

DOI: 10.32364/2587-6821-2020-4-10-617-624

Лихеноидные дерматозы вульвы — клиника, морфология и дерматоскопическая картина

О.В. Парыгина^{1,2}, И.О. Смирнова¹⁻³, М.В. Оганесян¹, Я.Г. Петунова^{1,2},
Н.В. Шин¹, А.О. Желонкина¹, А.Р. Желонкин¹

¹СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

²СПб ГБУЗ «ГорКВД», Санкт-Петербург, Россия

³ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

Лихеноидные дерматозы вульвы — гетерогенная группа заболеваний, характеризующихся рядом сходных клинических и/или морфологических черт. Клиническое сходство обусловлено возникновением мелких дискретно расположенных папул с поверхностными плотно прилежащими чешуйками. Прототип лихеноидных дерматозов — красный плоский лишай (КПЛ). Гистологически лихеноидный паттерн характеризуется повреждением клеток базального слоя эпидермиса, а также формированием полосовидного инфильтрата в верхних отделах дермы. К группе дерматозов с таким гистологическим паттерном Международное общество по изучению вульвовагинальных болезней относит КПЛ и ранние стадии склероатрофического лишая, а некоторые авторы также рекомендуют включить в эту группу плазмноклеточный вульвит Зуна. Причина диагностических ошибок лежит в сходстве клинической и гистологической картины лихеноидных дерматозов вульвы. Одним из дополнительных методов диагностики может быть дерматоскопия. В немногочисленных исследованиях описаны ключевые дерматоскопические признаки дерматозов вульвы. Патоморфологическое исследование также может сыграть свою роль в дифференциальной диагностике, однако на определенных этапах эволюции дерматозы вульвы могут характеризоваться одинаковым гистологическим паттерном. В обзоре систематизированы данные об особенностях клинической, морфологической и дерматоскопической картины наиболее часто встречающихся лихеноидных дерматозов вульвы: КПЛ, склерозирующего и атрофического лишая, очагового нейродермита и плазмноклеточного вульвита.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: лихеноидные дерматозы, дерматозы вульвы, склероатрофический лишай, красный плоский лишай, очаговый нейродермит, плазмноклеточный вульвит, вульвит Зуна, дерматоскопия.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Парыгина О.В., Смирнова И.О., Оганесян М.В. и др. Лихеноидные дерматозы вульвы — клиника, морфология и дерматоскопическая картина. РМЖ. Медицинское обозрение. 2020;4(10):617–624. DOI: 10.32364/2587-6821-2020-4-10-617-624.

Lichenoid vulvar dermatoses: clinical presentation, morphology, and dermatoscopic signs

O.V. Parygina^{1,2}, I.O. Smirnova¹⁻³, M.V. Oganessian¹, Y.G. Petunova^{1,2},
N.V. Shin¹, A.O. Zhelonkina¹, A.R. Zhelonkin¹

¹St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation

²City Dermatovenerological Dispensary, St. Petersburg, Russian Federation

³I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg,
Russian Federation

ABSTRACT

Lichenoid vulvar dermatoses are a heterogeneous group of diseases characterized by a number of overlapping signs and/or morphological features. Clinical similarity is accounted for by the appearance of small discrete papules with closely adjacent superficial squamulae. The prototype of lichenoid dermatoses is lichen ruber planus. Histologically, lichenoid pattern is characterized by basal epithelial cell damage and a band-like infiltrate in the upper dermis. The International Society on Vulvovaginal Diseases categorizes lichen ruber planus and early lichen sclerosus as dermatoses with this histological pattern. Some authors also classify plasma cell (Zoon) vulvitis as lichenoid vulvar dermatoses. The cause of diagnostic errors lies in the similarity of the clinical and histological presentations of lichenoid vulvar dermatoses. Dermatoscopy should be considered as an additional diagnostic test. Only few studies address the key dermatoscopic signs of vulvar dermatoses. Histological study is important for the differential diagnosis. However, at some stages of disease evolution, vulvar dermatoses can have an overlapping histological pattern. This paper summarizes the data on the clinical, histological, and dermatoscopic presentation of the most common lichenoid vulvar dermatoses, i.e., lichen planus, lichen sclerosus, lichen simplex chronicus, and plasma cell vulvitis.

KEYWORDS: lichenoid dermatoses, vulvar dermatoses, lichen sclerosus, lichen planus, lichen simplex chronicus, plasma cell vulvitis, Zoon vulvitis, dermoscopy.

FOR CITATION: Parygina O.V., Smirnova I.O., Oganessian M.V. et al. Lichenoid vulvar dermatoses: clinical presentation, morphology, and dermatoscopic signs. Russian Medical Inquiry. 2020;4(10):617–624. DOI: 10.32364/2587-6821-2020-4-10-617-624.

ВВЕДЕНИЕ

Лихеноидные дерматозы вульвы — это гетерогенная группа заболеваний с рядом сходных клинических и/или морфологических черт [1].

Клиническая картина лихеноидных дерматозов характеризуется возникновением папул с поверхностными плотно прилегающими чешуйками (от лат. *Lichen* — лишайник, симбиотическая ассоциация грибов и микроскопических зеленых водорослей) [2]. Их прототипом является красный плоский лишай (КПЛ), помимо него к лихеноидным дерматозам относят лихеноидные сыпи и лихеноидный контактный дерматит, реакцию «трансплантат против хозяина», склерозирующий и атрофический лишай и очаговый нейродермит [1].

Гистологически лихеноидная модель воспаления характеризуется повреждением клеток базального слоя эпидермиса и формированием полосовидного инфильтрата в верхних отделах дермы [3]. К группе дерматозов с таким гистологическим паттерном Международное общество по изучению вульвовагинальных болезней (The International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, ISSVD) относит КПЛ и ранние стадии склерозирующего и атрофического лишая вульвы [4]. Некоторые авторы рекомендуют вклю-

чить в эту группу плазмноклеточный вульвит Зуна [2], который также имеет похожие клинические черты с эрозивной формой КПЛ вульвы.

