

ՎՈՒԼՎԱՅԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Սույն ուղեցույցի նպատակն է տրամադրել ապացույցների վրա հիմնված տեղեկություններ և ապացուցողական խորհուրդներ վուլվայի հիվանդությունների վերաբերյալ, և բարելավել տվյալ խմբի պացիենտների վարման ելքերը:

Մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական աղբյուր է հանդիսացել Սեռական առողջության և ՄԻԱՎ-ի բրիտանական ասոցիացիայի (BASHH; British Association for Sexual Health and HIV) կողմից 2014թ. հրատարակված ուղեցույցը (UK National Guideline on the Management of Vulval Conditions), ինչպես նաև PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում, հիմք է ընդունվել Սեռական առողջության և ՄԻԱՎ-ի բրիտանական ասոցիացիայի (BASHH) կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 1): Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացը իրականացվել է համաձայան միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է վուլվայի հիվանդությունների վարման մեջ ներառված մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, մաշկաբաններ, ընտանեկան բժիշկներ, ցավի մասնագետներ:

Արդյունքներ

Սույն ուղեցույցում ներկայացված են վուլվայի հիվանդությունների վարման վերաբերյալ ապացուցողական խորհուրդներ, որոնք օգնում են կլինիկական գործունեությունում որոշումներ կայացնելիս:

Հետևություններ

Ապացույցների վրա հիմնված կլինիկական խորհուրդները կօգնեն բարելավել վուլվայի հիվանդությունների վարման ելքերը:

Բանալի բառեր

Ապացուցողական բժշկություն, ուղեցույց, ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, վուլվալ վիճակներ, վուլվայի ախտահարումներ, որքին, հասարակ որքին, սկլերոտիկ որքին, տափակ որքին, էկզեմա, պսորիազ, վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիա, վուլվոդինիա, վուլվալ ցավ

Պատասխանատու համակարգող

Աբրահամյան Ռ.Ա., ՀՀ ԳԱԱ ակադեմիկոս, բ.գ.դ., պրոֆ., ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկաբարձ գինեկոլոգ, ՎԱՊՄԳՀԻ տնօրեն

Աշխատանքային խմբի անդամներ

- Աբրահամյան Լ.Ռ., բ.գ.դ., ԵՊԲՀ Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոնի պրոֆեսոր
- Գրիգորյան Վ.Ֆ., բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Ծննդաբերական բաժանմունքի վարիչ
- Գյուլխասյան Վ.Ս. բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Օպերատիվ գինեկոլոգիայի բաժանմունքի վարիչ
- Հարությունյան Ա.Գ. MD, MPH., Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնի ավագ գիտաշխատող

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ

ԱՆ կողմից: Ֆինանսավորող կազմակերպությունը չի ունեցել որևէ ազդեցություն փաստաթղթի պարունակության կամ ձևավորման վրա:

Շնորհակալական խոսք

Աշխատանքային խումբը իր երախտագիտությունն է հայտնում ուղեցույցների մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գնահատականը տրամադրած գործընկերներին:

Ուղեցույցը չի կարող փոխարինել բժշկի որոշումները ընդունելու հմտություններին անհատ պացիենտի վարման դեպքում և տվյալ կլինիկական իրավիճակի պայմաններում:

Բովանդակություն

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Ընդհանուր խորհուրդներ բոլոր վուլվալ վիճակների համար

Վուլվայի սկլերոտիկ որքին

Էթիոլոգիա

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտորոշում

Վարում

Վուլվայի տափակ որքին

Էթիոլոգիա

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտորոշում

Վարում

Վուլվայի էկզեմա

Էթիոլոգիա

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտորոշում

Վարում

Հասարակ որքին

Էթիոլոգիա

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտորոշում

Վարում

Վուլվայի պսորիազ

Էթիոլոգիա

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտորոշում

Վարում

Վուլվայի այլ դերմատոզներ

Վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիա (ՎՆՆ)

Էթիոլոգիա

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտորոշում

Վարում

Վուլվալ ցավ

Տեղային հրահրված վուլվոդինիա (վեստիբուլոդինիա)

Էթիոլոգիա

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտորոշում

Վարում

Չհրահրված վուլվոդինիա

Էթիոլոգիա

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտորոշում

Վարում

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

Գրականության ցանկ

Հավելված 1

Հավելված 2

Հապավումներ

ՄՊՎ՝ մարդու պապիլոմա վիրուս

ՍՃՓՎ՝ սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ

ՍՈ՝ սկլերոտիկ որքին

ՎՆՆ՝ վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիա

ՏԲԿ՝ տափակ բջջային կարցինոմա

Նախաբան

Վուլվալ ախտահարումները ներկայացնում են տարբեր պատճառներով առաջացող վիճակների խումբ, որոնք ախտահարում են տվյալ անատոմիական հատվածը և կարող են ախտահարել ցանկացած տարիքի կանանց: Դրանք կարող են լինել ինչպես վարակիչ հիվանդություններ, այնպես էլ ոչ վարակիչ, ինչպիսիք են դերմատոզները, ցավային համախտանիշները և նախաքաղցկեղային վիճակները [1-3]: Սույն Ուղեցույցում քննարկվում են վուլվալ լիշեն սկլերոզ, վուլվալ լիշեն պլանուս, վուլվալ էկզեմա, լիշեն սիմպլեքս, վուլվալ պսորիազ, վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիա և վուլվալ ցավ հիվանդությունները և վիճակները: Սույն Ուղեցույցում ներկայացվող խորհուրդները և առաջարկությունները հիմնականում վերաբերում են 16 և բարձր տարիքի կանանց:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական աղբյուր է հանդիսացել Սեռական առողջության և ՄԻԱՎ-ի բրիտանական ասոցիացիայի (BASHH; British Association for Sexual Health and HIV) կողմից 2014թ. հրապարակված ուղեցույցը (UK National Guideline on the Management of Vulval Conditions), ինչպես նաև PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որոնումը կատարվել է անգլերեն լեզվով մինչև 2017թ. հրապարակված փաստաթղթերի միջև, բանալի բառերի միջոցով (“Vulval lichen sclerosus”, “Vulval lichen planus”, “Vulval eczema”, “Vulval lichen simplex”, “Vulval psoriasis”, “Vulval intraepithelial neoplasia” և “Vulval pain syndromes/vulvodynia”): Որոնման փաստաթղթերի առավելությունը տրվել է համակարգային վերանայումներին, պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումներին և առկա լավագույն ապացուցողականության վրա հիմնված և դասակարգված խորհուրդներ պարունակող ուղեցույցներին: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում, հիմք է ընդունվել Սեռական առողջության և ՄԻԱՎ-ի բրիտանական ասոցիացիայի (BASHH) կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 1): Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացը իրականացվել է համաձայան միջազգային

ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է վուլվայի հիվանդությունների վարման մեջ ներառված մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, մաշկաբաններ, ընտանեկան բժիշկներ, ցավի մասնագետներ:

Ընդհանուր խորհուրդներ բոլոր վուլվալ վիճակների համար

- Խուսափել օճառի, շամպունի կոնտակտից և փրփուրային լոզանքից: Հասարակ փափկացնող միջոցները կարող են կիրառվել որպես օճառի փոխարինողներ և ընդհանուր խոնավեցնողներ:
- Խուսափել կիպ հարող, ձիգ հագուստի կրումից, որոնք կարող են գրգռել տվյալ հատվածը:
- Խուսափել սպերմասպանիչ նյութերով օժված պահպանակների կիրառումից:
- Պացիենտներին պետք է տրամադրել ամբողջական տեղեկատվություն իրենց վիճակի վերաբերյալ և դրա երկարաժամկետ ազդեցությունները նրանց և նրանց զուգընկերների առողջության վրա:
- Պացիենտի ընտանեկան բժիշկը պետք է տեղեկացված լինի:
- Բոլոր պացիենտներին պետք է դիտարկել ՍՃՓՎ-ների սկրինինգի կատարում, և հերքել վուլվոլագինալ կանդիդոզը, եթե պացիենտը ներկայանում է վուլվալ քորով:
- Բոլոր պացիենտներին պետք է հետազոտել սեռական դիսֆունկցիայի համար:
- Զուգընկերների հետազոտում չի պահանջվում, եթե սկրինինգի արդյունքում սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ չի հայտնաբերվել:

Վուլվայի սկլերոտիկ որքին

Սույն գլուխը վերաբերում է մեծահասակ կանանց շրջանում վուլվայի սկլերոտիկ որքինի վարմանը:

Էթիոլոգիա

Սկլերոտիկ որքինը (ՍՈ) անհայտ ծագմամբ էթիոլոգիայով բորբոքային դերմատոզ է: Առկա են տվյալներ, որ հիվանդության պաթոգենեզում կարող են ներառված լինել աուտոիմուն գործոններ և վերջին տվյալները ցույց են տվել արտաբջջային մատրիքի սպիտակուց 1-ի հանդեպ աուտոհակամարմինների առկայություն [4]: Սկլերոտիկ որքինով կանանց շրջանում այլ ուտոիմուն հիվանդություններն ավելի հաճախ են հանդիպում [5]:

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտանշաններ

- Քոր
- Ցավոտություն
- Դիսպարեունիա, եթե առկա է լուսանցքի նեղացում
- Միզային ախտանշաններ
- Այլ ախտանշաններ, օրինակ՝ փորկապություն, կարող են դիտվել, եթե առկա է պերիանալ ընդգրկում
- Հազվադեպ կարող է ընթանալ անախտանիշ

Նշաններ

- Վուլվայի գունատ, սպիտակ հատվածներ
- Պուրպուրա (էկիսիմոզ) դիտվում է հաճախ
- Ճաքոտություն

- Էրոզիաներ, սակայն բլիստերներ հազվադեպ են դիտվում
- Կարող է դիտվել հիպերկերատոզ
- Փոփոխությունները կարող են լինել տեղայնացված կամ 8 թվանշանի նման, ներառյալ պերիանալ շրջանը
- Կառուցվածքի կորուստը կարող է դրսևորվել փոքր ամոթաշորթի կորստով և/կամ միջնագծային սերտաճմամբ: Ծլիկի գլխարկը սերտաճում է ծլիկի վրա, և ծլիկը մնում է դրա տակ:

Բարդություններ

- Տափակ բջջային կարցինոմայի զարգացում (իրական ռիսկը՝ <5% [6])
- Ծլիկի կեղծ կիստայի առաջացում
- Սեռական դիսֆունկցիա
- Դիզէսթեզիա

Ախտորոշում

- Բնորոշ կլինիկական պատկեր
- Վուլվայի բիոպտատի հյուսվածաբանական քննություն. բարակ վերնամաշկ, ենթավերնամաշկային հիալինիզացիա և ավելի խորը բորբոքային ինֆիլտրատ: Հիվանդության վաղ փուլերում հյուսվածաբանական մեկնաբանությունը կարող է դժվար լինել [7]:

Վարում

Հետագա հետազոտություններ

- Բիոպսիան պարտադիր է, եթե ախտորոշումը պարզ չէ, առկա են ատիպիկ դրսևորումներ կամ կասկածվում է համատեղ առկա վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիա (ՎՆՆ) / տափակ բջջային կարցինոմա (ՏԲԿ):
- **Ըստ կլինիկական ցուցման աուտոիմուն հիվանդությունների հետազոտություններ, հատկապես վահանագեղձի դիսֆունկցիայի հայտնաբերման համար (T4 և TSH), քանի որ այն հաճախ լինում է**

