

УДК 618.16-002

<https://doi.org/10.20538/1682-0363-2020-1-114-124>

Вульводиния – мультидисциплинарная проблема

Бахтияров К.Р.^{1,2}, Буданов П.В.^{1,2}, Пронина В.А.¹, Виривская Е.В.²

¹ *Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)*

Россия, 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2

² *Сеть семейных медицинских центров (ССМЦ)*

Россия, 107120, г. Москва, ул. Сергея Радонежского, 5/2, стр. 1

РЕЗЮМЕ

Обзор литературы посвящен проблеме вульводинии как мультидисциплинарной проблеме. В статье обобщены сведения об этиологии и патогенетических факторах развития заболевания, затронуты аспекты диагностики и лечения данной формы хронической генитальной боли. Несмотря на распространенность патологии, женщины с болью в области вульвы нередко остаются не диагностированными и не получают адекватную терапевтическую и психоэмоциональную поддержку. В настоящее время актуальность представляет поиск определения, классификации, распространенности, патофизиологических факторов возникновения и адекватной персонализированной терапии данной нозологии.

Ключевые слова: вестибулодиния, диспареуния, сексуальная дисфункция, спровоцированная вульводиния, неспровоцированная вульводиния, генерализованная вульводиния, клитородиния.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии финансирования.

Для цитирования: Бахтияров К.Р., Буданов П.В., Пронина В.А., Виривская Е.В. Вульводиния – мультидисциплинарная проблема. *Бюллетень сибирской медицины*. 2020; 19 (1): 114–124. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2020-1-114-124>.

Vulvodynia – a multidisciplinary problem

Bakhtiyarov K.R.^{1,2}, Budanov P.V.^{1,2}, Pronina V.A.¹, Virivskaia E.V.²

¹ *I.M. Sechenov First Moscow State Medical University*

Build. 2, 8, Trubetskaya Str., Moscow, 119991, Russian Federation

² *Network of Family Medical Centers*

Build. 1, 5/2, Sergius Radonezhsky Str., Moscow, 107120, Russian Federation

ABSTRACT

This literature review is devoted to the problem of vulvodynia. The article summarizes information about the etiology and pathogenetic factors of this syndrome, touches the aspects of diagnosis and treatment of this form of chronic genital pain. Despite the prevalence of this pathology, women with pain in the

✉ Бахтияров Камилль Рафаэльевич, e-mail: doctorbah@mail.ru.

vulva often remain undiagnosed and do not receive adequate therapeutic and psycho-emotional support. Currently, the focus is in searching of the definition, classification, prevalence, pathophysiological factors of occurrence and adequate personalized therapy of this nosology.

Key words: vestibulodynia, dyspareunia, sexual dysfunction, provoked vulvodynia, unprovoked vulvodynia, generalized vulvodynia, clitorodynia.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Source of financing. The authors state that there is no funding for the study.

For citation: Bakhtiyarov K.R., Budanov P.V., Pronina V.A., Virivskaia E.V. Vulvodynia – multidisciplinary problem. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2020; 19 (1): 114–124. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2020-1-114-124>.

ВВЕДЕНИЕ

Вульводиния – это хроническое состояние дискомфорта в области вульвы, продолжающееся более 3 мес и проявляющееся преимущественно такими симптомами, как чувство жжения и зуда, а также болевым синдромом. В настоящее время вульводиния является распространенной, но все еще не до конца изученной проблемой с мультифакторной этиологией. По данным литературы, с каждым годом все большее количество пациенток обращается к врачу с симптомами данного заболевания, при этом установить точную причину возникшего патологического состояния достаточно сложно. Проблема лечения вульводинии является чрезвычайно актуальной вследствие хронического течения данного процесса и трудности в достижении эффекта от терапии ввиду наличия психоэмоционального компонента. Данная патология была впервые упомянута в литературе в 1880-х гг. как «чрезмерная чувствительность нервов, иннервирующих слизистую оболочку вульвы» [1] или «сверхчувствительность вульвы» [2].

По типу состояния вульводиния подразделяется на генерализованную или локализованную форму, каждая из которых, в свою очередь, делится на спровоцированный, неспровоцированный, не зависящий от наличия раздражителя, и смешанный типы. Локализованная форма включает в себя вестибулодинию и клитородинию [3]. Португальские ученые предложили классификацию вульводинии на основании трех основных групп триггерных факторов: 1) местные воспалительные факторы (инфекции мочеполовых путей, кандидоз, герпетическая инфекция); 2) общая болевая восприимчивость (фибромиалгия, синдром раздраженного мочевого пузыря и др.); и 3) защемление / повреждение тазового нерва (сколиоз, хирургические вмешательства в области

малого таза). Предполагается, что такая систематизация могла бы объяснить различия между генерализованной и локализованной вульводинией, а также различие реакций на лечение [4]. В последние годы в отечественной медицине все чаще используется термин «вульводиния». Под ним подразумевают хронический болевой синдром или неприятные ощущения различного характера, такие как жжение или зуд, возникающие в области вульвы и входа во влагалище [5].

Согласно классификации хронических болевых синдромов, выделяют так называемую гинекологическую боль, к которой относится синдром боли, связанный с эндометриозом, синдромом влагалищной, преддверной, генерализованной и локализованной вульварной боли и синдромом боли в области клитора [6]. Вульводинию же в данной классификации определяют как «синдром необъяснимых болей в области вульвы, сексуальной дисфункции и психической нестабильности». Существуют сходные термины, такие как дискинезия вульвы, провоцируемая вестибулодиния и диспареуния. Однако все они имеют нюансы и не характеризуют в целом понятие вульводинии [7].

