

Аллергические реакции нижних отделов половых путей у женщин: диагностика, терапия, профилактика и стратегии долгосрочного наблюдения

© Е.А. Межевитинова[✉], В.Н. Прилепская, Н.В. Бычкова, Л.В. Кречетова, М.А. Кепша, А.Н. Мгерян, С.О. Строкова, А.Е. Донников, Э.Р. Довлетханова, П.Р. Абакарова

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Аннотация

Аллергические реакции нижних отделов половых путей у женщин – значимая причина хронического вульвовагинального дискомфорта, которую следует активно выявлять и лечить. Современные подходы терапии, основанные на комбинации элиминации аллергенов и противовоспалительной терапии, в большинстве случаев позволяют добиться улучшения или излечения. Практическим врачам – акушерам-гинекологам рекомендуется при нестандартных случаях вагинита привлекать дерматовенерологов и аллергологов для совместного ведения пациенток. С научной точки зрения остаются актуальными дальнейшие исследования иммунных механизмов на уровне генитального тракта, разработка новых методов специфической терапии и профилактики. В перспективе результаты таких исследований помогут создать более точные клинические рекомендации и повысить эффективность помощи этим пациенткам. Успешное лечение аллергических заболеваний вульвы и влагалища значительно улучшает качество жизни, возвращая женщине уверенность и комфорт в повседневной и интимной сфере. Развитие междисциплинарного подхода, просвещение и внимательное отношение к жалобам помогут преодолеть многие трудности в диагностике и терапии такой патологии, а выявленные нерешенные вопросы станут отправной точкой для новых исследований и прогресса в этой области медицины.

Ключевые слова: аллергические реакции нижних отделов половых путей у женщин, аллергические заболевания аногенитальной области у женщин, зуд вульвы, контактный дерматит, гиперчувствительность замедленного типа, патч-тестирование, вульвовагинальный дискомфорт

Для цитирования: Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н., Бычкова Н.В., Кречетова Л.В., Кепша М.А., Мгерян А.Н., Строкова С.О., Донников А.Е., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р. Аллергические реакции нижних отделов половых путей у женщин: диагностика, терапия, профилактика и стратегии долгосрочного наблюдения. *Гинекология*. 2026;28(1):34–42. DOI: 10.26442/20795696.2026.1.203435

REVIEW

Allergic reactions of the lower genital tract in women: diagnosis, therapy, prevention, and long-term follow-up strategies. A review

© Elena A. Mezhevitinova[✉], Vera N. Prilepskaya, Natalia V. Bychkova, Liubov V. Krechetova, Maria A. Kepsha, Anna N. Mgeryan, Svetlana O. Strokova, Andrey E. Donnikov, Elmira R. Dovletkhanova, Patimat R. Abakarova
Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Moscow, Russian Federation

Abstract

Allergic reactions of the lower genital tract in women cause significant chronic vulvovaginal discomfort and require active diagnosis and treatment. Modern approaches to therapy, which combine allergen elimination and anti-inflammatory therapy, can achieve improvement or cure in most cases. Obstetricians-gynecologists are recommended to involve dermatovenerologists and allergists for joint management of patients in case of non-standard cases of vaginitis. From a scientific point of view, further studies of immune mechanisms in the genital tract and the development of new methods of specific therapy and prevention remain relevant. In the future, the results of such studies will help to develop more accurate clinical guidelines and improve the effectiveness of care for these patients. Successful treatment of allergic diseases of the vulva and vagina significantly improves the quality of life, restores a woman's confidence and comfort in everyday and intimate life. Developing an interdisciplinary approach, education, and a thoughtful method for addressing symptoms can help overcome many difficulties in diagnosing and treating this condition. The identified unresolved issues will serve as the starting point for new research and progress in this field of medicine.

Keywords: allergic reactions of the lower genital tract in women, allergic diseases of the anogenital region in women, itching of the vulva, contact dermatitis, delayed-type hypersensitivity, patch testing, vulvovaginal discomfort

For citation: Mezhevitinova EA, Prilepskaya VN, Bychkova NV, Krechetova LV, Kepsha MA, Mgeryan AN, Strokova SO, Donnikov AE, Dovletkhanova ER, Abakarova PR. Allergic reactions of the lower genital tract in women: diagnosis, therapy, prevention, and long-term follow-up strategies. A review. *Gynecology*. 2026;28(1):34–42. DOI: 10.26442/20795696.2026.1.203435

Введение

Аллергические заболевания аногенитальной области у женщин – сложная и недооцененная проблема, существенно ухудшающая качество жизни пациенток. По данным эпидемиологических опросов, хронический зуд или жжение вульвы отмечают до 5–10% женщин в общей популяции [1, 2]. В ретроспективном анализе, куда включены 1168 пациенток, у 24,6% подтвержден аллергический дерматит аногенитальной области, а у 11,8% диагностирован простой раздражительный контактный дерматит [3].

В проспективном исследовании, проведенном E. Haverhoek и соавт. (2008 г.), среди женщин с хроническим зудом вульвы у 81,4% пациенток обнаружен хотя бы один положительный патч-тест на аллергены [4]. Эти данные подчеркивают, что аллергические реакции в нижних отделах половых путей встречаются достаточно часто, однако в клинической практике нередко остаются нераспознанными.

Аллергические поражения вульвы и влагалища проявляются разнообразно – от хронической эритемы и лихенизации кожи до острых отеков, жжения и даже системных

реакций. Клиническая картина нередко имитирует другие распространенные заболевания, такие как рецидивирующий кандидозный вульвовагинит, бактериальный вагиноз или различные дерматозы, такие как псориаз, склероатрофический лихен и т.д., что затрудняет диагностику [5]. Особенность кожи и слизистой вульвовагинальной области – тонкий эпидермис и влажная среда, создающие повышенную проницаемость для аллергенов [6]. Даже незначительный контакт с сенсибилизирующими веществами может вызывать выраженную местную воспалительную реакцию. В отличие от других участков кожи, аллергические дерматозы на гениталиях нередко протекают атипично из-за постоянного трения, повышенного теплообмена и мацерации [7]. Все это способствует диагностическим ошибкам и запоздалому установлению аллергической этиологии заболевания.

