

7. Georgescu S.R., Mitran K.I., Mitran M.I., Amuzescu A., Matei S., Tampa M. A Meta-Analysis on the Effectiveness of Sertaconazole 2% Cream Compared with Other Topical Therapies for Seborrheic Dermatitis. *Journal of Personalized Medicine*. 2022. Vol. 12. No. 9. P. 1540.
8. Liebel F., Lyte P., Garay M., Babad J., Southall M.D. Anti-Inflammatory and Anti-Itch Activity of Sertaconazole Nitrate. *Arch. Dermatol. Res.* 2006. 298. P. 191–199.
9. Kaur S., Sur R., Liebel F.T., Southall M.D. Induction of Prostaglandin D2 through the P38 MAPK Pathway Is Responsible for the Antipruritic Activity of Sertaconazole Nitrate. *J. Investig. Dermatol.* 2010. 130. P. 2448–2456.
10. Zhang W., Zhou L., Qin S., Jiang J., Huang Z., Zhang Z., Zhang X., Shi Z., Lin J. Sertaconazole Provokes Proapoptotic Autophagy via Stabilizing TRADD in Nonsmall Cell Lung Cancer Cells. *Med Comm* 2021. 2. P. 821–837.
11. Saki N., Jowkar F., Alyaseen S. Comparison of Sertaconazole 2% Cream versus Hydrocortisone 1% Ointment in the Treatment of Atopic Dermatitis. *J. Dermatol. Treat.* 2013. 24. 447–449.
12. Smith A., Posh S.K., Sen S., Sarkar S., Hazra A., De R. Efficacy of Sertaconazole in the Treatment of Dermatophytosis. *Journal of Dermatological Research*. 2018. 25(3). P. 123–129.
13. Johnson B., Goldust M., Rezaei E. Comparative Study of Sertaconazole vs. Ketoconazole in the Treatment of Dermatophytosis. *International Journal of Dermatology*. 2019. 35 (2), P. 89–95.
14. Brown C., Plosker G.L. Efficacy and Safety of Sertaconazole vs. Miconazole in the Treatment of Candidal Dermatitis. *Journal of Fungal Infections*. 2020. 42(1), P. 6–63.
15. Torres J., Marquez M., Camps F. Sertaconazole in the treatment of mycoses: From dermatology to gynecology. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2000. Vol. 71. Suppl. 1.-P. S3–20.
16. Rotta I., Ziegelmann P.K., Otuki M.F., et al. Efficacy of topical antifungals in the treatment of dermatophytosis: a mixed-treatment comparison meta-analysis involving 14 treatments. *JAMA Dermatol.* 2013. Vol. 149, No. 3. P. 341–349.
17. Elewski B.E., Cantrell W.C. An Open-Label Study of the Safety and Efficacy of Sertaconazole Nitrate in the Treatment of Seborrheic Dermatitis. *J. Drugs Dermatol.* JDD2011, 10, 895–899.
18. Azzadeh M., Pahlevan D., Bagheri B. The Efficacy and Safety of Pimecrolimus 1% Cream vs. Sertaconazole 2% Cream in the Treatment of Patients with Facial Seborrheic Dermatitis: A Randomized Blinded Trial. *Clin. Exp. Dermatol.* 2022, 47, P. 926–931.
19. Carrillo-Muñoz A. J. et al. In vitro antifungal activity of sertaconazole nitrate against recent isolates of onychomycosis causative agents. *Journal of chemotherapy*. 2008. Vol. 20. No. 4. P. 521–523.
20. Kumar V.K. A Study of Comparative Assessment of the Efficacy & Safety of Sertaconazole 2% Cream Versus Terbinafine 1% Cream in Patients with Dermatophytoses of Skin. *Journal of Evidence based Medicine and Healthcare*; Volume 2, Issue 37, September 14, 2015. P. 5839–5847.
21. Lakshmi Tatavarthi N.B., Ramachandra B.V., Subba Rao D., Srinivasulu G. Clinical Evaluation of Efficacy of Sertaconazole 2% Cream in Treatment of Pityriasis Versicolor and a Comparison with that of Clotrimazole 1% Cream. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences* 2015; Vol. 4, Issue 27, April 02. P. 4668–4675.
22. Shivamurthy R.P.M., Reddy S.G., Kallappa R., Somashekar S.A., Patil D., Patil Y.N. Comparison of topical anti-fungal agents sertaconazole and clotrimazole in the treatment of tinea corporis-an observational study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDDR*. 2014. Vol. 8. No. 9. C. HC 09.
23. Hagedorn M. Double-blind, randomized, parallel group, multicenter study to evaluate the efficacy and safety of Sertaconazol compared to Clotrimazole in patients with dermatomycoses. Report on file.
24. Alomar C., Bassas S., Casas M., Crespo V., Ferrandiz C., Fonseca E et al. Multicentre double-blind trial on the efficacy and safety of Sertaconazole 2% cream in comparison with Miconazole 2% cream on patients suffering from cutaneous mycoses. *Arzneim-Forsch/Drug Res.* 1992; 42 15a: 767.
25. Selvan A.T., Girisha G., Suthakaran R. Comparative evaluation of newer topical antifungal agents in the treatment of superficial fungal infections (tinea or dermatophytic). *Int Res J Pharm.* 2013; 4 (6): 224–228. 83.
26. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Доказательная медицина и стандарты лечения дерматофитии. *Успехи медицинской микологии*. 2016. Т. 15. С. 187–190.
- Sergeev A. Yu., Sergeev Yu. V. Evidence-based medicine and standards for the treatment of dermatophytosis. *Advances in Medical Mycology*. 2016. Vol. 15. Pp. 187–190.

