

Опыт применения аутоплазмы у женщин со склероатрофическим лихеном

Богослав Юлия Петровна – доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, врач акушер-гинеколог

Даценко Мария Валентиновна – врач - ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Солодченко Мария Дмитриевна - врач-ординатор кафедры дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии, кафедра дерматовенерологии и косметологии, медицинский центр «Красота и здоровье» г. Донецк

29 мая 2026 г.

Склероатрофический лихен (САЛ)

- (крауроз вульвы, склерозирующий лихен) — хроническое прогрессирующее атрофическое заболевание кожи и слизистых оболочек наружных половых органов. Характеризуется истончением, сухостью, потерей эластичности тканей, что может приводить к деформации анатомических структур

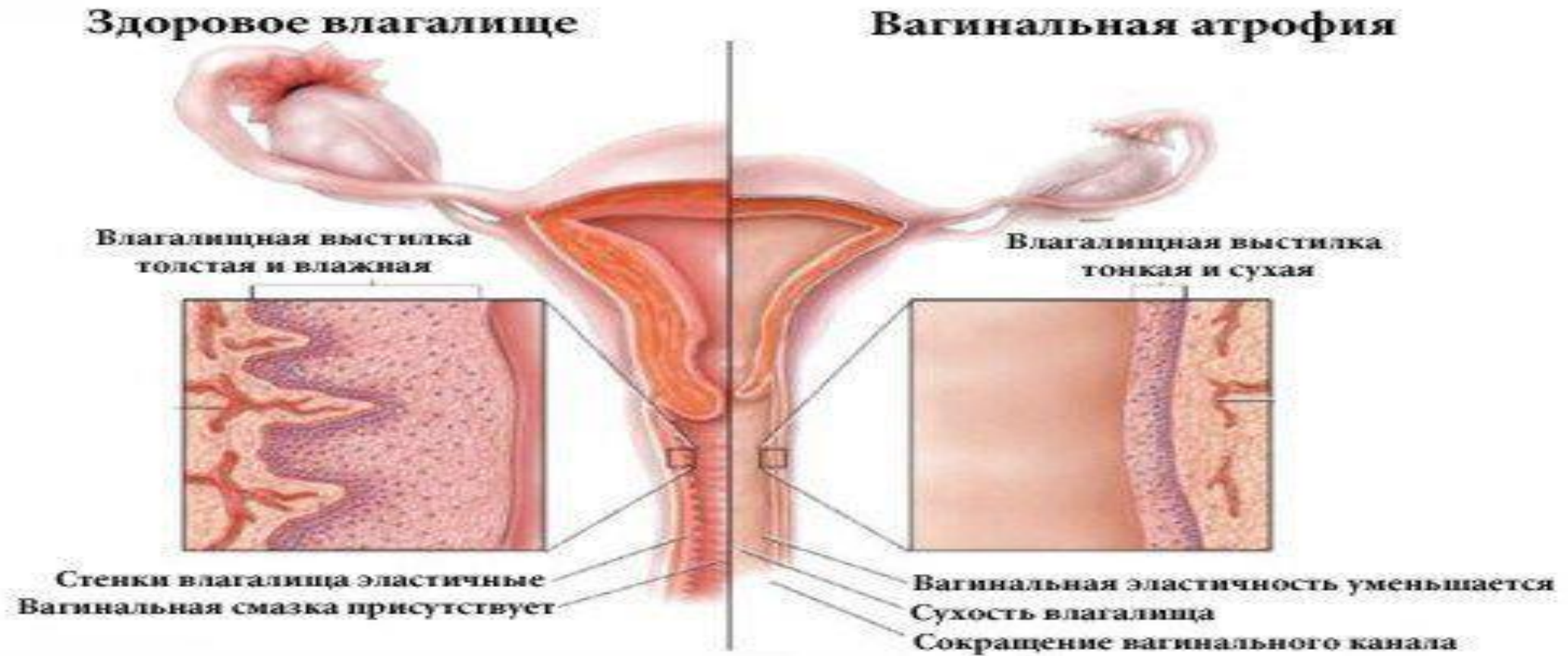
САЛ это мультифакторное состояние

- **Гормональные изменения** - особенно в период менопаузы, когда снижается уровень эстрогенов.
- **Аутоиммунные нарушения** — иммунная система начинает ошибочно атаковать собственные клетки кожи вульвы. Это подтверждается тем, что заболевание часто сочетается с другими аутоиммунными патологиями.
- **Генетическая предрасположенность** — примерно у каждой пятой пациентки отмечается семейный характер заболевания.
- **Провоцирующие факторы:** хронические воспалительные процессы в области гениталий, механические травмы или операции, нарушения обмена веществ (сахарный диабет, ожирение), сильные или затяжные стрессы.

Симптомы САЛ

- **Нестерпимый зуд** (вульводиния), который часто усиливается ночью, после горячего душа, физических нагрузок, при перегреве или употреблении острой пищи.
- **Сухость, чувство стянутости и жжения** — кожа и слизистая теряют естественную увлажнённость.
- **Визуальные изменения:** на коже появляются белесые участки, напоминающие пергамент или слоновую кость. Поражённые ткани истончаются, легко травмируются, образуя болезненные трещины.
- **Анатомические деформации:** по мере прогрессирования малые половые губы и клитор сглаживаются или исчезают, вход во влагалище и отверстие мочеиспускательного канала сужаются.
- **Функциональные нарушения:** половой акт становится болезненным или невозможным (диспареуния), могут возникать боли при мочеиспускании и дефекации.

