Клиническая дерматология и венерология
2023, Т. 22, № 5, с. 606-609
https://doi.org/10.17116/klinderma202322051606

Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology =
Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya 2023, Vol. 22, No. 5, pp. 606-609
https://doi.org/10.17116/klinderma202322051606

Роль средств ухода при аногенитальном зуде

© Л.Р. САКАНИЯ[1, 2], К.В. БАДЛУЕВА[1], И.М. КОРСУНСКАЯ[2]

[1]ГБУЗ Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;
[2]ФГБУН Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Аногенитальный зуд является распространенной проблемой и может быть вызван различными причинами. Гигиенические и сексуальные практики, особенности диеты и другие факторы способны провоцировать неприятные симптомы. Зуд может сопровождать ряд системных и дерматологических заболеваний. Среди последних чаще всего встречаются склероатрофический лихен, красный плоский лишай и псориаз. Вне зависимости от первопричины, аногенитальный зуд негативно влияет на качество жизни пациентов, сказывается на их повседневной активности и сексуальной сфере жизни, может приводить к нарушениям сна. Качественный сбор анамнеза, осмотр и соответствующие лабораторные тесты важны для постановки точного диагноза. Специфическое лечение назначают после выяснения причины. Однако с учетом значительного влияния этого симптома на жизнь пациентов следует рекомендовать применение средств ухода с увлажняющим и противозудным действием до установления диагноза. Кроме того, в случаях идиопатического и психогенного зуда средства ухода становятся основным способом борьбы с неприятным симптомом. Наш опыт демонстрирует, что использование крема с противозудным и увлажняющим эффектом является эффективным средством для снижения интенсивности зуда и может быть включено в комплексную терапию дерматозов с локализацией в аногенитальной области. Так, собственные наблюдения, включавшие 51 пациента с различными дерматологическими заболеваниями и жалобами на зуд, чувство стянутости и жжения в аногенитальной области, показали значимое снижение интенсивности зуда ко 2-й неделе комплексной терапии, к 4-й неделе терапии применение крема требовалось только 4 пациентам. Следует также отметить, что применение крема с противозудным и увлажняющим эффектом в качестве средства ухода в комплексе с основными терапевтическими мероприятиями может выступать альтернативой топическим глюкокортикостероидам, назначение которых в аногенитальной области нежелательно.

Ключевые слова: *аногенитальный зуд, красный плоский лишай, склероатрофический лихен, псориаз, эктоин, средства ухода.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:
Сакания Л.Р. — https://orcid.org/0000-0003-2027-5987
Бадлуева К.В. — https://orcid.org/0009-0006-8841-724X
Корсунская И.М. — https://orcid.org/0000-0002-6583-0318
Автор, ответственный за переписку: Корсунская И.М. — e-mail: marykor@bk.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Сакания Л.Р., Бадлуева К.В., Корсунская И.М. Роль средств ухода при аногенитальном зуде. *Клиническая дерматология и венерология*. 2023;22(5):606–609. https://doi.org/10.17116/klinderma202322051606

Role of care products in anogenital pruritus

© L.R. SAKANIYA[1, 2], K.V. BADLUEVA[1], I.M. KORSUNSKAYA[2]

[1]Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenerology and Cosmetology, Moscow, Russia;
[2]Center for Theoretical Problems of Physicochemical Pharmacology, Institution of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

