КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ВІТАМІНУ D У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СКЛЕРОЗУВАЛЬНОГО ЛИШАЮ ВУЛЬВИ

В.В. ДУНАЄВСЬКА
д. мед. н., старша наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ.
ORCID: 0000-0003-2949-7623

Л.В. КАЛУГІНА
д. мед. н., професорка, провідна наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0003-2263-6627

Т.Ф. ТАТАРЧУК
д. мед. н., професорка, чл.-кор. НАМН України, заступниця генерального директора, завідувачка відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України»; головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-5498-4143

В.С. СОЛЬСЬКИЙ
к. мед. н., старший науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-6083-976X

Р.О. МНЕВЕЦЬ
аспірант відділення ендокринної гінекології, ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України»; асистент кафедри внутрішньої медицини ННЦ «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ
ORCID: 0000-0001-9614-5762

DOI: http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2026.85.51-56

ВСТУП

Склерозувальний лишай вульви (СЛВ) є хронічним прогресувальним Т-клітинно-опосередкованим запальним захворюванням шкіри аногенітальної ділянки, що супроводжується атрофією та склерозом тканин, інтенсивним свербежем, болем, диспареунією. Зазначені зміни можуть призвести до рубцювання вульви, спричиняючи функціональні порушення та серйозно впливаючи на фізичне та психічне здоров'я пацієнток [1–5]. Через безсимптомний перебіг на ранніх стадіях СЛВ часто залишається непоміченим, що підвищує ризик малігнізації, зокрема розвитку плоскоклітинного раку вульви [6–10].

Сьогодні відомо, що розвиток захворювання ґрунтується на складній взаємодії генетичних чинників, імунологічних порушень, локальних гормональних змін та факторів навколишнього середовища [1, 11]. Крім того, важливу роль у патогенезі може відігравати стан мікробіому шкіри, зокрема втрата бактеріального різноманіття в ділянці міжгубної складки [4, 11, 12]. Патоморфологічно процес характеризується двома паралельними механізмами: ліхеноїдною тканинною реакцією, що виникає внаслідок імунної атаки на базальні кератиноцити, та дермальним склерозом [4].

Загальноприйнятою терапією СЛВ залишається застосування високоактивних топічних кортикостероїдів, зокрема клобетазолу пропіонату 0,05%, що дозволяє зменшити вираженість симптомів та запобігти подальшому рубцюванню [6, 13–16]. У випадках резистентності до топічних кортикостероїдів або за наявності протипоказань можуть бути розглянуті альтернативні методи, зокрема топічні інгібітори кальциневрину, системні ретиноїди, лазерна терапія, фотодинамічна терапія та ін'єкції плазми, збагаченої тромбоцитами [4, 6, 13]. Проте навіть за умови ефективного лікування захворювання потребує довгострокового спостереження через ризик рецидивів та злоякісної трансформації [13].

З огляду на наявність імунологічних точок прикладання в патогенезі СЛВ, важливе значення в менеджменті пацієнток із цим станом можуть відігравати препарати з імуномодулювальною дією. У цьому контексті особливого значення набуває вітамін D, який відіграє критичну роль у регуляції імунної відповіді, диференціації кератиноцитів та підтримці цілісності епітеліального бар'єра [17, 18]. Відомо, що дефіцит вітаміну D часто корелює з розвитком та обтяженням перебігу аутоімунних і хронічних запальних дерматозів [17, 19, 20].

Сьогодні є дані про успішне використання препаратів вітаміну D у лікуванні СЛВ, що свідчить про його потенційну участь у механізмах прогресування хвороби [18]. Водночас дослідження демонструють, що сироваткові рівні вітаміну D у жінок зі СЛВ можуть не відрізнятися від показників пацієнток із неліхеноїдними захворюваннями вульви, а його роль як біомаркера залишається дискусійною [20]. Обмеженість даних щодо ефективності цілеспрямованої корекції дефіциту вітаміну D як ад'ювантного методу терапії СЛВ обґрунтовує доцільність подальших досліджень.

