DOI: 10.17117/na.2016.01.02.425

<http://ucom.ru/doc/na.2016.01.02.425.pdf>

Поступила (Received): 24.01.2016

Честнова Т.Е., Андреева Н.А., Науменко Е.И. Склероатрофический лихен вульвы у девочек Республики Мордовия. Распространенность. Этиопатогенез. Клинические проявления

**Chestnova T.E., Andreeva N.A., Naumenko E.I.
Vulvar lichen sclerosis at girls in the Republic of Mordovia.
Prevalence. Etiopatogenez. Clinical manifestations**

В статье говорится об увеличении случаев диагностики склероатрофического лишена вульвы у девочек Республики Мордовия.

Склероатрофический лихен вульвы это хроническое медленно прогрессирующее заболевание, которое характеризуется выраженной очаговой атрофии кожи и слизистых оболочек наружных половых органов. Пики склероатрофического лишена вульвы приходятся на препубертатный период и период постменопаузы. Диагностика данного заболевания затруднительна. Лечение комплексное, с учетом клинической формы

Ключевые слова: вульва, лихен, зуд, атрофия, гипостроения девочки

In article it is told about increase in cases of diagnostics of a vulvar lichen sclerosis at girls of the Republic of Mordovia. Vulvar lichen sclerosis is a chronic, slowly progressive disease characterized by severe focal atrophy of the skin and mucous membranes of the external genitalia. Peaks lichen sclerosis of the vulva occur in prepubertal and postmenopausal. Diagnosis of the disease is difficult. Treatment of complex, taking into account the clinical form

Key words: vulva, lichen, pruritus, atrophy, gipoestrogeniya, girls

Честнова Татьяна Евгеньевна

Студент

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева
г. Саранск, ул. Большевистская, 68

Chestnova Tatyana Evgenievna

Student

Mordovian state university named N.P. Ogarev
Saransk, Bolshevistskaya st., 68

Андреева Наталья Анатольевна

Кандидат медицинских наук, доцент

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева
г. Саранск, ул. Большевистская, 68

Andreeva Natalia Anatolievna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Mordovian state university named N.P. Ogarev
Saransk, Bolshevistskaya st., 68

Науменко Елена Ивановна

Кандидат медицинских наук, доцент

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева
г. Саранск, ул. Большевистская, 68

Naumenko Elena Ivanovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Mordovian state university named N.P. Ogarev
Saransk, Bolshevistskaya st., 68

Цель исследования: ранняя диагностика склероатрофического лишена вульвы у девочек для предупреждения развития осложнений в виде рубцов, атрофии малых половых губ, склерозирования входа во влагалище, крауроза вульвы, а также риска развития плоскоклеточной карциномы.

Актуальность: наблюдается рост числа больных склероатрофическим лихеном вульвы (САЛВ) во всех странах за последние годы. Заболеваемость составляет 1 случай на 1000 женщин [1]. При этом также отмечается рост САЛВ среди детей с дебютом в нейтральном периоде полового созревания (88%), в препубертатном и пубертатном периодах (12%) [2,3]. Актуальность САЛВ в педиатрической практике обусловлена увеличением случаев диагностик этого заболевания у девочек в республике Мордовия. По данным отчетной документации ДРКБ РМ г. Саранск за 2013-2015 гг. наблюдается рост числа девочек с САЛВ с 4% до 11,7% в структуре гинекологической патологии.

До настоящего времени неизвестна этиология данного заболевания, но имеются ассоциации между САЛВ и аутоиммунными, инфекционными заболеваниями, генетическими факторами, низким уровнем эндогенных половых гормонов.

Склероатрофический лишень это медленно прогрессирующее хроническое заболевание, характеризующееся выраженной очаговой атрофией кожи и слизистых оболочек наружных половых органов.

При склероатрофическом лихене на коже вульвы отмечается появление блестящих белесоватых склероатрофических папул с буроватым оттенком, диаметром 2-8 мм, наличием бляшек неправильной формы с четкими границами.

