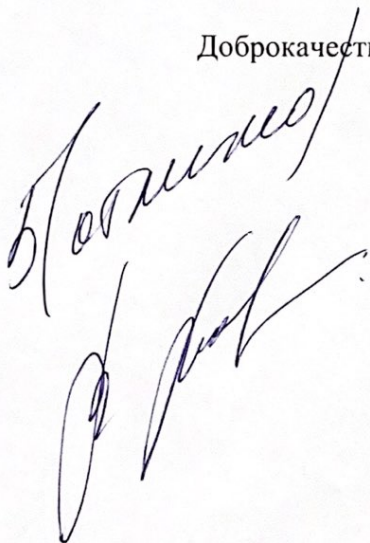


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра «Перинатологии акушерства и гинекологии лечебного факультета»
Зав. кафедрой: д.м.н. проф. Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ:

Доброкачественные новообразования вульвы и влагалища.



Выполнила:

Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии

Тищенко Е.Н.

Проверил:

Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск 2021

Оглавление

Заболевания вульвы.....	1 стр
Опухолеподобные поражения	1 стр
Доброкачественные опухоли вульвы.....	2-3стр
Доброкачественные поражения вульвы.....	3 стр
Склеротический лишай.....	4 стр
Плоскоклеточная гиперплазия.....	5 стр
Интраэпителиальная неоплазия вульвы. Плоскоклеточная интраэпителиальная неоплазия вульвы.....	6 стр
Неплоскоклеточная интраэпителиальная неоплазия вульвы. Болезнь Педжета.....	7 стр
Заболевания влагалища.....	8 стр
Доброкачественные опухоли.....	9 стр
Доброкачественные поражения и дисплазия влагалища.....	10 стр
Литература.....	11 стр

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВУЛЬВЫ

Различают следующие заболевания вульвы: 1. Опухолеподобные поражения (ретенционные кисты): – киста протока большой железы преддверия влагалища; – муцинозная и эпидермальная кисты; – мезотелиальная (перитонеальная) киста (канала Нука); – мезонефральная киста (вольфова протока). 2. Доброкачественные опухоли: – ангиома; – дерматофиброма; – липома; – миксома; – фиброэпителиальный полип; – аденома; – папиллярная гидраденома. 3. Доброкачественные поражения: – склеротический лишай (крауроз); – плоскоклеточная гиперплазия (гиперпластическая дистрофия, лейкоплакия). Вульварная интраэпителиальная неоплазия (VIN): а) плоскоклеточная вульварная интраэпителиальная неоплазия: – легкая дисплазия (VIN I); – умеренная дисплазия (VIN II); – тяжелая дисплазия (VIN III); б) неплюскоклеточная вульварная интраэпителиальная неоплазия: – болезнь Педжета.

ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

Ретенционные кисты образуются из-за задержки секрета в результате облитерации выводного протока той или иной железы. В отличие от истинных опухолей, рост которых происходит вследствие клеточной пролиферации, ретенционные образования увеличиваются в размерах за счет объема жидкого содержимого. Стенка же кисты, подвергаясь давлению изнутри, растягивается, истончается, эпителий атрофируется и исчезает. Киста протока большой железы преддверия влагалища имеет наибольшее практическое значение. Данное ретенционное образование развивается в результате закупорки, стенозирования или зарращения выводного протока бартолиниевой железы. Это происходит при хронических воспалительных процессах выводного протока. Киста протока бартолиниевой железы размерами от 3 до 7 см располагается в толще нижней трети большой половой губы. Содержимое кисты прозрачное, тягучее, желтоватой окраски. При небольших размерах кисты больные жалоб не предъявляют. При больших размерах кисты пациентки отмечают чувство тяжести в области наружных половых органов, затруднение при ходьбе, половом акте. Диагностируют кисты бартолиниевой железы при осмотре наружных половых органов. Эхография позволяет уточнить размеры кисты, наличие перегородок, характер содержимого. Лечение кист бартолиниевой железы оперативное. Возможны следующие методы: марсупиализация и вылушивание кисты. Марсупиализация — восстановление проходимости выводного протока большой железы преддверия влагалища. Необходимым условием этой операции является сохраненная функция. (Это определяется по наполнению кисты после пункции иглой.) Техника операции: после небольшого линейного разреза кожи и слизистой оболочки половой губы вскрывают капсулу кисты, края капсулы пришивают к краям кожной раны отдельными швами из рассасывающегося материала. В течение 3–5 недель наружное отверстие вновь сформированного выводного протока железы постепенно уменьшается до нормальных размеров. Выводной проток можно создать и с помощью пункционной методики: пунктируют стенку кисты, в которую через прокол вводят тонкий катетер с баллончиком на конце. Введение 2–3 мл изотонического раствора хлорида натрия расправляет баллончик и фиксирует катетер, через который происходит постоянный отток содержимого кисты. Вместо катетера можно вводить полихлорвиниловую трубку с фланцами (по типу запонки). Через 4–5 недель после полной эпителизации вновь образованного канала трубку или катетер удаляют. Вылушивание кисты проводится, как правило, при рецидивах заболевания. Техника операции: в проекции кисты делается разрез с внутренней поверхности большой половой губы в нижней ее трети (анатомическое расположение большой железы преддверия влагалища) При вылушивании необходимо тщательно удалить всю капсулу, так как при оставлении части ее возникает рецидив. Ложе удаленной кисты ушивают погружными швами, на края раны накладывают отдельные швы

