

С.И. Кулинич, М.А. Реуцкая, Т.В. Покинчереда, И.В. Ежова

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКИХ ВУЛЬВИТОВГБОУ ДПО «Иркутская государственная академия последипломного образования»
Минздрава России (Иркутск)
Центр репродуктивной медицины (Иркутск)

Целью работы было доказательство роли кандидозно-бактериально-вирусных инфекций в формировании вульвитов, дисплазий и получение обоснованных результатов этиотропной терапии.

Обследовано и пролечено 209 пациенток с заболеваниями вульвы по типу сморщивания, атрофии, язв, трещин-везикул, сопровождающихся зудом, диспареунией и отсутствием эффекта от стандартного лечения. Больные обследованы на инфекции и разделены на 3 основных группы по характеру инфекционных находок: генитальный кандидоз у 77, вирусные поражения у 52 и у 19 – условно-патогенная флора. В контрольную группу вошли 6 больных. Методы верификации инфекций: ПЦР, посевы, бактериоскопия. Всем проведена вульвоскопия, цитологические соскобы с вульвы, биопсия. Выявлена степень тяжести процесса по продолжительности анамнеза болезни, выраженности и распространения процесса.

Результаты проведенного исследования показали, что инфицирование полости матки в современных условиях приводит к трудно диагностируемому хроническому воспалительному процессу в эндометрии и является одной из важных причин формирования внутриматочной патологии, что в свою очередь ведет к неудачам ВРТ.

Ключевые слова: хронический вульвит, кандидоз, вирус простого герпеса, патогенная флора

CLINICAL-MORPHOLOGIC PRINCIPLES OF TREATMENT CHRONIC VULVITIS

S.I. Kulinich, M.A. Reutskaya, T.V. Pokinchereda, I.V. Yezhova

Irkutsk State Academy of Continuing Education, Irkutsk
Center of Reproductive Medicine, Irkutsk

The aim of the study was to prove a role of candidosis-bacterial and viral infections in formation of vulvitis and dysplasias, and to receive grounded results of etiotropic therapy.

We surveyed and treated 209 patients with vulva diseases of contraction type, atrophy, ulcers, cracks and vesicles accompanied with itching, dyspareunia and lack of effect from standard treatment. Patients were examined for infections and were divided into 3 main groups by character of infections found: genital candidiasis – in 77 patients, viral affections – 52, opportunistic flora – 19. The control group included 6 patients. Methods of verification of infections were PCR, inoculations, bacterioscopy. All patients underwent vulvoscopy, cytological scrapes from vulva and biopsy. According to data on duration of disease, expressiveness and dissemination of disease we revealed the severity of process. Results of the conducted research showed that infection of uterus cavity in modern conditions leads to difficult diagnosed chronic inflammatory process in endometrium and is one of the important reasons of formation of intrauterine pathology, which in its turn causes failures of assisted reproductive technology.

Key words: chronic vulvitis, candidiasis, virus herpes simplex, pathogenic flora

Качество жизни и состояние репродуктивных органов женщин находятся в полном и неразрывном единстве с условиями окружающей среды, образом жизни, предшествующими болезнями и их терапией. Заболевания вульвы составляют около 5 % причин первичного обращения женщин к гинекологу [6, 11]. Однако, 75 % этих заболеваний требуют длительного лечения и редко на практике излечиваются полностью, 67 % женщин годами страдают от зуда, боли и жжения в области вульвы, переходя от одного врача к другому, не получая адекватного лечения. Прослеживается тенденция у гинекологов и венерологов не заниматься лечением этих бесперспективных больных.

Вульва участвует в осуществлении ряда специфических функций женского организма [2, 13]. С заболеваниями вульвы женщины обращаются к венерологам, онкологам, семейным врачам [10, 11, 14]. В настоящее время наступил период возврата к детальному изучению физиопатологии органа на различных уровнях [2, 3], т.к. больных становится все больше.

Проблема заболеваний вульвы, вплоть до возникновения рака, до настоящего времени остается нерешенной, много спорного в оценке причин развития дистрофических изменений кожно-слизистого покрова за счет отсутствия обоснованной концепции этиологии и патогенеза, длительным клиническим течением; неполноценной диагностикой (визуальный осмотр), отсюда неадекватным диагнозом, неудовлетворительными результатами лечения и разногласиями в классификации данного заболевания [4, 6, 10, 12].

