



Рекомендации по ведению пациенток с патологией вульвы

Представляем вашему вниманию обзор Национального руководства Великобритании, подготовленного специалистами Британской ассоциации сексуального здоровья и ВИЧ по ведению заболеваний вульвы неинфекционного генеза, с которыми могут столкнуться врачи общей практики. В нем представлены рекомендации по диагностике и лечению таких заболеваний, как: склероатрофический лишай вульвы, красный плоский лишай вульвы, экзема, псориаз вульвы, простой лишай вульвы, интраэпителиальная неоплазия вульвы, вульводиния. Как правило, данная патология наблюдается у женщин старше 16 лет.

Склероатрофический лишай вульвы

Склероатрофический лишай вульвы является воспалительным дерматозом неясной этиологии. Существует доказательства определенной роли аутоиммунных процессов в патогенезе данного заболевания. Так, проведенные исследования N. Oyama et al. (2003) показали наличие аутоантител к протеину 1 экстрацеллюлярного матрикса у пациенток со склероатрофическим лишаем. Кроме того, у женщин с этой патологией отмечена повышенная частота других аутоиммунных нарушений.

Клинические особенности

Жалобы:

- зуд;
- болезненность;
- диспареуния;
- дизурия;
- другие симптомы, например запор (если патологический процесс распространяется на перианальную область).

Может протекать бессимптомно, но это бывает редко.

Клинические проявления:

- бледные, белесоватые атрофические пятна на пораженных участках вульвы;
- геморрагические проявления (экхимозы);
- трещины слизистой оболочки;
- эрозии, но без предшествующего образования пузырей;
- гиперкератоз в ряде случаев.

Патологические проявления могут быть очаговыми или распространяться на перианальную область (в форме восьмерки). Манифестация клинических проявлений может проявляться «потерей» малых половых губ, отеком крайней плоти клитора.

Осложнения:

- развитие плоскоклеточного рака (фактический риск < 5%);
- сексуальная дисфункция;
- дизестезия.

Диагностика

- Характерные клинические проявления.
- Гистологическое исследование биоптата вульвы: истончение эпидермиса с субэпидермальной гиалинизацией и воспалительным инфильтратом в дерме.

На ранней стадии заболевания гистологическая диагностика затруднена.

Дальнейшее обследование

1. Биопсия является обязательной, если диагноз неясен, имеются признаки атипии или подозрение на сопутствующую интраэпителиальную неоплазию вульвы (vulval intraepithelial neoplasia, VIN)/плоскоклеточный рак (squamous cell carcinoma, SCC).

2. Исследование на наличие аутоиммунных заболеваний проводится при клинических признаках таковых. Особенно важным является исследование на определение дисфункции щитовидной железы (определение уровней тироксина [Т₄] и тиреотропного гормона [ТТГ]), поскольку вышеуказанная патология зачастую протекает бессимптомно. Доказано, что между склероатрофическим лишаем и нарушениями функции щитовидной железы существует взаимосвязь (уровень доказательности IV, степень рекомендаций C).

3. Взятие мазка показано только для исключения сопутствующей инфекции при наличии соответствующих симптомов и жалоб.

4. Проведение кожных аппликационных тестов (патч-тестов) требуется редко и только при подозрении на вторичную медикаментозную аллергию. В этом случае необходимо проконсультироваться с дерматологом.

Делор

крем / мазь

Швидко згасить
вогонь запалення



Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Делор.