Эпидермальные кисты относятся к ретенционным образованиям выводных протоков сальных желез. Встречаются они в любом возрасте, включая период новорожденности. Причиной заболевания является либо образование большого количества густого вязкого секрета, который не может быть адекватно выведен железой на поверхность кожи, либо воспалительный процесс, ведущий к нарушению процессов оттока. Содержимое кист имеет атероматозный характер без примеси волос. Внутренняя выстилка представлена уплощенным сквамозным эпителием. Муцинозные кисты вульвы локализируются в большинстве случаев в области преддверия влагалища. Их возникновение связано с окклюзией выводных протоков малых вестибулярных желез. Кисты выстланы изнутри высоким призматическим эпителием. Муцинозная киста вульвы. Мезонефральные кисты вульвы представляют собой безболезненные, тонкостенные, просвечивающиеся кистозные образования вытянутой формы, заполненные прозрачным секретом. Относятся к ретенционным образованиям и формируются из остатков вольфова протока. Локализируются на латеральной поверхности вульвы и влагалища. Кисты канала Нука, или перитонеальные кисты, возникают в результате выпячивания брюшины в местах прикрепления круглой связки к половой губе и являются аналогом гидроцеле семенного канатика мужчин. Локализируются кисты Нука в верхних отделах больших половых губ или в тазовых каналах. Могут достигать значительных размеров. Киста канала Нука Эпидермальные, муцинозные, мезонефральные и перитонеальные кисты вульвы в большинстве случаев небольших размеров и при отсутствии выраженной воспалительной реакции не вызывают субъективных ощущений у больной. Во всех случаях кисты вульвы подлежат хирургическому лечению в объеме вылушивания.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ВУЛЬВЫ

Ангиомы. Под ангиомами понимают доброкачественные новообразования и гемартромы, состоящие из сосудов любого типа (кровеносных и лимфатических капилляров, артериол, венул и т. д.), способные к быстрому росту с прорастанием окружающих тканей. Как правило, являются врожденными. Чаще других встречаются гемангиомы. Они имеют вид пятен различной величины вишнево-красного цвета с неровными границами (капиллярная гемангиома). Кавернозная гемангиома представляет собой ограниченное узловатое образование в толще дермы с гладкой или бугристой поверхностью синюшно-багровой окраски; при надавливании может спадаться; при кашле, крике увеличивается в размерах. Кавернозная гемангиома При гистологическом исследовании обычно обнаруживают крупные, заполненные кровью полости, выстланные изнутри эндотелием и отделенные друг от друга тонкими соединительнотканью перегородками. Звездчатая гемангиома визуализируется в виде небольшого узелка (величиной с булавочную головку), от которого лучами отходят веточки капилляров. Лимфангиома развивается из лимфатических сосудов кожи, чаще в областях, расположенных вблизи от паховых складок. Поверхностно расположенные лимфангиомы образуют безболезненные тестоватой консистенции множественные сочные мелкобугристые узелки без четких границ, иногда сливающиеся друг с другом. Микроскопически опухоль состоит из полостей различной формы и величины, содержащих белковую жидкость. Стенки полостей образованы соединительной тканью с эпителиальной выстилкой. Лечение. Небольшие образования, не вызывающие дискомфорта, не требуют вмешательства. При наличии гемангиомы с прогрессирующей клинической картиной показано ее удаление. Лимфангиомы лечат только хирургическим путем. Дерматофиброма вульвы — доброкачественное мезенхимальное новообразование. Встречается в любом возрасте. Формируется из соединительной ткани больших половых губ и в большинстве случаев локализуется в нижней трети вульвы. Тенденции к прогрессированию не имеет. Иногда дерматофиброма может достигать размеров куриного яйца и более. Опухоль имеет