Статья поступила / Received 07.09.23
Получена после рецензирования / Revised 17.09.23
Принята в печать / Accepted 20.09.23

Сведения об авторах

Круглова Лариса Сергеевна, д.м.н., проф., зав. кафедрой дерматовенерологии и косметологии. E-mail: kruglovals@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5044-5265

Переверзина Наталья Олеговна, аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии. ORCID: 0000-0003-1563-9475

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Автор для переписки: Круглова Лариса Сергеевна. E-mail: kruglovals@mail.ru

Сведения об авторах

Kruglova Larisa S., DM Sci (habil.), professor, head of Dept of Dermatovenereology and Cosmetology. E-mail: kruglovals@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5044-5265

Pereverzina Natalia O., postgraduate student of Dept of Dermatovenereology and Cosmetology. ORCID: 0000-0003-1563-9475

Central State Medical Academy, Moscow, Russia

Corresponding author: Kruglova Larisa S. E-mail: kruglovals@mail.ru

Для цитирования: Круглова Л.С., Переверзина Н.О. Эффективность наружных форм сертаконазола в лечении микозов кожи. *Медицинский алфавит*. 2023; (24): 41–46. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-24-41-46>

For citation: Kruglova L.S., Pereverzina N.O. Efficacy of topical forms of sertaconazole in treatment of mycoses of skin. *Medical alphabet*. 2023; (24): 41–46. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-24-41-46>



DOI: 10.33667/2078-5631-2023-24-46-50

Вульвоскопия: анахронизм или метод, проверенный временем?

А. В. Игнатовский

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

Обоснование. Вследствие роста числа пациенток с разнообразными заболеваниями вульвы возникает необходимость в оценке имеющихся диагностических инструментов. Вульвоскопия является одним из широко применяющихся методов, диагностическая чувствительность и специфичность которого значительно варьируют.

Цель работы. На основании анализа публикаций определить диагностическую значимость вульвоскопии.

Материал и методы. При подготовке работы использованы данные современных исследований и публикаций.

Результаты. Авторы ряда публикаций предостерегают от рассматривания вульвоскопии как варианта кольпоскопии. Высокий процент ложнопозитивных результатов при выполнении проб с уксусной кислотой может быть обусловлен многообразными причинами и не является высокоспецифичным для папилломавирусной инфекции. Применение теста с толуидиновым синим не рекомендуется в связи с низкой чувствительностью.

Заключение. Положительным аспектом вульвоскопии является возможность исследовать область вульвы при оптическом увеличении, в удобном для осмотра пациента положении, что позволяет выявить области, подлежащие биопсии. Применение дополнительных тестов с уксусной кислотой следует ограничить, а тесты с толуидиновым синим и раствором Люголя не рекомендованы ввиду низкой чувствительности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вульвоскопия, вульварная интраэпителиальная неоплазия, вульва.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Vulvoscopy: Anachronism or time-tested method?

