

Современные представления о красном плоском лишае вульвы

С. И. Суркичин¹, И. А. Аполихина², Р. Ю. Майоров¹, М. Авин³

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента России, Москва

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

³ООО Медицинский центр «Столица», Москва

РЕЗЮМЕ

Красный плоский лишай (КПЛ) – это Т-клеточно-опосредованный воспалительный дерматоз с до конца не ясной этиологией, поражающий кожу, ногти и слизистые оболочки. В статье обозначены современные представления о красном плоском лишае, поражающем вульву. Рассмотрены вопросы этиопатогенеза, клинической картины, дифференциальной диагностики различных форм данного дерматоза. Подробно описана гистопатологическая картина КПЛ вульвы. Рассмотрены возможные осложнения, в том числе анатомические нарушения архитектоники вульвы и риск злокачественной трансформации. Представлены различные методики лечения при данном заболевании, схемы местного лечения, даны обзор системных препаратов, а также альтернативные подходы к ведению пациенток.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: красный плоский лишай, КПЛ вульвы, этиология, патогенез, диагностика, гистология, местное лечение, системное лечение, ФДТ.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Modern ideas about lichen planus of vulva

S. I. Surkichin¹, I. A. Apolikhina², R. Yu. Mayorov¹, M. Avin³

¹Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia, Moscow, Russia

²National Medical Research Centre for Obstetrics, Gynecology and Perinatology n.a. academician V.I. Kulakov, Moscow, Russia

³Medical Center 'Stolitsa', Moscow, Russia

SUMMARY

Lichen planus (LP) is a T-cell-mediated inflammatory dermatosis with an unclear etiology that affects the skin, nails and mucous membranes. The article outlines modern ideas about lichen planus, affecting the vulva. The issues of etiopathogenesis, clinical picture, differential diagnosis of various forms of this dermatosis are considered. The histopathological picture of vulvar LPL is described in detail. Possible complications, including anatomical abnormalities of the vulvar architectonics and the risk of malignant transformation, are considered. Various methods of treatment for this disease, local treatment regimens are presented, an overview of systemic drugs is given, as well as alternative approaches to patient management.

KEY WORDS: lichen planus, vulvar LP, etiology, pathogenesis, diagnosis, histology, local treatment, systemic treatment, PDT.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Введение

Красный плоский лишай (КПЛ) – это Т-клеточно-опосредованный воспалительный дерматоз с до конца неясной этиологией, поражающий кожу, ногти и слизистые оболочки. Часто в процесс вовлекаются половые органы, высыпания на них довольно специфичны и характеризуются разнообразием. Скорее всего, это связано с особыми параметрами среды: на коже вульвы более высокая температура и влажность, кислая pH, специфическая бактериальная флора, которые, вероятно, влияют на клиническую картину. Заболевание может поражать вульву как изолированно, так и в сочетании с проявлениями на коже, слизистых оболочках и ногтях [1–3]. КПЛ вульвы подразделяется на несколько основных клинических вариантов: классический тип или папулосквамозный, гипертрофический и эрозивный [4, 5]. Наиболее часто данный дерматоз наблюдается у людей в возрасте 30–60 лет, чаще заболевание встречается у женщин. КПЛ редко встречается у детей, только 5% случаев заболевания приходится на пациентов детского возраста [6].

Цель данного обзора – систематизация и анализ основных клинических форм КПЛ, поражающих вульву.

Этиопатогенез и факторы риска

Этиология КПЛ малоизучена, однако выделяют факторы риска, приводящие к данной патологии.

Иммуногенетические факторы

КПЛ – это сложное заболевание, которое может быть вызвано или спровоцировано генетическими нарушениями и (или) факторами окружающей среды. Встречаются семейные случаи, что может свидетельствовать о возможной генетической предрасположенности [7, 8]. Полиморфизмы генов различных маркеров HLA, а также воспалительных цитокинов и хемокинов связаны с наличием данного дерматоза. Наиболее распространенными являются HLA-A3, HLA-DR 1, HLA-DRB 1*0101, HLA-DQ1, HLA-DQB 1*0201. Причинно-следственная связь этих полиморфизмов, хотя и неясна, поддерживает гипотезу аутоантигена [9].

