

Причины аллергического дерматита аногенитальной области

Д.Р.Мильдзихова¹, Е.Е.Родионова², 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 рассмотрено разнообразие аллергических реакций в аногенитальной области, которые зачастую сопровождаются интенсивным зудом. Причиной зуда может стать как косметическое средство или сексуальная практика, так и хроническое дерматологическое заболевание. Тактика лечения аллергических реакций аногенитальной области заключается в исключении аллергена, назначении антигистаминных препаратов и подборе адекватных средств ухода как на время обострения, так и для повседневных гигиенических процедур. **Ключевые слова:** зуд, аллергический дерматит, аногенитальная область.

Для цитирования: Мильдзихова Д.Р., Родионова Е.Е., Корсунская И.М. Причины аллергического дерматита аногенитальной области. Дерматология (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2019; 1: 23–26. DOI: 10.26442/24143537.2019.1.190300

Causes of allergic dermatitis in the anogenital area

D.R.Mildzikhova¹, E.E.Rodionova², I.M.Korsunskaya^{✉1}
¹Center for Theoretical Problems of Physicochemical Pharmacology of the Russian Academy of Sciences. 119991, Russian Federation, Moscow, Leninskiy pr-t, d. 38a, corp. 1;
²Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenerology and Cosmetology of the Department of Health of Moscow. 119071, Russian Federation, Moscow, Leninskiy pr-t, d. 17
✉marykor@bk.ru

The article discusses a variety of allergic reactions in the anogenital area, which are often accompanied by intense pruritus. The cause of pruritus can be a cosmetic agent or sexual practice as well as a chronic dermatological disease. Treatment tactics for allergic reactions in the anogenital area relies on an exclusion of the allergen, a prescription of antihistamine agents and a selection of adequate care products for both an exacerbation period and everyday hygiene.

Key words: pruritus, allergic dermatitis, anogenital area.

For citation: Mildzikhova D.R., Rodionova E.E., Korsunskaya I.M. Causes of allergic dermatitis in the anogenital area. Dermatology (Suppl. Consilium Medicum). 2019; 1: 23–26. DOI: 10.26442/24143537.2019.1.190300

Аллергический дерматит аногенитальной области встречается довольно часто. Так, по данным K.Kügler и соавт., из 1168 пациентов, принимавших участие в исследовании, диагноз аллергический дерматит подтвердился у 24,6%, а у 11,8% – контактный дерматит [1]. Причина этого кроется в том, что генитальная область подвергается воздействию различных аллергенов и раздражителей из-за гигиенических и сексуальных практик, которые не всегда очевидны. Раздражающие вещества вызывают более интенсивные реакции на гениталиях из-за более высокой трансэпидермальной потери воды и усиленного кровотока.

Зачастую аллергическая реакция сопровождается интенсивным зудом. Хронический аногенитальный зуд может значительно ухудшить качество жизни пациентов, нарушая их сон, настроение, сексуальную функцию и личные отношения. Хотя значительную часть этих пациентов можно лечить с помощью гигиенических мер, местной терапии, орального противозудного средства и исключения аллергенов после патч-тестов, рекомендации по лечению пациентов, которые не отвечают на стандартную терапию, еще не разработаны.

Необходимо отметить, что в области половых органов при аллергическом контактном дерматите преобладает аллергия 4-го типа. Тогда как при контактной крапивнице чаще встречается аллергия 1-го типа, которая может возникнуть на семенную жидкость или латекс, а также из-за переноса аллергенов 1-го типа через сперму [2].

Реакции гиперчувствительности гениталий можно подразделить на сексуально-связанные и несексуально-связанные реакции.

Гиперчувствительность к семенной жидкости человека определяется как спектр системных и/или локализованных симптомов после воздействия специфических белковых компонентов в семенной жидкости. Это редкое заболевание, которое часто неправильно диагностируется. Оно может имитировать хронический вагинит.

Не существует известных факторов риска развития гиперчувствительности к семенной жидкости, хотя женщины, у которых развиваются системные симптомы, чаще страдают атопическим дерматитом [3], также обнаружена связь между началом аллергии на семенную жидкость и процедурами на половых путях [4].

