



Валуевич Т.В.¹ ✉, Крук Н.И.¹, Рабчинская О.М.²

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² Минский городской клинический центр дерматовенерологии, Минск, Беларусь

Практические аспекты ухода за кожей вульвы при склероатрофическом лихене

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн статьи, написание, сбор, редактирование – Валуевич Т.В.; критический пересмотр рукописи статьи в части значимого интеллектуального содержания, окончательное одобрение варианта статьи для опубликования – Крук Н.И.; сбор данных – Рабчинская О.М.

Подана: 05.12.2024

Принята: 16.12.2024

Контакты: tatsiana.valuyevich@gmail.com

Резюме

Склероатрофический лихен представляет собой распространенный воспалительный дерматоз аногенитальной области, который встречается во всех возрастных группах. Заболевание оказывает существенное влияние на качество жизни, в большинстве случаев сопровождаясь выраженным зудом и болью, приводит к рубцеванию и повреждению архитектоники наружных половых органов, нарушая процесс мочеиспускания, дефекации, вызывая сексуальную дисфункцию и увеличивая риск малигнизации.

Данная статья посвящена практическим аспектам ухода за кожей вульвы, направленным на поддержание целостности кожного барьера, облегчение симптомов и улучшение качества жизни женщин со склероатрофическим лихеном. Рассмотрены современные подходы и рекомендации по интимной гигиене, а также уделено внимание профилактическим мерам и важности индивидуального подхода.

Повышение осведомленности среди врачей разных специальностей и общественности об этом заболевании и эффективных методах лечения является критически важным для его ранней диагностики и предотвращения развития осложнений.

Ключевые слова: склероатрофический лихен, вульва, дерматоз, уход за кожей, интимная гигиена, Трофикол

Valuyevich T.¹ ✉, Kruk N.¹, Rabchinskaya O.²

¹ Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

² Minsk City Clinical Center of Dermatovenereology, Minsk, Belarus

Practical Aspects of Vulval Skin Care in Lichen Sclerosus

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: article concept and design, writing, data collection, editing – Valuyevich T.; critical revision of the article manuscript in terms of significant intellectual content, final approval of the article version for publication – Kruk N.; collection of material – Rabchinskaya O.

Submitted: 05.12.2024

Accepted: 16.12.2024

Contacts: tatsiana.valuyevich@gmail.com

Abstract

Lichen sclerosus is a common inflammatory dermatosis of anogenital area, which occurs in all age groups. It has a significant impact on the quality of life, in most cases accompanied by severe itching and pain, leads to scarring and architectural changes of the external genitalia, disrupting the process of urination and defecation, causing sexual dysfunction and increasing the risk of malignancy.

This article focuses on the practical aspects of vulval skin care, aimed at preserving the integrity of the skin barrier, alleviating symptoms, and improving the quality of life in women with lichen sclerosus. Modern approaches and recommendations for intimate hygiene have been reviewed, emphasizing preventive measures and the importance of an individualized approach. Raising awareness of this disease and effective methods of treatment among healthcare professionals and the general population is crucial for early diagnosis and prevention the development of complications.

Keywords: lichen sclerosus, vulva, dermatosis, skin care, intimate hygiene, Troficol

■ ВВЕДЕНИЕ

Склероатрофический лихен (СЛ) – хроническое Т-клеточное воспаление кожи, которое обычно поражает аногенитальную область, но может иметь и экстрагенитальную локализацию. Это заболевание было известно еще в XIX веке и с тех пор претерпело множество изменений в терминологии и понимании.

В 1885 году чешский гинеколог Август Брейски описал изменения на коже вульвы, связанные с хроническим воспалением, которые он назвал краурозом вульвы [1]. Греческий термин *krauros* означает «сухой, хрупкий, ломкий», что хорошо отражает клинические проявления заболевания.

В дальнейшем для описания этого заболевания использовались различные термины, такие как «дистрофия вульвы», «болезнь белых пятен», «лейкоплакия вульвы» [2]. Однако термин «лейкоплакия» имеет более узкое значение, относящееся к ороговению слизистой оболочки, что не отражает всей клинической картины заболевания, поскольку при склероатрофическом лихене происходят атрофические изменения кожи, а не слизистых оболочек, за редким исключением [3].

