

Клініко-діагностичні можливості своєчасного виявлення вульварних інтраепітеліальних неоплазій на сучасному етапі (огляд)

Т.Є. Ткачук

Волинський обласний онкологічний диспансер, м. Луцьк

Візуальна локалізація надає всі можливості для своєчасної діагностики, але стан виявлення передпухлинних та злоякісних захворювань жіночих зовнішніх статевих органів залишається незадовільним. Проведено аналітичний огляд вітчизняної та зарубіжної літератури стосовно класифікації та методів виявлення вульварних інтраепітеліальних неоплазій на сучасному етапі. Наведені дані послідовності та діагностичної достовірності методів обстеження. Доведена доцільність застосування апробованої скринінг-програми для своєчасного виявлення передпухлинної патології вульви.

Ключові слова: вульва, діагностика, дисплазія вульви, класифікація, вульварна інтраепітеліальна неоплазія.

Стан діагностики передпухлинних та злоякісних захворювань жіночих зовнішніх статевих органів залишається незадовільним. Візуальна локалізація надає всі можливості своєчасної діагностики, але надзвичайно рідко на диспансерному обліку в лікувально-профілактичних закладах перебувають пацієнтки з дисплазіями вульви, в той самий час злоякісні пухлини цієї локалізації у 75–80% виявляються у закладних III–IV стадіях, коли провести радикальне лікування важко, а в разі численної супутньої патології іноді неможливо. Отже, своєчасна діагностика – виявлення хвороби на етапі перебігу фонові та передпухлинної патології вважається найбільш ефективним засобом попередження розвитку злоякісних пухлин вульви.

Вульварні інтраепітеліальні неоплазії (VIN I, VIN II, VIN III) – передракове захворювання вульви – етап канцерогенезу від фонових захворювань (доброякісні епітеліальні захворювання шкіри та слизової оболонки вульви) до передмікро- а за відсутності адекватного лікування, інвазивного раку жіночих зовнішніх статевих органів. За останні п'ятдесят років кількість діагностованого внутрішньоепітеліального раку вульви (VIN), особливо у молодих жінок віком 40–50 років удвічі збільшилася [20–22, 24]. VIN не мають специфічної клінічної картини, маскуються доброякісними захворюваннями вульви, що утруднює своєчасну діагностику, а відсутність стандартизованої класифікації веде до того, що одну й ту саму патологію називають по-різному не тільки в різних країнах, не тільки у різних лікувальних закладах, але й у різних кабінетах одного лікувального закладу.

Протягом останнього століття до впровадження пропонували численні класифікації захворювань вульви, які на даний час так і неуніфіковані, що значно ускладнює порівняння як діагностованої, так і пролікованої патології вульви.

Особливу групу в структурі гінекологічної патології посідають непухлинні захворювання вульви, які раніше називали хронічними дистрофічними захворюваннями. Тривалий час їх відносили до передракових процесів, на даний час ці захворювання вважають доброякісними, проте ризик їхньої малигнізації становить від 10% до 35%. Раніше подібні

зміни називали «крауроз» і «лейкоплакія», згодом їх виділили в групу «вульварна дистрофія», нозологічними формами якої є склеротичний лишай (lichen sclerosus) і плоскоклітинна гіперплазія (squamous cell hyperplasia) [19].

Тривалий час застосовували клініко-морфологічну класифікацію захворювань вульви, запропоновану Я.В. Бохманом (1989) [5]:

- I. Фонові процеси:
 - склеротичний лишай;
 - гіперпластична дистрофія:
 - а) без атипії;
 - б) з атипією;
 - змішана дистрофія (поєднання гіперпластичної дистрофії зі склеротичним лишаєм);
 - конділоми;
 - неус.
 - II. Дисплазії:
 - слабка;
 - помірна;
 - тяжка.
 - III. Передінвазивна карцинома (Ca in situ):
 - розвивається на фоні дистрофії, хвороби Боуена, еритроплакії Кейра.
 - IV. Мікроінвазивний рак (інвазія до 5 мм).
 - V. Хвороба Педжета вульви:
 - передінвазивна форма;
 - інвазивна форма.
 - VI. Інвазивний рак:
 - плоскоклітинний (зроговілий або незроговілий);
 - аденокарцинома;
 - базальноклітинний;
 - низькодиференційований.
 - VII. Неепітеліальні злоякісні пухлини:
 - злоякісна меланома;
 - саркома.
- У 1989 р. Комітет по термінологіям ISSVD при ВООЗ прийняв наступну класифікацію патології вульви:
- I. Доброякісні епітеліальні захворювання шкіри та слизової оболонки:
 - склеротичний лишай (раніше атрофічна дистрофія без атипії);
 - плоскоклітинна гіперплазія – інакше не визначена (раніше гіперпластична дистрофія без атипії);
 - інші дерматози.
 - II. Змішані доброякісні та злоякісні епітеліальні захворювання:
 1. Плоскоклітинна інтраепітеліальна неоплазія (раніше – дистрофія з атипією):
 - VIN I (слабка дисплазія);
 - VIN II (помірна дисплазія);
 - VIN III (тяжка дисплазія або мікроінвазивна карцинома).
 2. Неплоскоклітинна інтраепітеліальна неоплазія.

Порівняння систем класифікації VIN

ISSVD, 1986	ISSVD, 2004
VIN I	Плоска кондилома або наслідки впливу ВПЛ
VIN II, III	VIN, звичайний тип VIN, бородавчастий тип VIN, базалоїдний тип VIN, змішана (бородавчастий / базалоїдний тип)
Високодиференційована VIN	VIN, високодиференційований тип

3. Хвороба Педжета.

III. Неінвазивна меланома.

IV. Інвазивні пухлини.

Завдяки співробітництву Міжнародного товариства з вивчення хвороб вульви і вагіни (ISSVD) та Міжнародного товариства з гінекологічної патології (ISGP) у 1993 році була розроблена, рекомендована до використання та в даний час широко застосовується практичними лікарями та науковцями нова класифікація патології вульви, яка ґрунтується на патоморфологічних змінах тканин зовнішніх жіночих статевих органів:

I. Доброякісні ураження вульви:

– склеротичний лишай;

– плоскоклітинна гіперплазія (раніше гіперпластична дистрофія);

– інші дерматози.

II. Вульварна інтраепітеліальна неоплазія (VIN).

1. Плоскоклітинна вульварна інтраепітеліальна неоплазія:

– VIN I – слабка дисплазія вульви;

– VIN II – помірна дисплазія вульви;

– VIN III – тяжка дисплазія вульви і *in situ*.

2. Неплоскоклітинна VIN:

– хвороба Педжета;

– меланома *in situ*.

III. Інвазивний рак.

Важливо зауважити, що класифікація VIN ґрунтується на морфологічних критеріях. Склеротичний лишай і гіперплазія можуть поєднуватися один з одним, тоді це поєднання буде класифікуватися як змішана дистрофія. Поєднання плоскоклітинної гіперплазії і VIN буде класифікуватися як гіперпластична дистрофія з атипією. Таке поєднання часто діагностують як дисплазію різного ступеня вираженості (VIN) [13, 14].

У 2005 р. F. Medeiros зі співавторами запропонована класифікація, що спирається на принципи систематизації Bethesda (2001):

I. Високодиференційовані VIN (Low-grade VILs).

II. Низькодиференційовані VIN (High-grade VILs) [24].

Порівняння підходів до класифікації VIN схематично зображено у таблиці [25, 26].

Застосування єдиної класифікації дозволить визначити однаковий підхід до лікування виявленої патології вульви та порівняти результати діагностики та лікування.