Клинические факторы

Сопутствующие факторы и патологические состояния, наблюдаемые при ЛП, включают стресс, тревогу, вирус гепатита С, аутоиммунные заболевания, внутренние злокачественные новообразования, дислипидемию

и вирусные инфекции [10]. Среди дерматологических ассоциаций выделяют очаговую алопецию, вульгарную и паранеопластическую пузырчатку, герпетический дерматит Дюринга, буллезный пемфигоид, атопический дерматит, псориаз, витилиго, ограниченную склеродермию, дерматомиозит и, наиболее часто встречающийся, склероатрофический лишай. К другим коморбидностям относят заболевания печени, HCV-инфекцию, ВПЧ, HHV-7, язвенный колит, хронический гастрит, тревогу или стресс, депрессию, целиакию, системную красную волчанку, рассеянный склероз, гипотиреоз, тиреоидит Хашимото и др. [9]

Патогенез красного плоского лишая не определен, хотя многие исследования подтвердили иммунологический механизм. Роль Т-лимфоцитов была подчеркнута цитотоксической активностью CD8⁺ Т-лимфоцитов, ответственных за повреждение кератиноцитов. В исследовании R. Gupta, V. Bansal 2009 года иммуногистохимия для Т-клеток показала специфическую локализацию CD8-позитивных клеток, связанных с нарушением базальной мембраны, на стыке слизистой оболочки и подслизистой, что подтверждает роль CD8-позитивных Т-клеток в патогенезе этого заболевания [11].

Клиническая картина

Чаще всего клиника классического КПЛ вульвы представлена в виде хорошо очерченной односторонней или окружной гомогенной, слегка приподнятой бляшки. Цвет высыпаний – красный, фиолетовый, коричневый или серо-белый. Данная форма развивается у 50% женщин с локализацией дерматоза на коже или в полости рта. В большинстве случаев протекает бессимптомно.

Гипертрофическую форму можно описать в виде окружной эритемы, распространяющейся на малые и частично на большие половые губы, переходящей латерально в серо-розовую лихенификацию. Отмечается выраженный отек в зоне поражения. Гипертрофический КПЛ встречается редко и локализуется на коже промежности или в перианальной области и никогда не обнаруживается на слизистой оболочке влагалища. Данная форма также характеризуется бородавчатыми разрастаниями, которые могут изъязвляться или инфицироваться, в результате чего может появиться болезненность в области высыпаний [12].

Эрозивный тип наиболее часто встречается на вульве. Характерными признаками являются хорошо выраженные розово-красные эрозии, часто с белой гиперкератотической линейной границей. Данная форма КПЛ опасна прежде всего осложнениями: у пациентов с поздней стадией заболевания могут развиваться значительные рубцы, резорбция половых губ и клиторального капюшона, стриктуры, синехии, в некоторых случаях полное слияние больших половых губ и стеноз вагинального интритуса [13].

Диагностика

Диагностические критерии эрозивного КПЛ

В 2013 году R. C. Simpson, K. S. Thomas и др. систематизировали диагностические критерии эрозивного красного плоского лишая, поражающего вульву, шесть из которых были клиническими, а три – патоморфологическими:

1. наличие хорошо отграниченных эрозий или «глазурованной» эритемы;
2. наличие гиперкератотической белой каймы на эритематозных участках или эрозиях и сетка Уикхема;
3. симптомы боли или жжения;
4. рубцевание или потеря нормального строения половых органов;
5. наличие воспаления слизистой влагалища;
6. вовлечение других участков слизистой оболочки;
7. наличие четко выраженного воспалительного инфильтрата в поверхностных слоях дермы, включая дермоэпидермальный переход;
8. наличие воспалительной полосы, состоящей преимущественно из лимфоцитов;
9. признаки дегенерации базального клеточного слоя, например тельца Сиватта, аномальные кератиноциты или базальный апоптоз [14].