Трудности терапии аллергических вульвовагинитов связаны как с недооценкой этиологического фактора, так и с ограниченным выбором безопасных препаратов (особенно у беременных). Неправильный диагноз (например, принятие аллергического воспаления за инфекцию) ведет к неэффективности лечения и хроническому рецидивирующему течению. Устранение провоцирующих факторов, соблюдение рекомендаций по интимной гигиене и местная противовоспалительная терапия купируют симптомы у большинства женщин. Однако для пациенток, не реагирующих на эти стандартные мероприятия, не разработаны четкие алгоритмы дальнейшего ведения, что приводит к длительному снижению качества жизни, психологическому стрессу, нарушениям сна, сексуальной дисфункции и ограничению социальной активности. Таким образом, диагностика и лечение аллергических реакций нижних отделов половых путей остаются важнейшей задачей для акушера-гинеколога, иммунолога, аллерголога и дерматолога.

Патогенез и клинические формы аллергических реакций нижних отделов половых путей

Патогенез аллергических реакций нижних отделов половых путей определяется иммунологическим типом гиперчувствительности и анатомо-физиологическими особенностями этой области.

Гиперчувствительность – это объективно воспроизводимые проявления и симптомы, развивающиеся при воздействии определенных стимулов в дозах, не вызывающих этих проявлений у индивидуумов в условиях физиологической нормы. Впервые четкая классификация иммунных механизмов тканевого повреждения при аллергической гиперчувствительности дана английскими учеными Робинсом Кумбсом (R. Coombs) и Филиппом Джеллом (P. Gell) в 1969 г., в соответствии с которой выделяется 4 типа реакций (табл. 1). При аллергических поражениях нижних отделов половых путей наибольшее практическое значение имеют реакции типов 1 и 4, причем гиперчувствительность замедленного типа (4) встречается чаще.

Состояние кожного барьера и микросреды влагалища во многом определяет возникновение аллергии. Влажная среда, характерная для вульвы, способствует развитию более интенсивной воспалительной реакции, что обуславливает острое течение и высокую терапевтическую резистентность аллергического дерматита этой локализации по сравнению с другими областями тела. Гипоэстрогенные состояния, дисбиоз, избыточная гигиена нарушают целостность эпителия и повышают проницаемость для потенциальных аллергенов. Так, у женщин в постменопаузе снижение уровня эстрогенов приводит к атрофии слизистой и повыше-

нию pH влагалища, что ослабляет местный иммунный барьер [8]. Немаловажен предшествующий аллергический фон: у пациенток с атопией контакт с новым аллергеном на гениталиях чаще завершится сенсибилизацией, чем у пациенток без атопии [9]. Наконец, любое длительно текущее воспаление (инфекция, дерматоз) способствует развитию вторичной сенсибилизации, создавая порочный круг аллергического воспаления.

Таким образом, клинические формы аллергии нижних отделов половых путей варьируют от замедленных контактных дерматитов до немедленных крапивниц и сочетанных вариантов, а патогенез включает как клеточные иммунные реакции, так и гуморальные механизмы. Для успешной диагностики и лечения необходимо понимать, к какому типу относится заболевание у конкретной пациентки, и какие аллергены могут быть в его основе.

Типы аллергических реакций нижних отделов половых путей и клинические проявления

Аллергические поражения вульвы и влагалища охватывают несколько клинических форм, различающихся по патогенетическому механизму и проявлениям.

Гиперчувствительность замедленного типа (4) и клинические проявления

Наиболее распространенное проявление гиперчувствительности типа 4 в аногенитальной области – **аллергический контактный дерматит (АКД)**. АКД – воспалительное заболевание кожи, развивающееся у предрасположенных лиц в ответ на внешнее воздействие веществ, способных вызывать специфическую аллергическую реакцию, и характеризующееся поражением кожи, обусловленным развитием сенсибилизации и специфического иммунного ответа замедленного типа (тип аллергических реакций 4) к какому-либо аллергену. Потенциальными контактными аллергенами (гаптенами) считаются вещества, которые способны проникать в кожу и связываться с белками клеток Лангерганса [10]. Последующие презентация антигена Т-лимфоцитам и клоно-экспансия специфических Т-хелперов приводят к формированию сенсибилизации. При повторном контакте запускается клеточный иммунный ответ с выделением цитокинов (интерферона γ , интерлейкина-17 и др.) и привлечением эффекторных клеток (макрофагов, лимфоцитов), что вызывает характерное воспаление кожи [11]. АКД проявляется эритемой, отеком, папуло-везикулярной сыпью на остром этапе, переходящей в хроническое лихеноидное воспаление с шелушением, утолщением кожи и трещинами [9]. Субъективно заболевание проявляется зудом, жжением и болезненностью кожи в области поражения. В аногенитальной области АКД встречается довольно часто: по некоторым данным, у 26–30% пациенток, направленных на патч-тестирование по поводу генитального дерматоза, выявляется положительная аллергическая проба [7]. К частым аллергенам, вызывающим вульварный АКД, относятся парфюмерные отдушки, консерванты, растительные экстракты и компоненты лекарственных средств [8]. Так, в различных исследованиях среди пациенток с вульвовагинальным дерматитом положительные патч-тесты чаще всего отмечены на ароматические смеси, перуанский бальзам, метилхлороизотиазолинон (консервант влажных салфеток) и неомидин [12]. Аллергены могут проникать на кожу наружных половых органов как непосредственным образом, так и опосредованно – путем переноса с кожных покровов кистей рук (при использовании косметических средств, таких как кремы или лаки), при контакте с различными пред-

Таблица 1. Классификация аллергических реакций с учетом их значимости для нижних отделов половых путей (R. Coombs и P. Gell, 1969 г.)
Table 1. Classification of allergic reactions according to their relevance for the lower genital tract (R. Coombs and P. Gell, 1969)

Тип гиперчувствительности	Основной эффекторный механизм развития	Клинические проявления	Значимость для нижних отделов половых путей
1. Анафилактическая (гиперчувствительность немедленного типа)	Дегрануляция тучных клеток, выброс биологически активных веществ (гистаминов, цитокинов и др.)	Острая эритема, зуд, отек, уртикарные высыпания в течение нескольких минут после контактного воздействия	Высокая: крапивница, атопический дерматит, анафилактический шок (аллерген – семенная плазма, латекс и др.)
2. Цитотоксическая	Антителозависимая цитотоксичность (при активации системы комплемента или эффекторных клеток – макрофагов, НК)	Локальный лизис клеток, возможны эритема и умеренный отек	Низкая: клинически незначим
3. Иммунокомплексная	Отложение иммунных комплексов антиген – антитело в сосудах и тканях с развитием в них воспаления и повреждения за счет активации комплемента, фагоцитов, секретирующих провоспалительные цитокины и протеазы, агрегации тромбоцитов	Мелкопятнистый васкулит, папулезная сыпь, возможна эритема	Низкая: клинически незначим
4. Гиперчувствительность замедленного типа	По типу воспалительного клеточного иммунного ответа (фагоцитоз клеток-мишеней макрофагами, активированными контактным взаимодействием с Т-хелперами 1 и секретируемыми ими цитокинами – интерферон-1-γ, фактор некроза опухоли α)	Эритема, папулы, везикулы, лихенизация, хронический отек через 24–72 ч	Высокая: аллергический контактный дерматит (аллерген – метилхлороизотиазолинон, неомицин и др.)

