

**ЗАБОЛЕВАНИЯ  
ВУЛЬВЫ И  
ВЛАГАЛИЩА**

Различают доброкачественные и злокачественные заболевания наружных женских половых органов:

- • воспалительные процессы (вульвовагинит, бартолинит, вагиноз);

---

- • ретенционные образования (кисты бартолиновой железы, гартнерова хода);
- • доброкачественные опухоли (фиброма, миома, аденома, сосудистые опухоли);
- • фоновые заболевания (лейкоплакия, эритроплакия);
- • предраковые состояния (дисплазия);
- • злокачественные опухоли (рак вульвы и влагалища, саркома).

# Доброкачественные заболевания вульвы и влагалища

---

Наиболее часто встречается киста бартолиновой железы, или большой железы преддверия влагалища, которая развивается при нарушении оттока секрета железы в результате стенозирования, зарастания, закупорки выводного протока. Это происходит при хронических воспалительных процессах, реже - в результате травматического повреждения (пересечение протока железы при эпизиотомии в родах). В просвете железы скапливается жидкое слизистое содержимое.

Кисты бартолиновой железы локализуются в толще большой половой губы, верхним полюсом достигая нижней трети влагалища, чаще бывают односторонними. При небольших кистах бартолиновой железы пациентки не испытывают какого-либо дискомфорта, кроме увеличения большой половой губы, при больших размерах образования могут появляться ощущение тяжести в области половых губ, неудобство при ходьбе. При двусторонних кистах отсутствует выделение слизи при половом акте.



- **Кисты бартолиновой железы** диагностируют при осмотре наружных половых органов. Эхография позволяет уточнить размеры кисты, наличие перегородок, характер содержимого (гипоэхогенное, с взвесью).
- Воспалительный генез кист большой железы преддверия влагалища требует обследования на урогенитальные инфекции перед оперативным лечением и проведения курса антибактериальной терапии в соответствии с выявленным возбудителем и его чувствительностью к антибиотикам.



- **Лечение** кист бартолиновой железы оперативное. Наиболее оправдана *марсуниализация* - создание нового выводного протока железы.



# *Фиброма вульвы*



развивается из соединительной ткани больших и малых половых губ. Миома вульвы встречается реже, чем фиброма, развивается из гладкой мускулатуры круглых маточных связок, выходящих из брюшной полости наружу через паховый канал в толщу больших половых губ.



