

Лечение дистрофических заболеваний вульвы

к.м.н., врач научно-поликлинического отделения М.Н. Костава
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН,
дир. - акад. РАМН В. И. Кулаков

Несмотря на то, что материалы о заболеваниях вульвы встречаются в нашей литературе достаточно часто, данным заболеваниям уделяется очень мало внимания. Видимо этим обусловлен недостаток знаний у практических врачей в этой области. Пациентки, страдающие заболеваниями вульвы, зачастую не знают к какому специалисту следует обращаться, поэтому нередко лечатся то у венерологов, то у дерматологов, онкологов и иногда попадают к гинекологам. Заболевания вульвы действительно очень разнообразны, их диагностика достаточно трудна. Основная жалоба, с которой обращаются пациентки с заболеваниями вульвы, - это зуд.

Зуд (Prurire - лат.) вульвы - может поражать любые участки кожи и границы между кожей и слизистой оболочкой вульвы. Зуд вульвы сопровождается большим числом заболеваний: вульвит, вагинит, цервицит, проктит, наличие остриц, геморрой, диарею, недержание мочи, аллергию, опрелость, лейкомию, обтурационную желтуху, сахарный диабет, гиповитаминоз D, ахлоргидрию, дерматозы, психическое или половое напряжение. Иногда зуд сопровождают болевые ощущения.

Различия между зудом и болью очевидны, хотя у некоторых больных они становятся очень расплывчатыми, так как оба эти ощущения исходят из одних нервных окончаний. Ощущения зуда и боли, по-видимому, возникают в результате раздражения нервных окончаний, расположенных в эпидермальной зоне, химическими веществами, образующимися локально или поступающими извне. Гистамин и простагландин E могут участвовать в возникновении ощущения зуда (Jeffcoate). Расчесывание вульвы при зуде может привести к замкнутому кругу - зуд приводит к расчесам, вызывающим еще больший зуд, так как травмирует ткани вульвы.

Пациенты нередко обращают внимание на изменение цвета и формы наружных половых органов. Отек вульвы может быть обусловлен воспалительными заболеваниями, обструктивными поражениями и аллергическими проявлениями. Медленное нарастание опухоли вульвы позволяет предположить злокачественные новообразования или кисту.

Белые и красные поражения вульвы встречаются наиболее часто. Для обозначения белых поражений вульвы ранее использовали такие термины, как крауроз и лейкоплакия вульвы.

Термином крауроз обозначается состояние сухости зоны кожно-слизистого перехода вульвы, сопровождающееся сморщиванием кожи, которая при этом становится хрупкой и тонкой.

Лейкоплакия - образование на слизистой оболочке в виде белой утолщенной бляшки, которая иногда может трескаться. Эти термины не определяют специфической патологической сущности, вызывающей заболевания, поэтому на сегодняшний день не используются. Причиной возникновения белых поражений вульвы (депигментация, гиперкератоз и акантоз) может быть множество состояний:

Депигментация	Гиперкератоз и акантоз
- пострadiационная	- дистрофия вульвы
- постдерматитная	- рак in situ
- альбинизм	- инвазивный рак
- витилиго	- опрелость
- лейкодерма	- авитаминоз А

Красные поражения вульвы возникают вследствие вазодилатации или неоваскуляризации:

Воспалительная вазодилатация	Неопластическая неоваскуляризация
- кандидозы	- Плоскоклеточный рак in situ
- дерматиты и дерматозы	- Инвазивный плоскоклеточный рак инвазивный рак
- другие грибковые заболевания	- Болезнь Педжета
- аллергические вульвиты	- Гемангиома

Среди заболеваний вульвы, кроме белых и красных поражений, выделяют язвенные болезни, отек вульвы, новообразования, воспалительные заболевания и врожденные патологии. Такое подразделение достаточно громоздко и вносит много неясностей в диагностику. Наиболее приемлемой можно считать разделение заболеваний вульвы на следующие три большие группы заболеваний:

1. Дистрофия вульвы (гиперпластическая, склерозирующий лишай, смешанная форма дистрофии).
2. Кожно-венерические заболевания (псориаз, экзема, дерматиты, витилиго, сифилис, кондилома, кандидоз, простой герпес и др.).
3. Новообразования вульвы (папиллома, дерматофиброма, липома, фиброэпителиальный полип, кисты, сосочковая гидроаденома, плоскоклеточные раки и др.).