Мета дослідження: оцінити клінічну ефективність застосування холекальциферолу як системного ад'ювантного імуномодулювального засобу на тлі стандартної терапії топічними кортикостероїдами в пацієнток зі СЛВ та лабораторно підтвердженим дефіцитом вітаміну D.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У проспективному дослідженні взяли участь 100 жінок віком від 18 до 70 років із гістологічно підтвердженим діагнозом СЛВ та концентрацією 25-гідроксивітаміну D (25(OH)D) 30 нг/мл. Критеріями виключення були злоякісні новоутворення вульви, системні аутоімунні захворювання у фазі загострення та прийом препаратів вітаміну D протягом попередніх 6 місяців.

Пацієнтки були рандомізовані у дві групи по 50 осіб у кожній:

- контрольна група отримувала стандартну терапію топічним кортикостероїдом клобетазолу пропіонатом 0,05% відповідно до рекомендацій Британської асоціації дерматологів (British Association of Dermatologists): 1 раз на добу протягом 4 тижнів, далі – через день протягом наступних 4 тижнів та 2 рази на тиждень протягом ще 4 тижнів [21];
- основна група додатково отримувала холекальциферол (препарат Олідетрим ви-

М.І. КОВАЛЬЧУК
студентка Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ
ORCID: 0009-0000-1021-6612

Контакти
Дунаєвська Вікторія Вікторівна,
ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України»
04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 8
Тел.: +38(068) 880-27-08
E-mail: dr.viktoriiadunaievska@gmail.com

робництва фармкомпанії Польфарма) у дозі 10 000 МО/добу протягом 12 тижнів із подальшим переходом на підтримувальну дозу 4000 МО/добу.

Тривалість спостереження становила 12 місяців. Оцінка клінічних симптомів (свербіж, біль, печіння) проводилася за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) від 0 до 10 балів. Концентрація 25(OH)D в сироватці венозної крові визначалася методом хемілюмінесцентного імуноаналізу.

Для статистичної обробки даних оцінювалася нормальність розподілу кількісних змінних за допомогою критерію Шапіро-Вілка. Для порівняння незалежних вибірок із нормальним розподілом використовували t-критерій Стьюдента, а за відхилення від нормального – U-критерій Манна-Вітні. Динаміку показників всередині груп визначали за допомогою парного t-критерію Стьюдента. Для аналізу якісних даних застосовували критерій хі-квадрат Пірсона. Усі відмінності вважали статистично значущими за $p < 0,05$.

Усі пацієнтки дали добровільну інформовану згоду на участь у дослідженні. Дослідження виконане згідно з вимогами Гельсінської декларації (Declaration of Helsinki , 2024) Всесвітньої медичної асоціації (World Medical Association) «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження».

РЕЗУЛЬТАТИ

Пацієнтки обох груп були зіставними за віком, індексом маси тіла, тривалістю захворювання та вихідним рівнем 25(OH)D ($p > 0,05$ для всіх вихідних показників).

Через 4 тижні лікування достовірне зменшення вираженості клінічних симптомів (свербежу, болю та печіння) за візуально-аналоговою шкалою спостерігалося в обох групах, однак у жінок основної групи позитивна динаміка була більш вираженою (зниження середнього бала із 7,8 ± 1,2 до 2,1 ± 0,8 порівняно із 7,6 ± 1,3 до 4,5 ± 1,1 у контрольній групі).

Клінічне покращення через 4 тижні лікування достовірно частіше спостерігалося в пацієнток основної групи (84% пацієнток) порівняно з контрольною (56% осіб) (табл. 1). Водночас повна клінічна ремісія була досягнута в 42% пацієнток, які отримували комбіновану терапію, та у 18% жінок контрольної групи.

Динаміку регресії патологічних змін тканин вульви через 12 тижнів застосування комбінованої терапії представлено на рис. 1 і рис. 2. Під час об'єктивного огляду в цих пацієнток фіксувалося зменшення загальної площі гі-



Рисунок 1. Регресія клінічних симптомів СЛВ у пацієнтки В. на фоні стандартної терапії з одночасною корекцією рівня вітаміну D (ліворуч – до початку комбінованого лікування, праворуч – через 12 тижнів)



Рисунок 2. Регресія клінічних симптомів СЛВ у пацієнтки С. на фоні стандартної терапії з одночасною корекцією рівня вітаміну D (ліворуч – до початку комбінованого лікування, праворуч – через 12 тижнів)

