

Дерматологические аспекты зуда вульвы в постменопаузе

Е.В.Дворянкова¹, З.А.Невозинская², И.М.Корсунская^{✉1}

¹ФГБУН «Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии» РАН. 119991, Россия, Москва, Ленинский пр-т, д. 38а, корп. 1;

²ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения г. Москвы. 119071, Россия, Москва, Ленинский пр-т, д. 17

✉ marykor@bk.ru

В работе рассмотрены причины генитального зуда у женщин в постменопаузе с точки зрения врача-дерматолога. Описаны основные дерматозы, такие как красный плоский лишай, склероатрофический лишай и простой хронический лишай, а также ирритантный и аллергический дерматиты. Микотическая и бактериальная инфекции зачастую присоединяются к первоначальному воспалительному процессу, затрудняя диагностику. В работе даны рекомендации по ведению и терапии пациентов с данными проблемами.

Ключевые слова: генитальный зуд, красный плоский лишай, склероатрофический лишай, простой хронический лишай, аллергический дерматит генитальной области, постменопауза.

Для цитирования: Дворянкова Е.В., Невозинская З.А., Корсунская И.М. Дерматологические аспекты зуда вульвы в постменопаузе. Consilium Medicum. 2018; 20 (6): 50–52. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.6.50-52

Short survey

Dermatological aspects of pruritus vulvae in postmenopause

Е.В.Дворянкова¹, З.А.Невозинская², И.М.Корсунская^{✉1}

¹Center for Theoretical Problems of Physicochemical Pharmacology of the Russian Academy of Sciences. 119991, Russian Federation, Moscow, Leninskiy pr-t, d. 38a;

²Moscow Scientific and Practical Center of Dermatology and Venereology and Cosmetology of the Department of Health of Moscow. 119071, Russian Federation, Moscow, Leninskiy pr-t, d. 17

✉ marykor@bk.ru

Abstract

The article concerns etiology of pruritus vulvae in postmenopausal women in the view of dermatologist. The main dermatoses such as lichen ruber planus, lichen sclerosus et atrophicus, and lichen simplex chronicus as well as irritant and allergic dermatitis are described. Mycotic and bacterial infections often join the primary inflammatory process that makes the diagnostics challenging. The article presents recommendations on management and treatment of these patients.

Key words: pruritus vulvae, lichen ruber planus, lichen sclerosus et atrophicus, lichen simplex chronicus, allergic dermatitis of vulvae, postmenopause.

For citation: Dvoryankova E.V., Nevozinskaya Z.A., Korsunskaya I.M. Dermatological aspects of pruritus vulvae in postmenopause. Consilium Medicum. 2018; 20 (6): 50–52. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.6.50-52

Частота встречаемости генитального зуда неизвестна, но очевидно, что большинство женщин страдают от него в разные периоды жизни, чаще всего после менопаузы в результате дефицита эстрогена и дистрофии вульвы [1]. Генитальный зуд может быть проявлением как дерматологической патологии, так и какого-либо системного заболевания (сахарный диабет, заболевания печени, почечная недостаточность и т.д.). Острый аногенитальный зуд возникает в основном из-за инфекций или аллергических реакций. Хронический генитальный зуд обусловлен, как правило, гинекологическими или дерматологическими заболеваниями, но также причина может быть и психогенной [2].

Зуд вульвы является одним из достаточно распространенных и характерных признаков ряда гинекологических заболеваний. Однако этот симптом также может сопровождать и дерматологическую патологию с локализацией в области наружных половых органов у женщин. При этом зуд вульвы крайне негативно влияет на качество жизни, способен стать причиной развития невротических состояний, мешать социальным и сексуальным отношениям.

Вульварный зуд достаточно часто наблюдается у женщин в постменопаузальном периоде, старше 60 лет, вызывая у них не только неприятные субъективные ощущения, но и развитие воспаления, мацерации кожи и слизистой в этой области, а также является основной причиной возникновения тревоги и смущения у пожилых пациенток. Заболеваемость зудом вульвы среди пожилых достаточно высока и составляет около 27% [3].

Одним из важнейших возрастных изменений у женщин в постменопаузальном периоде является смещение pH во влагалище с сторону защелачивания, что создает

условия для присоединения вторичной инфекции и размножения оппортунистической флоры, в том числе и *Gardnerella vaginalis*, на коже наружных половых органов и в вагине. Следует отметить, что наиболее часто бактериальный вагиноз встречается у пожилых женщин, примерно у 6,3% в постменопаузе [4], и частота его распространенности напрямую коррелирует с возрастом. Нарушение микрофлоры вульвы очень часто сопровождается мучительным зудом.

