

Информация об авторах: Чистякова Марина Владимировна — ассистент, к.м.н., e-mail: m.44444 @yandex.ru;
Говорин Анатолий Васильевич — ректор, заведующий кафедрой, д.м.н., профессор;
Радаева Евгения Владимировна — ассистент, к.м.н.; Гончарова Елена Валерьевна — профессор, д.м.н.;
Морозова Евгения Ивановна — ассистент.

© РЕУЦКАЯ М.А., КУЛИНИЧ С.И. — 2012
УДК 618.16

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ

Марина Анатольевна Реуцкая, Светлана Ивановна Кулинич
(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования,
ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра акушерства и гинекологии, зав. — д.м.н., проф. С.И. Кулинич)

Резюме. Проведено обследование 209 пациенток с заболеваниями вульвы, у 99,33% женщин выявлена генитальная инфекция с преобладанием грибов рода *Candida*. У всех пациентов заболевание носило хронический характер, что подтверждено вульвоскопическим и гистологическим исследованиями. Определены три степени тяжести течения заболевания.

Ключевые слова: хронический вульвит, генитальный кандидоз, вульвоскопия, заболевания вульвы.

MICROBIOLOGICAL AND MORPHOLOGICAL REASON OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF VULVAR DISEASES

М.А. Reutskaya
(Irkutsk State Academy for Postgraduate Medical Education)

Summary. 209 patients with vulvar disease were examined, 99.33% of the women were identified to have genital infection with prevalence of fungi *Candida*. All the patients' diseases were of a chronic nature, that was confirmed by histologic and vulvoscopic exams. Three degrees of the disease severity were defined.

Key words: chronic vulvitis, Candidiasis infection, vulvoscopy, vulvar diseases.

Заболевания вульвы у женщин, особенно дистрофические относятся к одному из самых трудных разделов гинекологии и онкологии. При этом 50-65% пациенток с данной патологией — это женщины в перименопаузе. По-прежнему остается много спорного в трактовке предопухолевых фоновых и предраковых состояний в органе [1,3,4]. Единой концепции этиологии, патогенеза, методов лечения поражений вульвы до настоящего времени не выработано [2,6,7]. Полиэтиологичность заболеваний органа — мишени репродуктивной системы у женщин в настоящее время общепризнанна [5,8].

Цель исследования — оценить роль генитальных инфекций в формировании вульвитов и получить обоснованные результаты этиотропной терапии.

Материалы и методы

Проведено обследование 209 пациенток с жалобами на зуд, жжение, дискомфорт в области вульвы различной степени выраженности (пациенты обследованы на базе Иркутского городского центра Молекулярной диагностики, городского перинатального центра г. Иркутска и кафедры акушерства и гинекологии ИМАПО).

Жалобы были обусловлены длительно беспокоившим женщин заболеванием вульвы. До момента наблюдения пациентки проходили стандартное лечение в условиях женских консультаций и Областного онкологического диспансера и в дальнейшем обратились в вышеуказанные лечебные учреждения в период с января 2008 по январь 2010 года. Критерием отбора пациенток были хронические, длительно текущие, рецидивирующие, не поддающиеся консервативной терапии заболевания вульвы и отсутствие сопутствующей соматической и гинекологической патологии. Из ретроспективных пациенток сформировано 2 группы: I-я основная (проспективная) — группа из 148 женщин, прошедших обследование и лечение по предложенной нами схеме (противовоспалительное лечение, согласно выявленному возбудителю и чувствительности к лекарственному препарату); II-ая (ретроспективная) — группа

сравнения из 61 пациентки, получивших лечение, соответственно имеющимся стандартам.

В дальнейшем, после скринингового обследования на инфекции I-ая группа была разделена на 3 подгруппы, соответственно выявленному возбудителю: Ia подгруппа из 77 пациенток с генитальным кандидозом; Ib — 52 женщины с генитальной вирусной инфекцией и Ic — 19 пациенток с бактериальной инфекцией. Кроме того, нами взяты на обследование 42 здоровые женщины для сравнения иммуноглобулинов и цитокинов цервикальной слизи.

Пациентки основной группы и группы сравнения были разделены на подгруппы с целью оценки частоты встречаемости заболевания в различных возрастных категориях от 30 до 39, от 40 до 49 лет и от 50 до 59 лет. Средний возраст женщин с заболеваниями вульвы составил $48,3 \pm 2,5$ года в основной группе, в группе сравнения — $49,2 \pm 3,1$, в группе здоровых женщин — $48,7 \pm 2,1$.