Склад: 1 г крему містить клобетазолу пропіонату 0,5 мг. Фармакотерапевтична група. Кортикостероїди для застосування у дерматології. Високоактивні кортикостероїди (група IV). Клобетазол. Код АТС D07 A D01. Показання: псоріаз (за винятком поширеної бляшкової форми – вульгарного псоріазу), екзема, червоний плесканий лишай, дискоїдний червоний вовчак, шкірні захворювання, резистентні до терапії менш активними стероїдами. Протипоказання. Рожеві вугри (розацеа), звичайні вугри (акне), періоральний дерматит, періанальний та генітальний свербіж, вірусне ураження шкіри (спричинене вірусом простого герпесу, вітряної віспи). Підвищена чутливість до компонентів препарату. Пошкодження шкіри, що були первинно інфіковані грибами або бактеріями; дерматози у дітей віком до 1 року, включаючи дерматити та пелюшкові висипи. Спосіб застосування та дози. Призначається для короточасного лікування стійких дерматозів у дорослих і дітей віком старше 1 року. Крем наносити тонким шаром на уражені ділянки шкіри 1-2 рази на добу до досягнення клінічного покращення. Загальна доза не має перевищувати 50 г крему на тиждень. Лікування препаратом слід припинити одразу після досягнення клінічного покращення. Не рекомендується продовжувати лікування більше 4 тижнів, при цьому необхідно постійно контролювати стан хворого. При відсутності ефекту лікування препаратом протягом 4 тижнів слід скоригувати лікування. Якщо необхідно продовжувати лікування стероїдами, треба застосовувати менш активні препарати.

Побічні реакції. Дуже рідко – підвищена чутливість. Місцеві реакції підвищеної чутливості, такі як еритема, висипання, свербіж, кропив'янка, відчуття печіння шкіри та алергічні контактні дерматити можуть виникати у місцях нанесення і бути подібними до симптомів, для лікування яких препарат призначався. Якщо виникають ознаки підвищеної чутливості, застосування препарату необхідно терміново припинити. Дуже рідко – ознаки гіперкортицизму. Нечасто – розширення поверхневих кровоносних судин. Нечасто – місцева атрофія, атрофічні смуги на шкірі; дуже рідко – потоншення шкіри, зміни пігментації, гіпертрихоз, загострення основних симптомів, пустульозна форма псоріазу. Тривале та інтенсивне лікування високоактивними глюкокортикостероїдами може спричинити атрофічні зміни шкіри (атрофічні стрії, потоншення шкіри та розширення поверхневих кровоносних судин), особливо під час застосування оклюзійної пов'язки. У поодиноких випадках лікування псоріазу глюкокортикостероїдами (або припинення цієї терапії) може спровокувати розвиток його пустульозної форми.

Р.п.: №UA/3092/01/01, UA/3092/02/01.



Лечение

Пациентки должны быть проинформированы о своем состоянии. Их следует предупредить о существующем некотором риске неопластических трансформаций. При изменении клинических проявлений или их текстуры (например появление опухолевидных образований или склерозирование), а также при значительном усугублении симптоматики они должны немедленно обратиться к врачу.

Рекомендуемая схема

Назначают высокоактивные топические стероиды, такие как клобетазола пропионат* (I, A). Это один из наиболее распространенных препаратов, который можно использовать в различных режимах, при ежедневном применении в течение 1 мес. Также можно наносить крем/мазь через день или два раза в неделю в течение 1 мес. После этого рекомендовано оценить результаты через 3 мес. Затем клобетазола пропионат можно назначать по мере необходимости в зависимости от выраженности симптоматики.

Лекарственные средства на мазевой основе лучше всего применять на кожу аногенитальной зоны. Это снижает потребность во включении консервантов в состав мазей и, следовательно, снижает риск вторичной контактной аллергии.

Альтернативные схемы

В качестве альтернативы используют высокоактивные топические стероиды с антибактериальными и противогрибковыми компонентами (например клобетозол с неомицином и нистатином) или альтернативный препарат, активный при наличии вторичного инфицирования (например крем, содержащий фузидовую кислоту и бетаметазон**). Они должны использоваться только в течение короткого периода времени, достаточного для купирования инфекционного процесса (IV, C).

Результаты исследований и нелегализованные препараты.

Топические ингибиторы кальциневрина (такролимус 0,1%, пимекролимус). Эти препараты не утверждены к применению при данной патологии, их долгосрочная безопасность и эффективность не установлены.

