



¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, Ташкент, Республика Узбекистан

² Иркутский государственный медицинский университет

Структура и дифференциальная диагностика эрозивно-язвенных заболеваний гениталий

Д.Ф. Порсохонова, д.м.н.¹, А.И. Якубович, д.м.н., проф.²,
М.А. Мирсаидова, д.м.н.¹, Х.Х. Файзиева¹

Адрес для переписки: Деля Фозиловна Порсохонова, delya.porsokhonova@mail.ru

Для цитирования: Порсохонова Д.Ф., Якубович А.И., Мирсаидова М.А., Файзиева Х.Х. Структура и дифференциальная диагностика эрозивно-язвенных заболеваний гениталий. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (20): 38–44.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-20-38-44

Статья посвящена комплексному анализу заболеваний, сопровождающихся эрозивно-язвенными высыпаниями в области гениталий. Приведены основные патогенетические аспекты и дифференциально-диагностические критерии таких заболеваний, как эрозивный баланопостит, болезнь Бехчета, туберкулез половых органов, дистрофические заболевания гениталий и ряд других заболеваний мультифакториальной природы, а также результаты собственных трехлетних клинических наблюдений за пациентами с эрозивно-язвенными заболеваниями гениталий.

Акцентируется внимание на возможной пусковой роли инфекций, передаваемых половым путем, включая как классические возбудители венерических болезней, так и вирусные агенты, в формировании острого и хронического воспаления и последующей дисплазии, а также важности использования современных методов диагностики, таких как полимеразная цепная реакция, иммуноферментный анализ и иммунологические исследования.

Ключевые слова: эрозивно-язвенные заболевания гениталий, генитальный герпес, болезнь Бехчета

Введение

Спектр заболеваний урогенитальной сферы, сопровождающихся эрозивно-язвенными процессами, в настоящее время достаточно широк. Несмотря на то, что природа этой группы заболеваний весьма разнообразна, экзантемы и энантемы, возникающие в области гениталий, могут быть входными воротами для целого ряда инфекций, в том числе и вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), создавая фон для последующего злокачественного перерождения тканей. Установлена связь ряда этиологических агентов, в частности таких патогенов, как вирус папилломы человека (ВПЧ) и вирус Эпштейна – Барр (ВЭБ), вызывающих эрозивно-язвенные заболевания гениталий (ЭЯЗГ), с развитием онкологических заболеваний половых органов, в первую очередь рака шейки матки и предстательной железы [1].

Разнообразие клинических проявлений ЭЯЗГ обуславливает необходимость привлечения к лечению широкого круга специалистов (в первую очередь дерматовенерологов, гинекологов, онкологов и урологов) и диктует необходимость формирования унифицированного алгоритма по координации ведения

таких больных. Информированность врачей о ЭЯЗГ должна быть наиболее полной, чтобы избежать ошибочных тактик лечения, способных привести к тяжелым осложнениям. Кроме того, рецидивирующие, длительно протекающие эрозивно-язвенные поражения половых органов препятствуют ведению полноценной половой жизни, созданию семьи, приводя к серьезным нервно-психическим расстройствам, депрессиям, неврозам, что весьма негативно сказывается на целом ряде социальных функций человека [2]. Многие этиологические агенты ЭЯЗГ являются повреждающими факторами для плода и новорожденного, вызывают увеличение частоты невынашивания беременности, преждевременных родов, рождения детей с патологиями центральной нервной системы и внутренних органов [3]. Процессы наружных гениталий зачастую являются зеркальным отражением изменений, происходящих в верхних отделах репродуктивной системы.

