



## Міждисциплінарні аспекти дерматологічних захворювань у гінекології: узгоджені підходи дерматолога, гінеколога та косметолога.

### Мітченко Ольга

Керівник мережі міжнародних навчальних центрів «LOTUS» та косметологічної мережі «Lotus-clinic», лікар дерматовенеролог, косметолог-естетист, ін'єкціоніст, трихолог.



@LOTUS\_CENTR\_



OPTIMUM DERMA  
ACIDITATE  
PROFESSIONAL



Beauty Line  
Cosmetology equipment





## Склерозуючий ліхен вульви

- У сучасній клінічній практиці вікасоційована патологія вульви є важливою та недооціненою проблемою.
- Однією з найбільш клінічно значущих нозологій у пері- та постменопаузі є склерозуючий ліхен вульви.

**Часто проблема** починається задовго до того, як пацієнтка отримує правильний діагноз.

# Склерозуючий ліхен: актуальність проблеми

Чому пацієнтка роками не отримує правильного діагнозу?

## Хронічний перебіг

потребує тривалого спостереження та підтримуючої терапії

## Пізня діагностика

помилкові попередні діагнози та затримка верифікації

≈59%

сексуальної дисфункції у жінок зі склерозуючим ліхеном

≈5%

ризиків VIN / плоскоклітинного раку вульви

*онконастороженість*

Неочевидний початок + термінологічна плутанина + міграція між спеціалістами = роки до правильного діагнозу

Склерозуючий ліхен — це не лише локальний дерматоз, а реальна міждисциплінарна клінічна проблема.

# Склерозуючий ліхен:

чому пацієнтка роками не отримує діагноз?



- Хронічний свербіж / печіння
- «Кандидоз», «Лейкоплакія», «Крауроз»
- Міграція між спеціалістами
- Без чіткого алгоритму

# Епідеміологія

Склерозуючий ліхен вульви є патологією з чітко вираженою віковою та гендерною специфікою:

- ✓ **жінки постменопаузального віку ( 75%)** - припадає переважна більшість випадків і пов'язана зі зниженням рівня естрогенів та прогестерону;
- ✓ **дівчата препубертатного періоду (5%)** - захворювання реєструється значно рідше, часто має хвилеподібний перебіг. У частини пацієнток можливе часткове регресування симптомів із настанням пубертату;
- ✓ **жінки репродуктивного віку (20%)** - захворювання трапляється рідше, часто має стерту або субклінічну форму;
- ✓ **чоловіки** - поодинокі випадки, зазвичай у формі ураження крайньої плоті та головки статевого члена.

*Такий розподіл підкреслює необхідність підвищеної настороженості щодо даної патології у жінок старшої вікової групи та своєчасного міждисциплінарного ведення пацієнток.*



# Склерозуючий ліхен / Lichen sclerosus

(Склероатрофічний лишай, атрофічна лейкоплакія, крауроз вульви)

## Склерозуючий ліхен вульви:

хронічний запальний дерматоз, який характеризується склерозом та атрофією шкіри та слизових оболонок статевих органів.

**МКХ-11 (ICD-11):** EB60 — *Lichen sclerosus* → EB60.0 — *Lichen sclerosus of vulva*

WHO. *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision)*.



Клінічний термін	Що описує термін	Можливі діагнози (ISSVD / EADV)
<b>Лейкоплакія вульви</b>	Білі бляшки / ділянки гіперкератозу слизової або шкіри вульви	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Склерозуючий ліхен</li> <li>→ Червоний плоский лишай</li> <li>→ Вульварна інтраепітеліальна неоплазія (VIN)</li> <li>→ Псоріаз вульви</li> </ul>
<b>Крауроз вульви</b>	Атрофічні та склеротичні зміни тканин вульви	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Склерозуючий ліхен</li> <li>→ Постменопаузальні атрофічні зміни</li> <li>→ Інші атрофічні дерматози</li> </ul>



**«Лейкоплакія» та «крауроз» є клінічними описовими термінами, а не самостійними нозологічними діагнозами.**

# Лейкоплакія вульви

(плоскоклітинна гіперплазія, гіперпластична дистрофія)

це клінічний описовий термін, що використовується для позначення білих бляшок або ділянок гіперкератозу слизової оболонки чи шкіри вульви, які можуть спостерігатися при різних дерматологічних або неопластичних процесах.