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Долгое время вульводиния считалась редким заболеванием, однако последние крупные эпидемиологические исследования говорят о большой частоте возникновения (17%) и распространенности (7%) данной патологии в популяции [8, 9]. Вульводинией страдают женщины всех возрастных групп – от подросткового возраста до менопаузы [10], например в США – от 8,3 до 16% женщин. По оценкам Национального института здравоохранения, около 13 млн женщин испытывают симптомы заболевания в какой-то момент своей жизни и у 6% женщин симптомы заболе-

вания возникают в возрасте до 25 лет. Данные показатели считаются существенно заниженными в связи с отсутствием видимых патологий вульвы [9, 11]. В Португалии, по данным исследований Р. Vieira-Baptista [4], показатель распространенности составляет 16%. Испанские исследователи говорят о распространенности вульводинии у 7–8% женщин к 40-летнему возрасту, при этом от 30 до 48% из них никогда не обращались за помощью к врачу [12]. Исследование в Мичигане выявило показатель заболеваемости среди женщин в 4,2%, при этом процент встречаемости варьировался от 3,3% у женщин старше 60 лет до 7,6% у девушек моложе 20 лет; болевой синдром, не соответствующий критериям вульводинии, наблюдался у 11,5% женщин [13]. По данным В.Д. Reed и соавт. [9], распространенность вульводинии отличается в зависимости от этнической принадлежности: симптомы отмечены у 4,3% чернокожих женщин, у 9,3% белых и 15,6% – латиноамериканских женщин. Другие источники говорят об эквивалентном риске развития вульводинии у белых и афроамериканских женщин [8]. Трудности диагностики вульводинии, в целом, связаны с возможными этническими различиями в уровне болевой порога, восприятии боли и описании симптомов, а также с возможным более низким уровнем доступа к медицинской помощи [14].

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Вульводиния имеет мультифакторную этиологию, однако не все причины возникновения известны на сегодняшний день. Можно предположить, что в развитии вульводинии играют роль соматические, психоэмоциональные и психосексуальные аспекты (высокий уровень тревожности, депрессивные состояния, нарушения эмоциональных и сексуальных отношений с партнером и т.д.), а также их совокупность [15]. Несмотря на многокомпонентность состояния, акцент делается именно на соматических причинах возникновения данной патологии, среди которых выделяют хроническое воспаление в области вульвы и влагалища, атрофические процессы, хронические контактные дерматиты вульвы, дерматозы вульвы (склерозирующий и плоский лишай) [16]. В качестве первопричины возникновения вульводинии выделяют также ошибки закладки в эмбриогенезе [17, 18], иммунные генетические факторы [19, 20], аномалии развития женских половых органов и нервных путей, иннервирующих их [21–24]. Не исключается влияние факторов внешней среды: инфекций (вирус папилломы человека, хронический кандидозный процесс), раздражающих ве-

ществ (оксалатов и продуктов его метаболизма), травм и микротравм в области малого таза. В настоящее время большинство вульвологов не разделяют данную точку зрения. Однако в рамках кросс-секционного исследования в Португалии были получены данные, указывающие на прямую положительную корреляцию между приемом оральных контрацептивов, наличием хронического кандидоза, генитального герпеса, инфекций мочевыводящих путей, депрессии, предменструального синдрома и развитии вульводинии. Беременность и роды с данной патологией ассоциированы не были [4]. Патологические изменения слизистых оболочек при вульводинии проявляются в усилении чувствительной иннервации, увеличении локального кровотока, что позволяет предположить наличие нейрогенного воспалительного процесса [25].

Триггерными механизмами в развитии хронического воспалительного процесса нервов, иннервирующих вульву, являются контактные раздражители, рецидивирующие вульвовагинальные инфекции, гормональные изменения и хронические заболевания кожи. В исходе хронического воспаления нормальные ощущения воспринимаются как ненормальные, что приводит к возникновению гиперчувствительности и болевого синдрома [21, 22]. При гистологическом исследовании биоптатов из области вульвы обнаруживали увеличение числа тучных клеток и гиперпролиферацию нервных рецепторов [26]. Полагают также, что аномалии развития тазового дна, в частности слабость мышечного каркаса, может вызвать напряжение нервов, которые проходят через данную область. Вследствие давления или трения раздраженных мышц может происходить иррадиация боли в область вульвы [27]. Дисфункция мышц тазового дна почти всегда присутствует у женщин с вульводинией. Роль этих нарушений в возникновении боли при вульводинии подтверждается также улучшением симптоматики вместе с нормализацией функции тазового дна через физиотерапию. Качество боли и ее реакция на медикаментозное лечение указывают на связь с нейропатической болью. Является ли боль по происхождению периферической или центральной – неизвестно.

НЕЙРОПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ФАКТОРЫ (ВУЛЬВАРНЫЕ)

Несмотря на то, что гиперчувствительность преддверия вульвы является одной из определяющих характеристик вульводинии, в частности

провоцированной вульводиинии, механизм, лежащий в основе данной аллодинии, не был выяснен до 1998 г. В своем исследовании Н. Bohm-Starke и соавт. [21] использовали иммуногистохимическое окрашивание для визуализации увеличения плотности нервных окончаний в эндодерме преддверия у женщин с провоцированной вульводиинией, которым была выполнена вестибулэктомия, по сравнению с контрольной группой. Дополнительно исследовалась нейропролиферация ноцицепторов, что объяснило возникновение аллодинии. Количественное сенсорное тестирование, проведенное С.Ф. Pukall и соавт. [28], показало, что женщины с провоцированной вульводиинией более чувствительны к тактильным и болевым раздражителям пунктата по сравнению с женщинами контрольной группы. Аналогичная картина результатов наблюдается и в ответ на другие формы стимуляции, например термическая боль и боль под давлением. Повышенная чувствительность не ограничивается статическими раздражителями или преддверием.

ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИЕ И ВРОЖДЕННЫЕ ФАКТОРЫ

Вульводииния была описана у молодых девушек как с сопутствующим интерстициальным циститом, так и без него, а также с синдромом раздраженного мочевого пузыря. Одним из возможных объяснений сосуществования вульводиинии и интерстициального цистита является то, что эти два расстройства представляют собой врожденное нарушение эндотелия урогенитального синуса. Некоторые случаи спровоцированной вульводиинии могут быть связаны с врожденным дефектом гиперплазии нейронов ткани вульвы. У женщин с вульводиинией достоверно больше нервных волокон в преддверие влагалища по сравнению с контрольной группой [23]. Была также выдвинута гипотеза о наличии корреляции между количеством ванилоидных рецепторов (VR1) и дальнейшим развитием вульводиинии [29].