Таблиця 1. Порівняння клінічної ефективності лікування в групах спостереження

Показник	Контрольна група (n = 50)	Основна група (n = 50)	p
Клінічне покращення через 4 тижні, n (%)	28 (56%)	42 (84%)	< 0,01
Повна клінічна ремісія через 4 тижні, n (%)	9 (18%)	21 (42%)	< 0,01
Рівень 25(OH)D через 12 тижнів, нг/мл (M ± SD)	22,1 ± 4,3	46,7 ± 6,1	< 0,001
Рецидиви СЛВ протягом 12 місяців, n (%)	19 (38%)	6 (12%)	< 0,01

перкератозу, зникнення вогнищ мацерації, епітелізація мікротріщин та відновлення еластичності слизової оболонки.

Протягом 12 місяців рецидиви СЛВ зафіксовано у 6 (12%) пацієнток основної групи та у 19 (38%) контрольної групи. Водночас клінічні загострення в основній групі мали легший перебіг і потребували коротших курсів місцевої терапії для усунення симптомів. Стійка клінічна ремісія без ознак активного запалення через 12 місяців спостереження підтверджувалася даними об'єктивного огляду пацієнток (рис. 3, рис. 4), що підкреслює довгострокову ефективність запропонованої схеми.

Середня концентрація 25(OH)D після 3 місяців лікування в основній групі досягла значень, що відповідають оптимальному забезпеченню вітаміном D (46,7 ± 6,1 нг/мл), тоді як у контрольній групі цей показник залишався в межах недостатності цього нутрієнта (22,1 ± 4,3 нг/мл). Досягнення цільової концентрації вітаміну D у сироватці крові було пов'язане з більш вираженим гальмуванням процесів склерозування тканин.



Рисунок 3. Регресія клінічних симптомів СЛВ у пацієнтки Б. на фоні стандартної терапії з одночасною корекцією рівня вітаміну D (ліворуч – до початку комбінованого лікування, праворуч – через 12 місяців)



Рисунок 4. Регресія клінічних симптомів СЛВ у пацієнтки О. на фоні стандартної терапії з одночасною корекцією рівня вітаміну D (ліворуч – до початку комбінованого лікування, праворуч – через 12 місяців)

ОБГОВОРЕННЯ

Отримані в процесі дослідження результати демонструють, що додавання холекальциферолу до стандартної терапії топічними кортикостероїдами значно підвищує ефективність лікування СЛВ. Застосування високоактивних кортикостероїдів, зокрема клобетазолу, є основою лікування цієї патології та демонструє високу ефективність у купіруванні симптомів як у дорослих, так і в педіатричній практиці в разі застосування тривалих схем індукції [22]. Однак, попри позитивний клінічний ефект від місцевої терапії, захворювання часто має хронічний прогресувальний перебіг, що серйозно впливає на якість життя пацієнток від дитинства до перименопаузи [23]. Водночас корекція рівня вітаміну D як природного імуномодулятора дає змогу не лише швидше досягти повної клінічної ремісії (42 проти 18% у контрольній групі), але й суттєво знизити частоту рецидивів протягом року спостереження.

Такий синергічний ефект можна пояснити складним патогенезом СЛВ. Ця хвороба тісно асоційована з іншими аутоімунними захворюваннями, поширеність яких сягає 34,6% серед дорослих пацієнток. Зокрема, найчастішими супутніми патологіями є псоріаз, аутоімунний тиреоїдит, червоний плоский лишай та вітиліго [24]. Крім того, у хворих на СЛВ часто виявляють аутоантитіла до щитоподібної залози та парієтальних клітин шлунка, а також зниження рівня вітаміну B_{12} [24]. Дефіцит цинку та вітамінів групи В також розглядається як важливий тригер у контексті інших хронічних запальних захворювань вульви [25]. З огляду на це, системна імуномодулювальна підтримка організму стає логічним кроком у комплексному веденні таких пацієнток.

