

TOMASZ F. MROCKOWSKI,
LARRY E. MILLIKAN, LAWRENCE CHARLES PARISH

GENITAL AND PERIANAL DISEASES

A COLOR HANDBOOK

Tomasz F. Mroczkowski, MD

Professor of Dermatology
Tulane University School of Medicine and Associate Professor
of Research Louisiana State University School of Medicine
New Orleans, Louisiana, USA

Larry E. Millikan, MD

Emeritus Professor and Chairman of Dermatology
Tulane University School of Medicine
New Orleans, Louisiana, USA

Lawrence Charles Parish, MD, MD(Hon)

Clinical Professor of Dermatology and Cutaneous Biology
Director of the Jefferson Center for International Dermatology
Jefferson Medical College of Thomas Jefferson University
Philadelphia, Pennsylvania, USA

 **CRC Press**
Taylor & Francis Group

ТОМАС Ф. МРОЧКОВСКИ,
ЛАРРИ Э. МИЛЛИКАН, ЛОУРЕНС ЧАРЛЬЗ ПАРИШ

ГЕНИТАЛЬНЫЕ И ПЕРИАНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Перевод с английского
под редакцией профессора В.А. Молочкова



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПСИХОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Адам Райх и Яцек С. Сцепитовски

- Урогенитальный болевой синдром
- Вульводиния (вестибулодиния)
- Другие урогенитальные болевые синдромы
- Зуд заднего прохода
- Венерофобия
- Нанесение самоповреждений половых органов

Урогенитальный болевой синдром

Кожные дизестезии или болевые синдромы, связанные с воздействием психологических факторов, характеризуются болью, которая является преобладающим проявлением заболевания, воспринимается пациентом как клинически значимая, причиняет страдания и приводит к профессиональной и социальной дезадаптации. В то же время боль не может быть объяснена соматическим заболеванием или психическим нарушением [1]. Среди них наиболее изучена вульводиния.

Вульводиния (вестибулодиния)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Вульводиния — болевой синдром в области наружных половых органов неопределенной этиологии, характеризующийся преходящей или постоянной болью или чувством дискомфорта (жжение, покалывание, болезненная чувствительность) в области наружных половых органов продолжительностью не менее 6 мес [2]. Вульводиния может быть локализованной (ограниченной конкретным участком вульвы) или генерализованной (захватывающей все наружные половые органы). Проявления вульводинии могут быть спровоцированными (обычно вызванными неболевыми раздражителями, например, прикосновением или надавливанием) или спонтанными [2].

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Этиология вульводинии остается необъяснимой. Связь между вульводинией и ЗППП отсутствует [3]. Ранее считалось, что это состояние может иметь психогенное происхождение. Однако более поздние исследования продемонстрировали, что женщины с вульводинией часто удовлетворены супружескими отношениями и психологически сопоставимы с женщинами без этой проблемы, а насилие в отношении этих женщин проявляется не чаще, чем по отношению к остальным [3]. С другой стороны, появлялись сообщения о том, что начало вульводинии во взрослом возрасте имеет выраженную связь с частым насилием, перенесенным в детском возрасте, физического или сексуального характера.

Интересно, что у женщин с вульводинией отмечается усиление пролиферации нейронов и ответвлений в вульве по сравнению с образцами тканей здоровых представительниц контрольной группы.

У женщин с вульводинией также более вероятно изменение сократительной способности мышц тазового дна. Женщины с вульводинией не только более чувствительны к прикосновениям в вестибулярной области, у них также отмечается снижение порога болевой чувствительности на периферии вульвы. Эти изменения в патогенезе вульводинии все еще требуют дальнейшего исследования, однако вульводиния, судя по всему, может считаться одной из форм нейропатического болевого синдрома. Недавно было высказано предположение, что измененный иммунореспонсивный ответ на аллергическую реакцию, вызванную воздействием факторов окружающей среды, может создать условия, предрасполагающие к развитию вульводинии.

