New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal









AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (96) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
И.Ю. МАМАТОВА
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)

Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)

А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)

Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)

Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)

У.К. КАЮМОВ (Тошкент)

Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)

А.А. НОСИРОВ (Ташкент)

А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)

Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)

Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (96)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026
Октябрь

Received: 20.09.2026, Accepted: 06.10.2026, Published: 10.10.2026

УДК 618.146-006.6-07

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ: РОЛЬ ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЯ, ЦИТОЛОГИИ И КОЛЬПОСКОПИИ

Холмурадова Адиба Шермаматовна https://orcid.org/0009-0004-1508-1066

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Резюме***

Систематизировать современные подходы к раннему выявлению цервикальных интраэпителиальных неоплазий (CIN) и уточнить взаимодополняющую роль тестирования на вирус папилломы человека (ВПЧ), цитологии, кольпоскопии и гистологической верификации.

Проведён тематический обзор международных клинических рекомендаций и научно-методических источников, посвящённых цервикальному скринингу, терминологии Bethesda и IFCPC, морфологической классификации LAST и риск-ориентированному ведению. Собственные клинические наблюдения и метаанализ не проводились.

ВПЧ-тестирование выявляет канцерогенную вирусную инфекцию, но не определяет степень CIN. Цитология характеризует клеточные изменения; кольпоскопия позволяет локализовать подозрительные участки и направить биопсию; гистология подтверждает характер поражения. Интерпретация текущих результатов совместно с предыдущим анамнезом лежит в основе оценки риска CIN3+ и дальнейшей маршрутизации.

Эффективность ранней диагностики определяется клинической валидацией методов, последовательностью их применения, морфологическим подтверждением по показаниям и контролем завершения диагностического маршрута.

Ключевые слова: цервикальная интраэпителиальная неоплазия, CIN, ВПЧ, HPV16/18, цитология, Bethesda, кольпоскопия, IFCPC, скрининг.

SERVIKAL INTRAEPITELIAL NEOPLAZIYALARNI ERTA TASHXISLASHNING ZAMONAVIY YONDASHUVLARI: HPV-TESTLASH, SITOLOGIYA VA KOLPOSKOPIYANING O'RNI

Xolmuradova Adiba Shermamatovna

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Rezyume***

Servikal intraepitelial neoplaziyalarni (CIN) erta aniqlashda inson papilloma virusi (HPV) testlari, sitologiya, kolposkopiya va gistologik tasdiqlashning o'zaro to'ldiruvchi ahamiyatini tahlil qilish.

Servikal skrining, Bethesda va IFCPC terminologiyasi, LAST morfologik tasnifi hamda xavfga asoslangan klinik yondashuvga doir xalqaro tavsiyalar va ilmiy-uslubiy manbalar tematik ko'rib chiqildi. Mustaqil klinik ma'lumotlar tahlili o'tkazilmadi.

HPV-testlash kanserogen virus infeksiyasini aniqlaydi, ammo CIN darajasini belgilamaydi. Sitologiya hujayraviy o'zgarishlarni baholaydi, kolposkopiya biopsiya uchun shubhali sohalarni ko'rsatadi, gistologiya esa tashxisni tasdiqlaydi. Joriy va avvalgi natijalarni birgalikda baholash CIN3+ xavfiga asoslangan yo'naltirishda muhimdir.

Erta tashxislash samaradorligi tasdiqlangan usullarni izchil qo'llash, zarur hollarda gistologik tekshiruv va bemorlarning diagnostik yo'nalishni to'liq yakunlashini nazorat qilishga bog'liq.

Kalit so'zlar: servikal intraepitelial neoplaziya, CIN, HPV, HPV16/18, sitologiya, Bethesda, kolposkopiya, IFCPC, skrining.

CONTEMPORARY APPROACHES TO THE EARLY DETECTION OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA: THE ROLE OF HPV TESTING, CYTOLOGY AND COLPOSCOPY

Kholmurodova Adiba Shermamatovna

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Resume***

To review contemporary approaches to the early detection of cervical intraepithelial neoplasia (CIN), focusing on the complementary roles of human papillomavirus (HPV) testing, cytology, colposcopy, and histopathology.