В рамках Международной классификации болезней 10-го пересмотра, которая на данный момент используется на территории Республики Беларусь, термин «лишай склеротический и атрофический» (lichen sclerosus et atrophicus) был отнесен к категории атрофических поражений кожи (код L90.0). Установлено, что в ряде случаев эпителий при СЛ гипертрофирован, а не атрофичен, и приставка et atrophicus была исключена из названия заболевания [4]. Более точное определение «склерозирующий лихен» (lichen sclerosus) было принято еще в 1976 году Международным обществом по изучению вульвовагинальных заболеваний [5].

В МКБ-11 склерозирующий лихен относится к группе рубцующих и склерозирующих воспалительных заболеваний (код EB60.0) [6]. Это изменение лучше отражает патофизиологические механизмы заболевания, поскольку оно подчеркивает характерные проявления, такие как склероз и рубцевание тканей, которые являются ключевым аспектом данного дерматоза.

Врачам и исследователям следует избегать употребления устаревших терминов, таких как «крауроз» или «лейкоплакия вульвы», так как они не полностью отражают патогенез заболевания и могут вводить в заблуждение. Использование современных и точных терминов помогает не только в понимании клинической картины, но и в формировании правильных стратегий лечения и профилактики.

Эпидемиология

Определение истинной распространенности СЛ остается затруднительным в силу ряда факторов, включая существующие несоответствия в используемой терминологии, бессимптомное течение заболевания у части пациентов, недостаточную осведомленность специалистов, сложности в проведении дифференциальной диагностики, а также ограниченную информативность патогистологических исследований [7, 8]. Установлено, что частота встречаемости дерматоза в различных популяциях составляет до 3% [9]. Ранее считалось, что склероатрофический лихен проявляется преимущественно в двух возрастных периодах – в препубертатном и постменопаузальном, что свидетельствовало о бимодальном характере заболеваемости [2]. Однако заболевание может возникать в любом возрасте, включая репродуктивный, и наблюдается рост числа выявляемых случаев среди женщин этого возрастного периода.

Патогенез

Этиопатогенез СЛ является многофакторным и включает сложное взаимодействие генетических, иммунологических и внешних факторов. Заболевание включает два основных процесса: лихеноидную тканевую реакцию, вызванную Т-клеточной атакой на базальные кератиноциты, и развитие склероза из-за фибринового экссудата, который со временем замещается коллагеновыми волокнами [9]. СЛ ассоциируется с определенными HLA-генотипами (например, HLA-DQ7 и HLA-DRB1*12), что указывает на генетическую предрасположенность [10–12]. Мутации в генах CD177, CD200, ANKRD18A и LATS2 [13], а также усиленная экспрессия микроРНК miR-155 [14] приводят к нарушению регуляции иммунного ответа. Важным остается влияние оксидативного стресса и аутоантител на компоненты внеклеточного матрикса (например, ECM1) [15], которые способствуют поддержанию патологического процесса.

Для СЛ характерен феномен Кёбнера, что делает кожу особенно уязвимой к внешним воздействиям, таким как механическое трение, травмы и хронические воспалительные процессы, которые могут провоцировать развитие и прогрессирование заболевания.

Диагностические критерии

Диагностика СЛ базируется на клинических проявлениях, анамнезе заболевания и, при необходимости, патогистологическом исследовании. Биопсия выполняется в случаях, когда имеются сомнения в диагнозе, при отсутствии ответа на адекватно проводимое лечение топическими кортикостероидами или подозрении на неоплазию при наличии атипичных изменений кожи, таких как гиперкератоз, эрозии, участки индукции или образования, которые могут указывать на злокачественное перерождение [9, 16].

Данные анамнеза включают жалобы на выраженный зуд, особенно интенсивный ночью, боль при половом акте или без связи с ним, раздражение от одежды и прокладок, а также трещины или разрывы кожи после физической активности или интимных контактов. Проявления симптомов и жалобы пациентов варьируют в зависимости от возраста, однако негативное влияние на качество жизни отмечается во всех возрастных группах [9]. У детей чаще, чем у взрослых, наблюдаются нарушения мочеиспускания, запоры и расстройства сна. У молодых пациенток необходимо выяснить, были ли подобные симптомы в детстве. Диспареуния и влияние заболевания на половую жизнь могут быть ведущими у женщин репродуктивного возраста, тогда как в период постменопаузы преобладают жалобы на зуд. Важно уточнить, проводилось ли ранее лечение кортикостероидами и было ли оно эффективно, а также изучить триггеры обострений, среди которых могут быть стресс, респираторные заболевания или механическое повреждение.