Патоморфология

Классические поражения при КПЛ вульвы проявляются компактным ортокератозом, клиновидным гипергранулезом, акантозом эпидермиса, некротическими кератиноцитами внутри эпидермиса (коллоидные тельца Сиватта), базиллярной вакуолизацией, гребнями с «пилообразным» внешним видом и плотным лентовидным лимфоцитарным инфильтратом в сосочковом слое дермы, переходящим на дермо-эпидермальное соединение. При локализации поражений на слизистых оболочках наблюдается паракератоз, в то время как «пилообразный» ретикулярный гребень и «клиновидный» гипергранулез менее выражены [15].

Для гипертрофической формы характерны: чешуйчатая корочка с выраженным нерегулярным акантозом и плотным инфильтратом, апоптотические тельца и скваматизация преимущественно с вовлечением вершин сосочковых отростков.

При патоморфологическом исследовании эрозивного КПЛ вульвы видна эпидермальная эрозия или изъязвление с четко визуализируемым воспалительным компонентом; забор материала для биопсии лучше производить по краю эрозии, так как именно в этой области выявляются типичные для КПЛ изменения [16].

Малигнизация

Существует ли связь между КПЛ вульвы и карциномой? В 2017 году Pia Halonen, Maija Jakobsson и др. было проведено масштабное ретроспективное когортное исследование 13 100 женщин, благодаря которому стало известно, что риск развития рака вульвы среди пациентов с КПЛ вульвы повышен. Вероятность малигнизации была самой высокой при наблюдении менее года, но оставалась повышенной в группе пациентов с наблюдением от 1 до 5 лет. Риск развития вагинального рака не был повышен только в двух наблюдаемых случаях рака. До этого исследования считалось, что риск карциномы вульвы минимален, оказалось, что это не так [17].

Красный плоский лишай является фактором риска развития веррукозной формы карциномы. Этот вид рака, развивающийся в области высыпаний при КПЛ вульвы, имеет весьма агрессивный характер, в связи с чем очень актуально вовремя поставить правильный диагноз [18].

Дифференциальная диагностика

Псориаз вульвы часто проявляется неспецифической, плохо выраженной эритемой. Диагноз основывается на клинической картине и патоморфологии. Высыпания часто локализуются на волосистой коже вульвы, включая лобок и большие половые губы, при этом слизистая оболочка не затронута, представлены сливающимися небольшими эритематозными бляшками. У пациентов с генитальным псориазом высокая склонность к поражению ногтевых пластин. Диагностика может быть осложнена присоединением инфекции, контактным дерматитом или простым хроническим лишаем. Гистологические признаки псориаза вульвы сходны с таковыми при негенитальном псориазе, однако типичные признаки могут быть едва заметны. Данный дерматоз характеризуется паракератозом, скоплениями нейтрофилов в роговом слое (микроабсцессы Мунро), скоплениями нейтрофилов в эпидермисе (спонгиозные пустулы Кога), регулярным эпидермальным акантозом, истончением супрапапиллярных пластинок, потерей зернистого слоя и расширением сосудов в сосочковой дерме [19–21].