ABSTRACT

Anogenital pruritus is a common problem and can be caused by various reasons. Hygienic and sexual practices, diet features and other factors can provoke unpleasant symptoms. Itching can accompany a number of systemic and dermatological diseases. Among the latter, lichen sclerosus et atrophicus, lichen planus and psoriasis are the most common. Regardless of the initial cause, anogenital pruritus negatively impacts on the quality of patients' life, affects their daily activity and sexual life and can lead to sleep disorder. Qualitative anamnesis collection, examination and appropriate laboratory tests are important for making an accurate diagnosis. Specific treatment is prescribed after determining the cause. Nevertheless, care products with moisturizing and anti-pruritic effects should be recommended prior to diagnosis establishment in accordance to significant impact of this symptom on patients' life. In addition, care products become the main way to treat an unpleasant symptom in cases of idiopathic and psychogenic itching. Our experience shows that the use of anti-itching and moisturizing cream is an effective mean for reducing the itching intensity and can be included in comprehensive therapy of dermatoses in anogenital area. Thus, own observations, which included 51 patients with various dermatological diseases and complaints of itching, tightness and burning in the anogenital area, showed a significant decrease in itching intensity by the 2nd week of comprehensive therapy, and by the 4th week only 4 patients needed cream use. It should also be noted that the application of cream with anti-pruritic and moisturizing effects as a care product in combination with basic therapeutic measures can be an alternative to topical glucocorticosteroids, which are undesirable for use in the anogenital area.

Keywords: *anogenital pruritus, lichen planus, lichen sclerosus et atrophicus, psoriasis, ectoin, care products.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:
Sakaniya L.R. — https://orcid.org/0000-0003-2027-5987
Badlueva K.V. — https://orcid.org/0009-0006-8841-724X
Korsunskaya I.M. — https://orcid.org/0000-0002-6583-0318
Corresponding author: Korsunskaya I.M. — e-mail: marykor@bk.ru

TO CITE THIS ARTICLE:
Sakaniya LR, Badlueva KV, Korsunskaya IM. Role of care products in anogenital pruritus. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology = Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2023;22(5):606–609. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/klinderma202322051606

Зуд был определен более 340 лет назад немецким врачом Самуэлем Хафенрефером как неприятное ощущение, вызывающее желание или рефлекс почесаться. На основе нейропатофизиологии он классифицируется как пруритоцептивный (кожный зуд при первичных дерматозах), нейропатический (зуд, возникающий из-за нейроанатомической дисфункции, например травм, связанных с защемлением нерва), нейрогенный (возникающий из-за нейрохимического действия, например, опиоидов) и психогенный [1]. Зуд может проявляться в острой или хронической (длительностью более 6 нед) формах [2], может быть генерализованным, с вовлечением всей кожи, или локализовываться в таких областях, как волосистая часть головы, верхняя часть спины, руки и аногенитальная область.

Международный форум по изучению зуда (IFSI) предложил классификацию, основанную на клинических признаках и различающую заболевания с первичными или вторичными кожными поражениями или без них [2]. В 1-ю группу (зуд на первично-воспаленной коже) включены пациенты с сопутствующими дерматологическими заболеваниями, во 2-ю группу (зуд преимущественно невоспаленной кожи) — пациенты с системными заболеваниями, беременностью, лекарственным зудом, нейрогенными, нейропатическими и психическими заболеваниями, в 3-ю группу (зуд с хроническими вторичными расчесами, такими как узелковая почесуха) — пациенты с зудом, обусловленным причинами, характерными как для 1-й, так и для 2-й группы. Кроме того, зуд может быть результатом сосуществования нескольких заболеваний или неопределенного происхождения.

Аногенитальный зуд определяется как зуд, локализующийся в перианальной области (pruritus ani) и коже половых органов. Анальный зуд встречается у 1–5% взрослого населения, чаще у мужчин, чем у женщин [3–6]. Частота зуда вульвы неизвестна, но очевидно, что многие женщины сталкиваются с ним в тот или иной период своей жизни, чаще всего в постменопаузе в результате дефицита эстрогенов, основного симптома дистрофии вульвы [7–10]. Аногенитальный зуд у обоих полов является причиной тяжелого дистресса, нарушения сна из-за резистентного к лечению цикла зуд—царапина—зуд и снижения качества жизни.

