**Опухоли наружных половых органов**

В области наружных половых органов могут возникать онкозаболевания, исходящие практически из всех клеточных элементов, находящихся в этой области.

Доброкачественные опухоли наружных половых органов

К доброкачественным опухолям относятся:

• Фиброма (фибромиома)

• Липома

• Миксома

• Гемангиома

• Лимфангиома

• Папиллома

• Гидроаденома

***Фиброма*** – соединительнотканного характера.

Располагается на широком основании или ножке, не спаяна с окружающими тканями. Состоит из клеток зрелой волокнистой ткани и пучков коллагеновых волокон. В зависимости от расположения коллагеновых волокон и степени гиалинизации опухоль может иметь различную консистенцию.

**Локализуется** фиброма чаще в толще одной из больших половых губ, реже в области преддверия влагалища. **Характеризуется** медленным ростом.

***Миома*** состоит из мышечных волокон.

Различают:

• Лейкомиому – состоит из гладких мышечных волокон

• Рабдомиому – состоит из поперечно – полосатых мышечных волокон

**Локализуется** чаще в толще большой половой губы, имеет плотноэластическую консистенцию, подвижная, не связанная с окружающими тканями.

***Фибромиома*** – имеет в себе элементы фибромиомы и миомы.

Это доброкачественная опухоль из мышечных волокон круглой связки, заканчивающейся в больших половых губах.

***Липома*** развивается из жировой ткани, иногда с компонентом соединительнотканных элементов ***(фибролипома).***

**Локализуется** в области лобка или больших половых губ. Имеет мягкую консистенцию, округлую форму, она окружена капсулой, относительно подвижная, не спаяна с кожей.

**Диагноз.** Распознавание доброкачественных опухолей вульвы не представляет трудностей. Узлы опухоли располагаются на широком" основании или на ножке, могут достигать значительных размеров и доступны непосредственному осмотру. При нарушении кровообращения развиваются отек, кровоизлияние, некроз, присоединяется вторичная инфекция.

**Лечение хирургическое** — удаление опухоли.

Прогноз благоприятный.

***Миксома*** формируется из остатков мезенхимы.

Находится в подкожной основе лобка и больших половых губ. Чаще бывает у женщин пожилого возраста.

***Гемангиома*** развивается из сосудов кожи и слизистых оболочек наружных половых органов.

Различают:

• Капиллярную

• Кавернозную

Чаще находится в области больших половых губ в виде узла, синюшного или красного пятна, несколько возвышающегося над уровнем слизистой оболочки или кожи. Опухоль сравнительно быстро растет и может достигать больших размеров, распространяясь на влагалище и шейку матки.

***Лимфангиома*** – опухоль из лимфатических сосудов кожи, имеет полости различной величины и формы, содержащие белковую жидкость.

Стенки полостей образованы соединительной тканью с эпителиальной выстилкой. Опухоль состоит из мелкобугристых сочных узелков, часто сливающихся между собой и образующих с синеватым оттенком припухлость мягкой консистенции, в которой могут быть плотные включения.

***Папиллома*** состоит из покровного эпителия больших половых губ, имеет фиброэпителиальную структуру, иногда с выраженным акантозом.

Это одиночная или множественная опухоль на тонкой ножке или широком основании, имеющая вид сосочкового разрастания с экзофитным ростом. По цвету может быть белесоватой или темно – коричневой. Папиллома иногда озлокачествляется.

***Гидроаденома*** исходит из элементов потовых желез, локализующихся в области лобка и больших половых губ.

Имеет вид множественных симметричных высыпаний в виде плоских узелков различной величины округлой или овальной формы желтого, розового или коричневого цвета.

**Микроскопически** имеют вид кист, выстланных уплощенным эпителием, содержащим коллоидную массу.

**Лечение** больных с доброкачественными заболеваниями наружных половых органов оперативное. Если опухоль располагается на ножке, последнюю пережимают и пересекают у основания.

**При локализации** новообразования в толще наружных половых органов производят разрез над опухолью и вылущивают ее. Могут быть использованы методы электрокоагуляции, криохирургии и лучевой терапии.