A narrative review of international guidance and scientific-methodological sources addressing cervical screening, Bethesda and IFCPC terminology, LAST histopathological classification, and risk-based management was undertaken. No original patient-level analysis or meta-analysis was performed.

HPV testing detects carcinogenic viral infection but does not establish CIN grade. Cytology evaluates cellular abnormalities, colposcopy guides lesion assessment and biopsy, and histopathology provides diagnostic confirmation. Integrating current findings with screening history informs CIN3+ risk assessment and follow-up decisions.

Effective early detection depends on validated tests, appropriate diagnostic sequencing, histological confirmation when indicated, and reliable completion of follow-up pathways.

Keywords: cervical intraepithelial neoplasia, CIN, HPV, HPV16/18, cytology, Bethesda, colposcopy, IFCPC, screening.

Актуальность

Рак шейки матки относится к заболеваниям, профилактика которых возможна благодаря вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ), организованному скринингу и своевременному лечению предраковых поражений [1, 8]. Центральная задача скрининга состоит не в выявлении любой вирусной инфекции, а в обнаружении клинически значимых поражений до формирования инвазивного рака. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии (CIN) представляют собой морфологически определяемые изменения плоского эпителия, ассоциированные прежде всего с персистирующей инфекцией канцерогенными генотипами ВПЧ. Неоднородность естественного течения CIN требует дифференцированного подхода. Низкостепенные поражения нередко регрессируют, тогда как CIN2 и CIN3 требуют более пристального внимания вследствие риска персистенции и дальнейшего развития патологического процесса. Вместе с тем цитологические обозначения LSIL/HSIL и гистологические категории CIN не следует автоматически отождествлять: они отражают разные уровни диагностической оценки [6, 9]. Распространение клинически валидированного ВПЧ-тестирования и риск-ориентированных алгоритмов изменило организацию цервикального скрининга. Цитологическое исследование, расширенная кольпоскопия и морфологическая верификация сохраняют важную роль, однако их применение должно определяться конкретной клинической задачей. Ошибки возникают как при недостаточном обследовании женщин высокого риска, так и при неоправданных вмешательствах вследствие неверной интерпретации положительного ВПЧ-теста [1, 3].

Цель исследования: обобщить современное представление о возможностях и ограничениях ВПЧ-тестирования, цитологии и кольпоскопии при ранней диагностике CIN, а также охарактеризовать их место в последовательном диагностическом маршруте.

Материал и метод

Работа выполнена в формате тематического (нарративного) обзора. В основу положены рекомендации Всемирной организации здравоохранения по скринингу и лечению предраковых поражений шейки матки, консенсусные рекомендации ASCCP, система Bethesda, кольпоскопическая терминология IFCPC и рекомендации LAST [1–10]. Сопоставлялись

назначение каждого метода, особенности интерпретации результатов, условия морфологической верификации и принципы маршрутизации пациенток. Методология обзора не предполагает систематического поиска с заранее зарегистрированным протоколом, количественного объединения исследований или оценки диагностической точности на собственной выборке. Поэтому представленные выводы являются качественным синтезом руководств и научно-методических положений, а не результатами оригинального клинического исследования. Персистенция канцерогенных генотипов ВПЧ является ведущим этиологическим фактором цервикального канцерогенеза.

Особое значение имеют HPV16 и HPV18, однако отрицательный результат только по этим генотипам не исключает наличие других типов ВПЧ высокого канцерогенного риска.

Большинство инфекций не сопровождается развитием тяжёлых поражений; следовательно, ВПЧ-позитивность не является синонимом CIN и не может сама по себе служить основанием для лечения [1, 2]. Успешная программа скрининга должна обеспечивать последовательность: выявление группы риска, сортировка положительных результатов, подтверждающая диагностика при показаниях и своевременное наблюдение или лечение. Важна дифференциация планового скрининга бессимптомных женщин и диагностического обследования при контактных кровотечениях, необъяснимых выделениях либо видимом подозрительном образовании. Во втором случае отрицательный скрининговый результат не должен задерживать диагностическую оценку.

