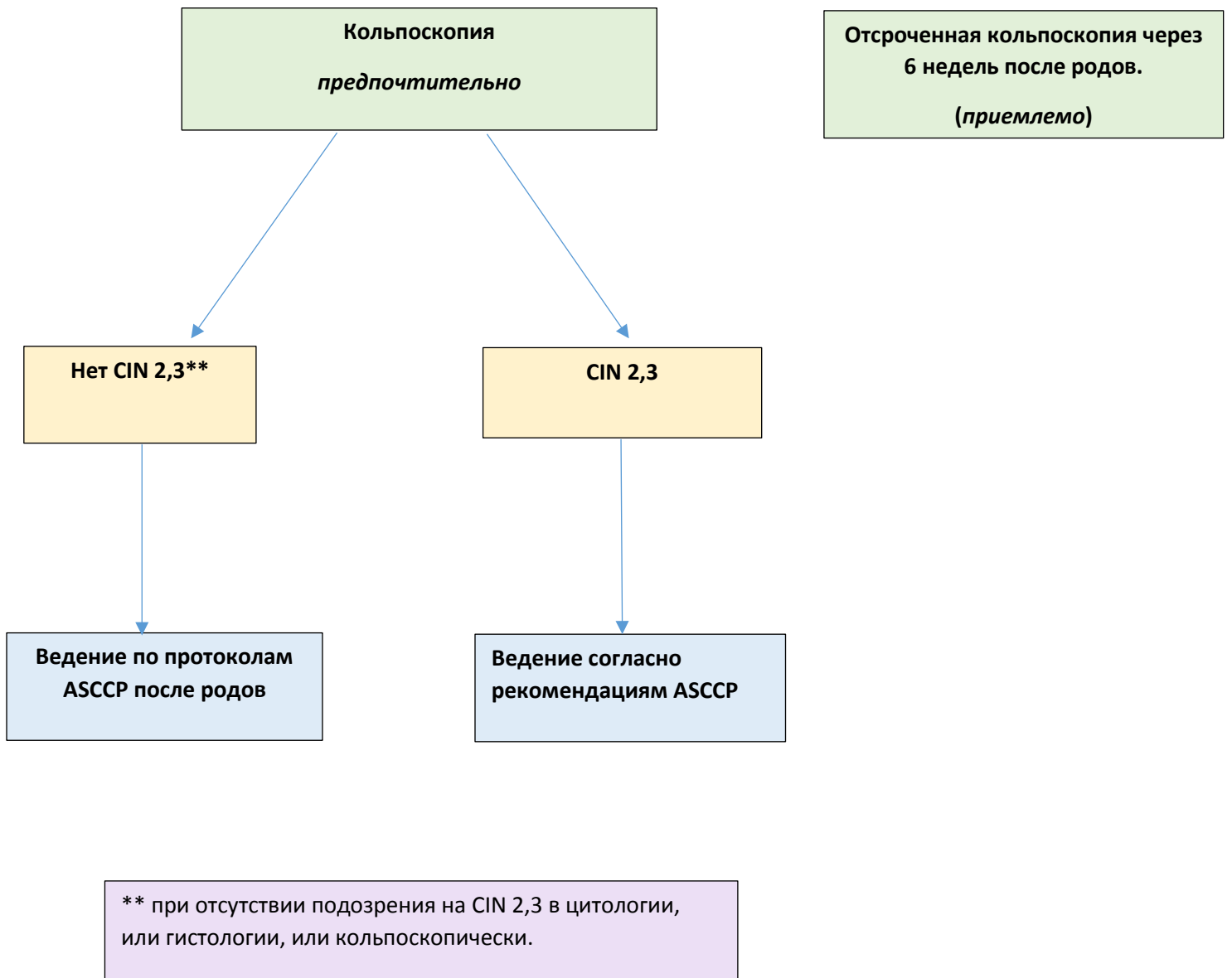
Ведение пациенток с LSIL (*^)



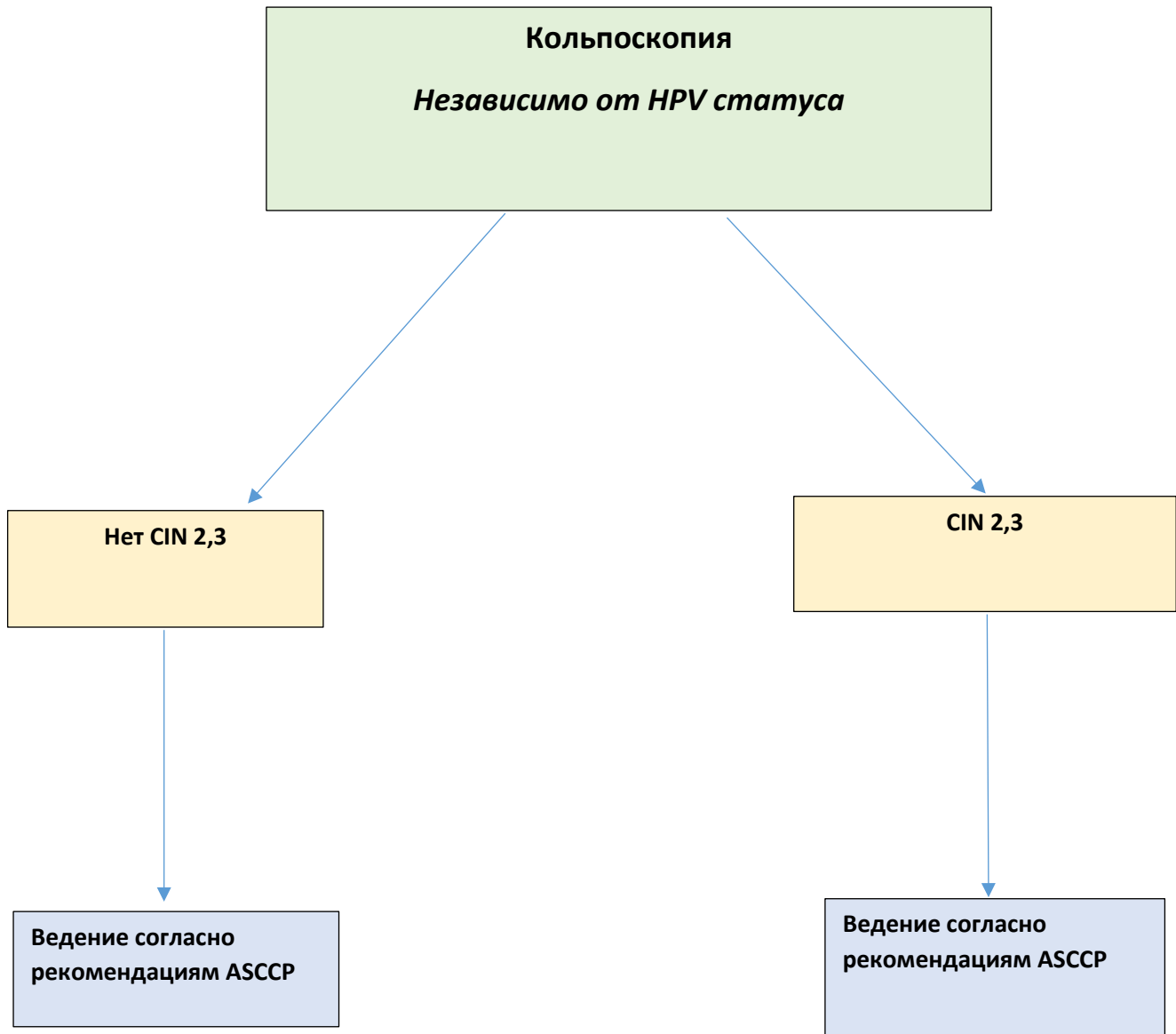
* Стратегия ведения пациенток различна при беременности и для женщин в возрасте от 21 года до 24 лет.