A. V. Ignatovsky

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

SUMMARY

Objective. Due to the growing number of patients with various diseases of the vulva, there is a need to evaluate the available diagnostic tools. Vulvoscopy is one of the widely used methods, the diagnostic sensitivity and specificity of which varies significantly.

Purpose of the work. Based on the analysis of publications to determine the diagnostic significance of vulvoscopy.

Material and methods. The data of modern research and publications were used in the preparation of the work.

Results. The authors of a number of publications warn against considering vulvoscopy as a variant of colposcopy. A high percentage of false positive results when performing tests with acetic acid may be due to a variety of reasons and is not highly specific for papillomavirus infection. The use of the test with toluidine blue is not recommended due to low sensitivity.

Conclusions. A positive aspect of vulvoscopy is the ability to examine the vulva area with optical magnification, in a position convenient for examining the patient, which makes it possible to identify areas to be biopsied. The use of additional tests with acetic acid should be limited, and tests with toluidine blue and Lugol solution are not recommended due to low sensitivity.

KEYWORDS: vulvoscopy, vulval intraepithelial neoplasia, vulva.

CONFLICT OF INTEREST. The author declares no conflict of interest.

Введение

Многообразие нозологий, затрагивающих область вульвы, представленных как неинфекционными процессами – дерматозами, инфекционными поражениями, дисплазиями и неоплазиями, требует от врача особых знаний и умения применять дополнительные методы диагностики. Среди таких методов одним из самых известных и распространенных является вульвоскопия.

Использование кольпоскопа и окрашивание поражений вульвы рекомендовалось в многочисленных исследованиях на протяжении многих лет, причем некоторые исследователи считали его использование обязательным, не имея при этом доказательной базы, демонстрирующей показатели чувствительности и специфичности метода [1–3].

Наряду с этим мнения других авторов варьируют от неуверенности в том, имеет ли вульвоскопия такую же прогностическую ценность, как кольпоскопия, до заключения, что она мало что добавляет или вообще ничего не дает и что ее использование является «результатом неправильного толкования и ненадлежащего переноса гинекологических и кольпоскопических знаний с шейки матки на вульву» [4–6]. Однако истинная ценность вульвоскопии систематически не была проанализирована.

Целью работы мы поставили проанализировать литературные данные о диагностической ценности вульвоскопии.

Материал и методы

Проанализирована доступная медицинская литература с использованием баз данных PubMed, eLIBRARY.RU по ключевым словам vulvoscopy, vulval intraepithelial neoplasia, vulva, «вульвоскопия», «вульварная интраэпителиальная неоплазия», «вульва».

Результаты

Анализируя публикации, мы обнаружили что отношение к вульвоскопии далеко не однозначное, а в ряде случаев – даже критическое. В большинстве публикаций, авторами которых чаще всего являются специалисты в области гинекологии, указывают на вульвоскопию с фотографированием как метод, который включает в себя

осмотр наружных женских гениталий с использованием бинокулярной вульвоскопии / кольпоскопа с 4-, 6-, 10-, 16- и 25-кратным увеличением и источника света. Показаниями для обследования являются дерматологические поражения, подозрение на диспластические или неопластические процессы вульвы.

Применяют простую вульвоскопию – осмотр области вульвы с помощью оптики, а также расширенную вульвоскопию – в этом случае осмотр с помощью оптики дополняется предварительной обработкой кожи исследуемой области растворами уксусной кислоты и толуидинового синего, а также, вероятно, по аналогии с исследованием изменений на слизистой шейки матки, стали применять раствор Люголя [7].

Во многом техника вульвоскопии повторяет исследование шейки матки, однако следует учитывать, что вульва имеет свои особенности, значительно отличающие ее от слизистой шейки матки, а следовательно, получаемые в ходе исследования результаты могут быть несопоставимы по своей оценке и трактовке с данными по шейке матки. В настоящее время многие авторы сходятся во мнении, что не следует рассматривать вульвоскопию как кольпоскопию вульвы [8]. Помимо исследования кожи вульвы с помощью оптического увеличения, применяется ряд тестов, одним из которых является тест с применением уксусной кислоты (уксусный тест), который позволяет выявить подозрительные поражения, преимущественно ассоциированные с папилломавирусами (кондиломы, бородавки): уксусная кислота (3–5%) наносится на кожу с помощью ватного тампона или марли с экспозицией не менее 2–3 минут [9].