Клинические проявления включают характерные изменения кожи вульвы: побеление, атрофию, гиперкератоз, экхимозы и трещины. Часто отмечаются анатомические изменения, такие как уменьшение или резорбция малых половых губ, сращение срединной линии, адгезии капюшона клитора или его погружение в склерозированные ткани вульвы. Существуют различные шкалы оценки клинических проявлений СЛ, такие как CLISSCO [17], VASS [18], CIV [19]. Влагище при СЛ не поражается, что является ключевой дифференциальной особенностью.

Экстрагенитальные проявления могут выглядеть как белые пятна с текстурой «папиросной бумаги», локализующиеся на туловище, бедрах, спине и под грудью. Выявление таких изменений требует осмотра вульвы, так как изолированные экстрагенитальные высыпания при СЛ наблюдаются у небольшого процента пациентов.

Патогистология играет важную роль в сложных случаях. Характерные гистологические изменения включают дегенерацию базального слоя эпидермиса, полосовидный лимфоцитарный инфильтрат и склероз дермы [20]. Эти изменения подтверждают диагноз и позволяют исключить другие состояния, такие как внутриэпителиальная неоплазия или плоскоклеточный рак.

Дополнительными диагностическими инструментами могут быть дерматоскопия, позволяющая визуализировать белесый фон, белесые бесструктурные пятнистые участки и обеднение сосудистого рисунка («сосудистая пустыня») [21], а также фотодокументация для оценки динамики заболевания [22].

Таким образом, диагностика СЛ включает детализированный сбор анамнеза, осмотр с оценкой характерных изменений и, при необходимости, гистологическое подтверждение диагноза.

Терапевтические подходы

Лечение СЛ направлено на облегчение симптомов, таких как зуд и боль, у пациентов с выраженной симптоматикой и улучшение их качества жизни, объективный контроль над активностью заболевания, сохранение сексуальной функции и предотвращение прогрессирования анатомических изменений в области вульвы, а также снижение риска ВПЧ-независимой внутриэпителиальной неоплазии и плоскоклеточного рака вульвы [9]. На данный момент международная рабочая группа Core Outcomes for Research in Lichen Sclerosus (CORALS) также разработала инструмент, который учитывает субъективные симптомы, клинические признаки, сексуальную функцию, урологические, гинекологические и другие аспекты, которые позволяют объективно оценить результаты лечения, выявить недостатки терапии и скорректировать ее для достижения оптимального контроля над заболеванием [23].

Основой терапии является комбинация местного лечения и правильного ухода за кожей.

Главным патогенетическим методом лечения СЛ являются очень высокоактивные и высокоактивные топические кортикостероиды, такие как клобетазола пропионат 0,05% и мометазона фураат 0,1% [24], которые предпочтительно применять в форме мази [25]. Мази обеспечивают лучшее проникновение в кожу, способствуют восстановлению кожного барьера, обладают меньшей аллергенностью и гарантируют более эффективный контроль над СЛ по сравнению с кремами. Кремы из-за большого количества вспомогательных веществ чаще вызывают контактный дерматит [26]. Также из-за большого содержания воды в своем составе они могут вызывать жжение при нанесении на поврежденную кожу, особенно при наличии трещин и эксфолиаций. В целом мази предпочтительнее для лечения заболеваний кожи вульвы благодаря их более благоприятным свойствам.

Лечение проводится по следующим схемам: либо ежедневное применение топического кортикостероида в течение первых трех месяцев, либо один раз в сутки в первый месяц, затем через день в течение второго месяца и далее два раза в неделю в течение третьего месяца [25]. Для поддержания ремиссии препараты применяются 1–2 раза в неделю [27]. Для нанесения на кожу вульвы, не покрытую волосами (клиттор, малые половые губы), и неороговевающий плоский эпителий преддверия влагалища требуется количество мази размером с чечевицу или примерно 1/4 единицы кончика пальца, для кожи вульвы, покрытой волосами (большие половые губы), промежности и перианальной области – количество мази размером с горошину или 1/3 единицы кончика пальца, а на курс длительностью три месяца расходуется 30-граммовый тюбик [9]. Пациентам необходимо объяснить правила нанесения препарата, используя зеркало или схематические иллюстрации.

