

Приволжский  
исследовательский  
медицинский  
университет

Нижегородская областная  
клиническая больница им.  
Н.А. Семашко

Институт  
прикладной  
Физики РАН

---

Дистрофические заболевания вульвы.

Современные возможности

диагностики и лечения.

---

Кузнецова И.А., Гладкова Н.Д., Загайнова Е.В., Боровкова Л.В.,  
Сироткина М.А., Вагапова Н.Н., Кузнецов С.С.

Н. Новгород, 2020

- ✓ В структуре общей гинекологической патологии дистрофические заболевания вульвы встречаются в **0,6% - 9%** случаев;
- ✓ средний возраст пациенток – **51,5±1,7лет**;
- ✓ все чаще отмечаются случаи развития заболевания **у детей и женщин репродуктивного возраста**.
- ✓ Рост заболеваемости и «омоложение» патологии вульвы подчеркивают остроту проблемы поиска эффективных методов диагностики и лечения.
- ✓ [Ежов В.В., 2015; Багаева М.И., 2016; В.А. Пурцхванидзе, Н.В. 2017].

**Междисциплинарная проблема, не принята единая классификация, не определена концепция этиологии и патогенеза дистрофических заболеваний вульвы, нет единого подхода к лечению.**

[Роговская С.И., 2014, Реуцкая, М.А., 2012].

### **Заболевания вульвы:**

псориаз, экзема острая, пузырьковые нарушения, эрозивный плоский лишай, болезнь Педжета, афтозные язвы, болезнь Крона, пролиферирующая гидраденома, сирингиома, красный лишай, точки Фордайса, милиум, болезнь Гужеро-Хейли, Витилиго, шанкр, атопический дерматит и др. (более 70)

**Частота малигнизации дистрофии вульвы составляет от 9 до 49% (Жаров А.В.1995). Рак вульвы занимает четвертое место среди онкологических заболеваний женских половых органов.**

**Мучительная симптоматика: зуд, жжение, трудности и невозможность половой жизни, невроты, депрессии, социальная дезадаптация.**

**(Прилепская В.Н., 2012, Роговская С.И.2014).**

**Значительные трудности диагностики: низкая эффективность вульвоскопии , ограничения в заборе биоптатов.**

**(Клинические протоколы ,2016)**

Согласно определению ВОЗ, дистрофия вульвы представляет собой *хронический аутоиммунный воспалительный дерматоз неизвестной этиологии* с периодами обострения и ремиссии.

*В основе данной патологии лежит хронический аутоиммунный воспалительный процесс в дерме .*  
*Причиной нарушения функции, хронизации и даже малигнизации процесса в очаге воспаления являются дегенеративно-дистрофические изменения тканей, приводящие к формированию грубо-волокнистого (рубцового) регенерата*

# Этиология

- **дефицит половых стероидов**. Однако, на сегодняшний день установлено, что развитие инволютивно-атрофических процессов вульвы может происходить и при достаточном уровне эндогенных эстрогенов.
- **инфицированием вирусами папилломы человека и простого герпеса** . Этот факт объясняет «омоложение» патологии вульвы. По мнению некоторых авторов, частота инфицирования ВПЧ при лейкоплакии вульвы составляет не более 15-22% .
- У 22,4% больных были выявлены **аутоиммунные и эндокринные заболевания** , что могло явиться предпосылкой для развития и прогрессирования лейкоплакии вульвы.
- В 9,5% случаев выявлена несостоятельность мышц тазового дна, и другие признаки **дисплазии соединительной ткани** , обусловленные генетическим дефектом коллагеногенеза, что могло явиться предрасполагающим фактором в развитии лейкоплакии вульвы .
- S.S. Ozalp (2015г) установлено, что при лейкоплакии вульвы имеет место **наследственный дефект ороговения**, повышающий проницаемость эпидермиса, что и является пусковым моментом в развитии заболевания .

# *Классификация*

В 1993 г **Международное общество по изучению патологии вульвы** предложило классификацию доброкачественных заболеваний вульвы:

1. Склеротический лишай (Lichen sclerosus et atrophicus)
2. Плоскоклеточная гиперплазия (Squamous cell hyperplasia)
3. Другие дерматиты и дерматозы.