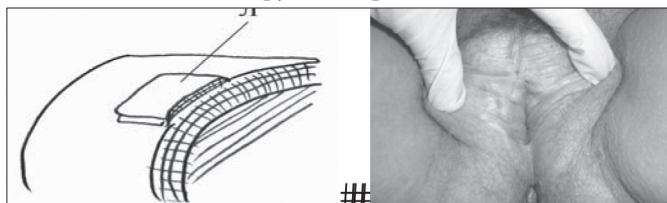


Рис. 1. Лейкоплакия

Фото 1. Лейкоплакия вульвы

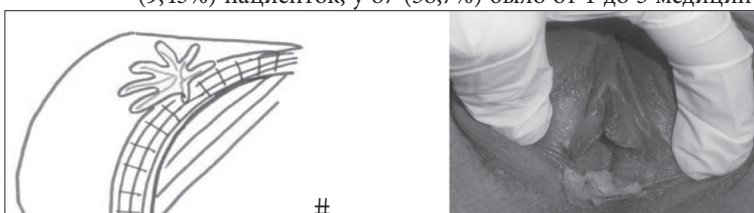


Рис. 2. Кондилома вульвы

Фото 2. Кондиломы вульвы

Таблица 1

Динамика изменений вульвоскопических картин в процессе лечения у пациенток основной группы (n=148)

Вульвоскопические символы	Месяцы наблюдения			
	0	3	6	12
Истончение МПЭ	20*	15	3	1*
Утолщение МПЭ	24*	19	2	2*
Отек МПЭ и усиление типичного сосудистого рисунка	31*	12	1	1*
Подслизистые кровоизлияния	19*	10	2	2*
Наличие характерного творожистого налета	15**	4**	0	0
Трещины слизистой вульвы	29**	8	3**	0
Лейкоплакия вульвы	8***	2***	0	0
Пунктация и мозаика	2	0	0	0

Приложение: *p<0,005, **p<0,001, ***p<0,05.

ских аборта в анамнезе, 5 и более — у 47 (31,7%). В группе сравнения эти показатели были у 8 (13,1%), у 37 (60,6%), у 16 (26,2%) соответственно, т.е. статистически значимой разницы в возрасте в сравниваемых группах практически не выявлено. При анализе статистических показателей всех групп выявлено, что по возрастному критерию группы были статистически однородны (p<0,001). Перед исследованием у пациентов было взято письменное согласие на проведение обследования и лечения согласно требованиям, предъявляемым Хельсинской Декларацией Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000).

Полученные результаты исследования подвергались сопоставлению и статистической обработке методами параметрической и непараметрической статистики. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез p<0,05.

Результаты и обсуждение

Из 209 пациенток, обратившихся с заболеваниями вульвы, мы взяли для проведения комплексного обследования и лечения 148 женщин, которые были разделены на 3 подгруппы соответственно выявленной микрофлоры:

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%);

Ic подгруппа — с бактериальной флорой — 19 (12,83%).

В Ia исследуемой подгруппе различные типы кандидозной инфекции имели место в виде: *Candida albicans* выявлена 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.

Во Ib подгруппе выделены: вирус папилломы человека (6,11,18 и 33) выявлены у 39 (26,35%) пациенток, вирус генитального герпеса — у 8 (5,40%), цитомегаловирус — у 5 (3,37%) пациенток.

В Ic подгруппе обнаружена бактериальная флора и была распределена следующим образом: хламидиоз обнаружен у 3 пациенток, что составило 2,02% случаев, микоплазмоз — у 5 (3,37%), уреаплазмоз — у 7 (4,72%), трихомониаз — у 3 (2,02%). И только у 1 (0,67%) женщины не выявлен инфекционный агент.

Таким образом, при наличии заболеваний вульвы наиболее выявляемым инфекционным агентом оказалась кандидозная инфекция (*Candida albicans*), на втором месте — генитальная вирусная инфекция, с преобладанием вируса папилломы человека.

Анализ вульвоскопических картин у женщин проспективной группы представлен следующими символами: истончение многослойного плоского эпителия (атрофия), утолщение многослойного плоского эпителия, отек многослойного плоского эпителия и усиление сосудистого рисунка, наличие творожистого налета на вульве, подслизистые кровоизлияния, трещины слизистой вульвы, тонкая лейкоплакия вульвы, пунктация, мозаика и кондиломы вульвы.

В процессе лечения пациенток основной группы (после элиминации возбудителя инфекции и хирургического лечения) морфологическое состояние кожно-слизистого покрова вульвы было восстановлено и не изменилось в процессе наблюдения (в течение 12 месяцев) у большинства пациенток, и только у 6 женщин наблюдались незначительные признаки хронического воспаления вульвы. Динамика изменения вульвоскопических картин в процессе лечения отражена в таблице 1.