Наибольший интерес для гинекологов представляет дистрофия вульвы. Данная патология наиболее часто встречается у пациенток пременопаузального и климактерического возраста, сопровождается сильным зудом, белым поражением вульвы и плохо поддается лечению.

Дистрофия вульвы, по определению Международного общества исследователей заболеваний вульвы, - нарушения роста и созревания эпителия, которые приводят к появлению белых пятен.

Причина этого заболевания неизвестна, однако придается большое значение постоянному раздражению вульвы, дефициту гормонов и изменению рецепторных функций на уровне рецепторов гормонов, которые могут играть определенную роль в развитии дистрофии вульвы.

Гиперпластическая дистрофия встречается в основном у женщин в климактерическом периоде. Характеризуется наличием утолщенной кожи в области вульвы белого или желтого цвета. Складки вульвы могут увеличиваться, но встречается и их сморщивание, при этом сужения входа во влагалище практически не наблюдается. При исследовании биоптата вульвы микроскопически выявляется утолщенный эпидермис за счет акантоза и гиперкератоза, сосочковый слой растянут, отек не выражен, в глубоких слоях кожи наблюдается картина хронического воспаления.

Склерозирующий лишай может встречаться в любой возрастной группе, хотя чаще всего бывает у женщин после наступления климакса. В отличие от гиперпластической дистрофии кожа в области вульвы становится тонкой, пергаментобразной, гладкой, блестящей и хрупкой, легко трескается. Складки уплотняются, клитор закрывается плотными рубцами, вход во влагалище резко сужается. 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.

Смешанная дистрофия встречается в 15 % случаев и характеризуется наличием у пациентки как признаков гиперпластической дистрофии, так и участков со склерозирующим лишаем.

При склерозирующем лишае атипизм клеток встречается очень редко, а при гиперпластической дистрофии атипизм может встречаться более чем в 10% случаев, причем различают вульварную интраэпителиальную неоплазию 1 - 3, по аналогии с цервикальной интраэпителиальной неоплазией.

Диагностика дистрофических изменений вульвы представляет определенные трудности.

В комплекс диагностических мероприятий входят клиническое обследование, кольпоскопия, вульвоскопия, PAP-smear тест, исследование мазков для выявления специфической и неспецифической инфекции, морфологическое исследование биоптата вульвы.

Вульвоскопию проводят с использованием 2% водного раствора толуидин-голубого - синие пятна остаются в местах наличия атипичных клеток, однако тест малоспецифичен. Вульвоскопию проводят и с использованием пробы Шиллера, что дает возможность точно определить границы белых участков, поскольку они не окрашиваются йодом.

Кольпоскопия позволяет определить наличие сопутствующих атрофических изменений влагалища и экзоцервикса и исключить злокачественные образования шейки матки у пациенток с дистрофией вульвы.

PAP -smear тест для вульвы не информативен, так как дает возможность исследовать только поверхностные слои кожи вульвы, что не позволяет судить о тяжести процесса.

Наибольшую информативную ценность имеют клиническое обследование и морфологическое исследование биоптата вульвы.

Биопсия вульвы может быть проведена с помощью скальпеля при использовании местной анестезии, а также с помощью биоптатора Кейса. Биоптационная игла Кейса дает возможность проводить более щадящую биопсию, без потерь в информативности.

Лечение дистрофических заболеваний вульвы должно быть комплексным.

Большое значение придается диете, так как острая, соленая, очень сладкая пища может спровоцировать усиление зуда у пациенток с дистрофией вульвы.

В связи с тем, что определенную роль в поддержании зуда играет выработка избыточного гистамина, рекомендуется назначать десенсибилизирующую терапию.