Проблема дистрофических изменений кожи вульвы как самостоятельная форма заболевания органа стала трактоваться с 1973 г. [2], но в последующие годы появились работы, доказательно свидетельствующие о взаимосвязи с цервицитом и вагинитом. Согласно определению ВОЗ (1976) дистрофией вульвы считают нарушения роста и созревания эпителия, которые приводят к образованию белых пятен, гистологически данный тип изменений обусловлен депигментацией или гиперкератозом и акантозом.

Эти состояния описывались как ихтиоз (1875), лейкоплакия (1877), крауроз (1885) и, по классификации E. Friedrich [8, 9], отнесены в рубрику – поражения вульвы белого типа.

В отечественной литературе классификация заболеваний вульвы включает фоновые, предраковые и раковые процессы с разной степенью тяжести дисплазии эпителия и инвазии при раке [1, 2, 3, 4].

По международной классификации ВОЗ (1995) Х пересмотра рекомендации под рубрикой № 76.6–8 как изъятия вульвы при инфекционных и паразитарных болезнях.

Наш интерес к болезням вульвы обусловлен возросшей частотой обращений женщин и длительностью их *anamnesis morbi*, сопровождающимся мучительными симптомами – зудом, жжением, диспареунией, сухостью, снижающими качество их жизни.

Цель исследования: доказать роль кандидозно-бактериально-вирусных инфекций в формировании вульвитов, дисплазий и получить обоснованные результаты этиотропной терапии.

Материалы и методы: обследовано 209 пациенток с типичными жалобами и различными изменениями слизисто-кожного покрова вульвы в виде белых пятен депигментации, сморщивания, атрофии, трещин, язв, везикул, гиперкератоза, папиллом. До момента обращения в клинику пациентки получали стандартное лечение в женских консультациях от 2 до 9 лет. Период курации этих больных в нашей клинике – с января 2008 по 2012 гг.

Критерии включения:

1. Длительно болеющие женщины с зудом вульвы.
2. Пациентки, не больные сахарным диабетом, аллергией, экземой, псориазом.
3. Пациентки, не получавшие рентгено- или лучевой терапии.
4. Пациентки, не подвергавшиеся денервации вульвы по С.Н. Давыдову.

Из этих больных 148 (1-я группа) были взяты на обследование и этиотропную терапию, 61 пациентка составили группу контроля, получавшие лечение соответственно имеющимся стандартам (гормональные мази, физиолечение, сидячие ванночки, примочки, травяные аппликации, седативные препараты).

Нами предположен инфекционный генез поражений вульвы. В дальнейшем после скрининга инфекций 1-я группа была разделена на 3 подгруппы по характеру инфекционных находок: 1а из 77 больных с генитальным кандидозом; 1б – из 52 женщин с вирусной инфекцией и 1в – 19 женщин с условно-патогенной бактериальной флорой.

Кроме того, в исследование включены 42 здоровые женщины с профосмотров для сравнения иммунных показателей из цервикального биотопа. Использованы методы диагностики: оценка *anamnesis vitae and morbi*, соматического и гинекологического статусов, обследование на инфекции бактериоскопическим, бактериологическим методами.

Бактериологическое исследование для селективного выделения дрожжей рода *Candida* с использованием среды ChromID tm *Candida*.

Принцип определения колоний *Candida albicans* заключался в окрашивании их в голубой цвет в результате гидролиза хромогенного субстрата гексозаминидазы (патент bioMerieux). Колонии грибов, гидролизующих второй хромогенный субстрат, окрашивались в розовый цвет, что позволило проводить ориентировочную идентификацию других видов дрожжей.