Клінічні симптоми при VIN залежать від фонові патології вульви, тривалості перебігу захворювання, ступеня поширеності та вираженості патологічного процесу, зокрема, приєднання мікотичної, трихомонадної, хламідійної, гарднерельозної та вірусної інфекції, наявності супутньої патології, а також від методів попереднього лікування [13, 18].

Основним симптомом захворювання є свербіж різної інтенсивності, що виникає та посилюється переважно у вечірній та нічний час, при фізичному навантаженні і перегріванні та триває роками. Свербіж часто поєднується з диспаревнією, вульводинією, дизурією, відчуттям печіння та

болію при сечовипусканні, порушенням акту дефекації, порушенням сну, депресією, подразливістю, зниженням працездатності [4, 12, 15, 16, 28]. Це підтверджено і власними дослідженнями – лише 5% хворих не мали ніяких скарг. Решту турбували: свербіж (88,1%), печіння, біль, поколювання, оніміння в ділянці зовнішніх статевих органів (33,8%), при звужуванні входу у вагіну і сечівник – порушення статевого життя та сечовипускання, а в разі поширення патологічного процесу на анус – порушення дефекації.

Алгоритм діагностичних заходів включає: вивчення анамнезу, скарг, об'єктивне гінекологічне і бактеріоскопічне дослідження, вивчення неврологічного та гормонального статусу, ендоскопічного (вульвоскопія), цитологічного та гістологічного обстеження.

Об'єктивне гінекологічне дослідження включає огляд зовнішніх статевих органів, вагіни, вагінальної частини шийки матки, а також бімануальне вагінальне та ректовагінальне дослідження. Оглядається та описується волоссяний покрив: розподіл та ступінь (алопеція, ознаки вірилізації), якість та стан (колір, ламкість волосся у разі тертя), вросання; колір шкіри: порушення пігментації, наявність/відсутність ознак запалення; структура шкіри: зміни товщини (ліхенізація, атрофія); поверхня шкіри: цілісність, екскоріації, ерозії; пальпація: чутливість, наявність утворів [27].

Симптоми склеротичного лишая маніфестують у вигляді білястих плям, зазвичай розташовуються симетрично, часто утворюючи на ранніх етапах «крауротичний трикутник» у верхній третині вульви, асиметрії малих статевих губ, тріщин по середній лінії промежини і в складках шкіри. Можливі везикулярні висипання та ерозії, набряк крайньої плоті клітора, телеангіктазії та петехії на статевих губах. З розвитком захворювання відбувається витончення і ущільнення тканин, спостерігається характерна білуватість шкіри та слизових оболонках малих і великих статевих губ, клітора. У подальшому процес поширюється на всю вульву, періанальну ділянку і внутрішню поверхню стегон. У разі вираженості процесу клітор і малі статеві губи не визначаються, вхід у піхву різко звужується, зменшується діаметр зовнішнього отвору сечівника [1, 18].

При плоскоклітинній гіперплазії спостерігається потовщення епітелію, який набуває білого забарвлення, поверхня його нерівна, проте процеси зморщування та склерозу відсутні. Основними ділянками ураження є великі статеві губи, клітор, складки між великими і малими статевими губами та пристінок входу в піхву. Проте в клінічній практиці до 80–90% випадків практичний лікар має справу зі змішаними формами доброякісних уражень вульви, на тлі яких виникає та прогресує VIN.

Вульвоскопія (проста та розширена) – важливий метод діагностики, виконується у незатемненому приміщенні за допомогою кольпоскопа із застосуванням 3% розчину оцтової кислоти та 2% розчину Люголя (проба Шиллера). Оцтова кислота коагулює слиз, спричиняє набряк структур епітелію, ослаблює кровопостачання, що сприяє диференціації вульвоскопічних аспектів тканин. Застосування проби Шиллера дозволяє виділити ділянки, позбавлені нормального плоского епітелію, бідні на глікоген.