метами (мыло, нижнее белье, гигиенические прокладки). Тем не менее именно прямой контакт с аллергеном считается основным механизмом, способствующим развитию сенсибилизации и возникновению симптомов аллергического характера. Согласно недавнему обзору при прямом воздействии чаще всего аллергеном оказывалась сперма партнера – в 73% описанных случаев аллергического вагинита [13].

Гиперчувствительность немедленного типа (1) и клинические проявления

Гиперчувствительность немедленного типа – более редкий тип аллергии в генитальной зоне, связанный с IgE-опосредованным механизмом [14]. Классический пример – аллергия на сперму и на латекс. При контакте аллергена со слизистой влагалища происходит реакция немедленного типа с дегрануляцией тучных клеток и выбросом гистамина. Клинически это проявляется быстро возникающим вагинальным зудом, жжением, гиперемией и отеком непосредственно во время или в первые минуты/часы после контакта с аллергеном. Возможны генерализованные проявления: распространенная крапивница, ангиоотек (например, отек век, губ), бронхоспазм и анафилаксия.

Семенная плазма человека признана сильным аллергеном: описано около сотни случаев локальной или системной аллергической реакции на сперму, чаще у молодых женщин после начала половой жизни. В большинстве случаев симптомы сперма-ассоциированной аллергии проявляются при первом же половом акте (как только происходит экспозиция аллергена) [15]. Локальная реакция ограничивается гениталиями (интенсивное жжение, отек, болезненность влагалища и вульвы, возникающие в течение 30–60 мин после эякуляции и сохраняющиеся до 1–2 сут), тогда как системная форма сопровождается типичными признаками анафилаксии. Аллергенами семенной жидкости являются специфические белки плазмы спермы (например, простатический специфический антиген и др.), на которые у пациенток образуются IgE-антитела. У женщин с системными проявлениями аллергии на сперму часто выявляется атопический статус, в частности сопутствующий атопический дерматит [5]. Аллергия на латекс также может протекать как немедленная (анафилактическая) реакция – например, генерализованная крапивница при использовании латексного презерватива, – либо как замедленная реакция (АКД на компоненты латекса). Следует помнить о феномене пе-

рекрестной аллергии между латексом и некоторыми растительными продуктами: так называемый latex-fruit syndrome (латекс-фруктовая аллергия) – пациентки с аллергией на латекс могут реагировать на авокадо, бананы, киви и некоторые другие фрукты [16, 17].

Атопический дерматит вульвы – проявление общей атопической предрасположенности, при которой хроническое экзематозное воспаление развивается не столько от внешнего аллергена, сколько на фоне генетически обусловленного дефекта кожного барьера и иммунной регуляции [18]. Атопический дерматит (АтД) локализуется в области наружных половых органов, клинически сходен с другими формами дерматита: длительно существующее красновато-розовое лихенифицированное (утолщенное) пятно с выраженным зудом, расчесами, иногда поствоспалительной гиперпигментацией. Обострения могут сопровождаться мокнутием, эрозиями. Важно, что атопия сама по себе повышает риск развития контактных дерматитов: у пациенток с АтД часто наблюдается сопутствующая аллергия замедленного типа на внешние агенты. Такие пациентки более чувствительны к различным моющим средствам, синтетическим тканям, спермицидам и прочим веществам, соприкасающимся с гениталиями. В подобных случаях на фоне имеющегося атопического процесса присоединяется контактная аллергия, что утяжеляет симптомы [19]. Дифференцировать АтД вульвы от АКД возможно только с помощью дополнительной диагностики, хотя в практике эти состояния часто сопутствуют друг другу.

Смешанные и прочие формы

В ряде случаев аллергическое воспаление гениталий сочетается с инфекционно-аллергическими реакциями. Пример – гиперчувствительность к дрожжевым грибам рода *Candida*. Известно, что рецидивирующий кандидозный вульвовагинит (КВВ) может приводить не только к прямому раздражению слизистой, но и к алергизации организма антигенами грибка. Некоторые женщины с рецидивирующим КВВ отмечают не только сильный зуд и отек во влагалище, но и аллергические высыпания вне гениталий при обострениях кандидоза (крапивница, зудящие дерматиты).

Однако роль аллергии в проявлении КВВ противоречива: в одном обзоре лишь у 1/2 пациенток с аллергическим анамнезом и кандидозом подтверждаются признаки истинной

гиперчувствительности к антигенам *Candida* (по кожным пробам или IgE) [13]. Тем не менее концепция аллергического кандидоза существует, и в лечении таких больных помимо противогрибковых средств нередко назначают про-тивоаллергические препараты [20].

Еще один вариант аллергических поражений гениталий – вторичная аллергизация на фоне других дерматозов. Длительно текущие заболевания вульвы (склероатрофический лишай, красный плоский лишай, выраженная сухость при атрофическом вагините) сопровождаются повреждением кожного барьера и применением множества топических средств, что создает предпосылки для АКД. Так, у пациенток с вульварным лихеном нередко со временем развивается аллергический дерматит на компоненты кремов (на консерванты или сами кортикостероиды) [9]. В таких случаях клиническая картина становится смешанной: к базовому дерматозу присоединяются аллергические высыпания, требующие коррекции.

Диагностические подходы

Диагностика аллергических реакций в аногенитальной области требует комплексного подхода и включает детальный сбор анамнеза, физикальное обследование и подтверждающие аллергологические тесты.