**Предраковые заболевания наружных половых органов**

К ним относятся:

• Лейкоплакия

•Крауроз

• Болезнь Боуэна

• Болезнь Педжета

***Лейкоплакия*** – характерна для нее пролиферация многослойного плоского эпителия и нарушение его дифференцировки и созревания – пара - и гиперкератоз, акантоз без выраженного клеточного и ядерного полиморфизма, нарушения базальной мембраны. В подлежащей базальной мембране отмечается круглоклеточная инфильтрация.

**Макроскопически** лейкоплакия проявляется в виде сухих бляшек белесоватого или желтого цвета с перламутровым блеском, слегка возвышающихся над слизистой оболочкой.

**Располагается** опухоль на ограниченном участке. Чаще в области малых половых губ и вокруг клитора. Прогрессируя, новообразование утолщается и изъязвляется.

**Кольпоскапическая картина** при лейкоплакии следующая: ороговевшая поверхность малопрозрачная, выглядит как простое «белое пятно» или как белая бугристая поверхность, лишенная сосудов, проба Шиллера отрицательная.

***Крауроз*** – при нем отмечают атрофию сосочкового и сетчатого слоев кожи, гибель эластических волокон и гиалинизация соединительной ткани. Сначала гипертрофируется эпидермис (с явлениями акантоза и воспалительной инфильтрации подлежащей соединительной ткани), затем атрофируется кожа половых губ.

**При кольпоскопии** обнаруживают выраженные телеангиэктазии. Кожа и слизистая оболочка наружных половых органов атрофичны, хрупкие, легкоранимы, депигментированы, вход во влагалище сужен. Проба Шиллера отрицательна либо слабоположительная.

Производится прицельная биопсия, цитологическое исследование соскоба с пораженной поверхности, взятие мазков – отпечатков.

**Лейкоплакия и крауроз** сопровождаются зудом и жжением, что приводит к травмированию кожи, вторичному инфицированию и развитию вульвита.

В 20% случаев возможно развитие рака наружных половых органов.

**Лечение** заключается в назначении комплекса средств:

1. Десенбилизирующая и седативная терапия
2. Соблюдение режима труда и отдыха
3. Гимнастические упражнения
4. Исключение пряностей и спиртных напитков

Для снятия зуда местно применяют 10% анестезиновую и 2% димедроловую мази, 2% резорциновые примочки, новокаиновые блокады срамного нерва, или хирургическая денервация.

При успешной консервативной терапии показаны вульвэктомия или лучевая терапия.

***Болезнь Боуэна*** протекает с явлениями гиперкератоза и акантоза.

Клинически определяются плоские или возвышающиеся пятна с четкими краями и инфильтрацией подлежащих тканей.

***Болезнь Педжета*** - в эпидермисе появляются своеобразные крупные светлые клетки. Клинически определяют единичные ярко – красные резко ограниченные экземоподобные пятна с зернистой поверхностью. Вокруг пятен кожа инфильтрирована.

На фоне болезни Боуэна и Педжета зачастую развивается инвазивный рак.

**Лечение** – хирургическое (вульвэктомия).

***Кондиломы вульвы***. Остроконечные кондиломы генитальной области представляют собой бородавчатые разрастания, покрытые многослойным плоским эпителием. Передается половым путем, проявляется зудом и болевыми ощущениями, встречается в молодом возрасте. Диагностируется при осмотре.

Лечение местное (локальное) и системное воздействие.

***Дисплазия (атипическая гиперплазия) вульвы*** – атипии многослойного эпителия вульвы без распространения выделяют локальную и диффузную формы, в зависимости от выделяют атипии клеток эпителия выделяют слабую, умеренную и тяжелую степени дисплазии.

**Злокачественные опухоли наружных половых органов**

***Рак наружных половых органов*** – в структуре опухолевых заболеваний женских половых органов занимает четвертое место после рака шейки матки, тела матки и яичников, составляя 3-8%. Чаще встречается у женщин в возрасте 60-70 лет, сочетается с сахарным диабетом, ожирением и другими эндокринными заболеваниями.

