

# Лечение дистрофических заболеваний вульвы у женщин в период менопаузы

О.М. Кравец, Л.А. Васильева, Н.Н. Кучер

КУ «Городской клинический родильный дом № 1», г. Кривой Рог

Выявлено, что с увеличением времени менопаузы увеличивается частота дистрофических изменений вульвы. В комплексном лечении дистрофических заболеваний вульвы применяли препараты антигомотоксической терапии *Ovarium compositum*, внутривлагалищный фонофорез мази *Traumeel S* и аппликации мази *Traumeel S*.

Отмечена достоверная эффективность ( $p < 0,001$ ) предложенного комплекса в устранении основных симптомов, нормализации pH секрета влагалища и достижении стойкой ремиссии дистрофических процессов вульвы у женщин менопаузального периода.

**Ключевые слова:** женщины менопаузального периода, дистрофические заболевания вульвы, антигомотоксическая терапия.

Репродуктивная система женщин является структурной и функциональной системой организма в целом, взаимодействует со всеми другими органами и системами организма и влияет на них.

Распространенность дистрофических заболеваний вульвы, по данным разных авторов, колеблется от 10,4 до 41,1%. Период инволюции половых органов у женщин на фоне климактерических изменений гормонопродуцирующей функции яичников в 20% случаев сопровождается дистрофическими изменениями вульвы, которые характеризуются нарушением роста и созревания эпителия [1, 4–6]. С возрастом в клетках и тканях изменяется обмен веществ и происходят нарушения в поверхностных рецепторах клеток, поэтому реакция клеток-мишеней на гормональные воздействия прогрессивно снижается. Причиной возникновения дистрофических процессов у женщин в постменопаузальный период являются инволютивные процессы в организме. Также известно, что у женщин репродуктивного возраста в микробиоценозе влагалища преобладают пероксидпродуцирующие лактобациллы, обеспечивающие защитные свойства эпителия влагалища [5, 6]. В менопаузальный период утрачиваются защитные механизмы, слизистая оболочка (СО) влагалища истончается, легко эрозируется с последующим инфицированием не только патогенными, но и условно-патогенными микроорганизмами. По мере нарастания дефицита эстрогенов прогрессируют атрофические изменения СО влагалища, которые характеризуются снижением кровотока и кровоснабжения, фрагментацией эластичных и гиалинозом коллагеновых волокон, уменьшением содержания гликогена в клетках эпителия влагалища, снижением содержания лактобацилл, значительным снижением уровня молочной кислоты, повышением pH влагалища до 5,5–6,8. С увеличением продолжительности менопаузы определяется резкий сдвиг секрета влагалища в щелочную сторону и развитие дисбиотических и атрофических процессов [4–6].

По определению Международного общества исследователей заболеваний вульвы, дистрофия вульвы – это нарушение роста и созревания эпителия, которое приводит к образованию «белых» поражений. Современная терминология понятия «дистрофия вульвы» включает:

- гиперпластическую форму дистрофии;
- склерозирующий лихен;
- смешанную форму дистрофии.

Несмотря на то что публикации о заболеваниях вульвы встречаются в публикациях довольно часто, дистрофическим заболеваниям вульвы уделяется недостаточно внимания.

Актуальность своевременного выявления и лечения дистрофических изменений вульвы как фоновых заболеваний обусловлена определенной степенью риска перерождения очагов в злокачественные образования. При этом большинство авторов [1, 5, 6] склоняются к мысли о наличии тесной связи между процессами старения и развитием предраковых заболеваний и злокачественных опухолей.

**Целью** исследования является изучение особенностей течения дистрофических изменений репродуктивных органов женщин в зависимости от течения климактерического периода и обоснование применения антигомотоксической терапии в комплексном лечении дистрофических изменений вульвы.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Распространенность дистрофических заболеваний вульвы у женщин в период менопаузы изучали общеизвестным методом. Клинические исследования проводили путем визуального осмотра, пальпации и взятия мазков-соскобов со СО влагалища. Мазки окрашивали красителями по Романовскому–Гимзе и Папаниколау, изучали морфологические и тинкториальные свойства микрофлоры и клеток эпителия.