Аногенитальный зуд может быть проявлением кожных или системных заболеваний, острым или хроническим. Острый аногенитальный зуд в основном обусловлен инфекциями и аллергическим или ирритантным контактным дерматитом. Хронический аногенитальный зуд обусловлен папулосквамозными заболеваниями, первично-воспалительными заболеваниями гениталий, механическими причинами, злокачественными новообразованиями и психогенными причинами [11]. Помимо распространенных причин, таких как инфекции и дерматозы, аногенитальный зуд могут вызвать:

— системные заболевания (сахарный диабет, заболевания печени, лейкемия, лимфома, почечная недостаточность, железодефицитная анемия, заболевания соединительной ткани, гипертиреоз, целиакия [12, 13]);

— заболевания аноректальной области (геморрой, анальная трещина, свищ, выпадение прямой кишки, анальные папилломы [10]);

— диетические факторы (употребление кофе и чая, газированных напитков, алкоголя, цитрусовых, специй [10, 14]);

— другие факторы (беременность, прием лекарственных препаратов системных и топических, чрезмерные гигиенические и различные сексуальные практики).

Среди дерматологических причин зуда к наиболее часто встречающимся относят склероатрофический лихен (СЛ), красный плоский лишай (КПЛ) и псориаз.

Регистрация генитального КПЛ, по данным различных исследований, колеблется от 3,7 до 9% [15]; 94,9% пациентов с КПЛ страдают от зуда и 65,9% из них считают зуд самым беспокоящим симптомом [16].

Изолированный генитальный псориаз встречается у 2–5% пациентов. Среди пациентов с вульгарным псориазом до 63% сталкиваются с поражением кожи половых органов в разные периоды течения заболевания [17]. Различные исследования демонстрируют, что зуд проявляется у 82–100% пациентов с генитальным псориазом [18]. При этом многие авторы отмечают, что интенсивность неприятных симптомов выше среди женщин [18].

Точная распространенность СЛ неизвестна, но считается, что он поражает 1 из 300–1000 человек в общей популяции. СЛ встречается на коже гениталий в 85–98% случаев [19]. Жалобы на зуд предъявляют более $^1/_2$ пациентов [20].

При подходе к больным с аногенитальным зудом очень важны правильно собранный анамнез, тщательное клиническое обследование. Соответствующие исследования для исключения системных причин и биопсия кожи проводятся всегда, когда возникают трудности с постановкой диагноза. При сборе анамнеза пациенты должны быть опрошены о появлении зуда, тяжести и характере зуда, времени появ-

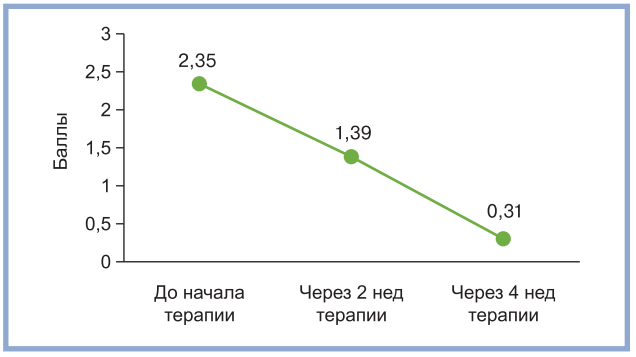
ления зуда, облегчающих/усугубляющих факторах, гигиенических привычках, предшествующем лечении, домашних животных, сексуальном воздействии, связи с половым актом и менструацией, методах контрацепции, использовании смазки и сексуальных аксессуаров, истории путешествий, применении местных средств для выявления раздражителей и аллергенов, предшествующей истории зуда/сыпи.

Первый шаг в терапии аногенитального зуда — исключение провоцирующего фактора. В случаях, когда причиной зуда являются дерматоз или системное заболевание, должно быть назначено соответствующее специфическое лечение. Однако до установления причины зуда для случаев идиопатического аногенитального зуда и облегчения неприятного симптома в комплексе с основными терапевтическими мероприятиями пациентам может быть предложено применение местных средств ухода с выраженными противозудным и увлажняющим эффектами. К таким средствам можно отнести крем *Перфэктоин*. В состав крема входит эктоин и липидно-увлажняющий комплекс, включающий сквален, церамиды, триглицериды каприловой и каприновой кислот и экстракт Cardiospermum Halicacabum.

