

<https://doi.org/10.25208/vdv1326>

Красный плоский лишай вульвы — клинический спектр (результаты поперечного неконтролируемого исследования)

© Парыгина О.В.^{1,2*}, Смирнова И.О.^{1,2,3}, Петунова Я.Г.^{1,2}, Кабушка Я.С.¹, Желонкин А.Р.^{1,2}

¹ Городской кожно-венерологический диспансер
192102, Россия, г. Санкт-Петербург, набережная реки Волковки, д. 3

² Санкт-Петербургский государственный университет
199034, Россия, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7-9

³ Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова
191015, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

Обоснование. Красный плоский лишай (КПЛ) — хронический дерматоз, который в ряде случаев поражает вульву. В настоящее время особенности клинической картины КПЛ вульвы, а также оценка сочетанного поражения вульвы, слизистых оболочек полости рта (СОПР) и кожи у пациенток с разными формами КПЛ в литературе описаны недостаточно или отсутствуют.

Цель исследования. Изучить особенности клинической картины КПЛ вульвы.

Методы. Проведено поперечное (одномоментное) неконтролируемое исследование 46 пациенток с КПЛ вульвы. Оценивали структуру КПЛ вульвы, длительность и характер течения заболевания, локализацию высыпаний, вовлечение кожи и СОПР. Для оценки площади поражения при КПЛ вульвы использовали LichenSclerosus-Square.

Результаты. В структуре заболеваемости КПЛ вульвы доминировала эрозивная форма заболевания, которая была диагностирована в 73,9% случаев. При эрозивном и гипертрофическом КПЛ процесс был более распространенным, чем при типичной форме заболевания. Отличительными особенностями эрозивного КПЛ было вовлечение внутренней поверхности малых половых губ и преддверия влагалища (73,5 и 70,6%, $p < 0,001$). Для этого варианта КПЛ вульвы также характерно нарушение нормальной архитектоники (58,8%, $p = 0,007$).

При типичном клиническом варианте КПЛ вульвы заболевание затрагивало преимущественно большие (66,7%) и малые (33,4%) половые губы и в меньшей степени область задней спайки (16,7%).

При гипертрофической форме у всех обследуемых в процесс были вовлечены большие половые губы. Вовлечение паховых складок отличало этот вариант КПЛ от других форм дерматоза и наблюдалось у 33,4% пациенток. Поражение вульвы без вовлечения кожи и слизистых оболочек других локализаций было более характерным для женщин с эрозивным и гипертрофическим КПЛ (35,4 и 33,3%). Почти у половины наблюдаемых (47,0%) с эрозивным КПЛ вульвы были вовлечены СОПР, у 29,0% из них был диагностирован вульвовагинально-гингивальный синдром. В 14,7% случаев было обнаружено сочетание вульвовагинально-гингивального синдрома с поражением волосистой части головы (вульвовагинально-гингивально-пилярный синдром).

Заключение. Нами выявлены клинические признаки различных форм КПЛ вульвы, которые могут быть использованы для их дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: красный плоский лишай вульвы, эрозивная форма красного плоского лишая, вульвовагинально-гингивальный синдром.

Конфликт интересов: авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Источник финансирования: рукопись подготовлена и опубликована за счет финансирования по месту работы авторов.

Для цитирования: Парыгина О.В., Смирнова И.О., Петунова Я.Г., Кабушка Я.С., Желонкин А.Р. Красный плоский лишай вульвы — клинический спектр (результаты поперечного неконтролируемого исследования). Вестник дерматологии и венерологии. 2022;98(4):49–57. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1326>



Vulvar lichen planus — clinical spectrum (results of a cross-sectional uncontrolled study)

© Olga V. Parygina^{1,2*}, Irina O. Smirnova^{1,2,3}, Yanina G. Petunova^{1,2}, Yana S. Kabushka¹, Anton R. Zhelonkin^{1,2}

¹ City Dermatovenereological Dispensary
Vollovka River Emb., 3, 192102, Saint Petersburg, Russia

² Saint Petersburg State University
Universitetskaya Emb., 7-9, 199034, Saint Petersburg, Russia

³ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov
Kirochnaya str., 41, 191015, Saint Petersburg, Russia

Background. Lichen planus (LP) is a chronic dermatosis, which can affect vulva. Currently, there are no sufficient data about clinical picture of vulvar LP and a valuation combined lesion on the vulva, oral mucous and smooth skin in patients with different forms of LP.