Сходство клинической и гистологической картины лихеноидных дерматозов затрудняет их дифференциальную диагностику. В последнее десятилетие в диагностике воспалительных дерматозов широко используется метод дерматоскопии [5, 6]. Несмотря на малое количество публикаций, касающихся дерматоскопических признаков дерматозов вульвы, можно выделить отличительные черты каждого из них и использовать в качестве дополнительного метода диагностики этой группы заболеваний [7–9].

Цель данного обзора — систематизация наиболее характерных клинических, морфологических и дерматоскопических признаков лихеноидных дерматозов вульвы, учет которых необходим для правильной постановки диагноза (табл. 1).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЛИХЕНОИДНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

В структуре заболеваемости хроническими неинфекционными дерматозами вульвы [10] КПЛ занимает второе место. Заболевание наиболее часто диагностируется

Таблица 1. Клинические, морфологические и дерматоскопические признаки лихеноидных дерматозов вульвы
Table 1. Clinical, histological, and dermatoscopic hallmarks of lichenoid vulvar dermatoses

Симптомы Symptoms	Красный плоский лишай Lichen planus	Склероатрофический лишай Lichen sclerosus	Очаговый нейродермит Lichen simplex chronicus	Плазмноклеточный вульвит Plasma cell vulvitis
Морфология сыпи Morphology of rash	Ливидные папулы, сеточка Уикхема на поверхности. В половине случаев эрозирование. Характерно вовлечение влагалища, слизистых полости рта и кожи Livid papules, superficial Wickham's striae, erosions (50% of cases). Vagina, oral mucosa, and skin are affected	Папулы белого цвета, сливающиеся в бляшки. Атрофия по типу целлофановой бумаги, экхимозы (при активности процесса). Эрозии, трещины White papules that become confluent and develop into plaques. Cellophane paper-type atrophy, ecchymosis (disease activity), erosions, cracks	Очаги инфильтрации, гиперпигментация, нечеткие границы, белесоватый цвет при поражении слизистых Infiltrative lesions, hyperpigmentation, blurred margins, whitish color when mucosal membranes are affected	Пятна красно-оранжевого цвета с бархатистой поверхностью, «пятна жгучего перца» Reddish-orange velvety patches ("cayenne pepper" spots)
Ключевые дерматоскопические и сосудистые симптомы Major dermatoscopic and vascular symptoms	Интенсивный красный фон, сеточка Уикхема по периферии в виде бело-желтых бесструктурных зон мелких полос. Длительно существующие очаги — точечная пигментация. Толстые изогнутые диффузные линейные сосуды Intense red background, Wickham's striae (thin white-yellow striae); long-existing lesions (dot pigmentation). Thick curved diffuse linear vessels	Гомогенные структуры ярко-белого цвета. Ранние этапы — роговые пробки. Поздние этапы — серо-голубые точки. Уменьшение или отсутствие сосудов в пределах очага; сосуды хаотично расположенные, линейные, точечные, в виде шпильки или запятой Homogenous brilliant white lesions. Keratotic plugs at early stages, grey-blue dots at late stages. The lack or attenuation of vessels within the lesion; chaotic linear, dotted, looped or comma vessels	Беловато-серый фон. Увеличение числа сосудов; диффузные, линейные, линейно-изогнутые или точечные сосуды Grey-whitish background. Increased number of vessels; diffuse linear, linear curved or dotted vessels	Красно-оранжево-желтый фон («пятна жгучего перца»). Изогнутые линейные сосуды Red-orange-yellow background ("cayenne pepper" spots). Curved linear vessels
Гистологическая картина Histopathological features	Полосовидный инфильтрат в дерме из лимфоцитов (иногда — плазматических клеток и эозинофилов) «интерфейс-дерматит», эпителиальные отростки в виде «зубьев пилы», тельца Сиватта Band-like dermal infiltrate composed of lymphocytes (sometimes plasma cells and eosinophils), "interface dermatitis", saw tooth rete pegs, Civatte bodies	Начальные этапы — «интерфейс-дерматит». Поздние этапы — гомогенизация и отек, уменьшение эластических волокон в папиллярной дерме "Interface dermatitis" at early stages, the homogenization, edema, and reduction of elastic fibers in the papillary derma	Компактный ортогиперкератоз, гранулез, акантоз, фиброз сосочков дермы. В подлежащей дерме периваскулярная инфильтрация с меланофагами Compact orthohyperkeratosis, granulosis, acanthosis, and fibrosis of dermal papillae. Perivascular infiltration with melanophages of the underlying derma	Плотный полосовидный инфильтрат из множества плазматических клеток, лимфоцитов, тучных клеток, нейтрофилов и эозинофилов Dense band-like infiltrate composed of numerous plasma cells, mast cells, neutrophils, and eosinophils

у женщин в возрасте от 40 до 70 лет, однако встречается и в более молодом возрасте [11, 12]. Выделяют три формы КПЛ на вульве: *типичную* (папулезную), *эрозивную* (самую частую) и *гипертрофическую* [11].

При типичной форме КПЛ на участках с ороговевающим или частично ороговевающим эпителием — больших и малых половых губах, коже лобка — возникают плоские полигональные папулы ливидного цвета [13]. Появление высыпаний сопровождается зудом и болью, в некоторых случаях субъективные симптомы отсутствуют [13]. Высыпания могут быть одиночными или множественными, на их поверхности определяется белый ретикулярный рисунок (сеточка Уикхема). Нередко очаги поражения имеют кольцевидную форму [14]. Папулы разрешаются бесследно, рубцевание для этой формы заболевания не свойственно. Поражение вульвы может сочетаться с вовлечением слизистых оболочек полости рта и кожи. Считают, что вульва вовлекается в патологический процесс у 25–57% пациенток с высыпаниями на слизистых оболочках полости рта [15].

Гипертрофическая форма КПЛ на вульве самая редкая. Она представлена сливными гипертрофическими папулами с гиперкератозом на фоне отека и эритемы цвета красного мяса [13, 16]. У некоторых женщин процесс на вульве сопровождается десквамативным вагинитом с обильным отделяемым [17] и может приводить к рубцеванию вульвы и влагалища [16].