Обоснование использования уксусной кислоты при диагностике патологии шейки матки, ассоциированной с вирусом папилломы человека, проистекает из концепции, согласно которой уксусная кислота вызывает изменения в структуре белка, что, в свою очередь, вызывает помутнение эпителия. Из-за этой непрозрачности свет не проникает до уровня нижележащих сосудов, и по этой причине эпителий кажется белого цвета. Этот эффект наиболее выражен в диспластических областях шейки

матки, предположительно, из-за того, что эти области имеют более высокую плотность ядер и, следовательно, более высокую концентрацию белков. Основные кольпоскопические паттерны классифицируются как ацетобелый эпителий, точечные или неправильные, мозаичные или неправильные, а также атипичные сосуды [5].

Прежде чем анализировать результаты применения уксусной кислоты в области вульвы, следует отметить, что, по сравнению с исследованием шейки, матки уксусная кислота оказывает менее выраженное действие при нанесении на вульву, что обусловлено процессом ороговения кожи. Вот почему уксусная кислота должна быть более концентрированной (5%), чем при использовании для шейки матки (3%), и применяться дольше и обильнее. Аппликация должна быть достаточно продолжительной, не менее 2–3 минут, иногда – до 10 минут, чтобы можно было увидеть изменения кожи вульвы. В большинстве публикаций авторы отмечают то что эта реакция не является специфической и что обильное использование уксусной кислоты может ввести в заблуждение, провоцируя ацетобелые реакции, отличные от неоплазии вульвы, на что указывает L. Micheletti и соавт. (2011) [8].

Ацетобеление вульвы имеет высокую (97%) чувствительность, но низкую (40%) специфичность как предиктор высокой степени интраэпителиальной неоплазии вульвы, отмечают J. T. Santoso и соавт. (2015). Однако при наличии поражений применение уксусной кислоты полезно для определения их степени и точного положения. Отсутствие ацетобелых поражений может убедить врача в том, что поражение вульвы высокой степени отсутствует, с отрицательной прогностической ценностью 98%, отмечает автор [10].

Можно было бы вполне ограничиться этими позитивными данными и прекратить дальнейший анализ, если бы не целая серия других исследований, продемонстрировавших, что уксусная кислота может вызывать ацетобеление нормальной кожи в преддверии и вестибулярного папилломатоза, что может ограничить ее пользу на практике. Любое воспалительное состояние вульвы, включая инфекцию и травму во время полового акта, также может вызвать ацетобеление, указывают M.G.U. González и соавт. (2017) [6].

van Beurden и его коллеги (1997) при обследовании 40 здоровых женщинах без жалоб на область вульвы обнаружили, что у 30% испытуемых наблюдалась ацетореактивность вне преддверия влагалища и что сама вестибулярная зона стала ацетобелой у всех пациенток (в качестве случайного открытия исследователи также обнаружили вестибулярный папилломатоз и вестибулярную эритему соответственно у 33 и 43% обследованных пациенток.). Авторы пришли к выводу, что ацетореактивность кожи вульвы и преддверия вульвы была слишком распространена, чтобы быть полезной для диагностических исследований. В этом же исследовании авторы установили, что результаты осмотра вульвы невооруженным глазом и вульвоскопии до и после применения 5%-ной уксусной кислоты показывают, что вестибулярная эритема, вестибулярный папилломатоз и ацетобелые поражения

распространены в группе здоровых сексуально активных женщин без жалоб на вульву. Нет никакой связи между вестибулярной эритемой, вестибулярным папилломатозом и ДНК ВПЧ, и имеется слабая связь между ацетобелыми поражениями и ДНК ВПЧ [4].

В нескольких исследованиях H. Foulques и соавт. (1989, 1991) сообщалось о связи между вульвоскопически видимыми поражениями, гистологическими изменениями и наличием инфекции ВПЧ [11, 12].