Aims. Is to study the features of the vulvar LP clinical picture.

Materials and methods. A cross-sectional (simultaneous) uncontrolled study of 46 patients with vulvar LP was performed. We assessed the structure of vulvar LP, the duration and the manifestation of disease, localization of lesions, the involvement of the skin and oral mucosa. LichenSclerosus-Square was used to assess the area of lesions in vulvar LP.

Results. The erosive form dominated in the structure of vulvar LP morbidity, which was diagnosed in 73,9% of cases. The process in erosive and hypertrophic form of LP was more common than in the typical form of LP. Distinctive features of the erosive form of the disease were the involvement of the inner surfaces of the labia minora and the vestibule (73,5% и 70,6%, $p < 0,001$). The erosive LP is also characterized by a damage of normal vulvar architectonics (58,8%, $p = 0,007$).

Lesions in typical LP affected labia majora (66,7%) and labia minora (33,4%), and to a lesser extent the commissure posterior (16,7%). The involvement of labia majora was found in all patients with hypertrophic form LP. The involvement of inguinal folds distinguished the hypertrophic form from other forms of LP and was observed in 33,4% of patients.

Vulva lesions without the involvement of the skin and mucous membranes of other localizations were more typical for patients with erosive and hypertrophic LP (35,4% и 33,3%). Almost half of the patients (47,0%) with erosive LP had the involvement of mucous membranes, 29,0% of them were diagnosed with vulvovaginal-gingival syndrome. In 14.7% of cases, vulvovaginal-gingival syndrome combined with lesions in the scalp (vulvovaginal-gingival-pillar syndrome).

Conclusions. We have identified clinical features of different forms of vulvar LP, which can be used for differential diagnosis.

Keywords: vulva, lichen planus, vulvar lichen planus, oral lichen planus, skin.

Conflict of interest: the authors declare that there are no obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Source of funding: the work was done and published through financing at the place of work of the authors.

For citation: Parygina OV, Smirnova IO, Petunova YaG, Kabushka YaS, Zhelonkin AR. Vulvar lichen planus — clinical spectrum (results of a cross-sectional uncontrolled study). Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2022;98(4):49–57.

doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1326>



Обоснование

Красный плоский лишай (КПЛ) — хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся чрезвычайно разнообразием клинических проявлений. Дерматоз поражает кожу туловища, конечностей и волосистой части головы (ВЧГ), слизистые оболочки полости рта (СОПР), гениталий, реже — глаз и пищевода, а также ногтевые пластинки [1, 2]. При этом высыпания могут возникать одновременно на разных частях тела. Так, 40–60% пациентов с высыпаниями на коже имеют поражение СОПР, и наоборот, среди пациентов с высыпаниями на СОПР половина имеет кожные проявления. В целом поражение слизистых оболочек несколько чаще встречается у женщин, чем у мужчин [3].

Среди хронических неинфекционных воспалительных дерматозов, поражающих гениталии, КПЛ является одним из наиболее частых. Так, в структуре заболеваемости неинфекционными дерматозами у женщин КПЛ является третьим по частоте после склерозирующего и атрофического лишая и дерматита [4], а у мужчин — четвертым, после плазмноклеточного баланита, склерозирующего и атрофического лишая и псориаза [5]. Выделяют три формы заболевания на гениталиях — типичную (папулезную), эрозивную и гипертрофическую [6]. Сведения о соотношении различных форм КПЛ при поражении гениталий у женщин или мужчин односторонны. Мало изучены и особенности клинических проявлений заболевания на гениталиях, частота их сочетания с высыпаниями других локализаций. По данным некоторых авторов, вовлечение вульвы наблюдается у 50% пациенток с поражением кожи [7] и у 25–57% с поражением СОПР [8]. При этом особенности сочетанного поражения вульвы, СОПР и кожи у женщин с разными клиническими вариантами дерматоза в литературе отсутствуют.

Цель исследования: изучить особенности клинической картины КПЛ вульвы.