Відомо, що важливу роль у патогенезі запальних та аутоімунних дерматозів відіграє зв'язок між нутритивним статусом, станом мікробіому та вродженим імунітетом. Водночас нутрієнти виступають одними з ключових регуляторів імунної системи, безпосередньо впливаючи на бар'єрні функції слизових оболонок, шкіри та інтенсивність запальних процесів [26]. Вітамін D, що має виражену імуномодулювальну дію, впливає на сигнальні шляхи макрофагів та дендритних клітин. Це сприяє відновленню епітеліального бар'єра та пригнічує патологічну гіперреактивність Т-клітинної ланки імунітету, яка є підґрунтям ліхеноїдної реакції тканин [18]. Отримані в дослідженні дані підтверджують, що корекція нутритивних дефіцитів може ефективно модулювати місцеві запальні процеси.

Слід зазначити, що клінічні прояви та терапевтичні підходи до лікування СЛВ можуть суттєво варіювати залежно від віку хворих [23]. Водночас незалежно від вікової групи загальною проблемою залишається високий ризик необоротного рубцювання тканин та швидких рецидивів після припинення застосування топічних стероїдів [22, 23]. Оптимальне забезпечення вітаміном D, якого вдалося досягну-

ти в основній групі нашого дослідження, супроводжувалося достовірно більш вираженим гальмуванням процесів склерозування та швидшою епітелізацією мікротріщин.

Отже, отримані результати відкривають нові перспективи в довгостроковому веденні пацієнток зі СЛВ через застосування аналогів вітаміну D як ад'ювантної терапії. Розглянута комбінована терапія формує сприятливий імунологічний фон, що дає змогу не лише покращити безпосередні клінічні результати, але й забезпечити стійку ремісію. Зважаючи на системний характер захворювання та високу частоту супутніх метаболічних та імунних порушень, такий підхід виглядає патогенетично обґрунтованим і безпечним для подальшого впровадження в клінічну практику.

ВИСНОВКИ

Комбінована терапія СЛВ, що охоплює топічний клобетазолу пропіонат та системну корекцію дефіциту вітаміну D, демонструє статистично значущу перевагу над стандартним лікуванням, забезпечуючи швидший регрес клінічних симптомів у більшості пацієнток. Досягнення цільової концентрації 25(OH)D у сироватці крові дає змогу збільшити частоту повної клінічної ремісії до 42% та суттєво знизити кількість рецидивів захворювання протягом першого року спостереження. Нормалізація нутритивного статусу препаратом Олідетрим створює сприятливий фон для відновлення еластичності слизової оболонки та гальмування дермального склерозу, що мінімізує потребу в повторних тривалих курсах місцевих кортикостероїдів. Зважаючи на високий імуномодулювальний потенціал холекальциферолу, обстеження щодо дефіциту вітаміну D та корекція його концентрації можуть бути обґрунтованими кроками в комплексному веденні хворих на СЛВ.

