

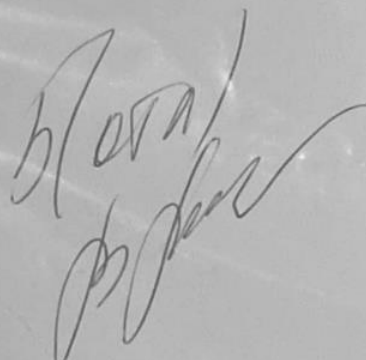
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного
факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«Дистрофические заболевания вульвы и влагалища»



Выполнила: клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
лечебного факультета
Потапчук А.А.
Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

2022 год, г. Красноярск

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра перинатологии акушерства и гинекологии лечебного факультета

Рецензия Коновалова Вячеслава Николаевича, ассистента кафедры

на реферат ординатора 2 года обучения

по специальности "Акушерство и гинекология"

Докладчик Александр Андреевич

Тема реферата: *Анатомические заболевания
близнецов и их диагностика*

Основные оценочные критерии

№	Оценочные критерии	Положительный/ отрицательный
1	Структурированность	+
2	Актуальность	+
3	Соответствие текста реферата его теме	+
4	Владение терминологией	+
5	Полнота и глубина раскрытия темы	+
6	Логичность доказательной базы	+
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9	Наличие общего вывода по теме	+
10	Итоговая оценка (оценка по пятибальной шкале)	<i>8/отлично</i>

Дата: *21* " *04* " 20*22* год

Подпись рецензента

[Подпись]
подпись

Коновалов В.Н.
ФИО рецензента

Подпись ординатора

[Подпись]
подпись

Посетин А.В.
ФИО ординатора

Оглавление

Оглавление	3
Актуальность.....	4
Классификация заболеваний вульвы.	5
Патогенез.....	6
Склероатрофический лишай.....	7
Плоскоклеточная гиперплазия.....	9
Заключение.....	11
Список литературы	12

Актуальность.

Особую группу в структуре гинекологической патологии занимают неопухолевые поражения вульвы, именовавшиеся ранее хроническими дистрофическими заболеваниями (ДЗВ). Долгое время их относили к предраковым процессам, в настоящее время эти поражения считаются доброкачественными. Однако следует учитывать, что риск их малигнизации колеблется от 10 до 35%. Ранее подобные изменения классифицировали 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). В структуре общей гинекологической патологии дистрофические заболевания вульвы занимают от 0,6 до 9%. ДЗВ чаще всего встречаются в пременопаузе и постменопаузе. При этом все чаще в литературе появляются упоминания о пациентках, находящихся в препубертатном, пубертатном, репродуктивном возрасте. Такие симптомы, как болезненность, зуд, диспареуния, дизурия, могут привести пациенток к неврозам и депрессивным состояниям, вегетососудистым и неврологическим нарушениям.

Классификация заболеваний вульвы.

Классификация Международного общества по изучению болезней вульвы и влагалища (ISSVD) и Международного общества по гинекологической патологии (ISGP):

I. Доброкачественные поражения вульвы.

- Склеротический лишай.
- Плоскоклеточная гиперплазия (ранее известная как гиперпластическая дистрофия).
- Другие дерматозы.

II. Вульварная интраэпителиальная неоплазия (VIN).

1. Плоскоклеточная вульварная интраэпителиальная неоплазия.
 - VIN 1 – соответствует легкой дисплазии вульвы.
 - VIN 2 – умеренно выраженной дисплазии вульвы.
 - VIN 3 – тяжелой дисплазии и Ca in situ.
2. Неплоскоклеточная вульварная интраэпителиальная неоплазия.
 - Болезнь Педжета.
 - Меланома in situ.

III. Инвазивный рак.

Классификация Бохмана Я.В.:

I. Фоновые процессы.

- Склеротический лишай;
- Гиперпластическая дистрофия: а) без атипии;
б) с атипией;
- Смешанная дистрофия (сочетание гиперпластической дистрофии со склеротическим лишаем);
- Кондиломы;
- Невус;

II. Дисплазии:

- Слабая;
- Умеренная;
- Тяжелая.

III. Преинвазивная карцинома (Ca in situ):

- Развивается на фоне дистрофии, болезни Боуэна и эритроплакии Кейра.

IV. Микроинвазивный рак (инвазия до 5 мм).

V. Болезнь Педжета вульвы:

- преинвазивная форма;
- инвазивная форма.