Методы

Дизайн исследования

Поперечное (одномоментное) неконтролируемое исследование клинических проявлений разных форм КПЛ вульвы.

Критерии соответствия

В исследование включали пациенток старше 18 лет с подтвержденным клиническим диагнозом КПЛ вульвы, подписавших информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения были КПЛ без поражения вульвы, возраст до 18 лет, отказ от участия в исследовании.

Условия проведения

Исследование было проведено в Санкт-Петербургском ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер».

Продолжительность исследования

В статье представлены результаты исследования, полученные за период с 2017 по 2021 г.

Описание медицинского вмешательства

Под нашим наблюдением находилось 46 пациенток с КПЛ вульвы. У 34 из них диагноз был подтвержден

гистологически, у остальных установлен на основании данных клинической картины с использованием диагностических критериев, предложенных R.C. Simpson в 2013 г.

Оценивали структуру КПЛ вульвы, длительность и характер течения заболевания, локализацию высыпаний, вовлечение кожи и СОПР. В связи с отсутствием стандартных шкал на момент проведения исследования для оценки распространенности процесса использовали модифицированный индекс для оценки площади поражения при склерозирующем и атрофическом лишаях вульвы (Lichen Sclerosus-Square, LS-S-индекс; Игнатовский А.В., 2019) [9]. Область вульвы делили на 4 квадранта (по двум сторонам — левая и правая и два верхних и два нижних) и, соответственно, 10 зон — область малых половых губ (слева и справа, вверху и внизу), область больших половых губ (слева и справа, вверху и внизу), область клитора и перианальная область. Поражение в каждой из этих зон оценивали в 1 балл. Индекс был дополнен оценкой поражения паховых складок и преддверия влагалища. Поражение правой паховой складки, левой паховой складки и преддверия влагалища оценивалось по 1 баллу соответственно. Таким образом, максимальное количество баллов равнялось 13.

Этическая экспертиза

Было получено разрешение локального этического комитета при СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» на проведение исследования от 27.05.2021, выписка из протокола №2. Заключение комитета — одобрить проведение научно-исследовательской работы.

Статистический анализ

Для статистической обработки использовался язык программирования R версии 4.0.2 (2020-06-22) и среда разработки Rstudio версии 1.3.1073. Проверка количественных переменных на нормальность проводилась с помощью критерия Шапиро–Уилка и визуальной диагностики QQ-графиков. Сравнение количественных переменных для более чем двух независимых выборок проводилось с помощью дисперсионного анализа (ANOVA). Для анализа качественных переменных в независимых выборках использовался точный критерий Фишера и критерий χ^2 Пирсона. Оценку диагностической значимости верифицированных признаков осуществляли по четырехпольным таблицам сопряженности для признаков и показателей, для которых были получены статистически значимые различия.

Результаты

Основные результаты исследования

В структуре заболеваемости КПЛ вульвы доминировала эрозивная форма заболевания, которая была диагностирована в 73,9% случаев (рис. 1). Типичная и гипертрофическая формы дерматоза встречались значительно реже, в 13,0% случаев каждая. Возраст обследуемых варьировал от 25 лет до 81 года (в среднем составил $53,1 \pm 0,3$ года), а длительность заболевания — от 1 до 240 месяцев ($75,0 \pm 2,2$ месяца). Наблюдаемые с гипертрофическим КПЛ были несколько старше ($61,3 \pm 2,3$ года), и заболевание у них имело тенденцию к более продолжительному течению ($107,3 \pm 14,2$ месяца), однако значимых различий в возрасте и длительности

заболевания среди пациенток с разными клиническими разновидностями КПЛ обнаружено не было.

При эрозивной и гипертрофической форме КПЛ вульвы процесс был более распространенным, чем при типичном КПЛ. Так, при типичной форме дерматоза наиболее часто (50,0%) вовлекались две зоны вульвы, а при эрозивной и гипертрофической процесс захватывал не менее 4 зон вульвы (52,9 и 66,7% соответственно) (табл. 1).