Менопаузальные изменения репродуктивных органов



Возрастные изменения кожи у женщин

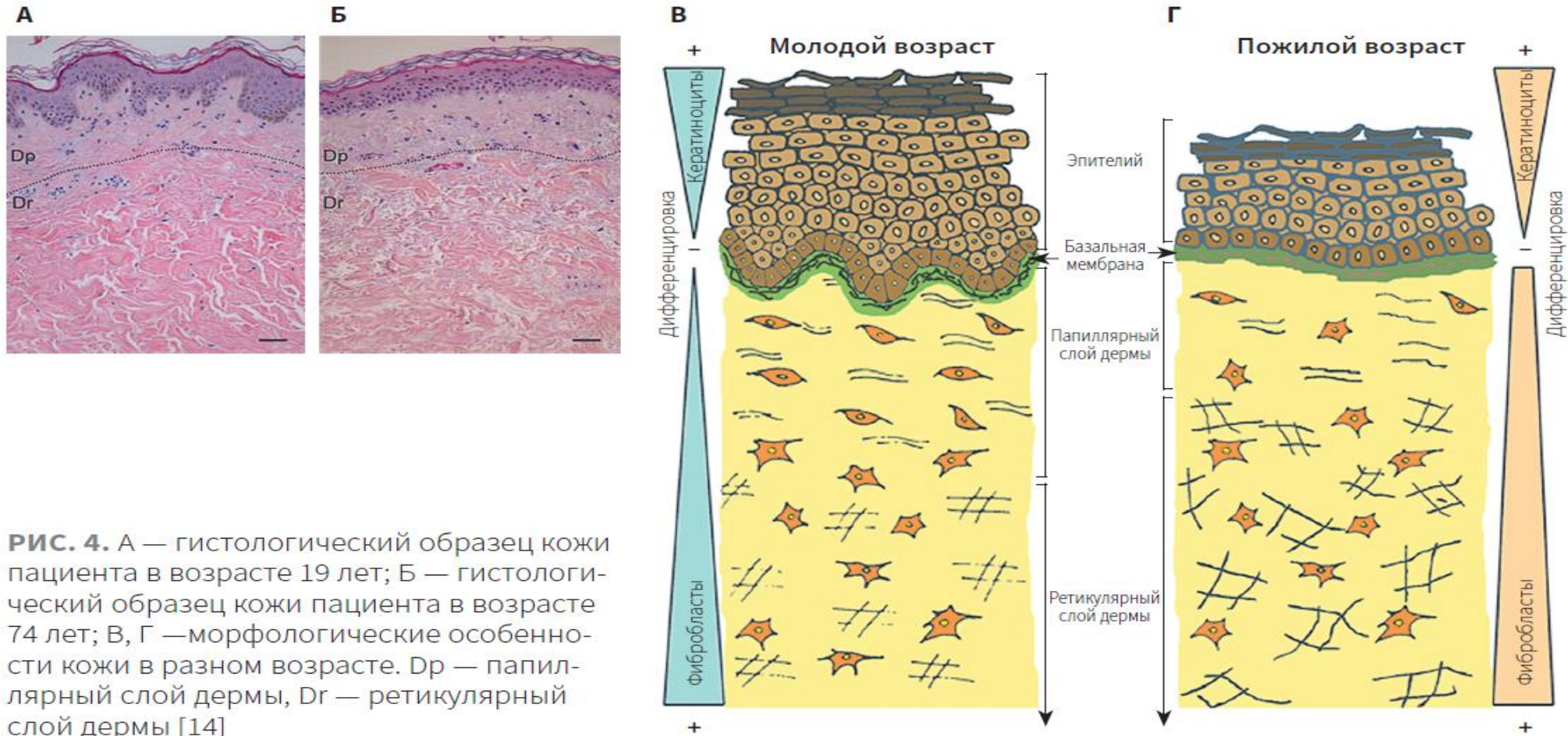
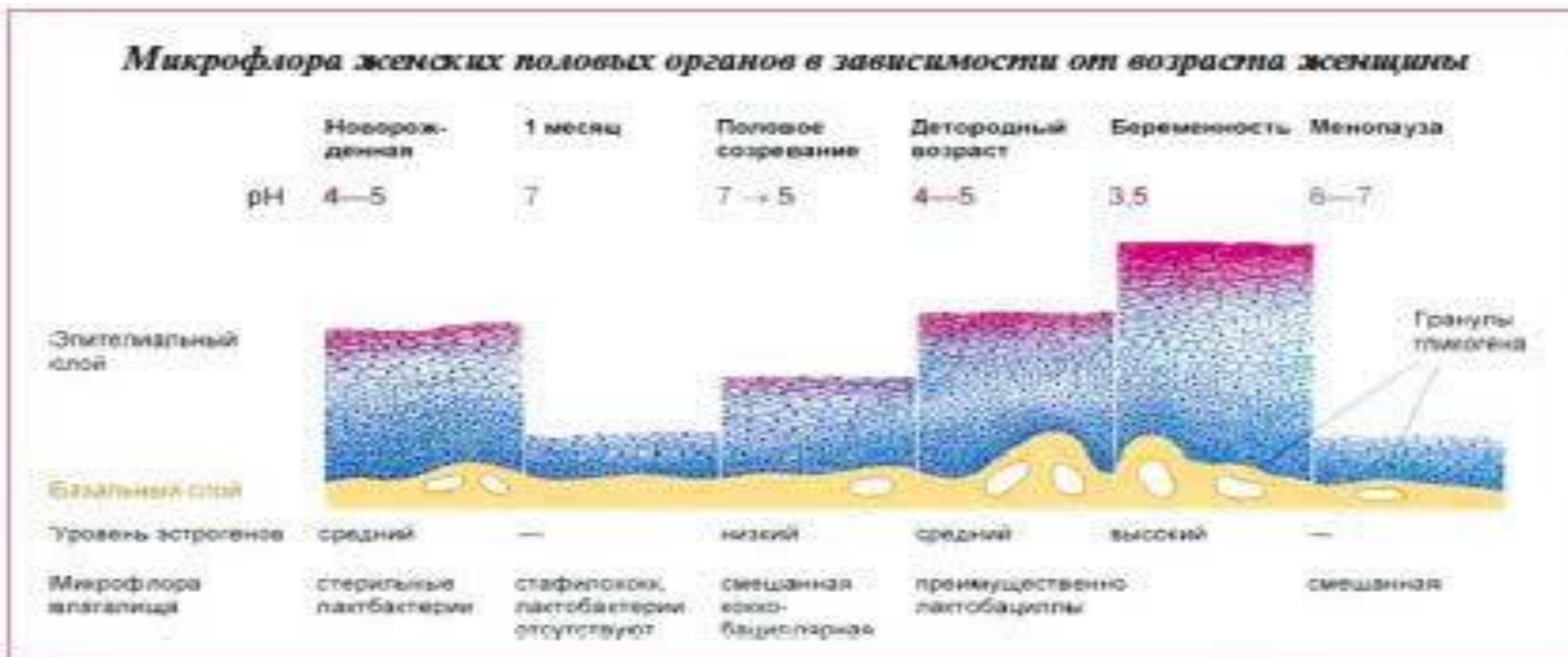