Самая частая форма КПЛ при поражении вульвы — эрозивная. Эрозии формируются в области преддверия влагалища и имеют четкие края, насыщенный красный цвет и гладкую блестящую поверхность [18, 19]. Примерно в половине случаев заболевание протекает без сопутствующего поражения других слизистых и кожи [20]. У остальных пациенток слизистые оболочки полости рта вовлекаются чаще, чем кожа (КПЛ слизистых оболочек). Субъективно пациенток беспокоит не столько зуд, сколько боль, жжение, кровоточивость после полового акта, дизурия [21].

Разрешаются высыпания атрофией и рубцеванием. Малые половые губы резорбируются, зарастает капюшон клитора, формируются синехии между большими и малыми половыми губами, иногда происходит сращение больших половых губ, развиваются стеноз входа во влагалище, стриктуры влагалища (рис. 1) [22].

Склерозирующий и атрофический лихен (склероатрофический лихен) — самый частый хронический неинфекционный дерматоз, поражающий вульву [10]. Заболевание характерно для женщин в менопаузе — на их долю приходится 50% всех случаев заболевания [23]. Однако дерматоз может начинаться в препубертатном и репродуктивном периодах, 9% и 41% случаев соответственно. Клиническая картина характеризуется появлением мелких, около 3–6 мм в диаметре, четко отграниченных плоских папул белого цвета с перламутровым блеском (конфеттиподобные папулы) [23, 24]. Высыпания бывают изолированными, но чаще группируются с образованием плотных бляшек молочно-белого цвета. По мере развития склероза и атрофии слизистая становится тонкой, белесоватой, морщинит, напоминая целлофан. В результате расчесов на этом фоне образуются эрозии, экхимозы, трещины [25]. Поражение вульвы в 60% случаев сопровождается вовлечением перианальной области и принимает вид восьмерки или замочной скважины [23, 26].

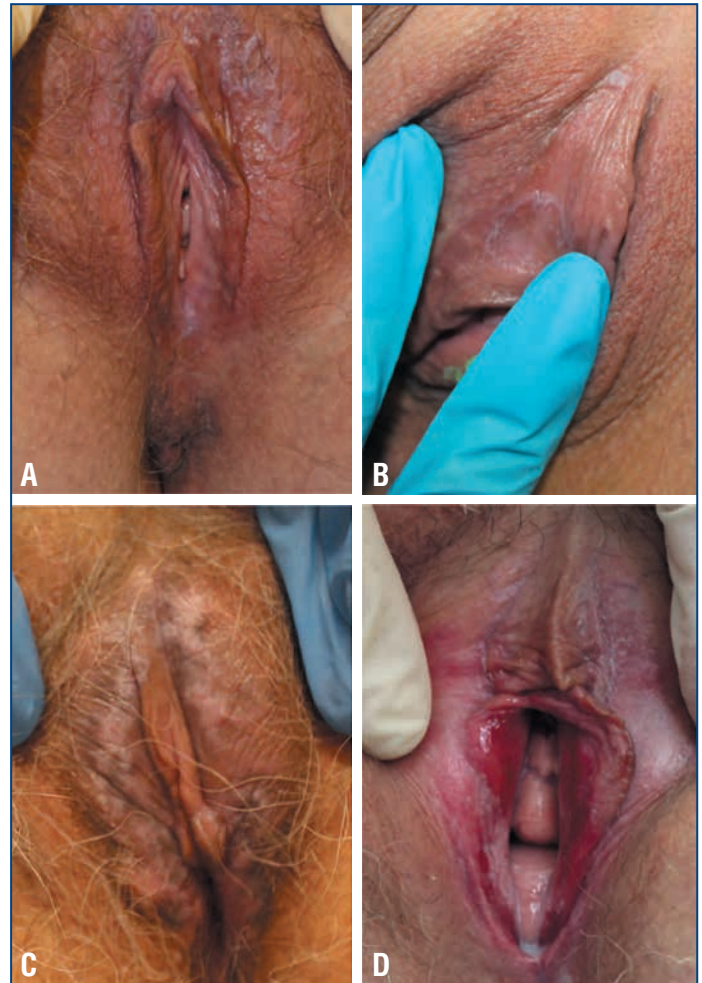


Рис. 1. Формы красного плоского лишая. А, В — типичная форма с формированием папул и кольцевидных высыпаний; С — гипертрофическая форма с поражением больших половых губ; D — эрозии в области преддверия влагалища и на половых губах с белым гиперкератотическим валиком по периферии

Fig. 1. Lichen planus. A and B — typical variants (papules, annular lesions); C — hypertrophic variant affecting labia majora; D — erosions of the vulval vestibule and vulvar lips with a peripheral white hyperkeratotic cushion

Для заболевания характерно нарушение архитектуры вульвы. Формируются спайки между клитором и его капюшоном (иногда с образованием псевдокиста), синехии между малыми и большими половыми губами, стеноз входа во влагалище и ануса [25, 26]. Вовлечение слизистых оболочек влагалища не характерно [23]. Имеются описания шести случаев поражения влагалища у пациенток с тяжелым течением дерматоза [27]. Не характерно при этом заболевании и вовлечение слизистых оболочек полости рта, описаны единичные случаи патологического процесса такой локализации, и нередко без сопутствующего поражения гениталий [28, 29]. Основной субъективный симптом при склероатрофическом лихене — выраженный зуд, усиливающийся в ночное время [24]. Также пациентки отмечают боль и жжение, дизурию, выделения из влагалища, кровотечения, боли при дефекации, болезненные трещины и разрывы при дефекации и половом акте [25]. Часто наблюдается отказ от половой жизни из-за выраженной диспареунии [23].