Разные варианты дерматоза на вульве характеризовались различными клиническими проявлениями (табл. 2). Так, отличительными особенностями эрозивной формы заболевания было вовлечение внутренней поверхности малых половых губ и преддверия влагалища (73,5 и 70,6%, $p < 0,001$), а также формирование эрозий или трещин (52,9%). Кроме того, эта форма дерматоза характеризовалась выраженной тенденцией к нарушению архитектоники вульвы с частичной или полной резорбцией малых половых губ, их подпаванием к большим, сращением малых половых губ и сужением половой щели (58,8%, $p = 0,007$). Несколько реже линейные трещины и/или эрозивные дефекты располагались в области задней спайки (32,3%). Вовлечение клитора было представлено в основном заращением его капюшона и/или полным погружением клитора в толщу тканей (38,2%, $p = 0,043$). Поражение больших половых губ было представлено в основном сращением больших и малых половых губ или их



частичной редукцией (38,2%, $p = 0,000023$). Только у 20,6% пациенток были обнаружены эрозивные дефекты в области больших половых губ, часто ограниченные сетью Уикхема (рис. 2).

Таблица 1. Оценка тяжести и распространенности процесса по индексу LS-S
Table 1. Assessment of the severity and prevalence of the process by LS-S index

КПЛ, клинические формы	Эрозивная форма КПЛ	Типичная форма КПЛ	Гипертрофическая форма КПЛ
LS-S индекс	4,6 ± 0,1	2,1 ± 0,3	4,3 ± 0,5

Таблица 2. Локализация процесса при разных формах КПЛ вульвы
Table 2. Localization of process in different forms of vulvar lichen planus

		Эрозивная форма КПЛ (N = 34)	Типичная форма КПЛ (N = 6)	Гипертрофическая форма КПЛ (N = 6)
БПГ	Наличие высыпаний	7 (20,6%)	4 (66,7%)	6 (100%)
	Нарушение архитектоники	19 (55,9%) 13 (38,2%)	4 (66,7%) 0	6 (100%) 1 (16,7%)
МПГ	Наличие высыпаний	18 (52,9%)	2 (33,4%)	2 (33,4%)
	Нарушение архитектоники	25 (73,5%) 20 (58,8%)°	2 (33,4%) 0	2 (33,4%) 1 (16,7%)
Клитор	Наличие высыпаний	0	0	0
	Нарушение архитектоники	13 (38,2%) 13 (38,2%)	0	0
Задняя спайка		11 (32,3%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)
Преддверие влагалища		24 (70,6%) * °	0	0
Перианальная область		1 (2,9%)	0	1 (16,7%)
Паховые складки		0	0	2 (33,4%)
Лобок		0	0	1 (16,7%)



Рис. 2. Вовлечение малых половых губ и преддверия влагалища, нарушение архитектуры вульвы и наличие сеточки Уикхема при эрозивной форме КПЛ вульвы

Fig. 2. Erosive lichen planus - labia minora and vestibule involvement, changes in the normal vulvar architectonics, and Wickham striae presence



Рис. 3. Типичная форма КПЛ вульвы — сеточка Уикхема на больших и малых половых губах

Fig. 3. Classic lichen planus — Wickham striae on the labia majora and minora

При типичном КПЛ вульвы заболевание затрагивало преимущественно большие (66,7%) и малые (33,4%) половые губы и в меньшей степени область задней спайки (16,7%). У всех больных процесс был представлен типичными папулами и белесоватого цвета очагами (сеточкой Уикхема). Нарушение архитектоники вульвы, вовлечение преддверия влагалища не было характерно (рис. 3).

При гипертрофическом КПЛ вульвы у всех пациенток в процесс были вовлечены большие половые губы. Реже отмечалось поражение малых половых губ и задней спайки, которое наблюдалось у 33,4 и 16,7% исследуемых соответственно и было представлено гипертрофическими папулами. Вовлечение паховых складок наблюдалось у 33,4% женщин, в отличие от других форм дерматоза. Однако результаты статистически не значимы ($p > 0,05$). Поражение перианальной области наблюдалось только у 1 пациентки, у которой, помимо этого, в процесс также были вовлечены паховые складки (рис. 4).