Сквален представляет собой один из лучших натуральных увлажнителей, который быстро проникают в глубокие слои эпидермиса, тем самым восстанавливая барьерную функцию кожи и предотвращая трансэпидермальную потерю влаги (ТЭПВ). Кроме того, сквален обладает антиоксидантными свойствами, препятствует окислению липидов на поверхности кожи, а также уменьшает остроту воспалительной реакции (уменьшение эритемы) [21]. Показано, что средство, содержащее триглицериды каприловой и каприновой кислот, повышает поверхностную гидратацию кожи, снижает ТЭПВ, что способствует улучшению барьерной функции кожи [22]. Cardiospermum Halicacabum — лекарственное растение, известное благодаря своей антимикробной активности в отношении широкого спектра микроорганизмов, включая как грамположительные, так и грамотрицательные бактерии, а также грибковые патогены [23]. Кроме того, оно применяется для лечения атопического дерматита, поскольку демонстрирует кортизоноподобную противовоспалительную активность путем активации фосфолипазы А2, сохраняя при этом стабильность клеточных мембран. Этот эффект обусловлен наличием фитостеролов, имеющих сродство к липидам эпидермиса [24]. Особое внимание следует уделить эктоину в составе крема. Эктоин является хорошо известным увлажняющим ингредиентом, который, как полагают, действует как растворитель липидов внутри корнеоцитов, т.е. способствует их быстрейшему отторжению [25]. Недавнее зарубежное исследование показало, что применение эктоина позволяет роговому слою удерживать больше воды, т.е. снижает ТЭПВ, ткани, обработанные эктоином, истончаются в меньшей степени при потере влаги. Отмечено также, что эктоин взаимодействовал с белковыми структурами корнеодесмосом в роговом слое, изменяя силу сцепления ткани. С учетом того, что многие нежелательные состояния кожи, особенно те, которые вызывают обильное шелушение, связаны с аномально сильной сплоченностью клеток рогового слоя, применение эктоина в таких случаях может быть весьма эффективным [26]. Препараты, содержащие эктоин, широко применяются у пациентов с воспалительными заболеваниями кожи, в том числе у новорожденных и детей. Эктоин снижает сухость кожи и чувство зуда. Как показывают исследования, применение эктоина в качестве адъювантной терапии может снижать потребность в фармакологическом лечении [27].

Собственный клинический опыт подтверждает эффективность применения крема *Перфэктоин* у пациентов с различными дерматологическими заболеваниями, локализующимися в аногенитальной области. Так, под нашим наблюдением находился 51 пациент (25 женщин и 26 мужчин) со следующими диагнозами: СЛ — 15, КПЛ — 19, псориаз — 17. Возраст пациентов колебался от 34 до 65 лет. Все пациенты предъявляли жалобы на интенсивный зуд, 27 (53%) пациентов отмечали нарушения сна, связанные с зудом. В группах пациентов с СЛ и псориазом отмечены и другие неприятные симптомы: чувство стянутости, жжения, пациенты жаловались на проблемы сексуального характера.

Всем пациентам назначено специфическое системное лечение, не включавшее глюкокортикостероиды (ГКС), в соответствии с их дерматологическим диагнозом. Топические лекарственные препараты также не назначали. В качестве средства ухода для уменьшения интенсивности зуда рекомендован крем *Перфэктоин* 1–2 раза в сутки. До начала лечения, через 2 и 4 нед терапии пациентам предложили оценить интенсивность зуда по 4-балльной шкале, где 0 баллов — нет зуда, 1 балл — слабый зуд (присутствует, но не беспокоит), 2 балла — умеренный



Динамика субъективной оценки зуда пациентами на фоне комплексной терапии с кремом *Перфэктоин*.