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Xie X, Wu K.
Advances in the pathogenesis of vulvar lichen sclerosus. Mol Biol Rep. 2024 Mar 7;51(1):396.
DOI: 10.1007/s11033-024-09318-7
2. Melnick LE, Steuer AB, Bieber AK, Wong PW, Pomeranz MK.
Lichen sclerosus among women in the United States. Int J Womens Dermatol. 2020 May 8;6(4):260-262.
DOI: 10.1016/j.ijwd.2020.05.001
3. Corazza M, Schettini N, Zedde P, Borghi A.
Vulvar Lichen Sclerosus from Pathophysiology to Therapeutic Approaches: Evidence and Prospects. Biomedicines. 2021 Aug 3;9(8):950.
DOI: 10.3390/biomedicines9080950
4. Day T, Mauskar M, Selk A.
Lichen sclerosus: ISSVD practical guide to diagnosis and management. Admedic, 2024.
DOI: 10.59153/adm.ls.001
5. Kumar KS, Morrel B, van Hees CLM, van der Toorn F, van Dorp W, Mendels EJ.
Comparison of lichen sclerosus in boys and girls: A systematic literature review of epidemiology, symptoms, genetic background, risk factors, treatment, and prognosis. Pediatr Dermatol. 2022 May;39(3):400-408.
DOI: 10.1111/pde.14967
6. Conte S, Daraj Mohamed S, Shergill M, Yacovelli A, Johnston L, Starkey S, et al.
Treatment Modalities for Genital Lichen Sclerosus: A Systematic Review. Dermato, 2024;4(4), 136-172.
DOI: 10.3390/dermato4040014
7. De Luca DA, Papara C, Vorobyev A, Staiger H, Bieber K, Thaçi D, Ludwig RJ.
Lichen sclerosus: The 2023 update. Front Med (Lausanne). 2023 Feb 16;10:1106318.
DOI: 10.3389/fmed.2023.1106318.
8. Bleeker MC, Visser PJ, Overbeek LI, van Beurden M, Berkhof J.
Lichen Sclerosus: Incidence and Risk of Vulvar Squamous Cell Carcinoma. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2016 Aug;25(8):1224-30.
DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-16-0019
9. Cooper SM, Madnani N, Margesson L.
Reduced Risk of Squamous Cell Carcinoma With Adequate Treatment of Vulvar Lichen Sclerosus. JAMA Dermatol. 2015 Oct;151(10):1059-60.
DOI: 10.1001/jamadermatol.2015.0644
10. Gallio N, Preti M, Jones RW, Borella F, Woelber L, Bertero L, et al.
Differentiated vulvar intraepithelial neoplasia long-term follow up and prognostic factors: An analysis of a large historical cohort. Acta Obstet Gynecol Scand. 2024 Jun;103(6):1175-1182.
DOI: 10.1111/aogs.14814
11. Pyle HJ, Evans JC, Artami M, Raj P, Sridharan S, Arana C, et al.
Assessment of the Cutaneous Hormone Landscapes and Microbiomes in Vulvar Lichen Sclerosus. J Invest Dermatol. 2024 Aug;144(8):1808-1816.e11.
DOI: 10.1016/j.jid.2024.01.027
12. Pagan L, Huisman BW, van der Wurff M, Naafs RGC, Schuren FHJ, Sanders IMJG, et al.
The vulvar microbiome in lichen sclerosus and high-grade intraepithelial lesions. Front Microbiol. 2023 Nov 29;14:1264768.
DOI: 10.3389/fmicb.2023.1264768
13. Singh N, Mishra N, Ghatage P.
Treatment Options in Vulvar Lichen Sclerosus: A Scoping Review. Cureus. 2021 Feb 24;13(2):e13527.
DOI: 10.7759/cureus.13527
14. Borghi A, Flacco ME, Zedde P, Toni G, Schettini N, Corazza M.
Does Clearance of Vulvar Lichen Sclerosus after a Corticosteroid Treatment Correspond to a Decrease in Disease-Related Burden? Results from a Cohort Study Using Pictorial Representation of Illness and Self-Measure and the Dermatology Life Quality Index. Dermatology. 2023;239(1):81-90.
DOI: 10.1159/000526257
15. Wijaya M, Lee G, Fischer G, Lee A.
Quality of Life in Vulvar Lichen Sclerosus Patients Treated With Long-Term Topical Corticosteroids. J Low Genit Tract Dis. 2021 Apr 1;25(2):158-165.
DOI: 10.1097/LGT.0000000000000599
16. Wu M, Kherlopian A, Wijaya M, Fischer G.
Quality of life impact and treatment response in vulval disease: Comparison of 3 common conditions using the Vulval Quality of Life Index. Australas J Dermatol. 2022 Nov;63(4):e320-e328.
DOI: 10.1111/ajd.13898
17. Johnson CR, Thacher TD.
Vitamin D: immune function, inflammation, infections and auto-immunity. Paediatr Int Child Health. 2023 Nov;43(4):29-39.
DOI: 10.1080/20469047.2023.2171759
18. Swenson CW, Schimpf MO, Menees SB, Haefner HK, Berger MB.
Comparison of Serum Vitamin D Levels in Relation to Bowel and Bladder Symptoms in Women with Vulvar Diseases. Int J Vitam Nutr Res. 2020 Jun;90(3-4):266-272.
DOI: 10.1024/0300-9831/a000527
19. Artusa P, White JH.
Vitamin D and its analogs in immune system regulation. Pharmacol Rev. 2025 Mar;77(2):100032.
DOI: 10.1016/j.pharmr.2024.100032
20. Grant WB, Wimalawansa SJ, Pludowski P, Cheng RZ.
Vitamin D: Evidence-Based Health Benefits and Recommendations for Population Guidelines. Nutrients. 2025 Jan 14;17(2):277.
DOI: 10.3390/nu17020277
21. Lewis FM, Tatnall FM, Velangi SS, Bunker CB, Kumar A, Brackenbury F, et al.
British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus, 2018. Br J Dermatol. 2018 Apr;178(4):839-853.
DOI: 10.1111/bjd.16241
22. Boero V, Caia C, Mastrangelo M, Accomasso F, Restelli E, Cavalli R, et al.
Pediatric Vulvar Lichen Sclerosus: Is a One-Size-Fits-All Prolonged Induction Therapeutic Regimen Effective? A Referral Center Experience. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2026 Apr;39(2):178-183.
DOI: 10.1016/j.jpag.2025.12.005
23. Di Giuseppe J, Delli Carpini G, Giannella L, Terenzi T, Fichera M, Ragno F, et al.
A Longitudinal Multiinstitutional Study of Vulvar Lichen Sclerosus: From Childhood to Perimenopause. J Low Genit Tract Dis. 2024 Jul 1;28(3):276-281.
DOI: 10.1097/LGT.0000000000000816
24. Guttentag A, Wijaya M, Fischer GO, Lee A, Liu K, Saunderson RB.
A Guide to Screening for Autoimmune Diseases in Patients With Vulvar Lichen Sclerosus. Australas J Dermatol. 2025 May;66(3):135-141.
DOI: 10.1111/ajd.14434
25. Sand FL, Thomsen SF.
Skin diseases of the vulva: inflammatory, erosive-ulcerating and apocrine gland diseases, zinc and vitamin deficiency, vulvodynia and vestibulodynia. J Obstet Gynaecol. 2018 Feb;38(2):149-160.
DOI: 10.1080/01443615.2017.1328590
26. Nobs SP, Zmora N, Elinav E.
Nutrition Regulates Innate Immunity in Health and Disease. Annu Rev Nutr. 2020 Sep 23;40:189-219.
DOI: 10.1146/annurev-nutr-120919-094440