VI. Инвазивный рак:

- Плоскоклеточный(ороговевающий или неороговевающий);
- Аденокарцинома;
- Базальноклеточный;
- Низкодифференцированный.

VII. Неэпителиальные злокачественные опухоли:

- Злокачественная меланома;
- Саркома.

Патогенез.

Несмотря на то, что фоновые и предраковые заболевания вульвы известны врачам гинекологам давно, этиология и патогенез дистрофических заболеваний вульвы изучены недостаточно полно. В настоящее время имеется несколько теорий, которые пытаются объяснить причины возникновения дистрофических заболеваний вульвы. Наиболее хорошо изучены и обоснованы гормональная, вирусно – инфекционная (роль ВПЧ и ВПГ) и нейроэндокринная теории. Orlandi C. Costa S. еще в 1989 году показали, что у 62 % больных раком вульвы имеется анамнестическая связь с вирусной патологией половых путей. В зарубежных исследованиях выявленная частота поражения вирусом папилломы человека 16,18 типа при VIN 3 и раке вульвы колеблется в зависимости от применяемой тест – системы от 50 до 70% случаев. У более молодых женщин инфекция обычно носит временный характер. Многочисленные исследования показали, что у женщин с наличием ДНК ВПЧ (даже при нормальной цитологии) в течение нескольких лет может развиваться интраэпителиальная карцинома, а у женщин с отсутствием ДНК ВПЧ неоплазия развивается лишь в 1–3% наблюдений. При морфологическом исследовании у ВПЧ – положительных пациенток чаще присутствовал койлоцитоз на фоне атипических клеток (94%). Однако временные рамки канцерогенного действия на фоне вирусного поражения на данный момент достоверно не определены. Поэтому роль ВПЧ в развитии рака вульвы в настоящее время рассматривается как одна из теорий. Кроме того, имеются научные сообщения о частом выявлении вируса простого герпеса (ВПГ) 2-го типа в злокачественных опухолях вульвы. Но роль ВПГ в процессах формирования неоплазии окончательно не определена. Антитела к вирусу простого герпеса 2 серотипа еще в исследованиях Бохмана Я.В. при раке вульвы выделялись в сыворотке крови больных в 80% случаев. Вирус простого герпеса обладает одинаково высоким тропизмом к эпителиальным и к нервным клеткам. Длительное вирусное изменение периферических ганглиев и разрушение вирусными частицами нервных стволов может привести к снижению кровоснабжения и трофики тканей, в частности нейроэндокринным изменениям вульвы.

Отечественная школа предложила нейроэндокринную теорию развития предрака и рака вульвы. Концепцию данной теории составляют изменения всех уровней нервной системы, особенно гипоталамических центров, что впоследствии может приводить к нарушениям трофики тканей вульвы. По мнению Штемберга М.И., важное значение в этиологии и патогенезе данного заболевания имеют изменения функции щитовидной железы и коры надпочечников, нарушение гормонального равновесия в сторону снижения эстрогенных гормонов. На фоне нарушений выброса гормонов гипофиза изменяется функция периферических нейроэндокринных желез, происходит снижение выработки эстрадиола и повышение выделения эстриола. Можно предположить, что данный гормональный дисбаланс в свою очередь приводит к функциональной недостаточности рецепторного аппарата вульвы.

К факторам риска развития неопухолевых заболеваний вульвы относят:

1. Постменопаузальный возраст.
2. Хроническую ВПЧ-инфекцию или ВПЧ-носительство более 10 лет, а также хронические воспалительные процессы внутренних половых органов.
3. Наличие дисплазии шейки матки (CIN).
4. Укороченный репродуктивный период (позднее менархе, ранняя менопауза).
5. Гипоэстрогению.
6. Диабет, ожирение.
7. Несоблюдение личной гигиены.

Склероатрофический лишай.

Склероатрофический лишай (склеротический лишай, крауроз) представляет собой выраженную дистрофию кожи и слизистых оболочек вульвы, на фоне которой могут возникнуть предраковые и раковые процессы. Частота заболевания составляет 1 на 300 – 1000 женщин. Встречается в препубертатном, пери- и постменопаузальном возрасте.

При краурозе вульвы возникает атрофия и гиперкератоз многослойного плоского эпителия, разрастание грубой соединительной ткани, приводящие к деформации и уменьшению наружных гениталий, нарушению их функции. В процессе развития крауроза вульвы выделяют три стадии.