Рис. 2. Склероатрофический лишай. А — склероатрофический лишай, конфеттиподобные папулы на коже вульвы; В — склероатрофический лишай, папулы, разрешающиеся атрофией; С — очаговый нейродермит, поражение вульвы и пахово-бедренной складки; D — плазмноклеточный вульвит на фоне склероатрофического лишая

Fig. 2. Lichen sclerosus. A — lichen sclerosus, confetti-like papules on vulvar skin; B — lichen sclerosus, resolving papules which develop into atrophy; C — lichen simplex chronicus affecting vulva and inguinal folds; D — plasma cell vulvitis associated with the lichen sclerosus

Очаговый нейродермит (лишай Видаля) — один из частых дерматозов, поражающих аногенитальную область как у мужчин, так и у женщин. Точные данные о частоте заболевания отсутствуют. Как правило, очаговый нейродермит формируется в возрасте 30–50 лет.

При очаговом нейродермите образуется порочный круг из зуда, расчесов и воспаления [30]. Точные механизмы формирования порочного круга не вполне изучены, а первоначальный триггер зуда редко удается распознать. Таким триггером может быть инфекционный или неинфекционный зудящий дерматоз, тепло, скопление пота, трение одеждой, «навязчивая гигиена», раздражающие препараты для наружного применения и гигиенические прокладки [31]. Не исключается и роль нейропатического зуда — очаговый нейродермит вульвы может возникать у пациенток с компрессией корешков спинного мозга в поясничном отделе, постгерпетической невралгией и диабетической нейропатией [32]. Кожа пациентов с некоторыми дерматозами, например

атопическим дерматитом, более склонна к лихенизации и формированию нейродермита [33, 34].

Основным симптомом очагового нейродермита является постоянный интенсивный, часто мучительный зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время и нарушающий сон. Клинические проявления очагового нейродермита в области гениталий варьируют от минимальной гиперпигментации до выраженной лихенизации, эритемы и отека. В очаге поражения выделяют три концентрические зоны: внутреннюю зону инфильтрации, среднюю папулезную зону и наружную зону гиперпигментации. Типичны эксфолиации и трещины в складках, серозно-геморрагические корочки [35].

Как правило, процесс в области гениталий носит двусторонний характер, однако возможно преобладающее поражение на стороне доминирующей руки, в таких случаях процесс может носить асимметричный или односторонний характер [31].

Плазмноклеточный вульвит (вульвит Зуна, Zoon's vulvitis) — редкое хроническое идиопатическое заболевание гениталий у женщин. Входит в спектр заболеваний слизистых (плазмозитоз слизистых оболочек или плазмноклеточный мукозит), включая также поражение головки полового члена (баланит Зуна, плазмноклеточный ограниченный баланит), красной каймы губ (плазмноклеточный хейлит) и полости рта (плазмноклеточный мукозит, атипичный гингивостоматит) [3].

Заболевание встречается относительно редко [36] и плохо диагностируется. Оно характерно для женщин в менопаузе [2], однако имеются гистологически подтвержденные случаи начала заболевания в молодом возрасте — у пациенток 8 и 26 лет [37].

У женщин поражаются слизистая преддверия влагалища, малые половые губы, эпителий вокруг уретры, изредка вовлекается клитор [38]. Очаги поражения имеют размеры от 1 см до 3 см в диаметре, неправильную форму и четкие границы, отличаются красно-оранжевым цветом с лоснящейся или бархатистой поверхностью. На этом фоне определяются точечные геморрагии более насыщенного цвета, создавая специфическую картину «пятен жгучего перца». Нехарактерны отек, инфильтрация, корочки, отделяемое [38].

Субъективная симптоматика вульвита Зуна непостоянна. Наиболее часто указывают, что субъективные симптомы отсутствуют, иногда наблюдаются зуд, жжение (доминирующий симптом), покальывание, дизурия и диспареуния [39]. У подавляющего числа (73,3%) женщин субъективная симптоматика тяжелая, а ее выраженность не коррелирует с распространенностью и длительностью течения заболевания (рис. 2) [40, 41].

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ИММУНОФЕНОТИП ЛИХЕНОИДНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Для КПЛ характерно наличие воспалительной инфильтрации полосовидного характера, представленной преимущественно CD3⁺ Т-клетками (при иммуногистохимическом исследовании начальных этапов заболевания доминируют CD8⁺-клетки). Инфильтрат имеет довольно четкую нижнюю границу и подходит вплотную к эпидермису, лишая отчетливости границу дермо-эпидермального соединения. Иногда в составе инфильтрата присутствуют плазматические клетки и эозинофилы.

Характерным симптомом заболевания является вакуолизация клеток базального слоя, иногда вплоть до формирования субэпидермальных полостей («интерфейс-дерматит» или лихеноидное воспаление). В нижних отделах шиповидного слоя обнаруживаются коллоидные тельца (тельца Сиватта) — дегенеративно измененные кератиноциты. Другими типичными изменениями в эпидермисе являются утолщение рогового (гиперкератоз) и зернистого (фокальный гранулез) слоев. Эпителиальные отростки при этом нередко приобретают заостренную форму, напоминая зубья пилы. В дерме определяется наличие пигмента, особенно на более поздних стадиях процесса [2].

Гистологическая картина **склероатрофического лишена** зависит от этапа патологического процесса. В начале развития заболевания гистологические данные дерматоза укладываются в картину «интерфейс-дерматита» или лихеноидного воспаления, как при КПЛ. Определяется утолщение базальной мембраны, вакуолизация клеток базального слоя и лихеноидный инфильтрат на уровне дермо-эпидермального соединения, состоящий преимущественно из лимфоцитов и эозинофилов. Для более поздних высыпаний характерен резко выраженный отек и гомогенизация волокон в папиллярной дерме, а также отложение гиалина под базальной мембраной и периваскулярно, что может быть обнаружено PAS-реакцией. Под зоной отека формируется воспалительная инфильтрация преимущественно из CD3⁺ Т-клеток с преобладанием клеток CD8 над клетками CD4. Инфильтрат может содержать небольшое число гистиоцитов, эозинофилов, а также плазматических клеток, и распространяться от дермо-эпидермального соединения вглубь дермы.