Ретиноиды для перорального приема, такие как ацитретин. Данные препараты могут быть эффективны при тяжелых формах склероатрофического лишая и в случаях, трудно поддающихся лечению (Ib, A). Их должен назначать только дерматолог, имеющий опыт применения таких агентов. Ретиноиды обладают выраженным тератогенным действием.

Длинноволновая (UVA1) фототерапия, согласно результатам исследования, была эффективна в небольшом количестве случаев (III, B).

Беременность и кормление грудью

Применение топических стероидов не представляет опасности во время беременности или кормления грудью. Препараты для местного применения на основе ингибиторов кальциневрина противопоказаны во время беременности и кормления грудью. Ретиноиды абсолютно противопоказаны во время беременности и в течение не менее двух лет перед зачатием. У женщин детородного возраста эти препараты должны использоваться с осторожностью.

Дальнейшее наблюдение и лечение

Пациенток в остром периоде заболевания, у которых нет адекватного ответа на лечение, следует направить в специализированные клиники.

При развитии дифференцированной или недифференцированной VIN или SCC на фоне склероатрофического лишая женщину необходимо направить в специализированную клинику.

Хирургическое лечение показано при наличии сопутствующих VIN/SCC или для восстановления нарушенных анатомических структур (стеноз входа во влагалище, синехии). Следует помнить, что зачастую происходят повторные поражения тканей в области вокруг рубца (III, B).

После 3 мес лечения оценивают выраженность ответной реакции.

При стабильном течении заболевания контрольный визит проводят ежегодно. Его может проводить врач общей практики у лиц с хорошо контролируемым заболеванием.

Пациентки должны быть проинформированы, что при наличии опухолевидных образований, изъязвлений, изменений в симптомах или внешних проявлениях они должны посетить врача.

Показатели для контроля

Биопсия должна быть выполнена у всех больных, которые не реагируют на инициальное лечение стероидами и если в месте поражения обнаруживают язвы с приподнятыми краями.

Всем пациенткам должна быть предоставлена письменная информация о заболевании.

Красный плоский лишай вульвы

Красный плоский лишай (КПЛ) – это воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек полости рта и половых органов с точно не установленным этиопатогенезом. Реже оно поражает носослезный проток, пищевод и наружный слуховой проход. Предположительно КПЛ может быть обусловлен иммунным ответом вследствие активации Т-лимфоцитов неизвестными антигенами. Так, у 61% пациенток с эрозивной формой КПЛ вульвы в крови обнаруживают циркулирующие антитела к базальной мембране. В некоторых случаях КПЛ может сочетаться с проявлениями склероатрофического лишая.

* В Украине клобетазола пропионат представлен в виде 0,05% крема и мази Делор

** В Украине представлен в виде крема Фузидерм-Б

Фузідерм®-Б

Видаляючи зайве

ПСОРИАЗ
ЕКЗЕМА
АТОПИЧЕСКИЙ
ДЕРМАТИТ

Фузідерм®-Б

крем

15 г



Фузидієвої кислоти 20 мг / 1 г
Бетаметазону 1 мг / 1 г

Виробник: Фарма Інтернешенал, Йорданія
Ексклюзивний дистрибутор в Україні: ТОВ «Мегаком»

«Крем Фузідерм-Б справляє добрий терапевтичний ефект при лікуванні алергодерматозів та інших дерматозів з бактеріальним компонентом запального процесу з великою вірогідністю її наявності».¹

«Крем Фузідерм-Б для зовнішнього застосування володіє виразною протизапальною, жарознижуючою, протиалергійною, антиексудативною та протисвербіжною дією у сукупності з високою антимікробною активністю».¹

«Позитивною властивістю препарату Фузідерм-Б у комплексній терапії atopічного дерматиту є також відсутність у хворих, що знаходились під наглядом, небажаних реакцій загострення та явищ непереносимості при його застосуванні. Таким чином, Фузідерм-Б може бути рекомендований для включення у схему терапії atopічного дерматиту».²

¹ Дюдюн А.Д., Полюн Н.Н. Фузідерм-Б в леченні больных алергодерматозами и дерматозами с наличием бактериальной инфекции // УЖДВК. – 2006. – №4. – С. 42-45.