Оценка клинической картины и исключение инфекций

При сборе анамнеза фиксируют характер симптомов (зуд, жжение, эритему, отек), их временные характеристики и связь с возможными триггерами: менструальным циклом, сезонностью, физической активностью, половыми контактами (с презервативами и без них, с применением спермицидов и лубрикантов), а также с использованием новых гигиенических средств и ношением синтетического белья. Особое внимание уделяют сопутствующим заболеваниям: неаллергическим дерматозам гениталий (склероатрофическому лихену, красному плоскому лишаяу, псориазу, атрофии слизистой при менопаузе, рецидивирующему кандидозу), общим атопическим патологиям (бронхиальной астме, поллинозу, АД) и эндокринно-метаболическим нарушениям (сахарному диабету, гипотиреозу, эстрогенной недостаточности). Эти факторы могут маскировать или обострять проявления аллергии, изменять барьерную функцию кожи и слизистой и способствовать развитию дисбиоза. При оценке лекарственных факторов уточняют системное и местное применение средств для лечения вульвовагинальных симптомов (антибиотических и анестезирующих мазей, гормональных кремов, спреев). Рекомендуется отмена всех необязательных топических препаратов за 2–4 нед до проведения кожных (патч-тест, прик-тест) и лабораторных исследований для минимизации ложноположительных и ложноотрицательных реакций. Роль бытовых факторов определяется оценкой состава и режима использования интимных гигиенических средств (наличие отдушек, консервантов, спиртов) и одежды (синтетических тканей). Нарушение правил ухода или контакт со скрытыми аллергенами может усугублять клинические проявления и затруднять интерпретацию результатов тестов.

Физикальное обследование включает осмотр кожи вульвы, промежности, перианальной области, слизистой преддверия влагалища. АКД может проявляться очагами эритемы с нечеткими границами, мелкими везикулами, волдырями, при хроническом течении – лихенификацией (усилением кожного рисунка), эскориациями на фоне подострой эритемы [9]. Для контактной аллергии типич-

но ограничение очага поражения зоной контакта с аллергеном – например, дерматит преимущественно в области бикини при аллергии на компоненты прокладок или поражение только преддверия влагалища при аллергии на вагинальные свечи [9]. При аллергическом вагините может отмечаться отек и гиперемия стенок влагалища, серозные бели, но без типичных для инфекции гнойных или творожистых выделений. Крапивница или отек Квинке характеризуются быстрым появлением волдырей или диффузного отека на вульве вскоре после полового акта без защиты – нередко во время осмотра можно увидеть бледно-розовые уртикарные элементы или выраженную отечность больших половых губ. При подозрении на немедленный характер аллергии необходимо расспросить о системных проявлениях, таких как затруднение дыхания, генерализованная сыпь, обморок и др.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика аллергических поражений аногенитальной области должна включать обследование на наличие инфекционных и неинфекционных дерматозов. К первым относятся кандидоз, бактериальный вагиноз и инфекции, передаваемые половым путем, ко вторым – плоский и склероатрофический лишай, псориаз, неврогенный зуд, дисплазии и прочие поражения кожи. Базовый объем включает следующие методы обследования: рН-метрию, микроскопический и культуральный (или бактериологический) методы, а также качественную и количественную полимеразную цепную реакцию для комплексной оценки вагинальной микрофлоры и исключения инфекций, передаваемых половым путем. При этом обнаружение *Candida* spp. в материалах не исключает аллергического компонента, особенно в случаях отсутствия клинического эффекта от противогрибковой терапии.

При хроническом, атипичном течении может потребоваться **биопсия кожи/слизистой** с последующим гистологическим исследованием. Гистология при аллергическом дерматите покажет неспецифические признаки: спонгиоз, лимфоцитарную инфильтрацию дермы с эозинофилами. Биопсия показана для исключения предраковых или опухолевых процессов, если имеются нетипичные участки (незаживающие эрозии и трещины, гипертрофические очаги).

Аллергологическое тестирование

Патч-тестирование (аппликационные кожные пробы) – «золотой стандарт» диагностики АКД. Этот метод позволяет выявить аллерген, вызвавший замедленную реакцию [21]. Стандартные панели аллергенов для патч-тестов включают наиболее распространенные гаптены: смеси ароматизаторов, консерванты (тиазолиноны, парабены), металлы (никель, соли ртути), резину (латино-смеси), лекарства (неомицин, бензокаин, кортикостероиды) и др. Однако при подозрении на генитальный АКД этого набора часто бывает недостаточно. Рекомендуется дополнительно тестировать специфические аллергены, характерные для аногенитальной области, – компоненты интимной гигиены, лубрикантов, местных вагинальных лекарств, латекс [8]. По возможности включают в пробы и индивидуальные средства пациентки: мази, мыла, кремы, презервативы (в виде небольшого образца или экстракта), с которыми она контактирует. Это повышает шанс выявить аллерген. Патч-тесты наклеиваются обычно на кожу спины на 48 ч, оценка результата проводится на 2–3-и сутки и повторно на 4–7-е сутки согласно международным протоколам. Положительный тест – это появление на месте аппли-

кации эритемы, папул, везикул, что указывает на сенсibilизацию к данному веществу.

Учитывая высокую распространенность контактной аллергии у пациенток с хроническим зудом гениталий, практические руководства советуют проводить патч-тестирование всем женщинам с аногенитальным зудом, не поддающимся стандартному лечению в течение 1–2 мес [22]. Исследования показывают, что примерно у 1/2 таких пациенток выявляется по крайней мере один значимый аллерген при тестировании. Однако не каждое положительное выявление имеет клиническую значимость: в среднем около 20% реакций на патч-тестах являются **ключевыми триггерами симптомов**, остальные – латентная сенсibilизация без прямой связи с текущим дерматитом. Результаты тестирования интерпретируют с учетом анамнеза: аллерген, с которым не было экспозиции в генитальной области, вероятно не является причиной местных симптомов. У многих женщин обнаруживаются положительные пробы на никель, который сам по себе не контактирует с вульвой и не вызывает генитальный дерматит. Однако выявление нерелевантных аллергенов важно для общего аллергологического профиля пациентки.

Определение конкретного ответственного аллергена прямо влияет на дальнейшую тактику – элиминацию данного фактора из окружения пациентки.