**Этиология и патогенез** рака вульвы изучены недостаточно. Причиной развития диспластических изменений покровного эпителия вульвы считается локальная вирусная инфекция. 50 % случаев появлению рака вульвы предшествуют предраковые заболевания (атрофический вульвит, лейкоплакия, крауроз).

В 60% случаев опухоль локализуется в области больших и малых половых губ и промежности, в 30% - клитора, мочеиспускательного канала и протоках больших желез преддверия; может быть симметричной. Преимущественно бывают плоскоклеточные ороговевающие или неороговевающие формы, реже – низкодифференцированные или железистые. Различают экзофитную, узловатую, язвенную и инфильтративную формы опухоли.

Опухоль распространяется по протяжению, нередко затушевывая место его первичной локализации и вовлекая в процесс нижнюю треть влагалища, клетчатку ишеоректальной и обтураторных зон. Наиболее агрессивным течением отличаются опухоли, локализованные и области клитора, что обусловлено обильным кровоснабжением и особенностями лимфооттока.

К **первому этапу** лимфогенного метастазирования рака вульвы относят узлы пахово-бедренной группы (поверхностные и глубокие), **ко второму** – подходу подвздошные, преимущественно наружные подвздошные и запирательные группы лимфоузлов и к третьему этапу - по ходу подвздошной артерии и аорты. Частота метастатического поражения увеличивается со снижением степени дифференцировки опухоли. При глубине инвазии до 1мм метастазы в паховые лимфатические узлы практически не выявляются, при глубине до 5мм – обнаруживаются у 10-12% больных.

Наибольшую сложность для распознавания и классификации представляю пре- и микроинвазивная карцинома и первично-множественные опухоли

**Важными компонентами обследования**, наряду с визуальным осмотром, является тщательная пальпация с целью оценки степени и глубины инвазии, выявление пораженных лимфоузлов паховой области.

В плане **уточняющей диагностики** используют цитологическое исследование мазков с краев язвы, пунктатов опухолевидных образований или выполняют инцизиционную биопсию. Ультрасонография, прямая или непрямая лимфография позволяет оценить состояние глубоких лимфатических узлов. Заслуживают внимания исследование антигена плоскоклеточного рака и карциноэмбрионального антигена как маркеров рака вульвы.

**Общими принципами тактики ведения больных раком вульвы являются:**

* Хирургическое лечение - при I стадии заболевания
* Комбинированное (хирургическое и лучевое) – при II – III стадиях
* Индивидуальный подход (сочетание лучевых, химиотерапевтических и хирургических методик) – при IV стадии и рецидивах

При невозможности оперативного лечения используется в основном сочетанная лучевая терапия и/ или химиотерапия.

У больных пре -, микроинвазивных и локализованных формах инвазивного рака вульвы I стадии для подавляющего большинства больных адекватным объемом хирургического вмешательства является простая вульвэктомия. В случаях сочетания неблагоприятных факторов прогноза, характеризующих первичную опухоль, таких как глубина инвазии, эндофитная опухоль размером больше 2 см, поражение клитора, оправдано расширение объема хирургического вмешательства и при локализованных формах.

При II стадии результаты лучше при радикальной вульвэктомии (с удалением больших и малых половых губ, клитора, нижнего края слизистой влагалища, жировой клетчатки в области лобка) с двусторонней пахово – бедренной лимфаденэктомией.

При метастатическом поражении подвздошных и обтураторных лимфатических узлов, частота которого возрастает при локализации или переходе опухоли на клитор, анальное кольцо, ректо – вагинальную перегородку, проксимальную часть уретры, выполняется тазовая лимфодиссекция. Результаты комбинированного лечения больных III стадией заболевания в среднем на 15- 20 % переходят таковые при проведении только лучевой терапии.

Чрезвычайно трудной клинической задачей остается лечение больных раком вульвы IV стадии, когда необходимо индивидуальное сочетание лучевого, хирургического и, возможно, лекарственного методов лечения.