անախտանիշ և հայտնաբերված է կապ սկզբնորոշիկ որքինի հետ [5]:
(Խորհուրդի ուժը՝ IV / C)

- Մաշկի քուրք. օգտակար է միայն համատեղ առկա մաշկային վարակների բացառման համար, եթե առկա են համապատասխան ախտանշաններ և նշաններ:
- Փատչ թեսթ. հազվադեպ է անհրաժեշտ լինում և միայն այն դեպքերում երբ կասկածվում է դեղորայքային ալերգիա: Պետք է անցկացնել մաշկաբանի խորհրդատվություն:

Բուժում

Ընդհանուր խորհուրդներ

- Պացիենտներին պետք է տեղեկացնել իրենց վիճակի մասին և տրամադրել գրավոր տեղեկատվություն: Պացիենտները պետք է տեղեկացվեն նեոպլաստիկ փոփոխությունների առաջացման առկա փոքր ռիսկի վերաբերյալ: Պետք է խորհուրդ տալ կապվել բժշկի հետ, եթե նրանք նկատեն տեսքի և կազմության փոփոխություն (գոյացության զգացում կամ մաշկի կարծրացում), կամ ախտանշանների զգալի փոփոխություն:

Խորհուրդ տրվող սխեմաներ

- **Գերհզոր տեղային ստերոիդներ [8], օրինակ՝ կլոբետագոլ պրոպիոնատ:**
(Խորհուրդի ուժը՝ I / A)
Տարբեր սխեմաներ են կիրառվել, որոնցից ամենահաճախը՝ օրական կիրառումը մեկ ամսով, ինչպես նաև կիրառվել է օրը մեջ՝ մեկ ամիս, շաբաթական երկու անգամ՝ մեկ ամիս՝ 3-րդ ամսում վերանայումով, սխեմաները: Հետագայում կարող է կիրառվել ըստ ախտանիշների առկայության: Չկան ապացույցներ օպտիմալ սխեմայի վերաբերյալ:
- 30 գ գերհզոր ստորոիդը պետք է տևի առնվազն 3 ամիս:
- Քսուրքային հիմքերն ավելի լավ է կիրառել անոգենիտալ հատվածի մաշկին, քանի որ քսուրքային հիմքերում ավելի քիչ են կիրառվում պահպանիչ նյութեր, և

այդպիսով նվազ է երկրորդային կոնտակտային ալերգիայի ռիսկը:

Այլընտրանքային սխեմաներ

- **Հակաբակտերիալ և հակասնկային համակցմամբ գերիզոր տեղային ստերոիդների կիրառումը, օրինակ՝ կլոբետազոլի, նեոմիցինի և նիստատինի համակցումը, կամ այլընտրանքային պատրաստուկները (օրինակ՝ բետամեթազոնի վալերատի և ֆուզիդաթթվի համակցմամբ նրբաքսուք), որոնք պայքարում են երկրորդային վարակի դեմ, կարող են տեղին լինել, եթե երկրորդային վարակի առաջացման անհանգստություն կա: Սա պետք է կիրառել միայն կարճ ժամանակահատվածում՝ վարակը մաքրելու նպատակով: (Խորհուրդի ուժը՝ IV / C)**

Գիտական տվյալներ և չլիցենզավորված բուժումներ

- Տեղային կայցինեյրինի արգելակիչներ: Սա չլիցենզավորված ցուցում է և երկարաժամկետ անվտանգությունը և արդյունավետությունը հաստատված չէ:

Տակրոլիմուսի 0.1%-անոց պատրաստուկը 16-24 շաբաթ կիրառման դեպքում ցույց է տրված, որ արդյունավետ է: [9]: (Խորհուրդի ուժը՝ IIb / B)

Վերոնշյալ հետազոտությունը, որը ներառել է սեռական և արտասեռական սկլերոտիկ որքինով կին և տղամարդ պացիենտների, ցույց է տվել, որ գնահատված պացիենտների 77%-ը պատասխանել է բուժմանը, որոնցից 43%-ը ցուցաբերել է ամբողջական պատասխան (ախտանշանների բացակայություն, բացի մաշկի պնդացումից և ատրոֆիայից) 24 շաբաթում: Հսկողության տևողությունը եղել է 18 շաբաթ, որի ժամանակ որևէ պացիենտ չի ունեցել մաշկի չարորակ հիվանդություն կամ դիսպլաստիկ փոփոխություններ, սակայն երկարաժամկետ ռիսկերը դեռ պետք է ուսումնասիրվեն, քանի որ տեղային իմունոսուպրեսիան բարձրացնում է չարորակության հավանականությունը:

Պիմեկրոլիմուս կիրառած մի հետազոտությունում ցույց է տրվել, որ 6 ամիս շարունակական ընդունումից հետո պացիենտների 42%-ը եղել են լիարժեք

ռեմիսիայի մեջ [10]: *(խորհուրդի ուժը՝ IIb / B)*

Տեղային գրգռումը ամենահաճախ դիտվող կողմնակի երևույթն է տակրոլիմուսի և պիմեկրոլիմուսի կիրառման դեպքում, բայց սովորաբար անցնում է սկզբնական կիրառման շրջանից հետո: Գրանցված են չարորակությունների դեպքեր [11,12], և այս դեղորայքը խորհուրդ չի տրվում որպես առաջին ընտրություն:

- **Օրալ ռետինոիդները, օրինակ՝ ացիտրետինը** [13], **կարող են արդյունավետ լինել ծանր և չկառավարվող հիվանդության դեպքում** *(խորհուրդի ուժը՝ Ib / A)*, սակայն պետք է նշանակվի միայն փորձառու մաշկաբանի կողմից:
- **UVA1 ֆոտոթերապիան սակավ թվով դեպքերում է եղել հաջող** [14]: *(խորհուրդի ուժը՝ III / B)*

Հղիություն և կրծքով կերակրում

- Տեղային ստերոիդները անվտանգ են հղիության և կրծքով կերակրման ժամանակ կիրառման համար:
- Տեղային կալցինեյրիների արգելակիչները հակացուցված են հղիության և կրծքով կերակրման ժամանակ:
- Ռետինեիդները խստիկ հակացուցված են հղիության ժամանակ և առնվազն 2 տարի դրանից առաջ: Դրանք պետք է զգուշությամբ կիրառել վերարտադրողական տարիքի կանանց շրջանում:

Հետագա ուղղորդման չափանիշներ

- Բուժմանը ոչ ադեկվատ պատասխանած ակտիվ հիվանդությամբ դեպքերը պետք է ուղղորդվեն գինեկոլոգիական կլինիկա:
- Ցանկացած պացիենտ, ում մոտ զարգանում է տարբերակված կամ չտարբերակված ՎՆՆ կամ ՏԲԿ՝ ՍՈ-ի ֆոնին, պետք է այցելեն և հսկվեն գինեկոլոգիական կլինիկայում, եթե այդպիսին առկա է:

Վիրահատություն [15] **պետք է կիրառել միայն համատեղ առկա ՎՆՆ-ի, ՏԲԿ-ի կամ սերտաճման բուժման համար:** *(խորհուրդի ուժը՝ III / B)*

Հսկողություն

- Գնահատել բուժման հանդեպ պատասխանը 3 ամսից:
- Կայուն հիվանդության դեպքում դինամիկ հսկողությունը կատարել տարեկան մեկ անգամ, և լավ կառավարվող հիվանդության դեպքում այն կարող է կատարվել ընտանեկան բժշկի կողմից:
- Պացիենտները պետք է տեղեկացվեն, որ գոյացության զգացողություն, ցավոտություն, ախտանիշների փոփոխություն կամ տեսքի փոփոխում նկատելու դեպքում պետք է դիմեն բժշկի:

Վուլվայի տափակ որքին

Էթիոլոգիա

Տափակ որքինը բորբոքային հիվանդություն է, որը դրսևորվում է մաշկի, բերանի և սեռական լորձաթաղանթների վրա: Ավելի հազվադեպ այն ախտահարում է արցունքաձորանը, կերակրափողը և արտաքին լսողական անցուղին: Սա անհայտ պաթոգենեզի բորբոքային հիվանդություն է, բայց այն հավանաբար իմունաբանական պատասխանն է T քջիջների կողմից՝ ակտիվացած դեռևս անհայտ հակաձիններով: Վուլվայի էրոզիվ տափակ որքինով պացիենտների 61%-ի շրջանում հայտնաբերվել են թույլ շրջանառվող հիմնային թաղանթի զոնայի հանդեպ հակամարմիններ [16]: Որոշ դեպքերում առկա է վերադրում սկլերոտիկ որքինի և տափակ որքինի միջև:

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտանշաններ

- Քոր/գրգռում

- Ցավոտություն
- Դիսպարեունիա
- Միզային ախտանշաններ
- Հեշտոցային արտադրություն
- Կարող է լինել անախտանիշ

Նշաններ

Տափակ որքինի անոգենիտալ ախտահարումները ըստ կլինիկական ներկայացման կարող են բաժանվել երեք մեծ խմբի՝

1. Դասական. կերատինիզացված անոգենիտալ մաշկին հայտնաբերվում են տիպիկ պապուլաներ վուլվայի ներքին հատվածում ստրիաների հետ կամ առանց: Նրանց լավացմանը հաջորդում է հիպերպիգմենտացիա, հատկապես մուգ մաշկով անձանց մոտ: Այս տեսակի տափակ որքինը կարող է լինել անախտանիշ: Մաշկային տափակ որքին ունեցող 37 կանանցից 19-ի մոտ հայտնաբերվել է վուլվալ ախտահարումներ, և այդ 19-ից 4-ը եղել են անախտանիշ [17]:
2. Հիպերտրոֆիկ. այս ախտահարումները հարաբերականորեն հազվադեպ են և կարող են դժվար ախտորոշվել: Նրանք հատկապես ախտահարում են շեքը և պերիանալ շրջանը, դրսևորվելով որպես հաստ ելունդավոր վահանիկներ, որոնք կարող են խոցոտվել, վարակվել և լինել ցավոտ: Այս դրսևորումների պատճառով նրանք կարող են նմանվել չարորակության: Նրանց բնորոշ չէ վուլվայի ախտահարումը:
3. Էրոզիվ. ամենից հաճախ վուլվալ ախտանիշների առաջացնող ենթատեսակ: Լորձաթաղանթային մակերեսները էրոզված են: Էրոզիաների եզրերին էպիթելը բաց մանուշակագույն է և երբեմն երևում է գունատ ցանց (Ուիքհամի ստրիաներ): Էրոզիվ տափակ որքինի դեպքում կարևոր է վաղ հայտնաբերել և բուժել հեշտոցային ախտահարումները, քանի որ նրանք հաճախ են բերում սպիացման և ամբողջական ստենոզի: Ախտահարումները կազմված են բծավոր էրիթեմատոզ փխրուն տելանգիէկտազիաներից, որոնք պատճառն են հաճախ հանդիպող պոստկոիտալ արյունահոսության, դիսպարեունիայի և փոփոխական