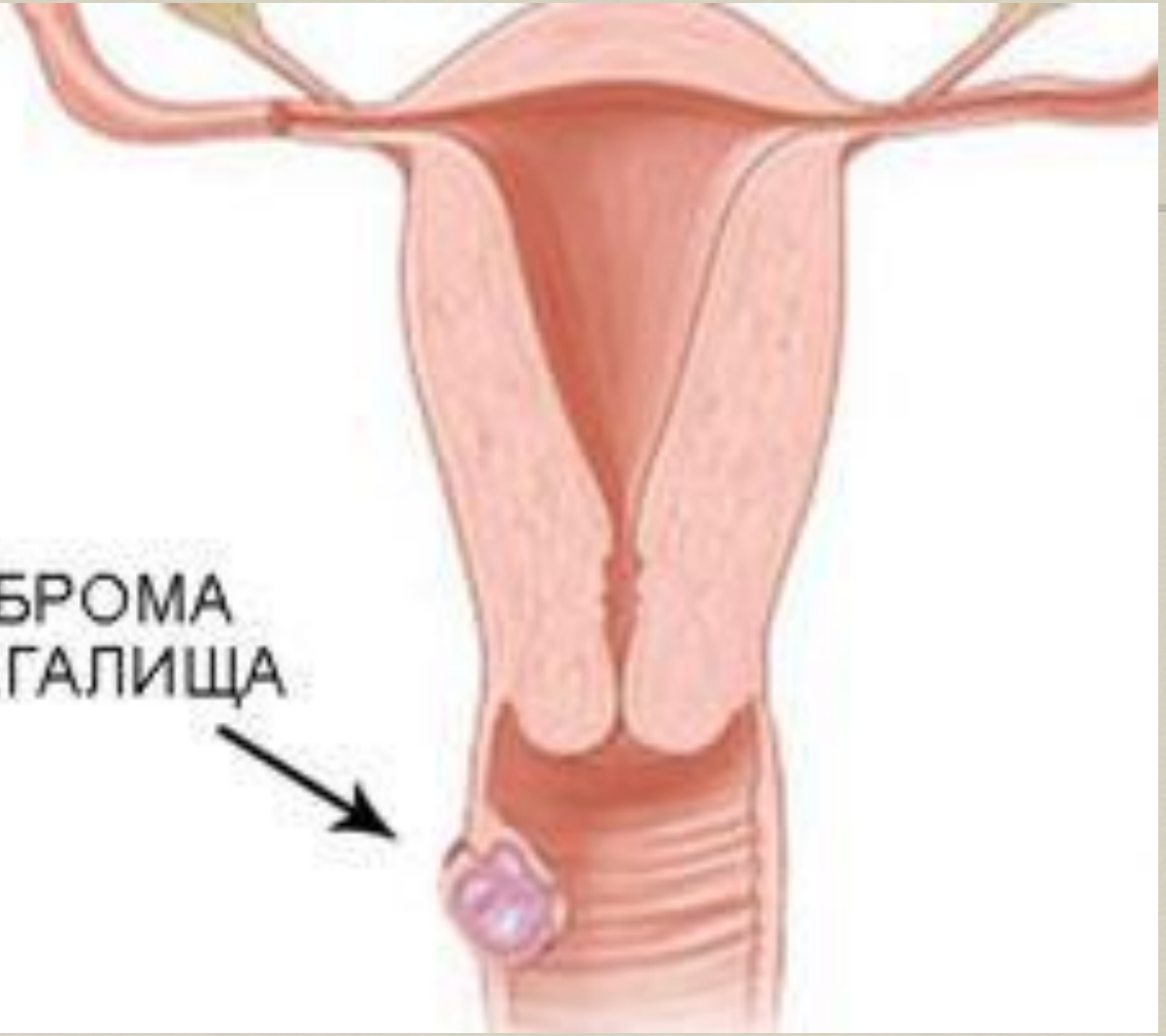
- Обычно эти опухоли небольших размеров, хотя могут достигать нескольких килограммов. По мере роста опухоль растягивает ткани половых губ и выпячивается наружу в виде округлого плотного бугра или обширного полиповидного разрастания. В опухоли могут наблюдаться нарушения кровообращения (отек, кровоизлияния и даже некроз). В таких случаях появляется болезненность в области наружных половых органов.
  
- При значительных размерах опухоли у пациенток возникает ощущение инородного тела в области вульвы, мешающего ходить, сидеть.

□ **Лечение** оперативное. Опухоль вылуцивают из окружающих ее тканей, ложе ушивают многорядными швами (во избежание оставления свободной полости, в которой может образоваться гематома). Прогноз благоприятный. Злокачественное перерождение не удаленных фибром и миом вульвы - большая редкость.

## *Фиброма (фиброматома) влагалища*

доброкачественная опухоль влагалища, в основе возникновения которой лежит пролиферация 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. Фиброму влагалища обнаруживают чаще всего при двуручном гинекологическом исследовании - определяется 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.

ФИБРОМА  
ВЛАГАЛИЩА








- Важным методом диагностики является УЗИ с применением трансвагинального датчика. При эхографии фиброма имеет четкие границы, солидное строение (в отличие от кист), среднюю или пониженную звукопроводимость, аналогичную миоматозным узлам матки.