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ВІТАМІНУ D У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СКЛЕРОЗУВАЛЬНОГО ЛИШАЮ ВУЛЬВИ

В.В. Дунаєвська, д. мед. н., старша наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ.
Л.В. Калугіна, д. мед. н., професорка, провідна наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професорка, чл.-кор. НАМН України, заступниця генерального директора, завідувачка відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
В.С. Сольський, к. мед. н., старший науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ
Р.О. Мневець, аспірант відділення ендокринної гінекології, ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України»; асистент кафедри внутрішньої медицини ННЦ «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ
М.І. Ковальчук, студентка Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Обґрунтування. З огляду на часті рецидиви склерозувального лишаю вульви (СЛВ) та поширену резистентність до лікування, пошук нових патогенетично обґрунтованих терапевтичних опцій для покращення перебігу цього стану та зменшення частоти загострень є вкрай актуальним завданням сучасної клінічної медицини.

Мета дослідження: оцінити клінічну ефективність застосування холекальциферолу як системного ад'ювантного імуномодулювального засобу на тлі стандартної терапії топічними кортикостероїдами в пацієнток зі СЛВ та лабораторно підтвердженим дефіцитом вітаміну D.
Матеріали та методи. Проспективне дослідження охоплювало 100 жінок віком від 18 до 70 років із верифікованим діагнозом СЛВ та сироватковим рівнем 25-гідроксивітаміну D менше ніж 30 нг/мл. Контрольна група (n = 50) отримувала стандартну монотерапію топічним кортикостероїдом 0,05% клобетазолу пропіонатом. Основна група (n = 50) додатково приймала препарат холекальциферолу перорально в дозі 10 000 МО/добу протягом 12 тижнів із переходом на підтримувальну дозу 4000 МО/добу. Тривалість спостереження становила 12 місяців, протягом яких оцінювалась інтенсивність симптомів за візуально-аналоговою шкалою та фіксувалися об'єктивні зміни тканин.
Результати. Комбінований підхід продемонстрував статистично значущу перевагу. Уже через чотири тижні в основній групі фіксувалося набагато стрімкіше зниження балів інтенсивності симптомів за візуально-аналоговою шкалою. Повна клінічна ремісія була досягнута в 42% пацієнток основної групи порівняно з 18% у контрольній. За підсумками одного року спостереження частота рецидивів становила 12% в основній групі проти 38% у контрольній. Об'єктивний огляд підтвердив значно активніше відновлення еластичності уражених тканин, швидку епітелізацію наявних мікротріщин та стійку регресію гіперкератозу на тлі досягнення цільової концентрації вітаміну D.
Висновки. Нормалізація нутритивного статусу достовірно уповільнює патологічне прогресування специфічного дермального склерозу та ефективно потенціює дію місцевих кортикостероїдів. Тривале застосування холекальциферолу формує сприятливий імунологічний фон, що критично знижує загальну частоту рецидивів СЛВ та сприяє регенерації плоского епітелію. Профілактичні дослідження на наявність дефіциту вітаміну D та його подальшу корекцію доцільно інтегрувати в тактику лікування пацієнток зі СЛВ.