Бактериологические исследования для идентификации урогенитального трихомоноза (лаборатория ИГЦМД) проводились с использованием питательной среды «Вагикульт» № 67693 для выявления вагинальных трихомонад; урогенитального микоплазмоза (культивирование, идентификация, количественный учет, определение чувствительности к антимикробным препаратам) – *Mycoplasma IST* набор (лаборатория ИГЦМД), условно-патогенной микрофлоры с использованием угольных сред и методом ФЕМОФЛОР(9+КВМ) 388FEMU уретральный соскоб; 386FEMV вагинальный соскоб; 387FEMC цервикальный соскоб для диагностики урогенитального микоплазмоза – селективным культивированием его возбудителей – *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*.

Методом ПЦР-диагностики (лаборатория Иркутского городского центра молекулярной диагностики (ИГЦМД), основанном на определении в исследуемом образце специфических нуклеиновых кислот, чаще всего ДНК во влагалищном и цервикальном биотопе и соскобах вульвы на гонорею, микоплазму гениталис, хламидии, ВПЧ, ВПГ, ЦМВ).

Иммунологическое исследование цервикальной слизи (лаборатория ИГЦМД) для определения концентрации иммуноглобулинов А, М, G проводилось на иммунодиффузионных планшетах фирмы «Реафарм» (Москва), определение концентрации воспалительных цитокинов (ИЛ-4 и ФНОα) цервикальной слизи (лаборатория ИГЦМД) – с использованием наборов реагентов ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург) согласно прилагаемой инструкции.

Гистологическое исследование биоптатов вульвы (патоморфологическая лаборатория Областной клинической больницы) проводили после предварительной фиксации кусочков ткани в 40,0%-ном нейтральном формалине по методике Р.Д. Лилли (1969).

Кольпоскопическое и вульвоскопическое исследование выполнялось всем пациенткам через каждые 3 месяца наблюдения на кольпоскопе «Sensitec-2000» с увеличением 1 × 8 и 1 × 28 (классификация, Рио-де-Жанейро, 2011). При проведении вульвоскопического исследования нами определены символы, согласно которым формировалось заключение: А – атрофия плоского эпителия; Л – лейкоплакия; М – мозаика; О – отек слизисто-кожного покрова вульвы; ОК – остроконечная кондилома; П – пунктация; СС –сосудистая сеть; Тр – трещины; В – везикулы и пустулы.

1. При наличии 1 и более символов СС, ТР, А или О – хронический вульвит.

2. При наличии символа Л– лейкоплакия вульвы,

3. Сочетание М или П и любого из символов СС, ТР, А, О, ОК как подозрение на вульварную интраэпителиальную неоплазию (VIN) I–III и прицельной биопсии.

4. Вульвоскопический символ ОК при сочетании с любым из символов СС, ТР, А, О, В как хронический вульвит и остроконечные кондиломы.

После обследования на микрофлору формировался клинический диагноз: хронический вульвит или дисплазия вульвы, ассоциированные с кандидозной, вирусной или бактериальной инфекциями. Разработан протокол вульвоскопии [5].

Лечение хронического кандидоза проводилось местными (гинофорт, ливарол, ирунин, залаин) и системными (микосист, дифлюкан, ирунин) антимикотическими препаратами, соответственно чувствительности, до полной эрадикации возбудителя (перорально, местно во влагалище, внутривенно с одновременным подслизистым введением). Второй – восстановительный – этап терапии включал в себя иммунологические препараты (лавомакс). В противовирусную терапию были включены: индукторы интерферона (циклоферон в виде внутримышечных инъекций по 2,0 мл 12,5%-го раствора через день № 10); противовирусные свечи «Генферон» 1 млн. ректально по 1 свече 2 раза в день 10 дней, изопринозин по 500 тыс. 2 таблетки 3 раза в день 10 дней при кондиломах и ВПЧ; при герпетической инфекции – ацикловир, валтрекс, фамвир. При тяжелом течении герпетической инфекции (ГИ) и непрерывно рецидивирующей форме назначалась терапия валтрексом на протяжении 3–6 месяцев. Лавомакс назначался также тремя курсами. При смешанной вирусной инфекции препаратом выбора являлся панавир 0,004 % – 5 мл внутривенно 3 инъекции через 48 часов, затем 2 инъекции через 72 часа.