Клинически валидированные тесты на ВПЧ высокого канцерогенного риска применяются в первичном скрининге, при сортировке некоторых цитологических изменений и в наблюдении после лечения [1–3]. ДНК-тесты определяют вирусный генетический материал, тогда как отдельные мРНК-тесты выявляют транскрипты E6/E7. Аналитическая мишень и клиническое назначение конкретной тест-системы должны учитываться при выборе метода; разные платформы не являются автоматически взаимозаменяемыми [1, 2]. Отрицательный результат валидированного теста обычно соответствует низкому риску в предусмотренном протоколом временном окне, но не исключает любую патологию шейки матки. Положительный результат требует предусмотренной алгоритмом сортировки: частичного генотипирования, рефлексной цитологии или иной валидированной процедуры. При интерпретации повторной ВПЧ-позитивности необходимо учитывать документированные предыдущие результаты, а не предполагать, что неизвестный анамнез был отрицательным [3, 4]. HPV16/18-позитивность может существенно влиять на маршрут обследования. В системе ASCCP HPV18-положительный результат даже при цитологической категории NILM связан с показанием к кольпоскопической оценке вследствие особенностей риска рака. Конкретные решения должны приниматься по действующей версии применимого протокола, а не переноситься механически на иные популяции [3, 10].

Таблица 1 Категории цитологических заключений по системе Bethesda и их клиническая интерпретация

Категория Bethesda	Клиническая интерпретация
NILM	Нет признаков интраэпителиального поражения или злокачественности
ASC-US	Атипичные плоские клетки неопределённого значения
ASC-H	Нельзя исключить плоскоклеточное поражение высокой степени
LSIL / HSIL	Низко- / высокоградное плоскоклеточное интраэпителиальное поражение
AGC / AIS	Атипичные железистые клетки / аденокарцинома in situ

Примечание: составлено автором на основе [6, 7]

Цитологическое исследование оценивает клеточные изменения, но не позволяет непосредственно оценить архитектонику ткани. Используются традиционные препараты и жидкостная цитология. Достоверность зависит от адекватности забора материала, подготовки препарата, контроля качества лаборатории и корректности интерпретации. Неудовлетворительный материал не может трактоваться как отрицательный результат [6, 7]. Система Bethesda унифицирует заключения и выделяет категории NILM, ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL, AGC и AIS (табл. 1). Наличие ASC-H или HSIL требует своевременной оценки в

соответствии с риск-ориентированными рекомендациями. Категория AGC предполагает особое внимание к железистому эпителию и дополнительные исследования по показаниям. Отсутствие клеток зоны трансформации само по себе не во всех случаях делает препарат неудовлетворительным [3, 6, 7].Сочетание отрицательной цитологии и положительного ВПЧ-теста не является логическим противоречием: методы оценивают различные признаки. Равным образом отрицательный ВПЧ-тест не позволяет игнорировать цитологические изменения, для которых рекомендации предусматривают самостоятельный диагностический маршрут. При ASC-H в рамках ASCCP кольпоскопическая оценка показана независимо от ВПЧ-результата [3].

Расширенная кольпоскопия позволяет визуализировать эпителий шейки матки, оценить границы подозрительных участков, сосудистый рисунок, ацетобелую реакцию и результаты йодной пробы. Её главная роль заключается в уточнении локализации поражения и выборе участка прицельной биопсии. Кольпоскопическое впечатление не эквивалентно гистологическому диагнозу [5]. Согласно IFCPC выделяют три типа зоны трансформации: тип 1 — полностью эктоцервикальная и видимая; тип 2 — с эндоцервикальным компонентом, но полностью визуализируемая; тип 3 — визуализируется не полностью. При третьем типе нормальная картина доступной поверхности не исключает поражения в цервикальном канале. В протоколе следует фиксировать адекватность осмотра, видимость плоскоклеточно-цилиндрического соединения, тип зоны трансформации, локализацию изменений и место биопсии [5]. Плотная ацетобелая реакция, грубая мозаика, выраженная пунктация и атипичные сосуды могут повышать подозрение на высокоградное поражение, но не являются патогномоничными. Йоднегативные участки возможны при CIN, незрелой метаплазии и атрофии. При изъязвлении, некрозе, выраженной контактной кровоточивости или подозрительном образовании необходимо приоритетное обследование на предмет инвазии. Гистологическое исследование материала биопсии или эксцизии позволяет оценить архитектонику эпителия, степень клеточной атипии, митотическую активность и признаки инвазии. Различие между CIN1, CIN2 и CIN3 основывается на морфологических критериях; сохранность базальной мембраны имеет принципиальное значение для разграничения интраэпителиального и инвазивного поражения [9].