Точную распространенность вульводинии установить трудно, поскольку это патологическое состояние представляет собой диагноз исключения

и специфические тесты, способные подтвердить его наличие, отсутствуют. В то же время на основании данных некоторых исследований, изучающих проявления вульводинии, можно оценить частоту ее встречаемости среди женщин, принимавших участие в исследовании, в 4–7%. При этом повсеместная распространенность данного заболевания составляет приблизительно 9–18% [4, 5]. Вульводиния может начаться в любом возрасте. Однако большинство женщин отмечают появление этого нарушения между 20 и 50 годами [3]. У женщин, страдающих вульводинией, отмечается большая распространенность других состояний, связанных с воздействием психогенных факторов. Так, у них чаще встречаются синдром хронической усталости [отношение шансов (ОШ) 2,78–3,19], фибромиалгия (ОШ 2,15–3,84), депрессия (ОШ 1,46–2,99) и синдром раздраженного кишечника (ОШ 1,86–3,11) [6].

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

У некоторых женщин симптомы вульводинии начинаются в детстве или во время первого полового контакта, в то время как у остальных жалобы появляются после нескольких лет безболезненных сексуальных отношений [3].

Боль часто описывается как чувство жжения, однако также может быть острой, колющей и даже зудящей [3]. Многие женщины сообщают о возникновении боли во время введения тампона, полового акта или гинекологического осмотра. Пациентки признаются, что из-за боли бывают вынуждены сокращать продолжительность сексуального контакта или даже отказываться от него. Боль может начаться внезапно, под воздействием провоцирующего фактора, а исчезает постепенно. Иногда женщины с вульводинией жалуются на то, что боль и чувство дискомфорта сохраняются в течение нескольких часов или дней после полового контакта или гинекологического осмотра. Степень выраженности боли может варьировать от умеренной до сильной. Клинически область, в которой возникла боль, выглядит неизменной, но иногда может наблюдаться слабое покраснение или отечность.

У многих женщин отмечается связь с мочевыми симптомами (частое мочеиспускание, раздраженный мочевой пузырь) на фоне отсутствия признаков инфекции. Как правило, выраженность симптомов вульводинии усиливается при половом контакте, ношении тесной одежды, прикосновениях партнера, езде на велосипеде, использовании тампонов или продолжительном сидении. Облегчить проявления вульводинии могут ношение свободной одежды, отсутствие нижнего белья, прикладывание льда к месту болезненности, отвлекающие мероприятия или отдых [3].

ДИАГНОСТИКА

Диагноз вульводинии ставится на основании данных анамнеза и при отсутствии задокументированного подтверждения инфекционных и дермато-

логических причин возникновения подобных симптомов. У большинства женщин отмечается болезненность при мягком надавливании ватным тампоном на наружные половые органы, вход во влагалище или девственную плеву [2]. Важно отметить, что вульводиния — диагноз исключения. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с аллергическим вульвитом (проявляется раздражением и/или покраснением, жжением или зудом вульвы после воздействия аллергена), хроническим кандидозным вульвовагинитом (покраснение, отек и/или белые выделения с положительной микологической реакцией вульвы), красным плоским лишаем (белые сетчатые поражения на слизистых оболочках), а также СЛ, синдромом пудендального канала (односторонней генитальной болью, часто усиливающейся при сидении), вагинизмом (наличием спазма мышц тазового дна, усиливающегося при осмотре), атрофией вульвы (бледная истонченная слизистая оболочка) и внутриэпителиальной неоплазией вульвы [3].

Тест с использованием ватного тампона может помочь в установке правильного диагноза. Применяют мягкое надавливание тампоном [на глубину около 5 мм (0,2 дюйма)] в нескольких местах преддверия вульвы [3]. Надавливание вызывает чувство дискомфорта или боли практически у всех женщин с вульводинией [3]. Тест с использованием ватного тампона считается положительным, если обследуемая женщина оценивает интенсивность боли не менее чем в 4 балла по 10-балльной визуальной аналоговой шкале [7]. Недавно для оказания помощи в диагностике вульводинии был предложен стандартизированный тест введения и удаления тампона. Этот тест способен воспроизвести боль, альтернативную боли при половом контакте [7]. Тест с тампоном представляет собой надежный инструмент с высоким уровнем достоверности, который в дальнейшем может быть использован для клинических испытаний, оценивающих эффективность лечения вульводинии [7].