Статистическая обработка данных выполнена на индивидуальном компьютере с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel» и пакета прикладных программ «Statistica for Windows» v. 6,0 StatSoft Inc. (США).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 209 пациенток, обратившихся с заболеваниями вульвы, мы взяли для проведения комплексного обследования и лечения 148 женщин, которые были разделены на 3 подгруппы: Ia подгруппа – с кандидозной инфекцией (*Candida albicans*, *Candida crusei*, *Candida tropicalis*, *Candida glabrata*) – 77 (52,02 %); Ib подгруппа – с вирусной инфекцией (вирус папилломы человека 6, 11, 18 и 33 генотипы, вирус генитального герпеса и цитомегаловирус) – 52 (35,13 %); Iv подгруппа – с бактериальной флорой – 19 (12,83 %) пациенток. В Ia исследуемой подгруппе различные типы кандидозной инфекции имели место в виде: *Candida albicans* у 57 (38,51 %) пациенток, *Candida tropicalis* – у 8 (5,40 %), *Candida crusei* – у 7 (4,72 %) и *Candida glabrata* у 5 (3,37 %) женщин. В Ib подгруппе выделены: вирус папилломы человека (6, 11, 18 и 33) у 39 (26,35 %) пациенток, вирус генитального герпеса – у 8 (5,40 %), цитомегаловирус – у 5 (3,37 %) пациенток. В Iv подгруппе обнаружена бактериальная флора: *E. coli*, *E. faecalis* у 10 (6,75 %), *St. aureus* – у 3 (2,0 %), *streptococcus* – у 6 (4,05 %).

Таким образом, наиболее выявляемым инфекционным агентом оказалась кандидозная инфекция

(*Candida albicans*), дающая типичные изменения покрова вульвы (трещины, белые налеты, синехии, гиперкератоз), на втором месте – генитальная вирусная инфекция, с преобладанием вируса папилломы человека: жжение, трещины, язвы, кондиломы, аномальные вульвоскопические картины. Специфическая инфекция (хламидиоз, мико и уреоплазмоз, трихомониаз) выявлена у 36 (26,3 %) пациенток.

Анализ вульвоскопических картин у женщин основной группы Ia подгруппы представлен следующими символами: истончение многослойного плоского эпителия (атрофия) у 9 (11,68 %) пациенток, утолщение многослойного плоского эпителия – у 7 (9,09 %), отек многослойного плоского эпителия и усиление сосудистого рисунка – у 21 (27,27 %), наличие творожистого налета на вульве – у 12 (15,58 %), подслизистые кровоизлияния – у 11 (14,28 %), трещины слизистой вульвы – у 15 (19,48 %), тонкая лейкоплакия вульвы – у 2 (2,59 %), пунктация, мозаика и кондиломы вульвы у 7 (9,09 %) (рис. 1–15).

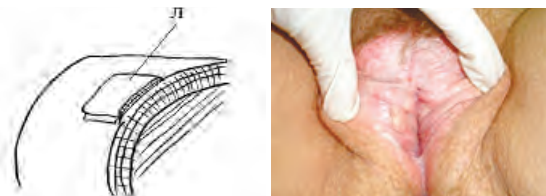


Рис. 1. Лейкоплакия вульвы.



Рис. 2. Мозаика вульвы.

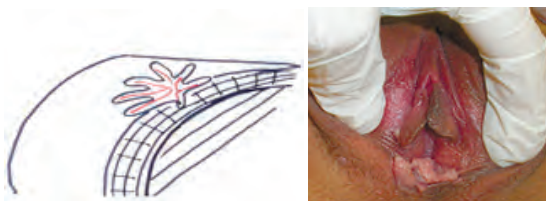


Рис. 3. Кондилома вульвы.



Рис. 4. Атрофия вульвы.



Рис. 5. Вульвит, представленный истончением многослойного плоского эпителия и усиленной сосудистой сетью.

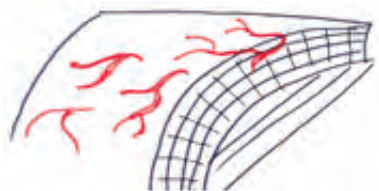


Рис. 6. Отёк, усиление сосудистой сети.



Рис. 7. Нормальное состояние кожи и слизистой вульвы после лечения.