^ Ведение женщин в возрасте от 25 до 29 лет, такое же, как при LSIL с отрицательным HPV тестом.

Ведение беременных женщин с LSIL

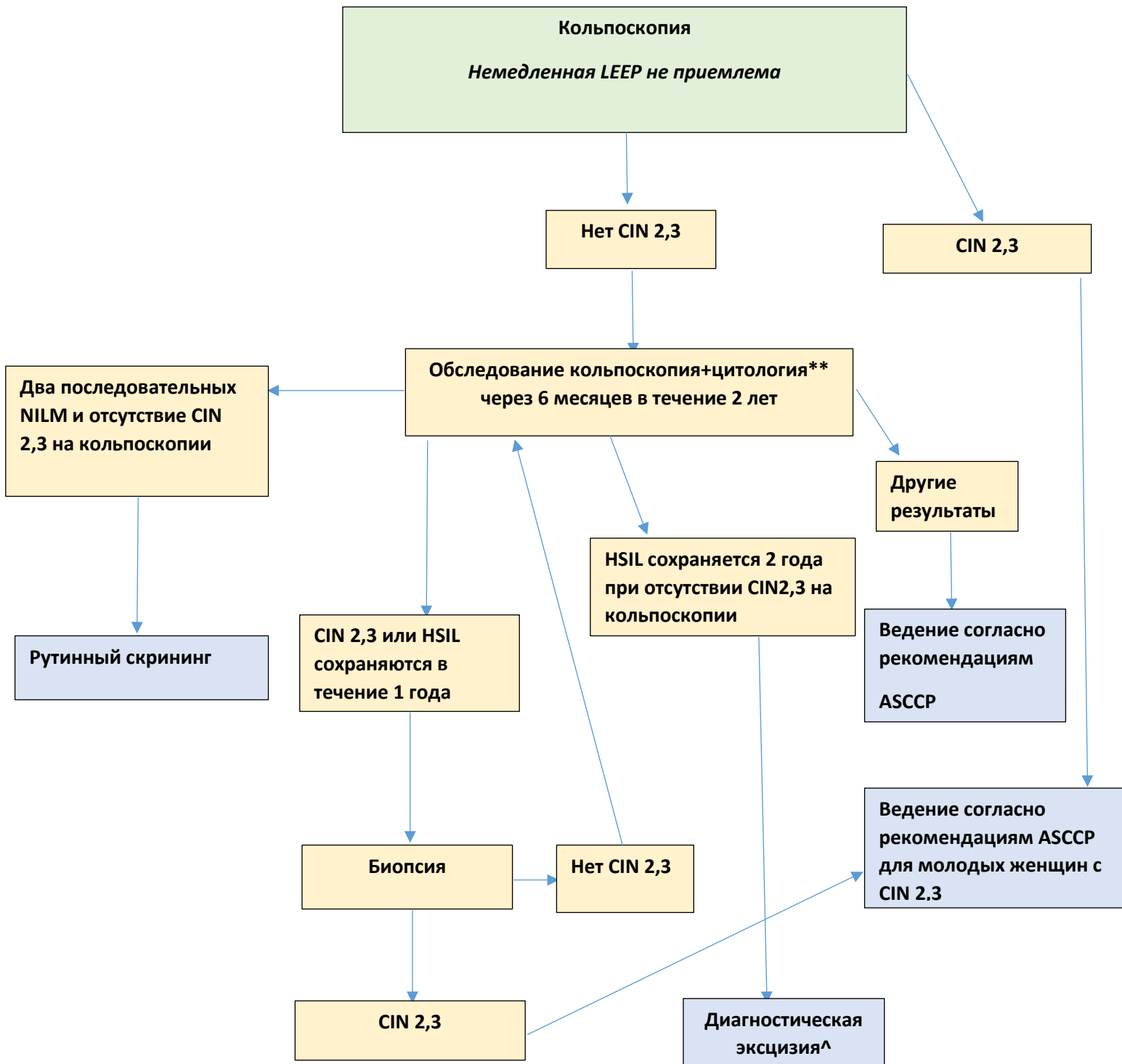


ASC-H**



**** Стратегия ведения пациенток может варьировать для женщин в возрасте от 21 года до 24 лет.**

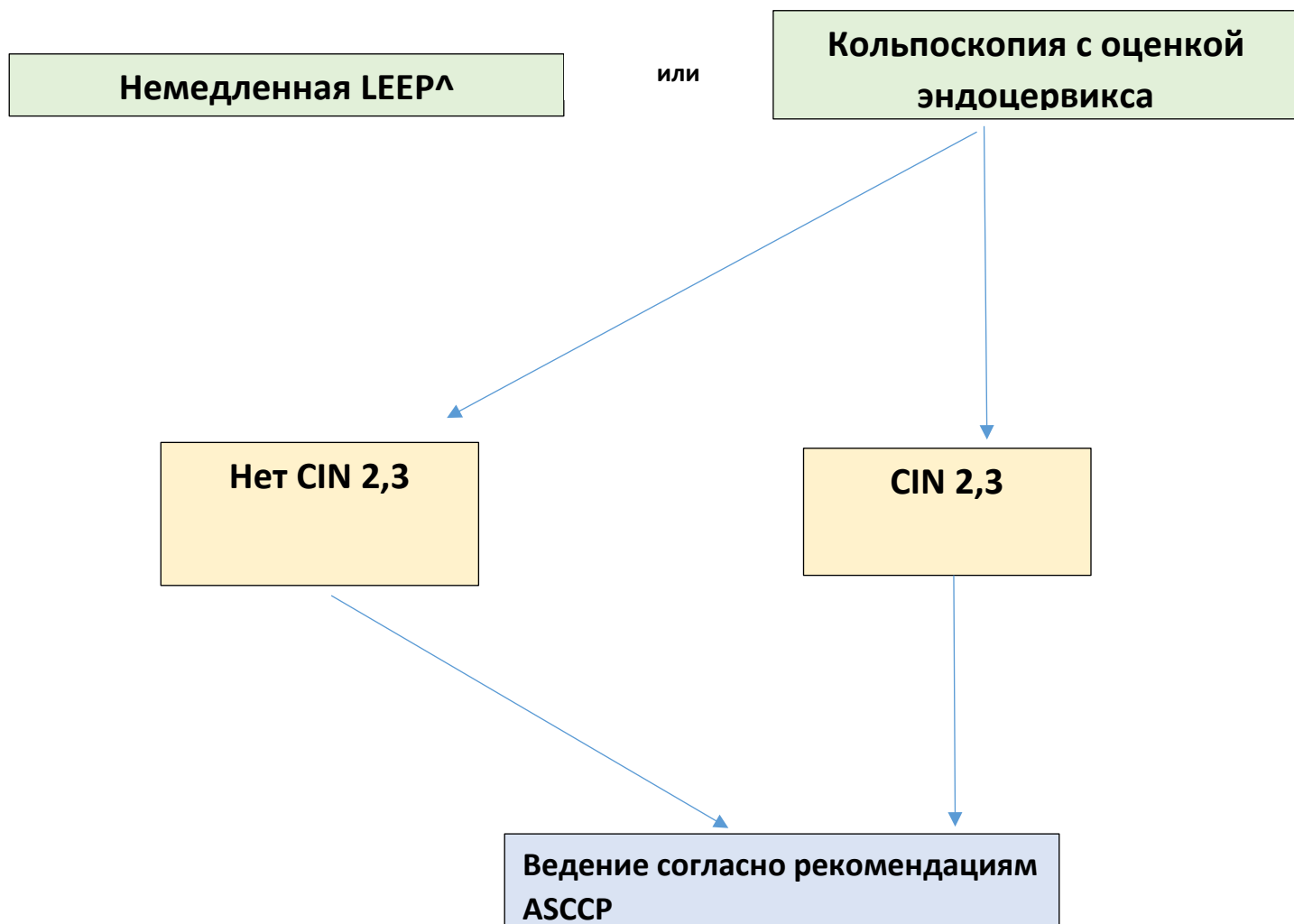
Ведение пациенток в возрасте 21-24 года с цитологическими заключениями ASC-H, HSIL.