Розрізняють чотири групи картин при вульвоскопії: 1. Нормальна слизова оболонка вульви. 2. Доброякісні гіпертрофічні, атрофічні та запальні зміни епітелію вульви (вульвіт, справжня ерозія, кондиломи). 3. Атиповий епітелій (лейкоплакія, основа лейкоплакії, поля). 4. Ранній рак. При вульвоскопії у пацієнок з даною категорією захворювань відзначається наявність білих плям з відсутністю судин. Проба Шиллера негативна у зв'язку зі значним зниженням вмісту глікогену в тканинах. Контурну та розливу форми гіперплазії діагностують за допомогою анілінових барвників [1, 2].

Для VIN характерний мономорфізм вульвоскопічних тестів – незачно відрізняються за формою та розмірами судинні й епітеліальні комплекси, які мають однаковий колір та рівень розташування. Атиповий епітелій вульвоскопічно виявляють при VIN, за якої добре помітні гіперплазія, проліферація, порушення диференціації, дозрівання та відшарування епітеліальних клітин. Проста лейкоплакія виглядає як білі, жовтуваті або сірі плями різної форми з перламутровим блиском, чіткими або стертими краями на рівні шкірно-слизових покривів зовнішніх статевих органів. Поля дисплазії мають вигляд багатокутників неправильної форми, розділених червоними пересіченими межами. Папілярна зона дисплазії при розширеній вульвоскопії виглядає як темно-червоні цятки на обмеженому блідо-рожевому тлі.

Ознаками початкової малігнізації є поліморфізм судинних та епітеліальних структур, форма й висота епітеліальних комплексів, біло-сірий, жовтуватий колір та склоподібна прозорість тканин.

Вульвоскопію використовують для прицільного взяття матеріалу для цитологічного дослідження за допомогою скарифікації після попереднього видалення зроговілих поверхневих скупчень клітин та взяття біопсії для морфологічного дослідження [4, 18, 24].

З метою оптимізації цитологічної діагностики передпухлинних станів та ранніх форм раку вульви здійснюють примусову ексфоціацію клітин поверхневого шару сквамозного епітелію і отримують неушкоджені клітини з глибоких шарів епітелію шкірно-слизових покривів вульви, що підвищує ефективність методу на 49,5% у порівнянні з рутинними способами взяття матеріалу для цитологічного дослідження, а діагностична достовірність методу сягає 89,4% [17].

Найбільш достовірним та інформативним методом діагностики на різних етапах перебігу як фонові та передракової патології вульви є морфологічне дослідження шляхом біопсії при: складностах у встановленні клінічного діагнозу, наявності везикулярних уражень вульви шляхом роздільної пункційної біопсії, запальних ураженнях вульви, що не дають очікуваної відповіді на протизапальну терапію з метою виключення неоплазії, персистивних ураженнях ерозивного характеру [27].

Склеротичному лишая вульви притаманна характерна гістологічна картина, що залежить певною мірою від давності процесу. Зазвичай спостерігається виражений гіперкератоз, епідерміс значно потоншений з ущільненням міжсочкових відростків, вакуолями в цитоплазмі клітин базального шару, роговими пробками в гирлах фолікулів, стінки капілярів стають гомогенними, набряклими, згодом розвивається їхній гіаліноз і склероз, зникають еластичні волокна, у дермі відзначають лімфоцитарну, іноді плазмоклітинну інфільтрацію.

У 30% випадків спостерігають поєднання атрофічних змін з гіперплазією епітелію (так звану змішану дистрофію), але на різних ділянках вульви. Фіброз і гомогенізація сосочкового шару дерми разом з руйнуванням і втрапою меланоцитів, зменшенням транспортом меланосом до базальних кератиноцитів, а також знижена продукція меланіну призводять до досить типової депігментації. При прогресуванні за-

хворювання в епідермісі знижується кількість меланоцитів, що спричинює депігментацію шкіри, значно знижується вміст глікогену, знижується активність окисних ферментів і холінестераз в судинах і нервах, а також наростає кількість окисних ферментів в клітинах фібробластичного і лімфоїдного рядів [4]. Для плоскоклітинної гіперплазії характерним є потовщення епітелію з акантозом, пара- і гіперкератозом, клітини базального шару не містять меланіну, фіброзні зміни і запальні процеси в дермі відсутні. Зроговіння відбувається нерівномірно. При тривалому перебігу захворювання відбувається різке потовщення плоского епітелію за рахунок клітин мальпігєєвого шару, акантотичні тяжі широкі, але неглибокі, виражений гіперкератоз [1, 3].