Гистологическая картина **очагового нейродермита** характеризуется выраженным компактным гиперкератозом, гранулезом, акантозом, иногда вплоть до псевдоэпителиоматозной гиперплазии, фиброзом сосочков дермы. В подлежащей дерме небольшая воспалительная периваскулярная инфильтрация с наличием меланофагов.

Гистологическое исследование в случае очагового нейродермита целесообразно проводить для исключения других заболеваний вульвы, в т. ч. грибкового микоза и экстрамаммарной болезни Педжета [42], так как диагностика основывается главным образом на клинической картине заболеваний. По данным некоторых исследований, характерна экспрессия молекул B7-H3, что регулирует распространение клеток Лангерганса и последующую пролиферацию Т-клеток при очаговом нейродермите [43].

Вульвит Зуна характеризуется плотным полосовидным инфильтратом, который захватывает папиллярную дерму и может быть довольно глубоким — до середины сетчатого слоя. В составе инфильтрата имеются множественные поликлональные плазматические клетки, иногда содержащие тельца Русселя. Число плазматических клеток в составе инфильтрата варьирует в зависимости от стадии процесса — на поздних стадиях плазматические клетки более многочисленны. Кровеносные сосуды расширены, отмечаются трансудация эритроцитов, отложение гемосидерина, сидерофаги. Со временем формируется фиброз (рис. 3) [44].

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЛИХЕНОИДНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Описаний дерматоскопической картины КПЛ при поражении вульвы крайне мало. К наиболее характерным

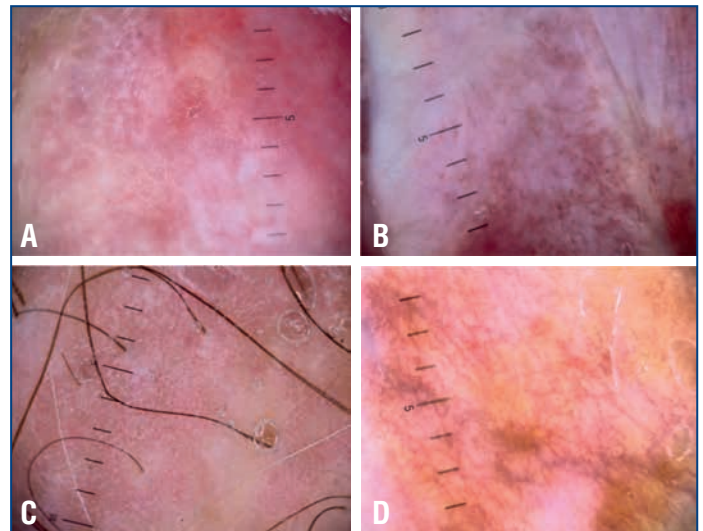


Рис. 3. Дерматоскопическая картина. А — красный плоский лишай, эрозивная форма; В — склероатрофический лишай; С — нейродермит; D — плазматический вульвит

Fig. 3. Dermatoscopic signs. A — erosive lichen ruber planus; B — lichen sclerosus; C — lichen simplex chronicus; D — plasma cell vulvitis

признакам дерматоза относят: толстые линейные изогнутые сосуды (в виде шпильки и сперматозоидоподобные), диффузно расположенные в пределах изучаемых высыпаний; сеточку Уикхема различных очертаний, определяемую по периферии очагов поражения; интенсивный красный фон [8].

Сеточка Уикхема является ключевым симптомом КПЛ [45]. Она представлена структурами жемчужно-белого цвета, иногда с голубоватым или желтоватым оттенком, в ряде публикаций обозначена метафорическими терминами и сравнивается с «жилкованием листа», «звездным небом» или «радиальной лучистостью» [46]. Одновременно с сеточкой Уикхема, преимущественно радиально, по периферии очагов поражения могут определяться точечные и/или линейные сосуды.

При пигментной форме и при длительном существовании очагов формируется пигментация в виде точек (отдельно расположенных или напоминающих рассыпанный молотый перец) и глобул, нередко расположенных хаотично, или диффузной гиперпигментации [46].

Описания дерматоскопической картины **склероатрофического лишена** вульвы представлены в немногочисленных публикациях [7, 8, 47]. К наиболее характерным дерматоскопическим признакам дерматоза на вульве относят гомогенные бесструктурные области ярко-белого цвета. Они могут быть равномерно диффузными и формировать фон высыпаний или могут быть представлены отдельными бесструктурными участками белого или беловато-розового цвета. Морфологической основой этой дерматоскопической находки считают склероз сосочкового слоя дермы и атрофию эпидермиса [47]. Белый фон высыпаний определяется при дерматоскопии даже в тех случаях, когда он неочевиден клинически [7].

Другим значимым диагностическим критерием является уменьшение или полное исчезновение сосудистых структур в очагах склероатрофического лишена по сравнению с прилегающими областями вульвы [7, 47].

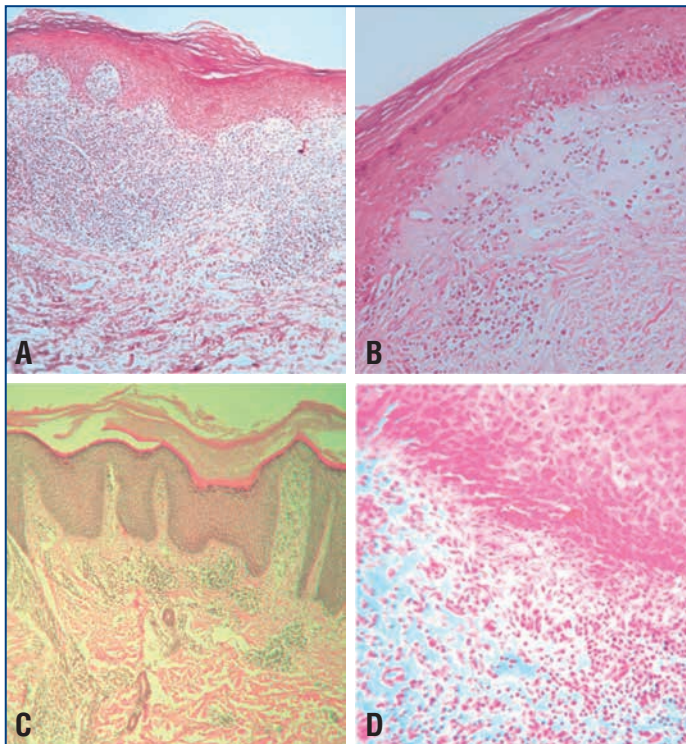


Рис. 4. Гистологическая картина дерматозов. А — красный плоский лишай; В — склероатрофический лишай; С — нейродермит; D — плазмноклеточный вульвит