** Если кольпоскопия адекватна и контрольное исследование эндоцервикса негативно. В противном случае показана диагностическая эксцизия.

^ Не проводят, если женщина беременна.

Ведение пациенток с HSIL **



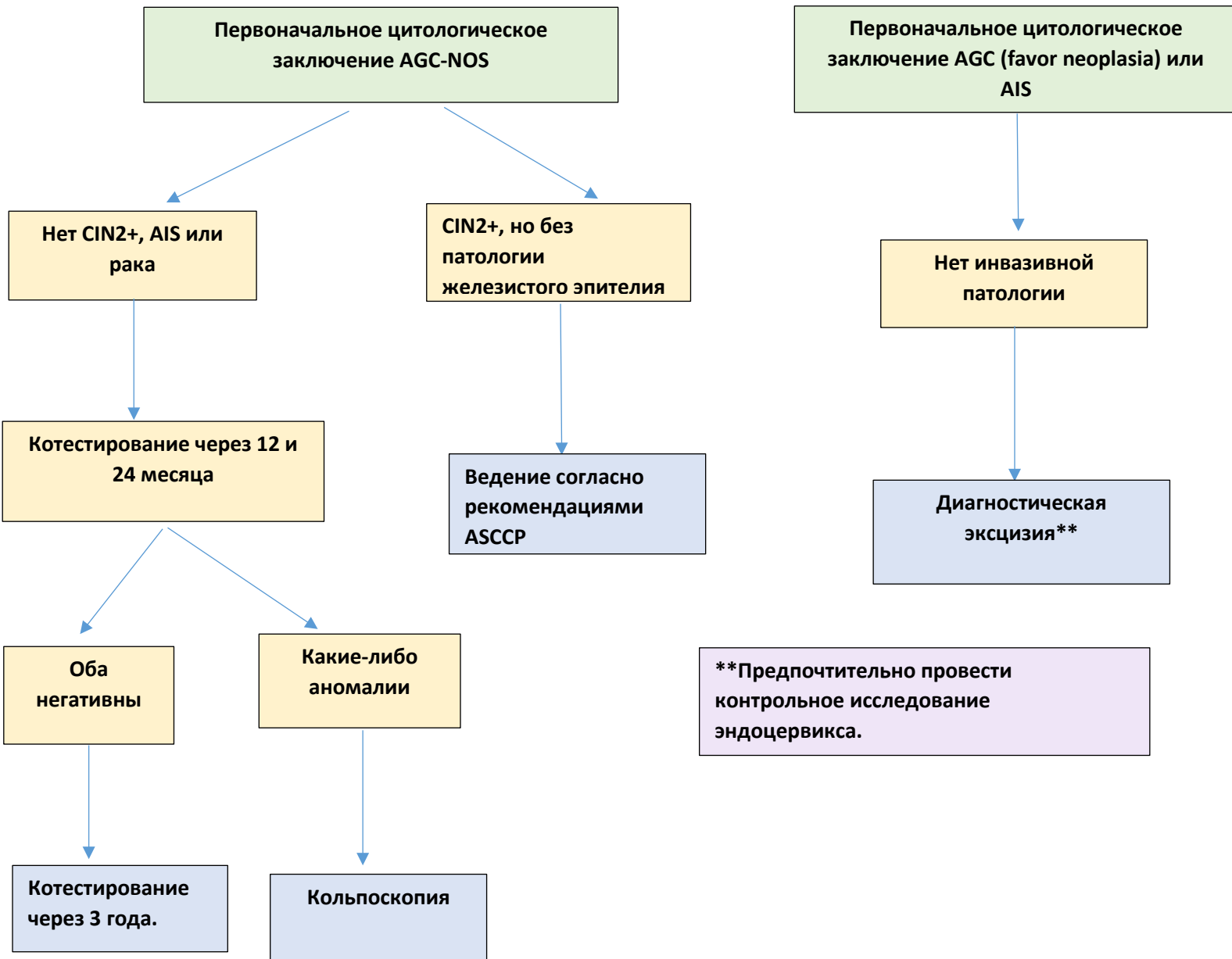
** Стратегия ведения пациенток варьирует у беременных, у женщин в постменопаузе и в возрасте 21-24 года.