VIN I (легка дисплазія) відрізняється поліморфізмом клітин нижньої третини епітеліального пласта (базальний і парабазальний шари), місцями в ньому спостерігаються патологічні мітози, в більш поверхневих шарах епітелію виявляється койлоцитоз й інші ознаки ПВІ.

VIN II (помірна дисплазія) характеризується змінами в нижніх 2/3 епітелію. Причому, в частині епітелію, яка розташована вище, можуть спостерігатися цитологічні зміни, притаманні ПВІ.

VIN III включає тяжку дисплазію і *ca in situ*. При тяжкій дисплазії ураження епітелію поширюється до верхньої третини епітелію без дезорганізації поверхнево розташованих клітин. *Ca in situ* включає ураження всієї товщі багатшарового плоского епітелію. Наявність зернистого шару, пара- і гіперкератозу не виключає діагнозу преінвазивної карциноми [2].

Флуоресцентна діагностика передбачає введення екзогенної амінолевуленової кислоти, яка порушує контроль біосинтезу, і утворені в значній кількості порфірини починають накопичуватися в пухлині. Накопичення протопорфірину можна візуалізувати за характерним світінням. У результаті виникає флуоресцентний контраст між вогнищами пухлини і вогнищами незміненої шкіри – патологічна ділянка виглядає як вогнище червоного кольору на тлі здорових тканин без флуоресценції, що дозволяє візуально визначати межі новоутворень, кількість ділянок ураження і виконувати прицілну біопсію. Основна перевага цього методу – не інвазивність і можливість моментального оброблення даних [5, 7–11].

Виявлення папіломи вірусної інфекції, гормональне обстеження (визначення вмісту андрогенів, естрогенів, прогестерону, гормонів надниркових залоз та щитоподібної залози), лабораторні та інструментальні методи дослідження (загальний аналіз крові та сечі, печінкові проби, визначення глюкози крові, флюорограму, електрокардіографію, УЗД, за необхідності цистоскопію, ректороманоскопію), деталізують сукупності патології, складники етіології та патогенезу і компоненти лікування.

Визначення молекулярно-генетичних маркерів в клітинах, а саме проліферативну активність і апоптоз, дозволяє визначити молекулярну агресивність первинного новоутворення і використовувати їх як прогностичні фактори. Так, гіперекспресія або мутація гена P53 при дистрофічних процесах вульви виявляється за кілька років до розвитку інвазивного раку [11].

Алгоритм обстеження при патології вульви затверджено у вигляді скринінг-програми, що дає можливість діагностувати злоякісні новоутворення жіночих зовнішніх статевих органів на всіх етапах їхнього перебігу – дистрофії, VIN I, VIN II, VIN III, перед-, мікро- та інвазивної карциноми і складається з двох етапів [6]. Перший етап: на базі оглядових кабінетів поліклінік та медико-санітарних частин, фельдшерсько-акушерських пунктів центральних районних лікарень, гінекологічних кабінетів жіночих консультацій – включає огляд пацієнтки та цитологічне дослідження тка-