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

В нескольких исследованиях было выдвинуто предположение о наличии генетической предрасположенности к развитию спровоцированной вульводиинии (например, D.C. Foster и соавт. [26], O. Babula и соавт. [30], A. Lev-Sagie и соавт. [31], S. Gerber и соавт. [32], A.T. Goldstein и соавт. [33]). Генетические исследования были сосредоточены на трех возможных (но потенциально перекрывающихся) механизмах: генетические по-

лиморфизмы, увеличивающие риск развития хронической кандидозной и других инфекций [31], генетические изменения, влияющие на характер воспаления [32], и повышенная восприимчивость к гормональным изменениям, вызванная оральными контрацептивами. Доказана генетическая предрасположенность к вульводиинии, связанная с полиморфизмом генов интерлейкина (IL)-1 β , влияющего на характер воспалительной реакции. Женщины с вульводиинией чаще гомозиготны по 2-й аллели гена *IL1 β* и 2-й аллели гена антагониста рецептора *IL1 β* в сравнении с женщинами без вульводиинии [32, 34].

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

Десятилетиями полагалось, что ткани вульвы и влагалища реагируют на стероидные гормоны и зависят от них для обеспечения надлежащего здоровья и функционирования. Также считалось, что дефицит циркулирующего эстрогена приводит к анатомическим и физиологическим изменениям во влагалище. Есть много причин снижения половых стероидов, естественной и ятрогенной природы, которые приводят к физиологическим изменениям и появлению симптомов заболевания.

Наиболее частой причиной снижения половых стероидов у женщин является климакс. К другим естественным причинам ановуляции относят период лактации или анорексию, гипоталамическую аменорею вследствие действия биологических стрессовых факторов, таких как чрезмерная физическая активность или физиологический стресс и гиперпролактинемия [35]. Ятрогенные причины снижения циркулирующих половых стероидов включают хирургические факторы, такие как овариэктомии и гистерэктомии [36], прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК) (пероральные контрацептивы, содержащие эстроген и прогестин), которые использовали 82% женщин Северной Америки в определенный период их жизни [37].

Показано, что КОК индуцируют морфологические изменения в слизистой оболочке преддверия, повышая ее уязвимость к механическим деформациям [38]. Кроме того, использование КОК ассоциировано со снижением болевого порога, уменьшением размера клитора, толщины половых губ и интроитального диаметра. Последнее проспективное рандомизированное экспериментальное исследование С. Battaglia и соавт. [39] показало снижение оргазма, продукции смазки и учащение диспареунии, связанное с приемом КОК. В контролируемом исследовании S. Bazin и соавт. [40] показано, что женщины, начавшие

прием КОК до 17 лет, имели относительный риск развития спровоцированной вульводинии. Кроме того, С. Bouchard и соавт. [41] и В.L. Harlow и соавт. [42] подтвердили, что раннее применение КОК значительно повышает риск возникновения вульводинии. В своей работе А. Greenstein и соавт. [43] сообщили, что применение КОК, содержащих этинилэстрадиол в дозе не выше 20 мг, значительно повышает риск развития провоцируемой вульводинии. Полиморфизм в рецепторах андрогенов, значительно повышающий риск развития КОК-индуцированной провоцируемой вестибулодинии, выявили L.J. Goldstein и соавт. [44].

Многие практикующие врачи считают, что на вульводинию влияют гормональные изменения. Симптомы часто вспыхивают непосредственно перед менструацией, и есть доказательства того, что раннее использование гормональной контрацепции может предрасполагать к вульводинии. Однако другие исследования и клинический опыт не подтверждают эту гипотезу [45]. Начало или прекращение приема оральных контрацептивов, а также увеличение содержания эстрогенов обычно не улучшают симптоматику. Исследование В.D. Reed также опровергло гипотезу о связи приема оральных контрацептивов и дальнейшим развитием вульводинии у женщин моложе 50 лет [46].

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

Сознательно пациенты не связывают вульводинию со своими психоэмоциональными проблемами. Существует несколько патогенетических вариантов в зависимости от соотношения соматических и психических факторов:

1. Вульводиния как соматоформное расстройство – преобладание психогенных механизмов при отсутствии органических изменений вульвы или их несущественности. В данном варианте часто наблюдается наличие сопутствующих болевых синдромов, таких как фибромиалгии, синдром раздраженного мочевого пузыря, синдром раздраженной толстой кишки.

2. Вульводиния как психогенная реакция вследствие влияния на психический статус пациента гинекологических заболеваний и связанных с ними симптомов. Неэффективная терапия, рецидивы заболевания, тревоги нередко становятся триггерными факторами для ухудшения психоэмоционального статуса пациента и, как следствие, развития вульводинии.

3. Вульводиния как ятрогения. Часто подобное состояние развивается на фоне наличия у пациентов заболеваний, передающихся половым путем.

4. Вульводиния как психосоматическое расстройство – наличие симптомокомплекса, включающего наличие как психической, так и соматической патологии [47].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Вульводиния характеризуется наличием жжения, зуда, пульсации, болевых ощущений в области вульвы. Боль может быть постоянной или прерывистой, локализованной или диффузной. Симптоматика возникает как при трении белья или физической нагрузке, так и в положении сидя или во время отдыха [48]. Классификация вульводинии основана на месте возникновения боли: локализованная и генерализованная. Локализованная форма вульводинии и вестибулодинии возникает при контакте с чувствительным участком вульвы. Обычно такая форма проецируется в области вестибулярных желез в преддверии влагалища, возможны иррадиация в клитор (клитородиния) и односторонний характер локализации (гемивульводиния). Боль описывается как чувство жжения, пульсации, разрыва, «лезвия бритвы». Нередко женщины с локализованной формой вульводинии жалуются на диспареунию и избегают половых контактов, боль может длиться от нескольких часов до суток после полового акта, во время него и при вводе полового члена во влагалище. Причинять дискомфорт может использование тампонов, занятия спортом или другой активной деятельностью, ношение обтягивающей одежды.