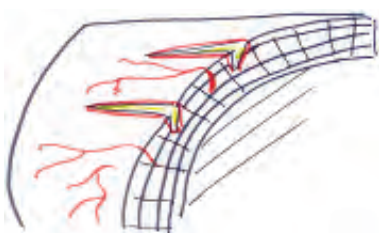


Рис. 8. Отёк кожи и слизистой, трещины и кровоизлияния.



Рис. 9. Вульвит, представленный отеком кожи и слизистой вульвы, трещинами и кровоизлияниями слизистой.

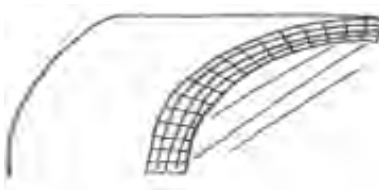


Рис. 10. Многослойный плоский эпителий.



Рис. 11. Нормальное состояние кожи и слизистой вульвы после лечения.

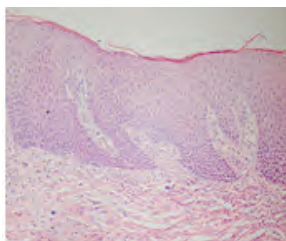


Рис. 12. Хронический вульвит.

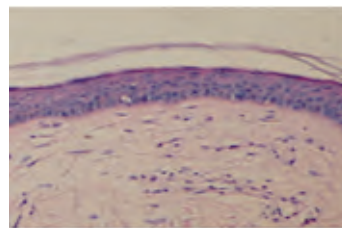


Рис. 13. Атрофия многослойного плоского эпителия вульвы на фоне хронического вульвита в стадии фибро-зирования.

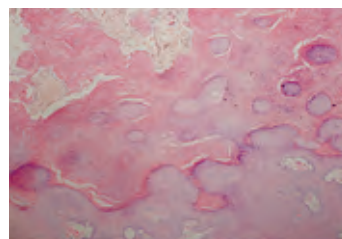


Рис. 14. Лейкоплакия вульвы на фоне хронического вульвита.

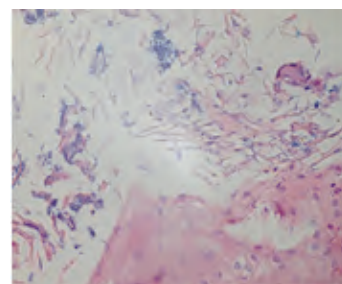


Рис. 15. Кандидозный вульвит.

Сравнение показателей местного иммунного статуса пациенток с хроническим вульвитом и здоровых женщин показало достоверное повышение провоспалительных и снижение противовоспалительных цитокинов, что свидетельствует о хроническом вялотекущем воспалительном процессе слизистой генитального тракта женщин с заболеваниями вульвы [7] (табл. 1).

При цитологическом исследовании мазков – соскобов с поверхности слизистой вульвы основной группы Ia подгруппы были выявлены: паракератоз, гиперкератоз, акантоз – у 52 (35,1 %), лейкоцитоз – у 24 (31,16 %), укрупнение ядер – у 1 (1,29 %). В Ib подгруппе у 32 (21,3 %), лейкоцитоз – у 7 (13,46 %), укрупнение ядер – у 13 (25,0 %), койлоцитоз – у 18 (34,6 %). В Iv подгруппе: нарушение ороговения эпителия были выявлены у 12 (8,0 %) лейкоцитоз – у 6 (31,57 %), укрупнение ядер – у 1 (1,92 %). В группе сравнения однозначные изменения были у 50,8 %; 21,3 %; 40,1 % соответственно.

При морфологическом исследовании биоптатов слизистой вульвы у пациенток основной группы диагностировано: истончение эпидермиса с нормальным роговым слоем, гипер- и паракератоз; наличие активной пролиферации эпидермиса; сглаженный сосочковый слой, растянутый сосочковый слой; измененные ядерные структуры эпидермиса в виде увеличения ядра, многоядерность клеток; утолщение и отек эластиновых и коллагеновых волокон в строме; выявление мицелия гриба в строме исследуемой ткани; лейкоцитарная и лимфоцитарная инфильтрация; дисплазия эпителия I–III степени, кондиломы.