плотноэластическую консистенцию, подвижна и отграничена от окружающих тканей. В тех случаях, когда в опухоли преобладают мышечные волокна, которые могут исходить из круглой связки, говорят о миоме. Гистологически обнаруживают ограниченные, но не инкапсулированные очаги, состоящие из фибробластов и соединительной ткани. Лечение только хирургическое. Липома вульвы — опухоль, формирующаяся из жировой ткани в области лобка и больших половых губ. Встречается относительно часто, преимущественно у пациенток старше 60 лет. Образование имеет мягковатую консистенцию с хорошо пальпируемыми дольками, окружена выраженной капсулой, подвижна по отношению к окружающим тканям, не спаяна с кожей. Пальпируется в виде отдельного безболезненного узла или узлов в подкожной жировой клетчатке. Крупные липомы выступают над поверхностью кожи. Гистологически определяется неизменная зрелая жировая ткань, заключенная в фиброзную капсулу, от которой внутрь отходят соединительнотканые перегородки, делящие образование на дольки различной величины. Хирургическому лечению подлежат только липомы больших размеров, вызывающие дискомфорт у больной. Миксома вульвы — доброкачественная опухоль, развивающаяся из остатков мезенхимы. Наблюдается преимущественно в пожилом возрасте. Типичная локализация образования — подкожная жировая клетчатка лобка и больших половых губ. Течение доброкачественное. Лечение хирургическое. Фиброэпителиальный полип является типичным для вульвы доброкачественным заболеванием. Размеры образования варьируют от мелких розоватых или пигментированных папилломатозных разрастаний, напоминающих кондилому, до крупных опухолевидных образований на тонкой ножке с морщинистой поверхностью. Пальпаторно фиброэпителиальный полип имеет мягкую консистенцию, поверхность его на разрезе однородного бледно-розового цвета. Гистологически покровный многослойный плоский эпителий дает либо картину утолщенного пласта с папилломатозом, гиперкератозом и акантозом, либо представлен истонченным разреженным слоем с множественными первичными складками. Соединительнотканые структуры представлены отдельными коллагеновыми волокнами с рассеянными фиброцитами и умеренным количеством мелких кровеносных сосудов. Возможно изъязвление образования. В этом случае в подлежащих тканях возникает воспалительная реакция различной степени выраженности. Лечение хирургическое. Папиллярная гидраденома. Считают, что папиллярная гидраденома связана с апокриновыми потовыми железами, локализующимися в области лобка и больших половых губ. Заболевание выявляется в возрасте от 15 до 20 лет. Папиллярная гидраденома встречается только в области наружных половых органов. Папиллярная гидраденома визуализируется в виде небольшого выбухающего образования или имеет вид множественных симметричных высыпаний в виде плоских, округлой или овальной формы узелков величиной от 0,2 до 1,0 см. Окраска их розово-желто-коричневая. Обратному развитию не подвергаются. Как и при большинстве других доброкачественных опухолей вульвы, большие жалоб не предъявляют. При изъязвлении может осложняться кровотечением. Микроскопически определяются кисты в верхней части собственно кожи. Они выстланы уплощенными эпителиальными клетками, содержат коллоидную массу. Папиллярную гидраденому необходимо дифференцировать с папулезным сифилисом. Лечение хирургическое.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ВУЛЬВЫ

Особую группу в структуре гинекологической патологии занимают неопухолевые поражения вульвы, именовавшиеся ранее хроническими дистрофическими заболеваниями. В настоящее время эти поражения относят к доброкачественным. Однако следует учитывать, что риск их малигнизации колеблется от 10 до 35 %. Долгое время подобные изменения классифицировались как крауроз и лейкоплакия, позже их выделили в группу вульварной дистрофии, нозологическими формами которой являются склеротический лишай (lichen sclerosus) и плоскоклеточная

гиперплазия (squamous cell hyperplasia). Этиология и патогенез доброкачественных поражений вульвы окончательно не установлены. В качестве основных этиопатогенетических звеньев рассматриваются: – нейроэндокринные расстройства (дисфункция гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, коры надпочечников, щитовидной железы) с последующим нарушением трофики тканей вульвы и появлением вегетоневротических реакций; – метаболические нарушения; – активация перекисного окисления липидов и ослабление антиоксидантной защиты в организме; – инфекционно-воспалительные заболевания женского полового тракта, вызванные вирусами (ВПГ, ВПЧ), грибами, анаэробами, банальной и специфической флорой; – аутоиммунные процессы, сопровождающиеся сенсibilизацией в организме.