Локализованная вульводиния подразделяется на первичную, когда боль возникает после первого проникновения во влагалище, и вторичную, возникающую спустя время [49]. Генерализованная вульводиния характеризуется локализацией болевого синдрома в области вульвы или вокруг нее, включая область лобка, больших и малых половых губ, преддверия и промежности. Боль может носить постоянный или периодический характер и варьироваться от ощущения легкого дискомфорта до нестерпимых болей, сильно снижающих качество жизни. Симптомы могут носить диффузный характер или локализоваться сразу в нескольких областях, возникать попеременно, затухать и обостряться, а также не зависеть от внешнего раздражения. По характеру болевые ощущения не отличаются от таковых при локализованной форме. Часто наблюдается диспареуния, болезненное мочеиспускание, изменение характера выделений [50].

Исследование L.A. Sadownik и соавт. [51] выявило, что у 71% женщин наблюдается диспареу-

ния, у 64% – рецидивирующий кандидоз, у 57 и 46% – жжение и зуд в области вульвы, у 33% – сексуальная дисфункция. Результаты исследования C.S. Brown и соавт. [52] свидетельствуют о том, что белые женщины описывают симптоматику жгучей боли в 19 раз чаще, чем афроамериканские. Последние описывали болевой синдром как «ноющую боль», что в меньшей степени соответствует классическому проявлению вульводинии. Исследуя группу женщин с фибромиалгией, S.A. Gansky и соавт. [53] выяснили, что белые женщины имеют более низкий болевой порог и преимущественно локализованный характер распространения боли, по сравнению с афроамериканскими, которые в основном жалуются на генерализованный характер болевого синдрома.

Наряду с вульводинией, нередко наблюдается наличие и других болевых синдромов. В исследовании B.D. Reed и его коллег 24 женщины были обследованы на наличие интерстициального цистита, синдрома раздраженного кишечника, фибромиалгии и вульводинии. Показатель встречаемости составил от 7,5 до 11,8%, у 27% пациентов наличие вульводинии было достоверно ассоциировано с другими болевыми синдромами [54]. Хронический характер вульводинии может негативно влиять на самооценку женщины и приводить к депрессии и тревожным расстройствам. Вульводиния не считается психопатологическим состоянием.

Однако в исследовании M.J. Tribo и соавт. [55] более чем 50% женщин сообщили о наличии тревожного синдрома. Дальнейшие исследования показали, что вероятность возникновения вульводинии в 4 раза выше у женщин с тревожными расстройствами. Помимо этого, женщины могут испытывать значительные сексуальные и психологические проблемы в их отношениях с партнером. Многие из них пользуются психологической поддержкой, секс-терапией и (или) консультациями психотерапевта или сексолога. Боль, вызванная вульводинией, в конечном счете может привести к снижению сексуальной активности; страх боли и ожидание боли во время полового акта – к сексуальной дисфункции: расстройствам сексуального возбуждения, снижению либидо, проблемам с оргазмом / аноргазмии, фобическому избеганию сексуальной деятельности [56].

ДИАГНОСТИКА

Одним из диагностических способов выявления вульводинии является Cotton swab test – тест с ватным тампоном для определения чувствительных зон в области вульвы. Тест проводится строго

последовательно, начиная от наружного края бедра к внутреннему, сверху вниз вдоль большой, а затем малой половых губ, к уздечке половых губ, перианальной области и заканчивая преддверием влагалища и областью периуретральных и бартолиновых желез. Правая и левая стороны преддверия должны рассматриваться отдельно. В ходе теста пациент оценивает каждую из исследуемых зон по 10-балльной шкале боли Лайкерта, где 0 – ее отсутствие, а 10 – очень сильные болевые ощущения. Локализованную форму вульводинии можно диагностировать, если пациент испытывает неприятные ощущения в отдельных точках, генерализованную – в обширной области. Если пациент не испытывает чувства жжения или боли не в одной из областей, вульводиния не может быть рассмотрена в качестве дифференциального диагноза [48].

E.G. Friederich предложил локальные диагностические критерии вульводинии, включающие в себя болезненность при Q-tip тесте (точечная симметричная пальпация ватным тупфером области входа во влагалище), эритему вульвы различной степени выраженности и боль при прикосновении ко входу во влагалище. Однако нередко только последний критерий оказывается положительным и является единственным диагностическим симптомом. Кроме того, важное значение в диагностике вульводинии отводят рекомендациям IMMPACT [57], по которым оцениваются критерии: боль, физическое / сексуальное функционирование, эмоциональное функционирование, эффективность проводимой терапии и удовлетворенность лечением, симптомы и нежелательные явления и комплаентность пациента.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Вульводиния – диагноз-исключение. К основным заболеваниям дифференциальной диагностики относят атрофический вагинит, интроитальный или вагинальный плоский лишай, десквамативный воспалительный вагинит. Невралгия полового нерва по симптоматике сходна с вульварной болью, однако болевой синдром в данном случае имеет характерную клиническую картину. Пациенту становится легче в положении стоя, в то время как сидя или лежа ощущается сильный дискомфорт. Кандидозные инфекции, за исключением *Candida albicans*, в частности *Candida glabrata*, *Candida krusei* (*Issatchenkia orientalis*), способны вызвать зуд и чувство ссаждения, нежели классический зуд, однако чаще протекают бессимптомно [45]. Диагноз вульводинии требует исключения явной соматической патологии, способной вызвать болевой синдром.

Важное значение имеет выявление психогенного компонента посредством сбора анамнеза, в том числе болевого анамнеза жизни, изучается сексуальная функция, уровень стрессогенности, депрессивные эпизоды при наличии таковых. Клиническая картина в случае наличия психогенного компонента характеризуется несоответствием характера боли и клинических проявлений, нетипичность для гинекологических заболеваний динамики течения патологии – внезапность появления и исчезновение, изменения, коррелирующие с взаимоотношениями с партнером, сексуальной функцией (наличие конфликтов с партнером, отсутствие осознания собственной сексуальности, ощущение сексуальной неполноценности), уровнем настроения, и отсутствие эффекта от проводимой терапии [25]. Для дифференциальной диагностики проводят исследование мышц тазового дна путем давления пальцем в проекции мышцы, поднимающей задний проход, и внутренней запирательной мышцы на предмет наличия болезненных ощущений [58].