ЛЕЧЕНИЕ

На сегодняшний день имеется недостаточно данных об эффективности применения различных методов лечения вульводинии. Некоторые авторы считают терапией выбора назначение трициклических антидепрессантов в комбинации с местным использованием геля с лигнокаином[®]. Однако недавние рандомизированные проспективные клинические испытания не подтвердили эффективность применения низких доз amitриптилина, классического трициклического антидепрессанта, в уменьшении боли у женщин с вульводинией. В качестве альтернативы можно попытаться использовать прегабалин или габапентин для облегчения или снижения боли при вульводинии. Есть данные об эффективности применения этих препаратов в лечении нейропатической боли [3, 8].

Пациенткам с вульводинией также может помочь психотерапия. Когнитивное поведенческое лечение, особенно направленное на терапевтический подход, включающий изучение и практическое применение конкретных приемов и методов саморегуляции, помогающих справиться с болью, демонстрирует стойкое снижение болезненности вульвы во время полового акта. Кроме того, для помощи пациенткам в восстановлении контроля над мускулатурой тазового дна могут использоваться биологическая обратная связь и специальная гимнастика [3]. Некоторый положительный эффект может быть получен при применении иглоукалывания. Перинеопластика или вестibuлэктомия с удалением участков гиперчувствительной ткани и заменой слизистой оболочкой влагалища должна рассматриваться как резервный вариант для женщин с тяжелой вульводинией, не поддающейся другому лечению [3].

Другие урогенитальные болевые синдромы

У мужчин боль в половых органах обычно возникает в яичках или промежности, реже встречается изолированная боль в половом члене [1]. Пациенты часто жалуются на чувство сдавливания, тянущую боль, иногда иррадирующую в яички, жжение в дистальном отделе уретры или ощущение давления на крестец [1]. Эти симптомы могут сопровождаться снижением полового влечения, невротизацией, компульсивностью поведения или супружескими проблемами. Дифференциальная диагностика проводится с воспалением предстательной железы, неоплазией яичка (если боль односторонняя) или поражением нервных корешков L1 и L2. Кроме того, необходимо исключить рожистое воспаление полового члена, баланопостит, кавернит, уретрит и болезнь Пейрони [1].

Анодиния (аноректальная боль) наиболее часто встречается в сочетании с другими болевыми синдромами, такими как вульводиния или фаллодиния, но иногда может наблюдаться изолированно. Доминирующим симптомом выступает постоянная интенсивная боль, которая не может быть объяснена физическим состоянием. Вызванная воздействием психогенных факторов боль в прямой кишке может сохраняться даже во время диагностической спинальной или эпидуральной анестезии [1].

Зуд заднего прохода

ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Зуд заднего прохода определяется как интенсивный хронический зуд, затрагивающий перианальную область. Этиология зуда разнообразна и включает перианальное загрязнение фекалиями, различные дерматоло-

гические состояния, такие как СЛ, атопический дерматит, красный плоский лишай, контактный дерматит, себорейный дерматит, псориаз или инверсные угри. Помимо этого, играют роль факторы питания (употребление кофе, шоколада, томатов, цитрусовых, коровьего молока, алкоголя, орехов или специй), а также инфекции и инвазии, такие как энтеробиоз, чесотка, педикулез, кандидоз, дерматофитоз, инфекции, вызываемые β -гемолитическим стрептококком, золотистым стафилококком, эритразма, генитальные бородавки или генитальный герпес. К этиологическим факторам можно отнести употребление лекарственных препаратов (кофеина, колхицина[®], гемцитабина или хинидина), а также заболевания желудочно-кишечного тракта, такие как выпадение прямой кишки, хроническая диарея, хронический запор, недержание мочи и кала, геморрой, анальная папиллома, анальная трещина, анальный свищ или абсцесс. Существенное влияние оказывают чрезмерное очищение или местное применение раздражающих агентов, а также такие системные заболевания, как сахарный диабет, целиакия, железодефицитная анемия, гипербилирубинемия, лейкомия, апластическая анемия, гипертиреоз. Определенную роль играют новообразования (болезнь Боуэна, экстрамаммарная болезнь Педжета, плоскоклеточный рак или колоректальный рак), а также психологические факторы (депрессии, беспокойство или стресс) [9–13]. В целом в литературе описано более 100 причинных факторов [9]; однако у четверти пациентов не выявляется ни одного из вышеперечисленных состояний. В таком случае зуд заднего прохода считается идиопатическим [9]. Важно отметить, что независимо от этиологии в результате расчесывания зудящих участков возникает распространение. Таким образом, хронические патологические изменения сохраняются, даже если первоначальный фактор перестает воздействовать [12].