Результаты лечения оцениваются через три месяца [22]. При достижении ремиссии терапия продолжается в поддерживающем режиме в сочетании с ежедневным уходом за кожей. Если симптомы сохраняются или прогрессируют (рубцевание, трещины, гиперкератоз), следует уточнить приверженность пациента терапии,

исключить контакт с раздражающими факторами и, при необходимости, провести биопсию для уточнения диагноза и исключения неоплазий.

В сложных случаях, таких как гиперкератотическая форма СЛ, лечение может быть затруднено вследствие снижения проницаемости кожи для кортикостероидов. При подозрении на вторичную инфекцию, например кандидоз, у пациенток могут отмечаться покраснение, отек и болезненность, что требует применения противогрибковых препаратов. Если боль носит стойкий характер без видимых клинических изменений, следует исключить вульводинию.

Долгосрочное ведение пациентов с СЛ включает обучение самообследованию вульвы и регулярные визиты к врачу-специалисту не реже одного раза в год в случае хорошего контроля за заболеванием. Более частое наблюдение, каждые 3–6 месяцев или чаще, показано пациентам с сопутствующими заболеваниями, плохим контролем течения СЛ или предшествующими неоплазиями вульвы [22]. Такой подход позволяет своевременно выявлять рецидивы и предотвращать возможные осложнения, улучшая качество жизни пациентов.

Уход за кожей вульвы

Кожа вульвы обладает особыми анатомо-физиологическими характеристиками, которые обуславливают необходимость деликатного ухода. Эпидермис области вульвы отличается тонкостью рогового слоя и сниженной плотностью клеточных соединений, что приводит к повышенной проницаемости и уязвимости к физическим и химическим повреждениям. В дерме содержится меньше коллагеновых и эластиновых волокон, что снижает ее эластичность и регенераторный потенциал. Влажная среда вульвы, обусловленная физиологическими выделениями, потоотделением и контактом с внешними раздражителями, способствует мацерации кожи и создает благоприятные условия для развития патогенной микрофлоры.

Ключевую роль в поддержании здоровья кожи вульвы играет микробиом, который формирует локальный иммунитет и поддерживает физиологический pH. Любое нарушение микробного равновесия, вызванное агрессивными моющими средствами, частым использованием антибактериальных препаратов или механическим повреждением эпидермиса, может привести к дисбиотическим изменениям, повышению проницаемости эпителиального барьера и увеличению риска инфекционно-воспалительных процессов.

Гигиенический уход за кожей вульвы при СЛ имеет ключевое значение для предотвращения обострений и минимизации повреждений эпидермиса. Рекомендации по уходу за кожей вульвы при СЛ, представленные в табл. 1, основаны на двух ключевых источниках. Практическое руководство Международного общества по изучению вульвовагинальных заболеваний ISSVD по диагностике и лечению склероатрофического лишена (2024) предоставляет практические советы по ежедневному уходу, включая использование мягких очищающих средств, эмолентов и сидячих ванн, а также меры по предотвращению осложнений и необходимость регулярного наблюдения [9]. Руководство Европейской академии дерматологии и венерологии EADV EuroGuiderm по склероатрофическому лишени (2024) содержит рекомендации по применению местных кортикостероидов, барьерных кремов и избеганию факторов, усугубляющих заболевание, таких как трение и влажность. Эти документы опираются

Таблица 1
Рекомендации по уходу за кожей вульвы при склероатрофическом лихене (ISSVD 2024, EADV 2024)
Table 1
Recommendations for the vulval skin care in lichen sclerosus (ISSVD 2024, EADV 2024)