ЛЕЧЕНИЕ

Терапия вульводинии требует междисциплинарного подхода и сочетает в себе индивидуально подобранное соотношение медикаментозной терапии, психофармакотерапии, психотерапии, сексологического консультирования и хирургических вмешательств. Важно понять предполагаемую первопричину возникновения симптомов и провести полную дифференциальную диагностику. В лечении вульводинии важное значение имеет информирование. Уверенность и осведомленность пациентов об их проблеме и дальнейшей терапии помогают справиться с психоэмоциональными аспектами вульводинии и ведут к выздоровлению.

Следует акцентировать внимание женщины, что вульводиния – это отдельная нозология, она не заразна и не связана с серьезными или угрожающими жизни состояниями, такими как онкология, заболевания, передающиеся половым путем, или иммунодефициты. Однако стоит заранее информировать женщину, что вульводиния обычно поддается терапии, но не излечима полностью и требует высокой комплаентности пациента. Без комплаенса эффект от проводимой терапии маловероятен. Чаще улучшения наступают медленно, методом проб и ошибок с индивидуально подобранной программой лечения. Психотерапевтические мероприятия включают в себя когнитивно-поведенческую терапию, анализ межличностных отношений и отношений с пар-

тнером. Часто хорошие результаты дают тренировки по техникам релаксации, самоисследования с изучением мышц тазового дна и техник их тренировок, консультации психотерапевта и сексолога, в том числе и парные методы сексотерапии.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Локальный уход за пораженной областью и избегание действия потенциальных раздражителей могут повысить качество жизни. Изредка значительное улучшение состояния наступает при отказе от использования неспецифических мощных средств, излишнего мытья, приема лекарств и местной антикандиозной терапии и лубрикатов. Например, 2%-й лидокаиновый гель – безопасный и нераздражающий местный анестетик, который может избавить от дискомфорта [45]. Нефармакологическое лечение включает также физиотерапию мышц тазового дна. Расслабление мышц в последующем приводит к уменьшению болевого синдрома. Однако, по данным исследований, от 60 до 80% успешного физиотерапевтического лечения достигается только при лечении у специализированных на тазовом дне физиотерапевтов [59].

Общие методы терапии включают мобилизацию мягких тканей, ультразвук, поверхностную электромиографию, использование вагинальных расширителей. В качестве дополнительных методов могут быть использованы электрическое стимулирование, упражнения для мышц тазового дна (в том числе Кегеля), термические способы воздействия, нейромодуляции крестцового сплетения, электро-миостимуляторные устройства [60]. Гипноз был использован с некоторым ограниченным успехом [61]. В исследовании J.M. Schlaeger и соавт. [62] рассматривался вопрос акупунктурного лечения женщин с вульводинией: 36 пациенток получали иглоукальвание 2 раза в неделю в течение 5 нед. Было выявлено, что болевой синдром и явления диспареунии были значительно снижены, в то время как сексуальная активность женщин, напротив, увеличилась.

В своей работе D. Coady и соавт. [63] выдвинули гипотезу о связи вульводинии с импиджмент-синдромом тазобедренного сустава. Артроскопия тазобедренного сустава была сделана 26 пациентам с генерализованной неспровоцированной вульводинией или клитородинией. Исследование выявило значительные улучшения симптоматики у женщин моложе 30 лет спустя 3–5 лет после проведенного оперативного вмешательства. В своем обзоре Н.В. Фриго [64] сообщил об успешной терапии вульводинии кремом неоджин. Были обследованы и пролечены

кремом неоджин 24 женщины в возрасте 53–80 лет в течение 12 нед, после проведенной терапии у 60,9% пациенток значительно уменьшилось чувство дискомфорта, диспареуния, у 65,26% улучшилось качество половой жизни. Провели плацебо-контролируемое, перекрестное исследование с назначением крема 30 пациенткам с вульводинией G. Donders и соавт. [65]. Данные исследования показали уменьшение симптомов спровоцированной вестибулодинии. Наркотические обезболивающие препараты следует применять с осторожностью, комбинация трамадола и гидрокодона использовались в краткосрочной перспективе при острой боли [50].

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

В настоящее время вестибулэктомия является золотым стандартом лечения вестибулодинии, но только в том случае, если боли локализованы в только в преддверии. Эффективность лечения колеблется от 65 до 90%. Очень часто в ходе операции происходит повреждение слизистой оболочки влагалища, удаляется зона обширнее, чем очаг боли; в постоперационном периоде возможно сохранение симптоматики из-за неполной предоперационной диагностики и неточно составленной болевой карты. Невропатические обезболивающие препараты обычно продолжают после операции, чтобы максимизировать качество жизни и способствовать возвращению сексуального функционирования. Новокаиновые блокады актуальны для снятия болевого синдрома и улучшения качества жизни пациента в случае, когда другие методы лечения не дали положительной динамики [66].

МОДУЛЯТОРЫ БОЛИ

Использование трициклических антидепрессантов, таких как amitриптилин или дезипрамин, может способствовать уменьшению невропатической хронической боли благодаря механизму центрального действия, изменяющие передачу болевых импульсов в головной мозг через спинной мозг. Влияние amitриптилина С с триамцинолоном и без него изучали S.C. Brown и соавт. [67], эффективность данного метода не была доказана. Рандомизированное контролируемое исследование D.C. Foster и соавт. [68] показало, что эффекты от перорального приема десипрамина не превосходят результаты в плацебо-группе. Эффективность других антидепрессантов, таких как дулоксетин и венлафаксин, также не была доказана. Рандомизированное контролируемое