По оценкам, около 1–5% всего населения может страдать от зуда заднего прохода. У мужчин заболевание встречается в 4 раза чаще и в основном проявляется в возрасте от 40 до 60 лет [9]. Анальный зуд по частоте встречаемости занимает второе (после геморроя) место среди самых распространенных наблюдаемых доброкачественных заболеваний заднего прохода [10].

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Осмотр промежности может выявить широкий диапазон нарушений в зависимости от их этиологии, но, даже если у пациента наблюдается выраженный зуд, промежность и задний проход могут выглядеть нормально. Когда зуд заднего прохода переходит в хроническую форму, перианальная область, как правило, выглядит лихенизированной, что проявляется мелкими трещинами на белом фоне (табл. 26.1) [10].

Таблица 26.1. Клинические стадии зуда заднего прохода (адаптировано из Kuehn и соавт. [10])

Стадия I — начальная	Отсутствие поражений при осмотре, однако пациент испытывает болезненность при пальпации или аноскопии (другие состояния должны быть исключены)
Стадия II — умеренная	Отмечается красная сухая кожа, иногда переходящая в мокнущую, с поверхностными круглыми поражениями и продольными поверхностными трещинами
Стадия III — выраженная	Отмечается покрасневшая влажная кожа с поверхностными язвами и следами расчесов на бледных белесых участках с отсутствием волос
Стадия IV — хроническая	Кожа бледная, белесая, утолщенная, сухая, кожистая, без волос и при отсутствии поверхностных язв и следов расчесов

ДИАГНОСТИКА

Диагноз зуда заднего прохода основывается на жалобах пациента. Каждый пациент, обращающийся с жалобами на анальный зуд, должен подвергнуться тщательному сбору анамнеза и медицинскому осмотру с целью обнаружения этиологических факторов. История болезни должна включать данные о сопутствующих заболеваниях, принимаемых лекарствах, диетических пристрастиях и гигиенических привычках. Детальный осмотр анальной и перианальной областей может выявить анатомические нарушения, кожные заболевания, признаки инфекции или инвазии. Полный осмотр всего тела позволяет поставить диагноз кожных или инфекционных заболеваний, затрагивающих другие части тела. Многим пациентам для постановки правильного диагноза показано проведение более специфических исследований [10]. Микроскопия и посев на специфические среды для бактериальных и грибковых возбудителей должны проводиться для подтверждения инфекционной этиологии зуда заднего прохода. Осмотр при помощи лампы Вуда может способствовать постановке диагноза эритразмы. Аноскопия помогает выявить более глубокие анальные поражения. При необходимости возможно проведение биопсии кожи, как пораженных, так и соседних нормальных участков [10, 13]. Кроме этого, у многих пациентов с зудом заднего прохода отмечается положительная реакция при проведении теста на контактные аллергены.

ЛЕЧЕНИЕ

Если это возможно, необходимо в первую очередь лечить причину заболевания. Пациент должен быть проинформирован о необходимости регулярной дефекации, правильного туалета после дефекации и предупреждении использования материалов, которые могут вызвать раздражение, — отбе-

ленной или ароматизированной туалетной бумаги и мыла. Область заднего прохода должна быть сухой, например просушенной при помощи мягкой ткани или с использованием фена. Необходимо исключить трение или растирание анальной области [13]. Пациентам рекомендуется ношение свободной одежды из натуральных материалов и отказ от длительного сидения.