Кожные пробы скарификационные (прик-тесты) применяются при подозрении на IgE-опосредованные реакции (тип 1). Стандартные панели для прик-тестов включают бытовые и пищевые аллергены, пыльцу растений, эпидермальные аллергены, латекс. Специальных коммерческих аллергенов для диагностики аллергии на сперму не существует, поэтому алергодиагностика гиперчувствительности к семенной плазме выполняется методом прик-теста с нативной разбавленной спермой партнера [13]. Тест проводится в аллергологическом кабинете: свежую семенную жидкость разводят физраствором (например, 1:10 или 1:100) и наносят каплю на кожу предплечья, затем через каплю делают укол-скарификацию одноразовой иглой. Отчетливый положительный результат (папула и покраснение >3 мм) подтверждает наличие специфических IgE к антигенам спермы. Аналогично выполняются прик-тесты с латексом (проба с латексным перчаточным экстрактом) при подозрении на латексную аллергию. Для системных аллергенов, провоцирующих вагинальные симптомы (например, пыльца или клещи домашней пыли при аллергическом вагините), используются обычные прик-тесты на эти аллергены на коже предплечья. В обзоре А. Oliveira и соавт. (2021 г.) отмечено, что кожные прик-тесты являлись основным методом диагностики в публикациях об аллергическом вагините: так, в 85% проанализированных ими случаев гиперчувствительности к сперме применялись прик-тесты и/или определение специфического IgE, а при аллергии, ассоциированной с ингаляционными аллергенами, у всех пациенток проводилось стандартное аллергологическое тестирование (прик-тесты) [13].

Лабораторные тесты могут дополнять диагностику. При подозрении на немедленный тип аллергии целесообразно определить уровень общего и специфического IgE в сыворотке (например, IgE к латексу, к распространенным аллергенам, к *Candida* spp.). Правда, для выявления IgE к семенной плазме рутинных тест-систем нет, это возможно только в исследовательских центрах. Иногда используется не прямое доказательство: у женщины с подозрением на семенную аллергию можно измерить IgE к простатическому специфическому антигену – одному из основных протеи-

нов спермы. Повышение этого показателя будет аргументом в пользу диагноза. При системных реакциях (анафилаксия) информативен уровень триптазы крови в первые часы – ее повышение говорит о массивной дегрануляции тучных клеток. Для подтверждения аллергии к *Candida* spp. некоторые специалисты используют кожные пробы внутрикожно с кандид-антигеном или тест активации базофилов *in vitro*, однако эти методики пока не стандартизированы.

Современные методы терапии

Лечение аллергических реакций нижних отделов половых путей основывается на трех главных принципах: элиминация (устранение) аллергенов, купирование острого воспаления и восстановление барьерной функции кожи/слизистой. Терапия подразделяется на топическую (местную), системную и применение новейших биологических методов. Выбор зависит от тяжести и типа аллергии, возраста пациентки, сопутствующих состояний (например, беременности) и реакции на предшествующее лечение.

Элиминационные мероприятия

Первый и важнейший шаг – устранение контакта с аллергеном. Без этого медикаментозная терапия даст лишь временный эффект. При выявленной аллергии нужно исключить соответствующие продукты и вещества, например, проверять составы кремов, использовать гипоаллергенные средства, избегать ароматизированных продуктов и тесной синтетической одежды. При аллергии на сперму – применять барьерную контрацепцию. Медикаменты, вызывающие аллергию, отменяют. Важна корректировка привычек: избегать горячих ванн, спринцеваний, использовать гипоаллергенные средства для интимной гигиены и мягкое хлопковое белье. Для сухой кожи рекомендуют эмоленды для восстановления кожного барьера.

Топическая терапия

Местное лечение направлено на уменьшение воспаления и зуда в пораженной области. Основой являются топические кортикостероиды – кремы с глюкокортикоидами. Они обладают мощным противовоспалительным и противозудным эффектом, подавляя аллергическую реакцию кожи. При остром АКД с выраженными проявлениями обычно назначают *кортикостероид средней активности* (II–III класса по европейской классификации) кратковременно – например, крем мометазона 0,1% 1 раз в день на пораженные участки, курс 7–14 дней. Длительное использование сильных стероидов на тонкой коже гениталий нежелательно из-за риска атрофии кожи и слизистой, присоединения вторичной инфекции. Поэтому после купирования острого процесса пациентку переводят на менее мощные стероиды (гидрокортизон 1% крем) или ингибиторы кальциневрина – *такролимус* или *пимекролимус крем*. Эти негормональные иммуномодуляторы эффективны при атопических и аллергических дерматитах, их можно применять длительно, включая деликатные зоны (одобрены для лечения АД на гениталиях). Исследования показывают, что 0,1% мазь такролимуса способна успешно контролировать хронический вульварный дерматит, снижая зуд и инфильтрацию, и может использоваться как стероид-сберегающая терапия, особенно у пациенток с частыми рецидивами. Местные стероиды лучше использовать курсами при обострениях.

При присоединении вторичной инфекции, что нередко встречается при расчесах, показано соответствующее лечение: противогрибковые кремы при обострении кандидоза, антибактериальный крем при импетиго. Однако ан-

тибактериальные кремы тоже могут выступать аллергенами (неомициновый крем – один из частых причинных аллергенов АКД вульвы).

Вагинальные формы препаратов (свечи, таблетки) обычно не используются при аллергическом вагините, кроме случаев лечения сопутствующей инфекции. Иногда назначают вагинальные свечи с эстрогеном постменопаузальным женщинам для улучшения трофики слизистой – опосредованно это может снизить проявления аллергии, укрепив слизистый барьер. Также в комплекс терапии может входить использование пробиотиков вагинальных или пероральных для коррекции микробиоты влагалища, если частые дисбиозы поддерживают воспаление. Однако данные об их эффективности при аллергическом вагините пока недостаточны, что требует дальнейших исследований.

Системная (общая) терапия

При выраженном аллергическом процессе, особенно сопровождающемся сильным зудом или системными реакциями, прибегают к системным средствам.

Антигистаминные препараты – ключевой компонент лечения аллергии. Системные антигистаминные препараты уменьшают зуд, отек и жжение. Предпочтение отдают антигистаминам II поколения, не обладающим седативным эффектом (цетиризин, лоратадин, эбастин и др.), которые можно принимать длительно. При упорном зуде возможно повышение доз до верхней границы. В ночное время либо при сопутствующей тревожности можно назначить классические H1-блокаторы I поколения (хлоропирамин, дифенгидрамин) курсом на 5–7 сут для улучшения сна. Антигистаминные препараты особенно показаны при немедленном типе аллергии – они блокируют эффекты гистамина на рецепторы и предотвращают системные реакции. Тем не менее монотерапии антигистаминами часто недостаточно, если продолжается контакт с аллергеном, поэтому их используют в комплексе с элиминацией и локальным воздействием.

Системные глюкокортикоиды – при тяжелом остром аллергическом вульвите или вагините (например, при диффузном контактном дерматите с обширным отеком и сильной болезненностью), а также при системной аллергической реакции может потребоваться короткий курс преднизолона или метилпреднизолона внутрь (например, 30–40 мг преднизолона 5 сут с быстрым снижением дозы).