Симптомы могут возникнуть при первом воздействии или спустя годы. Большинство случаев как системной, так и локализованной гиперчувствительности к семенной жидкости происходит после первого полового акта. Местные реакции включают генитальный отек, жжение, раздражение или болезненность. Они происходят во время или вскоре после полового акта, становятся максимальными через 24 ч и длятся 2–3 дня. Генерализованные реакции включают ангионевротический отек губ и век, отек гортани, бронхоспазм и анафилактику [5].

Аллергия на латекс может быть немедленной (реакция 1-го типа, анафилаксия) или реакцией гиперчувствительности с задержкой (реакция 4-го типа). Альтернативно могут быть использованы синтетические презервативы, изготовленные из полиуретановых или натуральных мембранных презервативов.

Следует учитывать, что существует ассоциация аллергии на латекс и аллергии на продукты растительного происхождения – синдром плодов латекса. Фруктами, вызывающими этот синдром, являются авокадо, банан, киви, дыня, персик и реже инжир, слива, каштан, арахис, картофель, папайя и помидор [6].

Пациенты с аллергией на фрукты имеют 11% риск латексной реакции, в то время как пациенты с аллергией на латекс имеют 35% риск реакции на фрукты. Преобладающая гипотеза заключается в том, что перекрестная реактивность аллергена обусловлена антителами иммуноглобулина E, распознающими структурно сходные эпитопы на разных белках, которые являются филогенетически близкими [6].

Генитальные дерматозы часто трудно поддаются лечению из-за уникальной природы этой среды. Кожа половых органов тонкая, чувствительная, часто закупоривается.

рена и может иметь повышенное поглощение при местном лечении [7]. Кроме того, кожа половых органов демонстрирует преувеличенную реакцию на раздражители по сравнению с другими областями тела [8]. Локализованный атопический дерматит обычно лечится с помощью местного применения кортикостероидов, но использование высокоэффективных стероидных мазей в области половых органов может привести к побочным эффектам, связанным с лечением, таким как атрофия кожи и повышенный риск вторичной инфекции [9].

Широкий спектр дерматологических состояний влияет на кожу половых органов, включая склероатрофический лишай, красный плоский лишай, атопический дерматит, псориаз, аллергический контактный дерматит и ирритантный дерматит, но диагностика может быть затруднена из-за локализации [10]. Эти общие кожные заболевания часто имеют иную морфологию в области половых органов по сравнению с другими областями тела из-за трения, тепла и окклюзии в области половых органов [11].

Пациенты, у которых есть подозрения на наличие аллергических триггеров аногенитального зуда или зуда, не поддающегося лечению местными средствами, должны пройти тест для оценки аллергического контактного дерматита. Приблизительно у 1/2 пациентов с аногенитальным зудом наблюдается как минимум одна положительная реакция на тестирование, причем 20% из этих реакций клинически значимы для их зуда [12].

По данным исследования K.Bhate и соавт., наиболее часто аллергическую реакцию вызывают средства ухода (10,8%), ароматические смеси (8,1%), толуанский бальзам (8,1%), ацетат фенилртути (8,1%) и неомидин (5,4%). Женщины чаще страдают аллергией (50%) по сравнению с мужчинами (37%); при этом 59,5% пациентов не имеют положительных реакций при тестировании [13].

Еще одним частым триггером аллергической реакции может служить метилизотиазолинон. Это биоцидный консервант, используемый в косметике, влажных салфетках и бытовых продуктах, включая чистящие растворы и краски [14]. Это вызвало недавнюю эпидемию контактной аллергии, в результате чего метилизотиазолинон был назван «контактным аллергеном года» Американского общества контактного дерматита 2013 г. [15].

Больных с аллергическим контактным дерматитом аногенитальной области часто можно лечить путем отказа от аллергических триггеров и симптоматического лечения [16]. Тем не менее эти пациенты часто имеют другие сопутствующие аногенитальные заболевания, которые могут потребовать дальнейшего вмешательства [17].

Сопутствующие заболевания, такие как: диабет; лекарства, в том числе антибиотики; хронические кожные заболевания, например псориаз или красный плоский лишай, могут играть роль в развитии или поддержании аногенитальных проблем [18].