Простую и расширенную кольпоскопию проводили с помощью пробы Шиллера раствором Люголя и кольпоскопа по методу [2]; pH секрета влагалища определяли с помощью индикаторной бумаги с pH 5,2–7,4.

В комплексное лечение больных с дистрофическими заболеваниями вульвы включали препараты антигомотоксической терапии [3]. Больные были разделены на 2 группы: I (контроль) – 14 женщин, которым проводилась местная консервативная противовоспалительная, гипосенсибилизирующая, кератопластическая, мембраностабилизирующая, общеукрепляющая и иммунокорректирующая терапия по традиционным схемам лечения; II (основная) – 29 женщин, которым кроме традиционного лечения назначали препараты антигомотоксической терапии по схеме: *Ovarium compositum* по 2,2 мл внутримышечно 1 раз в 4–5 дней в течение 1 мес (курс 4 инъекции) и фонофорез мази *Traumeel S* 1 раз в день, через день, в течение 2 нед (курс № 8) с последующим смазыванием вульвы мазью *Traumeel S* еще в течение 2 нед.

Эффективность проведенного комплексного лечения оценивали по клиническим и лабораторным критериям: отсутствие зуда, склерозирующего лихена, пигментации, рубцевания и окрашивания при пробе Шиллера, уменьшение границ «белых» пятен вульвы, нормализация нервного и общего статуса, pH секрета влагалища, кариопикнотического индекса (КПИ), индекса дифференцирования (ИД) эпителия и микробиоценоза влагалища.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Антигомотоксическая терапия включает элементы влияния на все возможные звенья патогенеза заболевания, оказы-

Клиническая эффективность различных видов лечения дистрофических процессов вульвы у женщин в период менопаузы

Группы женщин	Показатели				
	рН секрета влагалища	КПИ, %	ИД эпителия, %	Продолжительность ремиссии, месяцев	р
Контрольная	5,60±0,11	56	16	3,50±0,29	
Основная	4,96±0,16	78	22	5,5±0,32	0,001*

Примечание: \* – достоверное различие между контрольной и основной группами.

вает противовоспалительное, противовирусное, антиэкссудативное, обезболивающее, гемостатическое, ранозаживляющее действие, улучшает микроциркуляцию и клеточное дыхание в тканях, повышает иммунную активность, не имеет побочных эффектов, потому ее включение в комплексный метод лечения дистрофических процессов вульвы является обоснованным и целесообразным [3].

Из 236 обследованных женщин менопаузного периода заболеваемость дистрофическими процессами вульвы составила 18,22%. По возрасту больные распределились таким образом: 50–55 лет – 15 женщин; 56–60 лет – 19; 61–65 лет – 5; 66–70 лет – 4 женщины. Продолжительность менопаузы составляла: 1–3 года – 4 женщины; 4–6 лет – 34; 7–10 лет – 5 женщин. Превалирующими этиологическими факторами являлись: воспалительные заболевания – у 4 женщин, дефицит эстрогенов – у 33, другие заболевания – у 6.

Результаты исследования показали, что у определенной категории женщин после 50 лет отмечалось окончание менструаций и наступление менопаузы, а с ее наступлением наиболее часто женщины сталкивались с дистрофическими заболеваниями, что указывает на прямую связь распространенности дистрофических процессов вульвы с менопаузой. У большинства женщин (76,7%) выявлен дефицит эстрогенов, что указывает на преимущественное влияние последних на возникновение дистрофических процессов в вульве.

Женщины предъявляли жалобы на жжение, зуд, изменение цвета и формы наружных половых органов (утолщение кожи в области вульвы белого цвета, сморщивание складок вульвы, наличие тонкой, пергаментоподобной блестящей кожи и рубцов и т.д.). Зуд поражал различные участки кожи и границы кожи и слизистой оболочки вульвы, имел приступообразный характер, возникал и усиливался ночью, часто был невыносимый и сопровождался болью. Боль возникала и в случае наличия трещин, эрозий и вторичного инфицирования (вторичный вульвит). У 9 женщин наблюдались сужение наружного отверстия уретры, боль при мочеиспускании и его затруднение.