Склероатрофический лишай является хроническим воспалительным состоянием кожи, способным проявляться на любом участке тела у мужчин, женщин и детей, но чаще всего поражает аногенитальную область взрослых женщин. Большинство пациентов жалуются на зуд, жжение или боль, однако некоторые из них могут протекать бессимптомно. Диспареуния может возникать в условиях рубцевания, что приводит к сужению влагалищного интритуса. Вовлечение перианальной области может привести к боли при дефекации с последующим запором. Симптомы могут быть прогрессирующими или рецидивирующими, а спонтанная ремиссия встречается редко. Экстрагенитальное поражение встречается менее чем у 20% больных. Следует рассмотреть возможность скрининга на наличие в анамнезе аутоиммунных заболеваний, таких как заболевания щитовидной железы, очаговая алопеция и витилиго. Склероатрофический лишай может затрагивать малые и большие половые губы, клитор, клиторальный капюшон, промежность. Высыпания представлены в виде ограниченного или широко распространенного побледнения с морщинистой текстурой. Кроме того, могут присутствовать трещины, эрозии, экхимозы и пигментные изменения. Следует отметить, что влагалище и шейка матки затронуты редко. Биопсия может помочь отличить склероз лишайника от красного плоского лишая и исключить злокачественную трансформацию в плоскоклеточный рак. Гистологические признаки могут варьироваться в зависимости от хроничности поражения, однако характерен лихеноидный воспалительный инфильтрат. Хорошо развитые очаги поражения обычно имеют тонкий атрофический эпидермис, поверхностный отек кожи с широкой полосой гиалинизации чуть ниже дермоэпидермального соединения. Расширение кровеносных сосудов и экстравазация эритроцитов также являются характерными особенностями. У некоторых пациентов также может наблюдаться гиперкератоз [20, 22–24].

Плазматический клеточный вульвит (ПКВ) – редкое доброкачественное хроническое воспалительное состояние, которое характеризуется богатым плазматическими клетками инфильтратом. Он имеет тенденцию поражать женщин сред-

него возраста и пожилых в постменопаузе. Происхождение данного заболевания неясно, хотя выдвигалось несколько гипотез, предполагающих наличие пускового фактора, такого как травма, вирус, гормоны и аутоиммунные состояния. Клиническая картина ПКВ представлена в виде красных или оранжево-коричневых блестящих, резко очерченных пятен или бляшек. Высыпания двусторонние и симметричные, чаще всего встречаются в преддверии и на малых половых губах. Также отмечается наличие эрозий и рыхлость тканей. Этот дерматоз обычно ассоциируется с зудом вульвы, болью, жжением, кровотечением и выделениями. Характерные гистопатологические признаки ПКВ включают поверхностные эрозии с редкими нейтрофилами, рассеянными в верхних слоях эпидермиса, умеренный спонгиоз, экстравазацию эритроцитов и смешанный лихеноидный инфильтрат в сосочковой дерме, богатый плазматическими клетками. Высокая плотность плазматических клеток является ключевой особенностью данного дерматоза, они должны составлять более 50% воспалительного инфильтрата или сопровождаться эпидермальной атрофией и отложением гемосидерина при условии 25–50% плазматиков в инфильтрате. Со временем могут развиваться атрофия эпидермиса, субэпидермальные трещины и фиброз кожи. Супрабазиллярные кератиноциты имеют характерную ромбовидную форму. Вертикально ориентированные кожные кровеносные сосуды могут быть еще одним диагностическим ключом [25, 26].

Десквамативный воспалительный вагинит (ДВВ) – это стерильное воспаление влагалища и вульвы с сопутствующими гнойными выделениями. Причина данного заболевания неизвестна, хотя предполагалась аутоиммунная гипотеза. ДВВ встречается у женщин как в пре-, так и в постменопаузе. Пациенты с ДВВ жалуются на жжение в области вульвы и диспареунию. Часто встречаются желтые или зеленые выделения из влагалища. В отличие от красного плоского лишая, слизистая оболочка полости рта, как правило, не поражается. Клиническая картина представлена в виде эритемы преддверия, вызванной раздражением гнойными выделениями. Эрозии и рубцы отсутствуют. Во влагалище могут появляться красные макулы и микропапулы, имитирующие «клубничную шейку матки». Диагноз «ДВВ» основан на клинических данных и гнойных вагинальных выделениях у женщины без какого-либо другого поражения слизистой оболочки. Кроме того, необходимо исключить трихомониаз. Диагноз может быть пропущен, если не проводится исследование на зеркалах для визуализации преддверия влагалища. Во всех случаях подозрения на ДВВ следует провести исследование на предмет инфекции и дефицита эстрогена. Биопсия слизистой оболочки стенки влагалища может показать лихеноидный инфильтрат без повреждения базиллярных клеток или неспецифический смешанный воспалительный инфильтрат с лимфоцитами, эозинофилами и плазматическими клетками.