Ежедневный уход за кожей вульвы и периаанальной области	– Очищайте кожу не более 2 раз в сутки. – Для мытья используйте теплую воду, обычные эмоленты или гипоаллергенные очищающие средства. – Избегайте мыла и агрессивных моющих средств. – Очищайте кожу мягкими движениями, избегая трения. – После мытья аккуратно промокните кожу мягким полотенцем. – При наличии трещин и эрозий принимайте сидячие ванны 2–3 раза в день (10–20 минут) с морской солью или содой
Эмоленты и барьерные кремы	– Наносите эмоленты дважды в день, особенно после водных процедур. – Эмоленты можно наносить перед мочеиспусканием для защиты кожи от мочи. – Барьерные кремы с цинком или аналогами помогают защитить кожу от влаги и трения, особенно при менструации или недержании мочи и кала
Предотвращение контакта с раздражающими факторами	– Носите хлопковое или шелковое белье, избегайте синтетических тканей и тесной одежды. – Исключите использование ароматизированных гигиенических средств. – Избегайте спиртосодержащих средств, которые могут вызвать жжение
Поддержание здорового образа жизни	– Контролируйте вес, так как ожирение может усугублять симптомы. – Поддерживайте умеренную физическую активность для улучшения кровообращения
Медикаментозное лечение	– Применяйте очень высокоактивные и высокоактивные топические кортикостероиды по назначению и под контролем врача. – Наносите топические кортикостероиды отдельно от эмолентов (на очищенную кожу наносите топические кортикостероиды, через 30 минут – эмоленты)
Регулярное наблюдение	– Посещайте врача каждые 6–12 месяцев (или чаще при необходимости) для оценки состояния кожи, эффективности лечения и профилактики осложнений

на современные клинические исследования и международный опыт, обеспечивая надежную основу для ухода за пациентами со СЛ [4, 22].

Рекомендуется осуществлять гигиенические процедуры не чаще двух раз в сутки, чтобы избежать нарушения гидролипидного баланса и пересушивания кожи. Очищение следует проводить теплой водой, избегая горячей, что может усилить трансэпидермальную потерю влаги. При этом использование агрессивных моющих средств, включая мыло, гели с отдушками, пену для ванн, категорически не рекомендуется. Предпочтение следует отдавать обычным эмолентам или pH-нейтральным и гипоаллергенным очищающим средствам, которые минимизируют раздражение и сохраняют барьерные свойства эпидермиса.

Мытье должно осуществляться деликатно, без применения губок, мочалок или иных абразивных средств, способных вызвать микротравмы кожи. После очищения необходимо мягко промокнуть кожу полотенцем, избегая трения, которое может спровоцировать повреждение эпителия и усиление симптоматики.

В случаях эрозий или трещин рекомендовано проведение сидячих ванн с теплой водой или добавлением pH-нейтральных очищающих масел. Такие процедуры следует выполнять 1–2 раза в сутки продолжительностью 10–20 минут, что способствует успокоению воспалительных процессов и восстановлению кожи.

Для предотвращения контакта с раздражающими факторами важно избегать использования влажных салфеток, интимных дезодорантов и ароматизированных

прокладок. Рекомендуется носить свободное хлопковое белье светлых оттенков, предварительно постиранное гипоаллергенными моющими средствами.

В периоды обострения следует отказаться от бритья и восковой депиляции, так как эти методы могут усугубить течение заболевания. При необходимости волосы в области вульвы можно укорачивать с помощью триммера. При выраженном зуде важно избегать расчесов, чтобы снизить риск вторичных инфекций.

Для поддержания гидратации кожи и восстановления ее барьерных свойств рекомендуется нанесение эмоленов или увлажняющих средств после каждого очищения. Выбор препаратов должен осуществляться с учетом индивидуальной переносимости, рекомендаций врача и наличия гипоаллергенных компонентов. Такой подход способствует снижению частоты обострений и улучшению качества жизни пациентов.

Эмоленты и барьерные кремы являются важными компонентами терапии СЛ, направленными на восстановление эпидермального барьера, предотвращение транс-эпидермальной потери влаги, уменьшение воспаления, зуда и раздражения, а также защиту кожи от воздействия агрессивных факторов. Эмоленты представляют собой увлажняющие средства, содержащие керамиды, глицерин, минеральные масла и жирные кислоты, которые способствуют восстановлению гидролипидной мантии кожи, уменьшению сухости и стянутости эпидермиса. Их применение способствует снижению воспалительной реакции, улучшению процессов регенерации тканей и предотвращению микротравм.