Прогноз при раке наружных половых органов не совсем благоприятный в связи с выраженным злокачественным течением и ранним метастазированием. Частота местных рецидивов после радикального лечения колеблется от 2,5% при опухолях, половых губ до 4,5% при поражениях клитора. Наиболее злокачественное течение отмечается при опухолях, локализованных в области клитора и переходящих на соседние структуры: 5 – летняя выживаемость при таком распространении опухоли составляет по данным 50 – 55 %, в то время как при локализации опухоли на малых половых губах – 80 %. К тому же заболевание наблюдается чаще у женщин пожилого возраста, когда применение всего комплекса лечебных воздействий невозможно из – за сопутствующих нарушений.

**Наиболее эффективно комбинированное лечение**.

**предраковая злокачественная опухоль половые органы**

При его использовании пятилетняя выживаемость больных составляет 57 – 60 %, в то время как после лучевой терапии – 28 – 30 %.

Саркома наружных половых органов составляет 0,2 % случаев сарком всех локализаций. Одной из разновидностей является меланосаркома (пигментная саркома). Она развивается на фоне пигментных пятен или из базального слоя эпителия, содержащего пигмент. Одним из провоцирующих моментов к ее развитию является травма.

Метастазирует гематогенным путем, как в близлежащие, так и отдаленные органы (печень, легкие, почки, кости и т. д.).

**При саркоме** рекомендуют тотальную вульвэктомию с лимфаденэктомией и последующим облучением. При невозможности хирургического вмешательства ограничиваются облучением. Прогноз неблагоприятный.

**Доброкачественные опухоли вульвы и влагалища**

Наиболее практическое значение имеют фибромы и миомы вульвы и влагалища.

***Фиброма вульвы*** развивается из соединительной ткани больших и малых половых губ. Миома вульвы встречается реже фибромы, 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.

**Диагностика** фибромы и миомы вульвы не представляет трудностей.

**Лечение оперативное**. Опухоль вылущивают из окружающих ее тканей, ложе ушивают многорядными швами (во избежание оставления свободной полости, в которой может образоваться гематома).

**Прогноз благоприятный**. Злокачественное перерождение неудаленных фибром и миом вульвы является большой редкостью.

***Фиброма (фибромиома) влагалища*** – доброкачественная опухоль влагалища, в основе возникновения которой лежит пролиферация гладкомышечной и соединительной ткани.

Симптомы появляются только при значительном увеличении опухоли или опухолевидного образования, когда они препятствуют половой жизни или нагнаиваются. Клинически могут проявляться тянущими болями во влагалище или контактными болями. Иногда большие опухоли могут быть причиной нарушения функции мочевого пузыря или прямой кишки.

Фиброму влагалища обнаруживают чаще при двуручном гинекологическом исследовании – имеет вид одиночного узла, располагающегося на широком основании или на ножке под слизистой оболочкой влагалища. Плотная на ощупь, подвижная, безболезненна. Иногда обнаруживают множественные узелки фибром. Слизистая оболочка над образованием не изменена, при осмотре в зеркалах фиброму влагалища небольших размеров можно увидеть не всегда.

**Важным методом диагностики** является УЗИ транвагинальным датчиком. При эхографии фиброма имеет четкие границы, солидное строение, среднюю или пониженную звукопроводимость, аналогичную миоматозным узлам матки.

**Лечение.** При бессимптомной фиброме влагалища небольшого диаметра, которая не имеет тенденции к росту, можно воздержаться от вмешательства. Опухоль большого диаметра либо имеющую те или иные клинические проявления удаляют оперативным путем – производят миомэктомию.

**Злокачественные опухоли вульвы и влагалища**

**Рак вульвы (**наружных половых органов) является самой редкой локализацией злокачественных опухолей женских половых органов. Частота заболевания составляет 2,2 – 8 %, оно чаще встречается у женщин старше 60 лет. Хотя рак наружных половых органов можно заметить визуально, большинство больных поступают в стационар с поздними стадиями болезни.

Первое место по локализации рака занимают большие половые губы и клитор.

Второе – малые половые губы.

Третье – бартолиновы железы и мочеиспускательный канал.