^ Не проводят у беременных и женщин в возрасте 21-24 года.

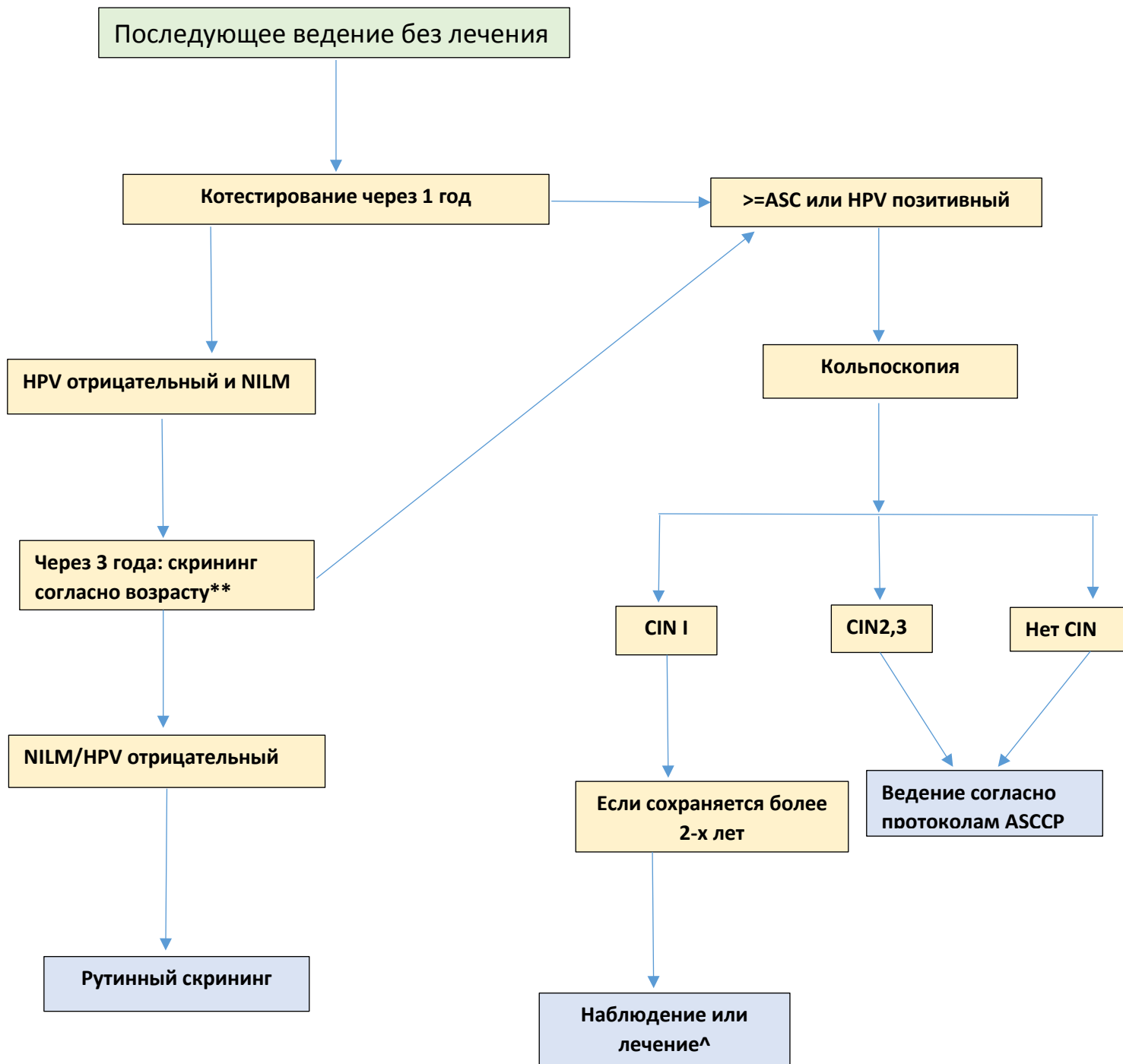
I. Ведение пациенток с AGC



II. Ведение пациенток с AGC



Ведение пациенток с заключениями биопсии «нет интраэпителиальных неоплазий» и «CIN I», которая следовала после цитологических диагнозов ASC-US или LSIL, а также обнаружения HPV 16 и/или HPV 18 и персистирующего HPV *.