Таблица 1

Концентрация провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в цервикальной слизи при хронических вульвитах

Пациенты	sigA (мкг/мл)	IL-1 (пкг/мл)	ФНО-а (пкг/мл)	IL-4 (пкг/мл)
Ia подгруппа	302,8 ± 20,4	252,6 ± 18,2	339,09 ± 14,2	301,1 ± 12,0
Ib подгруппа	286,2 ± 8,9	301,5 ± 12,1	226,06 ± 13,4	201,2 ± 8,5
Iв подгруппа	189,6 ± 9,5	278,2 ± 10,2	345,6 ± 15,8	123,7 ± 15,6
Здоровые женщины (n = 42)	74,2 ± 2,7	58,4 ± 1,5	120,43 ± 5,3	646,64 ± 13,7
t	7,5	7,2	5,6	6,3
	6,2	8,5	4,3	7,3
	3,6	7,3	5,8	8,5
p	< 0,005	< 0,005	< 0,005	< 0,005
	< 0,05	< 0,05	< 0,005	< 0,05
	< 0,005	< 0,05	< 0,05	< 0,05

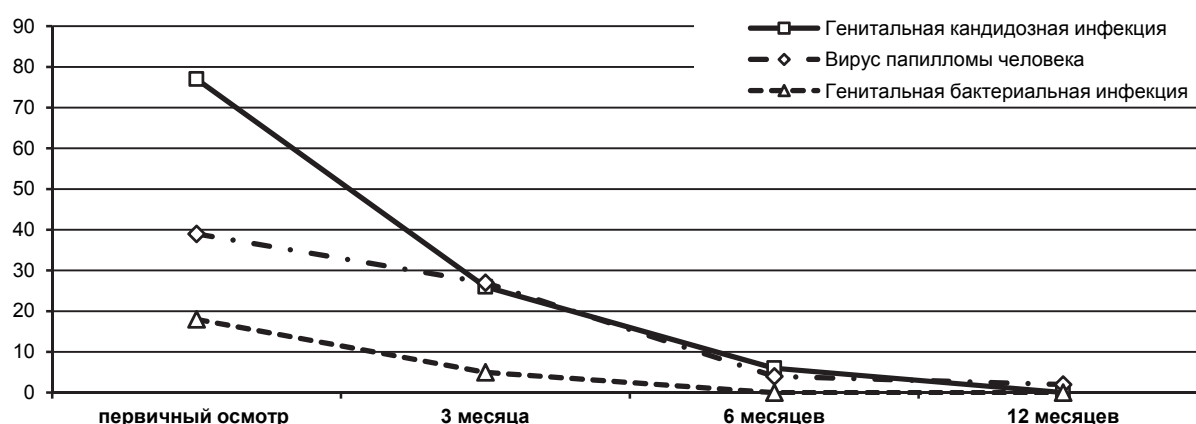


Рис. 16. Динамика изменений микробиологического фона генитального тракта женщин основной группы при хронических вульвитах за 12 месяцев наблюдения.

Таким образом, при дистрофических процессах кожно-слизистого покрова вульвы были выявлены этиологически значимые инфекционные процессы, подтвержденные при вульвоскопии, цитологически и морфологически, а также подтверждены выраженным повышением уровней иммуноглобулинов, интерлейкинов и ФНО, показателями активного воспаления.

Проводимое лечение пациенток с заболеваниями вульвы считалось эффективным при отсутствии рецидивов в течение 12 месяцев наблюдения. Все женщины с дисплазией вульвы I и II степени основной группы и группы сравнения были пролечены комплексно: этиотропная терапия в зависимости от вида выявленного возбудителя, иммунокорригирующая терапия и хирургическое иссечение очагов дисплазии с захватом здоровых тканей, у двух – простая вульвэктомия с последующим этиотропным лечением для профилактики рецидива. Тем пациенткам, особенно из группы вирусных инфекций, у которых при нормальном состоянии кожно-слизистого покрова вульвы, сохранялись симптомы зуда, были дополнительно применены спирто-новокаиновые блокады 1:10 по Меламеду от 1 до 3 процедур через неделю. После этого явления зуда исчезли. Динамика изменений микробиологического

фона гениталий женщин основной группы выглядела следующим образом (рис. 16).