Барьерные кремы обеспечивают создание защитного слоя на поверхности кожи, предотвращая воздействие раздражающих агентов, таких как трение, влага, моча и менструальные выделения. Эти средства особенно эффективны в периоды обострения, когда эпидермис наиболее уязвим. Основными компонентами барьерных кремов являются оксид цинка, вазелин, диметикон и растительные масла, обладающие выраженными смягчающими и защитными свойствами.

Выбор эмоленов и барьерных кремов осуществляется с учетом их состава, гипоаллергенности, pH-баланса и отсутствия в составе потенциально раздражающих веществ, таких как ароматизаторы и консерванты. Растительные масла, такие как кокосовое или оливковое, могут использоваться для дополнительного смягчения кожи в периоды ремиссии, однако требуют осторожного применения из-за риска развития контактного дерматита.

Эмоленты наносятся на очищенную и сухую кожу 2–3 раза в день или по мере необходимости, особенно после гигиенических процедур, равномерно распределяясь по пораженной области без интенсивного втирания. Барьерные кремы рекомендуется применять при контакте с раздражающими агентами или в условиях повышенной влажности, например, перед использованием гигиенических прокладок или при длительном нахождении в сидячем положении. При назначении стероидных мазей их следует наносить перед использованием эмоленов и барьерных средств для предотвращения снижения эффективности терапии.

В клинической практике эмоленты эффективны для ускорения заживления эрозий и трещин за счет создания оптимальной влажной среды, а барьерные кремы полезны для предотвращения мацерации кожи у пациентов с недержанием мочи или обильными выделениями. Комплексное использование эмоленов и барьерных кремов улучшает состояние кожи, повышает ее защитные свойства и усиливает

эффективность основной терапии, что делает их неотъемлемой частью лечения склероатрофического лихена.

Примером барьерного эомолента может быть мазь для наружного применения Трофикол. Состав мази приведен в табл. 2. Продукт может быть использован в комплексном лечении ран любого происхождения (мелкие раны, ссадины, порезы; ожоги различной степени (солнечные, химические, термические); хирургические раны, в том числе после косметических манипуляций: удаления родинок, бородавок, лазерной шлифовки; хронические язвы; пролежни; уход за кожей вокруг стомы; некроз мягких тканей; химиотерапевтический флебит; опоясывающий герпес), для профилактики образования рубцов и улучшения внешнего вида уже существующего рубца, в комплексном лечении дерматитов (атопический дерматит; холодовая аллергия; экзема; пеленочный дерматит новорожденных; контактный дерматит; псориаз). Активные вещества, входящие в состав мази, оказывают комплексное воздействие, что делает их эффективными при лечении СЛ. Заживляющие вещества (бета-ситостерол,

Таблица 2
Состав мази Трофикол для наружного применения
Table 2
Composition of Troficol ointment for topical use

Состав увлажняющей мази	Смесь кунжутного масла, порошка Cortex Phellodendri, порошка Radix Scutellaria, порошка Rhizoma Coptidis, порошка Pheretima Aspergillum; арахисовое масло (прессованное); пчелиный воск; альфа-токоферолаацетат
-------------------------	---



Динамика клинической картины склероатрофического лихена вульвы на фоне лечения топическими стероидами в сочетании с мазью для наружного применения Трофикол у женщины репродуктивного возраста (слева – до лечения, справа – через месяц после начала лечения)
Changes in clinical picture of vulval lichen sclerosus during topical steroid treatment along with Troficol ointment for topical use in reproductive age woman (left – before treatment, right – in 1 month after the start of therapy)

витамин E) способствуют восстановлению гидролипидной мантии кожи, предотвращая трансэпидермальную потерю влаги и ускоряя регенерацию эпидермиса. Противовоспалительные свойства этих компонентов действуют в синергии с основным лечением, что способствует улучшению состояния пораженной области. Антибактериальные компоненты (байкалин, берберин) подавляют рост и размножение патогенных микроорганизмов, предотвращая развитие вторичных инфекционных осложнений на фоне терапии кортикостероидами. Антипруритические ингредиенты уменьшают выраженность зуда, что улучшает качество жизни пациента и снижает риск дополнительного травмирования кожи вследствие расчесов. Такой многосторонний подход позволяет эффективно воздействовать на симптомы и основные патогенетические механизмы заболевания.