Изолированное поражение вульвы было более характерным для обследуемых с эрозивной и гипертрофической формами (35,4 и 33,3%), у остальных пациенток помимо вульвы высыпания, характерные для КПЛ, были выявлены также в одной или нескольких других локализациях (СОПР, гладкая кожа, ВЧГ, влагалище). При типичном варианте КПЛ изолированный процесс на вульве встречался лишь у 16,7% больных (табл. 3). У большинства женщин с гипертрофическим и типичным КПЛ были высыпания на коже (66,7%). Вовлечение кожи при эрозивной форме наблюдалось лишь у 17,6%.

Почти у половины пациенток (47,0%) с эрозивным КПЛ вульвы были вовлечены СОПР (рис. 5), причем у 29,0% из них был диагностирован вульвовагинально-



Рис. 4. Гипертрофическая форма КПЛ вульвы — вовлечение вульвы и паховых складок

Fig. 4. Hypertrophic lichen planus — vulva and inguinal folds involvement

гингивальный синдром (табл. 4). Вовлечение кожи туловища без поражения СОПР и ВЧГ диагностировано в 8,9% случаев. Поражение ВЧГ было диагностировано у 23,4% (8 человек). У одной из пациенток поражение ВЧГ было представлено фронтальной фиброзирующей алопецией (ФФА), которая сочеталась с вульвовагинально-гингивальным синдромом и поражением гладкой кожи. У оставшихся 7 человек поражение ВЧГ было представлено классической формой лишая плоского фолликулярного (ЛПФ), причем у 8,9% пациенток было обнаружено сочетание ЛПФ с вульвовагинально-гингивальным синдромом (рис. 6).

Таблица 3. Сочетание процесса на вульве при красном плоском лишае
Table 3. Combination of the process on the vulva in patients with lichen planus

	Эрозивная форма (N = 34)	Типичная форма (N = 6)	Гипертрофическая форма (N = 6)
Изолированное поражение вульвы	12 (35,4%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)
Вовлечение СОПР	5 (14,7%)	1 (16,7%)	0
Вовлечение ВЧГ (lichen planopillaris)	1 (2,9%)	0	0
Вовлечение гладкой кожи	3 (8,9%)	1 (16,7%)	4 (66,7%)
Вовлечение СОПР и ВЧГ (lichen planopillaris)	1 (2,9%)	0	0
Вовлечение СОПР и гладкой кожи	0	2 (33,2%)	0
Вовлечение ВЧГ (lichen planopillaris) и гладкой кожи	1 (2,9%)	1 (16,7%)	0
Вовлечение влагалища	11 (32,3%)	0	0
Всего	34	6	6

Таблица 4. Сочетание вульво-вагинального поражения с процессом в других локализациях
Table 4. Combination of vulvovaginal erosive lichen planus with the process in other localizations

	Вовлечение вульвы и влагалища (N = 11)	
Вовлечение СОПР	5	45,4%
Вовлечение ВЧГ (lichen planopillaris)	1	9,1%
Вовлечение СОПР и ВЧГ (lichen planopillaris)	3	27,3%
Вовлечение СОПР и гладкой кожи	1	9,1%
Вовлечение СОПР, гладкой кожи и ВЧГ (фронтальная фиброзирующая алопеция)	1	9,1%



Рис. 5. Поражение СОПР при эрозивной форме КПЛ
Fig. 5. Oral mucosa involvement in erosive lichen planus



Рис. 6. Сочетание вульво-вагинально-гингивального синдрома и плоского фолликулярного лишая
 Fig. 6. Combination of vulvo-vagino-gingival syndrome and lichen planopilaris

При типичном КПЛ заболевания на вульве вовлечение СОПР было обнаружено у 49,9% пациенток, вовлечение гладкой кожи — у 66,7%, причем одновременное вовлечение кожи и СОПР наблюдалось в 33,2% случаев. У одной женщины был диагностирован ЛПФ.

В группе наблюдаемых с гипертрофической формой КПЛ вульвы 4 пациентки имели сочетанное поражение вульвы и гладкой кожи (66,7%), которое было представлено высыпаниями в области тыла кистей, внутренних поверхностей предплечий, паховых складок и бедер.