К наиболее частым заболеваниям, сопровождающимся эрозивно-язвенными поражениями в области гениталий, а иногда и полости рта, относят следующие [4]:



- сифилис и другие венерические заболевания (лимфогранулематоз венерический, мягкий шанкр, донованоз); генитальный туберкулез;
- травматические язвы слизистых оболочек;
- красный плоский лишай;
- острая язва вульвы;
- афтоз Турена;
- болезнь Бехчета (ББ); генитальный герпес; гангренозная пиодермия с локализацией в области гениталий;
- кожный лейшманиоз (с локализацией на половых органах);
- многоформная экссудативная эритема (с локализацией на половых органах);
- токсикодермия (с локализацией на половых органах);
- урогенитальный кандидоз (эрозивные формы);
- трихомонадные, гонорейные эрозии и язвы;
- чесоточная эктима;
- дистрофические заболевания гениталий (эрозивные формы);
- молниеносная гангрена половых органов;
- рак гениталий.

Множество известных этиологических агентов могут способствовать развитию ЭЯЗГ, часто действуя в комбинации, что затрудняет как выявление роли того или иного этиологического фактора в формировании клиники заболевания, так и дифференциальную диагностику, приводя в конечном итоге к проблемам с лечением и реабилитацией.

Несмотря на значительные успехи в борьбе с венерическими заболеваниями, проявляющимися эрозивно-язвенными поражениями половых органов, тем не менее такие заболевания, как сифилис, мягкий шанкр, донованоз, венерический лимфогранулематоз, следует исключать в первую очередь. Если раньше основными этиологическими факторами воспаления головки полового члена и крайней плоти были *Neisseria gonorrhoeae* и *Treponema pallidum*, то в последние годы преобладает выявление вирусных, неспецифических бактериальных и грибковых патогенов [5].

Воспаление только головки полового члена (баланит) встречается крайне редко, чаще процесс затрагивает и крайнюю плоть (баланопостит). По данным Всемирной организации здравоохранения, баланопостит составляет 47% в структуре заболеваний кожи полового члена. Наиболее часто встречается баланопостит, вызванный герпетической вирусной (35,3%) и кандидозной (26,2%) инфекциями. Уретрит различной этиологии, даже при наличии предрасполагающих факторов, далеко не всегда осложняется развитием баланопостита. В то же время отмечено изолированное выделение *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *M. hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis* из препуциального мешка больных баланопоститом при отсутствии указанных возбудителей в материале уретры [2]. В настоящее время, кроме перечисленных выше причин, важная роль отводится анаэробным микроорганизмам, в частности определена роль таких возбу-

дителей, как *Escherichia coli* – 38,7%, *E. faecalis* – 35,5%, *E. proteus* – 25,8% [6].

Во многих исследованиях, посвященных изучению роли патогенных грибов в развитии воспалительных процессов кожи половых органов, установлено, что основной причиной являются грибы *Candida albicans*, длительное присутствие которых способно приводить к мацерации и даже эрозированию кожи и слизистых [7].

Герпесвирусная инфекция – одна из наиболее распространенных причин эрозивно-язвенных поражений гениталий – может активировать ВИЧ, находящийся в стадии провируса, являться кофактором прогрессирования ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита [5]. Имеются данные о том, что вирус простого герпеса 2-го типа (ВПГ-2) способствует онкогенной трансформации многослойного плоского и цилиндрического эпителия шейки матки, играя значительную роль в патогенезе карциномы шейки матки и различных степеней интраэпителиальной неоплазии. Риск дисплазии и неоплазии возрастает при сочетании ВПГ-2 с папилломавирусной и цитомегаловирусной инфекциями [3]. ВЭБ может приводить к развитию дисплазии эпителия, способствуя возникновению рака прямой кишки и диспластическим изменениям кожи и слизистых оболочек перианальной области [1, 8].

Гангренозная пиодермия – воспалительный нейтрофильный дерматоз, клинически характеризующийся болезненными язвенно-некротическими поражениями кожи. Заболевание встречается достаточно редко, около одного случая на 3 млн человек, и локализуется преимущественно на туловище и голенях. Однако все чаще описываются случаи локализации болезненных язвезвляющихся папул в области гениталий. Характерными признаками гангренозной пиодермии являются ярко выраженная болезненность в области высыпаний, быстрое прогрессирование, частая манифестация в период менструаций, положительный феномен патергии у 1/4 больных, выраженная нейтрофилия в материале биопсии, а также положительный эффект от системной иммуносупрессивной терапии. С учетом неинфекционной природы заболевания частое обнаружение герпесвирусной инфекции в соскобах из язв дает основание предполагать ее триггерную роль в происхождении данного дерматоза [9–11].