արտադրության, որը հաճախ շճաարյունային է: Էրեզիաների լավացման հետ կարող են զարգանալ սինեխիաներ և սպիեր [18]: Այս տեսակը հանդիպում է նաև բերանի լորձաթաղանթին, չնայած սինեխիաները հաճախ չեն: Վուլվուզազինալ գինգիվալ համախտանիշ տերմինը օգտագործվում է, երբ էրոզիվ հիվանդությունը տեղի է ունենում այս երեք շրջաններում: Ներկայացվող ախտանիշը սովորաբար ցավն է և ցավոտությունը:

Բարդություններ

- Սպիեր, ներառյալ հեշտոցային սինեխիաներ
- Տափակ բջջային կարցինոմայի զարգացում: Մի հետազոտությունում հանդիպման հաճախականությունը կազմել է 3%:

Ախտորոշում

- Բնորոշ կլինիկական պատկեր: Հեշտոցի ընդգրկումը բացառում է սկլերոտիկ որքինը: Այլ հատվածների մաշկային փոփոխությունները կարող են օգնել, սակայն տափակ և սկլերոտիկ որքինների վերադրում նկարագրվել է: Իմունոբուլյոզ հիվանդությունները, ինչպիսին պեֆիզուան է, կարող է կլինիկապես նման լինել էրոզիվ տափակ որքինին:
- Վուլվայի բիոպտատի հյուսվածաբանական քննություն. անկանոն սղոցատամնավոր ականտոզ, հատիկավոր և հիմնային շերտերի բջիջների բարձրացած հեղուկացում: Բուն մաշկի երիզանման ինֆիլտրատ, գերազանցապես լիմֆոցիտար:

Վարում

Հետագա հետազոտություններ

- Բիոպսիան անհրաժեշտություն է, եթե ախտորոշումը պարզ չէ կամ կասկածվում է

համատեղ առկա վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիա (ՎՆՆ) / տափակ բջջային կարցինոմա (ՏԲԿ): Եթէ տարբերակիչ ախտորոշման մեջ դիտարկվում է իմունոբոլոգ հիվանդություն, պետք է կատարել ուղղակի իմունոֆլուորեսցենտային հետազոտություն: Ընդամենը 25% դեպքերն են դասական բիոպսիոն պատկերով, ուստի կարևոր է կլինիկաախտաբանական քննարկումը:

- **Աուտոիմուն հիվանդությունների հետազոտում, հատկապես վահանազեղծի (T4 և TSH) [5]:** (*խորհուրդի ուժը՝ IV / C*)
- Մաշկի քսուք. երկրորդային վարակի բացառման նպատակով, հատկապես էքսկորիացված ախտահարումների դեպքում:
- Փատչ թեսթ. եթէ կասկածվում է դեղորայքային ալերգիա:
- Չնայած, որ որոշ երկրներում գրանցվել է հեպատիտ C-ի և երբեմն հեպատիտ B-ի կապ այս հիվանդության հետ, ռուտին սկրինինգ անհրաժեշտ չէ [20]:

Բուժում

Ընդհանուր խորհուրդներ

- Պացիենտներին պետք է տեղեկացնել իրենց վիճակի մասին և տրամադրել գրավոր տեղեկատվություն: Պացիենտները պետք է տեղեկացվեն նեոպլաստիկ փոփոխությունների առաջացման առկա փոքր ռիսկի վերաբերյալ: Պետք է խորհուրդ տալ կապվել բժշկի հետ, եթէ նրանք նկատեն տեսքի և կազմության փոփոխություն (գոյացության զգացում կամ մաշկի կարծրացում):

Խորհուրդ տրվող սխեմաներ

- **Գերիզոր տեղային ստերոիդներ, օրինակ՝ կլոբետազոլ պրոպիոնատ:** (*խորհուրդի ուժը՝ IIb / B*)
Վուլվալ կլինիկայում բուժված 114 պացիենտների շրջանում կատարված մի հետազոտությունում 89 պացիենտ կիրառել է գերիզոր տեղային ստերոիդ, որպես բուժական առաջին ընտրություն, որոնցից 75%-ը ունեցել են բարելավում և 54%-ը

դարձել են անախտանիշ: Սակայն, ընդամենը 9%-ի մոտ է դիտվել բորբոքման նշանների անցում [19]: Օպտիմալ սխեմայի վերաբերյալ ապացույցներ չկան:

- Կարող է պահանջվել պահպանողական բուժում ավելի թույլ ստերոիդներով կամ ուժեղ ստերոիդների նվազ օգտագործմամբ:
- Հեշտոցային կորտիկոստերոիդներ. կորտիկոստերոիդների ներմուծումը հեշտոց հեշտ չէ: Օգտակար է հիդրոկորտիզոն պարունակող պատրաստուկը (Կոլիֆոամ), որը ներմուծվում է ապլիկատորի միջոցով:
- **Ավելի ծանր դեպքերում կարող են կիրառվել պրեդնիզոլոնի մոմիկներ:**
(խորհուրդի ուժը՝ IV / C)

Այլընտրանքային սխեմաներ

- **Հակաբակտերիալ և հակասնկային համակցմամբ գերիզոր տեղային ստերոիդները, օրինակ՝ կլոբետագոլի, նեոմիցինի և նիստատինի համակցումը, կամ այլընտրանքային պատրաստուկները (օրինակ՝ բետամեթազոնի վալերատի և ֆուզիդաթթվի համակցմամբ նրբաքսուք), որոնք պայքարում են երկրորդային վարակի դեմ, կարող են տեղին լինել, եթե երկրորդային վարակի առաջացման անհանգստություն կա: Սա պետք է կիրառել միայն կարճ ժամանակահատվածում՝ վարակը մաքրելու նպատակով:**
(խորհուրդի ուժը՝ IV / C)

Հղիություն և կրծքով կերակրում

- Տեղային ստերոիդները անվտանգ են հղիության և կրծքով կերակրման ժամանակ կիրառման համար:
- Տեղային կալցինեյրինի արգելակիչները հակացուցված են հղիության և կրծքով կերակրման ժամանակ:
- Ռետինեիդները խստիկ հակացուցված են հղիության ժամանակ և առնվազն 2 տարի դրանից առաջ: Դրանք պետք է զգուշությամբ կիրառել վերարտադրողական տարիքի կանանց շրջանում:

Հետագա ուղղորդման չափանիշներ

Ուղղորդումը բազմաբնագավառ գինեկոլոգիական կլինիկա, եթե այդպիսին կա, խորհուրդ է տրվում էրոզիվ հիվանդության դեպքում և բոլոր չկառավարվող դեպքերում, կամ այն դեպքերում, երբ դիտարկվում է համակարգային թերապիայի կիրառում:

Համակարգային բուժում. չկա կոնսենսուս և քիչ տվյալներ են առկա համակարգային բուժման կիրառման վերաբերյալ: Վուլվոլագինալ-գինգիվալ համախտանիշի դեպքում ընդհանուր համաձայնություն է առկա, որ ազաթիոպրինը, դապսոնը, գրիզեոֆուլվինը, քլորոքվինը և մինոցիկլինը, որոնք բոլորն էլ կիրառված են էմպիրիկ, ունեն քիչ օգտակարություն կամ չունեն այն,

- Կարող է դիտարկվել օրալ ցիկլոսպորին:
- Հիպերտրոֆիկ դեպքերում ռետինոիդները կարող են շատ օգտակար լինել:
- Օրալ ստերոիդները կիրառվում են, օրինակ՝ պրեդնիզոլոն 40 մգ/օր՝ նվազեցնամբ մի քանի շաբաթվա ընթացքում, և ծանր սրացումների դեպքում կուրսերը կարող են կրկնվել:
- Նոր կենսաբանական դեղերը կիրառվել են բերանի և մաշկային ախտահարման դեպքում: Բազիլիքսիմաբը [21] ցույց է տրվել, որ արդյունավետ է, սակայն նրա կիրառումը չի ուսումնասիրվել վուլվալ ախտահարման դեպքում:

Բոլոր այս պոտենցիալ թունավոր թերապիաները (օրալ ցիկլոսպորին, ռետինոիդներ, ստերոիդներ, բազիլիքսիմաբ) պահանջում են սերտ մոնիթորինգ և լավագույնը վերահսկվում են մաշկաբանի կողմից՝ մասնագիտացված կլինիկայում: (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)

Հսկողություն

- Գնահատել բուժման հանդեպ պատասխանը 2-3 ամիս անց:
- Ակտիվ հիվանդությունը պետք է գնահատել ըստ կլինիկական անհրաժեշտության: Էրոզիվ տափակ որքինը պահանջում է երկարատև մասնագիտացված հսկողություն: (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)

- Ակտիվ հիվանդության դեպքերը պետք է հսկվեն տարեկան մեկ անգամ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ պատշաճ տրվել է խորհրդատվություն և պացիենտները լավ կառավարում են իրենց ախտանիշները: Հսկողությունը կարող է կատարվել ընտանեկան բժշկի կողմից:
- Պացիենտներին պետք է տեղեկացնել, որ գոյացության առաջացում կամ տեսքի փոփոխություն նկատելու դեպքում շտապ պետք է դիմեն բժշկի:

Վուլվալի էկզեմա

Էթիոլոգիա

Էկզեմատոզ և որքինացված հիվանդություններ, ինչպես դասակարգվում է ISSVD-ի կողմից [22], ներառում է՝

- Ատոպիկ. ալերգիկ տեսակը հաճախ դիտվում է այն անձանց շրջանում, ովքեր նաև ունեն ալերգիկ ռինիտ կամ ասթմա:
- Ալերգիկ կոնտակտ. նյութի հետ շփման արդյունք, որի հանդեպ տվյալ անհատը զգայուն է:
- Գրգռիչ կոնտակտ. գրգռիչ քիմիական նյութերի, փոշիների, վացող միջոցների և այլնի հետ շփման արդյունք:

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտանշաններ՝

- Վուլվալ քոր
- Ցավոտություն

Նշաններ՝

- Էրիթեմա
- Որքինացում և էքսկորիացիաներ

- Ճարտում

Բարդություններ`

- Երկրորդային վարակ

Ախտորոշում

- Կլինիկական ներկայացում (ինչպես վերևում)
- Մաշկի ընդհանուր զննում` դերմատիտի այլ նշանների բացահայտման համար

Վարում

Հետագա հետազոտություններ

- **Փառչ թեստ [23,24] – ստանդարտ համալիր և դեղորայք (Խորհուրդի ուժը` III / B)**
- **Բիոպսիա (Խորհուրդի ուժը` IV / C) – միայն եթե առկա են ատիպիկ դրսևորումներ կամ բուժման հանդեպ պատասխանը անհաջող է**

Բուժում

Խորհուրդ տրվող սխեմաներ

- **Սրացնող գործոններից խուսափում (Խորհուրդի ուժը` IV / C)**
- Փափկցնող օժառի փոխարինողների կիրառում (որպես խոնավեցնող միջոց ջրային նրբաքուրք չպետք է կիրառել, քանի որ առկա է գրգռման ռիսկ, որպես այլընտրանք կարող է կիրառվել Հիդրամոլ)
- **Տեղային կորտիկոստերոիդներ - դեղորայքի ընտրությունը կախված է ծանրության աստիճանից. 1% հիդրոկորտիզոնի քսուրը` թեթև դեպքերում,**