Обсуждение

Обсуждение основного результата исследования

КПЛ вульвы является одним из наиболее частых дерматозов гениталий у женщин, по данным литературы. Данные о сочетанном поражении и распределении клинических разновидностей заболевания на вульве немногочисленны и противоречивы. В ходе нашего исследования установлено, что в структуре заболеваемости КПЛ вульвы наиболее часто диагностируется эрозивная форма дерматоза (73,9%). Такие же данные о частоте эрозивного КПЛ вульвы — 74%, приводят S.M. Cooper и соавт. [10], а по данным M. Wu, G. Lee, G. Fischer эта форма диагностируется несколько реже, у 51%. Наиболее редкой разновидностью дерматоза считают гипертрофическую форму [11], она диагно-

стируется у 7%. По нашим данным, гипертрофический и типичный КПЛ диагностировались одинаково часто, что может быть следствием относительно небольшой выборки пациентов.

Нами установлено, что при эрозивной и гипертрофической формах заболевания процесс был наиболее распространенным и затрагивал в среднем не менее четырех анатомических зон вульвы в соответствии со схемой зонирования LS-S индекса, тогда как при типичной форме процесс был более ограниченным и в среднем поражал две условные зоны.

При эрозивном процессе на вульве излюбленными локализациями были преддверие влагалища и малые половые губы (70,6 и 73,5% соответственно), существенно реже поражались задняя спайка и перинальная область. Действительно, особенностью этого варианта заболевания является преимущественное поражение неороговевающего эпителия, по данным H.E. Lotery, R.P. Galask (2003), вовлечение преддверия влагалища наблюдается у 90% пациенток [12]. При этом формирование эрозии или эритемы с яркой красной поверхностью, подобной стеклу, в области преддверия влагалища является одним из основных диагностических критериев эрозивного КПЛ [13]. Еще одной особенностью этой формы дерматоза является нарушение архитектоники вульвы, которое включает

в себя резорбцию малых половых губ, заращение капюшона клитора, синехии между малыми и большими половыми губами, стеноз входа во влагалище [14, 15]. Поражение влагалища, слизистых полости рта отличает КПЛ от САЛ. Также дифференциальная диагностика проводилась на основании диагностических критериев эрозивного красного плоского лишая вульвы (R.C. Simpson, 2013) и на основании гистологического исследования.

При типичном и гипертрофическом КПЛ вульвы в большинстве случаев поражаются большие половые губы (66,7 и 100% соответственно). По данным литературы, поражение зон вульвы с ороговевающим эпителием является излюбленной локализацией при типичной форме КПЛ вульвы [16]. При гипертрофическом КПЛ вовлечение вульвы сочеталось с высыпаниями в паховых складках.

В литературе нет точных данных о частоте поражения вульвы при КПЛ. Так, F.M. Lewis и соавт. (1996) считают, что вовлечение вульвы — достаточно распространенное явление и может встречаться у 50% женщин с поражением кожи [7]. Однако данных о частоте вовлечения вульвы при разных формах КПЛ в настоящее время в литературе нет.

Нами установлено, что наиболее часто изолированное поражение вульвы наблюдается у пациенток с эрозивным и гипертрофическим КПЛ (35,4 и 33,3%). Сочетание процесса на вульве и гладкой коже также было характерно для большинства обследуемых с этими вариантами КПЛ (66,7 и 66,7%). А вовлечение гладкой кожи при эрозивной форме наблюдалось лишь у 17,6%.

Эрозивный КПЛ вульвы отличается наиболее разнообразными поражениями кожи и СОПР. Помимо изолированного вовлечения вульвы, нами были обнаружены вовлечение СОПР (47,0%), ВЧГ (23,4%) и влагалища (32,3%). Вульвовагинально-гингивальный синдром встречался у 29,4% женщин. Однако, по данным литературы, ВВГ — относительно редкий вариант КПЛ.

В 14,7% случаев нами было обнаружено сочетание ВВГ с поражением ВЧГ (вульвовагинально-гингивально-пилярный синдром). Причем поражение ВЧГ было представлено двумя вариантами — фронтальной фи-

брозирующей алопецией (у 1 человека) и классическим вариантом лишая плоского фолликулярного.

При типичном КПЛ вульвы доминирующим было вовлечение гладкой кожи (кожи груди, живота и подмышечных складок) — у 66,6% пациенток, вовлечение СОПР было обнаружено у 49,9%. В отличие от большого разнообразия вариантов сочетанного поражения при эрозивной форме, в том числе вовлечение в процесс ВЧГ, при типичном КПЛ вульвы вовлечение ВЧГ наблюдалось лишь у одного человека.