Таким образом, к 6-му месяцу наблюдения только у 11 больных были процедины болезни, а к 12 месяцу – у 6, что составило 7,43 % и 4,05 % соответственно.

При сравнении в основной группе пациенток число рецидивов было достоверно ниже, чем у женщин группы сравнения. Эффективность лечения пациенток основной группы составила 95,9 %, что достоверно выше стандартного лечения, эффективность которого привела к улучшению процесса только у 42, 7 %, т.е. все больные, получавшие симптоматическое лечение, оставались с теми же симптомами.

Противоречия в оценке дистрофических заболеваний вульвы и новые подходы к клинической картине и лечению вульвитов с позиций кандидозно-вирусно-бактериальных инфекций и морфологических данных позволили нам предложить алгоритм диагностики и лечения данных состояний и характеризовать вульвиты по степени тяжести поражения кожно-слизистого покрова вульвы:

– легкая, продолжительность болезни от нескольких месяцев до двух лет. Жалобы – периодический зуд, дискомфорт в области наружных половых

Гистологическая структура биоптатов вульвы у пациенток с заболеваниями вульвы

Гистологическая картина	Основная группа (n = 148)					
	Ia подгруппа		Ib подгруппа		Iв подгруппа	
	n	%	n	%	n	%
1. Истончение эпидермиса с нормальным роговым слоем	26	33,76	5	9,61	7	36,84
2. Гипер- и паракератоз	11	14,28	27	51,92	3	15,78
3. Наличие активной пролиферации эпидермиса	54	70,12	39	75,0	4	21,05
4. Сглаженный сосочковый слой	4	5,19	3	5,76	2	10,52
5. Растянутый сосочковый слой	3	3,89	2	3,84	0	0
6. Измененные ядерные структуры эпидермиса в виде увеличения ядер	1	1,29	37	71,15	0	0
7. Многоядерность клеток	2	2,59	27	51,92	8	42,1
8. Утолщение и отек эластиновых и коллагеновых волокон	33	42,85	5	9,61	0	0
9. Выявление мицелия гриба в строме исследуемой ткани	70	90,9	0	0	0	0
10. Лейкоцитарная инфильтрация	58	75,32	21	40,38	19	100
11. Лимфоцитарная инфильтрация	7	9,09	32	6,15	5	26,31
12. Дисплазия эпителия I-II ст.	2	2,59	5	9,61	1	5,26
13. Дисплазия эпителия III ст.	0	0	2	3,84	0	0
14. Койлоцитоз и кондиломы вульвы	0	0	18	34,6	0	0

органов, диспареуния. Вульвоскопическая и гистологическая картина: незначительный отек и/или атрофия слизистой вульвы. Качество жизни пациентки не нарушено.

– средняя, продолжительность от 2 до 5 лет. Беспокоит постоянный зуд, дискомфорт, периодические ухудшения. Вульвоскопически: умеренно выраженный отек и/или атрофия, трещины, язвочки, выраженная гиперемия, наличие характерного творожистого налета. Гистологическая картина: выраженный отек стромы слизистой, лейкоцитарная и лимфоцитарная инфильтрация, фиброз стромы. Качество жизни нарушено, частые посещения врача, непрерывное лечение.

– тяжелая, длительность течения свыше 5 лет. Выраженные постоянные клинические симптомы, нарушающие качество жизни женщины, зуд нестерпимый, беспокоит в ночное время. Вульвоскопически: отек и/или атрофия слизистой вульвы, паретическое расширение сосудов, лейкоплакия, гиперкератоз, мозаика, пунктация слизистой вульвы. Гистологическая картина: выраженный отек стромы и слизистой, лейкоцитарная и лимфоцитарная инфильтрация, фиброз стромы, появление VIN I–III (дисплазий). Качество жизни женщины нарушено значительно.

При исследовании взаимосвязи выявленной генитальной инфекции в основной группе пациентов и наличием воспалительных изменений в гистологических картинах биоптатов вульвы обнаружена положительная линейная корреляция: чем тяжелее степень поражения вульвы клинически, тем сложнее морфологическая картина вульвита, вплоть до формирования VIN I–III (коэффициент корреляции Пирсона r приближен к 1 и равен 0,87). Алгоритм обследования пациенток с симптомами

болезни вульвы складывается из мониторинга возбудителей инфекций (бактериоскопический, бактериологический методы, ПЦР-диагностика), позволяющие выявить инфекционный характер вульвитов (табл. 2).