В 1999г **М.Н. Костава** предложила классификация доброкачественных заболеваний вульвы:

1. Гиперпластическая форма
2. Склеротический лишай
3. Смешанная форма

## **МКБ:**

другие невоспалительные болезни вульвы и промежности - N90:  
дисплазия вульвы (слабовыраженная, умеренная, резко выраженная, неуточненная), лейкоплакия (дистрофия, крауроз – N90,4), атрофия вульвы (стеноз), гипертрофия вульвы (увеличение половых губ)

## *Методы диагностики:*

- визуальный осмотр, осмотр ротовой полости;
- цитология (эффективность крайне снижена, т.к. отпечаток, если щеткой – травма);
- вульвоскопия (нет официальных вульвоскопических признаков, нет классификации признаков, плохая реакция на сосудистые пробы и раствор Люголя);
- ПЦР мазки на ИППП, включая ВПГ и ВПЧ
- биопсия

### **Показания к биопсии:**

- не проходящие очаги гиперкератоза, эрозии, папилломатозные высыпания;
- нет реакции на лечение;
- пигментированные участки

### **Осложнения биопсии:**

- плохое заживление, нагноение, кровотечение
- необходимость обезболивания, наложение швов, госпитализации в стационар



## Склеротический лишай

**Склеротический лишай** – доброкачественное воспалительное заболевание кожно-слизистой ткани с патологическими изменениями в дерме и эпидермисе, проявляющееся дистрофией (нарушение трофики), атрофией (уменьшение размеров) и склерозом (замещение соединительной тканью). Клиника – зуд (чаще ночью, мучительно, длительно), диспареуния, вульводиния. Причина зуда не ясна. Есть мнение, что это видоизмененная боль, возникающая от слабых, но частых и длительных раздражений болевых рецепторов.

Разрастание нервных окончаний и увеличение биологически активных веществ (при нервном возбуждении, аллергических реакциях, расчесывании).

На вульве определяется симметрично расположенные участки в верхней трети вульвы - «краурозный треугольник». Кожа тонкая, гладкая, блестящая в виде пергамента, белесоватая, трещины, расчесы.



## **Плоскоклеточная гиперплазия**

«лейкоплакия» или «гиперпластическая дистрофия» – неспецифическая гиперплазия эпителия, возникающую в эпидермисе неадекватная пролиферативная реакция эпителия вульвы на широкий круг раздражающих факторов.

Может наблюдаться в любом возрасте, но чаще в пре- и постменопаузе. Кожа приобретает белую окраску, эпителиальные бляшки утолщаются, иногда покрыты трещинами. Патологические очаги могут быть одиночными или множественными. Локализуются чаще в области больших половых губ .

Зуд менее выражен и приносит значительно меньше страданий. Чаще плоскоклеточная гиперплазия протекает бессимптомно.

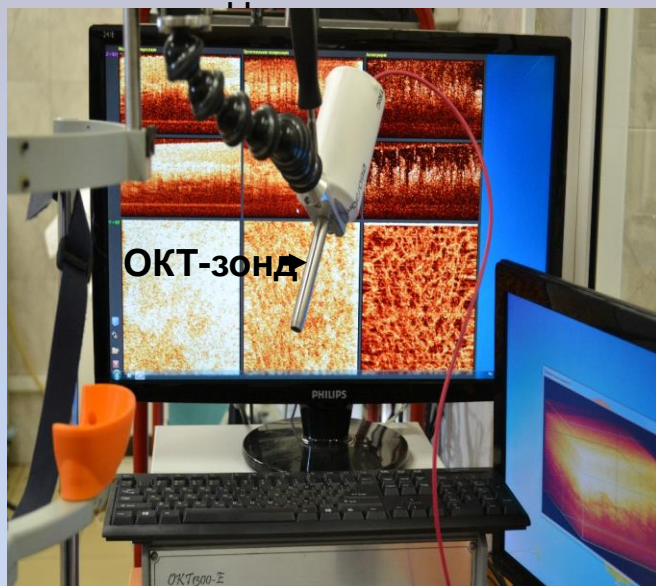
Вероятность малигнизации плоскоклеточной гиперплазии от 5 до 35%.

**Смешанная дистрофия** – это сочетание плоскоклеточной гиперплазии со склеротическим лишаем. При смешанной дистрофии риск развития клеточной атипии и прогрессирования ее в инвазивную карциному повышается.

(О.В. Чулвакова и др., 2006).

# МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ (ПИМУ-ИПФ РАН, г. Нижний Новгород)

ОКТ прибор  
(ИПФ РАН) Н.