- **Лечение.** При бессимптомной фиброме влагалища небольшого диаметра при отсутствии тенденции к росту можно воздержаться от вмешательства. Опухоль большого диаметра либо с теми или иными клиническими проявлениями удаляют оперативным путем - производят миомэктомию.

# Фоновые и предраковые процессы вульвы


---



- К фоновым заболеваниям вульвы относятся крауроз, лейкоплакия и остроконечные кондиломы (папилломы) вульвы.
- Крауроз и лейкоплакия - клинические понятия. Морфологически при них могут обнаруживаться дерматоз, гиперкератоз, дисплазия кожно-слизистых покровов.

- *Крауроз вульвы* - атрофия многослойного плоского эпителия (от греч. *craurus* - сухой, сморщенный).
- *Лейкоплакия вульвы* характеризуется пролиферацией (гиперплазией) плоского эпителия, нарушением его дифференцировки и созревания.
- При краурозе и лейкоплакии вульвы основная жалоба больных - на мучительный упорный зуд, усиливающийся в ночное время, при перегревании и физической нагрузке. Зуд нередко длится годами и приводит к нервно-психическим расстройствам, потере трудоспособности, иногда - к суицидальным мыслям.



- 
- 
- Клинически при лейкоплакии отмечают сухие бляшки белесоватого или желтоватого цвета, располагающиеся на ограниченных участках или распространяющиеся на всю вульву. Нередко видны расчесы в области вульвы, иногда присоединяется инфекция (в этом случае появляются резко выраженная гиперемия и отек).

□ *Диагностика и обследование* больных с краурозом и лейкоплакией вульвы начинаются с детального осмотра с вульвоскопией (используют кольпо-скоп). Всем больным показаны определение сахара в крови, цитологическое исследование отпечатков или поверхностных соскобов с язвенных участков. В сомнительных случаях или при результатах цитологического исследования, свидетельствующих об атипии клеток, необходима биопсия ткани с последующим гистологическим исследованием. Место биопсии определяется при вульвоскопии.

## □ Лечение.

---

- Лейкоплакия и крауроз вульвы относятся к трудноизлечимым заболеваниям. Одним из наиболее эффективных и перспективных методов лечения считается низкоинтенсивное лазерное излучение.
- При лейкоплакии вульвы применяют деструктивные методы лечения (крио-, электродеструкцию, лазерное воздействие).





# *Кондиломы вульвы*

- Папилломавирусная инфекция - ПВИ. Остроконечные кондиломы генитальной области представляют собой бородавчатые разрастания, покрытые многослойным плоским эпителием. ПВИ передается половым путем, проявляется зудом и болевыми ощущениями, встречается в молодом возрасте. Возможна малигнизация элементов.

- 
- **Диагностика** не представляет трудностей при осмотре. Целесообразно обследование партнеров на вирусное инфицирование.




При **лечении** кондилом вульвы используют местные (локальные) методы и системное воздействие, направленное на нормализацию иммунитета.

- Для местного лечения кондилом вульвы используют химические коагулянты (солкодерм), крио-, электро-, лазеротерапию, возможно хирургическое удаление (иссечение) кондилом.
- С целью лечения ПВИ применяют интерфероны и их индукторы (виферон-2, неовир и др.).

# Злокачественные опухоли вульвы и влагалища

---



- *Рак вульвы* (наружных половых органов) - самая редкая локализация злокачественных опухолей женских половых органов. Чаще оно встречается у женщин старше 60 лет.
- Первое место по частоте локализации занимает рак больших половых губ и клитора, второе - малых половых губ, третье - бартолиновых желез и мочеиспускательного канала.





- Выделяют экзофитную форму - когда раковая опухоль имеет вид узелка, возвышающегося над поверхностью, эндофитную - с образованием крате-рообразной язвы с плотными краями - и диффузную - плотный диффузный инфильтрат.
- Рак вульвы характеризуется выраженной злокачественностью вследствие обилия в данной области лимфатических узлов и особого строения лимфатической системы.