**Выделяют:**

* экзофитную форму, когда раковая опухоль имеет вид узелка, возвышающегося над поверхностью;
* эндофитную – с образованием кратерообразной язвы с плотными краями;
* диффузную форму – плотный диффузный инфильтрат

Рак вульвы имеет выраженную злокачественность ввиду богатства данной области лимфатическими узлами и особого строения лимфатической системы.

**Различают 4 стадии распространения рака вульвы:**

1. стадия – опухоль до 2 см в диаметре, ограничена вульвой
2. стадия – опухоль более 2 см в диаметре, ограничена вульвой
3. стадия – опухоль любого размера, распространяющаяся на влагалище и/ или на нижнюю треть уретры и/ или на анус. Имеются метастазы в пахово – бедренные лимфатические узлы
4. стадия опухоль любой степени распространения с отдаленными метастазами

По гистологическому строению рак вульвы может быть:

* плоскоклеточным ороговевающим (90 %),
* неороговевающим,
* базальноклеточным,
* аденокарциномой,
* меланобластомой.

Клиника и диагностика рака вульвы. *Больные могут предъявить жалобы на:*

* болезненную опухоль в области промежности
* гнойные или кровянистые выделения
* раздражение или зуд вульвы

 при прорастании опухоли в подлежащие ткани 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 в виде кандилом. Путем пальпации определяют консистенцию опухоли, ее отношение к подлежащим тканям, распространенность процесса.

**Осмотр при помощи зеркал** позволяет оценить состояние слизистой оболочки влагалища и шейки матки, ректовагинальное исследование – выяснить состояние параметральной клетчатки.

Большое значение в 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 и 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 недели после операции назначают лучевую терапию. Лучевая терапия как самостоятельный метод лечения совместно с химиотерапией используется у больных с I – III стадиями при противопоказаниях к хирургическому лечению, а так же 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 предраковые процессов вульвы.

Рак влагалища может быть первичным и метастатическим. Среди всех злокачественных заболеваний половых органов женщин первичный рак составляет 1 – 2 %, может встречаться в любом возрасте, но преимущественно в 50 – 60 лет.

В большинстве случаев рак влагалища является метастатическим, это следствие перехода злокачественного процесса с шейки и тела матка на стенки влагалища. Первичный рак влагалища чаще поражает его заднюю стенку, особенно в заднем своде, затем боковые и реже всего переднюю стенку. 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 с наклонностью к ороговению и очень редко аденокарциномой.

Классификация рака влагалища:

0 стадия – преинвазивная карцинома

I стадия – опухоль диаметром до 2 см, прорастает не глубже подслизистого слоя, регионарные метастазы не определяются

II стадия – опухоль более 2 см в диаметре с той же глубиной инвазии или опухоль тех же или меньших размеров с паравагинальным инфильтратом, не распространяющихся до стенок таза, регионарные метастазы не определяются

III стадия – опухоль любого размера с паравагинальным инфильтратом, распространяющихся да стенок таза, с подвижными регионарными метастазами

IV – опухоль любого размера, прорастает соседние органы и ткани с фиксированными регионарными метастазами или отдаленными метастазами

**Клиника и диагностика рака влагалища.**

На ранних стадиях заболевания рак остается бессимптомным. В последующим появляются бели, спонтанные или контактные сукровичные выделения из половых путей. По мере роста и распада опухоли присоединяются боли в лобке, крестце и паховых областях, нарушается функции смежных органов, позднее развивается белый или синий отек нижних конечностей.

**Диагностика** рак влагалища в клинически явных случаях не вызывает затруднений. Во время осмотра влагалища при подозрении 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 прикольпоскопии.

Для уточнения распространенности процесса и состояния окружающих органов применяют цитоскопию, экскреторную урографию. Радионуклеоидную ренографию, рекроманоскопию, Радионуклеоидную лимфографию, рентгенографию грудной клетки.

**Для исключения метастатической опухоли** проводят УЗИ органов малого таза, раздельное 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.

Применяют криострукцию, 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**. Пятилетняя выживаемость больных раком влагалища, лечившихся лучевым методом, составляет 34,8%

Размещено на /