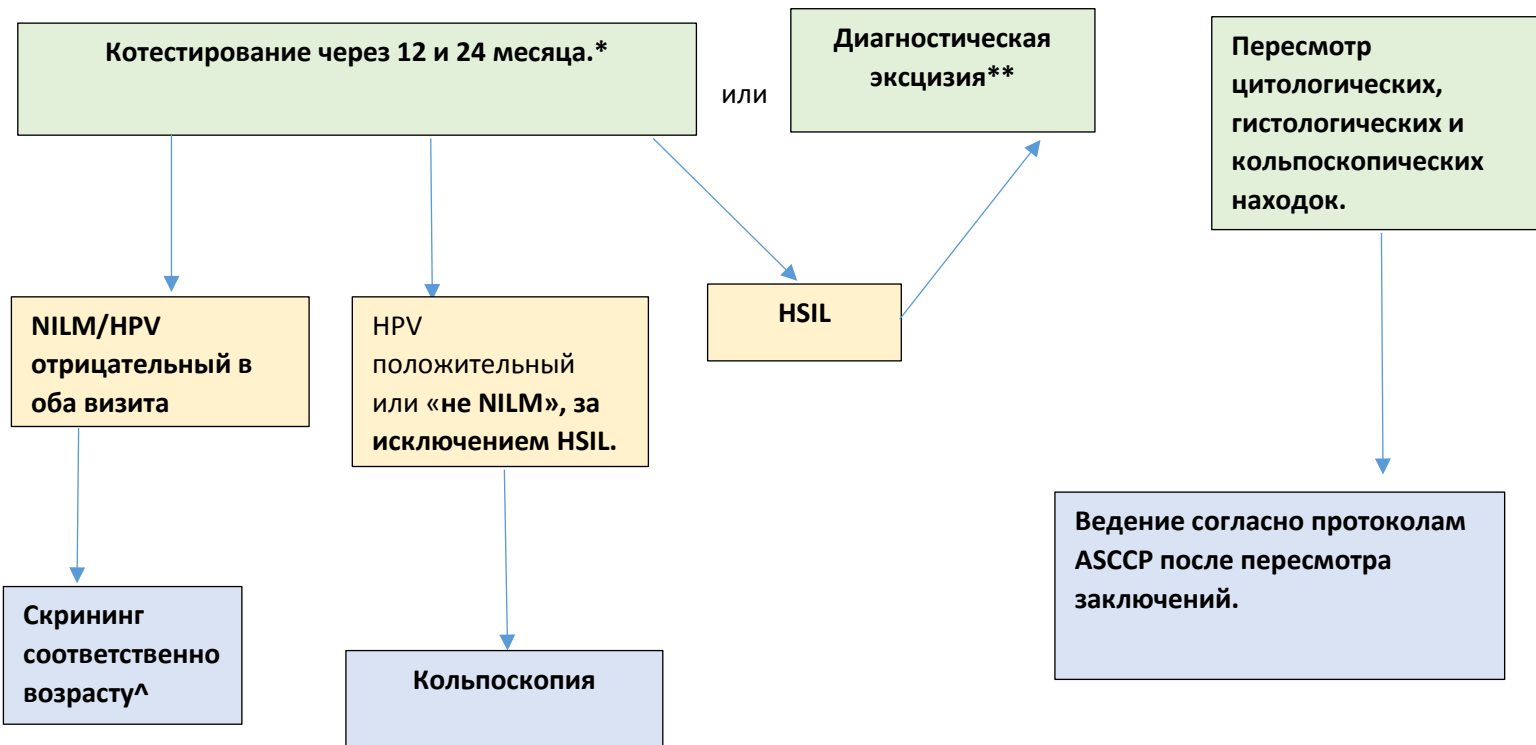
^ Абляция либо эксцизия. Предпочтительна эксцизия в следующих случаях:

- если кольпоскопия неадекватна;
- если ранее было проведено лечение;
- если позитивный эндоцервикальный кюретаж.

** Цитология, если пациентка моложе 30 лет, котестирование, если ≥ 30 лет;

*тактика ведения варьирует, если женщина беременна, и в возрастной группе 21-24 года.

Ведение пациенток с заключениями биопсии «нет интраэпителиальных неоплазий» или «CIN I», проведенной по результатам цитологического диагноза ASC-H или HSIL.