При анализе результатов гистологических картин биоптатов вульвы у пациенток проспективной группы обращает на себя внимание наличие признаков хронического воспаления в слизистой вульвы, проявляющееся как наличием лейкоцитарной и лимфоцитарной инфильтрации слизистой, так и изменением клеточных и стромальных структур (утолщение, отек, наличие пролиферативных процессов, а также истончения эпидермиса, его гипер- и паракератоз). У 70 (90,9%) пациенток

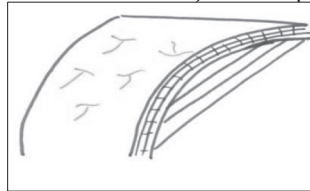


Рис. 3. Атрофия вульвы

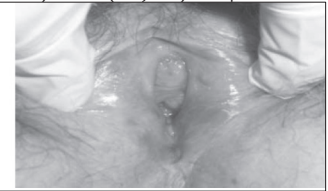


Фото 3. Вульвит, представленный истончением многослойного плоского эпителия и усиленной сосудистой сетью

кандидозной генитальной инфекцией в биоптате обнаружен мицелий гриба, что свидетельствует о длительно текущем процессе в слизистой вульвы.

Сравнительная характеристика гистологических картин женщин с заболеваниями вульвы представлена в таблице 2.

В результате наблюдения и лечения пациенток основной группы и соотношения эффективности про-

Таблица 2

Особенности гистологических картин биоптатов вульвы у пациенток с заболеваниями вульвы

Гистологическая картина	Основная группа (n=148)			
	Ia подгруппа n %	Ib подгруппа n %	Ic подгруппа 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. Изменённые 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 эластических и коллагеновых волокон	33 42,85	5 9,61	0 0	
9. Выявление мицелия гриба в стромах 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 61,5	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	

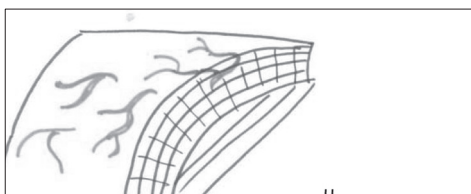


Рис. 4. Отек, усиление сосудистой сети



Фото 4. Вульвит, представленный отеком кожи и слизистой вульвы, усилением сосудистой сети

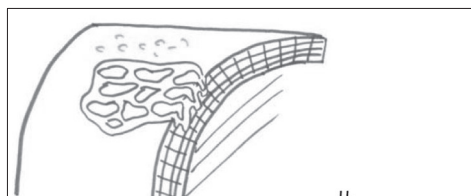


Рис. 5. Мозаика и отек МПЭ



Фото 5. Вульвит, представленный отеком МПЭ и мозаикой.

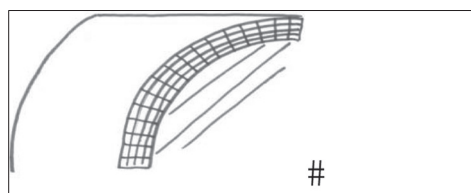


Рис. 6. Многослойный плоский эпителий



Фото 6. Нормальное состояние кожи и слизистой вульвы

водимой терапии в основной группе и группе сравнения были **сформированы клинические картины заболеваний вульвы по степени тяжести** и распространенности поражения кожно-слизистого покрова вульвы, а также разработан алгоритм диагностики и лечения данных состояний. Клинические диагнозы были сформулированы в виде вульвитов по степени тяжести поражений

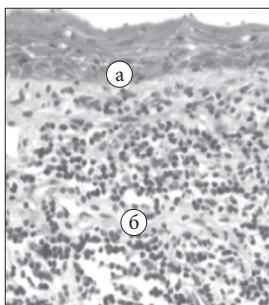


Рис. 7. Хронический вульвит: а — утолщение многослойного плоского эпителия, б — лейкоцитарная инфильтрация в строме



Рис. 8. Атрофия многослойного плоского эпителия вульвы: а — истончение многослойного плоского эпителия, б — фиброз стромы

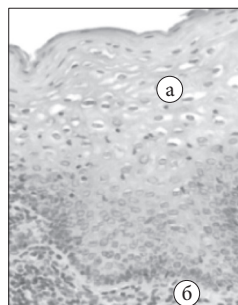


Рис. 9. Лейкоплакия вульвы: а — гиперкератоз, б — лейкоцитарная инфильтрация в строме