Лечение

Лечение вульвовагинальных форм КПЛ часто является сложной задачей. Первая линия терапии – топические средства, в частности глюкокортикостероидные мази (клобетазола пропионат 0,05%), на 1–2 месяца [27, 28]. Сильные или средней силы ТГКС способны контролировать симптомы классического КПЛ [16].

Применение ингибиторов кальциневрина (такролимуса) также показало эффективность в виде уменьшения клинических проявлений заболевания [3].

Ряд исследований говорят об эффективности альтернативных методов лечения, таких как системные пероральные ГКС, антибиотики, противогрибковые препараты, микофенолата мофетил, и гидроксихлорохин [29, 13].

В работе Abigail Cline и др. 2020 года в качестве второй линии терапии (при неэффективности топических средств) предлагается использовать метотрексат. Все 27 пациентов получали лечение данным препаратом в средней дозе 12,5 мг. В общей сложности 19 (70%) пациентов сообщили об улучшении, причем 14 (52%) пациентов сообщили об улучшении в течение первого месяца лечения [30].

В исследовании A. L. Helgesen, T. Warloe 2015 года показана эффективность применения очень перспективного альтернативного метода лечения – фотодинамической терапии. Она может послужить альтернативой применения топических и системных глюкокортикостероидов, значительно снизить их дозировку. Применение гексил-5-аминолевулинат-гидрохлорида (HAL)-ФДТ показало не только эффективность, но и безопасность при лечении эрозивной формы КПЛ вульвы [31].

Заключение

Проблема дерматозов, поражающих вульву и, в частности, красного плоского лишая, весьма актуальна в настоящее время. Как правило, поражение в области гениталий носит длительный изнуряющий характер, более того, есть вероятность озлокачествления КПЛ вульвы и тяжелых осложнений. В связи с этим требуется качественная и быстрая диагностика данной патологии и назначение адекватной терапии. В частности, стоит обратить внимание на такой перспективный метод лечения, как фотодинамическая терапия (ведь она эффективна при злокачественных новообразованиях и, как выяснилось, при эрозивной форме КПЛ). Дифференциальная диагностика заболеваний вульвы очень важна, так как рассматриваемая в данной статье патология может имитировать другие дерматозы.

Список литературы / References

- Machin SE, McConnell DT, Adams JD. Vaginal lichen planus: Preservation of sexual function in severe disease. *BMJ Case Rep.* 2010; 2010 pii: bcr0820092208.
- Day T, Weigner J, Scurry J. Classic and hypertrophic vulvar lichen planus. *J Low Genit Tract Dis.* 2018; 22: 387–95.
- Machin SE, McConnell DT, Adams JD. Vaginal lichen planus: Preservation of sexual function in severe disease. *BMJ Case Rep.* 2010; 2010 pii: bcr0820092208.
- Day T, Weigner J, Scurry J. Classic and hypertrophic vulvar lichen planus. *J Low Genit Tract Dis.* 2018; 22: 387–95.
- Machin SE, McConnell DT, Adams JD. Vaginal lichen planus: Preservation of sexual function in severe disease. *BMJ Case Rep.* 2010; 2010 pii: bcr0820092208.
- Day T, Weigner J, Scurry J. Classic and hypertrophic vulvar lichen planus. *J Low Genit Tract Dis.* 2018; 22: 387–95.

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента России, Москва

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

³ООО Медицинский центр «Столица», Москва

Автор для переписки: Суркичин Сергей Иванович. E-mail: surkichinsi24@mail.ru.