На рисунке представлен клинический пример результата терапии СЛ вульвы с использованием топического кортикостероидного препарата в сочетании с мазью для наружного применения Трофикол у женщины репродуктивного возраста.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Уход за кожей вульвы при СЛ требует комплексного подхода, включающего гигиенические мероприятия, использование медикаментозных средств, а также профилактики осложнений.

Гигиенический уход включает использование мягких моющих средств, минимизацию раздражающих факторов и регулярное поддержание кожи в чистоте и сухости. Важно избегать агрессивных моющих средств, синтетического белья и тесной одежды, которые могут ухудшить состояние кожи.

Эмоленты и барьерные кремы используются для восстановления гидролипидного барьера, защиты кожи от воздействия внешних факторов (трение, влага) и предотвращения мацерации. Эти средства не только способствуют ускорению регенерации тканей и уменьшению воспаления, но и замедляют прогрессирование заболевания.

Лечебные процедуры, включая использование топических глюкокортикостероидов, сидячих ванн и антисептической терапии, являются неотъемлемой частью лечения обострений СЛ и помогают уменьшить воспаление и дискомфорт.

Профилактика осложнений заключается в исключении воздействия аллергенов, правильном уходе за кожей, а также в регулярных осмотрах у специалистов для своевременного выявления изменений и коррекции лечения.

Поддержание долгосрочной ремиссии требует строгого соблюдения рекомендованной терапии и ухода, а также учета индивидуальных особенностей. Комплексный и персонифицированный подход к лечению склероатрофического лишена позволяет улучшить состояние кожи вульвы, минимизировать симптомы заболевания, предотвратить развитие осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Breisky A. Ein wenig beobachtet Form von Hautatrophie am Pudendum muliebre. *Z Heilk.* 1885;6:69–80.
2. De Luca D.A., Papara C., Vorobyev A., et al. Lichen sclerosis: The 2023 update. *Front Med.* 2023;10:1106318. doi: 10.3389/fmed.2023.1106318
3. Day T., Burston K., Dennerstein G., Pagano R., Scurry J. Vestibulovaginal Sclerosis Versus Lichen Sclerosis. *Int J Gynecol Pathol.* 2018;37(4):356. doi: 10.1097/PGP.0000000000000441
4. Kirtschig G., Kinberger M., Kreuter A., et al. EuroGuiderm guideline on lichen sclerosis – introduction into lichen sclerosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2024;38:1850–1873. doi: 10.1111/jdv.20082