Возможным генезом развития САЛВ, по мнению К. В. Романенко (2010 г.), является аутоиммунный, о чем свидетельствует частая ассоциация с аутоиммунными заболеваниями, особенно с тиреоидитом Хашимото и аутоиммунным гастритом, витилиго, злокачественной анемией. У 21,5 % из 350 больных САЛВ было обнаружено хотя бы одно аутоиммунное заболевание, у 42 % хотя бы один тип аутоантител.

Гипотеза метаболической дистрофии. При САЛВ наблюдается избыточное образование хелонов – ингибиторов митоза – что препятствует делению эпителиальных клеток, а склерозированная дерма не в состоянии в достаточной степени влиять на синтез эпидермиса и нейтрализовать действие избытка хелонов, что приводит к истончению эпидермиса.

Согласно эндокринной гипотезе низкие эндогенные уровни эстрогена также нередко определяются у больных САЛВ. Эта ассоциация поддерживается существенно более высокой частотой САЛВ среди женщин в постменопаузе [4]. Отечественные ученые, изучая особенности экскреции половых гормонов и гонадотропинов у девочек, больных САЛВ, выявили дисгармональные нарушения в системе гипофиз-надпочечники-яичники. Большинство показателей половых гормонов у девочек, больных САЛВ, нормализуется к моменту менархе и наблюдается стихание клинических проявлений заболевания.

Возможную роль в возникновении САЛВ играет травматическое повреждение. В качестве травмирующих агентов в области гениталий у детей могут

выступать глистные инвазии, аллергические проявления, сопровождающиеся зудом, мастурбация [6].

Клиническая картина склероатрофического лихена гениталий характеризуется поражением вульвы и перианальной области. Выделяют следующие клинические формы: папулезная, эритематозно-отечная, витилигинозная, атрофическая, эрозивно-язвенная [5]. Ведущим симптомом заболевания является длительно существующий, мучительный, упорный зуд, жжение в аногенитальной области, возникающий преимущественно в ночное время [6]. Заболевание может сопровождаться парестезией, вульводинией, диспареунией, а также болью при мочеиспускании и дефекации. В 25% случаев, по данным зарубежных авторов, больные не предъявляют никаких жалоб.

Визуально ранние симптомы САЛВ проявляются в виде белесоватых пятен, асимметрии малых половых губ, трещин по средней линии промежности и в складках кожи. У девочек патологические изменения чаще выявляют на клиторе и внутренней поверхности больших половых губ. Возможны везикулярные высыпания и эрозии, а при поражении вульвы – отек клитора, телеангиэктазии и петехии на половых губах. Появляются белые многоугольные плоские папулы с неровными краями, нарушения пигментации, локальные алопеции, наличие очагов гладко-истонченного, блестящего эпидермиса. При длительном течении развивается атрофия кожи, которая сморщивается, становится депигментированной, похожей на папиросную бумагу или пергамент с втяжениями, синехиями малых половых губ и стенозом входа во влагалище. Наблюдаются деформации половых губ, промежности и анальной области. Их сравнивают с “цифрой 8”, “замочной скважиной”, “часовым стеклом”, “бабочкой” и даже “цветком лотоса”. Осложнениями атрофической стадии САЛВ могут быть изъязвления, трещины, образование пузырей, экхимозов, обширных гематом и гипертрофических очагов. Эти изменения могут наблюдаться также у детей [4,6].

Материалы и методы: проведен анализ 25 историй болезни больных САЛВ девочек, находящихся на стационарном лечении в ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница» г. Саранска в период 2014-2015 гг.

Рис. 1. Заболеваемость САЛВ

Результаты. По данным отчетной документации ДРКБ РМ г. Саранск за 2013-2015 гг. наблюдается рост числа девочек с САЛВ. Если в 2013 году заболеваемость САЛВ составляла 4% в структуре гинекологической патологии, то в 2015 году заболеваемость возросла в 3 раза и составила 11,7%. (Рис. 1)

По нашим данным наиболее часто САЛВ выявляется у девочек от 5-10 лет (70%), тогда как у девочек до 5 лет только 20%, а в возрасте 10-15 лет – 10%. (Рис.2).