Более специфическое лечение, как правило, включает назначение смягчающих средств, кортикостероидов и капсаицина [14]. Кожные барьерные средства, такие как цинка оксид для местного применения или смягчающие вещества, могут и самостоятельно способствовать уменьшению зуда, но часто используются в качестве основы для приготовления мазей. Кортикостероиды для местного применения могут помочь разрушить порочный цикл «зуд–расчесывание» [13, 15]. Полезно проведение туалета перианальной области.

Венерофобия

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Венерофобия представляет собой постоянную и чрезмерную озабоченность со страхом или уверенностью в наличии у себя ИППП без достаточных физических оснований для этого [1]. Иногда страх заражения касается какой-либо конкретной инфекции, например, СПИДа или сифилиса.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Пациент боится заболеть или убежден в наличии у себя ЗППП. Этот страх или убежденность присутствуют, несмотря на отрицательные результаты диагностических тестов и попытки врача убедить пациента в отсутствии инфекции. Заболевание может быть вызвано травмирующим жизненным событием, например смертью близкого родственника.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика основывается на сборе анамнеза и данных медицинского осмотра. При необходимости проводятся стандартные процедуры для исключения ЗППП. Для постановки диагноза венерофобии рекомендована консультация психиатра.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение зависит от наличия сопутствующих психиатрических симптомов. Оно включает психотерапию, иногда в комбинации с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина или трициклическими антидепрессантами, если присутствует депрессия или тревожность, или нейролептиками, когда расстройства представлены в виде психотических симптомов [1].

Нанесение самоповреждений половых органов

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Нанесение самоповреждений включает все самокалечащие действия, которые приводят напрямую или опосредованно к клинически значимым повреждениям организма без прямого суицидального умысла [1]. Детальная характеристика различных форм нанесения самоповреждений представлена в табл. 26.2.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Наиболее часто отмечается нанесение себе механических травм, хотя также встречается инфекционное или токсическое поражение (рис. 26.1, 26.2). У субъектов членовредительства описан целый ряд психических расстройств: расстройства личности, эмоционально неустойчивые расстройства личности пограничного типа, нарцисстические расстройства личности, драматические расстройства личности, асоциальные расстройства личности, зависимостные расстройства личности. К ним также относятся депрессивные, тревожные, навязчивые и посттравматические стрессовые расстройства [1]. Распространенность поддельных нарушений, в том числе нанесение самоповреждений половым органам, в общей популяции оценивается в 0,05–0,4% [1].



Рис. 26.1. Самостоятельно вызванный дерматит с утолщением вульвы вследствие хронического расчесывания, вызванного психогенным зудом



Рис. 26.2. Экзематозные кожные поражения у мужчины с навязчивым мытьем. [Предоставлено доктором Уве Гиеле (Uwe Gieler), Гисен, Германия]

Таблица 26.2. Различные формы нанесения самоповреждений в области половых органов

Тип самоповреждения	Определение	Симптомы
Дерматологические искусственные (рукотворные) нарушения (ранее: артифициальный дерматит)	Самоповреждения рассматриваются как «призыв о помощи», когда пациент сталкивается с различными ежедневными стрессовыми факторами	Пациенты обычно отрицают нанесение повреждений самому себе. Типичный анамнез: внезапное появление полного развития поражений без каких-либо продромальных симптомов
Обсессивно-компульсивные расчесы (ранее: невротические расчесы)	Повреждения наносятся пациентами, страдающими перфекционизмом, обсессивно-компульсивными расстройствами или депрессией	Поражения (чаще всего различные формы ссадин) могут приводить к развитию кожных дизестезий (например, зуда) или побуждают к расчесыванию при обнаружении малейших кожных изменений
Синдром Мюнхгаузена (больничная зависимость)	Поражения наносятся с целью получения помощи медицинских работников	Пациенты посещают различные больницы с драматичными и неправдивыми историями о разнообразных заболеваниях (кожные поражения являются только одним из возможных проявлений, другие жалобы представлены рецидивирующей абдоминальной болью, неврологическими симптомами, геморрагиями различного происхождения, и т.д.). Пациенты обычно представляют собой асоциальные личности
Симуляция болезни или инвалидности	Полностью сознательно созданное повреждение с целью получения определенной внешней выгоды (финансовой компенсации, раннего выхода на пенсию и т.д.)	Различная морфология поражений, обычно не соответствующая описанию пациентом течения болезни и не согласующаяся ни с одним известным заболеванием. Иногда пациенты могут умышленно ухудшать имеющееся состояние (например, псориаз, атопическую экзему)
Дерматологическая патомимия	Намеренная или неосознанная имитация кожных заболеваний (может быть формой имитируемого расстройства или симуляции)	Пациенты имитируют свое первоначальное дерматологическое заболевание путем воспроизведения естественных механизмов заболевания или вмешательством в ход лечения