исследование габапентина – препарата, помогающего контролировать эпилептические припадки, показало провоцирование симптомов вестибулодинии. Однако исследование противосудорожного препарата прегабалина показало улучшение симптомов, а использование ламотриджина уменьшало боли в течение 8 нед [69]. Гидроксизин и цетиризин были использованы для уменьшения зуда. Для некоторых женщин также могут быть использованы комбинации нейропатических обезболивающих препаратов (например, amitриптилин, габапентин, прегабалин), так как они имеют различные механизмы действия [50].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вульводина – актуальная на сегодняшний день мультидисциплинарная проблема, причиняющая женщине как физический, так и психологический дискомфорт. Данная патология снижает качество жизни не только самой пациентки, но и ее партнера, способствуя развитию широкого спектра психоэмоциональных и сексуальных проблем. Вульводина требует проведения тщательной диагностики, так как, нередко являясь симптомом ряда тяжелых заболеваний вульвы, может выступать и в качестве самостоятельной нозологии, при этом установить точную причину развития данного состояния бывает достаточно сложно. В лечении вульводины следует придерживаться индивидуального подхода в соответствии с предполагаемыми предикторами возникновения заболевания. Очень важно не только подобрать актуальную для конкретной женщины терапию, но и обеспечить психологическую поддержку, чтобы добиться максимально возможного повышения качества жизни таких пациентов и их партнеров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Thomas T.G. A Practical treatise upon the diseases of women. *The American Journal of the Medical Sciences*. 1879; 73 (155): 233–234. DOI: 10.1097/00000441-187907000-00038.
2. Skene A.J. Diseases of the external organs of generation. *Treatise on the diseases of women*. New York: D Appleton & Co. 1888; 77–99.
3. Moyal-Barracco M., Lynch P.J. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *J. Reprod. Med.* 2004; 49 (10): 772–777.
4. Vieira-Baptista P., Lima-Silva J., Cavaco-Gomes J., Beires J. Prevalence of vulvodynia and risk factors for the condition in Portugal. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2014; 127 (3): 283–287. DOI: 10.1016/j.ijgo.2014.05.020.

5. Basson R. The recurrent pain and sexual sequelae of provoked vestibulodynia: A perpetuating cycle. *Sex. Med.* 2012; 9 (8): 2077–2092. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02803.x.
6. Hooker A.B., Moorst B.R., Haarst E.P., Ootegheem N.A., Dijken D.K., Heres M.H. Chronic pelvic pain: evaluation of the epidemiology, baseline demographics, and clinical variables via a prospective and multidisciplinary approach. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2013; 40 (4): 492–498.
7. Федорова А.И. Проблемы женского полового влечения и гормональная контрацепция. *Акушерство и гинекология.* 2014; 3: 91–95.
8. Harlow B.L., Stewart E.G. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: Have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *J. Am. Med. Womens Assoc.* 2003; 58 (2): 82–88.
9. Reed B.D., Harlow S.D., Sen A., Legocki L.J., Edwards R.M., Arato N., Haefner H.K. Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2012; 206 (2): 170.e1–170.9. DOI: 10.1016/j.ajog.2011.08.012.
10. Metts J.F. Vulvodynia and vulvar vestibulitis: challenges in diagnosis and management. *Am. Fam Physician.* 1999; 59 (6): 1547–1562.
11. Nguyen R.H., Swanson D., Harlow B.L. Urogenital infections in relation to the occurrence of vulvodynia. *J. Reprod. Med.* 2009; 54 (6): 385–392.
12. Harlow B.L., Kunitz C.G., Nguyen R.H.N., Rydell S.A., Turner R.M., MacLehose R.F. Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia: population-based estimates from 2 geographic regions. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2014; 210 (1): 40.e1–40.8. DOI: 10.1016/j.ajog.2013.09.033.
12. Reed B.D., Legocki L.J., Plegue M.A., Sen A., Haefner H.K., Harlow S.D. Factors associated with vulvodynia incidence. *Obstetrics & Gynecology.* 2014; 123 (2, Pt 1): 225–231. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000066.
13. Eastwood J., Johnson B.D., Rutledge T. et al. Anginal symptoms, coronary artery disease, and adverse outcomes in black and white women: The NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. *J. Womens Health.* 2013; 22 (9): 724–732. DOI: 10.1089/jwh.2012.4031.
14. Groysman V. Vulvodynia: new concepts and review of the literature. *Dermatol. Clin.* 2010; 28 (4): 681–696. DOI: 10.1016/j.det.2010.07.002.
15. Gardella B., Porru D., Nappi R.E., Dacur M.D., Chiesa A., Spinillo A. Interstitial cystitis is associated with vulvodynia and sexual dysfunction – a Case Control Study. *J. Sex. Med.* 2011; 8: 1726–1734. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02251.x.
16. McCormack W.M. Two urogenital sinus syndromes. Interstitial cystitis and focal vulvitis. *J. Reprod. Med.* 1990; 35 (9): 873–876.
17. Fitzpatrick C.C., DeLancey J.O., Elkins T.E. et al. Vulvar vestibulitis and interstitial cystitis; a disorder of urogenital sinus-derived epithelium. *Obstet. Gynecol.* 1993; 81 (5): 860–862.
18. Goetsch M.F. Vulvar vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1991; 164 (6 Pt 1): 1609–1614. DOI: 10.1016/0002-9378(91)91444-2.
19. Foster D.C., Piekarz K.H., Murant T.I., LaPoint R., Haidaris C.G., Phipps R.P. Enhanced synthesis of pro inflammatory cytokines by vulvar vestibular fibroblasts: implications for vulvar vestibulitis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2007; 196 (4): 346.e1–8. DOI: 10.1016/j.ajog.2006.12.038.
20. Bohm-Starke N., Hilliges M., Falconer C., Rylander E. Increased intraepithelial innervation in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol. Obstet. Invest.* 1998; 46 (4): 256–260. DOI: 10.1159/000010045.
21. Tympanidis P., Terenghi G., Dowd P. Increased innervation of the vulvar vestibule in patients with vulvodynia. *Br. J. Dermatol.* 2003; 148 (5): 1021–1027. DOI: 10.1046/j.1365-2133.2003.05308.x.
22. Westrom L.V., Willern R. Vestibular nerve fiber proliferation in vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet. Gynecol.* 1998; 91 (4): 572–576.
23. Krantz K.E. Innervation of the human vulva and vagina; a microscopic study. *Obstet. Gynecol.* 1958; 12 (4): 382–396.
24. Heddini U., Bohm-Starke N., Nilsson K.W., Johannesson U. Provoked vestibulodynia – medical factors and comorbidity associated with treatment outcome. *J. Sex. Med.* 2012; 9 (5): 1400–1406. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02665.x.
25. Foster D.C., Sazenski T.M., Stodgell C.J. Impact of genital variation in interleukin-1 receptor antagonist and melanocortin-1 receptor genes on vulvar vestibulitis syndrome. *J. Reprod. Med.* 2004; 49 (7): 503–509.
26. Hampson J.P., Reed B.D., Clauw D.J., Bhavsar R., Graceley R.H., Haefner H.K., Harris R.E. Augmented central pain processing in vulvodynia. *Pain.* 2013; 14 (6): 579–589. DOI: 10.1016/j.jpain.2013.01.767.
27. Pukall C.F., Binik Y.M., Khalifé S., Amsel R., Abbott F.V. Vestibular tactile and pain thresholds in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Pain.* 2002; 96 (1–2): 163–175. DOI: 10.1016/s0304-3959(01)00442-0.
28. Tympanidis P., Casula M.A., Yiangou Y., Terenghi G., Dowd P., Anand P. Increased vanilloid receptor VR1 innervation in vulvodynia. *Eur. J. Pain.* 2004; 8 (2): 129–133. DOI: 10.1016/S1090-3801(03)00085-5.
29. Babula O., Danielsson I., Sjoberg I., Ledger W.G. Altered distribution of mannose-binding lectin alleles at exon I codon 54 in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004; 191 (3): 762–766. DOI: 10.1016/j.ajog.2004.03.073.
30. Lev-Sagie A., Prus D., Linhares I.M., Nyberg F., Nilsson K.W., Johannesson U. Polymorphism in a gene coding for the inflammasome component NALP3 and recurrent vulvovaginal candidiasis in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2009; 200 (3): 303.e1–6. DOI: 10.1016/j.ajog.2008.10.039.
31. Gerber S., Bongiovanni A.M., Ledger W.J., Witkin S.S. Interleukin-1b gene polymorphism in women with vul-