## Оптическая когерентная томография (ОКТ)

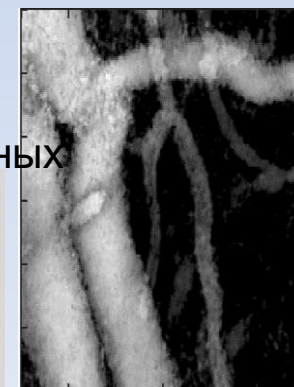
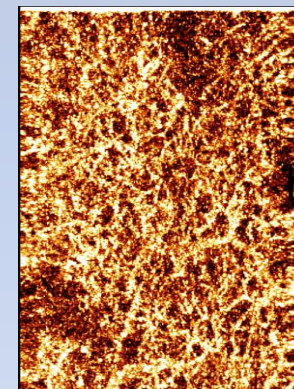
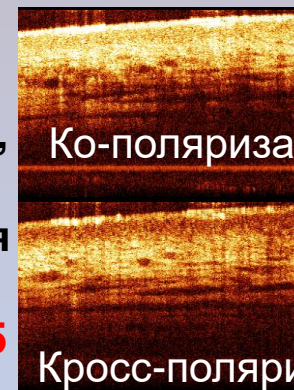
- новый метод

медицинской визуализации,  
позволяющий получать  
прижизненные изображения  
биологических тканей с  
высоким разрешением (5-15  
мкм),

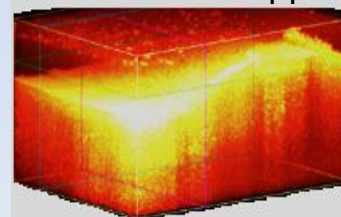
что в 10 раз превышает  
разрешение других  
используемых в практике  
диагностических методов и  
предполагает изучение  
объекта на уровне  
микроскопической  
архитектуры ткани

в масштабе классической  
гистологии

- ❖ Оценка структуры ткани, поляризационных, рассеивающих, упругих свойств, кровотока и лимфотока
- ❖ Неинвазивно
- ❖ В реальном времени записывается 3D массив данных (26 секунд)
- ❖ **Без контрастирующих агентов!**
- ❖ Портативное устройство
- ❖ Съёмный стерилизуемый зонд



3D массив данных

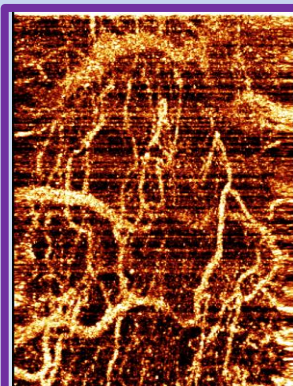
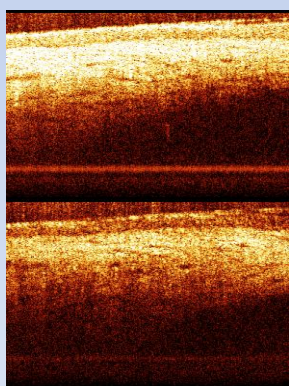
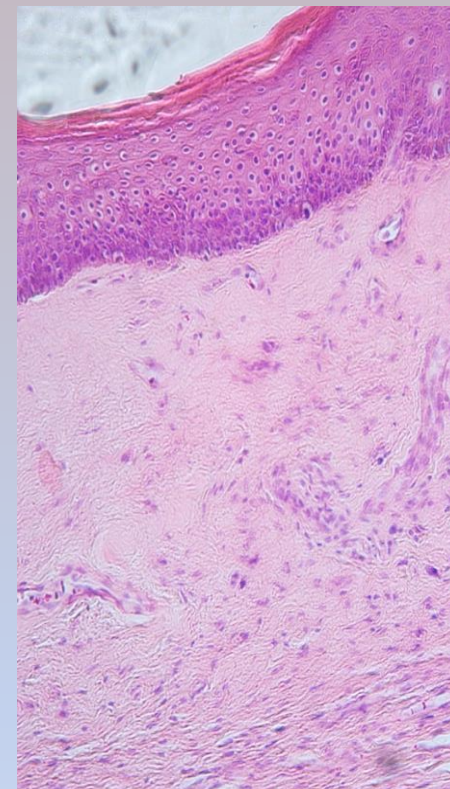




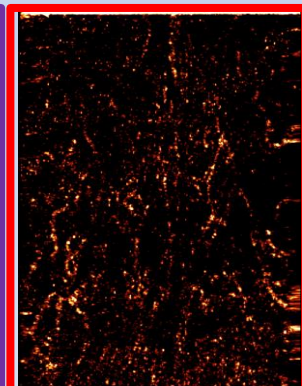
# Классический пример склерозирующего лихена

## ОКТ признаки:

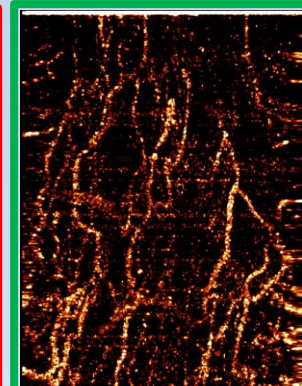
1. Эпителий утоньшается до 55 мкм
2. Нет сосудов под эпителием
3. Существенно снижена плотность сосудистой сетки в среднем и глубоких слоях
4. Лимфатические сосуды не визуализируются до 300 мкм, только ниже
5. Фиброз соединительной ткани под эпителием



