Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N86, N87, N88.0, N88.1, N88.2, N88.4, N88.8 · Российское общество акушеров-гинекологов, Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы»

Рекомендация посвящена доброкачественным и предраковым поражениям шейки матки: истинной эрозии, эктропиону, лейкоплакии и цервикальной интраэпителиальной неоплазии. Главное в практике — выявить ВПЧ-ассоциированные поражения скринингом, подтвердить CIN морфологически и выбрать наблюдение или хирургическое лечение по степени поражения и типу зоны трансформации.

Главное

- HSIL включает CIN II и CIN III, включая carcinoma in situ, и относится к облигатному предраку шейки матки. LSIL включает койлоцитоз, CIN I и кондиломы.
- Основной фактор развития и прогрессирования неоплазии — длительная персистенция ВПЧ высокого канцерогенного риска более 2 лет; к типам высокого риска относятся, в частности, ВПЧ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 и 68.
- CIN обычно протекает бессимптомно; контактные кровянистые выделения встречаются редко. Истинная эрозия может сопровождаться кровянистыми выделениями и белями, особенно при воспалении.
- Эрозия и эктропион не являются предраковыми заболеваниями и при отсутствии ВПЧ не озлокачествляются.
- Диагноз и степень CIN устанавливают только по патолого-анатомическому исследованию; цитология, ВПЧ-тестирование и кольпоскопия определяют риск и место взятия материала.
- Медикаментозное лечение плоскоклеточных интраэпителиальных поражений не используют как самостоятельный метод (УУР С, УДД 5).
- После лечения HSIL необходим длительный контроль: первый ко-тест через 3 месяца, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет и далее ежегодно в течение 20 лет.

Диагностика

1. Собрать анамнез и оценить факторы риска CIN: ранний сексуальный дебют, большое число или частую смену партнеров, курение, ИППП, травмы шейки матки, иммунокомпрометирующие состояния и иммуносупрессивную терапию (УУР С, УДД 5).
2. Осмотреть влагалище и шейку матки в зеркалах. Эктропион выглядит как цилиндрический эпителий на эктоцервиксе, истинная эрозия — как ярко-красный дефект с неправильными краями и возможной контактной кровоточивостью; одного визуального осмотра для выявления CIN недостаточно (УУР С, УДД 5).
3. Выполнить цитологию с экто- и эндоцервикса женщинам 21–65 лет каждые 3 года (УУР А, УДД 2).
4. Женщинам 30–65 лет провести тестирование на всю группу ВПЧ высокого канцерогенного риска как скрининг (УУР С, УДД 5); предпочтительно сочетать его с цитологией. При ASCUS или LSIL ВПЧ-тест выполняют независимо от возраста для выбора тактики.
5. Направить на расширенную кольпоскопию при ASCUS или LSIL в сочетании с ВПЧ высокого риска, при ASC-H, HSIL, AGC независимо от ВПЧ-результата, а также при выявлении ВПЧ 16 и/или 18 независимо от цитологии (УУР В, УДД 3).
6. Взять прицельную, предпочтительно мультифокальную, биопсию под контролем кольпоскопии при ASCUS или LSIL с ВПЧ высокого риска и аномальной кольпоскопии, а также при ASC-H и аномальной кольпоскопии; диагноз подтвердить патолого-анатомически (УУР С, УДД 5).
7. Получить эндоцервикальный образец при HSIL, ASC-H, AGC, ВПЧ 16/18, положительном p16/Ki67, после лечения HSIL, при планируемом наблюдении CIN2 или неполной визуализации зоны трансформации. При цитологии HSIL выполняют петлевую эксцизию с последующим выскабливанием цервикального канала; у женщин старше 50 лет или при зоне трансформации 3 типа — конизацию с ЭЦО.