Микотическая инфекция в области гениталий также способна сопровождаться зудом. Локализация высыпаний при дерматомикозах может не ограничиваться только вульварной областью, а распространяться на большие половые губы и лобок. При этом на коже аногенитальной и лобковой областей возникают округлые бляшки, иногда с западением в центре. В группе риска развития микотической инфекции в области гениталий находятся женщины с иммуносупрессивными состояниями, страдающие сахарным диабетом либо принимающие системно кортикостероиды.

Также часто встречающаяся распространенная грибковая инфекция с локализацией в области половых органов у женщин и вызывающая интенсивный зуд – кандидоз. У пациенток в постменопаузальном периоде заболеваемость урогенитальным кандидозом уменьшается на фоне снижения уровня эстрогенов и составляет примерно 6–7% [5]. Клинически кандидоз у пациенток в состоянии постменопаузы сопровождается сравнительно скудными выделениями, множественными пустулами и папулами, которые считаются вторичным проявлением заболевания, а также трещинами в ягодичной и интерлабиальных складках.

Зуд в области вульвы также может быть вызван и чесоткой с атипичной локализацией. Для этого заболевания характерен интенсивный ночной зуд. Окончательный диагноз ставится при обнаружении чесоточных клещей и/или их яиц и фекалий в соскобах с помощью световой микроскопии.

Помимо развития инфекции существуют и другие как глубоко дерматологические, так и недерматологические причины вульварного зуда у женщин в постменопаузе: экзема, контактный дерматит, красный плоский лишай, склероатрофический лишай, простой хронический лишай, недержание мочи, онкопатологии.

Красный плоский лишай – хронический воспалительный дерматоз, при котором могут поражаться кожа, ногтевые пластины и слизистые оболочки, включая половые органы. Поражение вульвы при данном заболевании достаточно распространено и наблюдается примерно в 51% случаев. Кроме этого, у 25% женщин, страдающих красным плоским лишаем с поражением слизистой оболочки полости рта, также наблюдается специфический вульвовагинит [6].

Вульвовагинальные высыпания при красном плоском лишае проявляются в виде плоских белесоватых бляшек и могут сопровождаться зудом, жжением, болью, диспареунией, посткоитальным кровотечением, нарушением целостности тканей вульвы и влажной архитектуры, иногда – желтоватыми выделениями из влагалища. Кроме этого, существуют эрозивная и гипертрофическая формы заболевания с локализацией на слизистых, которые наблюдаются относительно редко.

Простой хронический лишай (ограниченный нейродермит, лишай Видаля) представляет собой приобретенный сильно зудящий хронический дерматоз с ограниченными лихенифицированными очагами, которые возникают вследствие растирания и расчесывания визуально не измененной кожи. Локализация простого хронического лишая на вульве достаточно распространена и наблюдается примерно в 35% случаев при обращении женщин с жалобами на высыпания и зуд в области вульвы [7]. Причиной развития данного заболевания может быть мацерация вульвы в условиях повышенной температуры окружающей среды, из-за чрезмерного потоотделения, трения одежды, гигиенических прокладок, очень частого мытья с применением жестких моющих средств. Простой хронический лишай может также быть вторичным дерматозом у больных с кандидозом, папилломавирусной инфекцией, склероатрофическим лихеном.

Склероатрофический лишай представляет собой заболевание кожи и слизистых неуточненной природы, которое проявляется в виде белесых атрофических очагов в аногенитальной и перигенитальной областях. Отмечаются два пика заболеваемости склероатрофическим лихеном – у девочек в возрасте 6–7 лет и женщин старше 60 лет. Заболевание может протекать бессимптомно либо сопровождаться достаточно интенсивным зудом. Истончение слизистой оболочки в аногенитальной области и сухость способны приводить к болезненности, затруднять половой акт, мочеиспускание и дефекацию. При проведении биопсии кожи из атрофических очагов обнаруживаются гиперкератоз, атрофия эпидермиса, склероз дермы и активированные лимфоциты в дерме [8].

Ирритантные и аллергические дерматиты области вульвы встречаются довольно часто. Так, по данным K.Kügler и соавт., при обследовании 1168 пациентов с жалобами на зуд аногенитальной области аллергический дерматит подозревался примерно в 40% случаев, однако диагноз «аллергический дерматит» подтвердился у 24,6% пациентов и 11,8% – ирритантный дерматит. В остальных случаях имели место склеротические изменения и инфекции [9]. Чаще всего причиной аллергической реакции в аногенитальной области становится применение местных лекарственных

средств, тогда как, согласно литературным данным, ингредиенты туалетных принадлежностей, косметических и противозачаточных средств любого вида редко вызывают аллергический контактный дерматит [10, 11].