На первой стадии крауроза вульвы отмечаются отек и покраснение половых органов, вызванные нарушением микроциркуляции и гипоксией тканей. Во второй стадии крауроза вульвы наблюдается нарушение пигментации, сухость, шероховатость, неэластичность кожи и слизистой, появление на них белесых тонких чешуек (лихенификации); уплощение малых и больших половых губ.

Третья стадия крауроза вульвы характеризуется полной атрофией и развитием рубцового склероза наружных гениталий. Ригидные склерозированные ткани вульвы сморщиваются, приводя к резкому уменьшению объема малых и больших половых губ, клитора, сужению влагалища, наружного отверстия уретры и анального отверстия. Крауроз вульвы в стадии склероза создает трудности и вызывает боль при половом акте, а иногда мочеиспускании и дефекации.

Возникновение глубоких, плохо заживающих трещин при краурозе вульвы легко может осложниться присоединением инфекции. В сочетании крауроза вульвы с лейкоплакией увеличивается опасность злокачественной трансформации.

Клиническая картина.

На начальном этапе крауроз вульвы проявляется парестезиями (ощущением легкого покалывания) в области наружных половых органов или симптомами вульводинии (жжением, чувством сухости, стягивания), что может не привлекать к себе должного внимания пациентки.

Ведущим симптомом крауроза является нестерпимый приступообразный зуд вульвы, обостряющийся в ночное время, после горячих ванн и физической нагрузки. Причиной зуда служат изменения в рецепторах вульвы, вызывающие нарушения в проведении нервных импульсов. Упорный зуд вульвы, продолжаясь в течение длительного времени, приводит к нарушению сна и работоспособности, истощению нервной системы с развитием психо - эмоциональных и сосудистых расстройств.

Пациенток с краурозом вульвы также беспокоит диспареуния – боли при половом акте, мешающие интимной жизни; иногда дизурия и нарушение дефекации. При краурозе вульвы отмечаются расчесы и ссадины, множественные трещины, субэпителиальные кровоизлияния, воспаления.

В начальном периоде крауроза вульвы большие и малые половые губы выглядят гиперемизированными и отечными. Затем кожа и слизистые покровы становятся сухими и шероховатыми, с белесо - серым оттенком, приобретают сморщенный вид, на них пропадают волосы. Постепенно клитор и малые половые губы перестают определяться, большие половые губы приобретают вид уплощенных валиков; резко уменьшается (иногда до полной облитерации) просвет влагалища, мочеиспускательного канала.

Диагностика крауроза вульвы включает физикальное, лабораторное и инструментальное обследование. Крауроз вульвы обнаруживается у пациентки обычно уже

при гинекологическом осмотре на кресле. Один из основных методов диагностики крауроза вульвы - вульвоскопия (кольпоскопия), позволяющая увидеть патологические изменения слизистой и кожи.

Крауроз вульвы в стадии полной атрофии и склероза не требует дифференциальной диагностики, но на ранних стадиях его необходимо отличать от нейродермита, красного плоского лишая, лейкоплакии, дисплазии, вульвита, вагинита, сахарного диабета, имеющих схожую генитальную симптоматику.

При краурозе вульвы рекомендуется лабораторное исследование на наличие ВПЧ методом ПЦР с типированием вируса, определение иммунограммы, сахара крови. Для обнаружения пораженных вирусом эпителиальных клеток и наличия атрофии или атипии необходимо цитологическое исследование мазков и отпечатков со слизистой вульвы.

Чтобы исключить возможную малигнизацию, при краурозе вульвы проводят биопсию тканей вульвы с гистологическим изучением материала. Патоморфологическая картина при краурозе вульвы характеризуется депигментацией, гиперкератозом эпителия, склерозом и атрофией дермы и соединительной ткани, полной или частичной потерей эластических волокон, гомогенизацией коллагена, воспалительными инфильтратами в тканях. При исследовании биоптата – эпидермис нормальный, сосочковый слой сглажен, поверхностные слои кожи отечны, наблюдается гиалинизация, в глубоких слоях кожи, как и при гиперпластической дистрофии, наблюдается хроническое воспаление. Отмечается отсутствие подкожной жировой клетчатки.

Лечение.

Целесообразно назначение антигистаминных средств (хлоропирамин, мебгидролин, клемастин), а также седативных препаратов (диазепам, хлорпромазин). Местное лечение крауроза вульвы включает гормональные мази, содержащие эстрогены (эстриол, эстрадиола дипропионат), прогестерон, андрогены, кортикостероиды.