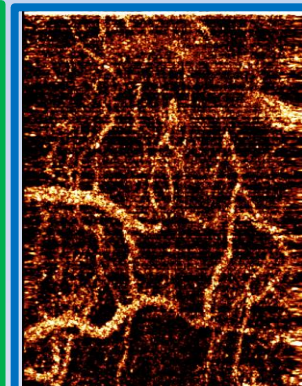
0-660 мкм



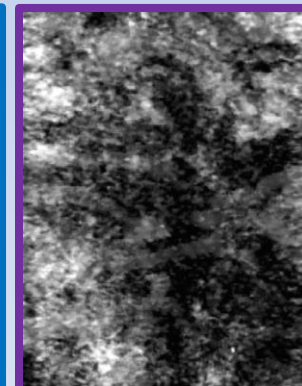
0-220 мкм



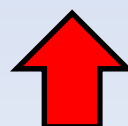
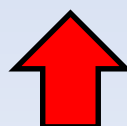
220-440 мкм



440-660 мкм



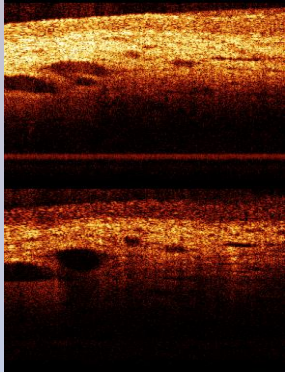
0-660 мкм



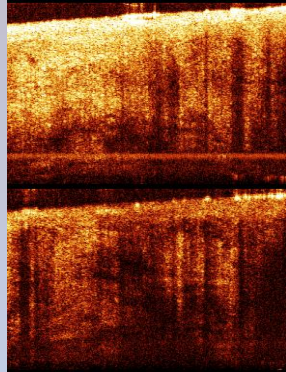


# Сопоставление состояний вульвы

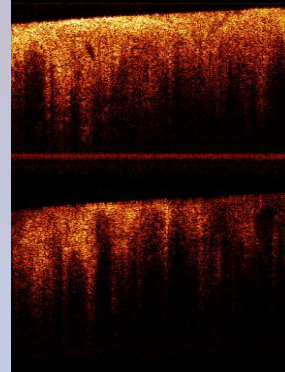
норма



дистрофия

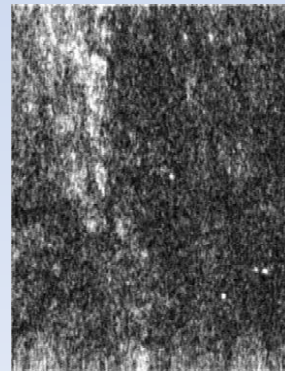
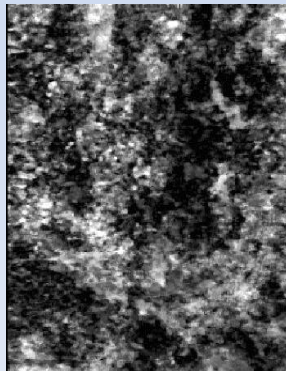
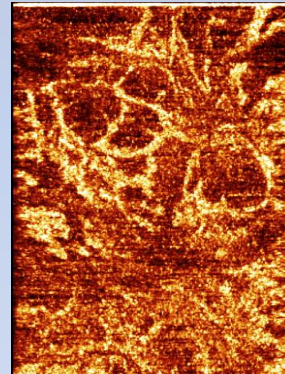
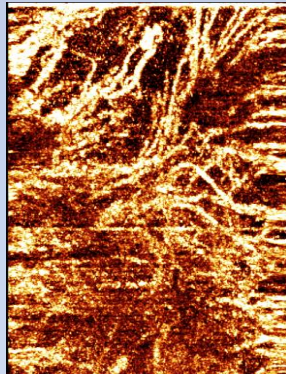
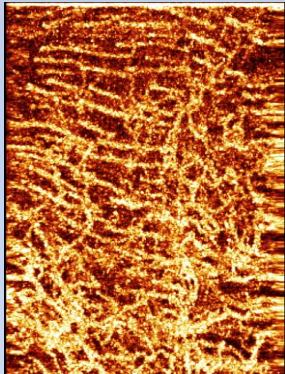


рак



## ОКТ признаки нормальной слизистой вульвы:

1. Слоистая структура с четкими слоями
2. Лимфатические сосуды во втором слое
3. Плотная сеть тонких упорядоченных кровеносных сосудов
4. Лимфатическая сеть древовидная



# Лечение

Медикаментозное  
лечение

Низкоинтенсивное  
лазерное излучение

Фотодинамическая  
терапия

Хирургическое  
лечение

## *Медикаментозное лечение*

При морфологическом исследовании биоптатов вульвы обнаружено значительное преобладание рецепторов к кортикостероидам и единичные рецепторы к эстрогенам и прогестерону. Это объясняет низкую эффективность половых стероидов.