Fig. 4. Histopathological features. A — lichen planus; B — lichen sclerosus; C — lichen simplex chronicus; D — plasma cell vulvitis

Иногда в пределах высыпаний регистрируются роговые пробки, серо-голубые точки и бесструктурные участки красновато-пурпурных оттенков. Роговые пробки (фолликулярные роговые пробки, комедоноподобные отверстия) представляют собой скопления кератина овальной или округлой формы желтоватой или белесоватой окраски в пределах фолликулярных отверстий. Иногда их описывают как желтовато-белые круги [47]. Бесструктурные участки красновато-пурпурных оттенков соответствуют кровоизлияниям, которые могут спонтанно появляться по мере развития склероза. Клинически их размер может варьировать от петехий до экхимозов. При дерматоскопии они визуализируются в виде точек, глобул или отдельных бесструктурных зон пурпурной гаммы.

Дерматоскопическая картина **очагового нейродермита** на вульве характеризуется увеличением числа сосудов в пределах очагов поражения по сравнению с окружающими непораженными участками. Сосуды диффузно распределены в пределах высыпаний, могут быть линейной, линейно-изогнутой (змееподобной, волнообразной, извитой) и точечной (округлой) формы. Общий фон очагов поражения, на котором определяют вышеперечисленные сосуды, характеризуется беловато-серой окраской [8].

Дерматоскопическая картина **плазмноклеточного вульвита** представлена сочетанием красновато-оранжево-желтого фона высыпаний и изогнутых линейных сосудов в пределах высыпаний [6, 48]. Бесструктурные зоны, имеющие характерную красно-оранжево-желтую окраску, являются отличительной чертой заболевания и могут занимать значительную площадь или располагаться фокусно [48].

На этом фоне расположены множественные изогнутые линейные сосуды, которые могут варьировать по ширине и иметь разнообразную форму. Их описывают как змеевидные, сперматозоидоподобные, извитые и чашеобразные (согласно терминологическому консенсусу 2019 г. все вышеперечисленные типы сосудов отнесены к типу линейно-изогнутых) (рис. 4).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клинические проявления дерматозов при поражении вульвы в целом не отличаются от таковых при другой локализации. Однако целый ряд особенностей пораженной зоны нередко приводят к изменениям клинической картины, что существенно затрудняет распознавание заболеваний вульвы. Сходство клинической и гистологической картины лихеноидных дерматозов вульвы является причиной диагностических ошибок. Диагностика дерматозов вульвы требует сопоставления клинических и морфологических данных. При этом необходимо учитывать разную частоту поражения слизистых оболочек полости рта, кожи и ногтевых пластинок при различных дерматозах, тенденцию к рубцеванию вульвы и поражению влагалища. Требуется большее число наблюдений с описанием чувствительности и специфичности дерматоскопических симптомов при лихеноидных дерматозах вульвы.

Литература/References

- Fruchter R., Melnick L., Pomeranz M.K. Lichenoid vulvar disease: A review. *Int J Women's Dermatology*. 2017;3(1):58–64. DOI: 10.1016/j.ijwd.2017.02.017.
- Lewin M.R., Hick R.W., Selim M.A. Lichenoid Dermatitis of the Vulva. *Adv Anat Pathol*. 2017;24(5):278–293. DOI: 10.1097/PAP.000000000000160.
- Weedon D. *Weedon's Skin Pathology*. 3rd Edition. Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
- Lynch P.J., Moyal-Barracco M., Moyal-Barrocco M. et al. 2006 ISSVD classification of vulvar dermatoses: pathologic subsets and their clinical correlates. *J Reprod Med*. 2007;52(1):3–9.
- Zalaudek I., Lallas A., Moscarella E. et al. The dermatologist's stethoscope — traditional and new applications of dermoscopy. *Dermatol Pract Concept*. 2013;3(2):11. DOI: 10.5826/dpc.0302a11.
- Errichetti E., Stinco G. *Dermoscopy in General Dermatology: A Practical Overview*. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2016;6(4):471–507. DOI: 10.1007/s13555-016-0141-6.
- Borghi A., Corazza M., Minghetti S. et al. Dermoscopic Features of Vulvar Lichen Sclerosus in the Setting of a Prospective Cohort of Patients: New Observations. *Dermatology*. 2016;232(1):71–77. DOI: 10.1159/000439198.
- Borghi A., Virgili A., Corazza M. Dermoscopy of Inflammatory Genital Diseases. *Dermatol Clin*. 2018;36(4):451–461. DOI: 10.1016/j.det.2018.05.013.
- Lacarrubba F., Borghi A., Verzi A.E. et al. Dermoscopy of genital diseases: a review. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. DOI: 10.1111/jdv.16723.
- Mauskar M. Erosive Lichen Planus. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2017;44(3):407–420. DOI: 10.1016/j.ogc.2017.04.004.
- Ebrahimi M., Lundqvist L., Wahlin Y.B., Nylander E. Mucosal Lichen Planus, a Systemic Disease Requiring Multidisciplinary Care. *J Low Genit Tract Dis*. 2012;16(4):377–380. DOI: 10.1097/LGT.0b013e318247a907.
- Simpson R.C., Thomas K.S., Murphy R. Vulval erosive lichen planus: a qualitative investigation of U.K. clinician views and principles of management. *Br J Dermatol*. 2013;169(1):226–227. DOI: 10.1111/bjd.12373.
- 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.
- Badri T., Kenani N., Benmously R. et al. Isolated genital annular lichen planus. *Acta dermatovenerologica Alpina, Pannonica, Adriat*. 2011;20(1):31–33.
- Belfiore P., Di Fede O., Cabibi D. 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.