При гипертрофическом КПЛ нами было выявлено наименьшее количество вариантов сочетанного поражения, поражение вульвы при этой форме сочеталось только с поражением гладкой кожи (66,7%).

Ограничения исследования

Основным ограничением исследования является относительно небольшая выборка пациенток с КПЛ вульвы.

Заключение

В нашем неконтролируемом исследовании изучена структура красного плоского лишая вульвы, было продемонстрировано, что эрозивный КПЛ вульвы является наиболее распространенным и встречается в 73,9%, а гипертрофический КПЛ — наиболее редко встречаемый.

Также нами обнаружены особенности клинической картины форм красного плоского лишая вульвы, определены излюбленные локализации процесса для каждого из вариантов.

Помимо этого, было выявлено, что эрозивный КПЛ вульвы характеризуется наличием разнообразных вариантов сочетания процесса, в том числе вульвовагинально-гингивальный и вульво-вагинально-гингивально-пилярный синдромы, вовлечение в процесс СОПР, ВЧГ и гладкой кожи, тогда как при гипертрофическом клиническом варианте КПЛ процесс на вульве сочетается только с очагами на гладкой коже.

Однако для получения более достоверных и точных результатов необходимо расширение выборки.

Полученные в ходе нашего исследования данные могут быть использованы практикующими врачами для дифференциальной диагностики эрозивной, типичной и гипертрофических форм КПЛ вульвы. ■

Литература/References

- Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *ScientificWorldJournal*. 2014;1–22 doi: 10.1155/2014/742826
- Goettmann S, Zaraq I, Moulouquet I. Nail lichen planus: epidemiological, clinical, pathological, therapeutic and prognosis study of 67 cases. *J EADV*. 2011;26(10):1304–1309. doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04288.x
- De Rossi SS, Ciarrocca K. Oral lichen planus and lichenoid mucositis. *Dent Clin North Am*. 2014;58(2):299–313. doi: 10.1016/j.cden.2014.01.001
- Ball SB, Wojnarowska F. Vulvar dermatoses: lichen sclerosus, lichen planus, and vulval dermatitis/lichen simplex chronicus. *1998;17(3):182–188* doi: 10.1016/s1085-5629(98)80012-6
- Buechner SA. Common skin disorders of the penis. *BJU Int*. 2002;90(5):498–506. doi:10.1046/j.1464-410x.2002.02962.x
- Edwards L. Vulvar lichen planus. *Arch Dermatol*. 1989;125(12):1677–1680.
- Lewis FM, Shah M, Harrington CI. Vulval involvement in lichen planus: a study of 37 women. *Br J Dermatol*. 1996;135(1):89–91.
- Belfiore P, Di Fede O, Cabibi D, Campisi G, Amaru GS, De Cantis S, et al. Prevalence of vulval lichen planus in a cohort of women with oral lichen planus: an interdisciplinary study. *Br J Dermatol*. 2006;155(5):994–998. doi:10.1111/j.1365-2133.2006.07480.x

9. Игнатовский А.В. Склероатрофический лишай у женщин: совершенствование методов объективной оценки клинических проявлений и терапии. ФАРМАТЕКА. 2019;26(8):38–43 [Ignatovsky AV. Scleroatrophic lichen in women: improvement of methods for an objective assessment of clinical manifestations and therapy. FARMATEKA. 2019;26(8):38–43 (In Russ.)] doi: 10.18565/pharmateca.2019.8.33-38

10. Cooper SM, Wojnarowska F. Influence of treatment of erosive lichen planus of the vulva on its prognosis. Arch Dermatol. 2006;142(3):289–294. doi: 10.1001/archderm.142.3.289

11. Wu M, Lee G, Fischer G. Forming diagnostic criteria for vulvar lichen planus. Australas J Dermatol. 2020;61(4):324–329. doi: 10.1111/ajd.13350

12. Lotery HE, Galask RP. Erosive lichen planus of the vulva and vagina. 2003;101(5):1121–1125. doi: 10.1016/s0029-7844(02)02383-9