բետամեթազոն վալերատ 0.025% կամ կլոբետազոլ պրոպիոնատ 0.05%՝ ծանր կամ որքինացված դեպքերում, սահմանափակ ժամանակահատվածներով:
Հակասնկային և/կամ հակաբիոտիկ պարունակող համակցված պատրաստուկներ կարող են պահանջվել, եթե կասկածվում է երկրորդային վարակ: Կիրառել օրը մեկ անգամ: (*Խորհուրդի ուժը՝ IV / C*)

Հսկողություն

- Ըստ կլինիկական անհրաժեշտության
- Կարող է կարիք լինել երկարատև հսկողություն և հոգեբանական աջակցություն

Հասարակ որքին

Էթիոլոգիա

Դասակարգվում է 4 հիմնական խմբերում՝

- Հիմքում ընկած դերմատոզ (ատոպիկ դերմատիտ, ալերգիկ կոնտակտային դերմատիտ, մակերեսային սնկային վարակներ՝ միկոզ և կանդիդոզ)
- Համակարգային վիճակներ, որոնք առաջացնում են քոր (երիկամային անբավարարություն, լեղուղիների խցանող հիվանդություն՝ առաջնային բիլիար ցիրոզ և առաջնային սկլերոզացնող խոլանգիտ, Հոջկինի լիմֆոմա, հիպեր- կամ հիպոթիրոիդիզմ և պոլիցիտեմիա վերա)
- Միջավայրային գործոններ (ջերմություն, քրտինք, հագուստի շփում, նաշկի խնամքի կոպիտ պատրաստուկներ)
- Հոգեբուժական խանգարումներ. տագնապը, դեպրեսիան, օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարումը և դիսոցիատիվ երևույթները հաճախ ասոցացվում են այս վիճակի հետ: Էմոցիոնալ լարվածությունը նախատրամադրվածությամբ անձանց շրջանում (ատոպիկ դերմատիտի, ասթմայի և ալերգիկ ռինիտի

նախատրամադրվածությամբ անհատներ) կարող է խթանել քոր և այդպիսով սկսի քրոնիկ քոր-քորում ցիկլը [25,26]:

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտանշաններ՝

- Վուլվալ քոր
- Ցավոտություն

Նշաններ՝

- Որքինացում՝ հաստ, նուրբ թեփուկավոր, գունատ կամ հողագույն մաշկ արտահայտված մաշկային ծալքերով, կարող են ավելի արտահայտված լինել դոմինանտ ձեռքի հակառակ կողմում
- Էրոզիաներ և ճաքեր
- Քորելու արդյունքում կարող են դիտվել էքսկորիացիաներ
- Քորելու արդյունքում ցայլի մազերը հաճախ թափած են լինում

Բարդություններ՝

- Երկրորդային վարակ

Ախտորոշում

- Կլինիկական ներկայացում (ինչպես վերևում): Վուլվալի պտորիազը սովորաբար նվազ քոր եկող է, ախտահարումները բաց կարմիր են, հաճախ ջնարակապատ տեսք ունեն, լավ եզրագծված են, և միջհոտույքային ճեղքը հաճախ ներառված է:
- Անամնեզ, ներառյալ ցուցման դեպքում մտավոր վիճակի զննում:

- Մաշկի ընդհանուր զննում՝ այլ հատվածներում պսորիազի կամ հասարակ որքինի այլ նշանների հայտնաբերման համար:

Վարում

Հետագա հետազոտություններ

- Վարակների սկրինինգ (օրինակ՝ Staphylococcus aureus, Candida albicans)
- **Մաշկաբանական ուղղորդում՝ փառչ թեստ դիտարկելու համար [23] (ստանդարտ համալիր և դեղորայք) (խորհուրդի ուժը՝ III / B)**
- **Ֆերիտին [27] (խորհուրդի ուժը՝ III / B)**
- **Բիոպսիա (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)**

Բուժում

Խորհուրդ տրվող սխեմաներ

- **Սրացնող գործոններից խուսափում (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)**
- Փափկացնող օճառի օգտագործում (որոշ մարդիկ կարող են ռեակցիա ունենալ ջրային նրբաքսուքների հանդեպ՝ այն որպես փափկացնող միջոց կիրառելիս, ուստի խորհուրդ է տրվում այն կիրառել որպես օճառի փոխարինող և ոչ որպես փափկացնող միջոց):
- **Տեղային կորտիկոստերոիդներ. որքինացված դեպքերը բուժելիս անհրաժեշտ է կիրառել հզոր ստերոիդներ, օրինակ՝ բետամեթազոն կամ կլոբետազոլ, սահմանափակ ժամանակահատվածներով: Երկրորդային վարակ կասկածելիս կարող է անհրաժեշտ լինել հակասնկային և/կամ հակաբիոտիկային համակցված պատրաստուկի կիրառում: Կիրառել օրը մեկ կամ երկու անգամ: (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)**
- Թույլ տազնապամարիչ հակաիստամինայինները, օրինակ՝ հիդրօքսիզինը կամ դոքսետինը օգտակար են գիշերն օգտագործելիս:
- Քորը հաճախ արագ պատասխանում է տեղային ստերոիդներին, սակայն մինչ

որքինացման անցումը քոր-քորում ցիկլը մնում է և ախտանշանները կրկնվում են:
Տեղային ստերոիդների կիրառման հաճախականության աստիճանական նվազեցումը մոտ 3-4 ամսվա ընթացքում օգտակար է:

- Կոգնիտիվ վարքային թերապիան կարող է օգտակար լինել, եթե կան համատեղ առկա մտավոր առողջության խնդիրներ:

Հսկողություն

- Թեթև հիվանդության դեպքում՝ ըստ կլինիկական ցուցման
- Ծանր հիվանդության դեպքում (հզոր տեղային ստերոիդներ կիրառելիս)՝ 1 ամիս անց, ապա ըստ անհրաժեշտության

Վուլվայի պսորիազ

Էթիոլոգիա

Պսորիազը վերնամաշկի քրոնիկ բորբոքային հիվանդություն է, որն ախտահարում է ընդհանուր բնակչության մոտ 2%-ին: Սեռական օրգանների պսորիազը կարող է հանդիպել հասարակ պսորիազի կամ ծալքերի պսորիազի հետ, կամ հազվադեպ որպես միակ ախտահարված հատված:

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտանշաններ՝

- Վուլվալ քոր
- Ցավոտություն
- Այրոցի զգացողություն

Նշաններ՝

- Լավ եզրագծված, թույլ էրիթեմատոզ վահանիկներ
- Հաճախ սիմետրիկ
- Հաճախ ախտահարում է միջհետույքային ճեղքը
- Ճաքոտում

Բարդություններ՝

- Կարող է վատանալ Կորների էֆեկտի պաճառով՝ գրգռվելով մեզից, ձիգ հագուստից կամ սեռական հարաբերությունից:

Ախտորոշում

- Կլինիկական ներկայացում (ինչպես վերևում):
- Մաշկի ընդհանուր զննում՝ այլ հատվածներում պտորիազի կամ հասարակ որքինի այլ նշանների հայտնաբերման համար:

Վարում

Հետագա հետազոտություններ

- Ախտորոշման կասկածի դեպքում՝ մաշկի դակիչ բիոպսիա

Բուժում

Խորհուրդ տրվող սխեմաներ

- Գրգռիչ գործոններից խուսափում

- Փափկացնող օճառների փոխարինիչների կիրառում
- **Տեղային կորտիկոստերոիդներ.** նախընտրելի են թույլ և միջին ուժի ստերոիդները, սակայն եթե բավարար չեն լինում պատասխան ստանալու համար, ապա կարճատև կարող են կիրառվել հզոր ստերոիդներ, օրինակ՝ 0.05% կլոբետագոլի պրոպիոնատ: Երկրորդային վարակ կասկածելիս կարող է պահանջվել հակասնկային և/կամ հակաբիոտիկային համակցված պատրաստուկի կիրառում (օրինակ՝ կլոբետագոլի, նիստատինի և օքսիտետրացիկլինի համակցում): *(խորհուրդի ուժը՝ IV / C)*
- Ձյութային պատրաստուկները կարող են կիրառվել միայնակ կամ համակցված կամ տեղային ստերոիդների հետ հերթափոխով: Սակայն, այս պատրաստուկները կարող են առաջացնել գրգռում և ֆոլիկուլիտ: *(խորհուրդի ուժը՝ IV / C)*
- Վիտամին D-ի անալոգներ՝ միայնակ կամ համակցված կորտիկոստերոիդների հետ, սակայն նրանց օգտակարությունը կարող է սահմանափակվել գրգռման առաջացման պատճառով: *(խորհուրդի ուժը՝ IV / C)*

Ուղղորդում

- Բուժմանը չպատասխանող կամ համակարգային բուժման դիտարկման անհրաժեշտության դեպքերում խորհուրդ է տրվում ուղղորդել բազմաբնագավառ գինեկոլոգիական կլինիկա:
- Համակարգային բուժում. ծանր և էքստենսիվ պսորիազի ժամանակ անհրաժեշտության դեպքում կարող է օգնել սեռական օրգանների ախտահարումներին, սակայն խորհուրդ չի տրվում իզոլացված սեռական օրգանների պսորիազի դեպքում:

Հսկողություն

- Թերևս հիվանդության դեպքում՝ ըստ կլինիկական ցուցման
- Ծանր հիվանդության դեպքում (հզոր տեղային ստերոիդներ կիրառելիս)՝ 1 ամիս

անց, ապա ըստ անհրաժեշտության

Վուլվայի այլ դերմատոզներ

Շատ այլ մաշկային վիճակներ նույնպես կարող են ախտահարել վուլվան: Երբ ախտորոշումը ակնհայտ չէ, պացիենտը պետք է ուղղորդվի գինեկուլոգիական կլինիկա կամ մաշկաբանի:

Վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիա (ՎՆՆ)

Էթիոլոգիա

Սա վուլվայի մաշկի մի վիճակ է, որը չբուժման դեպքում վերածվում է քաղցկեղի: Ախտորոշումը հաստատվում է հյուսվածաբանական քննությամբ: Մասնագիտացված կենտրոններում ամենահաճախ հանդիպող էթիոլոգիկ գործոնը մարդու պապիլոմա վիրուսն (ՄՊՎ) է և գերազանցապես ասոցացված է ՄՊՎ-16-ի հետ [29], և սա համարվում է սովորական տեսակը: Երկրորդ տեսակը հիմնականում կապված չէ ՄՊՎ-ի հետ և հանդիպում է սկլերոտիկ և տափակ որքինների հետ, և հայտնի է որպես տարբերակված տեսակ [30]: Տափակ բջջային քաղցկեղի վերածման ռիսկը զգալի բարձր է ՎՆՆ-ի տարբերակված տեսակի դեպքում և պահանջում է մասնագիտացված վարում: ՎՆՆ-ն ավելի հաճախ է հանդիպում իմունաճնշված կանանց շրջանում [31]: Ծխելը նույնպես ռիսկի գործոն է:

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտանշաններ՝

- Գոյացության զգացողություն
- Այրոց և քոր/գրգռում

- Անախտանիշ
- Ցավ

Նշաններ՝

- Կլինիկական դրսևորումները շատ փոփոխական են
- Մաշկի մակերեսից բարձրացած, սպիտակ, էրիթեմատոզ կամ պիգմենտացված ախտահարումներ, որոնք կարող են լինել ելունդավոր, խոնավ կամ էրոզված (պիգմենտացված ախտահարումները նախկինում հայտնի էին որպես Բուուենոիդ պապուլյոզ)
- Բազմաօջախային ախտահարումները հաճախ են հանդիպում

Բարդություններ՝

- Տափակ բջջային կարցինոմայի զարգացում դիտվել է կանանց 9-18.5% դեպքերում [32,33]
- Կրկնումները հաճախ են և քաղցկեղի վերածում կարող է լինել բուժումից հետո [33]
- Նկարագրված են նաև հոգեսեռական բարդություններ (հատկապես վիրահատական բուժումից հետո) [34]

Ախտորոշում

- Բիոպսիա. հյուսվածաբանական քննությունը ցույց է տալիս տափակ էպիթելի կառուցվածքի կորուստ տարբեր աստիճանի բջջաբանական ատիպիզմով, որը դասակարգվում է որպես չտարբերակված կամ տարբերակված [30] և ըստ խորության: Բազմակի բիոպսիաներ կարող են պահանջվել, քանի որ առկա է ինվազիվ հիվանդության բաց թողնման ռիսկ [35]:

Վարում

Հետագա հետազոտություններ

- Համոզվել, որ տվյալկնոջ արգանդի պարանոցի բջջաբանական հետազոտությունը կատարված է իր ժամանակին, քանի որ առկա է պարանոցի ներպիթեխիալ նեոպլազիայի (ՊՆՆ) [36] հետ կապ (սա հավանաբար վերաբերում է միայն ՄՊՎ-ով առաջացած դեպքերին): *(խորհուրդի ուժը՝ IV / C)*
- ՎՆՆ-ով բոլոր պացիենտները պետք է ուղղորդվեն կոլպոսկոպիայի՝ ՊՆՆ և ՎՆՆ բացառելու նպատակով: Եթե առկա են որևէ պերիանալ ախտահարումներ, խորհուրդ է տրվում ուղղորդել անոսկոպիայի: *(խորհուրդի ուժը՝ IV / C)*

Բուժում [37,38]

Բազմաօջախային ախտահարումները կարող են բուժվել նույն կերպ, ինչ միակի ախտահարումները, սակայն կարող են ունենալ կրկնումների ավելի բարձր մակարդակ [28]:

Խորհուրդ տրվող սխեմաներ

- Վիրահատական հեռացում. սա բուժական ընտրությունն է փոքր, լավ եզրագծված ախտահարումների դեպքում, քանի որ հսկողության ժամանակ այն ցուցաբերում է կրկնումների ամենացածր մակարդակը: *(խորհուրդի ուժը՝ III / B)*
- Իմիկվիմոդի նրբաքսուք 5%. փոքր հետազոտություններում դիտվել է կլինիկական և հյուսվածաբանական մասնակի և ամբողջական հետզարգացում, սակայն կողմնակի երևույթները սահմանափակում են բուժումը: Առկա են տվյալներ միայն կարճատև հսկողությունից [40,41]: *(խորհուրդի ուժը՝ Ib / A)*

- **Վուլվեկտոմիա.** սա արդյունավետ մեթոդ է, սակայն կարող են դիտվել կրկնումներ, տուժում են ֆունկցիոնալ կարողությունները և էսթետիկ տեսքը [34,39]: *(խորհուրդի ուժը՝ IV / C)*

Այլընտրանքային սխեմաներ

- **Տեղային դեստրուկցիա.** տվյալ եղանակի կիրառման տարբեր մեթոդներ են ուսումնասիրվել [30,32], ներառյալ՝ ածխածնի երկօքսիդով լազերային մեթոդը և ուլտրաձայնային վիրահատական ասպիրացիան [42], ֆոտոդինամիկ թերապիան [39], կրիոթերապիան [32], լազերային մեթոդը [39]: *(խորհուրդի ուժը՝ IIa / B)*

Կան պատմական հրապարակումներ դիաթերմիայով բուժման վերաբերյալ: Կարող է դիտվել մաշկի հավելումների ընդգրկում և կարող է հաջորդել կրկնում, եթե պատշաճ խորության բուժում չի իրականացվում: Հսկողության ժամանակ կրկնման մակարդակը հակված է ավելի բարձր լինել, քան վիրահատական հեռացման դեպքում, սակայն էսթետիկ տեսքը սովորաբար լավ է:

- **5-ֆտորուրացիլի նրբաքսուք** [43]. կարող է բերել որոշ ախտահարումների անցման, սակայն արդյունքները փոփոխական են և կողմնակի երևույթներ հաճախ են դիտվում: Չկա կոնսենսուս օգտակարության կամ սխեմաների վերաբերյալ: *(խորհուրդի ուժը՝ IV / C)*
- **Դինամիկ հսկողություն** [35]. որոշ ախտահարումներ հետ են զարգանում ինքնուրույն: Վերահսկողությունը կարող է լավագույն ռազմավարությունը լինել մասնակի հաստության ՎՆՆ-երի դեպքում: Սակայն առկա է պրոգրեսիայի ռիսկ և պացիենտները պետք տեղեկացված լինեն դրա վերաբերյալ: *(խորհուրդի ուժը՝ IV / C)*

Հղիություն և կրծքով կերակրում

- Իմիկվիմոդի և 5-ֆտորուրացիլի նրբաքսուքները հավատարնագրված չեն հղիության ժամանակ կիրառման համար:

Ուղղորդում

- ՎՆՆ դեպքերը պետք է գնահատվեն գինեկոլոգիական կլինիկայում:

Հսկողություն

Սերտ հսկողությունը պարտադիր է: Չնայած կարող է դիտվել հետզարգացում, ՎԿԿ III-ը հատկապես ունի պրոգրեսիվման զգալի մակարդակ (մի հետազոտությունում 6.5%) [33]:

Վուլվալ ցավ

Վուլվոլագինալ հիվանդությունների ուսումնասիրման միջազգային միությունը (ISSVD) վուլվոդինիան սահմանում է որպես վուլվալ դիսկոմֆորտ, ամենից հաճախ նկարագրվող որպես այրող ցավ, որը դիտվում է համապատասխան տեսանելի փոփոխությունների կամ սպեցիֆիկ, կլինիկապես հայտնաբերվող նյարդաբանական հիվանդությունների բացակայության պայմաններում [44]:

Ըստ ISSVD-ի վուլվոդինիան դասակարգվում է՝ գեներալիզացված կամ տեղային, հրահրված կամ չհրահրված կամ խառը:

Տեղային հրահրված վուլվոդինիա (վեստիբուլոդինիա)

Էթիոլոգիա

Հակված է լինել բազմագործոնային: Վուլվոլագինալ կանդիդոզի պատմությունը՝ սովորաբար կրկնվող, ամենահաճախ դիտվող բնորոշիչն է: Կենդանիների վրա կատարված փորձարարական հետազոտությունները նույնպես ցույց են տվել այս կապը [45]:

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտանշաններ՝

- Վուլվալ ցավ, որը հաճախ զգացվում է հեշտոցի մուտքի մոտ սեռական հարաբերության ժամանակ կամ տամպոններ տեղադրելիս: Սովորաբար առկա է լինում երկար պատմություն:

Նշաններ՝

- Տեղային լարվածություն, որն առաջանում է բամբակե փայտիկը հեշտոցի մուտքին կամ ծիկի շուրջ հպելիս:
- Բորբոքային պրոցեսին բնորոշ նշաններ չկան:

Բարդություններ՝

- Սեռական դիսֆունկցիա
- Հոգեբանական խնդիրներ

Ախտորոշում

- Ախտորոշումը կատարվում է անամնեզի և ֆիզիկական զննման հիման վրա:

Վարում

Հետագա հետազոտություններ

- Այլ բուժելի պատճառները բացառելուց հետո որևէ հետագա հետազոտություն անհրաժեշտ չէ:

Բուժում

- Վուլվալ հիվանդությունների ուսումնասիրման բրիտականական միությունը խորհուրդ է տալիս բազմաբնագավառ մոտեցում պացիենտների վարմանը և բուժման մեթոդների համակցում [46,47]:

Խորհուրդ տրվող սխեմաներ

- Գրգռիչ գործոններից խուսափում
- Փափկացնող օճառների փոխարինիչների կիրառում
- **Տեղային անզգայացնողները, օրինակ՝ 5% լիդոկայինի քսուքը կամ 2% լիդոկայինի նրբաքսուքը պետք է զգուշավորությամբ կիրառվեն, քանի որ կարող են գրգռման պատճառ հանդիսանալ: Պետք է կիրառել ներթափանցումով սեռական հարաբերությունից 15-20 րոպե առաջ, և սեռական հարաբերությունից անմիջապես առաջ լվացումը կամ զուգընկերոջ կողմից պահպանակի կիրառումը կարող է նվազեցնել առնանդամի թմրածության առաջացման ռիսկը: Պետք է զերծ մնալ օրալ կոնտակտից: (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)**
- Ֆիզիկական թերապիա
 - **Կոնքի հատակի մկանների կենսապատասխան [48] (խորհուրդի ուժը՝ III / B)**
 - **Հեշտոցային միջմաշկային էլեկտրական նյարդի խթանում [49] (TENS) (խորհուրդի ուժը՝ Ib / A)**
 - **Հեշտոցային թրեյներներ [50] (խորհուրդի ուժը՝ III / A)**
- **Կոզնիտիվ վարքային թերապիա (խորհուրդի ուժը՝ III / C)**

Այլընտրանքային սխեմաներ

- **Ցավի փոփոխիչներ. տրիցիկլիկ հակադեպրեսանտների, գաբապենտինի և**

արեգաբալինի կիրառման օգուտները պարզ չեն: Ամիտրիպտիլինը՝ կախված պատասխանից և կողմնակի երևույթներից՝ աստիճանական տիտրումով 10 մգ-ից 100 մգ կարող է օգտակար լինել որոշ կանանց շրջանում: (*Խորհուրդի ուժը՝ IV / C*)

- **Վիրահատություն.** ձևափոխված վեստիբուլէկտոմիան կարող է դիտարկվել այն դեպքերում, երբ այլ մեթոդները անհաջող են եղել: Պացիենտները, որոնք պատասխանել են սեռական հարաբերությունից առաջ կիրառվող տեղային լիդոկայինին, ունենում են ավելի լավ ելքեր [52,53]: (*Խորհուրդի ուժը՝ III / B*)

Հսկողություն

- Ըստ կլինիկական ցուցման
- Կարող է երկարատև հսկողության և հոգեբանական աջակցության կարիք լինել

Չիրահրված վուլվոդինիա

Էթիոլոգիա

Էթիոլոգիան անհայտ է և տվյալ վիճակը լավագույնը վարվում է որպես քրոնիկ ցավային համախտանիշ:

Կլինիկական դրսևորումներ

Ախտանշաններ՝

- Երկարատև առկա չբացատրվող ցավ
- Կարող է ասոցացված լինել միզային ախտանշանների հետ, ինչպես օրինակ՝ ինտերստիցիալ ցիստիտի [54]