РИС. 4. А — гистологический образец кожи пациента в возрасте 19 лет; Б — гистологический образец кожи пациента в возрасте 74 лет; В, Г — морфологические особенности кожи в разном возрасте. Dp — папиллярный слой дермы, Dr — ретикулярный слой дермы [14]

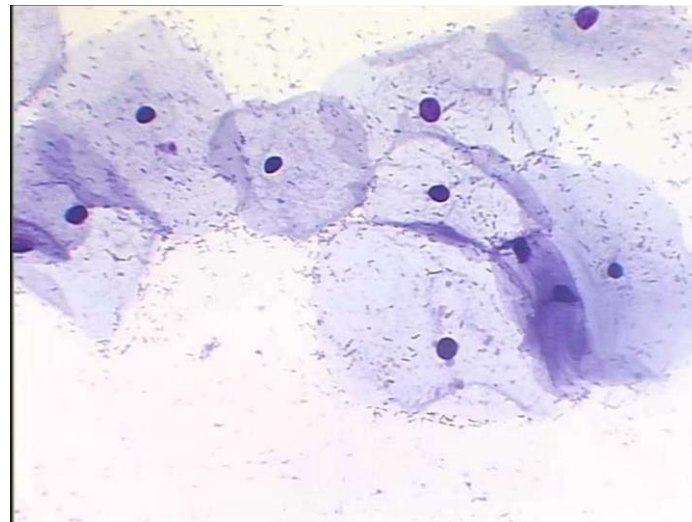
Возрастная динамика изменений вагинального эпителия

Микрофлора женских половых органов в зависимости от возраста женщины

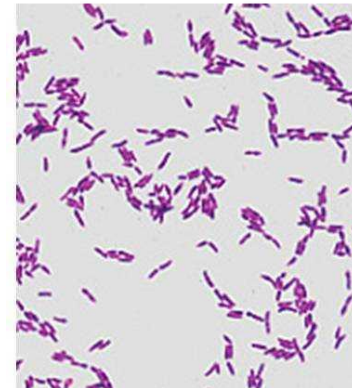


Изменения микробиоценоза влагалища

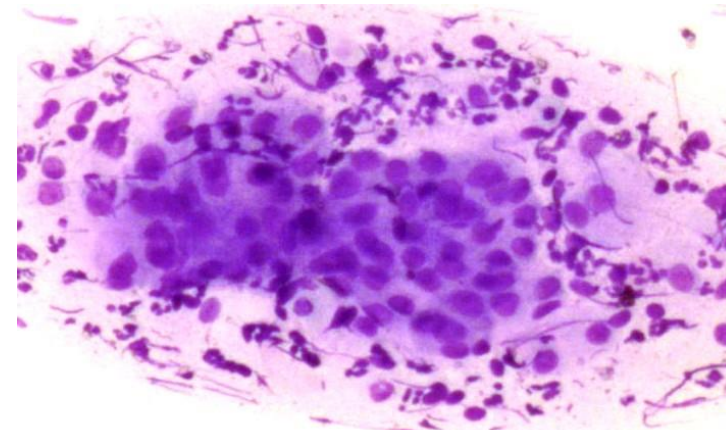
В результате гормональных изменений значительно уменьшается количество нормальной микрофлоры, поскольку только клетки поверхностного эпителия накапливают достаточное количество гликогена для обеспечения питания лактобацилл