² Калюжная Л.Д., Мурзина Э.А. Обоснование использования фузидиевой кислоты в наружной терапии atopического дерматита // Дерматология та венерология. – 2007. – №4. – С. 48-52.

Склад. Діючі речовини: fusidic acid та betamethasone valerate; 1 г крему містить фузидієвої кислоти 20 мг та бетаметазону валерату еквівалентно бетаметазону 1 мг, допоміжні речовини: парафін білий м'який, спирт цетостеариловий, поліетилентліколю цетостеариловий ефір, олія мінеральна, метилпарабен (Е 218), пропілпарабен (Е 216), натрію цитрат, експліментгліколь, вода очищена, Лікарська форма. Крем. Фармакотерапевтична група. Кортикостероїди для застосування в дерматології активні кортикостероїди в комбінації з антибіотиками. Код АТС D07C S01. Показання. Лікування екзематозних дерматозів за наявності бактеріальної інфекції або при високій її ймовірності, таких як atopічна екзема, дитяча екзема, дисккоїдна екзема, контактна екзема, контактна екзема, себорейна екзема, червоний плоский лишай, постріз (за винятком поширеної блішкової форми – вульгарного пострізу), дисккоїдний червоний вошак. Протипоказання. Рожеві вугри (розацеа), періоральний дерматит, вірусне ураження шкіри (спричинене вірусом простого герпесу, вітряної віспи), пошкодження шкіри, що були первинно інфіковані грибами чи мікобактеріями туберкульозу, інфекції шкіри волосистої частини голови, підвищена чутливість до компонентів препарату, дерматози та дерматити у дітей до 1 місяця. Спосіб застосування та дози. Крем наносять дорослим і дітям тонким шаром на відкриті уражені ділянки шкіри 2 рази на добу до досягнення позитивного клінічного результату. Можна застосовувати під пов'язку, в цьому випадку препарат наносять 1 – 2 рази на добу. Тривалість лікування визначає лікар залежно від типу та тяжкості захворювання та воно звичайно становить 1 – 2 тижні. Не рекомендується застосовувати препарат більше 2 тижнів. Тривалість курсу лікування дітей становить 5 днів. Побічні реакції. З боку шкіри і підшкірної клітковини: сухість шкіри, почуття поколювання та печіння, висип, екзема атрофічної підшкірної клітковини, контактний дерматит, телеангіектазія, стрії, знебарвлення або гіперпигментація шкіри, запалення волоссяних фолікулів, гіпертрихоз, періоральний дерматит, загострення екзема, кропив'янка, ангіоневротичний набряк. Загальні розлади: тривале застосування препарату на великих ділянках шкіри або під оклюзійну пов'язку, або дітям може спричинити сильну загальносистемну дію, що проявляється у вигляді набряка, артеріальної гіпертензії, зниження імунітету, пригнічення росту і розвитку у дітей, гіперглікемії, глюкозурії, розвитку синдрому Кушинга. Передозування. Не описано. При тривалому застосуванні на великих ділянках шкіри можуть з'явитися симптоми передозування, що обумовлено оборотним пригніченням функції гіпофіза та надниркових залоз.

Р.п.: UA/3094/01/01

**МЕГАКОМ**
Сприяємо здоров'ю

З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.



Клинические особенности

Жалобы:

- зуд/жжение;
- болезненность;
- диспареуния;
- дизурические симптомы;
- патологические выделения из влагалища.

Может протекать бессимптомно.