Под влиянием традиционного лечения в течение 2–3 нед у женщин контрольной группы отмечалось незначительное изменение рН секрета влагалища: после курса лечения рН был 5,6±0,11 против 5,92±0,05 до лечения (p<0,05); КПИ оставался таким же, как и до лечения (в среднем 56%); ИД эпителия также оставался на прежнем уровне (в среднем 16%). Однако на фоне консервативного лечения женщины отмечали уменьшение или даже исчезновение зуда, уменьшение болевых симптомов и дискомфорта при мочеиспускании, улучшение общего самочувствия, уменьшение раздражительности и нормализацию сна, но объективно у них отмечались сухость влагалища и наличие «белых» пятен вульвы. Период ремиссии у женщин контрольной группы в среднем составлял 3,5±0,29 мес, после чего отмечался рецидив симптоматики и ухудшение самочувствия, что требовало проведения повторного курса лечения.

У женщин основной группы под влиянием антигемотоксических препаратов отмечалось более стойкое улучшение самочувствия, быстро исчезали симптомы дискомфорта, болезненности и зуд вульвы, уменьшалась сухость слизистой

оболочки вульвы, что ускорило клиническое выздоровление. Под влиянием проведенного лечения достоверно снизился рН секрета влагалища: до рН 4,96±0,16 против рН 5,42±0,13 (p<0,05). Более существенно курс лечения повлиял на КПИ, который увеличился до 78% против 69% в начале исследования, а ИД увеличился до 22% против 19%. Стойкое улучшение самочувствия и продолжительность ремиссии у женщин основной группы составили 5,5±0,32 мес (таблица).

Клинический эффект выявлен у большинства (60%) женщин, у них же отмечено уменьшение границ «белых» пятен вульвы, что, на наш взгляд, обусловлено влиянием антигемотоксических препаратов на гормонопродуцирующую функцию яичников в отношении синтеза эстрогенов и послужило основанием к улучшению трофики тканей половых органов. Однако у 4 женщин даже при соблюдении всех гигиенических рекомендаций и диеты отмечен рецидив заболевания. Такие симптомы отмечались у женщин в возрасте старше 65 лет и с менопаузой более 8 лет, что, по нашему мнению, связано со значительным снижением эстрогенной насыщенности и недостаточным повышением уровня эстрогенов под влиянием антигемотоксической терапии после 1 курса лечения.

Сравнение эффективности различных видов лечения дистрофических процессов вульвы у женщин в период менопаузы указывает на достоверное различие полученных результатов (p<0,001) и значительный лечебный эффект от применения предложенных препаратов как в достижении клинического комфорта, нормализации рН секрета влагалища, КПИ, ИД эпителия, так и в достижении периода ремиссии.

**ВЫВОДЫ**

Установлено, что с наступлением менопаузы у 18,22% женщин появляется тенденция к возникновению дистрофических процессов вульвы, а продолжительность менопаузы влияет на снижение уровня эстрогенов и течение дистрофических процессов вульвы.

Основными факторами риска возникновения дистрофических процессов вульвы являются инволютивные процессы в организме, которые происходят на фоне дефицита половых гормонов, преимущественно эстрогенов. Прогрессирование эстрогенового дефицита в свою очередь приводит к изменению микробиотоза влагалища, что усложняет течение дистрофических процессов вплоть до образования «порочного» круга.

Традиционное местное противовоспалительное, гипосенсибилизирующее, кератопластическое, мембраностабилизирующее лечение в определенных случаях рекомендуется дополнять антигемотоксической терапией (Ovarium compositum, мазь Graumeel S), которая способствует активации защитных сил и функций организма и нормализует процессы эпителизации.

Комплексное лечение с антигемотоксическими препаратами дистрофических процессов вульвы устраняет основные симптомы заболевания, нормализует рН секрета влагалища, предупреждает развитие осложнений и увеличивает длительность ремиссии.