Также важно обращать внимание на использование пациентом назначенных и не прописанных лекарств во время болезни. Местные кортикостероиды могут обострять инфекции, в то время как анестезирующие средства способны вызывать контактный дерматит; антибиотики могут вызывать некоторые положительные изменения, но приводят к оппортунистической инфекции *Candida*. Следует также уделить внимание личной гигиенической практике, включая использование мыла или очищающих салфеток, лосьонов или спреев, поскольку раздражающие или аллергенные вещества обычно встречаются в составе этих средств, но им уделяется недостаточное внимание при сборе анамнеза.

Первое место в терапии аллергического дерматита аногенитальной области у женщин занимают антигистаминные препараты. Предпочтение отдается средствам, обладающим ярко выраженным противозудным действием, помимо противоаллергического. Одним из таких препаратов является эбастин (Кестин®).

Особенностью фармакокинетики эбастина является очень быстрая метаболизация в фармакологически активный метаболит – каребастин. Выраженное противоаллергическое действие препарата начинается через 1 ч после однократного приема эбастина 10 или 20 мг (Кестина). Кестин® обладает высокой биодоступностью. Прием пищи не влияет на скорость наступления клинического эффекта, что позволяет использовать препарат независимо от приема пищи. Максимальная концентрация каребастина в плазме крови возрастает в зависимости от принятой дозы эбастина, но время достижения максимальной концентрации и конечный период полувыведения остаются стабильными как у молодых, так и у пожилых лиц, что позволяет принимать этот препарат всем пациентам без коррекции дозы вне зависимости от возраста. В дозах (60 мг/сут), в 3–6 раз превышающих терапевтические, эбастин не оказывает заметного действия на интервал QT, о чем свидетельствовало отсутствие разницы с данными, полученными при испытании плацебо, в то время как терфенадин при трехкратном превышении терапевтической дозы оказывал выраженное нежелательное действие, существенно удлиняя интервал QT. Не обнаружено взаимодействия каребастина с этанолом и диазепамом, что избавляет от необходимости менять образ жизни или принимаемое по поводу других заболеваний лечение [19]. Кестин® не оказывает воздействия на сердечно-сосудистую систему. В ряде исследований он показал более выраженный эффект в отношении кожных проявлений аллергии, чем лоратадин и цетиризин, как после однократного применения, так и при длительном приеме [20]. Собственные исследования противозудного эффекта Кестина показывают, что максимальный эффект после приема препарата наступает через 2 ч и сохраняется в течение 6 ч в первые 3 дня [21]. После 5 дней приема эффект от препарата сохраняется в течение 72 ч [22].

Учитывая, что зачастую аллергическая реакция в аногенитальной области вызывается косметическими и гигиеническими продуктами, необходим адекватный подбор увлажняющих и очищающих средств. В подобных случаях несомненный интерес представляет специализированная косметика для женской гигиены Lactacyd. Она представлена несколькими линейками, наиболее актуальными средствами для ухода за кожей, склонной к аллергическим реакциям, являются линейки «Для чувствительной кожи» и «Раздражение». Средства содержат молочную кислоту и обладают приятной легкой консистенцией. В каждой линейке есть продукты с различным pH, что позволяет индивидуализировать применение.

В задачи врача в случаях аллергического дерматита аногенитальной области входит не только устранение симптомов аллергической реакции, но и подбор адекватных гигиенических средств. Кроме того, необходимо проведение патч-тестов для определения аллергенов, что поможет в дальнейшем избежать повторения аллергической реакции.

Предположительно, существует большое количество незарегистрированных случаев аллергических заболеваний в области половых органов, а значит, междисциплинарное сотрудничество между гинекологами и дерматологами должно быть расширено.