- var vestibulitis syndrome. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2003; 107 (1): 74–77. DOI: 10.1016/s0301-2115(02)00276-2.
32. Goldstein A.T., Belkin Z.R., Krapf J.M., Song W., Khera M., Jutrzonka S.L., Kim N.N., Burrows L.J., Goldstein I. Polymorphisms of the androgen receptor gene and hormonal contraceptive induced provoked vestibulodynia. *J. Sex. Med.* 2014; 11 (11): 2764–2771. DOI: 10.1111/jsm.12668.
 33. Johannesson U., de Boussard C.N., Brodda Jansen G., Bohm-Starke N. Evidence of diffuse noxious inhibitory controls (DNIC) elicited by cold noxious stimulation in patients with provoked vestibulodynia. *Pain.* 2007; 13 (1–2): 31–39. DOI: 10.1016/j.pain.2006.10.022.
 34. Meczekalski B., Podfigurna-Stopa A., Warenik-Szymankiewicz A., Genazzani A.R. Functional hypothalamic amenorrhea: Current view on neuroendocrine aberrations. *Gynecol. Endocrinol.* 2008; 24 (1): 4–11. DOI: 10.1080/09513590701807381.
 35. Siddle N., Sarrel P., Whitehead M. The effect of hysterectomy on the age at ovarian failure: Identification of a subgroup of women with premature loss of ovarian function and literature review. *Fertil. Steril.* 1987; 47 (1): 94–100. DOI: 10.1016/s0015-0282(16)49942-5.
 36. Burrows L.J., Basha M., Goldstein A.T. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J. Sex. Med.* 2012; 9 (9): 2213–2223. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x.
 37. Bohm-Starke N., Johannesson U., Hilliges M., Rylander E., Torebjörk E. Decreased mechanical pain threshold in the vestibular mucosa of women using oral contraceptives: a contributing factor in vulvar vestibulitis? *J. Reprod. Med.* 2004; 49 (11): 888–892.
 38. Battaglia C., Morotti E., Persico N., Battaglia B., Busacchi P., Casadio P., Paradisi R., Venturoli S. Clitoral vascularization and sexual behavior in young patients treated with drospirenone-ethinyl estradiol or contraceptive vaginal ring: a prospective, randomized, pilot study. *J. Sex. Med.* 2014; 11 (2): 471–480. DOI: 10.1111/jsm.12392.
 39. Bazin S., Bouchard C., Brisson J., Morin C., Meisels A., Fortier M. Vulvar vestibulitis syndrome: an exploratory case-control study. *Obstet. Gynecol.* 1994; 83 (11): 47–50.
 40. Bouchard C., Brisson J., Fortier M., Morin C., Blanchette C. Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: a case-control study. *Am. J. Epidemiol.* 2002; 156 (93): 254–261. DOI: 10.1093/aje/kwf037.
 41. Harlow B.L., Vitonis A.F., Stewart E.G. Influence of oral contraceptive use on the risk of adult-onset vulvodynia. *J. Reprod. Med.* 2008; 53 (2): 102–110.
 42. Greenstein A., Ben-Aroya Z., Fass O., Militscher I., Roslik Y., Chen J., Abramov L. Vulvar vestibulitis syndrome and estrogen dose of oral contraceptive pills. *J. Sex. Med.* 2007; 4 (6): 1679–1683. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2007.00621.x.
 43. Burrows L.J., Goldstein A.T. The treatment of vestibulodynia with topical estradiol and testosterone. *Sex. Med.* 2013; 1 (1): 30–33. DOI: 10.1002/sm2.4.
 44. Edwards L. Vulvodynia. *Clinical Obstetrics and Gynecology.* 2015; 58 (1): 143–152. DOI: 10.1097/GRF.000000000000093.
 45. Reed B.D., Harlow S.D., Legocki L.J., Helmuth M.E., Haefner H.K., Gillespie B.W., Sen A. Oral contraceptive use and risk of vulvodynia: a population-based longitudinal study. *BJOG.* 2013; 120 (13): 1678–1684. DOI: 10.1111/1471-0528.12407.
 46. Федорова А.И. Комплексный подход к лечению вульводинии. *Акушерство и гинекология.* 2014; 8: 112–116.
 47. Haefner H.K., Collins M.E., Davis G.D., Edwards L., Foster D.C., Hartmann E.H., Kaufman R.H., Lynch P.J., Margesson L.J., Moyal-Barracco M., Piper C.K., Reed B.D., Stewart E.G., Wilkinson E.J. The vulvodynia guideline. *J. Low Genit. Tract Dis.* 2005; 9 (1): 40–51. DOI: 10.1097/00128360-200501000-00009.
 48. LeClair C., Goetsch M., Korcheva V., Anderson R., Peters D., Morgan T.K. Differences in primary compared with secondary vestibulodynia by immunohistochemistry. *Obstet. Gynecol.* 2011; 117 (6): 1307–16313. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31821c33dc.
 49. Shah M., Hoffstetter S. Vulvodynia. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America.* 2014; 41 (3): 453–464. DOI: 10.1016/j.ogc.2014.05.005.
 50. Sadownik L.A. Clinical profile of vulvodynia patients. A prospective study of 300 patients. *J. Reprod. Med.* 2000; 45 (8): 679–684.
 51. Brown C.S., Foster D.C., Bachour C.C., Rawlinson L.A., Wan J.Y., Bachmann G.A. Presenting symptoms among black and white women with provoked vulvodynia. *J. Womens Health (Larchmt).* 2015; 24 (10): 831–836. DOI: 10.1089/jwh.2014.5164.
 52. Gansky S.A., Plesh O. Widespread pain and fibromyalgia in a biracial cohort of young women. *J. Rheumatol.* 2007; 34 (4): 810–817.
 53. Reed B.D., Harlow S.D., Sen A., Edwards R.M., Chen D., Haefner H.K. Relationship between vulvodynia and chronic comorbid pain conditions. *Obstet. Gynecol.* 2012; 120 (1): 145–151. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31825957cf.
 54. Tribo M.J., Andio O., Ros S., Sen A. Clinical characteristics and psychopathological profile of patients with vulvodynia: an observational and descriptive study. *Dermatology.* 2008; 216 (1): 24–30. DOI: 10.1159/000109354.
 55. Khandker M., Brady S.S., Vitonis A.F., Maclehose R.F., Stewart E.G., Harlow B.L. The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia. *J. Womens Health (Larchmt).* 2011; 20 (10): 1445–1451. DOI: 10.1089/jwh.2010.2661.
 56. Turk D.C., Dworkin R.H., Allen R.R., Bellamy N., Brandenburg N., Carr D.B., Cleeland C., Dionne R., Farrar J.T., Galer B.S., Hewitt D.J., Jadad A.R., Katz N.P., Kramer L.D., Manning D.C., McCormick C.G., McDermott M.P., McGrath P., Quessy S., Rappaport B.A., Rob-