Клинические проявления

Поражения аногенитальной зоны при КПП можно разделить на три основные группы в соответствии с их клиническими проявлениями:

1. Классическая форма проявляется типичными беловатыми папулами на фоне гиперкератоза с/без стрий на внутренней поверхности вульвы. При стихании обострения на месте высыпаний отмечается гиперпигментация, что особенно характерно для смуглых женщин. Этот тип КПП может протекать бессимптомно. В исследовании S. Regauer et al. (2005) поражения вульвы были обнаружены у 19 из 37 пациенток с кожными проявлениями КПП, у четырех из 19 жалоб не было.

2. Гипертрофическая форма. Эти поражения встречаются относительно редко и могут быть трудно диагностированы. В частности, они отмечаются в области промежности и перианальной зоны и представлены утолщенными бляшками с бородавчатой поверхностью, которые могут изъязвляться, инфицироваться и быть болезненными. В силу этих особенностей, данная форма КПП может имитировать злокачественное образование. При этой форме КПП вульва остается интактной.

3. Эрозивная форма. Именно эта разновидность КПП наиболее часто обуславливает жалобы у таких пациенток, поскольку на поверхности слизистых образуются эрозии. Края эрозий окружены эпителием розового цвета, иногда с характерным белесоватым сетевидным рисунком (так называемая сетка Викема). Рисунок образуют серовато-белые полосы гиперкератоза. Особенно важно распознать эрозивные поражения влагалища при КПП в начале заболевания и вовремя назначить необходимую терапию для предупреждения образования рубцов и полного стенозирования. Пораженная ткань рыхлая, с телеангиэктазиями и эритематозными пятнами, которые обуславливают посткоитальные кровотечения, диспареунию и чаще всего серозно-геморрагический характер выделений. После заживления эрозий могут образовываться рубцы и синехии слизистой. Этот тип КПП проявляется также и на слизистой оболочке полости рта, хотя в этой области образование синехий является редкостью. Термин «вульво-вагинально-гингивальный синдром» используется при наличии эрозивных поражений в этих трех областях. Наиболее показательными симптомами при этом являются боль и повышенная чувствительность (ранимость).

Осложнения

Образование рубцов, в т.ч. синехий влагалища. Развитие плоскоклеточного рака. В исследовании S.M. Cooper et al. (2006) частота этого осложнения была выше 3%.

Диагностика

- Характерные клинические проявления. Наличие характерных для КПП поражений на слизистой влагалища исключает склероатрофический лишай. Поражения кожи другой локализации помогут определиться с правильным диагнозом, однако описаны случаи сочетания КПП и склероатрофического лишая. Пузырчатка иммунного генеза может выглядеть клинически схоже с эрозивной формой КПП.
- Гистологическое исследование образца биоптата вульвы: неравномерный акантоз пилообразной конфигурации, утолщение зернистого слоя и вакуольная дистрофия клеток базального слоя эпителия, лимфоцитарный инфильтрат в дерме.

Дальнейшее обследование

1. Проведение биопсии является обязательным в случае неясного диагноза, наличия признаков атипии или при подозрении на сопутствующую VIN/SCC.

2. Проведение реакции прямой иммунофлюоресценции необходимо при подозрении на иммунозависимый буллезный дерматоз. Только 25% исследуемых биоптатов при КПП являются классическими, поэтому так важно учитывать полную клинико-патологическую картину.

3. Необходимым является обследование на предмет наличия аутоиммунных заболеваний, особенно щитовидной железы (определение T_4 и ТТГ в случае подозрения на нарушение ее функции) (IV, C).

4. Взятие мазка показано для исключения вторичной инфекции особенно при наличии эксориаций.

5. Проведение накожных аппликационных тестов требуется при подозрении на вторичную медикаментозную аллергию.

Лечение

Пациентки должны быть проинформированы о своем состоянии. Их следует предупредить о существующем невысоком риске неопластических изменений. При изменении клинических проявлений или их текстуры (например появление опухолевидных образований или склерозирование), а также при значительном усугублении симптомов они должны немедленно обратиться к врачу.