Ключові слова: склерозувальний лишай вульви, вітамін D, холекальциферол, топічні кортикостероїди.

CLINICAL EXPERIENCE OF THE USE OF VITAMIN D IN THE COMPLEX TREATMENT OF VULVAR LICHEN SCLEROSUS

V.V. Dunaievska, DSc, senior researcher, Endocrine Gynecology Department, SI "Ukrainian Center of Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine", Kyiv
L.V. Kalugina, DSc, professor, leading researcher, Endocrine Gynecology Department, SI "Ukrainian Center of Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine"; chief researcher, Department of Reproductive Health, SSI "Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine", Kyiv
T.F. Tatarchuk, DSc, professor, corresponding member of the NAMS of Ukraine, deputy general director, head of the Endocrine Gynecology Department, SI "Ukrainian Center of Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine"; chief researcher, Department of Reproductive Health of SSI "Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine", Kyiv
V.S. Solskyi, PhD, senior research fellow, Department of Endocrine Gynecology, SI "Ukrainian Center for Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine", Kyiv, Ukraine
R. O. Mnevets, postgraduate student, Endocrine Gynecology Department, SI "Ukrainian Center of Maternity and Childhood of the NAMS of Ukraine"; assistant, Department of Internal Medicine, Educational and Scientific Center "Institute of Biology and Medicine", Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv
M.I. Kovalchuk, student, Bogomolets National Medical University, Kyiv

Background. Given the frequent relapses of vulvar lichen sclerosus (VLS) and widespread resistance to treatment, the search for new pathogenetically grounded therapeutic options aimed at improving disease course and reducing the frequency of exacerbations is an urgent task of modern clinical medicine.
Objective of the study: to evaluate the clinical efficacy of cholecalciferol as a systemic adjuvant immunomodulatory agent in addition to standard therapy with topical corticosteroids in patients with VLS and laboratory-confirmed vitamin D deficiency.
Materials and methods. This prospective study included 100 women aged 18 to 70 years with a verified diagnosis of VLS and serum 25-hydroxyvitamin D levels below 30 ng/mL. The control group (n = 50) received standard monotherapy with topical corticosteroids clobetasol propionate 0.05%. The intervention group (n = 50) additionally received oral cholecalciferol at a dose of 10,000 IU/day for 12 weeks, followed by a maintenance dose of 4,000 IU/day. The follow-up period lasted 12 months, during which symptom severity was assessed using a visual analogue scale, and objective tissue changes were recorded.
Results. The combined approach demonstrated a statistically significant advantage. Already after four weeks, a markedly faster reduction in visual analogue scale symptom scores was observed in the intervention group. Complete clinical remission was achieved in 42% of patients in the intervention group compared with 18% in the control group. After one year of follow-up, the relapse rate was 12% in the intervention cohort versus 38% in the control group. Objective examination confirmed significantly more active restoration of the elasticity of affected tissues, rapid epithelialization of existing microfissures, and sustained regression of hyperkeratosis under conditions of achieving target vitamin D concentrations.
Conclusions. Normalization of nutritional status significantly slows the pathological progression of dermal sclerosis and effectively enhances the action of topical corticosteroids. Long-term cholecalciferol administration creates a favorable immunological milieu, which substantially reduces the overall relapse rate and promotes regeneration of squamous epithelium. Screening for vitamin D deficiency and its subsequent correction should be integrated into the management strategy for patients with VLS.

Keywords: vulvar lichen sclerosus, vitamin D, cholecalciferol, topical corticosteroids.