Генитальный туберкулез вызывается бактериями *Mycobacterium tuberculosis* и проявляется, как правило, вторично по отношению к туберкулезу других локализаций. Генитальный туберкулез может передаваться от человека к человеку лимфогенным, гематогенным, уриногенным путем, а также при вагинальном, анальном или оральном сексе с инфицированным партнером. В последнее время все больше данных о передаче *M. tuberculosis* при половых контактах, в т.ч. при внегенитальной локализации инфекции источника заражения [12]. Генитальный туберкулез у женщин в большинстве случаев поражает внутрен-



ние половые органы, однако могут встречаться туберкулезные язвы вульвы и шейки матки, при этом наблюдается увеличение пахово-бедренных лимфатических узлов. Течение генитального туберкулеза чаще стертое и переменное, что объясняется разнообразием морфологических изменений. Часто ведущим и/или единственным симптомом генитального туберкулеза является бесплодие, обусловленное поражением эндометрия и маточных труб. У большей части женщин изменяется менструальная функция: развиваются олигоменорея, аменорея, нерегулярные менструации, альгодисменорея, реже – метроррагия и меноррагия. Менструальные нарушения при генитальном туберкулезе обусловлены вовлечением паренхимы яичников, эндометрия, интоксикацией. Течение генитального туберкулеза сопровождается тянущей и ноющей болью внизу живота вследствие развития спаечного процесса в малом тазу, склероза сосудов, поражения нервных окончаний. Характерна туберкулезная интоксикация – субфебрилитет, потливость по ночам, слабость, похудение, нарушение аппетита [13]. При вовлечении в процесс брюшины генитальный туберкулез нередко манифестирует с клиники острого живота, в связи с чем пациентки попадают на операционный стол с подозрениями на апоплексию яичника, внематочную беременность, аппендицит. У мужчин может встречаться туберкулез полового члена, который включает туберкулез кожи пениса, туберкулез головки полового члена, туберкулез кавернозных тел. Характерно появление на головке полового члена бугорков, которые превращаются в кровоточащие язвы. Туберкулезная инфекция гениталий может сочетаться с другими инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), в связи с чем следует уделять особое внимание сбору анамнеза и полноценному обследованию, включая детекцию полимеразной цепной реакции (ПЦР) *M. tuberculosis*.

Одним из сложных для понимания и лечения заболеваний, сопровождающихся эрозивно-язвенными процессами в области кожи и слизистых гениталий, а также полости рта, продолжает оставаться болезнь Бехчета. Этиология и патогенез ББ остаются неясными, но есть определенные доказательства участия генетических, иммунологических и инфекционных факторов в дебюте заболевания. В патогенезе ББ значительную роль играют инфекционные антигены, такие как стрептококки (*Streptococcus sanguis*, *Enterococcus faecalis*, *S. pyogenes*), вирус простого герпеса 1-го типа (ВПГ-1) и др. В 1973 г. S. Ohno была обнаружена ассоциация между HLA-B51-антигеном и ББ [14]. Последующие исследования подтвердили связь этого антигена с ББ у лиц, проживающих в регионах, расположенных по ходу Великого шелкового пути, что свидетельствует о генетической предрасположенности к заболеванию [15]. Самая высокая частота ББ зарегистрирована в Турции – примерно 420 пациентов на 100 тыс. жителей, за ней следуют Израиль, Япония, Корея и Китай. В Колумбии распро-

страненность ББ составляет 1,10 больных на 100 тыс. жителей, в Иране – 80 на 100 тыс. жителей, в Великобритании – до 0,64 на 100 тыс. жителей [16].