- inson J.P., Royal M.A., Simon L., Stauffer J.W., Stein W., Tollett J., Witter J. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2003; 106 (3): 337–345. DOI: 10.1016/j.pain.2003.08.001.
57. Abramov L., Wolman I., David M.P. Vaginismus: an important factor in the evaluation and management of vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol. Obstet. Invest.* 1994; 38 (3): 194–197. DOI: 10.1159/000292478.
58. Haefner H.K. Vulvovaginal disease update vulvodinia. Durham. 2013.
59. Gentilcore-Saulnier E., McLean L., Goldfinger C., Pukall C.F., Chamberlain S. Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *J. Sex. Med.* 2010; 7 (2): 1003–1022. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01642. x.
60. Kandyba K., Binik Y.M. Hypnotherapy as a treatment for vulvar vestibulitis syndrome: a case report. *J. Sex. Marital. Ther.* 2003; 29 (3): 237–242. DOI: 10.1080/00926230390155122.
61. Schlaeger J.M., Xu N., Mejta C.L., Park C.G., Wilkie D.J. Acupuncture for the treatment of vulvodinia: a Randomized Wait-List Controlled Pilot Study. *J. Sex. Med.* 2015; 12 (4): 1019–1027. DOI: 10.1111/jsm.12830.
62. Coady D., Futterman S., Harris D., Coleman S.H. Vulvodinia and concomitant femoro-acetabular impingement. *Journal of Lower Genital Tract Disease.* 2015; 19 (3): 253–256. DOI: 10.1097/LGT.000000000000108.
63. Фриго Н.В., Жукова О.В., Круглова Л.С. Адьювантная терапия пациенток с дистрофическими процессами вульвы и вульводинией. *Клиническая дерматология и венерология.* 2015; 14 (6): 28–34. DOI: 10.17116/klind-erma201514628-34.
64. Donders G.G., Bellen G. Cream with cutaneous fibroblast lysate for the treatment of provoked vestibulodynia: a Double-Blind Randomized Placebo-Controlled Crossover Study. *J. Low Genital. Tract Dis.* 2012; 16 (4): 12–16. DOI: 10.1097/LGT.0b013e31825a2274.
65. Ventolini G. Measuring treatment outcomes in women with vulvodinia. *J. Clin. Med. Res.* 2011; 3 (2): 59–64. DOI: 10.4021/jocmr526w.
66. Brown C.S., Wan J., Bachmann G., Rosen R. Self-management, amitriptyline, and amitriptyline plus triamcinolone in the management of vulvodinia. *J. Womens Health (Larchmt).* 2009; 18 (2): 163–169. DOI: 10.1089/jwh.2007.0676 .
67. Foster D.C., Kotok M.B., Huang L.S., Watts A., Oakes D., Howard F.M., Poleshuck E.L., Stodgell C.J., Dworkin R.H.. Oral desipramine and topical lidocaine for vulvodinia: a randomized controlled trial. *Obstet. Gynecol.* 2010; 116 (3): 583–593. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181e9e0ab.
68. Meltzer-Brody S.E., Zolnoun D., Steege J.F., Rinaldi K.L., Leserman J. Open-label trial of lamotrigine focusing on efficacy in vulvodinia. *J. Reprod. Med.* 2009; 54 (3): 171–178.

Сведения об авторах

Бахтияров Камилль Рафаэльевич, д-р мед. наук, профессор, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; руководитель акушерско-гинекологической службы ССМЦ, г. Москва.

Буданов Павел Валерьевич, д-р мед. наук, профессор, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; врач акушер-гинеколог, ССМЦ, г. Москва. ORCID 0000-0002-0731-4788.

Пронина Вероника Алексеевна, студентка, 6-й курс, Институт клинической медицины, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва.

Виривская Елена Владимировна, канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог, ССМЦ, г. Москва.

(✉) Бахтияров Камилль Рафаэльевич, e-mail: doctorbah@mail.ru

Поступила в редакцию 14.06.2019

Подписана в печать 25.12.2019