Адреналин (эпинефрин) – препарат скорой помощи при острых генитальных аллергических реакциях немедленного типа. Все пациентки с подтвержденной анафилактической чувствительностью (например, известные эпизоды анафилаксии на половой акт без презерватива) должны быть обучены пользоваться автоинъектором адреналина и иметь его при себе. Введение 0,3 мл 0,1% адреналина внутримышечно в переднебоковую поверхность бедра – 1-я линия терапии при развитии системных проявлений (отек гортани, бронхоспазм, обморок и др.). После стабилизации состояния пациентку госпитализируют, наблюдают и подбирают дальнейшее лечение и аллергообследование.

Иммунотерапия аллергенами – метод, применяемый в отдельных случаях аллергии нижних половых путей. Суть данной тактики – выработка толерантности путем постепенного введения нарастающих доз аллергена. Наиболее разработана аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) при гиперчувствительности к сперме. Существуют схемы десенсибилизации: введение разведенной спермы партнера во влагалище через регулярные интервалы, начиная с сильно разведенной и постепенно увеличивая концентрацию. Такой курс проводят под наблюдением аллер-

голога; сообщается, что у ряда пациенток удается добиться снижения чувствительности и возможности вести половую жизнь без презервативов [23]. Другой подход – подкожные инъекции экстрактов семенной плазмы (например, очищенного простатического антигена) по аналогии с АСИТ при пыльцевой аллергии, но это проводится лишь в специализированных центрах. При аллергических вагинитах, обусловленных пылевыми клещами или пылью, стандартная АСИТ (подкожная или сублингвальная) на эти аллергены, проводимая аллергологом, может уменьшить как общие аллергические проявления, так и вагинальные симптомы. Так, в одном исследовании 2016 г. у 52 женщин с хроническим аллергическим вагинитом, связанным с ингаляционными аллергенами, проведение сублингвальной иммунотерапии в течение года привело к снижению боли и зуда у большинства из них, а у части – к полному исчезновению симптомов [24]. Этот метод пока не получил широкого распространения, но рассматривается как перспективное направление для пациенток, у которых невозможно избежать контакта с аллергеном (например, женщина с тяжелой сперма-анафилаксией, планирующая беременность, может пройти АСИТ спермой для безопасного зачатия).

Прочие системные средства. В редких случаях, при хроническом рецидивирующем течении аллергического дерматита гениталий, рефрактерном к описанным мерам, прибегают к средствам 2-го ряда: иммуномодуляторам и цитостатикам. В литературе описано применение коротких курсов циклопорина А при тяжелом АтД вульвы, лечение метотрексатом отдельных случаев упорного аллергического вагинита и даже применение плазмафереза. Однако эти подходы сугубо индивидуальны и используются крайне редко, только в условиях стационара при исключении инфекции и онкопроцесса.

Профилактические стратегии

Профилактика аллергических вульвовагинитов включает мероприятия по предупреждению как первичной сенсибилизации, так и рецидивов у уже сенсибилизированных пациенток.

К ключевым стратегиям относятся:

- **Патч-тестирование:** проводить патч-тестирование всем женщинам с аногенитальным зудом, не поддающимся стандартному лечению в течение 1–2 мес.
- **Исключение известных аллергенов:** при выявленных ранее определенных контактных аллергенов следует внимательно проверять составы косметики и медикаментов, с которыми возможен контакт, или выбирать альтернативы.
- **Использование барьерных средств:** при аллергии на сперму – применять презервативы из подходящего материала каждый половой акт, если не проводится специфическое лечение.
- **Санация очагов инфекции и сопутствующих заболеваний:** лечение вагинального дисбиоза, кандидоза, эндокринных нарушений (диабета), дерматозов существенно снижает риск развития вторичной аллергии.
- **Выбор гипоаллергенных средств ухода и рациональная интимная гигиена:** избегать применения агрессивных моющих субстанций, частых спринцеваний, дезодорирующих спреев, не использовать губки и мочалки. Гигиеническая продукция (прокладки, тампоны, туалетная бумага) должна быть по возможности из натуральных материалов, неокрашенной, без отдушек. Использовать в быту гипоаллергенные вещества (порошки, мыло). Новые кремы и лубриканты рекомендовано те-

стировать на небольшом участке кожи бедра, начинать применение при отсутствии реакции. Рекомендовано ежедневное подмывание теплой водой без мыла или с использованием гипоаллергенных, pH-сбалансированных средств, не содержащих отдушек и красителей.

- **Регулярное увлажнение кожи:** пациенткам с сухой и чувствительной кожей гениталий полезно длительно (постоянно) применять эмоленты после гигиенических процедур. Это уменьшает вероятность проникновения аллергенов и раздражителей. Реализация профилактических мероприятий позволяет значительно снизить частоту рецидивов аллергического вульвовагинита и улучшить качество жизни.

Контроль рецидивов

Диспансерное наблюдение. Пациентки с тяжелыми формами аллергических дерматозов нуждаются в наблюдении акушера-гинеколога, аллерголога-иммунолога и дерматолога. Частота и формат визитов зависят от тяжести заболевания. В 1-й год после купирования острого процесса целесообразны осмотры каждые 3 мес, затем 1–2 раза в год при стабильной ремиссии.

Поддерживающая терапия. В ряде случаев назначается длительное поддерживающее лечение: например, применение крема с такролимусом 2 раза в неделю на проблемные зоны для профилактики рецидива. Эта стратегия известна как протактическая при АД.

Можно рекомендовать постоянный прием негормональных антигистаминных препаратов в малой дозе, что помогает избегать обострений. Такая тактика считается безопасной в долгосрочном плане. Некоторые пациентки отмечают сезонность заболевания (весной, когда обостряются общие аллергии) – тогда за месяц до ожидаемого сезона начинают профилактически принимать антигистаминные препараты ежедневно и усиливают уход за кожей.

Обратная связь и обучение пациентки. Врачу важно объяснить женщине природу ее заболевания и то, как *избежать повторного контакта* с аллергеном. Например, если выявлена аллергия на определенный консервант (тиазолинон), перечислить ей типичные продукты, где он содержится (влажные салфетки, шампуни, гели для душа), чтобы она сама могла проверять состав используемых средств.

Пациенткам с поллинозом, у которых в сезон пыльцы обостряется вагинальный зуд, рекомендуется в эти месяцы тщательнее защищать кожу: носить хлопковое закрытое белье, часто менять одежду, чтобы убрать осевшую пыльцу, и пр.

