

# Денервация вульвы в лечении дистрофических заболеваний

Ю.К. Памфамиров, В.А. Заболотнов, Ю.А. Кучеренко, Г.Л. Памфамирова,  
О.В. Карапетян, Г.А. Пучкина

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Авторами приведены результаты хирургического лечения больных с дистрофическими заболеваниями вульвы, не поддающимися консервативному лечению.

У 20 пациенток проведена денервация вульвы по Горну. Положительный результат получен в случаях с лейкоплакией вульвы.

Применение данной методики позволяет достигнуть стойкой ремиссии при дистрофических процессах, поражающих кожу промежности, не купируемых консервативной терапией.

**Ключевые слова:** дистрофия вульвы, хирургическое лечение.

Дистрофические заболевания вульвы относятся к доброкачественным поражениям эпителия и включают две нозологические формы: склеротический лишай и плоскоклеточную гиперплазию. Ранее подобные изменения классифицировали как крауроз и лейкоплакию вульвы. Эта патология считается характерной для женщин климактерического и постменопаузального периода. Распространенность заболевания составляет 1 на 300–1000 женщин [4].

В 1993 г. была разработана и принята классификация заболеваний вульвы ISSVD-ISGP международного общества. В основу классификации положены патологические изменения кожных покровов вульвы.

## I. Доброкачественные поражения вульвы

– Склеротический лишай.

– Плоскоклеточная гиперплазия (ранее известная как гиперпластическая дистрофия).

– Другие дерматозы.

## II. Вульварная интраэпителиальная неоплазия (VIN)

1. Плоскоклеточная вульварная интраэпителиальная неоплазия.

– VIN 1 – соответствует легкой дисплазии вульвы.

– VIN 2 – умеренно выраженной дисплазии вульвы.

– VIN 3 – тяжелой дисплазии и Ca in situ.

2. Неплоскоклеточная вульварная интраэпителиальная неоплазия.

– Болезнь Педжета.

– Меланома in situ.

## III. Инвазивный рак

Этиология и патогенез дистрофических заболеваний вульвы изучены недостаточно. Существует множество теорий, объясняющих происхождение склеротического лишая и плоскоклеточной гиперплазии: гормональная, вирусно-инфекционная, генетическая, нейрогенная, аутоиммунная [8,9]. Предполагают, что возникновение зуда связано с нарушением химизма тканей, выделением гистамина и гистаминоподобных веществ.

Основными жалобами, с которыми обращаются пациентки с дистрофическими заболеваниями вульвы, являются зуд различной степени выраженности, ощущение сухости кожи вульвы, локальные дистрофические изменения тканей, неврологические симптомы, нередко отмечается нарушение сна, снижается работоспособность [2, 5].

До настоящего времени проблема выбора терапии дистрофических заболеваний вульвы остается актуальной. Отсутствие четких представлений об этиологии и патогенезе привели к существенным различиям в тактике ведения пациенток с такими патологическими состояниями. В комплекс лечения входят гормональные препараты (кортикостероиды, андрогены, эстрогены). Для нормализации трофической функции нервной системы производят пресакральную и паравульварную спирто-новокаиновую блокаду.

Если консервативное лечение не эффективно, рекомендуется использовать более радикальные методы лечения – криодеструкцию, лазеркоагуляцию, хирургическую экцизию очагов поражения, денервацию вульвы путем рассечения срамного нерва. В особенно тяжелых случаях заболевания при безуспешности всех описанных методов терапии, при появлении дисплазии покровного эпителия и угрозе онкологического заболевания, прибегают к экстирпации вульвы и жировой клетчатки до поверхностной фасции промежности [1].

К сожалению, после хирургического лечения отмечается большой процент рецидивов, осложнений в виде некроза, нагноения, нежелательных косметических дефектов, что заставляет врачей искать новые методы терапии и совершенствовать уже имеющиеся [3, 5, 6, 10].