Dynamics of subjective itching evaluation by patients against the background of comprehensive therapy with *Perfectoin* cream.

(беспокоит, но не мешает ежедневной активности и/или сну), 3 балла — тяжелый/интенсивный (беспокоит и мешает ежедневной активности и/или сну). Результаты субъективной оценки зуда пациентами представлены на **рисунке**.

В течение первых недель терапии 12 пациентов отметили недостаточность двукратного нанесения крема. Им предложили увеличить количество нанесений до 3 раз в сутки. Ко 2-й неделе терапии у 34 пациентов снизилась интенсивность зуда. К 4-й неделе терапии зуд сохранялся у 12 пациентов, из них только 4 требовалось нанесение крема *Перфэктоин* на ночь. Кроме того, все пациенты отметили отсутствие неприятных ощущений в виде чувства стянутости и жжения. Пациенты с жалобами на трудности в сексуальной сфере отметили снижение влияния заболевания на сексуальную активность.

Для облегчения зуда и прочих неприятных кожных симптомов обычно назначают топические глюкокортикостреоиды различной степени активности, однако при учете особенностей строения кожных покровов в аногенитальной области назначение этих препаратов нежелательно. В связи с этим крем *Перфэктоин* становится значимой альтернативой кортикостероидным препаратам. Он демонстрирует высокую эффективность при наличии зуда и других снижающих качество жизни пациентов проявлений дерматологических заболеваний, а также, в отличие от топических ГКС, может длительно применяться в аногенитальной области, не вызывая нежелательных структурных изменений кожи.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Twycross R, Greaves MW, Handwerker H, et al. Itch: scratching more than the surface. *QJM*. 2003;96:7-26.
2. Stander S, Weisshaar E, Mettang T, et al. Clinical classification of itch: a position paper of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol*. 2007;87:291-294.
3. Siddiqi S, Vijay V, Ward M, Mahendran R, Warren S. Pruritus ani. *Ann R Coll Surs Engl*. 2008;90:457-463.
4. Daniel GL, Longo WE, Vernava AM. Pruritus ani. Causes and concerns. *Dis Colon Rectum*. 1994;37:670-674.
5. Chaudhry V, Bastawrous A. Idiopathic pruritus ani. *Semin Colon Rectal Surg*. 2003;14:196-202.
6. Hanno R, Murphy P. Pruritus ani: classification and management. *Dermatol Clin*. 1987;5(4):811-816.
7. Sener AB, Kuscu E, Seckin NC, Gokmen O, Taner D, Cobanoglu O, et al. Postmenopausal vulvar pruritus-colposcopic diagnosis and treatment. *J Pak ed Assoc*. 1995;45(12):315-317.
8. Soper JT, Creasman WT. Vulvar dystrophies. *Clin Obstet Gynecol*. 1986; 29(2):431-439.
9. ACOG. Technical Bulletin Number 39, Vulvar dystrophies. *Int J Gynaecol Obstet*. 1991;35:269-273.
10. Перламутров Ю.Н., Василенко Т.В., Ольховская К.Б. Принципы диагностики и терапии аногенительного зуда у женщин. *Медицинский алфавит*. Серия «Дерматология». 2019;26(401):72-75.
Perlamutrov YuN, Vasilenko TV, Ol'khovskaya KB. Principles of diagnosis and therapy of anogenital itching in women. *Meditsinskiĭ alfavit*. Seriya «Dermatologiya». 2019;26(401):72-75. (In Russ.).
11. Weichert GE. An approach to the treatment of anogenital pruritus. *Dermatol Ther*. 2004;17:129-133.
12. Zuccati G, Lotti T, Mastrolorenzo A, Rapaccini A, Tiradritti L. Pruritus ani. *Dermatol Ther.* 2005;18:355-362.