13. Day T, Wilkinson E, Rowan D, Scurry J. Clinicopathologic Diagnostic Criteria for Vulvar Lichen Planus. J Low Genit Tract Dis. 2020;24(3):317–329. doi: 10.1097/LGT.0000000000000532

14. Bradford J, Fischer G. Management of vulvovaginal lichen planus: a new approach. J Low Genit Tract Dis. 2013;17(1):28–32. doi: 10.1097/LGT.0b013e318258bf5b

15. Simpson RC, Thomas KS, Leighton P, Murphy R. Diagnostic criteria for erosive lichen planus affecting the vulva: an international electronic-Delphi consensus exercise. Br J Dermatol. 2013;169(2):337–343. doi: 10.1111/bjd.12334

16. Day T, Weigner J, Scurry J. Classic and Hypertrophic Vulvar Lichen Planus. J Low Genit Tract Dis. 2018;22(4):387–395. doi: 10.1097/LGT.0000000000000419

Участие авторов: все авторы несут ответственность за содержание и целостность всей статьи. Поисково-аналитический анализ для написания обзора литературы — О.В. Парыгина, И.О. Смирнова, клиническое обследование пациентов — О.В. Парыгина, И.О. Смирнова, Я.Г. Петунова, статистический анализ данных — А.Р. Желонкин, дизайн данного исследования и критерии соответствия, написание текста — О.В. Парыгина, И.О. Смирнова, редактирование научной статьи перед направлением в редакцию — О.В. Парыгина, И.О. Смирнова, Я.Г. Петунова, Я.С. Кабушка.

Authors' participation: all authors are responsible for the structure and integrity of the article. Search and analytical analysis for writing a literature review was made by Olga V. Parygina, Irina O. Smirnova, clinical examination of patients was made by Olga V. Parygina, Irina O. Smirnova, Yanina G. Petunova, statistical data analysis was made by Anton R. Zhelonkin, design on this study and compliance criteria, text writing was made by Olga V. Parygina, Irina O. Smirnova, editing of a scientific article before sending it to the editorial office was made by Olga V. Parygina, Irina O. Smirnova, Yanina G. Petunova, Yana S. Kabushka.

Информация об авторе

***Парыгина Ольга Владимировна** — адрес: Санкт-Петербург, Россия, 192102, набережная реки Волковки, д. 3; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2056-9803>; eLibrary SPIN: 4637-4938; e-mail: olga.parygina@bk.ru

Смирнова Ирина Олеговна — д.м.н., профессор; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8584-615X>; eLibrary SPIN: 5518-6453; e-mail: driosmirnova@yandex.ru

Петунова Янина Георгиевна — к.м.н.; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6489-4555>; eLibrary SPIN: 5853-9630; e-mail: yaninapetunova@yandex.ru

Кабушка Яна Станиславовна — к.м.н.; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9825-4038>; e-mail: gorkvd@zdrav.spb.ru

Желонкин Антон Романович — ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9013-3197>; eLibrary SPIN: 3507-5623; e-mail: goodtony@yandex.ru

Information about the author

***Olga V. Parygina** — address: 3 Volkovka River Emb., 192102, Saint Petersburg, Russia, 3; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2056-9803>; eLibrary SPIN: 4637-4938; e-mail: olga.parygina@bk.ru

Irina O. Smirnova — MD, Dr. Sci. (Med.), Professor; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8584-615X>; eLibrary SPIN: 5518-6453; e-mail: driosmirnova@yandex.ru

Yanina G. Petunova — MD, Cand. Sci. (Med.); ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6489-4555>; eLibrary SPIN: 5853-9630; e-mail: yaninapetunova@yandex.ru

Yana S. Kabushka — MD, Cand. Sci. (Med.); ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9825-4038>; e-mail: gorkvd@zdrav.spb.ru

Anton R. Zhelonkin — ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9013-3197>; eLibrary SPIN: 3507-5623; e-mail: goodtony@yandex.ru

Статья поступила в редакцию: 24.04.2022

Принята к публикации: 20.05.2022

Дата публикации: 15.08.2022

Submitted: 24.04.2022

Accepted: 20.05.2022

Published: 15.08.2022