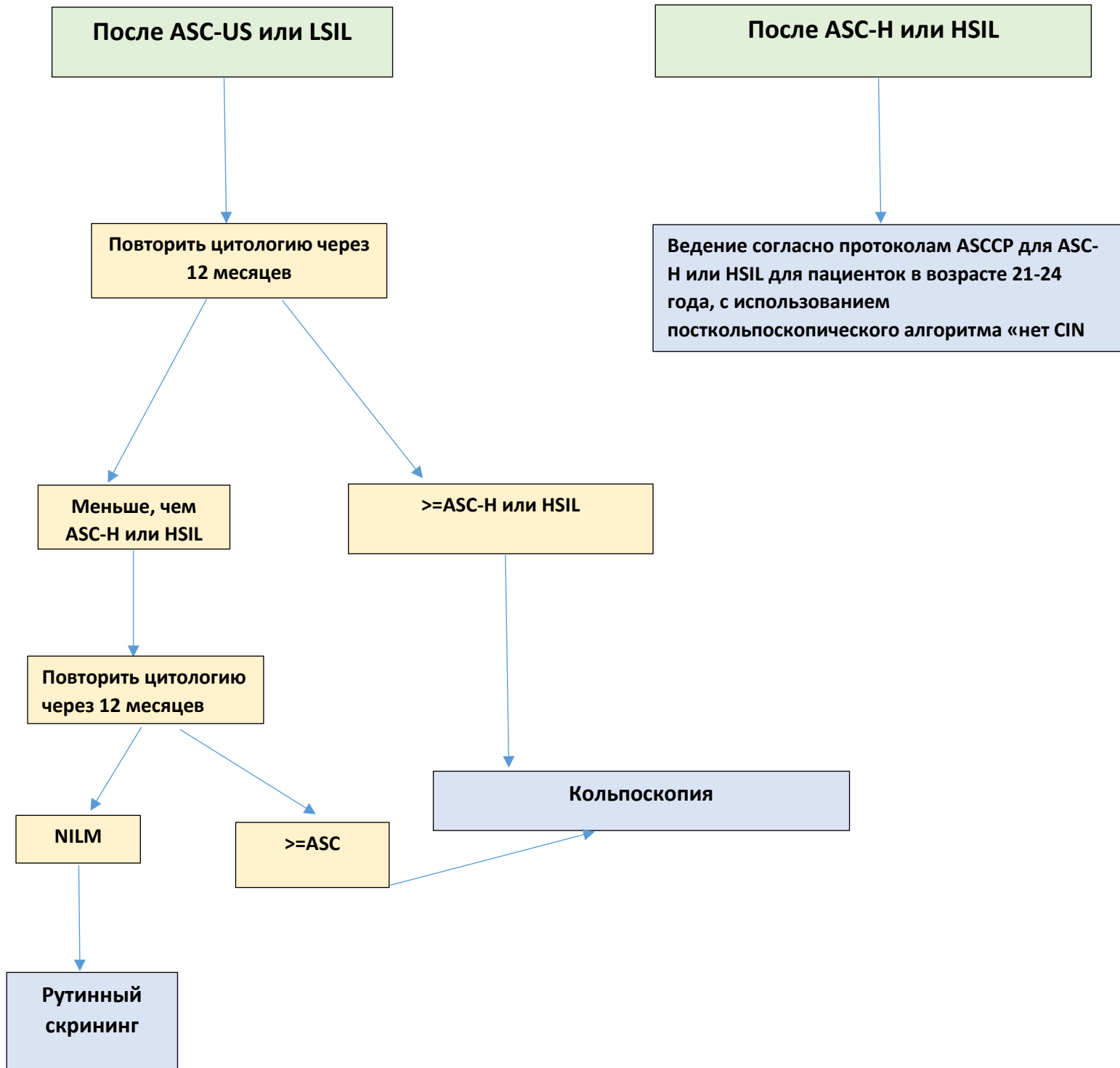


*при адекватной кольпоскопии и негативном исследовании эндоцервикса;

^цитология в возрастной группе до 30 лет и котестирование в возрасте ≥ 30 лет;

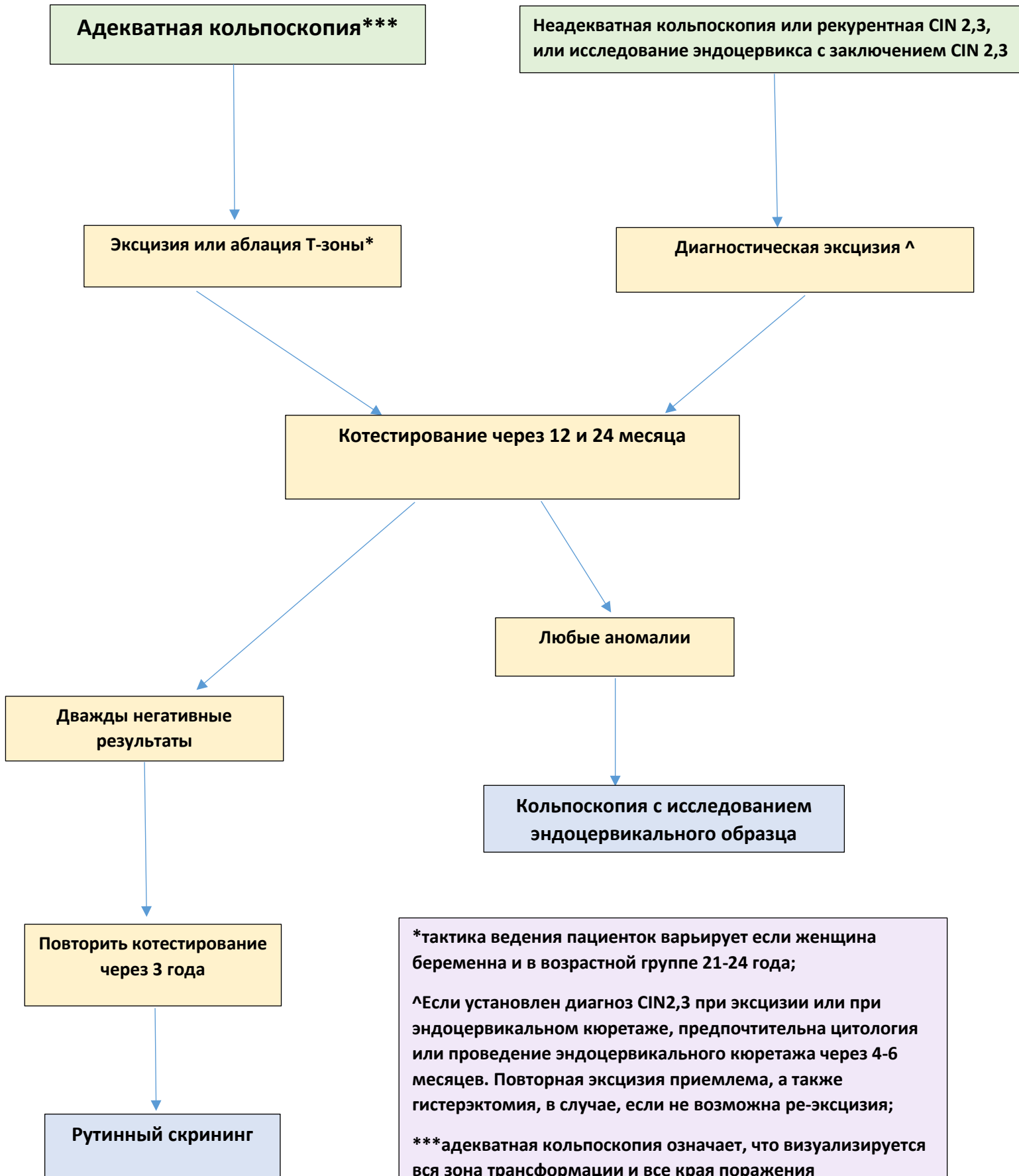
**за исключением беременных женщин и возрастной группы 21-24 года.