Буккальные афты представляют собой болезненные одиночные или множественные язвы диаметром от нескольких миллиметров до 1 см, с острыми краями, которым иногда предшествует эфемерная везикула, и присутствуют при ББ в 98% случаев. Язвы выстланы блестящим маслянистым или сероватым налетом с выраженным воспалением по краям. Буккальные афты должны быть идентифицированы врачом для исключения других возможных причин рецидивирующих язв во рту (травматические язвы, полиморфная эритема и т.д.). Афты обычно локализуются на внутренней поверхности губ, щек, десневой бороздке, по краю языка, на уздечке, щеках, небе, миндалинах и глотке; их появление может также быть вызвано употреблением некоторых продуктов с жесткой кожей (фрукты, орехи), механическими повреждениями от зубов и зубных протезов, а иногда оно связано с менструальным циклом и эмоциональным состоянием (стрессом). Крупные или многочисленные афты могут приводить к нарушениям приема пищи и речи. Эволюция элементов идет спонтанно к заживлению без рубцевания, не сопровождаясь аденопатией [17].

Генитальные афты присутствуют в 60–65% случаев при болезни Бехчета и являются признаком ББ, проявляясь в острой фазе или на этапе рубцевания. Генитальные афты, как правило, отличаются большими глубиной и размером от буккальных афт, и, несмотря на меньшую частоту рецидивов по сравнению с ротовыми афтами, оставшиеся после них депигментированные рубцы позволяют поставить ретроспективный диагноз. У мужчин они расположены преимущественно на мошонке, редко на половом члене или в уретре, у женщин – находятся на вульве, влагалище и шейке матки; могут быть диссеминированными и болезненными или полностью скрытыми. Афты могут располагаться также на слизистых пищевода, желудка, кишечника (в исключительных случаях с перфорациями) и анального отверстия. Среди других кожных проявлений наиболее характерны папуло-пустулезные поражения, не связанные с волосными фолликулами (псевдофолликулит, акнеформные поражения), а также гиперчувствительность кожи и слизистой в местах, не характерных для классических высыпаний (места инъекций/инфузий, поверхностные царапины или внутрикожные реакции с различными антигенами). Примерно у 1/3 пациентов обнаруживаются подкожные узелки, которые выглядят как часто рецидивирующая узловатая эритема или поверхностный тромбофлебит, проявляющийся в виде эритематозных узелков, иногда расположенных линейно, также напоминающих узловатую эритему. Описаны и другие кожные проявления ББ, такие как пурпура и некротические поражения [17].

Одним из распространенных заболеваний женской половой сферы является острая язва вульвы Лип-



шютца – Чапина [18, 19]. Существует несколько точек зрения на причины, вызывающие данное состояние. Большинство авторов придерживается мнения о приобретении своеобразной патогенности лактобацилл (переход из сапрофитирующего состояния) в ответ на иммунные дискорреляции организма к лактобациллам. Нельзя исключить значение и аллергических процессов, а также снижение реактивности организма, поскольку заболевание часто развивается после перенесенных инфекционных процессов (ангина, тонзиллит, пневмония, туберкулез). *Bacillus crassus*, которую некоторые авторы рассматривают как видоизмененную палочку Дедерлейна, обнаруживают в значительном количестве в гнойном отделяемом язв при окраске по Граму или метиленовым синим. Однако, по мнению других авторов, обнаружение *B. crassus* не имеет этиологического значения, поскольку она нередко отсутствует при этом заболевании. Некоторые авторы придают значение в этиологии острой язвы вульвы Липшютца – Чапина ВЭБ [20], другие – рассматривают данное заболевание как вариант многоформной экссудативной эритемы либо abortивного варианта ББ [18, 19].

Диагностический и терапевтический алгоритмы в отношении острой язвы Липшютца – Чапина определяются двумя основными и четырьмя дополнительными критериями. Основные критерии – острое начало одного или нескольких болезненных язвенных поражений в области вульвы и исключение инфекционных и неинфекционных причин язвы; второстепенные – локализация язвы в области преддверия влагалища или малых половых губ, полное отсутствие половых контактов (то есть пациентка должна быть девственницей) или отсутствие половых контактов в течение последних трех месяцев, а также наличие гриппоподобных симптомов и/или системной инфекции в течение двух – четырех недель до появления язвы вульвы [21].