Молодым пациенткам эстрогены не показаны, им во второй фазе менструального цикла рекомендуют крем с прогестероном; пациенткам пожилого возраста – назначают эстриол перорально или синестрол в/м, а затем гестагены – оксипрогестерона капронат в/м или норэтистерон перорально. Более выраженное противозудное действие при краурозе вульвы оказывают мази с андрогенами.

Достаточно широко в лечении крауроза вульвы применяют кортикостероидные мази с гидрокортизоном, преднизолоном, бетаметазоном, оказывающие сильное противовоспалительное, десенсибилизирующее и стабилизирующее действие. При присоединении микробной инфекции показаны антибактериальные мази.

В лечении крауроза вульвы используют локальную лазеротерапию, рефлексотерапию, бальнеопроцедуры, рентгенотерапию (лучи Букки), фотодинамическую терапию. Обязательны витаминотерапия (витамины А, Е, С, группы В, РР), прием иммунокорректоров, биостимуляторов. При неэффективности консервативной терапии крауроза вульвы применяют инвазивные методы лечения: денервацию вульвы, лазерную абляцию вульвы и криодеструкцию пораженных тканей, при подозрении на малигнизацию - поверхностное хирургическое иссечение кожи вульвы (вульвэктомия).

Плоскоклеточная гиперплазия.

Плоскоклеточная гиперплазия (лейкоплакия, гиперпластическая дистрофия) представляет собой неспецифическую гиперплазию эпителия, возникающую в эпидермисе и рассматривающуюся в качестве неадекватной пролиферативной реакции эпителия вульвы на широкий круг раздражающих факторов.

По степени выраженности гиперкератоза выделяют три формы лейкоплакии вульвы: плоскую (простую), гипертрофическую и бородавчатую. Плоская лейкоплакия вульвы характеризуется появлением на поверхности вульвы плоских гладких белесоватых пятен без видимых явлений воспаления, которые после снятия их тампоном появляются вновь. Плоская лейкоплакия может наблюдаться на ограниченных участках, а при генерализованном процессе – на обширной поверхности вульвы.

При гипертрофической лейкоплакии вульвы очаги поражения представлены сухими выпуклыми бляшками серовато-белого цвета, которые невозможно удалить со слизистой вульвы. Лейкоплакические бляшки иногда могут сливаться между собой. Бородавчатая лейкоплакия вульвы обусловлена значительным разрастанием и ороговением ограниченных очагов поражения, напоминающих бородавки; нередко осложняется образованием трещин, эрозий и развитием воспаления. Бородавчатая лейкоплакия вульвы считается предраковым состоянием.

Клиническая картина.

Лейкоплакия вульвы может протекать бессимптомно, не вызывая у пациентки неприятных ощущений. Проявления лейкоплакии вульвы чаще всего наблюдаются в области клитораи малых половых губ. При лейкоплакии вульвы на слизистой оболочке начинают появляться небольшие, иногда множественные белесые пятнышки. Вследствие дальнейшего ороговения поверхность очагов лейкоплакии приобретает серовато – белый и перламутровый оттенок, эпителиальные бляшки утолщаются и начинают слегка выступать над поверхностью слизистой. Медленно увеличиваясь в размерах, бляшки могут сливаться и распространяться на значительную поверхность вульвы. Очаги лейкоплакии вульвы очень стойкие, не исчезают при их обработке.

При склерозировании и инфицировании тканей вульвы возникает постоянный сильный зуд и жжение, которые усиливаются ночью, после мочеиспускания, при движении и половом акте; появляются парестезии (онемение, покалывание). Бородавчатая форма лейкоплакии вульвы с плотными ороговевшими разрастаниями осложняется появлением болезненных и плохо заживающих хронических трещин, эрозий и язв, к которым присоединяется микробная инфекция. Развитие воспаления при лейкоплакии вульвы сопровождается отеком и гиперемией. Болезненность во время полового акта мешает интимной жизни пациентки, приводит к развитию психоневрологической симптоматики.

Диагностика лейкоплакии вульвы основывается на жалобах пациентки, результатах гинекологического обследования, инструментального и лабораторного исследований.