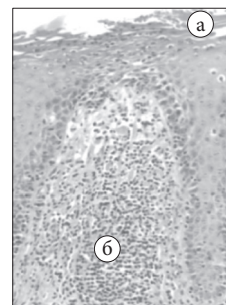


Рис. 10. Кандидозный вульвит: а — истончение и слущивание многослойного плоского эпителия, б — лимфоцитарная инфильтрация стромы, сочетающаяся с нитями мицелия

вульвы. Для **лёгкой степени тяжести** течения заболевания характерно продолжительность заболевания от нескольких месяцев до 2 лет, периодические клинические проявления в виде зуда, дискомфорта в области наружных половых органов, диспареуния, визуально — атрофия, депигментация, гиперемия, творожистый налёт или везикулы или небольшие язвочки — трещины; вульвоскопически — незначительный отёк или атрофия слизистой вульвы, гистологически — незначитель-

ный отёк или атрофия стромы слизистой. Качество жизни женщины не нарушено.

При **средней степени тяжести** течения продолжительность заболевания составила от 2 до 5 лет, постоянный зуд, усиливающийся по ночам, визуально — истончение, гиперемия, трещины, мокнутие, язвы, грубый творожистый налёт или мягкие белые плёнки, снимающиеся 3% раствором перекиси водорода и возникающие после этого белые «островки»; вульвоскопически — умеренно выраженный отёк или атрофия, выраженная гиперемия слизистой вульвы, наличие характерного творожистого налёта; гистологически — выраженный отёк стромы слизистой, лейкоцитарная и лимфоцитарная инфильтрация, фиброз стромы. Качество жизни пациентки ухудшается в период обострения.

Для **тяжёлой степени тяжести** заболевания характерно длительное течение (свыше 5 лет), выраженные постоянные клинические симптомы, нарушающие качество жизни женщины; при вульвоскопии наиболее часто выявлялся отёк или атрофия слизистой вульвы, паретическое расширение сосудов, лейкоплакия вульвы, атипический эпителий, мозаика, пунктация; гистологически — кроме вышеописанных признаков, характерных для средней степени тяжести течения заболевания, имели место кондиломы, прорастания нитей мицелия в толщу кожно-слизистого покрова, дисплазии I — III ст.

У пациенток с хроническими длительно текущими заболеваниями вульвы, получавшие неоднократные курсы симптоматического лечения при бактериологическом, бактериоскопическом и ПЦР-исследованиях выявлены различные виды инфекций, преобладающим из них оказался генитальный кандидоз у 52,02% и вирус папилломы человека у 26,35% и бактериальная флора имела место у 12,8% женщин.

Выявление инфекционных возбудителей вульвитов в проспективной группе больных и проведение этиотропной терапии позволило снизить число рецидивов с 57,3% до 4,05% и получить эффект от этиотропного лечения в 95,95% ($p < 0,005$).

Таким образом, поражения вульвы воспалительным процессом носит типичный характер, ранее представленных картин (крауроза, лейкоплакии, склеротического лихена и т.д.). Однако, на наш взгляд, вполне доказательным выглядит признание диагноза хронический рецидивирующий вульвит I-III степени тяжести, так как этиотропная терапия привела к получению 95,9% эффективности лечения и позволила добиться восстановления нормального анатомо-морфологического состояния кожно-слизистого покрова вульвы. Доказательством явились исчезновения вульвоскопических изменений.

трансмиссионные инфекции влагалища и вульвы у женщин репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. — 2008. — №1. — С. 3-6.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневская Е.Е. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли женских половых органов. — Минск: Выш. шк., 2002. — 416 с.
2. Кира Е.Ф., Муслимова С.З. Современный взгляд на не-

3. Кулагин В.И., Маркина Е.И. Этиология и патогенез склеро-

атрофического лихена вульвы // Рос. журн. кожных и венерических болезней. — 2003. — №2. — С. 51-52.

4. Левончук Е.А. Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз: этиология, патогенез, лечение // Мед новости. — 2001. — №4. — С. 40-43.

5. Лопатина Т.Н., Муслимова С. Урогенитальный кандидоз: современные представления // Врач. — 2008. — №2. — С. 16-18.

6. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Грибковые инфекции в гинекологии. Принципы лечения // Гинекология. — 2007. — Т. 9, №6. — С. 4-6.

7. Русакевич П.С. Заболевания вульвы: Практическое руководство. — М.: МИА, 2007. — С.73-1414.

8. Zarcone R., et al. Current etiopathogenetic views in vulvar cancer // Panminerva med. — 1997. — Vol. 39, N 1. — P. 30-34.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ГБОУ ИГМАПО, e-mail: egemeeva71@mail.ru, Реуцкая Марина Анатольевна — аспирант, Кулинич Светлана Ивановна — заведующая кафедрой, профессор, д.м.н.