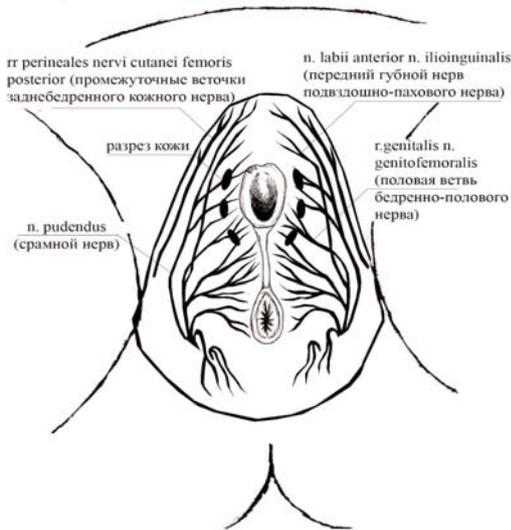
**Целью** настоящей работы явилось изучение влияния денервации вульвы при дистрофических процессах с явлениями зуда органов промежности, не купируемого консервативными мероприятиями.

Пациенткам, страдающим тяжелым зудом вульвы, необходимо разорвать порочный круг, который состоит в следующем: зуд, расчесывание, эксфолиации, микротравмы, раздражение нервных окончаний кожи и слизистой оболочки вульвы.

Денервация вульвы проводилась по Горну под внутривенным наркозом и заключалась в отсепаровке кожи вульвы [7]. Вокруг влагалищного входа с обеих сторон в зависимости от распространенности зуда производилось несколько разрезов кожи длиной 2 см. В образованные отверстия вводились изогнутые ножницы и повторным открытием их браншей тупым путем отсепаровывалась клетчатка и нервные веточки (рис. 1, 2). В нижнелатеральных каналах отсепаровывались веточки срамного нерва и промежуточные веточки заднебедренного кожного нерва, в верхнелатеральных каналах – веточки полового, бедренно-полового и подвздошно-пахового нервов. Отверстия разрезов зашивались узловатыми швами.

Перед оперативным вмешательством следует обозначить зудящие места, чтобы знать необходимый объем отсепаровки кожи.

Денервация вульвы была применена у 16 пациенток. Из них у 3 диагностирован склеротический лишай, у 13 – плоскоклеточная гиперплазия вульвы. Средний возраст больных составил  $59,2 \pm 0,6$  года. Все больные предъявляли жалобы на зуд, который беспокоил годами, приводя к истощению нервной системы, потере трудоспособ-



**Рис. 1.** Места проекции разрезов кожи вокруг влагалищного входа

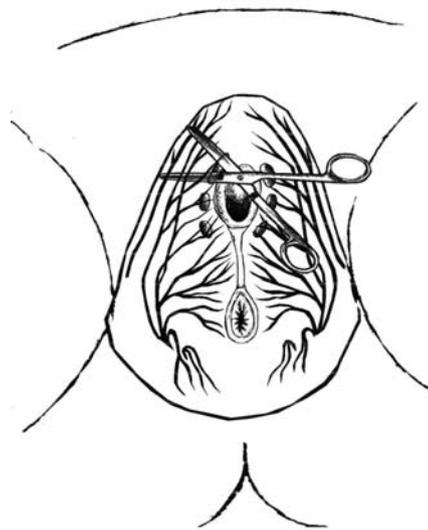
ности. Длительность заболевания колебалась от 3 до 10 лет.

При проведении гинекологического осмотра обязательно брались мазки для онкоцитологического исследования, проводилась вульвоскопия с использованием пробы Шиллера, что позволяло точно определить границы белых участков ткани, исследование мазков для выявления специфической и неспецифической инфекции, морфологическое исследование биоптата вульвы.

