Вульварные интраэпителиальные неоплазии

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N84.3, N90.0, N90.1, N90.2, N90.3, N90.4, N90.6, N90.7 · Российское общество акушеров-гинекологов

Вульварные интраэпителиальные неоплазии (VIN) — группа поражений вульвы с атипией и дисплазией многослойного плоского эпителия. Рекомендация посвящена диагностике, разграничению ВПЧ-ассоциированных и неассоциированных форм, лечению LSIL, HSIL и dVIN, а также длительному наблюдению.

Главное

- VIN подразделяют на ВПЧ-ассоциированные LSIL и HSIL и ВПЧ-неассоциированные dVIN, DEVIL и VAAD.
- dVIN встречается реже HSIL, но имеет более высокий риск прогрессирования в плоскоклеточный рак вульвы: около 50% против 10% соответственно. Для HSIL риск прогрессирования составляет 3–5% после лечения и около 10% без лечения.
- Единой характерной клинической картины нет: возможны зуд, жжение, раздражение, трещины, эрозии, язвы, боль, контактные кровотечения, диспареуния и уплотнения; в 40–50% случаев VIN выявляют без типичных симптомов при осмотре.
- Диагностика VIN требует визуального осмотра вульвы с проведением вульвоскопии, прицельной биопсии вульвы и последующего патологоанатомического исследования биопсийного или операционного материала; при необходимости проводят иммуногистохимическое исследование.
- При HSIL чаще выявляются многоочаговые белые, красные или пигментированные бородавчатые, мокнущие либо изъязвленные бляшки; dVIN обычно представляет собой одиночный гиперкератотический, эрозивный или изъязвленный очаг на фоне склерозирующего лишая.
- После лечения необходимы осмотры каждые 6 месяцев в течение первых 2 лет, затем ежегодно; любой подозрительный участок вульвы подлежит биопсии. При ВПЧ-ассоциированном VIN и VSCC рекомендован скрининг на анальную плоскоклеточную карциному.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: уточните зуд, боль, жжение, эрозии, язвы, кровотечения, диспареунию и уплотнения, а также курение, иммунокомпрометирующие заболевания, иммуносупрессивную терапию и длительный прием КОК. УУР С, УДД 5.
2. Проведите осмотр наружных половых органов, промежности, перианальной и анальной областей, влагалища и шейки матки в зеркалах, а также бимануальное влагалищное исследование. УУР С, УДД 5.
3. Выполните расширенную вульвоскопию для определения границ поражения и выбора места биопсии; при подозрении на VIN используют 3–5% уксусную кислоту в течение 3–5 минут. Вульвоскопию дополняют кольпоскопией влагалища и шейки матки. УУР С, УДД 5.
4. Выполните прицельную, при необходимости мультифокальную, биопсию под контролем кольпоскопа. Ширина образца должна быть не менее 4 мм; глубина — 5 мм на коже с волосяными фолликулами и 3 мм на слизистой или коже без волос.
5. Проведите патологоанатомическое исследование биопсийного или операционного материала для окончательной верификации диагноза. При дифференциальной диагностике определяют p16 и p53: положительная экспрессия p16 повышает вероятность HSIL, экспрессия p53 поддерживает диагноз dVIN. УУР С, УДД 5.
6. Для исключения сопутствующих поражений шейки матки и влагалища выполните цитологическое исследование шейки матки и исследование на ВПЧ высокого канцерогенного риска 13–14 типов. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При LSIL допустима выжидательная тактика, поскольку возможен спонтанный регресс; проводите динамическое наблюдение каждые 6 месяцев в течение 18–24 месяцев. При сохранении поражения и наличии жалоб применяют медикаментозные и/или хирургические методы. УУР С, УДД 5.

- При dVIN на фоне склерозирующего лишая вульвы лечите лишай местными кортикостероидами для снижения риска плоскоклеточного рака вульвы. УУР B, УДД 3.
- Пациенткам старше 18 лет с VIN можно назначать имихимод 5%: аппликации 3 раза в неделю в течение 12–20 недель, в среднем 16 недель, с оценкой эффекта каждые 4–6 недель. Сохранившиеся очаги удаляют хирургически. УУР C, УДД 3.
- Проводите хирургическое удаление всех видимых поражений. При широком иссечении отступают от края поражения на 5–10 мм; глубина составляет 2 мм в безволосой зоне и 4 мм в волосистой части. УУР C, УДД 5.
- При dVIN выполняйте эксцизионное иссечение очага с отрицательными хирургическими границами. Из-за риска быстрого прогрессирования требуется непрерывное наблюдение: каждые 6 месяцев первые 2 года, затем ежегодно. УУР C, УДД 5.
- Лазерную аблацию применяют при HSIL: глубина составляет 1–2 мм для слизистой и не менее 3 мм для волосистой кожи. При обширном поражении волосистой части предпочтительны другие методы; риск рецидива после лазерной вапоризации выше, чем после эксцизии. УУР C, УДД 5.
- Фотодинамическую терапию проводят с местным или системным фотосенсибилизатором в сочетании с лазерным излучением соответствующей длины волны; метод может выполняться амбулаторно, его эффективность сопоставима с лазерной аблацией. УУР C, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Эксцизионные и аблятивные вмешательства предпочтительно выполнять амбулаторно или в условиях дневного стационара.
- Показание к госпитализации — вульвэктомия.
- Выписка возможна при клиническом выздоровлении.

Частые вопросы

Нужно ли брать биопсию при подозрении на VIN?

Да. Выполняют прицельную, при необходимости мультифокальную, биопсию под контролем кольпоскопа с последующим патологоанатомическим исследованием. Биопсию также проводят при отсутствии эффекта от локальной терапии кондилом, женщинам в постменопаузе с видимыми остроконечными кондиломами, а в отдельных случаях — пациенткам с ВИЧ или после трансплантации органов.

Как отличить HSIL от dVIN до получения гистологии?

HSIL чаще многоочаговый, встречается у более молодых женщин и связан с ВПЧ; dVIN обычно одиночный, возникает у женщин старшего возраста на фоне склерозирующего лишая.

Как лечить LSIL вульвы?

При LSIL рекомендовано наблюдение каждые 6 месяцев в течение 18–24 месяцев, поскольку возможен спонтанный регресс. Если регресса нет и сохраняются жалобы, возможны медикаментозное и/или хирургическое лечение.

Какой режим имихимода используют при VIN?

Имихимод 5% применяют у пациенток старше 18 лет 3 раза в неделю в течение 12–20 недель, в среднем 16 недель. Эффект оценивают каждые 4–6 недель; лечение ограничивают побочные эффекты, а сохраняющиеся очаги удаляют хирургически.

Как наблюдать пациентку после лечения VIN?

Проводят осмотр акушером-гинекологом каждые 6 месяцев в течение первых 2 лет, затем ежегодно в течение 5 лет при эффективном лечении и отсутствии новых очагов. Любой подозрительный участок вульвы необходимо биопсировать; при ВПЧ-ассоциированном VIN и VSCC проводят скрининг на анальную плоскоклеточную карциному.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/918-vulvarnye-intraepitelialnye-neoplazii. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/918_1