Лечение

- При истинной эрозии лечить причину десквамации эпителия — воспаление, травму или возрастную атрофию (УУР С, УДД 5). Местные средства, влияющие на тканевой обмен и содержащие алоэ, облепиховое или шиповниковое масло, не применять (УУР С, УДД 5).
- Не лечить неосложненный эктропион и не разрушать эктопию, поскольку эктопия является вариантом нормы (УУР С, УДД 5).
- При морфологически подтвержденном LSIL у молодых пациенток при отсутствии аномальных кольпоскопических картин поражения высокой степени тяжести предпочтительно наблюдение: цитология каждые 6 месяцев в течение 18–24 месяцев и ВПЧ-тестирование каждые 12 месяцев. При отсутствии регрессии через 18–24 месяца переходят к хирургическому лечению (УУР С, УДД 2).
- Сохраняющиеся более 18–24 месяцев LSIL лечат деструктивно или эксцизионно в зависимости от типа зоны трансформации (УУР С, УДД 5). Деструкция допустима только у молодых пациенток при зоне трансформации 1 типа, полном обзоре зоны, отсутствии вовлечения эндоцервикса и согласованности цитологии, кольпоскопии и гистологии.
- У женщин старше 40 лет при LSIL в биоптате эктоцервикса проводят петлевую эксцизию зоны трансформации с лечебно-диагностической целью (УУР С, УДД 4).
- HSIL (CIN II–III) лечат хирургически: электроэксцизией или конизацией в зависимости от типа зоны трансформации, затем выполняют выскабливание цервикального канала (УУР С, УДД 5). Глубина иссечения должна быть не менее 7 мм при зоне 1 типа, 10 мм при зоне 2 типа и 15 мм при зоне 3 типа.
- У молодых пациенток с CIN II и отрицательным p16 допустимо наблюдение цитологией, ВПЧ-тестированием и кольпоскопией каждые 6 месяцев в течение 2 лет; при отсутствии регресса выполняют эксцизию. При положительном p16 нужна безотлагательная эксцизия.
- Медикаментозную терапию SIL не применять как самостоятельное лечение; иммуномодуляторы могут использоваться только как дополнение к основной тактике, а не вместо наблюдения или хирургического лечения.

Когда направить и как наблюдать

- При CIN III направить пациентку к врачу-онкологу, врачу акушеру-гинекологу или в специализированный гинекологический центр для оперативного лечения (УУР С, УДД 5).
- При обнаружении микроинвазии в удаленном конусе направить пациентку к врачу-онкологу с гистологическими препаратами и блоками.
- Госпитализация показана для ножевой конизации с диагностическим выскабливанием цервикального канала и слизистой полости матки, а также для эксцизии шейки матки при невозможности проведения в амбулаторных условиях.
- При заболеваниях культи шейки матки HSIL оперативное лечение целесообразно проводить в стационарах 2–3 группы.
- При подозрении на рецидив после лечения HSIL выполняют расширенную кольпоскопию и реконизацию с патолого-анатомическим исследованием; для определения объема операции консультируют врача-онколога.

Частые вопросы

Можно ли поставить CIN только по цитологии?

Нет. Цитология выявляет аномальные клетки и определяет дальнейшую тактику, но диагноз и степень CIN устанавливают только по патолого-анатомическому исследованию биопсийного или операционного материала.

Когда при LSIL достаточно наблюдения?

У молодых пациенток с морфологически подтвержденным LSIL и без признаков поражения высокой степени предпочтительно наблюдение 18–24 месяца: цитология каждые 6 месяцев и ВПЧ-тестирование каждые 12 месяцев. При отсутствии регресса выполняют хирургическое лечение.

Когда при HSIL нужна эксцизия или конизация?

При HSIL выполняют электроэксцизию или конизацию в зависимости от типа зоны трансформации, с последующим выскабливанием цервикального канала. У женщин с HSIL старше 50 лет или при зоне трансформации 3 типа показана конизация с взятием ЭЦО; при зоне трансформации 3 типа глубина иссечения должна быть не менее 15 мм.

Нужно ли лечить эктопию или неосложненный эктропион?

Нет. Неосложненный эктропион не лечат, а эктопию не подвергают деструкции, поскольку она является вариантом нормы; необоснованная деструкция может затруднить последующую диагностику.

Как наблюдать пациентку после лечения HSIL?

Первый ко-тест выполняют через 3 месяца после лечения, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет и далее ежегодно в течение 20 лет. Излеченность подтверждают отрицательным ВПЧ-тестом и отсутствием аномалий в мазках и при кольпоскопии.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/597-cervikalnaya-intraepitelialnaya-neoplaziya-eroziya-i-ektropion-shejki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/597_3