Для цитирования: Суркичин С.И., Аполихина И.А., Майоров Р.Ю., Авин М. Современные представления о красном плоском лишае вульвы. *Медицинский алфавит.* 2021; (9): 63–66. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-9-63-66>

- Mahajan R, Jain V, Ninama K, Marfatia YS. Hypertrophic lichen planus of the vulva – A missed diagnosis. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2020; 41 (1): 116–118. DOI: 10.4103/ijstd.IJSTD_51_19.
- Chew A, Stefanato C, Savarese I, et al. Клинические особенности плоского лишая у пациентов с плоским лишаем вульвы. *Вр Ж Дерматол* 2014; 170: 218–20.
- Goldstein A, Metz A. Vulvar lichen planus. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 48: 818–23.
- Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов» Клинические рекомендации, 2020 год. All-Russian public organization «Russian society of dermatovenerologists and cosmetologists». *Clinical guidelines*, 2020.
- Bermejo-Fenoll A, López-Jamet P. Familial oral Lichen Planus: presentation of six families. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology.* 2006; 102 (2): e12–e15.
- Singal A. Familial mucosal Lichen Planus in three successive generations. *International Journal of Dermatology.* 2005; 44 (1): 81–82.
- Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *ScientificWorldJournal.* 2014; 2014: 742826. Published 2014 Jan 30. DOI: 10.1155/2014/742826.
- Girardi C, Luz C, Cherubini K, Figueiredo MAZD, Nunes MLT, Salum FG. Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone (DHEA) levels, psychological factors in patients with oral lichen planus. *Archives of Oral Biology.* 2011; 56 (9): 864–868.
- Gupta R, Bansal B, Singh S, Yadav I, Gupta K, Kudesia M. Lichen planus of uterine cervix – the first report of a novel site of occurrence: a case report. *Cases J.* 2009; 2:9306. Published 2009 Dec 11. DOI: 10.1186/1757-1626-2-9306.
- Day T, Weigner J, Scurry J. Classic and Hypertrophic Vulvar Lichen Planus. *Low Genit Tract Dis.* 2018; 22 (4): 387–395. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000419.
- Mauskar M. Erosive Lichen Planus. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017 Sep; 44 (3): 407–420. DOI: 10.1016/j.jogc.2017.04.004. PMID: 28778640.
- 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.
- Lewis FM. Vulval lichen planus. *Br J Dermatol.* 1998; 138: 569–75.
- Kirtschig G, Wakelin SH, Wojnarowska F. Mucosal vulval lichen planus: outcome, clinical and laboratory features. *JEADV.* 2005; 19: 301e7.
- Halanen P, Jakobsson M, Heikinheimo O, Riska A, Gissler M, Pukkala E. Cancer risk of Lichen planus: A cohort study of 13,100 women in Finland. *Int J Cancer.* 2018 Jan 1; 142 (1): 18–22. DOI: 10.1002/ijc.31025. Epub 2017 Sep 8. PMID: 28857160.
- Tjalma WA, Siozopoulou V, Huizing MT. A clitoral verrucous carcinoma in an area of lichen planus has aggressive features. *World J Surg Oncol.* 2017; 15 (1): 7. Published 2017 Jan 6. DOI: 10.1186/s12957-016-1069-0.
- Meeuwis KA, de Hullu JA, Inthout J, et al. Genital Psoriasis Awareness Program: Physical and Psychological Care for Patients with Genital Psoriasis. *Acta Derm Venereol.* 2015; 95: 211–216.
- Hoang MP, Reuter J, Papalas JA, et al. Vulvar inflammatory dermatoses: an update and review. *Am J Dermatopathol.* 2014; 36: 689–704.
- Kalb RE, Bagel J, Korman NJ, et al. Treatment of intertriginous psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol.* 2009; 60: 120–4.
- Fistolar SK, Ilin PH. Diagnosis and treatment of lichen sclerosus: an update. *Am J Clin Dermatol.* 2013; 14 (1): 27–47.
- Moyal-Barracco M, Wendling J. Vulvar dermatosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014 Oct; 28 (7): 946–58.
- Doyen J, Demoulin S, Delbecq K, et al. Vulvar skin disorders throughout lifetime: about some representative dermatoses. *Biomed Res Int.* 2014. 595286.
- Li Q, Leopold K, Carlson JA. Chronic vulvar purpura: persistent pigmented purpuric dermatitis (lichen aureus) of the vulva or plasma cell (Zoon's) vulvitis? *J Cutan Pathol.* 2003; 30: 572–6.
- Selim MA, Hoang MP. A Histologic review of vulva inflammatory dermatoses and intraepithelial neoplasms. *Dermatol Clin.* 2010; 28: 649–67.
- Cooper SM, Wojnarowska F. Anogenital: Non-venereal disease. In: Jorizzo JL, Rapini RP, Bologna JL, et al., editors. *Dermatology.* 2nd ed. Spain: Mosby, Elsevier; 2008. pp. 1061–62.
- Fruchter R, Melnick L, Pomeranz MK. Lichenoid vulvar disease: A review. *Int J Womens Dermatol.* 2017; 3: 58–64.
- Fahy CMR, Torgerson RR, Davis MDP. Lichen planus affecting the female genitalia: a retrospective review of patients at Mayo Clinic. *J Am Acad Dermatol.* 2017; 77 (6): 1053–1059. DOI: 10.1016/j.jaad.2017.07.030.
- Cline A, Cuellar-Barboza A, Jorizzo JL, Pichardo RO. Methotrexate for the Treatment of Recalcitrant Erosive Lichen Planus of the Vulva. *JAMA Dermatol.* 2020; 156 (2): 215–217. DOI: 10.1001/jamadermatol.2019.4062
- Helgesen AL, Warloe T, Pripp AH, Kirschner R, Peng Q, Tanbo T, Gjersvik P. Vulvovaginal photodynamic therapy vs. topical corticosteroids in genital erosive lichen planus: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol.* 2015 Nov; 173 (5): 1156–62. DOI: 10.1111/bjd.14033. Epub 2015 Oct 16. PMID: 26189484.