Вагинальная микрофлора



- Вагинальные лактобактерии.
- Количество их у женщин репродуктивного возраста 10⁷-10⁸ Типичные представители:
 - L. acidophilus*
 - L. fermentum*
 - L. plantarum*
 - L. casei*



Генитоуринарный синдром (ГУМС) (необходимо дифференцировать с САЛ)

Дефицит эстрогенов в пери- и пост менопаузе является основной причиной развития урогенитальной атрофии и развития генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС)

(ГУМС, синдром урогенитальной атрофии) в климактерическом периоде - комплекс симптомов, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочевого тракта: мочевом пузыре, мочеиспускательном канале, влагалище, связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна.

Возникает у 15% женщин в перименопаузе и 40-57% женщин в постменопаузе отмечаются следующие симптомы урогенитального расстройства (ГУМС):

- сухость влагалища - 27-55%;
- жжение и зуд - 18%;
- диспареуния - 33-41%;
- повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям органов малого таза - 6-8%.

Стадии развития САЛ:

- **Первая стадия:** интенсивный зуд, особенно ночью, покалывание, жжение, отёк и покраснение.
- **Вторая стадия:** сухость, белесые бляшки, кожа как «папиросная бумага», сужение входа во влагалище, деформация половых губ.
- **Третья стадия:** полная атрофия и сморщивание тканей, затруднение мочеиспускания/дефекации, невозможность половой жизни.

Диагностика

- Диагноз ставят на основании клинической картины и осмотра наружных половых органов
- Уточнение диагноза:
- Дерматоскопия
- Биопсия тканей вульвы

Классификация

- Код по МКБ-10
- N95.2 Постменопаузный атрофический вагинит.
- N95.3 Старческий (атрофический) вагинит. Исключен: связанный с искусственной менопаузой.
- L90.0 Лишай склеротический и атрофический

Общие рекомендации

- **Устранение раздражающих факторов:** соблюдение диеты (исключение острой, солёной, сладкой пищи, кофеинсодержащих продуктов, алкоголя), бережный уход за вульвой, ограничение использования мылосодержащих средств, дезодорантов, синтетического белья, прокладок, тампонов.
- **Лечение вторичных инфекций:** при наличии признаков вульварной или вагинальной инфекции проводятся микроскопическое и/или бактериологическое исследования отделяемого.
- **Психотерапевтическая поддержка:** учитывая сильное психоэмоциональное напряжение, вызванное болезнью, важной частью лечения может стать работа с психологом или психотерапевтом

Консервативная терапия

- **Топические кортикостероиды**
- их применение позволяет подавить воспаление, уменьшить зуд и остановить прогрессирование склероза.
- 0,05% мазь клобетазола пропионата
- 0,1% мазь мометазона фууроата
- 0,05% мазь бетаметазона
- их частое и продолжительное применение может приводить к истончению кожи, реакциям рикошета, рубцеванию тканей, реактивации грибковой и папилломавирусной инфекций.
- **Ингибиторы кальциневрина** (пимекролимус, такролимус) обладают противовоспалительным и иммуноподавляющим эффектом.
- **Антигистаминные и седативные препараты** — применяются для борьбы с зудом.
- **Эмоленты** — специальные увлажняющие и смягчающие кремы для ежедневного ухода и восстановления защитного барьера кожи.