нин вульви. При виявленні у жінки патології вульви її направляють для подальшого обстеження до онкогінеколога. Другий етап включає: лабораторні методи, вивчення неврологічного та ендокринологічного статусу, дослідження функції печінки, гормональної активності яєчників, вульвоскопію, цитологічне та гістологічне дослідження. Після всебічного обстеження визначають нозологічну форму, яка має місце в даному конкретному випадку, та призначають адекватне лікування. Пацієнтів із фоновими та передраковими захворюваннями вульви після лікування оглядають через 1 міс, а потім один раз на 3 міс з обов'язковим ендоскопічним (вульвоскопія) та цитологічним дослідженням. На хворих цієї групи заповнюють форму № 30 «Контрольна карта хворої, що перебуває на диспансерному обліку». Хворі на дисплазію вульви різного ступеня належать до клінічної групи ІБ. На жаль, скринінг-програма не набула значного поширення незважаючи на те, що вона не вимагала ні додаткових фінансових витрат, ні додаткової апаратури, ні додаткової підготовки лікарів. Лише серед жіночого населення Волинської області скринінг-програма була апробована у 1994 та 1999 роках, що виявило факт до зростання захворюваності на рак вульви у 1994 році – до 4,3 (в порівнянні – 1993 р. – 2,5, а 1995 – 2,6), а у 1999 р. – 5,0 (у порівнянні 1998 р. – 3,2, а 2000 р. – 2,9). За наявності злоякісної пухли-

ни вульви 3,7% хворих виявляють при профілактичних оглядах, що вкрай мало для раку візуальної локалізації. У той самий час у 1994 і 1999 рр. – цей показник складав відповідно 58,3 та 53,6%, що доводить високу ефективність її з виявлення патології вульви.

ВИСНОВКИ

1. Використання практичними лікарями та науковцями класифікації патології вульви, запропонованої Міжнародним товариством з вивчення хвороб вульви і вагіни (ISSVD) та Міжнародним товариством з гінекологічної патології (ISGP), що враховує клінічні та морфологічні зміни тканин жіночих зовнішніх статевих органів в Україні, надасть можливість стандартизувати діагностику, лікування та моніторинг захворювань вульви, дозволить лікарям розуміти один одного.

2. Втілення розробленої та апробованої скринінг-програми дозволяє виявляти хвороби вульви на етапі доброякісної, передпухлинної патології та доклінічних форм раку вульви, коли адекватне лікування є шадним і ефективним.

3. Викладені методи діагностики дають можливість не тільки своєчасно виявити та пролікувати патологію жіночих зовнішніх статевих органів, але й проводити якісний моніторинг аналогічних захворювань вульви.

Клинико-диагностические возможности своевременного выявления вульварных интраэпителиальных неоплазий на современном этапе (обзор)

Т.Е. Ткачук

Визуальная локализация предоставляет все возможности для своевременной диагностики, но состояние выявления предраковых и злокачественных заболеваний наружных женских половых органов остается неудовлетворительным. Проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы относительно классификации и методов выявления вульварных интраэпителиальных неоплазий на современном этапе. Приведены данные последовательности и диагностической достоверности методов обследования. Доказана целесообразность использования апробированной скрининг-программы для своевременного выявления предраковой патологии вульвы.

Ключевые слова: вульва, диагностика, дисплазия вульвы, классификация, вульварная интраэпителиальная неоплазия.

Clinicodiagnostic possibilities of early recognition of vulvar intraepithelial neoplasias in recent times (examination)

T.E. Tkachuk

Visual localization gives all the possibilities for early diagnostic, but the situation with the identification of premalignancy and malignant diseases of pedundum is still unsatisfactory. The native and foreign literature was analytically surveyed conformably to classifications and methods of recognition of vulvar intraepithelial neoplasias in recent times. Information about succession and diagnostic authenticity of the examination methods were given. Appropriateness of usage of the approved screening-program for early recognition of premotor pathology of the vulva was proved.

Key words: vulva, diagnostic, dysplasia of vulva, classification, vulvar intraepithelial neoplasia.