СКЛЕРОТИЧЕСКИЙ ЛИШАЙ

Склеротический лишай — доброкачественное воспалительное поражение кожно-слизистых покровов. Оно имеет хроническое течение с периодами обострений и ремиссий, сопровождается зудом, патологическими изменениями дермы и эпидермиса, проявляется дистрофией, атрофией и склерозом. Клинические проявления склеротического лишая зависят от давности, степени распространенности и выраженности патологического процесса. Нередко заболевание начинается незаметно, в легких формах не сопровождается никакими симптомами и обнаруживается только при профилактических осмотрах. Часто оно сопровождается слабой парестезией, проявляющейся легким покалыванием, ощущением «ползающих мурашек». С развитием заболевания ведущим симптомом становится появляющийся преимущественно в ночное время, упорный, мучительный зуд в месте поражения. Больных беспокоят диспареуния и вульводиния. Последняя проявляется болезненностью, жжением, чувством сухости, напряжения, стягивания кожно-слизистых покровов. Заболевание может сопровождаться также дизурией, нарушением дефекации. Только 2 % пациенток не предъявляют никаких жалоб. Для поражений склеротическим лишаем наружных половых органов характерна симметричность. Сравнительно ранним признаком является «крауротический треугольник», вершина которого обращена к лонной дуге, а основание и боковые стороны представлены верхней третью половых губ. Постепенно происходит истончение и уплотнение с характерной белесоватостью кожно-слизистого покрова малых и больших половых губ, клитора, что позже распространяется на всю вульву, перианальную область, пахово-бедренную складку и внутреннюю поверхность бедер, не затрагивая наружную поверхность больших половых губ. Эпителий выглядит сухим, гладким, как бы полированным, легко раним. Впоследствии, когда склероз и атрофия становятся наиболее выраженными, происходит полное исчезновение клитора, малых половых губ, стенозирование входа во влагалище. Диагностика склеротического лишая основывается на данных анамнеза (время появления зуда, его интенсивность, сопутствующие и предшествующие зуду заболевания). Всем больным показано проведение вульвоскопии, при которой видны пораженные участки слизистой от желтоватого до кирпичного цвета. Проба Шиллера отрицательная или слабopоложительная, что говорит об отсутствии гликогена в клетках поверхностного эпителия. Всем больным показано цитологическое исследование отпечатков с пораженных участков. В сомнительных случаях или при результатах цитологического исследования, свидетельствующих об атипии клеток, необходима биопсия ткани с последующим гистологическим исследованием. Терминальная стадия склеротического лишая

Лечение склеротического лишая. Терапия должна быть комплексной, этапно-курсовой и строго индивидуальной. Важен дифференцированный подход с учетом клинического течения заболевания, сопутствующей соматической и генитальной патологии. Это позволяет назначить адекватное лечение, направленное на снятие психоэмоционального напряжения, чувства зуда, ликвидацию воспалительных изменений и улучшение трофики тканей. Учитывая, что ткани вульвы находятся под непосредственным контролем стероидных гормонов, в основе лечения лежит

гормональная терапия препаратами половых стероидов и глюкокортикоидов. Показано местное использование эстриола (овестин) в виде мазей, кремов, вагинальных свечей в течение 2–3 месяцев. Чистые андрогены показаны пациенткам в постменопаузе (2%-ная мазь тестостеронапропионата в течение 3–9 недель). Мази с глюкокортикоидами (1% и 2,5%-ная гидрокортизоновая мазь, фторокорт, синалар, лококортен и др.) обладают выраженным противовоспалительным, десенсибилизирующим, местно-анальгезирующим и противозудным эффектом и могут быть использованы в лечении курсами до 2 недель. Лучший эффект достигается при фонофорезе стероидных мазей. Используются также зудоуспокаивающие мази, содержащие анестезин, ментол. Для улучшения микроциркуляции и активизации трофических процессов назначают солкосерил по 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки ежедневно (25 дней), электрофорез трипсина, лидазы, ронидазы до 25 сеансов ежедневно. Учитывая функциональные нарушения, возникающие на всех уровнях нервной системы, необходимо назначать седативные (валериана, пустырник, бромиды) и анксиолитические (элениум, сибазон, триоксазин и др.) средства в общетерапевтических дозировках. С целью нормализации обменных процессов рекомендуются витамины группы В, А, С, Е, U, PP. Эффективным методом лечения склеротического лишая является низкоинтенсивная лазерная терапия гелий-неоновыми, гелий-кадмиевыми и инфракрасными лазерами. Курс лечения составляет 16–18 ежедневных процедур. В особо упорных случаях применяют спиртоновокаиновые блокады. Спиртоновокаиновый раствор (100 мл 0,25%-ного раствора новокаина и 30 мл 96%-ного спирта) после предварительной анестезии кожи вводят в ишиоректальное пространство, где он блокирует патологические импульсы, улучшает трофику. Проводят 2–5 блокад с интервалом в 1 неделю. При отсутствии эффекта от консервативной терапии используют хирургические методы лечения, суть которых заключается в удалении поверхностных слоев пораженного эпителия и неизмененных тканей по периферии на 0,5–1,5 см. Применяют методы деструкции очагов поражения высокочастотным электрическим током, высокоэнергетическими лазерами, криогенным и радиоволновым воздействием либо выполняют собственно хирургическое лечение.