Рекомендуемая схема

- Высокоактивные топические стероиды, такие как клобетазола пропионат (IIb, B). В исследовании S.M. Cooper (2006) с участием 89 пациенток использование высокоактивных топических стероидов как первой линии терапии сопровождалось улучшением у 75% и полным



отсутствием симптомов у 54% женщин. Стихание воспалительных процессов отмечено у 9% пролеченных. Касательно оптимального режима лечения доказательств нет.

- При необходимости поддерживающей терапии возможно использование более мягких кортикостероидных препаратов или менее частое назначение сильнодействующих стероидов.
- Вагинальные кортикостероиды. Рекомендованы препараты гидрокортизона, снабженные аппликатором для местного применения. При тяжелых формах заболевания возможно использование преднизолона в суппозиториях (IV, C).

Альтернативные схемы

Использование высокоактивных стероидов с антибактериальным и противогрибковым компонентами (например клотримазол с неомицином и нистатином) или альтернативный препарат (например крем, содержащий фузидовую кислоту и бетаметазон) при наличии вторичной инфекции. Эти препараты должны использоваться только в течение короткого периода времени, достаточно для элиминации патогенов (IV, C).

Беременность и кормление грудью

Высокоактивные топические стероиды безопасны для использования во время беременности или кормления грудью.

Дальнейшее наблюдение и лечение

Направление в многопрофильную клинику, специализирующуюся на патологии вульвы, рекомендуется при эрозивном варианте КПЛ, в случаях, трудно поддающихся лечению, а также при необходимости системной терапии.

Системное лечение. На данный момент существует весьма небольшая доказательная база и нет единого мнения относительно использования системных лекарственных средств при лечении этой патологии. При наличии вульво-вагинально-гингивального синдрома применение азатиоприна, дапсона, гризеофульвина, хлорохина и миноциклина, назначаемых эмпирически, практически малоэффективно либо вообще не имеет преимуществ.

Как вариант может быть рассмотрена возможность применения пероральных циклоспоринов.

Ретиноиды высокоэффективны при гипертрофической форме КПЛ.

Пероральные кортикостероиды, например преднизолон в дозе 40 мг/сут, могут быть назначены на ограниченный период времени, в течение нескольких недель. Такие курсы можно повторять по мере необходимости.

При поражении слизистой рта и кожи ряд исследователей использовали новые биологические агенты. Так, прием базиликсимаба был достаточно эффективным, однако его использование не было оценено при КПЛ вульвы. Все эти потенциально токсичные препараты нуждаются в тща-

тельном мониторинге, и их лучше применять под наблюдением дерматолога в специализированной клинике (IV, C).

Каждые 2-3 мес проводят контрольный осмотр, чтобы оценить ответ на лечение. При активном течении заболевания оценка проводимого лечения проводится по мере необходимости. Женщины с эрозивной формой КПЛ нуждаются в длительном наблюдении соответствующими специалистами (IV, C).

Пациенток со стабильным течением заболевания осматривают ежегодно. Исключение составляют хорошо осведомленные лица с оптимальным контролем симптомов. Больные должны быть проинформированы, что при наличии опухолевидных образований, изъязвлений, изменений в симптомах или внешних проявлениях они должны посетить врача.

Показатели для контроля

Биопсия должна быть выполнена у пациенток, которые не реагируют на начальный курс лечения, а также при выявлении язв с приподнятыми краями.

Экзема вульвы

Согласно классификации Международного общества по изучению болезней вульвы и влагалища (ISSVD), заболевания вульвы, сопровождающиеся экзематозными проявлениями и лихенификацией, включают следующие этиологические варианты.

Атопический – протекает по типу аллергии. Наблюдается в основном у пациенток, страдающих сенной лихорадкой или астмой.

Аллергический контактный – обусловлен воздействием на кожу веществ, к которым у больной существует повышенная чувствительность.

Простой контактный – возникает при контакте с раздражающими химическими веществами, такими как стиральный порошок, чистящие средства и т.д.

Клинические особенности

Жалобы:

- зуд;
- болезненность.