Рис. 2. Возрастная структура заболеваемости САЛВ за 2013-2015 гг.

В большинстве случаев (55%) больные не предъявляли жалоб, а были выявлены при проведении профилактических осмотров. (Рис. 3).

Рис. 3. Наличие жалоб у девочек с САЛВ

Проведен анализ предъявляемых жалоб. Наиболее часто девочки жаловались на зуд в области наружных половых органов (70%), в три раза реже (23%)

на сухость кожно-слизистых покровов (23%), только 2% девочек на патологические выделения, 3% на наличие трещин в области вульвы и ануса, всего 1% на болезненность в области вульвы и следы сукровицы на нижнем белье. (Рис. 4).

Рис. 4. Жалобы девочек с САЛВ

Все девочки осмотрены гинекологом в первый день поступления в клинику. При визуальном осмотре почти у всех больных наблюдается истончение слизистой вульвы (95%), гораздо реже участки мацерации (3%), эксфолиации (0,5%), трещины в области вульвы и ануса (1%), изъязвления (0,3%), гематомы (0,2%). (Рис. 5.)

Рис. 5. Результат визуального осмотра девочек с САЛВ

В отделении всем девочкам с САЛВ проведено исследование гормонального фона. Установлено, что уровни эстрадиола находятся на нижней границе возрастной нормы, что соответствует физиологической гипоэстрогении, так как гормональная система в допубертатном периоде находится в состоянии покоя и ее становление начинается в препубертатном и пубертатном возрасте.

Закключение. Таким образом, учитывая отсутствие жалоб более чем у половины девочек с САЛВ, для ранней диагностики САЛВ необходимо проводить профилактические осмотры гинекологов. Наиболее характерным признаком САЛВ является истончение слизистой вульвы. Ранняя диагностика данного заболевания, назначение адекватного лечения будут способствовать предотвращению таких осложнений, как образование рубцов, атрофия малых половых губ, склерозирование входа во влагалище, крауроз вульвы, плоскоклеточная карцинома.

Список используемых источников:

1. Wedel N, BN, MN, Johnson L, Vulvar Lichen Sclerosus: Diagnosis and Management Journal for Nurse Practitioners. 2014. 10 (1). С. 42-48.
2. Коробейникова Э.А., Мартынова Л.М., Анисимова А. В. Клинические аспекты ограниченной склеродермии // Рос. журн. кож. и вен. бол. 2004. №3. С. 27-29.
3. Уколова И.Л., Бижанова Д.А., Дядик Т.Г. Клиника, диагностика и лечение склероатрофического лишена вульвы у девочек // Педиатрия. 2006. № 2. С. 49-52.
4. Романенко К.В. Диагностическая значимость гистологического исследования при раннем изолированном склероатрофическом лихене вульвы // Український журнал дерматології, венерології, косметології. № 3 (38). 2010. С. 140-146.
5. Чупрова Т.В., Анциферова Л.Н., Санникова Т.Г., Емельянчик Е.Ю., Кириллова Е.П., Красовская Н.В., Аникина Е.А. Особенности течения склероатрофического лишена вульвы у детей // Лечащий врач. 2012. № 01.
6. Уколова И.Л., Бижанова Д.А., Дядик Т.Г. Клиника, диагностика и лечение склероатрофического лишена вульвы у девочек // Детская больница. №3. 2009. С. 24-28.

© 2016, Честнова Т.Е., Андреева Н.А., Науменко Е.И.
Склероатрофический лишень вульвы у девочек
Республики Мордовия. Распространенность.
Этиопатогенез. Клинические проявления

© 2016, Chestnova T.E., Andreeva N.A.,
Naumenko E.I.
Vulvar lichen sclerosus at girls in the Republic of
Mordovia. Prevalence. Etiopatogenez. Clinical
manifestations