ПЛОСКОКЛЕТОЧНАЯ ГИПЕРПАЗИЯ

Плоскоклеточная гиперплазия вульвы (squamous cell hyperplasia), ранее известная как лейкоплакия или гиперпластическая дистрофия, характеризуется рецидивирующим характером и сопровождается зудом, но менее выраженным, чем при склеротическом лишае. **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА** Визуализируется плоскоклеточная гиперплазия вульвы как белый утолщенный эпителий с неровной поверхностью без процессов сморщивания и склероза. Зуд менее выражен и приносит значительно меньше страданий. Как правило, поражения локализуются в области больших половых губ, преддверия входа во влагалище, клитора и складки между большими и малыми половыми губами. При постановке диагноза плоскоклеточной гиперплазии должны быть исключены все факторы (особенно вирусно-бактериальные и микотические), которые могут вызывать подобные изменения тканей вульвы. В зависимости от выраженности различают следующие формы плоскоклеточной гиперплазии: – плоскую; – гипертрофическую (возвышающуюся над поверхностью кожи); – веррукозную (бородавчатую). Вульвоскопическими проявлениями заболевания являются простые белые пятна (иногда с неровной поверхностью) с отсутствием сосудов. Проба Шиллера отрицательна вследствие значительного снижения количества гликогена. Плоскоклеточная гиперплазия вульвы характеризуется утолщением эпителия с акантозом, могут наблюдаться пара- и гиперкератоз, в базальном слое эпидермиса выявляются митозы. Учитывая неспецифические изменения, свойственные плоскоклеточной гиперплазии вульвы, диагностика данного поражения основана на исключении иных дерматозов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА Плоскоклеточную гиперплазию вульвы необходимо дифференцировать с кандидозным и папилломавирусным вульвитом, вульварной интраэпителиальной неоплазией, красным плоским лишаем. При микотической инфекции отмечается выраженная гиперемия кожно-слизистых покровов с белесовато-серыми бляшками, которые легко снимаются, оставляя после себя дефект ткани в виде эрозии. Диагноз подтверждается бактериологическим исследованием. В случае папилломавирусного вульвита окраска кожно-слизистых покровов не изменена, имеются, как правило, множественные бородавчатые возвышения, хорошо снабжаемые кровью. Диагноз подтверждается выявлением ДНК вируса папилломы человека с помощью метода полимеразной цепной реакции. Выявление атипии ядер и клеток многослойного плоского эпителия является проявлением плоскоклеточной интраэпителиальной неоплазии (VIN I–III). **ЛЕЧЕНИЕ** Все лечебные мероприятия при плоскоклеточной гиперплазии вульвы проводятся только после получения результатов вирусологического, бактериологического и гистологического исследований, подтверждающих диагноз и исключающих другие этиологические факторы, которые могут давать схожую клиническую картину. Показано лечение кортикостероидами. Рекомендуются 0,5%-ная преднизолоновая мазь, 1–2,5%-ная гидрокортизоновая мазь, 0,05%-ный крем клобетазола. Все указанные препараты наносят локально в виде аппликаций на пораженные участки 3 раза в сутки в течение 2 недель. В эти сроки должна произойти регрессия патологических очагов. При неэффективной терапии показана повторная прицельная биопсия. При отсутствии изменений, характерных для интраэпителиальной неоплазии и рака вульвы, лечение этими препаратами можно продолжать еще 3–4 недели по той же схеме. С целью снятия чувства зуда может использоваться лазерная терапия полупроводниковыми и гелий-неоновыми установками. Курс лечения составляет 16–18 ежедневных процедур.

ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ ВУЛЬВЫ. ПЛОСКОКЛЕТОЧНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ ВУЛЬВЫ