Пациентки с дистрофией вульвы, как правило, длительное время не обращаются к врачам, пытаются самостоятельно снять зуд вульвы, а поскольку им это не удается, то к врачу они попадают с уже сформированным "замкнутым кругом". Таким пациенткам необходимо назначение седативных средств.

В комплекс лечения входят и гормональные препараты, такие как кортикостероиды, андрогены и эстрогены.

Кортикостероиды обладают противовоспалительным действием, оказывают антигиперпластический эффект на пролиферирующие поверхностные слои кожи. Кортикостероиды вызывают дегидративное торможение синтеза коллагена, что способствует образованию рубцов при длительном использовании. Кортикостероиды обладают антиаллергическим, местноанальгезирующим и противозудным свойством.

Из-за образования рубцовой ткани кортикостероиды не используются для длительного лечения, а могут быть назначены на короткий период для быстрого снятия сильного зуда и боли в области вульвы и большей частью у пациенток со склерозирующим лихеном.

Андрогены способствуют увеличению толщины эпидермиса, поэтому с успехом могут быть использованы для лечения склерозирующего лихена. 2% тестостерона-пропионат в небольшом количестве втирается в кожу 2 - 3 раза в день, в течение 6-8 нед с последующим поддерживающим применением через день.

Однако препарат имеет серьезные побочные проявления, о чем должна быть предупреждена пациентка.

Длительное применение тестостерона может привести к клиторомегалии, усилению полового влечения и росту бороды.

Самым безопасным эстрогеном является эстриол. Овестин (эстриол) является натуральным эстрогеном, вызывает пролиферативные процессы в нижнем отделе полового тракта, не оказывая такого же действия на эндометрии и молочных железы.

Для лечения дистрофии вульвы используется крем "Овестин" в дозе 500 мкг в сутки в течение 2 - 3 нед ежедневно, а затем используют поддерживающую дозу 1 - 2 раза в неделю. Причем небольшая часть разовой дозы наносится непосредственно на вульву, а остальная вводится во влагалище дозатором.

При проведении курса лечения овестином наблюдается отслоение гиперпластических бляшек и иногда данный процесс может сопровождаться усилением болевых ощущений, которые быстро проходят (о чем необходимо предупредить пациенток).

При длительном лечении гормонами необходимо обращать внимание на пигментацию вульвы. Если пигментные пятна появляются на фоне лечения, то это является плохим прогностическим признаком в плане злокачественности процесса.

Если консервативное лечение не эффективно, рекомендуется использовать более радикальные методы лечения (криодеструкция, лазеркоагуляция, пластическая операция).

Криодеструкция может быть использована при небольших площадях поражения. Необходимо отметить, что невозможность контролировать глубину деструкции при криодеструкции существенно ограничивает возможности данного метода в процессе лечения дистрофии вульвы.

Наиболее эффективной считается лазервапоризация участков вульвы, пораженных дистрофическим процессом. Многие исследователи отмечают травмирующее действие лазеркоагуляции, поскольку достаточно глубокая коагуляция вызывает деформацию вульвы. Отмечают также частые рецидивы заболевания на уже деформированной после лазеркоагуляции вульве.

Многие исследователи считают, что у пластической операции больше возможностей добиться положительного результата. При пластической операции иссекаются пораженные участки вульвы и на это место переносится здоровая кожа с бедер.

Необходимо отметить, что дистрофия вульвы - одно из наименее изученных заболеваний женской половой сферы, в этиопатогенезе и лечении которого много белых пятен. Однако необходимо помнить о данных заболеваниях вульвы и стараться своевременно оказывать помощь пациенткам. В сложных случаях проводить диагностику и лечение совместно с дерматологами.

Литература:

1. Пауэрстейн К.Дж Гинекологические нарушения. 1985 (перевод с англ. В.Ф. Кобеляцкого).
2. Anderson MC, Jordan JA, Morse AR. Intergrated Colposcopy, 1996.
3. Friedrich EG. Vulvar Diseases, 1983.