У сучасній номенклатурі захворювань вульви термін **не розглядається як самостійний діагноз**, а використовується лише для опису клінічної картини.

**Вирогідність малігнізації від 5 до 35%**



# Гістологічна картина лейкоплакії вульви

## ЕПІДЕРМІС

- Гіперкератоз та паракератоз.
- Акантоз (потовщення епідермісу).
- Вакуольна дегенерація клітин базального шару.
- ↑ реактивна проліферація меланоцитів базального шару.
- Внутрішньоклітинний набряк (спонгіоз).

## ДЕРМА

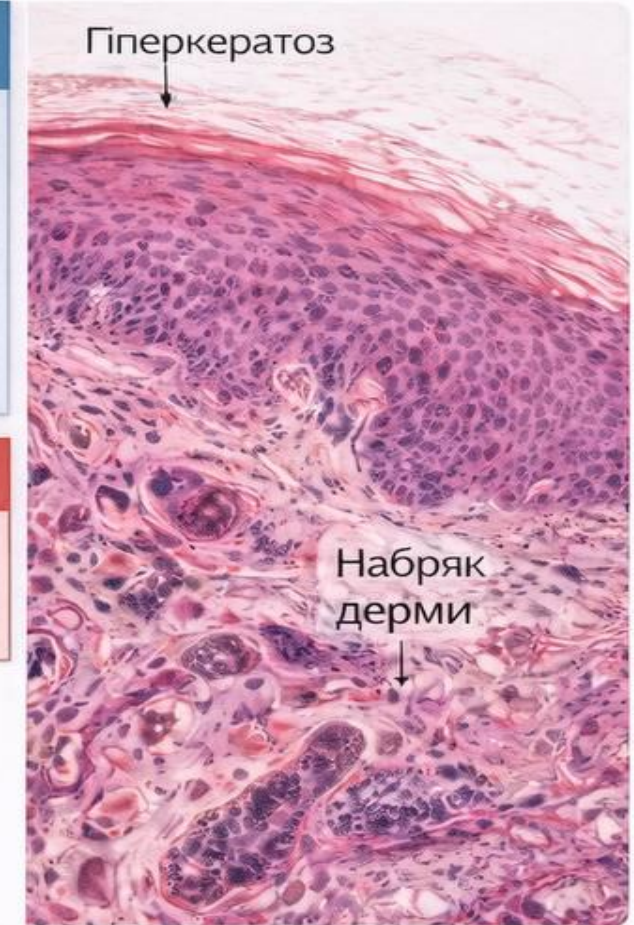
- Періфокальний набряк папілярної дерми.
- ↑ кількість та дилатація судин.
- Хронічний лімфоцитарний інфільтрат.

## ПРИДАТКИ ШКІРИ

- Атрофія або редукція придатків шкіри.
- Дистрофічні зміни потових залоз.

## СТРОМАЛЬНІ ЗМІНИ

- Перигландулярний фіброз.



Джерела: WHO Classification of Tumours, 2020; Weedon's Skin Pathology, 2016.

# Крауроз вульви

(атрофічна лейкоплакія)

це клінічний термін, що застосовується для позначення хронічного атрофічного процесу зовнішніх статевих органів жінки, який характеризується витонченням шкіри та слизової оболонки вульви, склерозуванням тканин, зменшенням еластичності, зморщуванням і звуженням присінка піхви.

У сучасній номенклатурі захворювань вульви термін **не розглядається як самостійний діагноз**, а використовується лише для опису клінічної картини.

**Малігнізація спостерігається у 4-8% хворих.**



# Гістологічна картина краурозу вульви

## ЕПІДЕРМІС

- Нерівномірна товщина епідермісу
- Поеднання ділянок атрофії та реактивної гіперплазії епітелію
- Гіперкератоз
- Вакуольна дегенерація клітин базального шару
- Сплющення епідермальних відростків

## ДЕРМА

- Згладжування сосочкового шару дерми.
- Гіалінізація папілярної дерми.
- Гомогенізація колагенових волокон.
- Редукція еластичних волокон

## ПРИДАТКИ ШКІРИ

- Атрофія волосяних фолікулів.
- Редукція сальних залоз.
- Дистрофічні зміни потових залоз.