Вульварная интраэпителиальная неоплазия (VIN) представляет собой поражение многослойного плоского эпителия с нарушением слоистости, но без включения в патологический процесс базальной мембраны. Данная патология характеризуется нарушением созревания клеток, патологией ядер в виде потери ими полярности и появления их полиморфизма, конденсации хроматина, неровности ядерной мембраны, а также наличием на различных уровнях эпителия митозов, в том числе и патологических. VIN подразделяется на 3 гистологические категории, включающие спектр поражений возрастающей степени тяжести: а) VIN I — легкая степень дисплазии, характеризуется умеренной пролиферацией клеток базального и парабазального слоев многослойного плоского эпителия (не более 1/3 всего эпителиального пласта). Верхние слои сохраняют нормальное строение; б) VIN II — умеренная дисплазия. Патологические изменения распространяются до 2/3 утолщенного многослойного плоского эпителия; в) VIN III — тяжелая дисплазия, характеризуется выраженной дезорганизацией более 2/3 утолщенного многослойного плоского эпителия с ядерно-клеточным атипизмом. Если подобные изменения распространяются на весь эпителиальный пласт, то такие изменения уже характеризуют Cancer *in situ*. Этиология и патогенез VIN окончательно не установлены. Однако примерно у 50 % больных с VIN имеются анамнестические указания на ЗППП, наиболее часто на остроконечные кондиломы. Установлена прямая корреляция между наличием 16-го и 18-го типов вируса папилломы человека в тканях вульвы и VIN у молодых женщин. Причиной формирования дисплазии многослойного плоского эпителия вульвы при папилломовирусной инфекции является длительная локальная персистенция вируса папилломы человека. Рис. 10. Гистологические критерии различной степени тяжести VIN **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ** Визуально плоскоклеточная VIN различима не всегда и

не имеет специфических диагностических признаков. VIN может иметь вид отдельных или сливных безболезненных бляшек бело-серого эпителия, слегка возвышающихся над окружающими тканями с неровными краями, или пятен. Таким поражениям свойственна картина ацетобелого эпителия. При вульвоскопии могут также выявляться мозаика, пунктация, лейкоплакия, йоднегативные участки. Окончательный диагноз ставят только после вульвоскопии и получения результатов цитологического и гистологического исследований. Вульварная интраэпителиальная неоплазия может иметь вид и пигментированных поражений, которые располагаются преимущественно на больших половых губах. Нередко наблюдается тенденция к их слиянию и распространению на заднюю спайку и промежность. К группе VIN относят болезнь Боуэна и эритроплазию Кейра. В настоящее время при выявлении симптомов этих заболеваний ставится диагноз VIN I–III. Болезнь Боуэна получила свое название по фамилии врача, который в 1912 г. описал и гистологически изучил два случая поражения вульвы. Данное заболевание характеризуется появлением на коже наружных половых органов слегка красноватых, шелушащихся, приподнятых папул (иногда бородавчатой бляшки) с четкими неправильными, зигзагообразными краями и незначительной инфильтрацией подлежащих тканей, имеющих тенденцию к медленному росту. Как правило, папулы (обычно менее 5 мм в диаметре) покрыты тонкими корочками, после снятия которых обнажается влажная зернистая поверхность. Следует отметить, что пациентки, страдающие болезнью Боуэна, в большинстве случаев моложе 40 лет. Эритроплазия Кейра преимущественно возникает после 50 лет. Характеризуется появлением бляшек (чаще одиночных) розово-красного цвета со слегка шелушащейся, бархатистой поверхностью. Иногда они могут поверхностно изъязвляться с выделением незначительного количества серозного отделяемого. Пальпаторно определяется поверхностная эластичная инфильтрация ткани. Сопровождается легким зудом и жжением при изъязвлении. Гистологически имеет место истончение и уплотнение поверхностных слоев многослойного плоского эпителия. После нескольких месяцев эритроплазия Кейра превращается в плоскоклеточную эпителиому, которая сопровождается увеличением регионарных лимфатических узлов.

ДИАГНОСТИКА Диагностика плоскоклеточной VIN представляет значительные трудности в связи с отсутствием у большинства больных специфических жалоб и типичных клинических проявлений. Иногда у пациенток появляется чувство зуда и жжения в области поражений. Основными методами диагностики VIN являются вульвоскопия (простая и расширенная), цитологическое и гистологическое исследования. Вульвоскопия используется как ориентировочный тест для диагностики поражений эпителия наружных половых органов, позволяющий определить границы патологически измененных тканей. Достоверность цитологического метода возрастает параллельно степени тяжести вульварной интраэпителиальной неоплазии. Верификация диагноза осуществляется только с помощью гистологического метода. **ЛЕЧЕНИЕ** Суть лечения VIN заключается в удалении патологически измененного многослойного плоского эпителия различными методами. К ним относятся: – криодеструкция; – лазерная вапоризация; – хирургическая экцизия. При выявлении локальной VIN в репродуктивном возрасте показано иссечение в пределах здоровых тканей. При диффузных формах в репродуктивном периоде, а также при всех разновидностях в пре- и постменопаузе методом выбора является простая вульвэктомия.

НЕПЛОСКОКЛЕТОЧНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ ВУЛЬВЫ. БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА

Болезнь Педжета представляет одну из форм аденоматозной интраэпителиальной неоплазии вульвы с мультифокальным ростом, которая может становиться инвазивной. Свое название заболевание получило по имени врача, впервые описавшего в 1874 г. 15 наблюдений

аналогичной патологии кожи соска и ареолы молочной железы. Позже были обнаружены типичные для данной патологии клетки, получившие название «клетки Педжета». **ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ** Вопрос о гистогенезе данной формы интраэпителиальной неоплазии остается дискуссионным. Нельзя исключить возможность происхождения клеток Педжета из недифференцированных мультипотентных (примитивных стволовых) клеток базального слоя эпидермиса. **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ** Поражение может возникать в любом возрасте, но более часто диагностируется у женщин в постменопаузе. Обычно это медленно прогрессирующий поверхностный процесс, гистологическая граница которого намного шире внешних очертаний. Сопровождается умеренным зудом, чувством покалывания. Патологические изменения кожи начинаются с волосистого покрова вульвы, генитальных складок или перианальной области, постепенно распространяясь на малые половые губы, преддверие влагалища. Выделяют несколько форм кожно-слизистых проявлений болезни: – псориазоподобную; – экземоподобную; – язвенную. Несмотря на относительно доброкачественное течение болезни Педжета, установлено, что примерно в 19 % случаев возможен переход интраэпителиальной неоплазии в инвазивную карциному. **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ** Диагноз болезни Педжета устанавливают на основании результатов гистологического исследования при выявлении в препарате специфических клеток Педжета. Цитологический метод часто бывает малоинформативным. Лечение и прогноз при болезни Педжета зависят от наличия или отсутствия сопутствующей аденокарциномы. В настоящее время применяется вульвэктомия или локальная расширенная экцизия патологически измененных тканей и фасции (для исключения аденокарциномы в дерме и прилегающих тканях) в зависимости от площади поражения. Если в подлежащих тканях обнаружена аденокарцинома, то терапия проводится в том же объеме, что и большим с другими формами рака вульвы.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЛАГАЛИЩА

Различают следующие заболевания влагалища: 1. Опухолеподобные поражения (ретенционные кисты): – мезонефральная киста (гартнерова протока). 2. Доброкачественные опухоли: – фиброма (фибромиома влагалища). 3. Доброкачественные поражения: – лейкоплакия влагалища; – эритроплакия влагалища. 4. Дисплазия влагалища: – легкая дисплазия; – умеренная дисплазия; – тяжелая дисплазия. **ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ** Кисты на стенке влагалища встречаются редко — в 1–2 % случаев. Слизистая оболочка влагалища желез не имеет, но кисты могут развиваться из продуцирующих секрет остатков эмбрионального эпителия протоков придатка яичника (мюллеровых и гартнеровых ходов). Мезонефральная киста (гартнерова протока) — это киста, возникшая из продольного протока придатка яичника. Данная киста располагается на боковой стенке, реже в верхней трети передней стенки влагалища рядом с уретрой, содержит прозрачную слизистую жидкость. Киста чаще всего имеет продолговатую форму, не превышает 3–5 см в диаметре, но иногда может достигать больших размеров, уходя далеко в параметральную клетчатку. Это следует помнить при операции удаления этих кист. В большинстве случаев киста гартнерова хода не имеет клинических проявлений и становится находкой при гинекологическом обследовании. Соответствующая стенка влагалища при осмотре с помощью зеркал пролабирует из-за образования, которое при бимануальном исследовании имеет мягкоэластичную или тугоэластичную консистенцию. При УЗИ киста гартнерова хода имеет четкие контуры, гипоэхогенное содержимое, однокамерное, реже многокамерное строение. Киста влагалища из гартнерова хода: 1 — полость матки; 2 — цервикальный канал; 3 — киста; 4 — влагалище

Лечение. При кистах небольшого диаметра, которые не беспокоят пациентку, от вмешательства можно воздержаться. Большие кисты подлежат оперативному лечению (вылущивание).

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

Фиброма (фибромиома) влагалища — доброкачественная опухоль влагалища, возникающая за счет пролиферации гладкомышечной и соединительной ткани. Фиброма влагалища может клинически проявляться тянущими болями во влагалище или контактными болями. При небольших размерах опухоли клинических проявлений может не быть. При бимануальном гинекологическом исследовании фиброму влагалища обнаруживают как образование с четкими контурами, плотной консистенции, связанное со стенкой влагалища, ограниченно подвижное, безболезненное. Слизистая оболочка влагалища над образованием не изменена, при осмотре в зеркалах фиброму влагалища небольших размеров можно увидеть не всегда. При ультразвуковом исследовании фиброма имеет четкие границы, солидное строение, среднюю или пониженную звукопроводимость, аналогичную миоматозным узлам матки. Лечение. При бессимптомной фиброме влагалища небольшого размера, которая не имеет тенденции к росту, можно воздержаться от вмешательства. Опухоль большого диаметра или имеющую клиническую симптоматику удаляют, производя миомэктомию.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ И ДИСПЛАЗИЯ ВЛАГАЛИЩА