Результат и обсуждение

В морфологически неоднозначных случаях может применяться иммуногистохимическое окрашивание p16 по критериям LAST. Существенное значение имеет характер блок-позитивной реакции. p16 используется как вспомогательный инструмент, а не как самостоятельная замена гистологического исследования; показатель Ki-67 отражает пролиферативную активность, но сам по себе не подтверждает HSIL. Цитологическое двойное окрашивание p16/Ki-67 следует отличать от тканевой иммуногистохимии [9].

ASCCP предлагает определять дальнейшую тактику на основании текущего ВПЧ- и цитологического статуса с учётом истории обследований. В этой системе используются непосредственный и пятилетний риск CIN3+. Для соответствующих групп в рекомендациях 2019 года порог непосредственного риска 4% служит ориентиром для направления на кольпоскопию [3, 4]. Указанный порог не следует применять вне исходных условий модели без оценки применимости. Отдельные высокорисковые ситуации у небеременных пациенток в возрасте 25 лет и старше допускают ускоренное лечение без предварительной биопсии, но такое решение требует соблюдения критериев и совместного обсуждения с пациенткой. Оно не является универсальной тактикой для любого HSIL. Беременность, возраст младше 25 лет, иммунодефицит и лечение CIN2+ в анамнезе требуют специальных алгоритмов [3, 10]. Расхождение цитологии, кольпоскопии и гистологии требует проверки качества материала и полноты обследования. Высокоградная цитология при отсутствии видимого поражения может быть связана с эндоцервикальной локализацией, третьим типом зоны трансформации или недостаточной репрезентативностью биопсии. При необходимости рассматриваются дополнительные исследования либо экспертный пересмотр с учётом действующего протокола. Ни один отрицательный результат не должен интерпретироваться изолированно от высокой предтестовой вероятности поражения. Даже чувствительный скрининговый тест не обеспечивает профилактического эффекта при отсутствии последующего обследования

пациенток с положительным результатом. Организационно важны документирование даты информирования, направления, факта кольпоскопии или биопсии, получения заключения и назначенного срока контроля. Для неявившихся пациенток необходимо предусмотреть механизм повторного приглашения согласно локальному порядку. Последовательность этапов диагностического маршрута представлена в табл. 2. Сопоставление диагностических подходов показывает, что ВПЧ-тестирование, цитология, кольпоскопия и гистология оценивают разные стороны цервикального патологического процесса. ВПЧ-тестирование выявляет этиологически значимую инфекцию; цитология отражает клеточную атипию; кольпоскопия помогает определить локализацию подозрительного участка; гистология подтверждает морфологическую категорию поражения. Настоящий обзор не устанавливает возраст начала скрининга и интервалы обследования для Республики Узбекистан: такие параметры определяются действующими национальными документами и характеристиками используемых тест-систем.

Таблица 2. Этапы диагностического маршрута при ранней диагностике CIN

Этап	Задача
1. Клиническая оценка	Симптомы, возраст, беременность, иммунный статус, предыдущие результаты
2. Скрининг	Валидированный ВПЧ-тест и/или цитология по применимому протоколу
3. Сортировка	Оценка риска по текущим и предыдущим данным
4. Уточняющая диагностика	Кольпоскопия и биопсия по показаниям
5. Верификация	Гистология; p16 в определённых морфологических ситуациях
6. Дальнейшая тактика	Наблюдение, лечение или приоритетное направление

Примечание: составлено автором на основе [1, 3, 5, 9].

Практическую ценность представляет стандартизация описания кольпоскопии и лабораторных заключений. Особенно важны фиксация адекватности цитологического препарата, типа зоны трансформации и причин несоответствия результатов. При подозрении на инвазию пациентка должна быть выведена из обычного планового скринингового маршрута и направлена на приоритетную диагностику. Беременность требует отдельного подхода: эндоцервикальный кюретаж противопоказан, а лечение CIN2/3 при отсутствии подозрения на рак обычно откладывается до послеродового периода [3]. Ограничением настоящей работы является нарративный характер обзора без систематической оценки риска смещения включённых исследований. Поэтому статья не предоставляет новых оценок чувствительности или специфичности тестов и не позволяет делать выводы об их сравнительной эффективности на локальной популяции. Дальнейшая оценка внедрения должна основываться на реальных данных об охвате скринингом, завершении диагностического маршрута и подтверждённых морфологических исходах.