Пациентке разъясняют, что при первых признаках обострения (возникновение зуда, легкого покраснения) необходимо принять меры: возобновить антигистаминные препараты, наносить рекомендованный крем с кортикостероидом и исключить подозрительный контакт. Часто удается купировать обострение в легкой стадии. Если же за 2–3 дня улучшения нет, пациентка должна обратиться к врачу. Такой подход предотвращает тяжелые обострения.

Доверительные отношения врача и пациентки особенно важны при хроническом течении заболевания. Пациентка должна иметь возможность связаться с врачом, задать вопросы (например, по телефону или на повторном приеме). Обучение распознаванию первых признаков рецидива, ведению дневника контактов, самостоятельному применению предписанных мазей – все это часть эффективного контроля.

Контроль за качеством жизни

Важнейший аспект – убедиться, что пациентка не испытывает существенных ограничений в повседневной актив-

ности, сексуальной жизни, социальной сфере из-за своего заболевания. При необходимости (например, страх полового акта из-за опасения аллергической реакции или др.) можно подключить психолога или сексолога для реабилитации, порекомендовать смазки и методы, повышающие комфорт интимной близости. Иногда при длительном течении заболевания у женщин формируется психосоматическое поддержание симптомов, когда даже при минимальных объективных изменениях сохраняется субъективно сильный зуд – тут помогают методы снижения стресса, поведенческая терапия.

Рекомендуется заполнение опросников качества жизни [например, дерматологический индекс качества жизни (DLQI) или специальные анкеты по сексуальному здоровью]. Если показатели DLQI остаются высокими (>10) несмотря на лечение, это сигнал пересмотреть тактику ведения пациентки.

Мониторинг сопутствующих состояний

В ходе наблюдения необходим контроль и лечение сопутствующих заболеваний. Согласованные действия специалистов – гинеколога, дерматолога, аллерголога, эндокринолога и пр. – приводят к лучшим результатам в лечении.

Таким образом, долгосрочное ведение пациенток с аллергическими реакциями гениталий направлено на поддержание ремиссии, предотвращение новых сенсбилизаций и максимальное восстановление качества жизни. Успешность такого ведения подтверждается клиническим опытом: пациентки, регулярно наблюдающиеся и соблюдающие рекомендации, значительно реже испытывают тяжелые рецидивы и живут полноценной жизнью.

Выявленные в обзоре пробелы знаний и противоречия

1. Отсутствие крупных эпидемиологических исследований распространенности генитальных аллергий – многие случаи, вероятно, не диагностируются или не публикуются, особенно легкие формы.
2. Недостаточная осведомленность акушеров-гинекологов об этой проблеме: традиционно при вульвовагините акцент делается на инфекции, тогда как аллергия может оставаться вне поля зрения. Необходимы образовательные программы, подчеркивающие, что у 20–30% пациенток с хроническим вагинитом этиология неинфекционная и часто аллергическая.
3. Спорные данные о роли грибковой сенсбилизации – разные исследования дают разный процент аллергии к *Candida spp.*, требуется больше работ с четким разделением инфекционного и аллергического компонентов.
4. Вопрос о профилактическом патч-тестировании – одни авторы ратуют за его проведение всем пациенткам с аногенитальным зудом, другие более сдержанны.
5. Необходимы дальнейшие исследования эффективности применения новых лабораторных методов диагностики аллергии, в частности теста активации базофилов.
6. Отдельного внимания заслуживают пациентки различных возрастных групп.

Эти узкие вопросы пока недостаточно освещены в исследованиях – имеющиеся данные носят разрозненный характер или основаны на экспертном мнении.

Заключение

Аллергические реакции нижних отделов половых путей у женщин – сложная междисциплинарная проблема, затрагивающая гинекологию, дерматологию и аллергологию. Обзор последних исследований показал, что, несмотря на

прогресс в понимании этой патологии, многие аспекты остаются нерешенными. Аллергические вульвовагиниты и дерматиты встречаются чаще, чем предполагалось ранее, и нередко служат причиной хронического вульвовагинального дискомфорта, особенно когда инфекционные причины исключены. Клинически они могут имитировать хронические инфекции или дерматозы, приводя к ошибочным диагнозам и неэффективному лечению. В реальной практике аллергический генез необходимо исключить у пациенток с хроническим зудом и жжением вульвы, не поддающихся стандартной терапии. Ранняя диагностика – прежде всего с помощью патч-тестирования – способна выявить конкретный аллерген и радикально изменить подход к лечению. Терапия аллергических реакций гениталий должна быть комплексной и индивидуализированной. Базовые подходы – устранение аллергенов, назначение противовоспалительных мазей (кортикостероидов, ингибиторов кальциневрина) и антигистаминных препаратов – остаются высокоэффективными при условии строгого выполнения пациенткой рекомендаций. Необходимо проведение контролируемых исследований, особенно по таким вопросам, как оптимальная длительность местной терапии при хроническом течении, эффективность и безопасность АСИТ при гиперчувствительности к сперме, роль пробиотиков и регуляции микробиоты влагалища в профилактике рецидивов (предполагается, что здоровый вагинальный микробиоценоз может снижать склонность к аллергическим воспалениям).

Раскрытие конфликта интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Литература/References

