

УДК 618.16

**ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ**

**М. Л. Добрынина<sup>2</sup>**, кандидат медицинских наук,  
**Н. А. Смирнова<sup>1\*</sup>**

<sup>1</sup> ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Минздрава России, 153045, Россия, г. Иваново, ул. Победы, д. 20

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.

**Ключевые слова:** вульва, дистрофические заболевания, патогенез, экстрагенитальная патология.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): [natysiasmirnova@yandex.ru](mailto:natysiasmirnova@yandex.ru).

Хронические дистрофические заболевания вульвы (ДЗВ) – большая группа болезней, включающая несколько нозологических форм. Известны нейрогенная, эндокринная, инфекционная, наследственная, аутоиммунная теории патогенеза ДЗВ. Наиболее часто данная патология связана с выраженной гипострогией в менопаузальный период. При этом отмечен рост числа пациенток с ДЗВ позднего репродуктивного периода.

Цель исследования – выявить частоту сопутствующей экстрагенитальной патологии у пациенток с ДЗВ.

Проводился анализ клинико-анамнестических и лабораторных данных женщин, которые проходили лечение в ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Минздрава России. Основную группу составили 52 пациентки с ДЗВ. Группу сравнения – 36 женщин, госпитализированных с другой гинекологической патологией в тот же период времени. Средний возраст в основной группе и в группе сравнения достоверно не различался ( $58,2 \pm 2,6$  и  $59,5 \pm 3,3$  года соответственно). В основной группе было 19 женщин с ДЗВ, у которых заболевание возникло еще в репродуктивный период. Оценивали акушерско-гинекологический анамнез, наличие экстрагенитальной патологии (заболевания сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной систем), показатели липидного и углеводного обмена.

Статистический анализ полученных данных осуществляли при помощи программ MS Excel, OpenEpi. За критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали  $p < 0,05$ .

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза оценивались следующие данные: наличие менструации или менопаузы, возраст возникновения менопаузы, число беременностей, родов, медицинских аборт, выкидышей, наличие внематочной беременности и сопутствующей гинекологической патологии.

Менопауза у женщин с ДЗВ наступила раньше, чем у пациенток группы сравнения ( $48,7 \pm 1,3$  и  $54,8 \pm 2,6$  года соответственно,  $p < 0,05$ ). По другим параметрам сравнения акушерско-гинекологического анамнеза достоверных различий между группами не выявлено.

В основной группе у 71,5% женщин достоверно чаще отмечалась патология желудочно-кишечного тракта, которая была представлена следующими нозологическими формами: желчнокаменная болезнь, гепатит, хронический холецистит, панкреатит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, гастродуоденит (в основной группе – у 71,5%, в группе контроля – у 18,7%,  $p < 0,001$ ; ОР 2,47, ДИ [1,6–3,79]) Преобладало сочетание гастродуоденита с желчнокаменной болезнью, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с холециститом.

Выявлены также заболевания нервной, мочевыделительной систем, патология щитовидной железы, частота которых в изучаемых группах достоверно не различалась.

В основной группе в 71,0% случаев встречалась гиперхолестеринемия (в группе контроля – в 33,0%,  $p < 0,001$ ; ОР 1,96 ДИ [1,28–3,01]).

Большой интерес представляли пациентки, у которых ДЗВ развились до наступления менопаузы. В этой подгруппе патология желудочно-кишечного тракта отмечалась в 2 раза чаще, чем в группе контроля ( $p < 0,001$ ; ОР 2,79; ДИ [1,43–5,44]).

Ряд авторов отмечает связь между хроническими дерматозами и гастроэнтеропатиями. При этом наблюдаются кожные изменения в виде гипотрофии, сухости, шелушения, снижения эластичности, очаговые элементы сыпи с резким уплотнением и усилением рисунка кожи. У пациенток с ДЗВ кожный зуд является одной из главных жалоб. Многие авторы указывают на связь между кожным зудом, устойчивым к антигистаминной терапии, наличием хеликобактерной инфекции и избыточным бактериальным ростом

в тонком кишечнике, что, возможно, способствует активации воспалительного процесса в организме с продукцией цитокинов, эйкозаноидов и других медиаторов, а также развитию аллергических реакций и ухудшению регенераторных возможностей эпителия кишечника. Снижение барьерной функции кишечника приводит к увеличению проникновения микробных антигенов и продуктов их метаболизма в кровь, обуславливая избыточную стимуляцию иммунной системы с развитием аномальных воспалительных и аутоиммунных реакций. Одновременное вовлечение в патологический процесс печени, кишечника и поджелудочной железы приводит к перегрузке

функций этих органов. На фоне нарушенного обмена веществ это приводит к прогрессированию атерогенеза. Гиперхолестеринемия и атеросклероз не могут не сказываться на функции других органов и систем, в том числе и половой, когда процессы альтерации преобладают над различными процессами регенерации.

Таким образом, патология желудочно-кишечного тракта не является непосредственной причиной развития ДЗВ, но имеется вероятность того, что она провоцирует развитие данного заболевания и отягощает его течение.

---

#### **RISK FACTORS FOR VULVA DYSTROPHIC DISEASES**

**M. L. Dobrynina, N. A. Smirnova**

**Key words: vulva, dystrophic diseases, pathogenesis, extra-genital pathology.**