5. Kaufman R.H., DiPaola G.R., Friedrich E.G. Jr, Hewitt J., and Woodruff J.D. New nomenclature for vulvar disease. *J Cutan Pathol.* 1976;3:159–61. doi: 10.1111/j.1600-0560.1976.tb01105.x
6. Available at: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1601273294> (accessed 25.11.2024).
7. Day T., Selim M.A., Allbritton J.L., Scurry J., Committee (DPDC) for the IDPD. Nonsclerotic Lichen Sclerosus: Definition of a Concept and Pathologic Description. *J Low Genit Tract Dis.* 2023;27(4):358. doi: 10.1097/LGT.0000000000000760
8. Kolitz E., Gammon L., Mauskar M. Vulvar lichen sclerosis in women of reproductive age. *Proc Bayl Univ Med Cent.* 2021;34(3):349–351. doi: 10.1080/08998280.2021.1885093
9. Day T., Mauskar M., Selk A. Lichen Sclerosus. ISSVD Practical guide to diagnosis and management. *Ad Médic, Lda.* 2024;211. doi: 10.59153/adm.ls.001. Available at: <https://www.admedic.pt/loja-online/lichen-sclerosus-issvd-practical-guide-to-diagnosis-and-management-eng.html> (accessed 25.11.2024).
10. Khan Mohammad Beigi P. The immunogenetics of morphea and lichen sclerosis. *Adv Exp Med Biol.* 2022;1367:155–72. doi: 10.1007/978-3-030-92616-8_7
11. Marren P., Yell J., Charnock F.M., Bunce M., Welsh K., and Wojnarowska F. The association between lichen sclerosis and antigens of the HLA system. *Br J Dermatol.* 1995;132:197–203. doi: 10.1111/j.1365-2133.1995.tb05013.x
12. Gao X.H., Barnardo M.C., Winsey S., Ahmad T., Cook J., Agudelo J.D., et al. The association between HLA DR, DQ antigens, and vulvar lichen sclerosis in the UK: HLA DRB112 and its associated DRB112/DQB10301/04/09/010 haplotype confers susceptibility to vulvar lichen sclerosis, and HLA DRB10301/04 and its associated DRB10301/04/DQB10201/02/03 haplotype protects from vulvar lichen sclerosis. *J Invest Dermatol.* 2005;125:895–9. doi: 10.1111/j.0022-202X.2005.23905.x
13. Haefner H.K., Welch K.C., Rolston A.M., et al. Genomic Profiling of Vulvar Lichen Sclerosus Patients Shows Possible Pathogenetic Disease Mechanisms. *J Low Genit Tract Dis.* 2019;23(3):214–219. doi: 10.1097/LGT.0000000000000482
14. Tran D.A., Tan X., Macri C.J., Goldstein A.T., Fu S.W. Lichen Sclerosus: An autoimmune pathogenic and genomic enigma with emerging genetic and immune targets. *Int J Biol Sci.* 2019;15(7):1429–1439. doi: 10.7150/ijbs.34613
15. Corazza M., Schettini N., Zedde P., Borghi A. Vulvar Lichen Sclerosus from Pathophysiology to Therapeutic Approaches: Evidence and Prospects. *Biomedicines.* 2021;9(8):950. doi: 10.3390/biomedicines9080950
16. Yeon J., Oakley A., Olsson A., et al. Vulvar lichen sclerosis: An Australasian management consensus. *Australas J Dermatol.* 2021;62(3):292–299. doi: 10.1111/ajd.13594
17. Erni B., Navarini A.A., Huang D., Schoetza A., Kind A., Mueller S.M. Proposition of a severity scale for lichen sclerosis: The "Clinical Lichen Sclerosis Score". *Dermatol Ther.* 2021;34(2):e14773. doi: 10.1111/dth.14773
18. Almadori A., Zenner N., Boyle D., et al. Development and Validation of a Clinical Grading Scale to Assess the Vulvar Region: The Vulvar Architecture Severity Scale. *Aesthet Surg J.* 2020;40(12):1319–1326. doi: 10.1093/asj/sjz342
19. Boero V., Liverani C.A., Brambilla M., et al. The "CIV Classification," a New Proposal for the Architectural Grading of Vulvar Lichen Sclerosis. *J Low Genit Tract Dis.* 2021;25(4):291–295. doi: 10.1097/LGT.0000000000000627
20. Baird P. *Lichen Sclerosis et Atrophicus*. dissertation. University of Sydney; 1981.
21. Lacarrubba F., Borghi A., Verzi A.E., Corazza M., Stinco G., Micali G. Dermoscopy of genital diseases: a review. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV.* 2020;34(10):2198–2207. doi: 10.1111/jdv.16723
22. Kirtschig G., Kinberger M., Kreuter A., et al. EuroGuiderm guideline on lichen sclerosis—Treatment of lichen sclerosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2024;38:1874–1909. doi: 10.1111/jdv.20083
23. Simpson R.C., Kirtschig G., Selk A., et al. Core outcome domains for lichen sclerosis: a CORALS initiative consensus statement. *Br J Dermatol.* 2023;188(5):628–635. doi: 10.1093/bjd/ljac145
24. Virgili A., Borghi A., Toni G., Minghetti S., Corazza M. First random-ized trial on clobetasol propionate and mometasone furoate in the treatment of vulvar lichen sclerosis: results of efficacy and tolerability. *Br J Dermatol.* 2014;171:388–96.
25. Pergialiotis V., Bellos I., Biliou E.C., Varnava P., Mitsopoulou D., Doumouchtsis S.K. An arm-based network meta-analysis on treatments for vulvar lichen sclerosis and a call for development of core outcome sets. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(6):542–550.e6. doi: 10.1016/j.ajog.2019.10.095
26. Lewis F.M., Tatnall F.M., Velangi S.S., et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosis, 2018. *Br J Dermatol.* 2018;178(4):839–853. doi: 10.1111/bjd.16241
27. Renaud-Vilmer C., Cavelier-Balloy B., Porcher R., Dubertret L. Vulvar lichen sclerosis: effect of long-term topical application of a potent steroid on the course of the disease. *Arch Dermatol.* 2004;140(6):709–712. doi: 10.1001/archderm.140.6.709