Сведения об авторе

Ткачук Татьяна Евгеньевна – Волынский областной онкологический диспансер, 43018, г. Луцк, ул. Тимирязева, 1. E-mail: ppttee@rambler.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Андреева Е.Н. Роль импульсного электрического тока в патогенетической терапии хронических дистрофических заболеваний вульвы. – Вестник восстановительной медицины. – 2010. – № 5. – С. 58–61.
2. Ашрафян Л.А., Харченко Н.В., Киселев В.И. и др. Рак вульвы: этиопатогенетические концепции. – М.: Молодая гвардия, 2006. – 192 с.
3. Балан В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, лечение) // Проблемы репродукции. – 1996. – № 6. – С. 50–54.
4. Білінський Б.Т. Медичні помилки в онкології: монографія / Б.Т. Білінський; відп. ред. Я.В. Шпарик. – Львів: Афіша, 2013. – 324 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – Л.: Медицина, 1989. – 464 с.
6. Воробйова Л.І., Ткачук Т.Є. Інформаційний лист «Профілактика та рання діагностика раку жіночих зовнішніх статевих органів». – К., 1996. – 2 с.
7. Вихляева Е.М., Запорожан В.Н. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: Медицина, 1997. – 765 с.
8. Гилязутдинова З.Ш. Функциональные и патологические изменения в мено- и постменопаузальном периодах у женщин. – Казань: Медицина, 1995. – 187 с.
9. Декстер Л.И., Нейштадт Э.Л. Изменения нервных волокон в тканях вульвы при краурозе и лейкоплакии. – Вопросы онкологии. – 1965. – № 9. – С. 12–19.
10. Єгоров О.О. Сучасні підходи до діагностики і лікування вульварної інтраепітеліальної неоплазії // Жін. лікар. – 2010. – № 4. – С. 31–35.
11. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / Под ред. проф. В.Н. Прилепской. – М.: Медпресс, 2000. – 427 с.
12. Купеева Е.С. Фотодинамическая терапия с использованием фотосенсибилизатора фотодитазин в лечении дистрофических заболеваний вульвы. – Дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. – ГБОУ ВПО Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И. Пирогова М-ва здравоохранения Рос. Федерации. – М., 2014. – 134 с.
13. Манухин И.Б., Кондриков Н.И., Крапошина Т.П. Заболевания наружных половых органов у женщин: руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2002. – 303 с.
14. Пауэрстейн К.Дж. Гинекологические нарушения. – М.: Медицина, 1985. – 590 с.
15. Романенко К.В. Диагностическая значимость гистологического исследования при раннем изолированном

склероатрофическом лихене вульвы // Украинський журнал дерматології, венерології, косметології. – 2010. – № 3. – С. 140–146.

16. Симачева С.А. Классификация, этиология, патогенез и диагностика предрака и начального рака вульвы // Таврический медико-биологический вестник. – 2014. – Т. 16, № 2. – С. 158–163.

17. Ткачук Т.Є. Спосіб цитологічної діагностики патології вульви // Декларацийний патент на корисну модель № 24284 від 25.06.2007 Бюл. № 9.

18. Ткачук Т.Є. Рак вульви – оптимізація застосування сучасних методів діагностики патології жіночих зовнішніх статевих органів // Доро-

вые женщины. – 2012. – № 5. – С. 160–165.

19. Чулкова О.В., Новикова Е.Г., Соколов В.В., Чулкова Е.А. Диагностика и лечение фоновых и предраковых заболеваний вульвы // Практическая онкология. – 2006. – Т. 7, № 4. – С. 197–204.

20. Bloss J.D., Liao S.Y., Wilczynski S.P. et al. Clinical and histologic features of vulvar carcinomas analyzed for human papillomavirus status: evidence that squamous cell carcinoma of the vulva has more than one etiology // Hum. Pathol. – 1991. – Vol. 22. – P. 711.

21. Crum C.P. Carcinoma of the vulva: epidemiology and pathogenesis // Obstet. Gynecol. – 1992. – Vol. 79. – P. 448.

22. Hording U., Junge J., Daugaard S. et al. Vulvar squamous cell carcinoma and papillomaviruses: indications for two different etiologies // Gynecol. Oncol. – 1994. – Vol. 52. – P. 241.