Дистрофические заболевания гениталий, к числу которых относят склероатрофический лишай вульвы и лейкоплакию, часто протекают с формированием в области слизистой вульвы и влагалища трещин и эрозий, которые при отсутствии своевременного вмешательства могут трансформироваться в рак гениталий [22, 23]. Несмотря на достаточно хорошо изученный патогенез данных заболеваний, по-прежнему нет единого подхода к определению факторов, способствующих их возникновению, в связи с чем рассматриваются аутоиммунные, дисгормональные и инфекционные причины. Роль ВПЧ в развитии дистрофических заболеваний вульвы была подтверждена в ряде исследований. Так, G.L. Larsson и соавт. (2012) [24] обнаружили присутствие ДНК ВПЧ в биоптатах пациенток со сквамозно-клеточной карциномой вульвы, что свидетельствовало об участии вируса в патогенезе данного заболевания. При инфекционном воспалении слизистой уrogenитального тракта причиной зуда являются протеазы, выделяемые грибковой и бактериальной флорой [25]. В свою очередь, трипсин, протеазы и другие кинины на фоне

атрофических процессов и нервных стрессов потенцируют развитие кожного зуда без воспалительной реакции. Следует также учитывать богатый антигенный состав и выброс токсинов и протеаз многими возбудителями ИППП, которые тоже способны запускать инфекционно-аллергический процесс. Аналогичные изменения в тканях гениталий, вызванные дефицитом эстрогенов и гормонов щитовидной железы, также могут стать причиной формирования диспластических и эрозивно-язвенных процессов, однако этот вопрос находится на стадии изучения. **Цель** – изучить структуру эрозивно-язвенных заболеваний гениталий и микробный фон уrogenитального тракта среди пациентов с ИППП, обратившихся в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Республики Узбекистан за трехлетний период.

Материал и методы

Под наблюдением находились 82 пациента с ЭЯЗГ (34 мужчины, 48 женщин) с диагностированными заболеваниями наружных половых органов, сопровождавшимися эрозивно-язвенными высыпаниями, среди них: синдром Бехчета (СБ), язвенно-некротический васкулит, многоформная экссудативная эритема (МЭЭ), хроническая язвенная пиодермия (сопровождающаяся высыпаниями на половых органах), эрозивный вульвит, генитальный герпес, неоплазии и другие заболевания. Всем пациентам были проведены микроскопическое, микробиологическое исследования отделяемого уrogenитального тракта и язв, а также ПЦР-диагностика на наличие наиболее распространенных ИППП.

Результаты

Пациенты с ЭЯЗГ были распределены по возрасту следующим образом: до 20 лет – 8 (9,4%), 20–30 лет – 31 (37,5%), 30–40 лет – 38 (46,8%) и старше 40 лет – 5 (6,3%) пациентов.

Наибольшую группу составили пациенты с СБ – 33 (40,2%): в возрасте от 18 до 40 лет – 28 (84,8%), от 40 лет и выше – 5 (15,2%) больных. Среди них



Рис. 1. Структура эрозивно-язвенных заболеваний гениталий за трехлетний период наблюдения



Рис. 2. Синдром Бехчета: А – эрозии вульвы, Б – афтоз полости рта, В – васкулит (пациентка 34 лет)



Рис. 3. Острая язва вульвы (эрозивный вульвит) (пациентка 35 лет)



Рис. 4. Афтоз Турена с локализацией язв: А – область гениталий; Б и В – коленная область (пациентка 32 лет)



Рис. 5. Герпетические высыпания в области вульвы (А) и ануса (Б) (пациентка 25 лет)



Рис. 6. Опоясывающий герпес. Уреаплазменная инфекция, эндоцервицит, уретрит, бактериальный вагиноз. Анемия. Вторая беременность, 36 недель (пациентка 25 лет)



Рис. 7. Многоформная экссудативная эритема с локализацией на половых органах. Хроническая уреамикоплазменная инфекция и ВПГ-2 (пациент 29 лет)



Рис. 8. Токсикодермия на фоне сахарного диабета (пациентка 69 лет)