Однако данные ассоциации, отмечают van Beurden и соавт. (1997), не могут быть рассчитаны на основе этих исследований, поскольку в исследование не были включены женщины с нормальным вульвоскопической картиной, они вновь подчеркивают, что обнаружили слабую связь между ДНК ВПЧ и проявлениями в виде ацетобелых участков. Вывод, который делают van Beurden и соавт.: применение уксусной кислоты не выявило ничего такого, что не было бы замечено при осмотре невооруженным глазом. Вульвоскопия после применения 5%-ной уксусной кислоты в течение 5 минут показала, что преддверие влагалища стало ацетобелым с плоской гладкой поверхностью и резким разграничением у всех женщин, а у 30% наблюдалось значительное окрашивание уксусом нормального эпителия вульвы и за пределами вестибулярной области. С ним проявляют солидарность L. Micheletti и соавт. (2008) и отмечают, что его опыт очень аналогичен описанному этими авторами [5].

Исследования, специально посвященные применению 5%-ной уксусной кислоты на вульве, по-видимому, не подтверждают ее использование ни в качестве диагностического, ни в качестве скринингового теста. Так, M. Jonsson и соавт. (1997) оценили ацетобелые изменения на вульве как предиктор субклинической инфекции ВПЧ в популяционном исследовании с участием 535 женщин. Чувствительность составила 44%, специфичность – 68% при положительной прогностической ценности всего 26% [13].

Не более оптимистично выглядят публикации о значении толуидинового синего в диагностике вульварной патологии. Тест, в котором используется раствор толуидинового синего для обозначения поражений вульвы, известен как тест Коллинза. Раствор 2%-ного толуидинового синего (являющего красителем, окрашивающим и фиксирующим ядра), наносят ватным тампоном на 2–3 минуты, а затем удаляют 3%-ным раствором уксусной кислоты. С неизменных тканей краситель легко смывается, на пораженных тканях с клеток с аномальными ядрами краситель остается и дает синее окрашивание. Исторически сложилось так, что растворы толуидинового синего и йода (раствор Люголя) использовались для окрашивания вульвы и помощи в выявлении аномальных областей, но эта практика в значительной степени потеряла популярность из-за высокой частоты ложноположительных и ложноотрицательных результатов отмечают M. G. González и соавт. (2017) со ссылкой на работы L. Micheletti и соавт. [5] Изменение окраски в сторону ее большего восприятия тканями может происходить не только при новообразованиях, но и при наличии изъязвлений, поверхностных осаднениях, паракератозе.

Представляем данные публикации, где добавление толудинового синего к вульвоскопии было изучено у 1071 женщины без поражения вульвы, которые были обследованы в рамках планирования семьи и скрининга на рак. Треть когорты была в возрасте 35–44 лет, а остальные – старше 45 лет. Сообщалось о высоком уровне ложноположительных результатов и низкой частоте предраковых заболеваний (всего 0,56%), что, следовательно, не было полезным в качестве скрининга для населения в целом, как отметили авторы этой работы [14].

Нам удалось обнаружить еще одно исследование, в котором изучалось, можно ли использовать толудиновый синий для проведения дифференциальной диагностики VIN от других патологических изменений вульвы. Девяносто шести женщинам в клинике заболеваний вульвы были проведены вульвоскопия, окрашивание 1%-ным толудиновым синим и биопсия вульвы, и была оценена степень окрашивания. Интраэпителиальная неоплазия вульвы была классифицирована в этом исследовании по старой системе оценок – I, II и III степени. Исследователи обнаружили, что чувствительность составила 92%, специфичность – 88% и 96% отрицательной прогностической ценности для VIN III. Авторы предполагают, что этот тест надежен для дифференциации VIN III от гиперпластических неопухолевых участков и помогает в выборе места биопсии [15]. Следует отметить, что при выявлении очага любой гиперплазии при любом результате вульвоскопии специалист просто обязан выполнить биопсию, следовательно, без вульвоскопии можно было легко обойтись.

Однако данные приведенной работы EA. Joua и соавт. (1998) контрастируют с предыдущим исследованием L. Micheletti и соавт. (1985) с использованием кольпоскопа, толудинового синего и биопсии у 93 женщин с различными поражениями вульвы. При сочетании преинвазивного и инвазивного заболеваний частота ложноположительных результатов составила 26,9%, а ложноотрицательных – 37,5%. Только для VIN частота ложноотрицательных результатов составила выразительные 85,8%! [16]

Американский колледж акушерства и гинекологии в руководстве по вульварным интраэпителиальным неоплазиям (2016) указывает, что тест с толудиновым синим больше не рекомендован к применению вследствие низкой специфичности [17].