Клинические проявления:

- эритема;
- лихенификация и эксфолиация;
- растрескивание кожи.

Осложнения – присоединение вторичной инфекции.

Диагностика

Характерная клиническая картина.

Общий осмотр и выявление признаков дерматита другой локализации.

Проведение стандартной серии кожных аппликационных тестов, а также аллергических тестов на лекарственные препараты (III, B).

Биопсия выполняется только при наличии признаков атипичности и при отсутствии ответа на лечение (IV, C).



Рекомендуемая схема

- Исключение провоцирующих факторов (IV, C).
- Использование вместо обычного мыла специальных смягчающих моющих средств (эмолентов). Применение крема на водной основе в качестве увлажняющего средства следует исключить из-за риска раздражающего эффекта. Альтернативой может быть использование Hydramol.

Выбор конкретного топического кортикостероида зависит от тяжести заболевания. Так, в более легких случаях можно применять 1% гидрокортизоновую мазь. При наличии тяжелых поражений или выраженной лихенификации показано использование бетаметазона валерата 0,025% или клобетазола пропионата 0,05% в течение ограниченного периода времени. Комбинированные препараты, содержащие противогрибковый и/или антибактериальный компоненты, необходимо назначать при подозрении на вторичное инфицирование. Применять их следует один раз в день (IV, C).

Дальнейшее наблюдение и лечение

Последующее наблюдение проводится в соответствии с клинической необходимостью.

Может потребоваться не только долговременное наблюдение, но и психологическая поддержка.

Показатели для контроля

Письменная информация должна быть предоставлена всем пациенткам без исключения.

Псориаз вульвы

Псориаз является хроническим воспалительным заболеванием кожи, которым страдают около 2% людей от общей численности населения. Генитальный псориаз может проявляться как часть обыкновенного бляшковидного или псориаза сгибательных поверхностей. Редко область поражения ограничена только аногенитальной зоной.

Клинические особенности

Жалобы:

- зуд в области вульвы;
- болезненность;
- ощущение жжения.

Клинические проявления:

- четко ограниченные яркие эритематозные бляшки;
- как правило, симметричное расположение высыпаний;
- часто поражается область ягодичной складки;

- обычно зона поражения четко не визуализируется за счет мацерации;
- растрескивание кожи.

Осложнения

Может наблюдаться ухудшение симптоматики из-за феномена Кебнера (раздражение мочой, облегающей одеждой или после полового акта).

Диагностика

Характерные клинические проявления. Общее обследование кожи и ногтей позволяет обнаружить другие признаки псориаза.

При неуточненном диагнозе проводят биопсию кожи.

Лечение

Рекомендуемая схема

- Исключение провоцирующих факторов.
- Использование вместо обычного мыла специальных смягчающих моющих средств (эмолентов).

Предпочтительным является применение топических кортикостероидов невысокой и умеренной активности. Если ответ на лечение недостаточный, показано назначение более мощных препаратов на короткий период времени, например клобетазола пропионат 0,05%. При наличии вторичной инфекции необходимо назначать комбинированные препараты, содержащие противогрибковые и/или антибактериальные компоненты (IV, C).

Также возможно применение мазей на основе камменноугольной смолы отдельно либо в сочетании с нанесением топических кортикостероидов или их чередование. Однако на фоне их использования возможно развитие раздражения и фолликулита (IV, C).

Назначение аналогов витамина D отдельно или в комбинации с кортикостероидами ограничено возможным развитием раздражения (IV, C).

Дальнейшее наблюдение и лечение

Направление пациенток в специализированную клинику рекомендуется в случаях рефрактерности к лечению либо при необходимости назначения системной терапии. Последующие осмотры проводят по необходимости.

Показатели для контроля

Письменная информация должна быть предоставлена всем пациенткам без исключения.

*По материалам
UK National Guideline on the Management
of Vulval Conditions // British Association
for Sexual Health and HIV, 2014
Продолжение в следующем номере*