Ведение пациенток в возрасте 21-24 года с заключением биопсии «нет интраэпителиальной неоплазии» или «CIN I».



Ведение пациенток с подтверждённым гистологическим заключением

«CIN 2,3»*

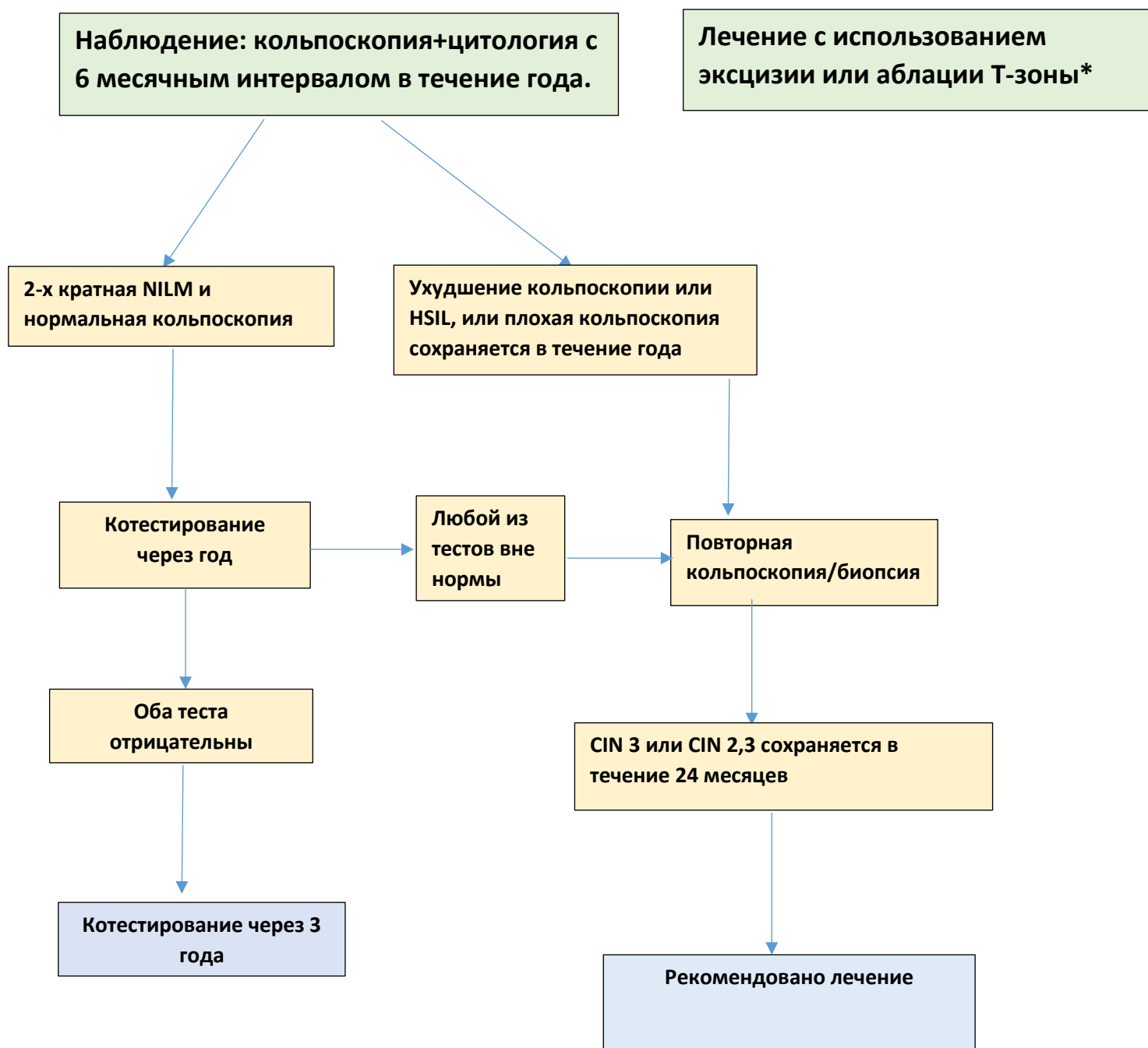


*тактика ведения пациенток варьирует если женщина беременна и в возрастной группе 21-24 года;