Рис. 9. Неоплазия вульвы: А – рак вульвы, ВПЧ-16 positive (пациентка 65 лет); Б – веррукозный рак вульвы и влагалища на фоне предшествовавшей дистрофии вульвы, ВПЧ-16 positive (пациентка 54 лет); В – рак-язва вульвы на фоне предшествовавшей дистрофии, ВПЧ-16 positive (пациентка 45 лет)



Частота встречаемости возбудителей ИППП и сопутствующей микрофлоры урогенитального тракта у пациентов с ЭЯЗГ (n = 82), абс. (%)

Возбудитель ИППП	Частота выявления	Возбудитель (сопутствующая микрофлора)	Частота выявления
<i>U. urealyticum (parvum)</i>	30 (36,6)	<i>G. vaginalis</i>	8 (9,8)
ВПГ-1	24 (29,3)	<i>Candida</i>	28 (34,1)
ВПГ-2	24 (29,3)	<i>S. epidermidis</i>	17 (20,7)
ВПГ-3	1 (1,2)	<i>S. haemolyticus</i>	8 (9,9)
ЦМВ	5 (6,1)	<i>Enterobacter</i>	12 (14,6)
ВПЧ 16/18-го типов	8 (9,8)	<i>S. aureus</i>	10 (12,2)
<i>C. trachomatis</i>	2 (2,4)	<i>Enterococci</i>	6 (7,3)

женщин – 23 (69,7%), мужчин – 10 (30,3%). Из общего числа обследованных: 20 (60,6%) – сельские жители и 13 (39,4%) – городские.

Продолжительность заболевания составляла в среднем восемь лет. Диагноз СБ был подтвержден гистологически и установлен согласно критериям международной группы по изучению СБ (International Study Group for Behcet's disease, 1990). Ранее все 100% пациентов с СБ обращались к различным специалистам (офтальмологи, стоматологи, гинекологи, ревматологи, сосудистые хирурги) и получали различную терапию по поводу того или иного симптома заболевания с временным эффектом или безрезультативно.

У остальных 49 пациентов были диагностированы: эрозивный вульвит – 9 (10,9%), афтоз Турена – 1 (1,2%), язвенно-некротический васкулит – 1 (1,2%), язвенная пиодермия – 3 (3,7%), генитальный герпес – 19 (23,2%), опоясывающий герпес – 1 (1,2%), многоформная экссудативная эритема – 4 (4,9%), эрозивный баланопостит – 4 (4,9%), токсидермия с локализацией на половых органах – 4 (4,9%), рак вульвы – 3 (3,7%) (рис. 1–9).

В структуре обследованных с ЭЯЗГ преобладали пациенты с СБ и генитальным герпесом, что указывало на необходимость дополнительного обследования всех пациентов с эрозивно-язвенными процессами в области гениталий на присутствие ВПГ-инфекции и исследование показателей аутоиммунной реакции организма.

В процессе проведенных исследований у пациентов с ЭЯЗГ (n = 82) «ИППП нового поколения» в виде моноинфекции либо в виде бактериальных ассоциаций выявлены в 61 (74,3%) случае, из них: *U. urealyticum* – в 30 (36,6%), ВПГ-1 – в 24 (29,3%), ВПГ-2 – в 24 (29,3%), цитомегаловирус (ЦМВ) – в 5 (6,1%), *C. trachomatis* – в 2 (2,4%), ВПЧ-16/18 – в 8 (9,8%) случаях. Из состава сопутствующей микрофлоры выявлены: *G. vaginalis* – в 8 (9,8%) случаях, *S. saprophyticus* – в 5 (6,1%), *S. aureus* – в 10 (12,2%); грибы рода

Candida – в 28 (34,1%), *S. epidermidis* – в 17 (20,7%); бактерии рода *Enterococci* – в 6 (7,3%), бактерии рода *Enterobacter* – в 12 (14,6%), *S. haemolyticus* – в 8 (9,8%) случаях. Таким образом, в подгруппе пациентов с ЭЯЗГ в виде моноинфекции и в составе микробных ассоциаций встречались *U. urealyticum* – в 30 (36,6%) случаях, ВПГ-1 – в 24 (29,3%), ВПГ-2 – в 24 (29,3%), ВПГ-3 – в 1 (1,2%), грибы рода *Candida* – в 28 (34,1%), *S. epidermidis* – в 17 (20,7%) случаях (таблица).