1. Woelber L, Prieske K, Mendling W, et al. Vulvar pruritus – Causes, Diagnosis and Therapeutic Approach. *Dtsch Arztebl Int.* 2020;116(8):126-33. DOI:10.3238/arztebl.2020.0126
2. Harlow BL, Wise LA, Stewart EG. Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185(3):545-50. DOI:10.1067/mob.2001.116748
3. 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. DOI:10.1111/j.1610-0387.2005.05763.x
4. Haverhoek E, Reid C, Gordon L, et al. Prospective study of patch testing in patients with vulval pruritus. *Australas J Dermatol.* 2008;49(2):80-5. DOI:10.1111/j.1440-0960.2008.00442.x
5. Mildzikhova DR, Rodionova EE, Korsunskaya IM. Causes of allergic dermatitis in the anogenital area. *Dermatology Suppl Cons Medicum.* 2019;(1):23-6. DOI:10.26442/24143537.2019.1.190300
6. Farage MA. Vulvar susceptibility to contact irritants and allergens: a review. *Arch Gynecol Obstet.* 2005;272(2):167-72. DOI:10.1007/s00404-005-0732-4
7. Jindal R. Genital contact dermatitis. *Indian J Skin Allergy.* 2025;4(1):43-51. DOI:10.25259/IJSA_56_2024
8. Corazza M, Toni G, Zedde P, et al. Contact Dermatitis of the Vulva. *Allergies.* 2021;1(4):206-15. DOI:10.3390/allergies1040019
9. Raef HS, Elmariam SB. Vulvar Pruritus: A Review of Clinical Associations, Pathophysiology and Therapeutic Management. *Front Med (Lausanne).* 2021;8:649402. DOI:10.3389/fmed.2021.649402
10. Murphy PB, Atwater AR, Mueller M. Allergic Contact Dermatitis. *StatPearls.* 2025;1. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30422461/> Accessed: 14.06.2025.
11. Rustemeyer T. Immunological Mechanisms in Allergic Contact Dermatitis. *Curr Treat Options Allergy.* 2022;9(2):67-75. DOI:10.1007/s40521-022-00299-1
12. Woodruff CM, Trivedi MK, Botto N, Kornik R. Allergic Contact Dermatitis of the Vulva. *Dermatitis.* 2018;29(5):233-43. DOI:10.1097/DER.0000000000000339
13. Oliveira AS, Rolo J, Gaspar C, et al. Allergic vulvovaginitis: a systematic literature review. *Arch Gynecol Obstet.* 2021;306(3):593-622. DOI:10.1007/s00404-021-06332-z
14. Lopez-Sanz C, Jimenez-Saiz R, Esteban V, et al. Mast Cell Desensitization in Allergen Immunotherapy. *Front Allergy.* 2022;3:898494. DOI:10.3389/falgy.2022.898494
15. Lavery WJ, Stevenson M, Bernstein JA. An Overview of Seminal Plasma Hypersensitivity and Approach to Treatment. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020;8(9):2937-42. DOI:10.1016/j.jaip.2020.04.067
16. Wagner S, Breiteneder H. The latex-fruit syndrome. *Biochem Soc Trans.* 2002;30(Pt. 6):935-40. DOI:10.1042/bst0300935
17. Gromek W, Kołdej N, Świtłała S, et al. Revisiting Latex-Fruit Syndrome after 30 Years of Research: A Comprehensive Literature Review and Description of Two Cases. *J Clin Med.* 2024;13(14):4222. DOI:10.3390/jcm13144222
18. Zaniboni MC, Samorano LP, Orfali RL, Aoki V. Skin barrier in atopic dermatitis: beyond filaggrin. *An Bras Dermatol.* 2016;91(4):472-8. DOI:10.1590/abd1806-4841.20164412
19. Boonstra M, Rustemeyer T, Middelkamp-Hup MA. Both children and adult patients with difficult-to-treat atopic dermatitis have high prevalences of concomitant allergic contact dermatitis and are frequently polysensitized. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(9):1554-61. DOI:10.1111/jdv.14973
20. Neves NA, Carvalho LP, Lopes AC, et al. Successful treatment of refractory recurrent vaginal candidiasis with cetirizine plus fluconazole. *J Low Genit Tract Dis.* 2005;9(3):167-70. DOI:10.1097/01.lgt.0000171664.63976.fb
21. Ronaldson C, Fuller J, Kaur A. Patch testing with out-of-date haptens. *Australas J Dermatol.* 2025;66(S1):31-6. DOI:10.1111/ajd.14499
22. Trivedi MK, Woodruff CM, Kornik R, Botto N. Patch Testing in Vulvar Allergic Contact Dermatitis. *Dermatitis.* 2018;29(2):95-6. DOI:10.1097/DER.0000000000000345
23. Lavery WJ, Stevenson M, Bernstein JA. An Overview of Seminal Plasma Hypersensitivity and Approach to Treatment. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020;8(9):2937-42. DOI:10.1016/j.jaip.2020.04.067
24. Theodoropoulos DS, Stockdale CK, Duquette DR, Morris MS. Inhalant allergy compounding the chronic vaginitis syndrome: characterization of sensitization patterns, comorbidities and responses to sublingual immunotherapy. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;294(3):541-8. DOI:10.1007/s00404-016-4081-2

Информация об авторах / Information about the authors

Межевитинова Елена Анатольевна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. научно-поликлинического отд-ния ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: mejevitinova@mail.ru

Прилепская Вера Николаевна – д-р мед. наук, проф., зав. научно-поликлиническим отд-нием ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова», заслуженный деятель науки РФ

Бычкова Наталия Владимировна – д-р биол. наук, вед. науч. сотр. лаб. клинической иммунологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова»

Кречетова Любовь Валентиновна – д-р мед. наук, зав. лаб. клинической иммунологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»

Кепша Мария Александровна – мл. науч. сотр., врач научно-поликлинического отд-ния ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова»

Мгерян Анна Нерсесовна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. научно-поликлинического отд-ния ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова»

Строкова Светлана Олеговна – врач клинической лабораторной диагностики лаб. по сбору и хранению биоматериалов ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова»

Донников Андрей Евгеньевич – канд. мед. наук, зав. лаб. молекулярно-генетических методов ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова»

Довлетханова Эльмира Робертовна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. научно-поликлинического отд-ния ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова»

Абакарова Патимат Рапиевна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. научно-поликлинического отд-ния ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова»

Elena A. Mezhevitinova – D. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: mejevitinova@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2977-9065

Vera N. Prilepskaya – D. Sci. (Med.), Prof., Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. ORCID: 0000-0003-3993-7629

Natalia V. Bychkova – D. Sci. (Biol.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. ORCID: 0000-0002-6907-2817

Liubov V. Krechetova – D. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. ORCID: 0000-0001-5023-3476

Maria A. Kepscha – MD, Jun. Res., Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. ORCID: 0000-0002-4201-1360

Anna N. Mgeryan – Cand. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. ORCID: 0000-0003-0574-1230

Svetlana O. Strokova – MD, clinical laboratory diagnostics physician, Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. ORCID: 0000-0002-2679-4991

Andrey E. Donnikov – Cand. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. ORCID: 0000-0003-3504-2406

Elmira R. Dovletkhanova – Cand. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. ORCID: 0000-0003-2835-6685

Patimat R. Abakarova – Cand. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. ORCID: 0000-0002-8243-5272

Статья поступила в редакцию / Submitted: 05.09.2025

Поступила после рецензирования / Revised: 26.10.2025

Принята к печати / Accepted for publication: 20.02.2026



OMNIDOCTOR.RU