16. Job A.M., Kaimal S. Lichen planus hypertrophicus of the vulva — a rare entity. *Int J STD AIDS*. 2017;28(10):1048–1050. DOI: 10.1177/0956462417695052.
17. Kingston A., TorbÉ E. Management of Chronic Recurrent Vulvovaginitis. In: Shoupe D. (eds) *Handbook of Gynecology*. Springer, Cham; 2016. DOI: 10.1007/978-3-319-17002-2_26-1.
18. Cheng H., Oakley A., Rowan D., Lamont D. Diagnostic criteria in 72 women with erosive vulvovaginal lichen planus. *Australas J Dermatol*. 2016;57(4):284–287. DOI: 10.1111/ajd.12355.
19. Simpson R.C., Thomas K.S., 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.
20. Smirnova I.O., Petunova Y.G., Khostikoeva K.K., Parygina O.V. Erosive Lichen Planus Associated with Lichen Planopilaris And Frontal Fibrosing Alopecia. *J Low Genit Tract Dis*. 2019;23: S37–S81. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000491.
21. Lotery H. Erosive lichen planus of the vulva and vagina. *Obstet Gynecol*. 2003;101(5):1121–1125. DOI: 10.1016/S0029-7844(02)02383-9.
22. Bradford J., Fischer G. Management of Vulvovaginal Lichen Planus. *J Low Genit Tract Dis*. 2013;17(1):28–32. DOI: 10.1097/LGT.0b013e318258bf5b.
23. Fistarol S.K., Itin P.H. Diagnosis and Treatment of Lichen Sclerosus. *Am J Clin Dermatol*. 2013;14(1):27–47. DOI: 10.1007/s40257-012-0006-4.
24. Neill S.M., Lewis F.M., Tatnall F.M., Cox N.H. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosus 2010. *Br J Dermatol*. 2010;163(4):672–682. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2010.09997.x.
25. Powell J., Wojnarowska F. Lichen sclerosus. *Lancet*. 1999;353(9166):1777–1783. DOI: 10.1016/S0140-6736(98)08228-2.
26. Smith Y.R., Haefner H.K. Vulvar Lichen Sclerosus. *Am J Clin Dermatol*. 2004;5(2):105–125. DOI: 10.2165/00128071-200405020-00005.
27. Zendell K., Edwards L. Lichen sclerosus with vaginal involvement: report of 2 cases and review of the literature. *JAMA dermatology*. 2013;149(10):1199–1202. DOI: 10.1001/jamadermatol.2013.4885.
28. Liu Y., Hua H., Gao Y. Oral lichen sclerosus et atrophicus — literature review and two clinical cases. *Chin J Dent Res*. 2013;16(2):157–160.
29. Sherlin H.J., Ramalingam K., Natesan A. et al. Lichen sclerosus of the oral cavity. Case report and review of literature. *J Dermatol Case Rep*. 2010;4(3). DOI: 10.3315/jdcr.2010.1052.
30. Chibnall R. Vulvar Pruritus and Lichen Simplex Chronicus. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2017;44(3):379–388. DOI: 10.1016/j.ogc.2017.04.003.
31. Lynch P.J. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. *Dermatol Ther*. 2004;17(1):8–19. DOI: 10.1111/j.1396-0296.2004.04002.x.
32. Rimoim L.P., Kwatra S.G., Yosipovitch G. Female-specific pruritus from childhood to postmenopause: clinical features, hormonal factors, and treatment considerations. *Dermatol Ther*. 2013;26(2):157–167. DOI: 10.1111/dth.12034.
33. Woodruff P.W.R., Higgins E.M., du Vivier A.W.P., Wessely S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997;19(1):29–35. DOI: 10.1016/S0163-8343(97)00155-2.
34. Liao Y.-H., Lin C.-C., Tsai P.-P. et al. Increased risk of lichen simplex chronicus in people with anxiety disorder: a nationwide population-based retrospective cohort study. *Br J Dermatol*. 2014;170(4):890–894. DOI: 10.1111/bjd.12811.
35. Sanchez N.P., Mihm Jr. M.C. Reactive and neoplastic epithelial alterations of the vulva: A classification of the vulvar dystrophies from the dermatopathologist's viewpoint. *J Am Acad Dermatol*. 1982;6(3):378–388. DOI: 10.1016/S0190-9622(82)70033-7.
36. Çelik A., Haliloglu B., Tanrıöver Y. et al. Plasma cell vulvitis: A vulvar itching dilemma. *Indian J Dermatology, Venereol Leprol*. 2012;78(2):230. DOI: 10.4103/0378-6323.93664.
37. Albers S.E., Taylor G., Huyer D. et al. Vulvitis circumscripta plasmacellularis mimicking child abuse. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42(6):1078–1080.
38. Toeima E., Sule M., Warren R., Igali L. Diagnosis and treatment of Zoon's vulvitis. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2011;31(6):473–475. DOI: 10.3109/01443615.2011.581317.
39. Bharatia P., Pradhan A., Zavar V. Plasma cell vulvitis. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2015;36(2):185. DOI: 10.4103/0253-7184.167172.
40. Virgili A., Corazza M., Minghetti S., Borghi A. Symptoms in Plasma Cell Vulvitis: First Observational Cohort Study on Type, Frequency and Severity. *Dermatology*. 2015;230(2):113–118. DOI: 10.1159/000367786.
41. Thorstensen K.A., Birenbaum D.L. Recognition and Management of Vulvar Dermatologic Conditions: Lichen Sclerosus, Lichen Planus, and Lichen Simplex Chronicus. *J Midwifery Womens Health*. 2012;57(3):260–275. DOI: 10.1111/j.1542-2011.2012.00175.x.
42. Bakar Ö., Şahin S., Çetinözman F. et al. Tumor-stage mycosis fungoides of the vulva successfully treated with local low-dose radiotherapy. *Dermatol Ther*. 2015;28(1):36–39. DOI: 10.1111/dth.12181.
43. Feng X., Yang M., Yang Z. et al. Abnormal expression of the co-stimulatory molecule B7-H3 in lichen simplex chronicus is associated with expansion of Langerhans cells. *Clin Exp Dermatol*. 2020;45(1):30–35. DOI: 10.1111/ced.14001.
44. Cooper S.M., Wojnarowska F. Anogenital (non-venereal) Disease. In: Jorizzo J.L., Rapini R.P., Bolognia J.L. et al., eds. *Dermatology*. 3rd Edition. Elsevier; 2012.
45. Lallas A., Kyrgidis A., Tzellos T.G. et al. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis rosea. *Br J Dermatol*. 2012;166(6):1198–1205. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2012.10868.x.
46. Güngör Ş., Topal I.O., Göncü E.K. Dermoscopic patterns in active and regressive lichen planus and lichen planus variants: a morphological study. *Dermatol Pract Concept*. 2015;5(2):45–53. DOI: 10.5826/dpc.0502a06.
47. Larre Borges A., Tiodorovic-Zivkovic D., Lallas A. et al. Clinical, dermoscopic and histopathologic features of genital and extragenital lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2013;27(11):1433–1439. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2012.04595.x.
48. Corazza M., Toni G., Virgili A., Borghi A. Plasma cell vulvitis: further confirmation of the diagnostic utility of dermoscopy. *Int J Dermatol*. 2018;57(12): e164–e165. DOI: 10.1111/ijd.14233.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Парыгина Ольга Владимировна — аспирант кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии СПбГУ; 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9; врач-дерматовенеролог СПб ГБУЗ «ГорКВД»; 192102, Санкт-Петербург, наб. реки Волковки, д. 3; ORCID iD 0000-0003-2056-9803.