Նշաններ՝

- Վուլվան ըստ տեսքի նորմալ է

Բարդություններ՝

- Սեռական դիսֆունկցիա
- Հոգեբանական խնդիրներ

Ախտորոշում

- Ախտորոշումը կատարվում է անամնեզի և ֆիզիկական զննման հիման վրա:

Վարում

Հետագա հետազոտություններ

- Այլ բուժելի պատճառները բացառելուց հետո որևէ հետագա հետազոտություն անհրաժեշտ չէ:

Բուժում

- Վուլվալ հիվանդությունների ուսումնասիրման բրիտականական միությունը խորհուրդ է տալիս բազմաբնագավառ մոտեցում պացիենտների վարմանը և բուժման մեթոդների համակցում [46]:
- Բուժման հանդեպ կայուն չհրահրված վուլվոդինիան կարող է պահանջել ուղղորդում դեպի մասնագիտացված ցավի կլինիկա:

Խորհուրդ տրվող սխեմաներ

- Փափկացնող օճառների փոխարինիչների կիրառում

- Ցավի ձևափոփոխիչներ. տրիցիկլիկ հակադեպրեսանտները լավ հաստատված են քրոնիկ ցավի վարման մեջ: Որոշ հետազոտություններ սպեցիֆիկորեն ուսումնասիրել են ցավի փոփոխիչների ազդեցությունը վուլվոդինիայի դեպքում, որոնց մեջ սակայն առաջին ընտրության բուժում հաճախ կիրառվել է ամիտրիպտիլինը: Դեղաչափը պետք է բարձրացնել դանդաղ, սկսելով 10 մգ-ից հասցնելով մինչև 100 մգ՝ կախված պացիենտի պատասխանից [55]: *(Խորհուրդի ուժը՝ III / B)* Սակայն, վերջերս կատարված մի պատահական բաշխմամբ փորձարկում չի հաստատել ամիտրիպտիլինի օգտակար ազդեցությունը [56]: *(Խորհուրդի ուժը՝ Ib / A)*
- Եթե պատասխանը բացակայում է կամ կողմնակի երևույթները տանելի չեն, կարող է կիրառվել գաբապենտին [57] *(Խորհուրդի ուժը՝ III / B)* կամ պրեգաբալին [58] *(Խորհուրդի ուժը՝ IIb / B)*:

Այլընտրանքային սխեմաներ

- Տեղային անզգայացնողներ, օրինակ՝ 5% լիդոկայինի քսուք կամ 2% լիդոկայինի նրբաքսուք: Տեղային անզգայացնելով փորձ կարող է դիտարկվել, չնայած գրգռումը հաճախ հանդիպող կողմնակի երևույթ է: *(Խորհուրդի ուժը՝ IV / C)*
- Կոգնիտիվ վարքային թերապիա և հոգեթերապիա [59]: *(Խորհուրդի ուժը՝ IIb / B)*
- Ասեղնաբուժություն [60] *(Խորհուրդի ուժը՝ IIb / C)*

Հսկողություն

- Ըստ կլինիկական ցուցման

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

Առաջարկվող աուդիտի ցուցանիշներն են՝

- Վուլվայի սկլերոտիկ որքինով պացիենտների քանակը, ովքեր սկզբնական ստերոիդային բուժմանը չեն պատասխանել և/կամ զարգացել է վեր բարձրացող ախտահարում, և անցել են բիոպսիա
- Վուլվայի տափակ որքինով պացիենտների քանակը, ովքեր սկզբնական ստերոիդային բուժմանը չեն պատասխանել և/կամ զարգացել է վեր բարձրացող ախտահարում, և անցել են բիոպսիա
- Վուլվայի սկլերոտիկ որքինով, վուլվայի էկզեմայով, վուլվայի հասարակ որքինով, վուլվայի պսորիազով, վուլվոդինիայով պացիենտների քանակը, ում տրամադրվել է իրենց վիճակի վերաբերյալ գրավոր տեղեկատվություն
- Վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիայով պացիենտների քանակը, ովքեր 5 տարի տևողությամբ հսկվել են

Գրականության ցանկ

1. Cruickshank ME, Hay I. Green-top Guideline 58 The Management of Vulval Skin Disorders. 2011 <http://www.rcog.org.uk/files/rcogcorp/GTG58Vulval22022011.pdf>
2. Neill SM, Lewis FM. Non-infective cutaneous conditions of the vulva. In Neill SM, Lewis FM eds. Ridley's 'The Vulva'. London: Wiley-Blackwell 2009
3. Neill SM, Lewis FM, Tatnall FM, Cox NH. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosus 2010. British Journal of Dermatology 2010; 163: 672-82.
4. Oyama N, Chan I, Neill SM et al. Autoantibodies to extracellular matrix protein 1 in lichen sclerosus. Lancet 2003; 362:118-23.
5. Meyrick-Thomas RH, Ridley CM, McGibbon DH, Black MM. Lichen sclerosus and autoimmunity – a study of 350 women. Br J Dermatol 1988; 118:41-46.

6. Wallace HJ. Lichen sclerosus et atrophicus. *Trans St John's Hosp Dermatol Soc* 1971; 57: 9-30.
7. Regauer S, Reich O. Early vulvar lichen sclerosus: a histological challenge *Histopathology* 2005; 47:340-7.
8. Chi CC, Kirtschig G, Baldo M, Brackenbury F, Lewis F, Wojnarowska F. Topical interventions for genital lichen sclerosus (Review). *Cochrane Library* 2011, Issue 12. E-pub
9. Hengge UR, Krause W, Hofmann H et al Multi-centre, phase II trial on the safety and efficacy of topical tacrolimus ointment for the treatment of lichen sclerosus. *Br J Dermatol* 2006; 155:1021-8.
10. Nissi R, Risteli J, Niemimaa M. Pimecrolimus cream 1% in the treatment of lichen sclerosus. *Gynecol Obstet Invest* 2006; 63:151-154.
11. Edey K, Bisson D, Kennedy C. Topical tacrolimus in the management of lichen sclerosus. *Br J Obstet Gynaecol* 2006; 113:1482
12. Fischer G, Bradford J. Topical immunosuppressants, genital lichen sclerosus and the risk of squamous cell carcinoma. *J Reprod Med* 2007; 52: 329-31.
13. Bousema MT, Romppanen U, Geiger JM et al. Acitretin in the treatment of severe lichen sclerosus et atrophicus of the vulva: a double-blind, placebo controlled study. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30:225-231.
14. Beattie PE, Dawe RS, Ferguson J, Ibbotson SH. UVA1 phototherapy for genital lichen sclerosus *Clin Exp Dermatol* 2006;31:343-7.
15. Abramov Y, Elchalal U, Abramov D, Goldfarb A, Schenker JG. Surgical treatment of vulvar lichen sclerosus: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 1996; 51:193-9.
16. Cooper, S.M., Dean, D., Allen, J. et al. Erosive lichen planus of the vulva: weak circulating basement membrane zone antibodies are present. *Clin Exp Dermatol* 2005; 30:551-556.

17. Lewis, F.M., Shah, M. & Harrington, C.I. Vulval involvement in lichen planus: a study of 37 women. *Br J Dermatol* 1996; 135: 89–91.
18. Genadry R, Provost TT. Severe vulvar scarring in patients with erosive lichen planus. *J Reprod Med* 2006; 51:67-72.
19. Cooper SM, Wojnarowska F. Influence of treatment of erosive lichen planus of the vulva on its prognosis. *Arch Dermatol.* 2006; 142:362-4.
20. Mucosal vulval lichen planus: outcome, clinical and laboratory findings. Kirtschig G, Wakelin SH, Wojnarowska F. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2005; 19:301-7.
21. Rebora, A., Parodi, A. & Marialdo, G. Basiliximab is effective for erosive lichen planus. *Archives of Dermatology* 2002; 138: 1100–1111.
22. Lynch PJ, Moyal-Barracco M, Scurry J, Stockdale C. ISSVD Terminology and Classification of Vulvar Dermatological Disorders: An Approach to clinical diagnosis. Presented at the XXI World Congress of the ISSVD, Paris, France Sept 3-8 2011
23. Nardelli A, Degreef H, Goossens A. Contact allergic reactions of the vulva: a 14 year review. *Dermatitis* 2004;15:131-6
24. Haverhoek E, Reid C, Gordon L et al Prospective study of patch testing in patients with vulval pruritis. *Australas J Dermatol.* 2008;49(2):80-5
25. Lotti T, Buggiani G, Prignano F. Prurigo nodularis and lichen simplex chronicus. *Dermatol Ther* 2008; 21:42-46.
26. Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. *Dermatol Ther* 2004; 17: 8-19
27. Crone AM, Stewart EJ, Wojnarowska F, Powell SM. Aetiological factors in vulvar dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14:181-6.
28. Meeuwis KA, et al. Genital psoriasis: A systematic literature review on this hidden skin disease. *Acta Derm Venereol.* 2011 Jan; 91(1):5-11.

29. Hording U, Daugaard S, Iversen AK et al. Human Papillomavirus 16 in vulvar carcinoma, vulvar intraepithelial neoplasia, and associated cervical neoplasia. *Gynecol Oncol* 1991; 42:22-26.
30. Sideri M, Jones RW, Wilkinson EJ, Preti M, Heller DS, Scurry J, et al. Squamous vulvar intraepithelial neoplasia: 2004 modified terminology, ISSVD Vulvar Oncology Subcommittee. *J Reprod Med* 2005; 50(11):807-10.
31. Petry KU, Kochel H, Bode U et al. Human papillomavirus is associated with the frequent detection of warty and basaloid high-grade neoplasia of the vulva and cervical neoplasia among immunocompromised women. *Gynecol Oncol* 1996; 60:30-34.
32. van Seters M, van Beurden M, de Craen AJ. Is the assumed natural history of vulvar intraepithelial neoplasia III based on enough evidence? A systematic review of 3322 published patients. *Gynecologic Oncology* 2005 May; 97(2):645-51.
33. Jones RW, Rowan DM, Stewart AW. Vulvar intraepithelial neoplasia: aspects of the natural history and outcome in 405 women. *Obstetrics and Gynecology* 2005 Dec; 106(6):1319-26.
34. Andreasson B, Moth I, Jensen SB, Bock JE. Sexual function and somatopsychic reactions in vulvectomy-operated women and their partners. *Acta Obstetrica ET Gynecologica Scandinavica* 1986; 65(1):7- 10.
35. Polterauer S, Catharina Dressler A, Grimm C, Seebacher V, Tempfer C, Reinthaller A, et al. Accuracy of preoperative vulva biopsy and the outcome of surgery in vulvar intraepithelial neoplasia 2 and 3. *Int J Gynecol Pathol* 2009; 28:559-62.
36. de Bie RP, van de Nieuwenhof HP, Bekkers RL, Melchers WJ, Siebers AG, Bulten J, Massuger LF, de Hullu JA. Patients with usual vulvar intraepithelial neoplasia-related vulvar cancer have an increased risk of cervical abnormalities. *Br J Cancer*. 2009 Jul 7; 101(1):27-31. Epub 2009 Jun 9.
37. Pepas L, Kaushik S, Bryant A, Nordin A, Dickinson HO. Medical interventions for high grade vulval intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 4. Art. No.: CD007924. DOI: 10.1002/14651858.CD007924.pub2.