© БЕРЕЗНИКОВ А.В., КОНЕВ В.П., АХМЕДОВ В.А., ПИСЬМЕННЫЙ И.В. — 2012
УДК 616.12-009.72-08:340.6

МЕТОД СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ОКАЗАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Алексей Васильевич Березников¹, Владимир Павлович Конев¹,
Вадим Адильевич Ахмедов¹, Игорь Викторович Письменный²

(¹Омская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. А.И. Новиков, кафедра судебной медицины с курсом правоведения, зав. — д.м.н., проф. В.П. Конев, кафедра факультетской терапии, зав. — д.м.н., проф. В.А. Остапенко; ²МУЗ г. Омска «Городская поликлиника №3», гл. врач — И.В. Письменный)

Резюме. Сформулированные критерии положительных последствий медицинской помощи ориентированы на вероятные исходы от воздействия лечебно-диагностических мероприятий на патологический процесс, что позволяет эксперту прогнозировать дальнейшую его динамику и последствия оказания медицинской помощи при экспертизе случаев оказания терапевтической помощи больным со стенокардией. Применение алгоритмированной экспертной оценки случаев оказания медицинской помощи больным со стенокардией позволяет объективизировать заключение и выводы эксперта.

Ключевые слова: стенокардия напряжения, экспертиза терапевтической помощи, стандартизация

FORENSIC MEDICINE METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE EXPERT APPRAISAL OF THERAPEUTIC CARE QUALITY IN ANGINA PECTORIS

A.V. Bereznikov¹, V.P. Konev¹, V.A. Akhmedov¹, I.V. Pismennyy²
(¹Omsk State Medical Academy; ²Outpatients Department №3 Omsk)

Summary. The formulated criteria of positive consequences of medical care are oriented to the likely outcomes of exposure to medical and diagnostic actions on the pathological process, which allow an expert to predict its further dynamics and consequences of rendered medical care. The algorithmized expert appraisal of cases of medical care delivery makes it possible to objectify the opinion and conclusion of an expert in respect of the patients with angina pectoris.

Key words: angina pectoris, expert examination of medical care quality, standardization

Стенокардия напряжения — форма ишемической болезни сердца — довольно часто встречается не только в клинической, но и в экспертной практике [1, 7, 8, 9]. Большинство случаев оказания медицинской помощи попадает на экспертизу после возникновения инфаркта миокарда или смерти больного, значительно реже на экспертизу направляются случаи без нежелательных последствий. Следует подчеркнуть, что при производстве комиссионной судебно-медицинской экспертизы по таким случаям в качестве экспертов — членов комиссии привлекаются клиницисты: терапевты, кардиологи, врачи функциональной диагностики.

Одной из основных практических задач судебной медицины — это ответы на вопросы суда и следственных органов [1, 2]. Перед экспертами ставится целый ряд вопросов: об оценке исхода заболевания, о правильности и своевременности диагностики и лечения ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения; о наличии дефектов в оказании терапевтической помощи, о наличии прямой или косвенной взаимосвязи между дефектами терапевтической помощи и исходами заболевания. Нередко экспертам приходится квалифицировать медицинскую помощь как надлежащую или ненадлежащую, определять её качество.

Сложность работы экспертов по таким делам заключается в отсутствии научных данных об эффективности медицинской помощи по поводу стенокардии напряжения в условиях практического здравоохранения, влия-

нии тех или иных дефектов оказания медицинской помощи на исходы и динамику патологического процесса [1, 2, 8]. В результате эксперты вынуждены отвечать на поставленные вопросы и квалифицировать терапевтическую помощь, основываясь только на собственном опыте и мнении, что приводит к неоднозначности оценки одного и того же случая различными экспертами. К сожалению, порядка трети экспертов клиницистов склонны оценивать действия своих же коллег более негативно, чем это есть на самом деле.

Цель: разработать методику судебно-медицинской экспертной оценки в случаях оказания терапевтической помощи больным со стенокардией напряжения.

Материалы и методы

Мы проанализировали 142 случая экспертизы медицинской помощи по поводу ишемической болезни сердца, проявляющейся стенокардией напряжения. Все случаи проспективно наблюдались в течение 36 месяцев. На основании полученных результатов проведена оценка эффективности стандартной и нестандартной медицинской помощи в условиях практического здравоохранения. Все материалы по данной работе получены посредством экспертной службы страховой медицинской организации и собственных наблюдений кафедры судебной медицины с курсом правоведения Омской государственной медицинской академии.