При гинекологическом осмотре можно обнаружить характерные белесые очаги на слизистой. Обязательно выполняется кольпоскопия (вульвоскопия), которая при лейкоплакии вульвы выявляет беловато – серый или желтоватый цвет слизистой, малопрозрачную ороговевшую бугристую поверхность, отсутствие или невыраженность

сосудистого

рисунка. При проведении пробы Шиллера с

раствором Люголя очаги лейкоплакии вульвы не окрашиваются и становятся хорошо заметны невооруженным глазом. Также выполняется

микроскопическое исследование мазка на микрофлору и на онкоцитологические изменения слизистой вульвы.

С участков, подозрительных на наличие лейкоплакии вульвы, производится прицельная биопсия с последующим гистологическим исследованием материала, показывающим характер изменений в клетках и тканях слизистой. Микроскопически в дерме имеет место наличие хронического воспалительного клеточного инфильтрата, удлинение и уплощение эпидермальных сосочков, а также признаки акантоза и гиперкератоза; нередко отмечается паракератоз.

Лечение.

При лечении больных с лейкоплакией вульвы в первую очередь необходимо исключить раздражающие факторы, восстановить барьерную функцию эпидермиса, провести противовоспалительную терапию. При лейкоплакии вульвы противопоказаны горячие ванны и длительная инсоляция.

Назначается местное противовоспалительное и противозудное лечение с использованием мазей, кремов, вагинальных шариков с гормонами, антисептиками. В гормональной терапии применяют преднизолон, эстрогены в сочетании с андрогенами, эстроген - гестагенные препараты, неконъюгированные эстрогены и производные эстриола (циклически или в режиме контрацепции 2 – 3 месячными курсами). Возможен прием витаминов и микроэлементов, антигистаминных препаратов, при упорном зуде – проведение новокаиновых блокад.

Для восстановления барьерной функции эпидермиса применяют ванны. Рекомендуются нейтральные заменители мыла. После их тщательного смывания водой наносят мазь, удерживающую влагу, с включением лекарственного средства.

Современные физиопроцедуры (ультрафонофорез лекарственных средств, оксигенотерапия с модуляцией ритмов головного мозга) при лейкоплакии вульвы оказывают противовоспалительное, десенсибилизирующее действие, нормализуют обменные процессы, гормональный и психоэмоциональный фон, укрепляют иммунную систему. Коррекция психоэмоционального состояния с применением седативных средств и методик является важным элементом лечения лейкоплакии вульвы.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения лейкоплакии вульвы современная гинекология применяет хирургическое иссечение единичных очагов лейкокератоза скальпелем, радионожом, а также удаление их с помощью лазера и криодеструкции.

Заключение.

Хронические дистрофические заболевания вульвы – большая группа болезней, включающая несколько нозологических форм. Известны нейрогенная, эндокринная, инфекционная, наследственная, аутоиммунная теории патогенеза ДЗВ. Наиболее часто данная патология связана с выраженной гипоестрогией в менопаузальный период. При этом отмечен рост числа пациенток с ДЗВ позднего репродуктивного периода. ДЗВ следует рассматривать в качестве индикаторов риска развития рака вульвы. Ряд авторов отмечают увеличение количества ДЗВ, на фоне которых в 9 – 49% случаев возникает рак. Таким образом, эффективное лечение ДЗВ — путь к профилактике рака вульвы, составляющего 3 – 10% в структуре злокачественных образований женской половой сферы.

Список литературы

1. Гинекология: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И. Б. Манухина – 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР – Медиа. – 2017 г. – С. 524 – 533.
2. Гинекология. Учебник / под ред. Савельевой Г. М., Бреусенко В. Г. – 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР – Медиа.– 2020 г. – С. 207 – 210.
3. Добрынина М. Л., Смирнова Н. А. «Факторы риска развития дистрофических заболеваний вульвы». – Вестник Ивановской медицинской академии. – 2019 г. – №1. – С. 57 – 58.
4. Солопова А.Г., Целовальникова Е.В., Москвичёва В.С., Блбулян Т.А., Шкода А.С., Макацария А.Д. «Фоновые и предраковые процессы вульвы и влагалища: этиопатогенез, диагностика и лечение.». – Акушерство, гинекология и репродукция. – 2018 г. – 12 (4). – С. 52 – 61.
5. Бабаева Н. А., Ашрафян Л. А., Антонова И. Б., Алешикова О. И., Ивашина С. В., Баранов И. И. «Современный взгляд на этиологию и патогенез предраковых заболеванийи рака вульвы». – Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения.– 2019 г. – 7 (1). – С. 31 – 38.