Литература/References

- 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.
- Eubel J, Diepgen TL, Weisshaar E. Allergic diseases in the genital area. *Hautarzt* 2015; 66 (1): 45–52.
- Kroon S. Allergy to human seminal plasma: a presentation of six cases. *Acta Derm Venereol* 1980; 60 (5): 436–9.
- Elsner P, Wilhelm D, Maibach HI [Multiple parameter assessment of vulvar irritant contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 1990; 23 (1): 20–6.
- Friedman SA, Bernstein IL, Enrione M, Marcus ZH. Successful long-term immunotherapy for human seminal plasma anaphylaxis. *JAMA* 1984; 251 (20): 2684–7.
- García Ortiz JC, Moyano JC, Alvarez M, Bellido J. Latex allergy in fruit-allergic patients. *Allergy* 1998; 53 (5): 532–6.
- Farage M, Maibach HI. The vulvar epithelium differs from the skin: Implications for cutaneous testing to address topical vulvar exposures. *Contact Dermatitis* 2004; 51: 201–9.
- Britz MB, Maibach HI. Human cutaneous vulvar reactivity to irritants. *Contact Dermatitis* 1979; 5: 375–7.
- Johnson E, Groben P, Eanes A et al. Vulvar skin atrophy induced by topical glucocorticoids. *J Midwifery Womens Health* 2012; 57: 296–9.
- Chan MP, Zimarowski MJ. Vulvar dermatoses: A histopathologic review and classification of 183 cases. *J Cutan Pathol* 2015; 42: 510–8.
- Drummond C. Common vulval dermatoses. *Aust Fam Physician* 2011; 40: 490–6.
- Warshaw EM, Furda LM, Maibach HI et al. Anogenital dermatitis in patients referred for patch testing: retrospective analysis of cross-sectional data from the North American Contact Dermatitis Group, 1994–2004. *Arch Dermatol* 2008; 144: 749–55.
- Bhate K, Landeck L, Gonzalez E et al. Genital contact dermatitis: a retrospective analysis. *Dermatitis* 2010; 21 (6): 317–20.
- Alwan W, White I, Bannerjee P. Presumed airborne contact allergy to methylisothiazolinone causing acute severe facial dermatitis and respiratory difficulty. *Contact Dermatitis* 2014; 70: 316–28.
- Castanedo-Tardana M, Zug K. Methylisothiazolinone. *Dermatitis* 2013; 24 (1): 2–6.
- Siddiqi S, Vijay V, Ward M et al. Pruritus ani. *Ann R Coll Surg Engl* 2008; 90: 457–63.
- Trivedi MK, Woodruff CM, Kornik R, Botto N. Patch testing in vulvar allergic contact dermatitis. *Dermatitis* 2018; 29: 95–6.
- Дворянкова Е.В., Невозинская З.А., Корсунская И.М. Дерматологические аспекты зудя вильвы в постменопаузе. *Consilium Medicum*. 2018; 20 (6): 50–2. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.6.50-52 / Dvoryankova E.V., Nevozinskaya Z.A., Korsunskaya I.M. Dermatological aspects of pruritus vulvae in postmenopause. *Consilium Medicum*. 2018; 20 (6): 50–2. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.6.50-52 [in Russian]
- Курбачева О.М., Ильина Н.И., Лусс Л.В. Патогенетически обоснованный подход к лечению аллергического ринита: выбор антигистаминного препарата. *РАЖ*. 2007; 2: 83–8. / Kurbacheva O.M., Il'ina N.I., Luss L.V. Patogeneticheski obosnovanniy podkhod k lecheniu allergicheskogo rinita: vybor antigistaminnogo preparata. *RAZh*. 2007; 2: 83–8. [in Russian]
- Gispert J, Antonijoan R, Barbanj M et al. Efficacy of Ebastine, Cetirizine, and Loratadine in histamine cutaneous challenges. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002; 89: 259–64.
- Плиева К.Т., Мельниченко О.О., Невозинская З.А., Корсунская И.М. Возможности контроля кожных аллергических реакций. Эффективная фармакотерапия. Дерматология и дерматокосметология. 2016; 3: 6–12. / Plieva K.T., Mel'nichenko O.O., Nevozinskaya Z.A., Korsunskaya I.M. Vozможности kontrolya kozhnykh allergicheskikh reaktcii. *Effektivnaia farmakoterapiia. Dermatovenerologiiia i dermatokosmetologiiia*. 2016; 3: 6–12. [in Russian]
- Frossard N, Vital-Durand D, Mounedji N, Valleteau A. Duration of the antihistaminic effect after discontinuation of ebastine. *Allergy* 2001; 56: 553–7.

Сведения об авторах

Мильдзихова Дзерасса Руслановна – мл. науч. сотр. ФГБУН ЦТП ФХФ

Родионова Екатерина Евгеньевна – канд. мед. наук, зав. отд-нием ГБУЗ МНПЦДК

Корсунская Ирина Марковна – д-р. мед. наук, проф., зав. лаб. физико-химических и генетических проблем дерматологии ФГБУН ЦТП ФХФ. E-mail: marykor@bk.ru