38. Kaushik S, Pepas L, Nordin A, Bryant A, Dickinson HO. Surgical interventions for high grade vulval intraepithelial neoplasia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 1. Art. No.: CD007928. DOI: 10.1002/14651858.CD007928.pub2.
39. Hillemanns P, Wang X, Staehle S, Michels W, Dannecker C. Evaluation of different treatment modalities for vulvar intraepithelial neoplasia (VIN): CO(2) laser vaporization, photodynamic therapy, excision and vulvectomy. *Gynecol Oncol* 2006; 100(2):271-5.
40. van Seters M, van Beurden M, Kate FJ, Beckmann I, Ewing PC, Eijkemans MJ, et al. Treatment of vulvar intraepithelial neoplasia with topical imiquimod. *N Engle J Med* 2008; 358(14):1465-73.
41. Mathiesen O, Buus SK, Cramers M. Topical imiquimod can reverse vulvar intraepithelial neoplasia: A randomised, double-blinded study. *Gynecol Oncol* 2007;107(2):219-22.
42. von Gruenigen V E, Gibbons H E, Gibbins K, Jenison E L, Hopkins M P. Surgical treatments for vulvar and vaginal dysplasia: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007; 109(4):942-7.
43. Sillman FH and Sedlis A. 5-FU/Chemosurgery in the Treatment of Vulvar Intraepithelial Neoplasia. *Journal of Gynecologic Surgery*. 1988, 4(3): 171-185 *Journal of Gynecologic Surgery*. 1988, 4(3): 171-185.
44. Moyal-Barracco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *J Reprod Med* 2004;49(10):772-7
45. Farmer MA, Talor AM, Bailey AL et al Repeated vulvovaginal fungal infections cause persistent pain in a mouse model of vulvodynia. *Sci Transl Med* 2011;3(101):101ra92
46. Mandal D, Nunns D et al Guidelines for the management of Vulvodynia. *Br J Dermatol* 2010;162:1180–1185
47. Spoelstra SK, Dijkstra JR, van Driel MF, Weijmar Schultz WC. Long-term results of an individualized, multifaceted, and multidisciplinary therapeutic approach to provoked vestibulodynia. *J Sex Med* 2011 8(2):489-96.

48. Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C, et al 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 Pt 2):1003-22
49. Murina F, Bianco V, Radici G, et al Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG* 2008 115(9):1165-70
50. Murina F, Bernorio R, Palmiotto R, The Use of Amielle Vaginal Trainers as Adjuvant in the Treatment of Vestibulodynia: An Observational Multicentric Study. *Medscape J Med.* 2008; 10(1): 23
51. Desrochers G, Bergeron S, Khalife S, et al Provoked vestibulodynia: psychological predictors of topical and cognitive-behavioral treatment outcome. *Behav Res & Ther* 2010 48(2):106-15
52. Tommola P, Unkila-Kallio L, Paavonen J. Long-term follow up of posterior vestibulectomy for treating vulvar vestibulitis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90(11):1225-31
53. Eva LJ, Narain S, Orakwue CO, Luesley DM. Long-term follow up of posterior vestibulectomy for treating vulvar vestibulitis. *J Reprod Med.*2008; 53(6):435-40
54. Peters K, Girdler B, Carrico D, et al Painful bladder syndrome/interstitial cystitis and vulvodynia: a clinical correlation *Int Urogynecol J* 19;5:665-669
55. Reed BD, Caron AM, Gorenflo DW, Haefner HK. Treatment of vulvodynia with tricyclic antidepressants: efficacy and associated factors *Low Genit Tract Dis.* 2006; 10(4):245-51.
56. Brown CS, Wan J, Bachmann G, Rosen R. Self-management, amitriptyline, and amitriptyline plus triamcinolone in the management of vulvodynia. *J Women's Health.* 2009;18(2):163-9
57. Harris G, Horowitz B, Borgida A. Evaluation of gabapentin in the treatment of generalized vulvodynia, unprovoked. Evaluation of gabapentin in the treatment of generalized vulvodynia, unprovoked. *J Reprod Med.* 2007; 52(2):103-6.

58. Jerome L. Pregabalin-induced remission in a 62-year-old woman with a 20-year history of vulvodynia. *Pain Res Manag.* 2007; 12(3):212-4.
59. Masheb RM, Kerns RD, Lozano C, et al A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain* 2009; 141(1-2):31-40.
60. Powell J, Wojnarowska F Acupuncture for vulvodynia. *J R Soc Med.* 1999;92(11):579-81

**Սեռական առողջության և ՄԻԱՎ-ի բրիտանական ասոցիացիայի (BASHH)
կողմից առաջարկված ապացույցների դասակարգման համակարգ**

Ապացույցների որակի դասակարգում

Ia	Պատահական բաշխմամբ փորձարկումների մետա վերլուծություն
Ib	Առնվազն մեկ պատահական բաշխմամբ փորձարկում
IIa	Առնվազն մեկ պատշաճ մշակված վերահսկվող հետազոտություն, առանց պատահական բաշխման
IIb	Առնվազն մեկ այլ տեսակի պատշաճ մշակված կվազի փորձարկումային հետազոտություն
III	Պատշաճ մշակված ոչ փորձարկումային նկարագրական հետազոտություն
IV	Փորձագիտական հանձնաժողովի հրապարակումներ կամ հեղինակային անձանց կարծիքներ

Խորհուրդների դասակարգում

A	Ia կամ Ib մակարդակի ապացուցողականություն
B	IIa, IIb կամ III մակարդակի ապացուցողականություն
C	IV մակարդակի ապացուցողականություն

Ուղեցույցում տրվող խորհուրդների ամփոփում

Վուլվայի սկլերոտիկ որքին
Վուլվայի սկլերոտիկ որքինի դեպքում ըստ կլինիկական ցուցման դիտարկել աուտոիմուն հիվանդությունների հետազոտություններ, հատկապես վահանագեղձի դիսֆունկցիայի հայտնաբերման համար (T4 և TSH), քանի որ այն հաճախ լինում է անախտանիշ և հայտնաբերված է կապ սկլերոտիկ որքինի հետ: (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվայի սկլերոտիկ որքինի դեպքում խորհուրդ է տրվում կիրառել գերհզոր տեղային ստերոիդներ, օրինակ՝ կլոբետագոլ պրոպիոնատ: (խորհուրդի ուժը՝ I / A)
Վուլվայի սկլերոտիկ որքինի դեպքում հակաբակտերիալ և հակասնկային համակցմամբ գերհզոր տեղային ստերոիդների կիրառումը, օրինակ՝ կլոբետագոլի, նեոմիցինի և նիստատինի համակցումը, կամ այլընտրանքային պատրաստուկները (օրինակ՝ բետամեթազոնի վալերատի և ֆուզիդաթալի համակցմամբ նրբաքսուք), որոնք պայքարում են երկրորդային վարակի դեմ, կարող են տեղին լինել, եթե երկրորդային վարակի առաջացման անհանգստություն կա: Սա պետք է կիրառել միայն կարճ ժամանակահատվածում՝ վարակը մաքրելու նպատակով: (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվայի սկլերոտիկ որքինի դեպքում տակրոլիմուսի 0.1%-անոց պատրաստուկը 16-24 շաբաթ կիրառման դեպքում ցույց է տրված, որ արդյունավետ է: (խորհուրդի ուժը՝ IIb / B)
Վուլվայի սկլերոտիկ որքինի դեպքում պիմեկրոլիմուս կիրառած մի հետազոտությունում ցույց է տրվել, որ 6 ամիս շարունակական ընդունումից հետո պացիենտների 42%-ը եղել են լիարժեք ռեմիսիայի մեջ: (խորհուրդի ուժը՝ IIb / B)
Վուլվայի սկլերոտիկ որքինի ծանր և չկառավարվող դեպքերում օրալ ռետինոիդները, օրինակ՝ ացիտրետինը, կարող են արդյունավետ լինել (խորհուրդի ուժը՝ Ib / A), սակայն պետք է նշանակվի միայն փորձառու մաշկաբանի կողմից:
UVA1 ֆոտոթերապիան վուլվայի սկլերոտիկ որքինի սակավ բթվով դեպքերում է եղել հաջող: (խորհուրդի ուժը՝ III / B)
Վուլվայի սկլերոտիկ որքինի դեպքում վիրահատություն պետք է կիրառել միայն համատեղ առկա ՎՆՆ-ի, ՏԲԿ-ի կամ սերտաճման բուժման նպատակով: (խորհուրդի ուժը՝ III / B)
Վուլվայի տափակ որքին
Վուլվայի տափակ որքինի դեպքում ըստ կլինիկական ցուցման դիտարկել աուտոիմուն հիվանդությունների հետազոտում, հատկապես վահանագեղձի դիսֆունկցիայի հայտնաբերման համար (T4 և TSH): (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվայի տափակ որքինի դեպքում խորհուրդ է տրվում կիրառել գերհզոր տեղային

ստերոիդներ, օրինակ՝ կլոբետազոլ պրոպիոնատ: (խորհուրդի ուժը՝ IIb / B)
Վուլվայի տափակ որքինի ծանր դեպքերում կարող են կիրառվել պրեդնիզոլոնի մոմիկներ: (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվայի տափակ որքինի դեպքում հակաբակտերիալ և հակասնկային համակցմամբ գերիզոր տեղային ստերոիդների կիրառումը, օրինակ՝ կլոբետազոլի, նեոմիցինի և նիստատինի համակցումը, կամ այլընտրանքային պատրաստուկները (օրինակ՝ բետամեթազոնի վալերատի և ֆուզիդաթթվի համակցմամբ նրբաքսուք), որոնք պայքարում են երկրորդային վարակի դեմ, կարող են տեղին լինել, եթե երկրորդային վարակի առաջացման անհանգստություն կա: Սա պետք է կիրառել միայն կարճ ժամանակահատվածում՝ վարակը մաքրելու նպատակով: (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվայի տափակ որքինի բուժումը պոտենցիալ թունավոր թերապիաներով (օրալ ցիկլոսպորին, ռետինոիդներ, ստերոիդներ, բազիլիքսիմաբ) պահանջում են սերտ մոնիթորինգ և լավագույնը վերահսկվում են մաշկաբանի կողմից՝ մասնագիտացված կլինիկայում: (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվայի տափակ որքինի ակտիվ վիճակը պետք է գնահատել ըստ կլինիկական անհրաժեշտության: Էրոզիվ տափակ որքինը պահանջում է երկարատև մասնագիտացված հսկողություն: (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվայի էկզեմա
Վուլվայի էկզեմայի հետազոտման պլանում կարող է դիտարկվել փատչ թեստավորում՝ ստանդարտ համալիրի և դեղորայքի հանդեպ (խորհուրդի ուժը՝ III / B)
Վուլվայի էկզեմայի դեպքում կատարել բիոպսիա, միայն եթե առկա են ատիպիկ դրսևորումներ կամ բուժման հանդեպ պատասխանը անհաջող է: (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվայի էկզեմայի դեպքում խորհուրդ է տրվում խուսափել վիճակը սրացնող գործոններից: (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվայի էկզեմայի դեպքում խորհուրդ են տրվում տեղային կորտիկոստերոիդներ: Դեղորայքի ընտրությունը կախված է ծանրության աստիճանից. թեթև դեպքերում՝ 1% հիդրոկորտիզոնի քսուք, ծանր կամ որքինացված դեպքերում՝ 0.025% բետամեթազոն վալերատ կամ 0.05% կլոբետազոլ պրոպիոնատ՝ սահմանափակ ժամանակահատվածներով: Հակասնկային և/կամ հակաբիոտիկ պարունակող համակցված պատրաստուկներ կարող են պահանջվել, եթե կասկածվում է երկրորդային վարակ: Կիրառել օրը մեկ անգամ: (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվայի հասարակ որքին
Վուլվայի հասարակ որքինի դեպքում հետազոտման պլանում կարող է կատարվել մաշկաբանական ուղղորդում՝ փատչ թեստ դիտարկելու համար (ստանդարտ համալիր և