Практические рекомендации

- Применять только клинически валидированные ВПЧ-тесты по показаниям и в возрастных группах, определённых действующими протоколами.
- Не отождествлять положительный ВПЧ-тест с диагнозом CIN; выбирать дальнейшую сортировку с учётом генотипа, цитологии и предыдущего анамнеза.
- Документировать пригодность цитологического материала и использовать единую терминологию Bethesda.
- При кольпоскопии обязательно описывать визуализацию плоскоклеточно-цилиндрического соединения, тип зоны трансформации, признаки поражения и локализацию биопсии.
- Подтверждать морфологическую степень CIN гистологически; применять p16 при предусмотренных морфологических показаниях.
- Для беременных, пациенток младше 25 лет, лиц с иммунодефицитами и ранее леченных по поводу CIN2+ использовать специальные алгоритмы.

- Организовать контроль явки, получения результатов и завершения диагностического маршрута после положительного скрининга.

Заключение

Ранняя диагностика цервикальных интраэпителиальных неоплазий основана на последовательном применении клинически валидированных методов. ВПЧ-тестирование определяет наличие канцерогенной вирусной инфекции, цитология характеризует клеточные изменения, кольпоскопия обеспечивает оценку и локализацию подозрительных участков, а гистология подтверждает степень поражения. Риск-ориентированная интерпретация требует учёта предыдущего анамнеза и особенностей пациентки. Ключевыми условиями качества являются единая терминология, соблюдение показаний к дополнительному обследованию, корректная оценка диагностических расхождений и контроль завершения маршрута. Результаты настоящего обзора поддерживают использование комплексного подхода, но не заменяют действующие национальные клинические протоколы.

1. ВПЧ-тестирование, цитология, кольпоскопия и гистологическое исследование оценивают различные стороны цервикального патологического процесса и не являются взаимозаменяемыми; эффективность ранней диагностики CIN определяется клинически обоснованной последовательностью их применения.
2. Положительный результат ВПЧ-теста свидетельствует о наличии канцерогенной вирусной инфекции, но не является синонимом CIN и самостоятельным основанием для лечения; дальнейшая тактика определяется сортировкой с учётом генотипа (HPV16/18), цитологического заключения и предыдущего анамнеза.
3. Цитологическое заключение по системе Bethesda характеризует клеточные изменения; категории ASC-H, HSIL и AGC требуют своевременной уточняющей диагностики, а неудовлетворительный материал не может трактоваться как отрицательный результат.
4. Кольпоскопия обеспечивает локализацию поражения и выбор участка прицельной биопсии, но не заменяет гистологического диагноза; при третьем типе зоны трансформации нормальная картина доступной поверхности не исключает эндоцервикального поражения.
5. Риск-ориентированная оценка CIN3+ требует учёта текущих результатов и истории обследований; количественные пороги ASCCP не должны без проверки применяться как универсальные национальные нормативы, а ключевым организационным условием эффективности остаётся контроль завершения диагностического маршрута.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. 2nd ed. Geneva: WHO; 2021.
2. World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention: use of mRNA tests for HPV. Geneva: WHO; 2021.
3. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis. 2020;24(2):102–131.
4. Cheung LC, Egemen D, Chen X, et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines: methods for risk estimation, recommended management, and validation. J Low Genit Tract Dis. 2020;24(2):90–101.
5. Bornstein J, Bentley J, Bösze P, et al. 2011 colposcopic terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. Obstet Gynecol. 2012;120(1):166–172.
6. Nayar R, Wilbur DC, editors. The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology. 3rd ed. Springer; 2015.
7. Nayar R, Wilbur DC. The Pap test and Bethesda 2014. Cancer Cytopathol. 2015.
8. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020.
9. Darragh TM, Colgan TJ, Cox JT, et al. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-associated lesions. Arch Pathol Lab Med. 2012;136(10):1266–1297.
10. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines: updates through 2023. J Low Genit Tract Dis. 2024;28(1):3–6.

Поступила 20.09.2026