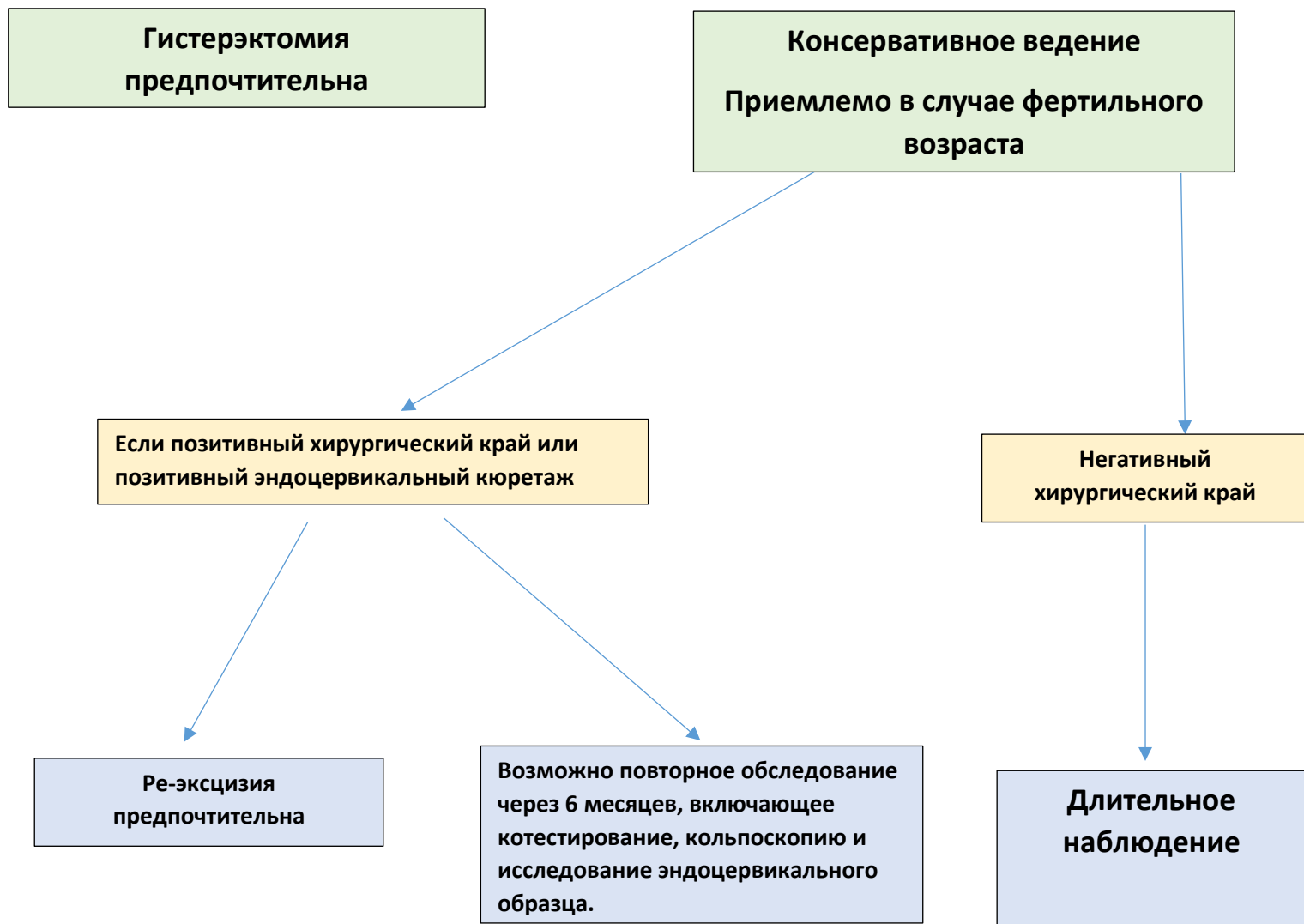
^Если установлен диагноз CIN2,3 при эксцизии или при эндоцервикальном кюретаже, предпочтительна цитология или проведение эндоцервикального кюретажа через 4-6 месяцев. Повторная эксцизия приемлема, а также гистерэктомия, в случае, если не возможна ре-эксцизия;

***адекватная кольпоскопия означает, что визуализируется вся зона трансформации и все края поражения просматриваются полностью.

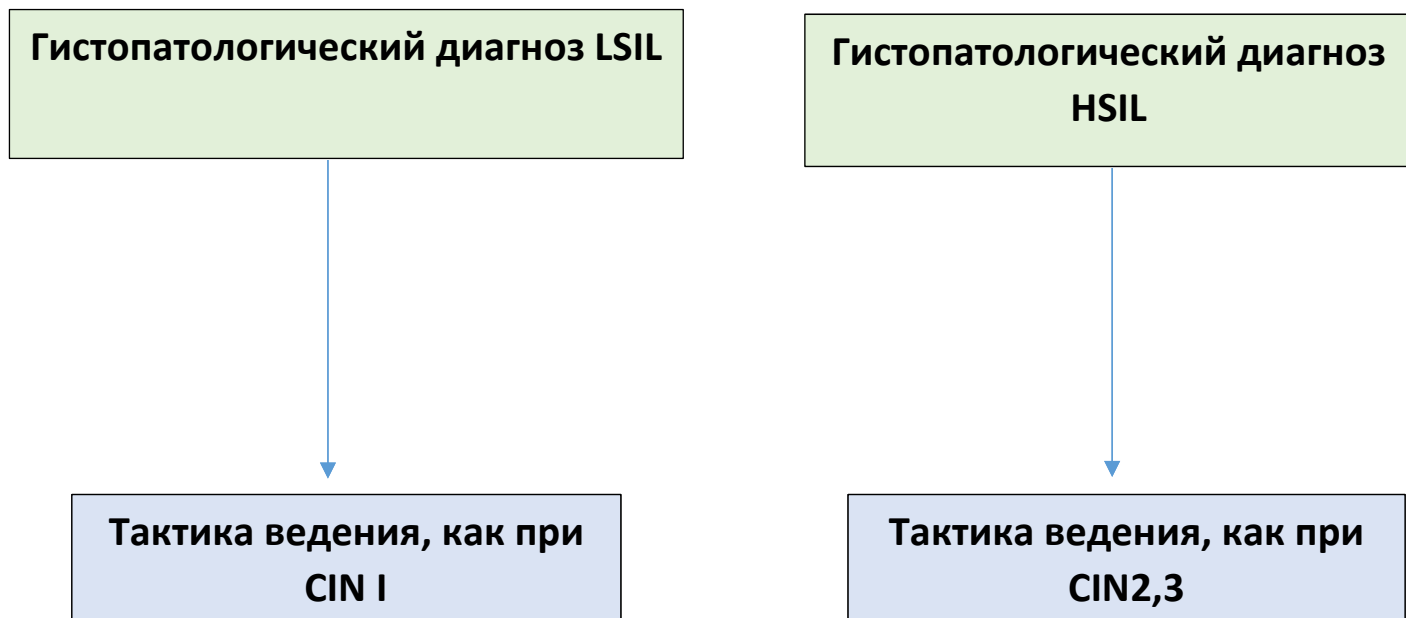
Ведение пациенток в возрасте 21-24 года с подтверждённой на биопсии CIN2,3 в особых обстоятельствах*.



Ведение пациенток с диагнозом аденокарцинома in situ (AIS),
установленным в ходе диагностической эксцизии.



Ведение пациентов после гистопатологических заключений, составленных по терминологии LAST (плоскоклеточная терминология нижнего аногенитального тракта).



ASCCP

1530 Tilco Drive, Suite C
Frederick, MD 21704
(301) 733-3640 (telephone)
(800) 787-7227 (toll free)
(240) 575-9880 (fax)

For more information, or to order
additional copies, please email:
administrator@asccp.org