23. Medeiros F., Nascimento A.F., and Crum C.P. Early vulvar squamous neoplasia: advances in classification, diagnosis, and differential diagnosis. – Advances in Anatomic Pathology. – 2005. – Vol. 12, № 1. – P. 20–26.

24. van de Nieuwenhof H. P., Massuger L.F.A.G., van der Avoort I.A.M. et al. Vulvar squamous cell carcinoma development after diagnosis of VIN increases with age. – 2009. – European Journal of Cancer. – Vol. 45, № 5. – P. 851–856.

25. Saunders N.A., Kueck A.S.,

Haefner H.K. Classification of Vulvar Intraepithelial Neoplasia. – The Female Patient. – 2008. – Vol. 33. – P. 62–66.

26. Sideri M., Jones R., Wilkinson E. et al. Squamous vulvar intraepithelial neoplasia: 2004 modified terminology, ISSVD Vulvar Oncology Subcommittee. – J Reprod Med. – 2005. – Vol. 50, № 11. – P. 807–810.

27. Suk Bong Koh Management of skin lesion of female external genitalia. – Korean Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2012. – Vol. 53, № 12. – P. 1050–1051.

28. Yutaka et al. Two distinct Pathways to Development of Squamous Cell Carcinoma of the Vulva. – Journal of Skin Cancer. – 2011.

Статья поступила в редакцию 27.05.2015

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

СЕМЕЙНАЯ «САМОДИАГНОСТИКА» АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ИХ НЕДОЕДАНИЮ

Диагноз "пищевая аллергия" (впрочем, как и любой другой) может поставить ребенку только врач. Ученые обнаружили, что дети, у которых наличие такой аллергии определили родители, необоснованно лишены многих ценных и необходимых продуктов питания.

Самолечение нередко сопровождается и "самодиагностикой": многие люди, не имеющие никакого отношения к медицине, почувствовав недомогание, сами ставят себе диагнозы и назначают лечение.

Это нередко приводит к самым тяжелым последствиям, включая смерть незадачливого самодеятельного эскулапа.

Еще опаснее, когда родители или другие родственники ставят диагноз ребенку и начинают "лечить" его, не обращаясь к врачу - в этом случае вероятность печального исхода возрастает многократно.

Британские ученые обнаружили тревожную тенденцию: в последнее время многие родители стали объяснять недомогание у своих детей пищевой аллергией и исключать из рациона малышей те или иные продукты, которые, по их мнению, являются причиной появления симптомов болезни.

Кроме того, у таких детей могут развиваться опасные заболевания, не имеющие никакого отношения к аллергиям, лишение малышей, у которых на самом деле нет аллергии, многих продуктов питания может пагубно сказаться на их здоровье.

Исследователи из двух детских клиник Англии - Сейнт-Томас в Лондоне (St Thomas' Hospital in London) и Ройял Александра в Брайтоне (Royal Alexandra Children's Hospital in Brighton) обследовали несколько тысяч детей и опросили их родителей.

Опрос матерей и отцов маленьких участников исследования пока-

зал, что почти 32% из них были уверены - у их ребенка есть одна из пищевых аллергий (на молоко, белок куриных яиц или даже целиакия). Соответственно родители ограничивали потребление своими детьми таких продуктов питания.

Между тем, обследование детей показало, что на самом деле пищевой аллергией страдали не более 5% из них.

Таким образом, вполне здоровые дети были лишены на протяжении длительного времени весьма полезных продуктов питания, которые совершенно необходимы растущему организму.

Ученые предупреждают, что всевозможные экспресс-тесты для диагностики аллергии, продающиеся через Интернет, не обладают достаточной точностью - наличие аллергии и у ребенка, и у взрослого может выявить только врач.

Источник: www.health-ua.org