դեղորայք): (Խորհուրդի ուժը՝ III / B)
Վուլվայի հասարակ որքինի դեպքում հետազոտման պլանում կարող է կատարվել ֆերիտինի մակարդակի ստուգում: (Խորհուրդի ուժը՝ III / B)
Վուլվայի հասարակ որքինի դեպքում հետազոտման պլանում կարող է կատարվել բիոպսիա: (Խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվայի հասարակ որքինի դեպքում խորհուրդ է տրվում խուսափել վիճակը սրացնող գործոններից: (Խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվայի հասարակ որքինի դեպքում խորհուրդ են տրվում տեղային կորտիկոստերոիդներ: Որքինացված դեպքերը բուժելիս անհրաժեշտ է կիրառել հզոր ստերոիդներ, օրինակ՝ բետամեթազոն կամ կլոբետազոլ, սահմանափակ ժամանակահատվածներով: Երկրորդային վարակ կասկածելիս կարող է պահանջվել հակասնկային և/կամ հակաբիոտիկային համակցված պատրաստուկի կիրառում: Կիրառել օրը մեկ կամ երկու անգամ: (Խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվայի պսորիազ
Վուլվայի պսորիազի դեպքում խորհուրդ են տրվում տեղային կորտիկոստերոիդներ: Նախընտրելի են թույլ և միջին ուժի ստերոիդները, սակայն եթե բավարար չեն լինում պատասխան ստանալու համար, ապա կարճատև կարող են կիրառվել հզոր ստերոիդներ, օրինակ՝ 0.05% կլոբետազոլի պրոպիոնատ: Երկրորդային վարակ կասկածելիս կարող է պահանջվել հակասնկային և/կամ հակաբիոտիկային համակցված պատրաստուկի կիրառում (օրինակ՝ կլոբետազոլի, նիստատինի և օքսիտետրացիկլինի համակցում): (Խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվայի պսորիազի դեպքում կարող են կիրառվել ձյութային պատրաստուկներ՝ միայնակ կամ համակցված կամ տեղային ստերոիդների հետ հերթափոխով: Սակայն, այս պատրաստուկները կարող են առաջացնել գրգռում և ֆոլիկուլիտ: (Խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվայի պսորիազի դեպքում կարող են կիրառվել վիտամին D-ի անալոգներ՝ միայնակ կամ համակցված կորտիկոստերոիդների հետ, սակայն նրանց օգտակարությունը կարող է սահմանափակվել գրգռման առաջացման պատճառով: (Խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիա
Վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիայի դեպքերում համոզվել, որ տվյալ կնոջ արգանդի պարանոցի բջջաբանական հետազոտությունը կատարված է իր ժամանակին, քանի որ առկա է պարանոցի ներէպիթելիալ նեոպլազիայի (ՊՆՆ) հետ կապ (սա հավանաբար վերաբերում է միայն ՄՊՎ-ով առաջացած դեպքերին): (Խորհուրդի ուժը՝ IV / C)
Վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիայով բոլոր պացիենտները պետք է ուղղորդվեն կոլպոսկոպիայի՝ ՊՆՆ և ՎՆՆ բացառելու նպատակով: Եթե առկա են որևէ պերիանալ

<p>ախտահարումներ, խորհուրդ է տրվում ուղղորդել անոսկոպիայի: (Խորհուրդի ուժը՝ IV / C)</p>
<p>Վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիայի փոքր, լավ եզրագծված ախտահարումների դեպքում բուժական ընտրությունը վիրահատական հեռացումն է, քանի որ այս մեթոդի կիրառման դեպքում հսկողության ժամանակ կրկնումները մակարդակը ամենացածրն է: (Խորհուրդի ուժը՝ III / B)</p>
<p>Վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիայի դեպքում իմիկվիմոդի 5% նրբաքսուքի կիրառումը փոքր հետազոտություններում բերել է կլինիկական և հյուսվածաբանական մասնակի և ամբողջական հետզարգացման, սակայն կողմնակի երևույթները սահմանափակում են բուժումը: Առկա են տվյալներ միայն կարճատև հսկողությունից: (Խորհուրդի ուժը՝ Ib / A)</p>
<p>Վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիայի դեպքում վուլվեկտոմիան արդյունավետ մեթոդ է, սակայն կարող են դիտվել կրկնումներ, տուժում են ֆունկցիոնալ կարողությունները և էսթետիկ տեսքը: (Խորհուրդի ուժը՝ IV / C)</p>
<p>Վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիայի դեպքում տեղային դեստրուկցիայի կիրառման տարբեր մեթոդներ են ուսումնասիրվել, ներառյալ՝ ածխածնի երկօքսիդով լազերային մեթոդը և ուլտրաձայնային վիրահատական ասպիրացիան, ֆոտոդինամիկ թերապիան, կրիոթերապիան, լազերային մեթոդը: (Խորհուրդի ուժը՝ IIa / B)</p>
<p>Վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիայի դեպքում 5-ֆտորուրացիլի նրբաքսուքի կիրառումը կարող է բերել որոշ ախտահարումների անցման, սակայն արդյունքները փոփոխական են և կողմնակի երևույթներ հաճախ են դիտվում: Չկա կոնսենսուս օգտակարության կամ սխեմաների վերաբերյալ: (Խորհուրդի ուժը՝ IV / C)</p>
<p>Վուլվալ ներէպիթելային նեոպլազիայի դեպքում դինամիկ հսկողությամբ որոշ ախտահարումներ հետ են զարգանում ինքնուրույն: Դինամիկ հսկողությունը կարող է լավագույն ռազմավարությունը լինել մասնակի հաստության ՎՆՆ-երի դեպքում: Սակայն առկա է պրոգրեսիայի ռիսկ և պացիենտները պետք տեղեկացված լինեն դրա վերաբերյալ: (Խորհուրդի ուժը՝ IV / C)</p>
<p>Տեղային հրահրված վուլվոդինիա</p>
<p>Տեղային հրահրված վուլվոդինիայի դեպքում տեղային անզգայացնողները, օրինակ՝ 5% լիդոկայինի քսուքը կամ 2% լիդոկայինի նրբաքսուքը պետք է զգուշավորությամբ կիրառվեն, քանի որ կարող են գրգռման պատճառ հանդիսանալ: Պետք է կիրառել ներթափանցումով սեռական հարաբերությունից 15-20 րոպե առաջ, և սեռական հարաբերությունից անմիջապես առաջ լվացումը կամ զուգընկերոջ կողմից պահպանակի կիրառումը կարող է նվազեցնել առնանդամի թմրածության առաջացման ռիսկը: Պետք է զերծ մնալ օրալ կոնտակտից: (Խորհուրդի ուժը՝ IV / C)</p>
<p>Տեղային հրահրված վուլվոդինիայի դեպքում խորհուրդ տրվող ֆիզիկական թերապիան</p>

<p>կարող է ներառել՝ կոնքի հատակի մկանների կենսապատասխան (խորհուրդի ուժը՝ III / B), հեշտոցային միջմաշկային էլեկտրական նյարդի խթանում (TENS) (խորհուրդի ուժը՝ Ib / A), հեշտոցային թրեյներներ (խորհուրդի ուժը՝ III / A):</p>
<p>Տեղային հրահրված վուլվոդինիայի դեպքում կարող է կիրառվել կոգնիտիվ վարքային թերապիա: (խորհուրդի ուժը՝ III / C)</p>
<p>Տեղային հրահրված վուլվոդինիայի դեպքում ցավի փոփոխիչների՝ տրիցիկլիկ հակադեպրեսանտների, գաբապենտինի և պրեգաբալինի կիրառման օգուտները պարզ չեն: Ամիտրիպտիլինը՝ կախված պատասխանից և կողմնակի երևույթներից՝ աստիճանական տիտրումով 10 մգ-ից 100 մգ կարող է օգտակար լինել որոշ կանանց շրջանում: (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)</p>
<p>Տեղային հրահրված վուլվոդինիայի դեպքում ձևափոխված վեստիբուլէկտոմիան կարող է դիտարկվել այն դեպքերում, երբ այլ մեթոդները անհաջող են եղել: Պացիենտները, որոնք պատասխանել են սեռական հարաբերությունից առաջ կիրառվող տեղային լիդոկայինին, ունենում են ավելի լավ ելքեր: (խորհուրդի ուժը՝ III / B)</p>
<p>Չհրահրված վուլվոդինիա</p>
<p>Որոշ հետազոտություններ ուսումնասիրել են ցավի ձևափոխիչների՝ հիմնականում ամիտրիպտիլինի ազդեցությունը վուլվոդինիայի դեպքում: Չհրահրված վուլվոդինիայի դեպքում ամիտրիպտիլինի դեղաչափը պետք է բարձրացնել դանդաղ, սկսելով 10 մգ-ից հասցնելով մինչև 100 մգ՝ կախված պացիենտի պատասխանից: (խորհուրդի ուժը՝ III / B)</p> <p>Սակայն, վերջերս կատարված մի պատահական բաշխմամբ փորձարկում չի հաստատել ամիտրիպտիլինի օգտակար ազդեցությունը: (խորհուրդի ուժը՝ Ib / A)</p>
<p>Չհրահրված վուլվոդինիայի դեպքում, եթե պատասխանը ամիտրիպտիլինի հանդեպ բացակայում է կամ կողմնակի երևույթները տանելի չեն, կարող է կիրառվել գաբապենտին [57] (խորհուրդի ուժը՝ III / B) կամ պրեգաբալին [58] (խորհուրդի ուժը՝ IIb / B):</p>
<p>Չհրահրված վուլվոդինիայի դեպքում կարող է դիտարկվել տեղային անզգայացնելով փորձ, օրինակ՝ 5% լիդոկայինի քսուք կամ 2% լիդոկայինի նրբաքսուք, չնայած գրգռումը հաճախ հանդիպող կողմնակի երևույթ է: (խորհուրդի ուժը՝ IV / C)</p>
<p>Չհրահրված վուլվոդինիայի դեպքում կարող է կիրառվել կոգնիտիվ վարքային թերապիա և հոգեթերապիա: (խորհուրդի ուժը՝ IIb / B)</p>
<p>Չհրահրված վուլվոդինիայի դեպքում կարող է կիրառվել ասեղնաբուժություն: (խորհուրդի ուժը՝ IIb / C)</p>