Выделение *U. urealyticum (parvum)* и ВПГ-2 при МЭЭ также свидетельствует о важной роли данных возбудителей в патогенезе этого заболевания. В то же время идентификация возбудителей герпесвирусных инфекций далеко не всегда сопровождалась манифестацией соответствующих клинических проявлений. Следует также отметить, что три пациентки, первично обратившиеся в наш Центр с диагнозами «вульвовагинальный кандидоз», «кондиломатоз вульвы» и «эрозивный вульвит», после результатов гистологического анализа и выявления у них ВПЧ-16 были направлены в Центр онкологии и радиологии с диагнозом «неоплазия вульвы».

Таким образом, эрозивно-язвенные заболевания гениталий включают в себя обширную группу патологических процессов с весьма разнообразными этиопатогенетическими механизмами инфекционно-аллергической, иммуногенетической и диспластической природы. При этом сочетанное присутствие нескольких возбудителей из группы ИППП может значительно изменять клиническую картину заболевания и осложнять установление диагноза. В этой связи следует принимать во внимание необходимость проведения широкого диагностического спектра исследования инфекционных агентов с использованием таких современных технологий, как молекулярно-биологические методы, иммуноферментный анализ, применение иммунологических тестов, а при необходимости – гистологических, иммуногистохимических и генетических исследований. ●

Литература

1. Patel P.D., Alghareeb R., Hussain A., et al. The association of Epstein-Barr virus with cancer. *Cureus*. 2022; 14 (6): e26314.
2. Денисова В.М. Эпидемиология, диагностика и лечение больных эрозивно-язвенным баланопоститом, ассоциированным с бактериальной инфекцией: автореф. дисс. ...канд. мед. наук. М., 2011.