Вульварный зуд зачастую сопровождается присоединением вторичной инфекции, в частности бактериальной и микотической, что вызывает острые воспалительные реакции в данной области. В этих случаях предпочтение в терапии отдается комбинированным топическим средствам, в состав которых входят кортикостероид, антибиотик и антимикотик. Так как в постменопаузе наблюдается сухость кожных покровов, необходимо применение дополнительных увлажняющих средств. Этим свойством обладает новый на нашем рынке препарат Тетрадерм (компания «Вертекс»). В составе данного препарата 4 активных вещества: гентамицин, мометазона фураат, декспантенол, эконазол.

Гентамицин действует бактерицидно, активен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Мометазона фураат – синтетический глюкокортикостероид, оказывает местное противовоспалительное, противозудное и антиэкссудативное действие. Эконазол является синтетическим производным имидазола и оказывает противогрибковое и антибактериальное действие, тормозит биосинтез эргостерола, регулирующего проницаемость клеточной стенки микроорганизмов. Активен в отношении дерматофитов, дрожжеподобных грибов рода *Candida*, а также некоторых грамположительных бактерий (стрептококки, стафилококки). Декспантенол, также известный как витамин В₅, стимулирует регенерацию кожи, нормализует клеточный метаболизм и увеличивает прочность коллагеновых волокон.

После снятия острого воспаления можно приступить к терапии основной причины зуда. Общими мерами в лечении зуда вульвы независимо от первоначальной причины являются исключение раздражающих факторов (пот, окклюзии и т.д.), соблюдение гигиены и использование хлоп-

чатобумажного белья. В качестве системной терапии возможно применение антигистаминных препаратов, седативных средств.

Зудящие заболевания вульвы оказывают огромное влияние на качество жизни. Однако, несмотря на достаточно широкую распространенность, зудящие поражения вульвы до сих пор плохо диагностируются и считаются междисциплинарной проблемой. В связи с этим зуд вульвы должен находиться в сфере внимания врачей разных специальностей для обеспечения своевременной, адекватной медицинской помощи и повышения качества жизни женщин в постменопаузальном периоде.

Литература/References

1. Sener AB, Kuscu E, Seckin NC et al. Postmenopausal vulvar pruritus-colposcopic diagnosis and treatment. J Pak ed Assoc 1995; 45 (12): 315–7.
2. Weichert GE. An approach to the treatment of anogenital pruritus. Dermatol Ther 2004; 17: 129–33.
3. Kingston A. The postmenopausal vulva. Obstet Gynaecol 2009; 11: 253–9.
4. Cauci S, Driussi S, de Santo D et al. Prevalence of bacterial vaginosis and vaginal flora changes in peri- and postmenopausal women. J Clin Microbiol 2002; 40 (6): 2147–52.
5. Nwokolo NC, Boag FC. Chronic vaginal candidiasis. Management in the postmenopausal patient. Drugs Aging 2000; 16 (5): 335–9.
6. Lewis FM. Vulval lichen planus. BJ Dermatol 1998; 138 (4): 569–75.
7. O'Keefe RJ, Scurry JP, Dennerstein G et al. Audit of 114 non-neoplastic vulvar biopsies. Br J Obstet Gynaecol 1995; 102 (10): 780–6.
8. William DJ, Timothy GB. Andrews' Diseases of the SKIN: Clinical Dermatology. USA: Saunders, Elsevier, 2006.
9. Kügler K, Brinkmeier T, Frosch PJ, Uter W. Anogenital dermatoses: allergic and irritative causative factors. Analysis of IVDK data and review of the literature J Dtsch Dermatol Ges 2005; 3 (12): 979–86.
10. Schwitulla J, Gefeller O, Schnuch A, Uter W. Risk factors of polysensitization to contact allergens. Br J Dermatol 2013; 169 (3): 611.
11. Vermaat H, Smienk F, Rustemeyer T, Derk P, Bruynzeel and Gudula Kirtschig. Anogenital allergic contact dermatitis, the role of spices and flavour allergy. Contact Dermatitis 2008; 59 (4): 233.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Дворянкoвa Eвгeния Виктoрoвнa – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. ФГБУН ЦТП ФХФ

Невoзинскaя Зoфия Aнaтoльeвнa – канд. мед. наук, врач-дермaтoлoг ГБУЗ МНПЦДК

Кoрсунскaя Иринa Mаркoвнa – д-р мед. наук, проф., зав. лаб. ФГБУН ЦТП ФХФ РАН. E-mail: marykor@bk.ru