К доброкачественным поражениям влагалища относятся лейкоплакия и эритроплакия. Гистологически в покровном эпителии лейкоплакии находят процессы гиперкератоза эпителия. При кольпоскопии лейкоплакия влагалища выглядит как белое малопрозрачное пятно. Проба Шиллера отрицательная. Для эритроплакии характерно резкое истончение эпителиального пласта, который иногда состоит из нескольких слоев клеток. При кольпоскопическом исследовании видны ярко-красные участки истонченного эпителия, сквозь который просвечивается полнокровная подлежащая ткань. Дисплазия влагалища представляет собой поражение многослойного плоского эпителия с нарушением слоистости, но без включения в патологический процесс базальной мембраны. Данная патология характеризуется нарушением созревания клеток, патологией ядер в виде потери ими полярности и появления их полиморфизма, конденсации хроматина, неровности ядерной мембраны, а также наличием на различных уровнях эпителия митозов, в том числе и патологических. Дисплазия влагалища подразделяется на легкую, среднюю и тяжелую в зависимости от выраженности патологических изменений в поверхностном пласте многослойного плоского эпителия. Клиническое течение лейкоплакии, эритроплакии и дисплазии влагалища медленное. Жалоб больные не предъявляют. Боли возникают при присоединении воспалительных процессов. Выявляются эти заболевания чаще на профилактических осмотрах. Допустимо консервативное лечение эритроплакии. Показано местное использование эстриола (овестин) в виде вагинальных свечей в течение 2–3 месяцев. Чистые андрогены показаны пациенткам в постменопаузе (2%-ная мазь тестостеронапропионата в течение 3–9 недель). При отсутствии эффекта целесообразна криотерапия. Лечение лейкоплакии и дисплазии влагалища оперативное, с последующим гистологическим исследованием материала. Оптимальна радиоволновая терапия и криодеструкция.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология / под ред. Л. Н. Василевской. М. : Медицина, 2013. 432 с. Дополнительная
2. Гинекология : учеб. / С. Н. Занько [и др.] ; под ред. С. Н. Занько. Минск : Выш. шк., 2010. 640 с.
3. Дуда, В. И. Гинекология : учеб. для студ. вузов по специальности «Лечебное дело» / В. И. Дуда. Минск : Адукацыя і выхаванне, 2012. 712 с.
4. Русакевич, П. С. Заболевания вульвы : практ. рук. / П. С. Русакевич. М. : Медицинское информационное агентство, 2015. 448 с.
5. Манухин, И. Б. Заболевания наружных половых органов у женщин / И. Б. Манухин, Н. И. Кондриков, Т. П. Крапошина. М. : МИА, 2012. 303 с.
6. Руководство к практическим занятиям по гинекологии : учеб. пособие для студентов и ординаторов / под ред. В. Е. Радзинского. М. : Медицинское информационное агентство, 2014. 520 с.
7. Вишневская, Е. Е. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли женских половых органов / Е. Е. Вишневская. Минск : Выш. шк., 2016. 416 с.
8. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы : клинические лекции / под ред. В. Н. Прилепской. М. : МЕДпресс, 2009. 432 с.

Рецензия на реферат выполненный

По теме : «Доброкачественные новообразования вульвы и влагалища».

Ординатором 2-го ода обучения

Кафедра: перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета.

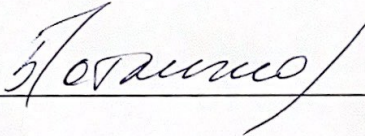
ФИО: Тищенко Елизавета Николаевна.

Реферат выполнен на 11 страницах , в структуре реферата имеется: титульный лист, содержательная часть , используемая литература.

Актуальность темы: доброкачественные заболевания вульвы и влагалища занимают значимое место в структуре гинекологической патологии. Данные заболевания диагностируются во всех возрастных группах (от детской до постменопаузальной). Среди доброкачественных заболеваний вульвы особое значение имеют неопухольные поражения, именовавшиеся ранее хроническими дистрофическими заболеваниями. Риск их малигнизации колеблется от 10 до 35 %. Заболевания влагалища малосимптомны, что представляет определенные трудности для их распознавания. Диагностика и лечение доброкачественных заболеваний вульвы и влагалища представляют большой интерес для врача акушера-гинеколога.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

Реферат принят и оценен на



Руководитель клинической ординатуры: Коновалов В.Н.