Тест Шиллера с раствором Люголя неспецифичен для вульвоскопии и в зарубежной литературе последних лет вообще не упоминается. Он заключается в нанесении раствора Люголя на слизистую оболочку вульвы, указывают И. А. Аполихина и соавт. [18] Однако в этом случае следует отметить, что мы имеем дело с кожей вульвы, а не со слизистой, что, собственно, и отличает получаемые результаты от использования той же пробы на слизистой шейки матки, где тест основан на способности гликогена, который содержится в здоровых эпителиальных клетках, окрашиваться йодом, в то время как в патологических клетках гликогена мало и они практически не меняют окраску. Однако в силу неспецифического характера пробы получаемые результаты при выполнении этого теста не менее сомнительны, чем при выполнении пробы с уксусной кислотой и толудиновым синим.

Обсуждение

История современной вульвоскопии ведет начало с момента изобретения Гансом Гинзельманом кольпоскопа в 1925 году. Кольпоскоп изначально был создан для улучшения визуализации влагалища и шейки матки – органов, которые трудно правильно визуализировать невооруженным глазом. В 1970-х годах некоторые авторы предложили использовать кольпоскоп для осмотра вульвы, полагая, что этот метод может быть очень полезным, в то время как другие считали кольпоскоп ограниченным или даже лишенным преимуществ. С начала 1990-х годов и по сей день это увеличительное исследование вульвы, в том числе с применением уксусной кислоты или без нее, называется вульвоскопией и считается одним из методов обследования вульвы. Цель этой работы – продемонстрировать, что термин «вульвоскопия» не следует понимать как кольпоскопическое исследование вульвы. Перенос кольпоскопических знаний и техники с шейки матки на вульву происходит из гинекологической практики, полагающей, что, по аналогии с шейкой матки, кольпоскопия вульвы может иметь важное значение в диагностике заболеваний вульвы. Однако вульва покрыта эпителием с высокой степенью ороговения, как следствие, сосудистые изменения не выражены на коже вульвы. Именно по этой причине термин «вульвоскопия» может быть сохранен, но должен пониматься как комплексный диагностический акт, состоящий из тщательного осмотра невооруженным глазом при малом увеличении, проводимого гинекологами или дерматологами, обладающими междисциплинарными знаниями и определенным опытом [8]. Особенности и структура кожи вульвы, такие как толщина эпителия, а также его морфологические изменения при дерматозах, васкуляризация нижележащей стромы, наличие или отсутствие волос определяют проявления различных поражений вульвы. Толщина кожи на разных участках вульвы неодинакова, поэтому гистологически идентичные высыпания могут иметь разный вид. Пигментация может скрывать кровеносные сосуды. Поэтому сосудистый рисунок менее выражен и менее достоверен, чем при кольпоскопии шейки матки. Сосудистые узоры, такие как точечные и мозаичные изменения, нелегко развиваются на коже вульвы, они менее распространены, и практически их можно увидеть только на участках, не покрытых волосами, а также у субъектов с тонкой светлой кожей [5]. В целом прогнозирование гистологической природы поражений вульвы менее надежно, чем кольпоскопическая оценка поражений шейки матки [19]. При диагностике дисплазии вульвы и VIN использование уксусной кислоты и кольпоскопии не играет той же роли, что при дисплазии шейки матки или CIN главным образом потому, что дисплазия шейки матки развивается в контексте зоны трансформации, которая отсутствует на вульве. Более того, два хорошо распознаваемых типа VIN (тип, связанный с ВПЧ, и дифференцированный тип, не связанный с ВПЧ) распознаются при тщательном клиническом осмотре вульвы. Яркий красный, белый или гиперпигментированный цвет легко визуализируется, и, в отличие от ситуации на шейке матки, никакой дополнительной информации врач не может получить

с помощью применения уксусной кислоты. С точки зрения субклинической ВПЧ-инфекции вульвы, использование уксусной кислоты определено как сомнительное. Этот тест не считается специфичным и имеет низкую прогностическую ценность, по мнению Центров по контролю заболеваний США (CDC) и других экспертов. По этой причине в настоящее время он не рекомендуется в качестве скринингового теста на субклиническую ВПЧ-инфекцию [20]. Возникает вопрос: а зачем тогда нужно применять тест с уксусной кислотой, который не дает повышения диагностической ценности исследования и неприятен для пациентки, а в ряде случаев может быть ложноположительным?