Статья поступила / Received 24.03.2021

Получена после рецензирования / Revised 30.03.2021

Принята в печать / Accepted 09.04.2021

Сведения об авторах

Суркичин Сергей Иванович, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии¹. E-mail: surkichinsi24@mail.ru. ORCID: 0000-0003-0521-0333
Аполихина Инна Анатольевна, д.м.н., проф.². ORCID: 0000-0002-4581-6295
Майоров Роман Юрьевич, ординатор кафедры дерматовенерологии и косметологии¹. E-mail: roman1396@bk.ru. ORCID: 0000-0003-1911-6743
Авин Марика, врач-дерматовенеролог³. ORCID: 0000-0002-8317-0800

About authors

Surkichin Sergei I., PhD Med, associate prof. at Dept of Dermatovenerology and Cosmetology¹. E-mail: surkichinsi24@mail.ru. ORCID: 0000-0003-0521-0333
Apolkhina Inna.A., DM Sci, prof.². ORCID: 0000-0002-4581-6295
Mayorov Roman.Yu., resident of Dept of Dermatovenerology and Cosmetology¹. E-mail: roman1396@bk.ru. ORCID: 0000-0003-1911-6743
Marika Avin, dermatovenerologist³. ORCID: 0000-0002-8317-0800

¹Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia, Moscow, Russia

²National Medical Research Centre for Obstetrics, Gynecology and Perinatology n.a. academician V.I. Kulakov, Moscow, Russia

³Medical Center 'Stolitsa', Moscow, Russia

Corresponding author: Surkichin Sergei I. E-mail: surkichinsi24@mail.ru.

For citation: Surkichin S.I., Apolkhina I.A., Mayorov R. Yu., Avin M. Modern ideas about lichen planus of vulva. *Medical alphabet.* 2021; (9): 63–66. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-9-63-66>