Рандомизированные исследования не показали эффективность витаминов, половых стероидов, ретиноидов, антибиотиков.

**Препарат первой линии:** ультрапатентный кортикостероид 0,05% мазь клобетазола пропионата 2 раза в день 4 недели, затем 1 раз в день 3 месяца, затем 1-2 раза в неделю в период ремиссии.

**Эффективность:** 66% полная ремиссия, 30% - частичный эффект. Наносить на сухую кожу, в среднем  $\frac{1}{4}$  фаланги указательного пальца.

**Побочные эффекты:** атрофия эпидермиса и дермы, стрии, телеангиоэктазии. Снижаются при снижении дозы.

**Препарат второй линии:** топические ингибиторы кальциневрина (1% крем пимекролимус) – местный иммунодепрессант.

При долгом использовании повышается риск плоскоклеточного рака. Эффективность ниже, чем у глюкокортикоидов.

**В лечение следует добавить:** эмоленты, седативные препараты (антидепрессанты), антигистаминные препараты. Исключить возможные аллергены (в пище, качество белья, косметические средства, лек. препараты).

### **Применение репаративных материалов.**

Аллоплант – аллогенный биоматериал. Раствор с лидокаином вводится внутрикожно и подкожно в область вульвы. По данным автора методики (к.м.н. Симакова Е.Л.) клиническое выздоровление у 26.7%, снижение симптомов у 69.2%, отсутствие рецидивов в течение года

**Плазмолифтинг** – введение плазмы обогащенной тромбоцитами



## *Аппаратные методы лечения*

*Криодеструкция , лазерная коагуляция* – травматично, плохое заживление, **рецидивы.**

**Низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) –** безопасно, безболезненно, улучшает микроциркуляцию, уменьшает отек, уменьшает пролиферацию клеток  
**Через 3 месяца рецидив у 65%.**

**Фотодинамическая терапия**

**Фотодинамическая терапия (ФДТ)** – современный органосохраняющий метод лечения, основанный на разрушении патологических тканей под действием накопления в них фотосенсибилизатора и поглощаемого света в присутствии кислорода. Синглетный кислород вызывает повреждение мембран и органелл опухолевых клеток, наиболее интенсивно накопивших данный препарат, и вызывает их гибель.

Фотодинамическая терапия поверхностных злокачественных новообразований применяется в мировой клинической практике около 25 лет.

Для лечения заболеваний вульвы используются различные фотосенсибилизаторы (радахлорин, аллосенс, фотодитазин).

Предпочтение отдается местному применению фотосенсибилизатора т. к. это исключает фотодерматозы. Однако, по данным исследователей при в/в введении эффективность 89%, а у геля 78%.

Метод требует госпитализации, обезболивания, не включен в программы госгарантий.

## *Хирургические методы лечения*

1. Денервация вульвы путем введения 95% спирта: просто, дешево, эффект на 1-3 месяца.
2. Хирургическая денервация срамного нерва: рецидивы через 3 месяца
3. Частичная резекция или тотальная вульвэктомия:
  - травматично;
  - очень высок риск п/операционных осложнений: кровотечения, нагноения, рубцы, нарушения мочеиспускания, невозможность гинекологического осмотра, половой жизни
  - рецидивы

# Выводы

1. В связи с тем, что проблема междисциплинарная пациенты не получают эффективную и своевременную помощь.
- 2 У врача нет эффективных неинвазивных методов диагностики.
3. По моему мнению, данным заболеванием должны заниматься дерматологи.
4. Важнейшее значение имеет своевременное начало лечения, до развития склероза тканей, т.к. это значительно снижает эффективность лечения.
5. Начинать лечение нужно при наличии визуальных изменений, в т.ч до появления жалоб.
6. Учитывая наличие побочных проявлений КС необходимо комбинировать с аппаратными методами лечения (НИЛИ, ФДТ)
7. Более широкое применение ОКТ для диагностики, ФДТ для лечения.

***Благодарю за внимание***