13. Gach JE, Seddon FH. Gluten-sensitive enteropathy associated with genital lichen simplex chronicus. *J R Soc Med Sh Rep*. 2010;1:43.
14. Cohen AD, Vander T, Medvendovsky E, Biton A, Naimer S, Shaley R, et al. Neuropathic scrotal pruritus: anogenital pruritus is a symptom of lumbosacral radiculopathy. *J A Acad Dermatol*. 2005;52(1):61-66.
15. Khurana A, Tandon S, Marfatia YS, Madnani N. Genital lichen planus: An underrecognized entity. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2019;40(2):105-112. https://doi.org/10.4103/ijstd.IJSTD_45_19
16. Welz-Kubiak K, Reich A, Szepietowski JC. Clinical Aspects of Itch in Lichen Planus. *Acta Derm Venereol*. 2017;97(4):505-508. https://doi.org/10.2340/00015555-2563
17. Meeuwis KAP, Potts Bleakman A, van de Kerkhof PCM, Dutronc Y, Henneges C, Kornberg LJ, et al. Prevalence of genital psoriasis in patients with psoriasis. *J Dermatolog Treat*. 2018;29:1-7.
18. Yang EJ, Beck KM, Sanchez IM, et al. The impact of genital psoriasis on quality of life: a systematic review. *Psoriasis* (Auckl). 2018;8:41-47.
19. Chamli A, Souissi A. *Lichen Sclerosus*. 2023 Jul 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. PMID: 30855834.
20. Kolitz E, Gammon L, Mauskar M. Vulvar lichen sclerosus in women of reproductive age. *Proc* (Bayl Univ Med Cent). 2021;34(3):349-351. Published 2021 Feb 22.
https://doi.org/10.1080/08998280.2021.1885093
21. Huang ZR, Lin YK, Fang JY. Biological and pharmacological activities of squalene and related compounds: potential uses in cosmetic dermatology. *Molecules*. 2009;14(1):540-554.
https://doi.org/10.3390/molecules14010540
22. de Souza Neto AV, Balla DQ, Candido TM, Rosado C, Baby AR, Pessoa FVLS. Effect of an Emollient Emulsion Containing 15.0% of Caprylic/Capric Triglyceride on the Urocanic Acid of the Stratum Corneum. *Life* (Basel). 2023;13(4):876.
https://doi.org/10.3390/life13040876
23. Gaziano R, Campione E, Iacovelli F, Pistoia ES, Marino D, Milani M, Di Francesco P, Pica F, Bianchi L, Orlandi A, Marsico S, Falconi M, Aquaro S. Antimicrobial properties of the medicinal plant Cardiospermum halicacabum L: new evidence and future perspectives. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2019;23(16):7135-7143.
https://doi.org/10.26355/eurrev_201908_18759
24. Fai D, Fai C, Di Vito M, Martini C, Zilio G, De Togni H. Cardiospermum halicacabum in atopic dermatitis: Clinical evidence based on phytotherapic approach. *Dermatol Ther*. 2020;33(6):e14519.
https://doi.org/10.1111/dth.14519
25. Pastor JM, Salvador M, Argandoña M, Bernal V, Reina-Bueno M, Csonka LN. Ectoines in cell stress protection: uses and biotechnological production. *Biotechnol Adv*. 2010;28:782-801.
26. Bow JR, Sonoki Y, Uchiyama M, Dauskardt RH. Ectoine disperses keratin and alters hydration kinetics in stratum corneum. *Biochem Biophys Rep*. 2021;28:101134.
https://doi.org/10.1016/j.bbrep.2021.101134
27. Kauth M, Trusova OV. Topical Ectoine Application in Children and Adults to Treat Inflammatory Diseases Associated with an Impaired Skin Barrier: A Systematic Review. *Dermatol Ther* (Heidelb). 2022;12(2):295-313.
https://doi.org/10.1007/s13555-021-00676-9

Поступила в редакцию 05.09.2023
Received 05.09.2023
Принята к печати 19.09.2023
Accepted 19.09.2023