Клиническая картина склеротического лишая зависела от давности, степени распространенности и выраженности патологического процесса. На начальных стадиях заболевание проявлялось парестезиями. Пациентки нередко обращали внимание на изменение цвета и формы наружных половых органов. Кожа утрачивала пигментацию, приобретала мраморно-белую окраску, истончалась, атрофировалась. При краурозе отмечалась атрофия сосочкового и сетчатого слоев кожи, гибель эластических волокон и гиалинизация соединительной ткани. Сначала гипертрофировался эпидермис (с явлениями акантоза и воспалительной инфильтрации подлежащей соединительной ткани), затем атрофировалась кожа половых губ. При кольпоскопии обнаруживались выраженные телеангиэктазии. Истончение многослойного плоского эпителия приводило к легкой травматизации тканей, в результате чего наблюдались множественные субэпителиальные кровоизлияния. Визуально отмечалось наличие тонких, белесоватых, морщинистых бляшек, которые приводили к отеку и сморщиванию структур вульвы, сужению входа во влагалище, вторичному инфицированию и развитию вульвита.

Плоскоклеточная гиперплазия визуализировалась в виде белой утолщенной бляшки с неровной поверхностью без процессов сморщивания и склероза и характеризовалась неадекватной пролиферативной реакцией эпителия, гиалинизацией соединительнотканых сосочков кожи с истончением покрывающего их эпителия, изменением нервных окончаний.

При сборе анамнеза все пациентки сообщали о предыдущем консервативном лечении по поводу дистрофического заболевания вульвы. Наиболее простым и часто используемым методом лечения являлись аппликации мазей, содержащих кортикостероиды, анестезин, димедрол,



**Рис. 2.** Отсепаровка кожи вульвы

крема «Овестин», 10 больным применялась спиртово-новокаиновая блокада. Проводимая терапия позволяла добиться только временной ремиссии.

Осложнений, связанных с денервацией вульвы, ни у одной больной не отмечено.

Отдаленные результаты прослежены в срок до 4,5 лет. Результат операции оценивался визуально и по ощущениям самих пациенток. После операции практически у всех женщин прекратился зуд. Механизм благоприятного воздействия денервации вульвы при дистрофических заболеваниях, по-видимому связан с разрушением нервных веточек.

Рецидив вульварно-анального зуда возник у 2 пациенток со склеротическим лишаем через 4–5 мес и имел упорный характер, поддаваясь консервативной терапии, при этом интенсивность жалоб была умеренной.

### ВЫВОДЫ

1. Денервация вульвы по Горну дает положительный эффект и является средством достижения стойкой ремиссии при дистрофических процессах, поражающих кожу промежности.

2. Хронические дистрофические заболевания вульвы требуют постоянного наблюдения и лечения у гинеколога, учитывая возможный риск малигнизации.

### Денервация вульвы в лікуванні дистрофічних захворювань

**Ю.К. Памфаміров, В.О. Заболотнов, Ю.А. Кучеренко, Г.Л. Памфамірова, О.В. Карапетян, Г.А. Пучкіна**

Авторами наведено результати хірургічного лікування хворих з дистрофічними захворюваннями вульви, що не піддаються консервативному лікуванню.

У 20 пацієнток проведена денервация вульви за Горном. Позитивний результат отриманий у випадках з лейкоплакією вульви.

Застосування даної методики дозволяє досягти стійкої ремісії за наявності дистрофічних процесів, що уражають шкіру промежини та не купіруються за допомогою консервативної терапії.

**Ключові слова:** дистрофія вульви, хірургічне лікування.

**Vulvar denervation in dystrophy processes treatment**

**Y.K. Pamfamirov, V.A. Zabolotnov, Y.A. Kucherenko, G.L. Pamfamirova, O.V. Karapetian, G.A. Puchkina**

Authors present results of surgical treatment patients with the vulvar dystrophy which have failed conservative therapy. The vulvar denervation operation was carried out on 20 patient. A positive result is got in case of vulvar leukoplakia. Application of this method allows to attain persistent remission of dystrophy processes which affect the perineum skin, resistant to conservative treatment.

**Key words:** *vulvar dystrophy, surgical treatment.*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бохман Я.В., Койро М.А., Таджибаева Ю. Злокачественные опухоли вульвы. – Ташкент. Медицина, 1986.  
 2. Бохман Я.В. Руководство по онкологии. – СПб.: ООО Издательство Фолиант, 2002. – 542 с.  
 3. Гробель О.В., Куценко И.И. Технология хирургического лечения вульвоуретрального тракта //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2003. – № 5.

4. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) /Под ред. проф. Прилепская В. Н. – 2-е издание. – М.: Медпресс, 2000. – 432 с.  
 5. Зайнуллина Р.М., Глебова Н.Н., Валиуллина Н.З. Оптимизация лечения дистрофических заболеваний вульвы у женщин в постменопаузальном периоде //Российский вестник акушера-гинеколога – 2001–2002. – Т 1, вып. 1.  
 6. Asher U., Altmeyer P. Cryosurgery – the lost resort or a surgical alternative in the treatment of lichen sclerosus of the vulva //J. Detsch. Dermatol. Yes. – 2003. – Vol. 1 – P. 206–211.  
 7. Jiri Havas. atlas zakladnecch gynecologickecch vbginalnych operbcin, 1969.  
 8. Kugler K., Brincmeier., Fransch P.J. et al. Anogenital dermatoses – allergic and irritative causative //J. Detsch. Dermatol. Yes. – 2005. – Vol. 3 – P. 979–986.  
 9. Marini A., Blecken S., Ruzicka T. et. al. Lichen sclerosus. New aspects of pathogenesis and treatment //Hautarzt. – 2005.–Vol. 56. – P. 550–555.  
 10. Stucker M., Grape J., Bechara N.Y. et. al. The outcome after cryosurgery and intralesional steroid injection in vulvar lichen sclerosus corresponds to preoperative histopatological findings //Dermatology. – 2005. – Vol. 210. – P. 218–222.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

**РУБЦОВУЮ ТКАНЬ ПРЕВРАТИЛИ В МЫШЕЧНУЮ ТКАНЬ СЕРДЦА БЕЗ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК**

Ученые из медицинского центра при Университете Дьюка (Duke University Medical Center) превратили рубцовую ткань в мышечную ткань сердца без использования стволовых клеток, сообщает Medical Xpress. Исследование Виктора Дзау (Victor J. Dzau), Марии Миросцу (Maria Mirotso) и их коллег опубликовано в апрельском номере Circulation Research.

Часть тканей при инфаркте миокарда отмирает в результате прекращения доступа кислорода (ишемии). Через одну-две недели после сердечного приступа этот участок начинает замещаться рубцовой тканью, которая не может участвовать в сокращении сердца. Формирование рубца завершается примерно через 1-2 месяца.

Для превращения рубцовой ткани в мышечную ученые подобрали комбинацию

микроРНК (микроРНК 1, 133, 208 и 499). В ходе лабораторного эксперимента было доказано, что после однократного введения в клетку микроРНК происходит превращение фибробластов (клеток, участвующих в процессах заживления ран) в рабочие кардиомиоциты (клетки мышечной ткани сердца). "Перепрограммированные" клетки обладали характеристиками, присущими кардиомиоцитам.

После успешного лабораторного эксперимента ученые протестировали свою методику на мышах, страдающих ишемической болезнью сердца (инфаркт миокарда является острой формой ишемической болезни сердца). При однократном введении микроРНК фибробласты в работающем сердце также превращались в кардиомиоциты. Чтобы доказать, что кардиомиоциты в

сердечной мышце животных образовались именно из фибробластов, Дзау с коллегами провели генетический анализ этих клеток.

"Раз мы смогли "перепрограммировать" клетки в сердце, значит, то же самое возможно и в мозге, почках и других тканях. Это новый путь для регенеративной медицины", - прокомментировал открытие профессор Дзау.

Ученые считают, что применение микроРНК для регенерации тканей имеет преимущество перед трансплантацией стволовых клеток. Эта методика гораздо проще в применении, а также исключает возможность генетических изменений, неизбежно сопровождающих терапию стволовыми клетками. Теперь ученые планируют испытать свою методику на более крупных животных.

<http://medportal.ru>