Хирургическое лечение

- Показано, если на фоне склероатрофических изменений произошло сужение входа во влагалище, сращение малых и больших половых губ рубцовой тканью, пациентка отмечает нарушение мочеиспускания. В отдельных случаях могут применяться денервация вульвы (пресечение нервных каналов), лазерная абляция (удаление поражённых участков с помощью лазера), криодеструкция поражённых участков ткани.
- При озлокачествлении выполняется вульвэктомия (удаление вульвы)

Физиотерапия:

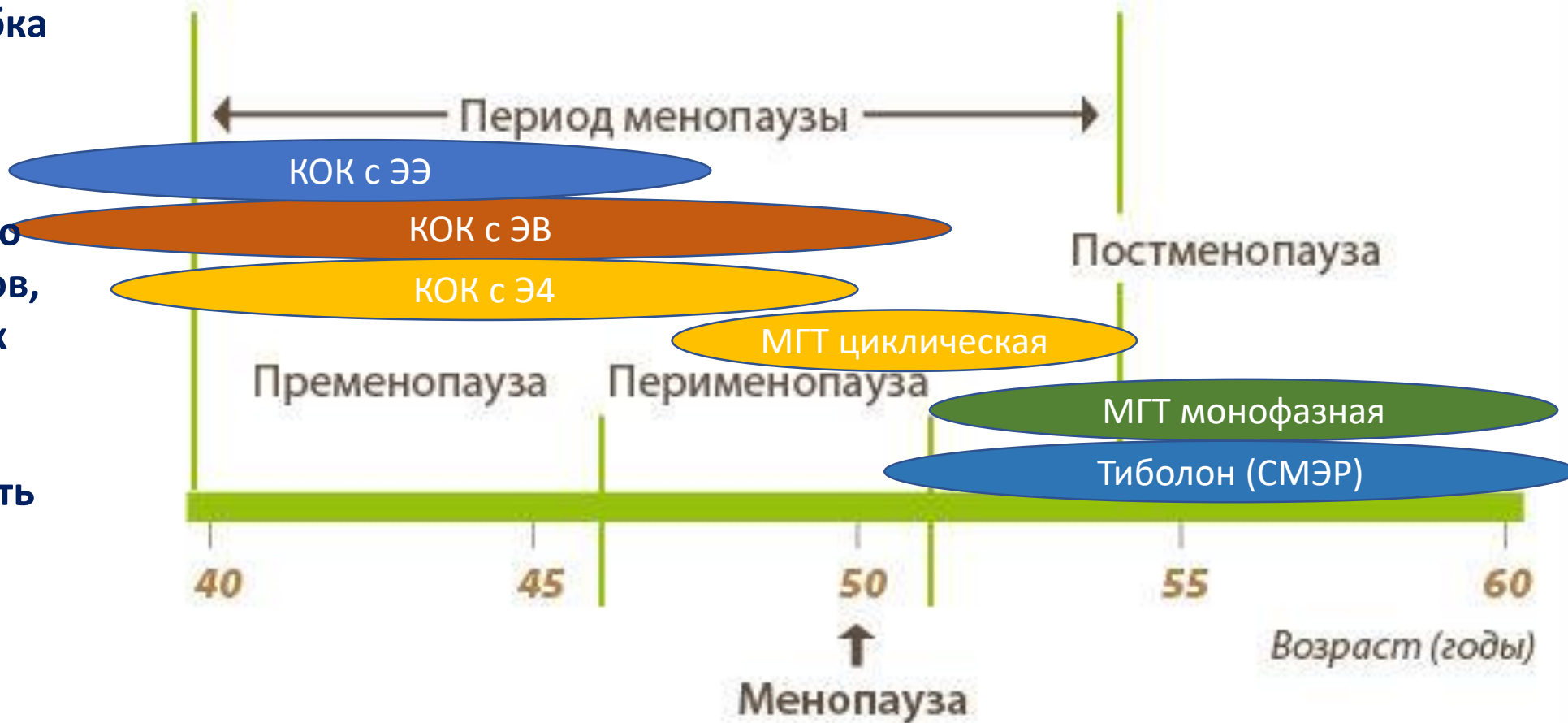
- лазерная терапия (например, с использованием фракционного CO₂-лазера), воздействие сфокусированным ультразвуком.
- **Фотодинамическая терапия (ФДТ)** — метод, при котором на поражённый участок наносится фотосенсибилизатор, а затем он активируется светом определённой волны, что приводит к избирательному разрушению патологических клеток.
- **Аутоплазмотерапия** — инъекции собственной плазмы, обогащённой тромбоцитами. Факторы роста в плазме запускают процессы восстановления, улучшают трофику тканей и уменьшают воспаление.