## СТРОМАЛЬНІ ЗМІНИ

- Хронічний лімфоцитарний інфільтрат у верхній дермі.
- Фіброз дерми.



Джерела: WHO Classification of Tumours, 2020; Weedon's Skin Pathology, 2016.

# Клінічна картина:

- ✓ свербіж вульви ( потребує виключення захворювань, котрі супроводжуються свербіжем);
- ✓ печія та сухість вульви;
- ✓ «папіросна» шкіра;
- ✓ білуваті атрофічні бляшки;
- ✓ тріщини, ерозії;
- ✓ петехії;
- ✓ телеангіектазії;
- ✓ звуження входу у піхву;
- ✓ атрофія великих та малих статевих губ;
- ✓ можливе ураження перианальної зони «симптом вісімки».



# Діагностика склерозуючого ліхену

## Основні методи діагностики:

- ✓ клінічний огляд
- ✓ дерматоскопія
- ✓ вульвоскопія
- ✓ проба Шиллера — негативна або слабкопозитивна
- ✓ біопсія — за показаннями

## Диференційна діагностика:

- ✓ червоний плоский лишай
- ✓ вітіліго
- ✓ псоріаз
- ✓ вульварна інтраепітеліальна неоплазія (VIN)
- ✓ плоскоклітинний рак
- ✓ меланома

## Показання до біопсії:

- ✓ атипові або асиметричні зміни
- ✓ ерозії, виразки, гіперкератоз
- ✓ підозра на VIN або рак
- ✓ відсутність ефекту від терапії впродовж 1 місяця



# Терапія склерозуючого ліхену

Етап	Методи	Місце в практиці
Перша лінія	<ul style="list-style-type: none"><li>• клобетазолу пропіонат 0,05%</li><li>• емоменти</li></ul>	Базова протизапальна терапія активного LS. Золотий стандарт лікування.
Друга лінія / додатково	<ul style="list-style-type: none"><li>• інгібітори кальциневрину</li><li>• симптоматично: локальна естрогенотерапія при супутній атрофії у постменопаузі</li></ul>	Додаткова тактика, коли стероїди недостатні чи погано переносяться.
Третя лінія / сучасні методи	<ul style="list-style-type: none"><li>• фракційний CO2-лазер</li><li>• фотодинамічна терапія з 5-ALA</li><li>• топічні та системні ретиноїди</li><li>• хірургія — лише за показаннями</li></ul>	Інтервенційні методи для резистентних, складних або рубцевих форм. Не замінюють базову терапію.
Ремісія / реабілітація	<ul style="list-style-type: none"><li>• PRP-терапія</li><li>• ліпофілінг</li><li>• ін'єкційне введення гіалуронової кислоти / біоревіталізація уrogenітальної зони</li></ul>	Тканинна реабілітація після стабілізації процесу: зволоження, комфорт, якість тканин і сексуальне благополуччя.

**Топічні стероїди залишаються стандартом; сучасні технології та реабілітаційні методики підсилюють результат, але не замінюють базову протизапальну терапію.**

# Клобетазолу пропіонат 0,05%: коротко про головне

Золотий стандарт терапії LS, якщо застосовується правильно і під контролем.

## Потенційні ризики

- локальної атрофії при неправильному застосуванні
- подразнення, печіння, телеангіектазій
- надмірного нанесення на неуражені ділянки
- помилкового уявлення, що репродуктивний вік — протипоказання

## Що каже доказова база

- репродуктивний вік не є протипоказанням
- за правильного нанесення ризик серйозних ускладнень низький
- **небезпечнішим є нелікований LS:**
  - рубцювання та архітектурні зміни вульви
  - диспареунія та порушення сечовипускання
  - зниження якості життя та онкоризик

Практичний висновок: боятися потрібно не самого клобетазолу, а його неправильного застосування.