ВЫВОДЫ

Таким образом, при поражениях вульвы в виде изменений слизисто-кожного покрова, ранее представленных как крауроз, лейкоплакия, склеротический лишай, лихен и т.д., на наш взгляд, вполне доказательным выглядит признание следующего диагноза – хронический рецидивирующий вульвит I–III степени тяжести, ассоциированный кандидозно-вирусно-бактериальной инфекцией, так как этиотропная терапия привела к эффективности в 95,9 % и позволила добиться восстановления нормального анатомо-морфологического состояния вульвы. Доказательством явились исчезновения вульвоскопических изменений, а также жалоб пациентов. Проведение этиотропного лечения хронических вульвитов кандидозно-вирусно-бактериального характера позволило получить снижение числа рецидивов за год наблюдения до 4,05 %. В группе сравнения выздоровления и восстановления анатомии слизисто-кожного покрова вульвы не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашрафян Л.А. и др. Рак вульвы: этиопатогенетическая концепция. – М., 2006. – 192 с.
2. Бохман Я.В., Койро М.А., Таджибаева Ю.Т. Злокачественные опухоли вульвы. – Ташкент, 1986. – 158 с.
3. Прилепская В.Н. Клиника, диагностика и лечение вульвовагинального кандидоза // Антибиотики и химиотерапия. – 2002. – № 3 – С. 30–36.

4. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Грибковые инфекции в гинекологии. Принципы лечения // Гинекология. – 2007. – Т. 9, № 6. – С. 4–6.
5. Реуцкая М.А. Микробиологические и морфологические подходы к диагностике и лечению заболеваний вульвы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2012. – 24 с.
6. Русакевич П.С. Заболевания вульвы: практическое руководство. – М.: МИА, 2007. – С. 73–1414.
7. Farrell A.M., Dean D., Charnock F.M., Wojnarowska F. Cytokine profile of lichen sclerosus indicates a TH1 type immune response // J. Reprod. Med. – 2002. – Vol. 47, N 9. – P. 740.
8. Friedrich E.G. Vulvar disease. – Philadelphia, 1976. – 624 p.
9. Friedrich E.G. Jr. Vulvar dystrophy // Clin. Obstet. Gynecol. – 1985. – Vol. 28, N 1. – P. 178–187.
10. Marinoff S.C., Goldstein A.T., Christopher K. Pimecrolimus for the treatment of vulvar lichen sclerosus. A report of 4 cases // J. Reprod. Med. – 2004. – Vol. 49, N 10. – P. 778–780.
11. Micheletti L. et al. Vulvology. A proposal for a multidisciplinary subspecialty // J. Reprod. Med. – 2002. – Vol. 47, N 9. – P. 715–717.
12. Moyal-Barracco M., Neill S. Treatment of vulvar lichen sclerosus: What the experts do // J. Reprod. Med. – 2002. – Vol. 47, N 9. – P. 740–741.
13. Nowakowski Z. et al. Diagnostic value of the PDD method in evaluation of vulvar lesions // Europ. J. Gynecol. Oncolog. – 2005. – Vol. 26, N 1. – P. 75–78.
14. Song L., Jiao L., Li D. Jiefangjun yixue zazhi // Med. J. Chin. People's Liberation Army. – 2004. – Vol. 29, N 12. – P. 1086–1087.

Сведения об авторах

Кулинич Светлана Ивановна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО «Иркутская государственная академия последипломного образования» Минздрава России (664003, г. Иркутск, ул. Горького, 36; тел.: 8 (3952) 33-57-45; e-mail: kulinich@zmail.ru)

Реуцкая Марина Анатольевна – кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог МЦ «Виктория»

Ежова Ирина Всеволодовна – главный врач ГПЦ г. Иркутска

Покинйчереда Татьяна Владимировна – заведующая гинекологическим отделением ГПЦ г. Иркутска