Смирнова Ирина Олеговна — д.м.н., доцент, профессор кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии СПбГУ; 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9; профессор кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России; 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Курочная, д. 41; врач-дерматовенеролог СПб ГБУЗ «ГорКВД»; 192102, Санкт-Петербург, наб. реки Волковки, д. 3; ORCID iD 0000-0001-8584-615X.

Оганесян Марианна Вигеновна — ассистент кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии СПбГУ; 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9; ORCID iD 0000-0003-0816-8038.

Петунова Янина Георгиевна — к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии СПбГУ; 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9; врач-дерматовенеролог СПб ГБУЗ «ГорКВД»; 192102, Санкт-Петербург, наб. реки Волковки, д. 3; ORCID iD 0000-0002-6489-4555.

Шин Наталья Валентиновна — к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии СПбГУ; 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9; ORCID iD 0000-0002-8138-1639.

Желонкин Антон Романович — клинический ординатор кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии СПбГУ; 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9; ORCID iD 0000-0001-9013-3197.

Желонкина Ангелина Олеговна — клинический ординатор кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии СПбГУ; 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9; ORCID iD 0000-0002-8007-8945.

Контактная информация: Смирнова Ирина Олеговна, e-mail: driosmirnova@yandex.ru. **Прозрачность финансовой деятельности:** никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах. **Конфликт интересов отсутствует.** **Статья поступила 12.10.2020, поступила после рецензирования 25.10.2020, принята в печать 03.11.2020.**

ABOUT THE AUTHORS:

Olga V. Parygina — postgraduate student of the Department of Infectious Diseases, Epidemiology, & Dermatovenereology, St. Petersburg State University, 7/9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russian Federation; dermatovenerologist of the City Dermatovenerological Dispensary, 3, River Volkovka emb., St. Petersburg, 192102, Russian Federation; ORCID iD 0000-0003-2056-9803.

Irina O. Smirnova — Doct. of Sci. (Med.), Associate Professor, professor of the Department of Infectious Diseases, Epidemiology, & Dermatovenereology, St. Petersburg State University, 7/9, Universitetskaya emb., St. Petersburg, 199034, Russian Federation; professor of the Department of Dermatovenereology, I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, 41, Kirochnaya str., St. Petersburg, 191015, Russian Federation; dermatovenerologist of the City Dermatovenerological Dispensary, 3, River Volkovka emb., St. Petersburg, 192102, Russian Federation; ORCID iD 0000-0001-8584-615X.

Marianna V. Oganessian — assistant of the Department of Infectious Diseases, Epidemiology, & Dermatovenereology, St. Petersburg State University, 7/9, Universitetskaya emb., St. Petersburg, 199034, Russian Federation; ORCID iD 0000-0003-0816-8038.

Yanina G. Petunova — Cand. of Sci. (Med.), associate professor of the Department of Infectious Diseases, Epidemiology, & Dermatovenereology, St. Petersburg State University, 7/9, Universitetskaya emb., St. Petersburg, 199034, Russian Federation; dermatovenerologist of the City Dermatovenerological Dispensary, 3, River Volkovka emb., St. Petersburg, 192102, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-6489-4555.

Natal'ya V. Shin — Cand. of Sci. (Med.), associate professor of the Department of Infectious Diseases, Epidemiology, & Dermatovenereology, St. Petersburg State University, 7/9, Universitetskaya emb., St. Petersburg, 199034, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-8138-1639.

Anton R. Zhelonkin — clinical resident of the Department of Infectious Diseases, Epidemiology, & Dermatovenereology, St. Petersburg State University, 7/9, Universitetskaya emb., St. Petersburg, 199034, Russian Federation; ORCID iD 0000-0001-9013-3197.

Angelina O. Zhelonkina — clinical resident of the Department of Infectious Diseases, Epidemiology, & Dermatovenereology, St. Petersburg State University, 7/9, Universitetskaya emb., St. Petersburg, 199034, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-8007-8945.

Contact information: Irina O. Smirnova, e-mail: driosmirnova@yandex.ru. **Financial Disclosure:** no authors have a financial or property interest in any material or method mentioned. **There is no conflict of interests.** **Received 12.10.2020, revised 25.10.2020, accepted 03.11.2020.**