Задача гинеколога - коррекция урогенитальной атрофии (профилактика САЛ)

- **Коррекция гормональных нарушений** (назначается акушером-гинекологом)
- **Восстановление микробиоценоза влагалища** (рекомендуется общая и местная коррекция микробиоценоза на фоне гормональной коррекции)
- **Локальная стимуляция регенераторных процессов** (местные препараты с гиалуроновой кислотой, пантенолом, метилурацилом и др., биоревитализанты, аутоплазма и др.), физиотерапия.
- **Физические упражнения**

Индивидуальный подбор МГТ-задача акушера гинеколога

самая большая ошибка – это отказ от назначения МГТ, который обусловлен недостатком знаний о МГТ как у гинекологов, так и у врачей других специальностей и фобиями. Необходимо включить менопаузальные расстройства в программу преподавания студентам-медикам.



Только назначение МГТ является физиологичным «генитальным омоложением»

Эстриол – гормональный препарат эпителиотропного действия



- **Восстановление микробиоценоза влагалища** (возможно только на фоне гормональной коррекции) способствует формированию биопленки, поддержанию нормальной кислотности влагалища, что уменьшает дискомфорт в урогенитальной сфере и повышает устойчивость к микробам.
- **Высокоэнергетические методики** (лазерные, радиоволновые) действуют по принципу «повреждение – регенерация», стимулируют микроциркуляцию, что требует проведения полноценного **онкопрофосмотра перед процедурами.**
- **Локальная стимуляция регенераторных процессов** (местные препараты с гиалуроновой кислотой, пантенолом, метилурацилом и др., **биоревитализанты**, аутоплазма и др.) – из многочисленных методик мы выбрали **аутоплазмотерапию и инъекции гиалуроновой кислоты.**

Выбор методики применения аутоплазмы заключается в степени ее обогащения и применяемого антикоагулянта

PRGF - Плазма, обогащенная тромбоцитарными факторами роста – (Plasma Rich Grows Factor)

Это методика с однократным центрифугированием, приводит к повышению в полученном препарате концентрации тромбоцитов на 200 %, и отсутствие других клеточных элементов. Характеризуется высоким содержанием ТФР (тромбоцитарных факторов роста) и имеет объем 3,5-5 мл, удобный для применения в различных областях медицины.

При приготовлении обогащённой тромбоцитами плазмы **PRP (platelet-rich plasma)** с двукратным центрифугированием концентрация тромбоцитов в ней достигает 1 000 000/мкл. При этом получается малый объем препарата (около 1 мл)

и **теряется часть жидкой плазмы,**

которая содержит иммуноглобулины, альбумины, цитокины и другие биологически активные вещества



Отдельной дискуссии достоин выбор антикоагулянта для приготовления аутоплазмы

- **Цитрат натрия** широко применяется для проведения лабораторных исследований, также цитрат натрия в ткани вводят в качестве антидота для предотвращения некроза, вызванного инъекцией раствора хлорида кальция; сведений об иных лечебных эффектах инъекций цитрата натрия мы не обнаружили.
- **Эноксапарин натрия** является антикоагулянтом прямого действия естественного происхождения, имеет множественные биологические эффекты, не связанные с коагуляцией (иммуномодулирующие, цитокиновые, мембраностабилизирующие свойства). Разрешен во время беременности (используется в лечении невынашивания, тромбофилии, циклах ЭКО). Препарат на основе **Эноксапарина натрия** можно подвергать температурной обработке для приготовления плазмагеля.
- Пробирки с **Эноксапарином натрия** сертифицированы в РФ