Нет никаких доказательств того, что вульвоскопия, как инструмент скрининга для выявления заболеваний вульвы, эффективна, но ее разумное использование играет определенную роль, особенно при подозрении на раннюю инвазию и в качестве инструмента наблюдения за женщинами с осложнениями и деформацией вульвы в результате многократного предыдущего лечения. Нанесение уксусной кислоты на вульву неспецифично, клинически бесполезно и может вызвать у пациентки дискомфорт, поэтому его не следует применять регулярно [21].

Проведенный анализ публикаций продемонстрировал, что использование уксусной кислоты не добавляет, с диагностической точки зрения, ничего такого, что можно было бы заметить при тщательном осмотре невооруженным глазом, вместе с тем ацетобелые реакции на коже могут ввести в заблуждение. Аналогично, по мнению ряда авторов, тест Коллинза с толуидиновым синим не имеет больше места при правильном вульвоскопическом подходе.

Все описанные выше тесты в конечном итоге всего лишь помогают врачу выбрать место для биопсии, но не отражают протяженность и глубину поражения [22].

Оптическое увеличение может быть достигнуто как с помощью увеличительного стекла, так и кольпоскопа, и может помочь в оценке при подозрении на предраковое или злокачественное поражение. Это полезный инструмент для определения наилучшего места для биопсии, планирования иссечения и оценки кожи наружных гениталий [23].

Заключение

Рутинное использование вульвоскопии само по себе не может способствовать клинической оценке изменений на коже вульвы, однако исследование вульвы с помощью оптического увеличения имеет ценность в обследовании женщин с целью выявления предраковых заболеваний, при жалобах на зуд вульвы. Оно также обладает преимуществами улучшенного освещения, оптимального

расположения пациента и увеличения исследуемых участков кожи для определения места биопсии. Следует помнить, что в конечном счете только гистологическое исследование может верифицировать диагноз и определит дальнейшую терапевтическую тактику.

