

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК НЕЙТРАЛЬНОГО ПЕРИОДА ЖИЗНИ

CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OF VULVOVAGINITIS IN GIRLS

F. Abdulazizova
S. Mardonova
M. Kurbanova
G. Bolieva

Summary. The paper describes the results of the survey girls a neutral period of life who were hospitalized in Department of pediatric and adolescent gynecology about vulvovaginitis. Was analyzed the features of the neonatal history: intrauterine infection during pregnancy, premature birth, growth and body mass at birth (the syndrome of delayed fetal development), especially the development of the first year of life and child care. When collecting somatic anamnesis into account information about migrated children's diseases, said the data allergological anamnesis, the presence of pathology of different organs and systems. Special methods of examination: anthropometry, gynecological examination, bacteriological and bacterioscopic investigation of vaginal discharge. Found that vulvovaginitis neutral period of life, as in children under three years of age, and in older age there are the same (49.4% and 50.5%). However, it should be noted that all girls up to 1 year was established synechia vulva that blunt was disconnected. Summing up the analysis of the factors contributing to the persistence of vaginitis in girls, we can say that the unfavorable course of the perinatal period violate the adaptation of the child and may predispose to the occurrence of vulvovaginitis in girls. The presence of persistent and prolonged course of vulvovaginitis in girls in this age group, also due to the presence of somatic pathology of infectious and non-infectious origin allergic background and child care leading to impairment of the protective functions of the mucous membranes of the lower genital tract. A wide range of the drug Polygynax Virgo, no side effects and complications, as well as a comfortable form of introduction ensures high compliance of therapy. Use of the drug Polygynax Virgo would be appropriate as the drug of choice for etiotropic therapy of vaginitis in girls.

Keywords: nonspecific vulvovaginitis, girls, polygynax virgo.

Абдулазизова Фарида Абдурахимовна
Аспирант, ГУ НИИ Акушерства, Гинекологии
и Перинатологии МЗ и СЗН РТ, Таджикистан,
г. Душанбе
farida.abdu89@mail.ru

Мардонова Саломат Махмудмурадовна
К.м.н., ГУ НИИ Акушерства, Гинекологии
и Перинатологии МЗ и СЗН РТ, Таджикистан, г. Душанбе

Курбанова Муборак Хасановна
Д.м.н., профессор, ГУ НИИ Акушерства, Гинекологии
и Перинатологии МЗ и СЗН РТ, Таджикистан, г. Душанбе

Болиева Гульнора Ульджаевна
К.м.н., с.н.с., ГУ НИИ Акушерства, Гинекологии
и Перинатологии МЗ и СЗН РТ, Таджикистан, г. Душанбе

Аннотация. В работе описываются результаты обследования девочек нейтрального периода жизни, которые находились на стационарном лечении в отделении детской и подростковой гинекологии по поводу вульвовагинита. Были проанализированы особенности перинатально-го анамнеза: внутриутробное инфицирование во время беременности, преждевременные роды, рост и масса тела при рождении (синдром задержки развития плода), особенности развития первого года жизни и ухода за ребёнком. При сборе соматического анамнеза учитывали сведения о перенесенных детских заболеваниях, отмечали данные аллергологического анамнеза, наличие патологии со стороны различных органов и систем. Специальные методы обследования: антропометрия, гинекологический осмотр, бактериологическое и бактериоскопическое исследование вагинальных выделений. Установлено что вульвовагиниты нейтрального периода жизни, как у детей до трехлетнего возраста, так же и в более старшем возрасте встречаются одинаково (49.4% и 50.5%). Однако необходимо отметить, что у всех девочек до 1 года были установлены синехии вульвы, которые тупым путем были разъединены. Подводя итог анализа факторов, способствующих персистенции вульвовагинитов у девочек, можно сказать, что неблагоприятное течение перинатального периода нарушают адаптацию ребенка и могут предрасполагать к возникновению вульвовагинитов у девочек. Наличие упорного и длительного течения вульвовагинитов у девочек данной возрастной группы, также обусловлено наличием соматической патологии инфекционного и неинфекционного генеза, аллергического фона и ухода за ребенком приводящей к нарушению защитной функции слизистых оболочек нижнего отдела генитального тракта. Широкий спектр действия препарата Полижинакс® Вирго, отсутствие побочных реакций и осложнений, а также удобная форма введения обеспечивают высокий комплаенс терапии. Использование препарата Полижинакс® Вирго представляется целесообразным как препарат выбора для этиотропной терапии вульвовагинитов у девочек.

Ключевые слова: неспецифический вульвовагинит, девочки, полижинакс вирго.