Различают 4 стадии распространения рака вульвы:

- - I стадия - опухоль диаметром до 2 см, ограничена вульвой;
- - II стадия - опухоль диаметром более 2 см, ограничена вульвой;
- - III стадия - опухоль любого размера, распространяющаяся на влагалище и (или) на нижнюю треть уретры и (или) на анус. Имеются метастазы в пахово-бедренные лимфатические узлы;
- - IV стадия - опухоль любой степени распространения с отдаленными метастазами.

По гистологическому строению рак вульвы может быть плоскоклеточным ороговевающим (90%), неороговевающим, базальноклеточным, адено-карциномой, меланобластомой.

# Клиническая симптоматика и диагностика

- При раке вульвы у больных могут быть жалобы на болезненную опухоль в области промежности, гнойные или кровянистые выделения, раздражение или зуд вульвы. При прорастании опухоли в подлежащие ткани (в далеко зашедших стадиях) присоединяются боли в крестце, затруднение мочеиспускания, кахексия.



□ Общепринятым и доступным методом диагностики рака вульвы является гинекологическое исследование, которое следует начинать с *осмотра наружных половых органов* (лучше через лупу). Опухоль может быть в виде бугристого разрастания, кровоточащего при прикосновении, в виде плотного узла, плоской язвы с неровным дном и валикообразными краями или разрастаний типа кондилом. Путем пальпации определяют консистенцию опухоли, ее отношение к подлежащим тканям, распространенность процесса.

□ *Осмотр с помощью зеркал* позволяет оценить состояние слизистой оболочки влагалища и шейки матки, ректовагинальное исследование - выяснить состояние параметральной клетчатки.

---

□ Большое значение для диагностики рака вульвы имеет *цитологическое исследование* мазков-отпечатков с поверхности изъязвлений и мазков, приготовленных из соскобов с подозрительных участков слизистой оболочки.

□ Для уточнения диагноза и определения морфологической структуры опухоли рекомендуется биопсия с последующим *гистологическим исследованием*. Для правильного выбора места биопсии применяют *кольпоскопию, вульвоскопию*.


---

□ При раке вульвы целесообразна *лимфография* с целью определения состояния наружных подвздошных лимфатических узлов. Для выявления состояния окружающих органов используют цистоскопию, экскреторную урографию, ректороманоскопию, рентгенографию грудной клетки.


# Лечение

- Выбор метода лечения зависит от стадии процесса, клинической формы, возраста и общего состояния больной. При I-III стадиях заболевания и общем хорошем состоянии больной применяют комбинированный метод лечения: расширенное удаление вульвы и паховых лимфатических узлов. Через 2-3 нед после операции назначают лучевую терапию (рентгеновскими лучами или радиоактивными изотопами). Лучевая терапия как самостоятельный метод лечения совместно с химиотерапией (циклофос-фамид, блеомицин, оливомицин) используется у больных с I-III стадиями при противопоказаниях к хирургическому лечению, а также у больных с IV стадией заболевания.



- 
- 
- **Прогноз** при раке вульвы зависит от того, насколько своевременно было начато лечение и насколько правильно оно проводилось.
  
  - **Профилактика** основывается на своевременном выявлении и адекватном лечении фоновых и предраковых процессов вульвы.

# *Рак влагалища*

- 
- 
- Может быть первичным и метастатическим (вторичным). Среди всех злокачественных заболеваний половых органов у женщин первичный рак влагалища составляет 1-2%, может встречаться в любом возрасте, но преимущественно развивается в 50-60 лет.



- В большинстве случаев рак влагалища является метастатическим, это следствие перехода злокачественного процесса с шейки и тела матки на стенки влагалища. Первичный рак влагалища чаще поражает его заднюю стенку, особенно в заднем своде, затем боковые стенки и реже всего - переднюю. Метастатический рак поражает влагалище в области сводов и нижней трети.
- Различают экзофитную форму роста, когда опухоль представлена выступающими над стенками влагалища папиллярными разрастаниями, напоминающими цветную капусту, и эндофитную форму, когда опухолевый процесс с самого начала прорастает в подлежащие ткани, инфильтрируя их.