**Лікування дистрофічних захворювань вульви в жінок менопаузного періоду**

**О.М. Кравець, Л.А. Васильєва, Кучер Н.М.**

Виявлено, що зі збільшенням часу менопаузи збільшується частота дистрофічних змін вульви. У комплексному лікуванні дистрофічних захворювань вульви застосовували препарати антигомотоксичної терапії *Ovarium compositum*, внутрішньопіхвальний фонофорез мазі Traumeel S і аплікації мазі Traumeel S.

Помічена вірогідна ефективність ( $p < 0,001$ ) запропонованого комплексу в усуненні основних симптомів, нормалізації рН секрету піхви і досягненні стійкої ремісії дистрофічних процесів вульви в жінок менопаузного періоду.

**Ключові слова:** *жінки менопаузного періоду, дистрофічні захворювання вульви, антигомотоксична терапія.*

**Medical treatment of the distrophical diseases of vulva at themenopausal women**

**O.M. Kravets, L.A. Vasylyeva, Kucher N.N..**

It is revealed that increase in time of menopause lead to increase in frequency of the distrophical of vulva. In the distrophical diseases of vulva used the "Ovarium compositum" medicine of the antihomotoxi-

cal therapy, intravaginal phonophoresis with "Traumeel S" ointment and applications of the "Traumeel S" ointment.

It was is noted the reliable efficiency ( $p < 0,001$ ) of proposing complex in releases of the main symptoms, pH normalization of the vagina secretion and attainment of the constant remission of the distrophical diseases of vulva.

**Key words:** *menopausal women, distrophical diseases of vulva, antihomotoxic therapy*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бычков В.И. Оценка факторов риска фоновых и предраковых заболеваний шейки матки /В.И. Бычков, А.И. Пог //Акушерство и гинекология. – 1991. – № 5. – С. 53–54.
2. Коханевич Е.В. Кольпоцервикоскопия /Е.В. Коханевич, К.П. Ганина, В.В. Суменко. – К.: Здоров'я, 1997. – 56 с.
3. Тираспольский И.В. Антигомотоксическая терапия в практике акушера-гинеколога. – М.: Арнебия, 2001. – 288 с.
4. Царева Н.В. Состояние шейки матки в постменопаузе /Сб. тез. II съезда Российской Ассоциации акушеров и гинекологов. – М., 1997. – С. 276–278.
5. Штемберг М.И. Крауроз и лейкоплакия вульвы. – Кишинев: Штиинца, 1989. –194 с.
6. Berg G. Climacteric symptoms among women aged 60-62 /G.Berg, T.Gottagal, M.Hammar et al. // Maturitas. – 1998. – Vol. 10, № 3. – P. 192–199.

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

**ЗАБОЛЕВАНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ СИЛЬНЕЕ СКАЗЫВАЕТСЯ НА ЖЕНЩИНАХ**

Небольшие икроножные мускулы характерны для представительниц женского пола, однако для дам, страдающих заболеваниями периферийных артерий (ЗПА), они представляют опасность. Исследователи полагают, что маленькие мышцы могут спровоцировать проблемы с движением у женщин с ЗПА раньше, чем у мужчин с таким же недугом.

8 млн американских граждан обоих полов болеют ЗПА. В результате этой болезни закупориваются артерии нижних конечностей, что вызывает повышенный риск инсульта или инфаркта.

Группа ученых под руководством профессора Мак-Деротта организовала исследование с участием 380 мужчин и дам с ЗПА. Эксперимент длился 4 года и заключался в том, что ежедневно измерялись размеры и сила икроножных мышц. Для питания мускулатуры нужен кислород, а при закупоривании сосудов у людей с ЗПА кислород не поступает к тканям мышц. Другая часть исследования заключалась в том, что пациенты должны были ходить по 6 минут в день, передвигаться по лестнице и фиксировать свои ощущения.

Через четыре года наблюдений женщины с ЗПА чаще оказывались не в состоянии ходить по шесть минут подряд по сравнению с представителями сильного пола. Это происходило из-за меньших габаритов икроножных мышц. Выяснилось также, что у мужчин более значительно, чем у женщин, сократилась масса данных мускулов. Однако резерв мышечной ткани у них больше, что позволяет дольше поддерживать двигательную активность.

*Источник: <http://dr20.ru>*