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Как подчеркивают Харт (Harth) и соавт. [1], «типичными» являются атипичные проявления, как правило, пациенты причиняют себе повреждения в нетипичных местах. В свою очередь, поражения имеют нетипичную морфологию и гистологические особенности. Пациенты могут не реагировать на лечение, которое должно быть результативным (рис. 26.3). Самостоятельно созданные поражения также могут морфологически имитировать большинство заболеваний кожи и слизистых оболочек (рис. 26.4). Пациенты с дерматологическими поддельными нарушениями выражают изумление при виде кожных поражений и не в состоянии дать внятного объяснения того, как они появились и как происходило их развитие. При симуляции поражения могут быть похожими, но они являются умышленными и полностью осознанными. Иногда поражения напоминают хорошо известные дерматологические состояния, при условии что пациент способен воспроизвести естественный механизм заболевания (дерматологическая патомимия).



Рис. 26.3. Следы обсессивно-компульсивных расчесов с глубокими шрамами в перианальной области. [Предоставлено доктором Уве Гиеле (Uwe Gieler), Гисен, Германия]



Рис. 26.4. Самостоятельно нанесенная травма, представляющая собой маленькую язву (указано стрелкой), имитирующая инфекционную язву гениталий. [Предоставлено доктором Алиной Или (Alina Ilie), Бухарест, Румыния]

ДИАГНОСТИКА

Диагноз основывается на клинических проявлениях и детальном сборе анамнеза. В большинстве случаев самостоятельно причиненных травм необходима консультация психиатра или психолога для постановки диагноза основного психического расстройства. Иногда пациенты должны наблюдаться в течение длительного времени для документального подтверждения склонности к нанесению самоповреждений.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Самоповреждения в области гениталий сопровождаются многочисленными стойкими осложнениями. Многие пациенты испытывают трудности при сексуальных контактах, включая диспареунию у женщин. Могут наблюдаться рецидивирующие инфекции мочевых путей или нарушения мочеиспускания. У женщин отмечаются проблемы с менструациями или дисменорея. Также возможно возникновение серьезных акушерских осложнений, включая травмы сфинктера заднего прохода или инфекционные осложнения (рис. 26.5). У некоторых пациентов в результате нанесения самоповреждений могут формироваться глубокие шрамы, кисты или абсцессы (рис. 26.6, 26.7).



Рис. 26.5. Стойкое повреждение женских наружных половых органов вследствие многократно повторяющегося введения различных жидкостей в большие половые губы у пациентки с синдромом нарушения морфологических пропорций тела. [Предоставлено доктором Уве Гиеле (Uwe Gieler), Гисен, Германия]



Рис. 26.6. Абсцесс вследствие хронических компульсивных манипуляций с мужскими наружными половыми органами



Рис. 26.7. Тот же пациент, что и на рис. 26.6, повреждение крайней плоти из-за навязчивых манипуляций

ЛЕЧЕНИЕ

Наиболее важным вопросом является диагностика основного психического расстройства и начало психиатрической терапии. Лечение включает назначение различных психотропных препаратов, проведение психотерапии и релаксирующей терапии [1]. При успешном лечении результатом будет прекращение нанесения самоповреждений, что при легком течении приводит к спонтанному заживлению поражений. Ускорению процесса заживления может способствовать назначение мягких дезинфектантов и антимикробных агентов. В более серьезных случаях возможно применение разнообразных реконструктивных хирургических процедур. Однако следует особо подчеркнуть, что у некоторых пациентов с самостоятельно причиненными повреждениями все методы лечения могут оказаться неэффективными.