3. Давлятова М.А., Мамедов А.Н., Жамалова Ф.А. и др. Цитомегаловирусная инфекция в акушерстве и гинекологии. Евразийский журнал медицинских и естественных наук. 2023; 3 (2): 26–35.
4. Патрушева М.С., Родькина В.В., Бекеева Л.Ю., Филюк Е.А. Комплексное лечение больных с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая. Волгоградский научно-медицинский журнал. 2014; 1: 50–52.
5. Исаков В.А., Исаков Д.В. Патогенез и лечение социально значимых вирусных урогенитальных инфекций (герпеса и папилломавирусной инфекции). Клиническая фармакология и терапия. 2014; 23 (1): 7–13.
6. Birley H.D.L., Walker M.M., Luzzi G.A., et al. Clinical features and management of recurrent balanitis; association with atopy and genital washing. Genitourin Med. 1993; 69 (5): 400–403.
7. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Вульвовагинальный кандидоз. Клиника, диагностика, принципы терапии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
8. Кицак В.Я. Вирусные инфекции беременных: патологии плода и новорожденных. Кольцово: РМАПО МЗ РФ, 2005.
9. Теплюк Н.П., Грабовская О.В., Кусраева Д.Т., Варшавский В.А. Гангренозная пиодермия: опыт обследования и лечения. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2022; 25 (1): 61–72.
10. Deoghare S., Gupta S., Pol D., et al. Recurrent genital herpes triggering ulcerative pyoderma gangrenosum. Cureus. 2023; 15 (6): e40953.
11. Hobbs M.M., Ortega-Loayza A.G. Pyoderma gangrenosum: from historical perspectives to emerging investigations. Int. Wound J. 2020; 17 (5): 1255–1265.
12. Кульчавеня Е.В. Туберкулез и другие урогенитальные инфекции как заболевания, передающиеся половым путем. Вестник урологии. 2023; 11 (1): 177–183.
13. Grace G.A., Devaleen D.B., Natrajan M. Genital tuberculosis in females. Indian J. Med. Res. 2017; 145 (4): 425–436.
14. Ohno S., Aoki K., Sugiura S., et al. Immunohematological studies an Behcet disease. Acta Soc. Ophthalmol. Iph. 1973; 77: 1452–1458.
15. Padilla-Ortiz D., Chamorro-Melo M., Santos A.M., et al. Enfermedad de Behçet: un reto diagnóstico en reumatología. Descripción de una serie de casos y revisión de la literatura. Rev. Colomb. Reumatol. 2020; 27: 308–316.
16. Davatchi F., Chams-Davatchi C., Shams H., et al. Behçet's disease: epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. Expert Rev. Clin. Immunol. 2017; 13: 57–65.
17. Kone-Paut I., Barette S., Bodaghi B., et al. French recommendations for the management of Behçet's disease. Orphanet J. Rare Dis. 2021; 16: 352.
18. Батыршина С.В., Юнусова Е.И., Халевина Е.И. Острая язва вульвы Липшютца – Чапина: рациональная диагностика и терапия. Практическая медицина. 2011; 49 (2): 23–26.
19. Кузнецова Ю.Н., Зильберберг Н.В., Куклин И.А., Кузнецова Е.И. Острая язва вульвы Липшютца – Чапина. Акушерство и гинекология. 2018; 10: 148–151.
20. Burguete Archel E., Ruiz Goikoetxea M., Recari Elizalde E., et al. Lipschütz ulcer in a 17-month-old girl: a rare manifestation of Epstein-Barr primoinfection. Eur. J. Pediatr. 2013; 172 (8): 1121–1123.
21. Sadoghi B., Sary G., Wolf P., Komericki P. Ulcus vulvae acutum Lipschütz: a systematic literature review and a diagnostic and therapeutic algorithm. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2020; 34 (7): 1432–1439.
22. Gupta S., Ahuja S., Kalwaniya D.S., et al. Vulval premalignant lesions: a review article. Obstet. Gynecol. Sci. 2024; 67 (2): 169–185.
23. Krapf J.M., Mitchell L., Holton M.A., Goldstein A.T. Vulvar lichen sclerosus: current perspectives. Int. J. Womens Health. 2020; 12: 11–20.
24. Larsson G.L., Helenius G., Andersson S., et al. Human papillomavirus (HPV) and HPV 16-variant distribution in vulvar squamous cell carcinoma in Sweden. Int. J. Gynecol. Cancer. 2012; 22 (8): 1413–1419.
25. Доброхотова Ю.Э., Кононова И.Н., Мандрыкина Ж.А. и др. Значение противовирусной терапии в комплексном лечении дистрофических заболеваний вульвы. Актуальные вопросы женского здоровья. 2023; 1: 8–12.

Structure and Differential Diagnostics of Erosive and Ulcerative Diseases of the Genitals

D.F. Porsokhonova, PhD¹, A.I. Yakubovich, PhD, Prof.², M.A. Mirsaidova, PhD¹, Kh.Kh. Fayzieva¹

¹ Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Dermatology and Cosmetology, Uzbekistan, Tashkent

² Irkutsk State Medical University

Contact person: Delya F. Porsokhonova, delya.porsokhonova@mail.ru

This article is a comprehensive analysis of diseases associated with erosive and ulcerative lesions in the genitalia area. It describes key pathogenetic aspects and differential diagnostic criteria for such lesions as erosive balanoposthitis, Behçet's disease, genital tuberculosis, degenerative genital diseases, and a number of other multifactorial conditions, as well as results of author's own three-year clinical observation of patients with erosive and ulcerative genitalia diseases. The author underlines a potential role of sexually transmitted infections, including both classic sexually transmitted diseases and viral agents, in the development of acute and chronic inflammation and subsequent dysplasia, as well as the importance of modern diagnostic techniques such as polymerase chain reaction, enzyme-linked immunosorbent assay, and immunological examinations.

Keywords: erosive and ulcerative diseases of the genitals, genital herpes, Behçet's disease