# Перша лінія терапії склерозуючого ліхену

*Золотий стандарт лікування активного LS*

Препарат / група	Схема застосування	Тривалість	Мета / коментар
<b>Клобетазолу пропіонат 0,05%</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 раз на добу — 1 місяць</li><li>• через день — 1 місяць</li><li>• 2 рази на тиждень — 1 місяць</li><li>• далі підтримуюча терапія за потребою</li></ul>	Індукція та стабілізація близько 3 місяців	Ультрапотужний топічний глюкокортикоїд. Базова протизапальна терапія активного LS.
<b>Емоменти</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2-3 рази на добу</li><li>• після душу та перед сном</li><li>• у перервах між активною терапією</li><li>• постійно, навіть поза загостренням</li></ul>	Постійно як фоновий догляд	Зменшують сухість, подразнення і свербіж, підтримують бар'єр та покращують переносимість лікування.

**Потужні топічні стероїди в поєднанні з емолентами залишаються основою лікування склерозуючого ліхену.**

# Друга лінія терапії склерозуючого ліхену

*Додаткова тактика при недостатній ефективності або непереносимості стероїдів*

Препарат / група	Схема застосування	Коли застосовуємо	Коментар
<b>Такролімус 0,1%</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1-2 рази на добу</li><li>• топічно на уражені ділянки</li><li>• курс індивідуально під контролем</li></ul>	При недостатній відповіді на стероїди або при поганій переносимості.	Інгібітор кальциневрину. Додатковий варіант місцевої імуномодуючої терапії, не замінює першу лінію.
<b>Пімекролімус 1%</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1-2 рази на добу</li><li>• топічно на уражені ділянки</li><li>• курс індивідуально під контролем</li></ul>	Як додаткова тактика у selected cases другої лінії.	Інгібітор кальциневрину. Може застосовуватись як альтернативний місцевий імуномодулятор.
<b>Локальна естрогенотерапія</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2-3 рази на тиждень</li><li>• місцево у постменопаузі</li><li>• за наявності сухості / атрофії</li></ul>	При супутній атрофії, сухості, диспареунії у постменопаузі.	Не лікує активний LS як дерматоз, а корегує супутні атрофічні симптоми.

**Друга лінія терапії не замінює золотий стандарт, а доповнює його у пацієток із недостатньою відповіддю або поганою переносимістю стероїдів.**

# Третя лінія та сучасні методи терапії

*Інтервенційні підходи для резистентних, складних або рубцевих форм*

Метод	Коли застосовуємо	Що дає	Коментар
<b>Фракційний CO2-лазер</b>	При резистентних, складних або рубцевих формах; як додатковий метод у комбінованій терапії.	Може зменшувати свербіж, біль, сухість, покращувати якість тканин і якість життя.	Додатковий метод. Не замінює базову протизапальну терапію.
<b>Фотодинамічна терапія з 5-ALA</b>	У складних або рефрактерних випадках, коли потрібне додаткове інтервенційне лікування.	Може зменшувати клінічні симптоми, свербіж і покращувати якість життя.	Не є першою лінією, розглядається як сучасний додатковий підхід.
<b>Топічні та системні ретиноїди</b>	Переважно при стійких, гіперкератотичних, фокальних або рефрактерних ураженнях.	Впливають на патологічну кератинізацію	Не базова терапія LS; застосовуються вибірково в окремих випадках.
<b>Хірургія</b> лише за показаннями	При синехіях, стенозі, вираженому рубцюванні, деформації анатомії або підозрі на VIN / SCC.	Корекція анатомічних та функціональних наслідків захворювання.	Не лікує сам хронічний дерматоз, а коригує його ускладнення.

**Сучасні інтервенційні методи можуть підсилювати результат лікування, але не замінюють золотий стандарт — топічну протизапальну терапію.**

# Фракційний CO2-лазер при склерозуючому ліхені

## Принцип дії та клінічне застосування

### Принцип дії

Фракційний CO2-лазер створює контрольоване мікротермічне ушкодження тканин, що запускає процеси ремоделювання.