□ По гистологическому строению рак влагалища почти всегда является плоскоклеточным со склонностью к ороговению и очень редко - аденокарциномой (если рак влагалища возникает из остатков гартнеровских ходов во влагалище).

---

□ К группе риска в отношении развития рака влагалища относят женщин в возрасте 50-60 лет, с хроническими раздражениями вследствие ношения пессариев, с выпадением матки и влагалища, инфицированных ВПГ 2, ПВИ, а также при раке шейки матки и облучении в анамнезе.

## Классификация рака влагалища:

- - 0 стадия - преинвазивная карцинома (синонимы: *Ca in situ*, вну-триэпителиальный рак);
- - I стадия - опухоль диаметром до 2 см, прорастает не глубже под-слизистого слоя, регионарные метастазы не определяются;
- - II стадия - опухоль диаметром более 2 см с той же глубиной инвазии или опухоль тех же или меньших размеров с паравагинальным инфильтратом, не распространяющаяся до стенок таза, регионарные метастазы не определяются;
- - III стадия - опухоль любого размера с паравагинальным инфильтратом, распространяющаяся до стенок таза, с подвижными регионарными метастазами;
- - IV стадия - опухоль любого размера, прорастает в соседние органы (слизистую оболочку уретры, мочевого пузыря, прямой кишки) и ткани (промежность, кости таза) с фиксированными регионарными метастазами или отдаленными метастазами.

# Клиническая симптоматика и диагностика.

- На ранних стадиях рак влагалища протекает бессимптомно. В последующем появляются бели, спонтанные или контактные сукровичные выделения из половых путей. По мере роста и распада опухоли присоединяются боли в лобке, крестце и паховых областях, нарушаются функции смежных органов (появляются учащенное мочеиспускание, затруднение дефекации), позднее развивается белый или синий отек нижних конечностей.

- Диагностика рака влагалища в клинически явных случаях не вызывает затруднений. Во время *осмотра* влагалища при подозрении на рак целесообразно использовать ложкообразные зеркала, позволяющие тщательно осмотреть стенки влагалища.
- 
- При осмотре можно обнаружить плотное бугристое образование с инфильтрацией окружающих тканей, имеющее форму узла, или кровоточащую язву с плотными неровными краями и твердым дном.



- Цитологическое исследование отделяемого из опухолевого узла или язвы, биопсия с последующим гистологическим исследованием кусочка ткани играют решающую роль в установлении диагноза, особенно при дисплазии и преинвазивном раке. Их можно заподозрить при *кольпоскопии*. Для уточнения распространенности процесса и состояния окружающих органов применяют цистоскопию, экскреторную урографию, радионуклидную ре-нографию, ректороманоскопию, радионуклидную лимфографию, рентгенографию грудной клетки.
  
- Для исключения метастатической опухоли проводят УЗИ органов малого таза, отдельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки шейки матки и стенок полости матки, обследование молочных желез, по показаниям гистероскопию

## □ Лечение.

- Выбор метода лечения рака влагалища зависит от стадии, распространения, локализации поражения влагалища, вовлечения в процесс окружающих органов и общего состояния больной.
- 
- При лечении рака *in situ* применяют криодеструкцию, терапию углекислотным лазером, хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей слизистой оболочки влагалища, 5% 5-фторурациловую мазь ежедневно в течение 10-14 дней, эндовагинальную гамма-терапию.
  - Лучевая терапия остается основным методом лечения рака влагалища. Программа лучевого лечения для каждой больной составляется индивидуально.

---



## Прогноз.

- 5-летняя выживаемость больных раком влагалища, лечившихся лучевым методом, составляет 34,8%.