Список литературы / References

- Veridiano N.P., Gomez-Leon G., & Tancer M.L. (1978). The colposcope and vulvo-vaginal neoplasia. *Gynecologic Oncology*, 6 (5), 487–493.
- Reid R., Greenberg M.D., Daoud Y., Husain M., Selvaggi S., & Wilkinson E. (1988). Colposcopic findings in women with vulvar pain syndromes. A preliminary report. *The Journal of Reproductive Medicine*, 33 (6), 523–532.
- Joura EA, Zeisler H., Lösch A., Sator MO, & Müllauer-Ertl S. (1998). Differentiating vulvar intraepithelial neoplasia from nonneoplastic epithelial disorders. The toluidine blue test. *The Journal of Reproductive Medicine*, 43 (8), 671–674.
- van Beurden M., van der Vange N., de Craen A.J., Tjong-A-Hung S.P., ten Kate F.J., van Schegget J., & Lammes F.B. (1997). Normal findings in vulvar examination and vulvoscopy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 104 (3), 320–324.
- Micheletti L., Bogliatto F., & Lynch P.J. (2008). Vulvoscopy: Review of a diagnostic approach requiring clarification. *The Journal of Reproductive Medicine*, 53 (3), 179–182.
- González M.G.Y., Ledesma A.M.M., Monge M.N., & Fontán J.S. (2017). Colposcopy of the Vulva and Perineum. In *Colposcopy and Cervical Pathology*. IntechOpen.
- Зароченцева Н.В., Джиджихия А.К. (2020). Интраэпителиальная неоплазия вульвы: современный взгляд на проблему. *Российский вестник акушера-гинеколога*, 20 (1), 44–53.
- Zarochentseva N.V., Dzhidzhikha A.K. (2020). Vulvar intraepithelial neoplasia: A modern view of the problem. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*, 20 (1), 44–53.
- Micheletti L., Prefi M., La Monica F. La vulvoscolopia, no debe ser destinada como el examen colposcópico de la vulva. *Arch. Med. Actual Tracto Genit. Inf.* 2011; 3: 29–34.
- Kottmel A., & Goldstein I. (2012). Vulvoscopy. *The Journal of Sexual Medicine*, 9 (12), 2990–2993.
- Santoso J.T., & Likes W. (2015). Colposcopic acetowhitening of vulvar lesion: A validity study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 292, 387–390.
- Foulques H., Caubel P., Tranbaloc P., Blondon J., & Lefranc J.P. (1989). Lésions infracliniques vulvaires: Aspects vulvoscopiques et histologiques. A propos de 100 cas. *Gynécologie (Paris)*, 17(3), 410–413.
- Foulques H., Barrasso R., Caubel P., Tranbaloc, P., & Blondon, J. (1991). Apports et limites du test à l'acide acétique dans l'identification des lésions vulvaires à papillomavirus: étude colposcopique, histologique et virologique. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 20 (6), 791–795.
- Jonsson M., Karlsson R., Evander M., Gustavsson A., Rylander E., & Wadell G. (1997). Acetowhitening of the cervix and vulva as a predictor of subclinical human papillomavirus infection: sensitivity and specificity in a population-based study. *Obstetrics & Gynecology*, 90 (5), 744–747.
- Broen E.M., & Ostergard D.R. (1971). Toluidine blue and colposcopy for screening and delineating vulvar neoplasia. *Obstetrics & Gynecology*, 38 (5), 775–778.
- Joura EA, Zeisler H, Losch A et al. Differentiating VIN from nonneoplastic epithelial disorders: The toluidine blue test. *J Reprod Med* 1998; 43: 671–674.
- Micheletti L., Barbero M., Trivelli M.R., Chiara G., Preti M., & Borgno G. (1986). Unreliability of toluidine blue test in the early diagnosis of vulvar neoplasia. *The cervix and the lower female genital tract* (3), 171–174.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Management of vulvar intraepithelial neoplasia. *Committee Opinion No. 675. Obstet Gynecol*, 128, e178–182.
- Аполихина И.А., Малышкина Д.А. (2020). Вульвоскопия в практике акушера-гинеколога. *Акушерство и гинекология (S6)*, 18–26.
- Apolikhina I.A., Malysheva D.A. (2020). Vulvoscopy in the practice of an obstetrician-gynecologist. *Obstetrics and Gynecology (S6)*, 18–26.
- Kesic V. Colposcopy of the Vulva, Perineum and Anal Canal. In: Böszö P., Luesley D.M., editors. *EAGC Course Book on Colposcopy*. Primed-X Press; Budapest, Hungary; 2007.
- Workowski K.A., Bachmann L.H., Chan P.A., Johnston C.M., Muzny C.A., Park I., ... & Bolan G.A. (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recommendations and Reports*, 70 (4), 1.
- Singer A.M.J. (1994). Lower Genital Tract Precancer. *Colposcopy Elsvier* 2011.
- Eva L.J. (2012). Screening and follow up of vulval skin disorders. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 26 (2), 175–188.
- Kesić V., Vieira-Baptista P., & Stockdale C.K. (2022). Early diagnostics of vulvar intraepithelial neoplasia. *Cancers*, 14 (7), 1822.

Статья поступила / Received 07.09.23
Получена после рецензирования / Revised 17.09.23
Принята в печать / Accepted 20.09.23

Сведения об авторе

Игнатовский Андрей Викторович, к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии. ORCID: 0000-0003-3048-2488

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

Для переписки: Игнатовский Андрей Викторович. E-mail: derm@list.ru

About author

Ignatovsky Andrei V., PhD Med, associate professor at Dept of Infectious Diseases, Epidemiology and Dermatovenereology. ORCID: 0000-0003-3048-2488

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

For correspondence: Ignatovsky Andrei V. E-mail: derm@list.ru

Для цитирования: Игнатовский А.В. Вульвоскопия: анахронизм или метод, проверенный временем? *Медицинский алфавит*. 2023; (24): 46–50. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-24-46-50>

For citation: Ignatovsky A.V. Vulvoscopy: anachronism or a time-tested method? *Medical alphabet*. 2023; (24): 46–50. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-24-46-50>