#### Основні ефекти:

- стимуляція неколагенезу
- покращення мікроциркуляції та трофіки тканин
- зменшення фіброзу та ригідності тканин
- покращення еластичності та якості слизової / шкіри
- зменшення сухості, тріщин, свербіжу та дискомфорту

#### Клінічне застосування:

- резистентні форми
- рубцеві зміни
- виражена атрофія
- як частина комбінованої терапії, а не заміна базового лікування



# Терапевтичний ефект CO2-лазера при склерозуючому ліхені

*Значне покращення симптомів після 4-х процедур CO2-лазеру*

## Критерії покращення

- Покращення кольору, еластичності та васкуляризації шкіри, зникнення свербіжжю, болю та диспареунії, зменшення атрофії, екскоріацій та тріщин.
- Зменшення зрощення малих статевих губ та гіперкератозу.
- Зменшення інтенсивності свербіння.
- Покращення психологічного стану.



# Ремісія та реабілітація при склерозуючому ліхені

*Тканинна підтримка після стабілізації процесу*

Метод	Етап застосування	Очікуваний ефект	Коментар
<b>Ін'єкційне введення гіалуронової кислоти в уrogenітальну зону</b>	У ремісії, після контролю активного запалення.	Зволоження, покращення еластичності, комфорту та суб'єктивних відчуттів.	Не лікує активний LS як дерматоз, а покращує тканинний комфорт і якість життя.
<b>PRP-терапія</b>	Після стабілізації запального процесу, у фазі ремісії.	Покращення трофіки та зменшення сухості тканин.	Регенеративний додатковий метод: не замінює базову протизапальну терапію.
<b>Ліпофілінг</b>	У ретельно відібраних випадках у ремісії, особливо при атрофії та рубцевих змінах.	Покращення трофіки, еластичності, об'єму тканин і сексуального благополуччя.	Перспективний регенеративний підхід: не є стандартом першої лінії.
<b>Екзосомальна терапія</b>	Перспективний напрямок на етапі тканинної реабілітації.	Потенційна підтримка регенерації якості тканин.	Дискусійний метод, потребує більш сильної доказової бази і стандартизації.

**Косметологічні та регенеративні методики доцільно підключати після стабілізації процесу — на етапі ремісії та тканинної реабілітації.**



# Ін'єкційне введення гіалуронової кислоти в урогенітальну зону при склерозуючому ліхені

*Тканинна підтримка у фазі ремісії*

## Практичне місце в терапії

Ін'єкційне введення гіалуронової кислоти розглядається як додаткова тканинна підтримка після контролю активного запалення.

### Коли доцільно:

- у фазі ремісії
- після стабілізації процесу
- при сухості, дискомфорті, зниженні еластичності тканин
- для покращення якості життя та суб'єктивних відчуттів

### Очікуваний ефект:

- зволоження та покращення тканинного комфорту
- підвищення еластичності та якості тканин
- зменшення сухості та дискомфорту
- підтримка сексуального благополуччя

**Важливо: метод не лікує активний LS як дерматоз і використовується лише після стабілізації запального процесу.**



# Клінічний кейс

## Скарги пацієнтки:

- виражена сухість та свербіж;
- печіння в ділянці вульви;
- деформація геніталій;
- порушення сечовипускання.

## Клінічна картина:

- атрофія великих і малих статевих губ;
- часткова облітерація присінка піхви;
- деформація дистального відділу уретри;
- дісперсне сечовипускання ( розпилення струменя сечі);
- підтікання сечі.

## Ведення таких пацієнтів потребує :

- ✓ дерматолога
- ✓ гінеколога
- ✓ уролога (при ураженні уретри)
- ✓ онкологічної настороженості
- ✓ косметолога



## Висновки

За кожним випадком склерозуючого ліхену стоїть не лише дерматоз, а жінка з болем, дискомфортом, страхом і часто роками без правильної відповіді.

І дуже важливо пам'ятати: постменопауза — це не кінець жіночності, не кінець близькості і не кінець сексуального життя.

Жінка й у цьому віці хоче залишатися красивою, коханою, впевненою в собі та жити повноцінно — без болю, свербіж, сорому і обмежень.

Тому наш фінал сьогодні дуже практичний: вчасно розпізнати, грамотно лікувати, правильно підключати суміжних спеціалістів і не залишати пацієнтку наодинці з “клінічним терміном” замість діагнозу.

Бо інколи найкраще, що ми можемо зробити для пацієнтки, — це не лише контролювати хворобу, а й повернути їй яскравість життя та комфорт.





**Спеціальні умови**  
для учасників конгресу

---

Введіть у браузері:

**LOTUS.DP.UA**