Мы применяли пробирки с Эноксапарином натрия обработанные по методике PRGF

Действие биоревитализантов на кожу и слизистые половых органов

Гиалуроновая кислота (ГК) - это незаменимый тканевый компонент организма. Она повсеместно встречается в организме человека и является основным компонентом межклеточного вещества, отвечает за его **вязкость**. Она также образует гидратированные полимеры трехмерной структуры высокой плотности, которые заполняют **внутриклеточные пространства**. ГК, как компонент межклеточного матрикса, создает физиологичную среду для нормального клеточного и тканевого гомеостаза, оказывает **иммуномодулирующее, регенерирующее и репаративное действие, стимулирует ангиогенез и синтетическую активность фибробластов, потенцирует выработку эндогенной гиалуроновой кислоты, создает депо влаги, запускает процессы синтеза коллагена и эластина.**

Для биоревитализации применяется нестабилизированная или частично-стабилизированной ГК

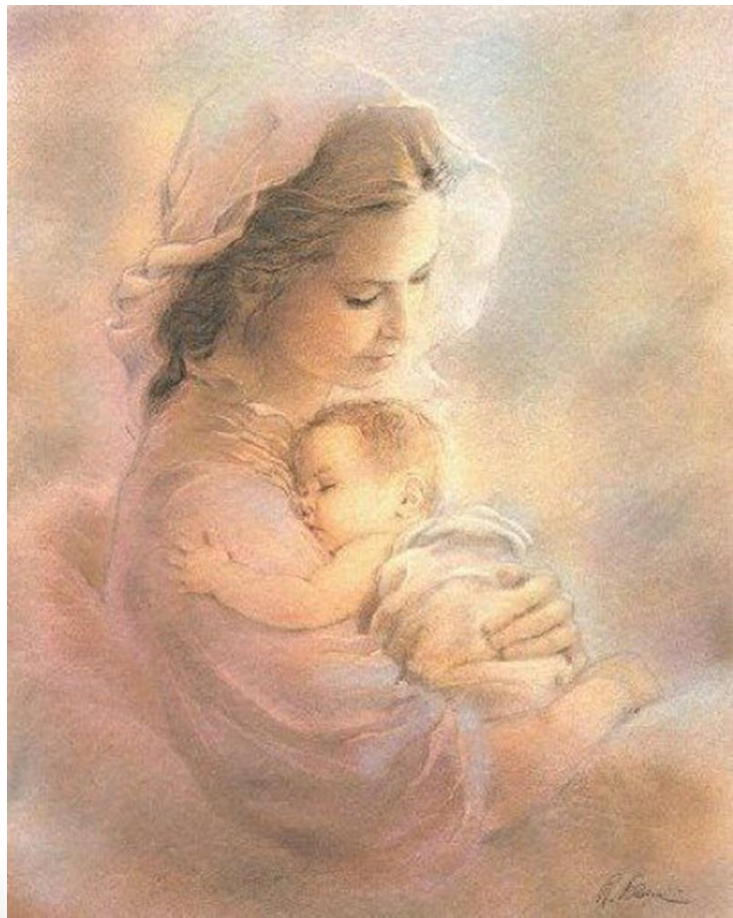
Методика применения – папульная, болюсная, линейно-ретроградная



- 3 процедуры аутоплазмы с интервалом 10 – 14 дней
- 1 биоревитализацию нестабилизированной ГК через 10 – 20 дней после последней процедуры аутоплазмотерапии
-

Результаты лечения

- Уменьшение сухости, жжения и дискомфорта отмечалось после первой – третьей процедуры.
- Через 6 месяцев женщины оценивали состояние урогенитальной сферы по 3 основным направлениям:
- Уменьшение урогенитального дискомфорта – 95%
- Улучшение сексуальных ощущений – 80 %
- Уменьшение проявлений недержания мочи – 65 %



Благодарим за внимание!

Богослав Юлия Петровна
доктор медицинских наук, врач акушер-
гинеколог, доцент кафедры акушерства и
гинекологии ФГБОУ ВО ДонГМУ
Минздрава России

Медицинский центр



*Доктора Медицинских Наук
Богослав Юлии Петровны*