Актуальность

В структуре гинекологических заболеваний у детей и подростков вульвовагинит занимает одно из первых мест. В нейтральном периоде жизни у девочек их частота достигает 60–70% [4,5]. Высокая частота этой патологии у девочек обусловлена анатомо-физиологической особенностью репродуктивной системы. К ним относятся: избыточная складчатость слизистых оболочек; замедленная пролиферация эпителия влагалища; недостаточное смыкание половых губ в задних отделах. До пубертатного периода из-за низкой эстрогенной насыщенности влагалище девочки имеет щелочную реакцию, поэтому нет условий для существования молочнокислых бактерий. Поэтому в возрасте до 10 лет имеются все условия для существования патогенных микроорганизмов [2, 6,7,9].

Не только бактериальные, но и вирусные агенты могут поражать девочек в возрасте до 8 лет. Частота вирусного поражения вульвы и влагалища составляет 10–25%, преимущественно инфицирование происходит вирусом простого герпеса. Это является следствием снижения иммунитета в этом возрасте [1,9].

Основными симптомами этого гинекологического заболевания являются обильные, иногда гнойные выделения из половых путей, зуд и жжение в области половых органов. Клиническое течение вульвовагинитов в большинстве случаев характеризуется постепенным развитием и склонностью к подострому течению, вследствие чего девочка своевременно не получает лечение и заболевание становится хроническим, что усложняет дальнейшую терапию и способствует возникновению рецидивов заболевания. У некоторых больных с хроническим рецидивирующим вульвовагинитом отмечаются кровяные выделения из половых путей различной интенсивности [2,4,8].

Несмотря на большую распространенность вульвовагинитов у девочек, некоторые вопросы остаются нерешенными. Высокая частота вульвовагинита у девочек в допубертатном возрасте диктует необходимость поиска возможных предпосылок, так как анатомо-физиологические особенности организма девочки не являются единственной причиной вульвовагинита у детей.

Актуальность этой проблемы определяется не только значимой частотой вульвовагинита у девочек, но и тем, что при хронизации воспалительного процесса они могут способствовать нарушению психического состояния ребенка, становления менструального цикла, а также репродуктивной функции в дальнейшем.

Цель исследования

Изучить клиническое течение вульвовагинитов у девочек нейтрального периода жизни, факторы, способствующие их развитию, а также оценить эффективность и переносимость полижинакса вирго в лечении неспецифического вульвовагинита.

Материалы и методы

За период 2012–2017 гг. в отделении детской и подростковой гинекологии НИИ АГи П были обследованы 185 девочек в возрасте от 6 мес. до 8 лет. Основную группу составили 95 пациенток с персистирующим вульвовагинитом. Критерием исключения явилось вульвовагиниты, вызванные инфекциями передаваемые половым путем (ИППП). В контрольную группу вошли 90 здоровых девочек. Ретроспективно проанализированы особенности течения беременности и родов, рост и масса тела при рождении, особенности развития первого года жизни и ухода за ребенком (грудное вскармливание, длительность использования памперсов, применение ароматических влажных салфеток и дезинфицирующих средств). При сборе соматического анамнеза учитывали сведения о перенесенных детских заболеваниях, отмечали данные аллергологического анамнеза, наличие патологии со стороны различных органов и систем. Были использованы специальные методы обследования: антропометрия, гинекологический осмотр, опросник по уходу за ребенком, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глист, бактериоскопическое и бактериологическое исследование вагинальных выделений.

У 40 девочек основной группы лечение вульвовагинита проводилось с применением препарата Полижинакс® Вирго производства французской компании «Лаборатория Иннотек Интернациональ» и была оценена эффективность этого препарата. Сочетание двух антибиотиков — сульфата неомицина 35 тыс. МЕ (к которому чувствительны коллибациллы, стафилококки, стрептококки) и полимиксина В 35 тыс. МЕ (энтерококки и гемофилис) — с противогрибковым препаратом нистатином 100 тыс. МЕ позволило обеспечить бактерицидное воздействие на широкий спектр грампозитивных и грамотригативных микроорганизмов, а также фунгицидное и фунгистатическое воздействие. Полижинакс обладает рН 4,8, благодаря чему подкисляет щелочную среду влагалища у девочек. Полижинакс вирго содержит также гель диметилполисилоксана, обладающий обволакивающим действием и способствующий проникновению активных компонентов лекарственного средства в слизистую оболочку влагалища. Преимуществом препарата является также отсутствие в нем гормональных компонентов. Мягкая капсула грушевидной формы позволяет легко вводить препарат девочкам и девушкам без риска

Таблица 1. Распределение девочек нейтрального периода жизни по годам

Возраст, годы	Основная группа n=95		Контрольная группа n=90	
	абс.	%	абс.	%
До 1 года	18	18.9	16	25.0
1–3	29	30.5	29	37.5
3–8	48	50.5	45	37.5

Таблица 2. Течение беременности и родов матерей обследованных девочек

Особенности анамнеза	1 группа (основная) n=95		2 группа (контрольная) n=90	
	Абс.	%	Абс.	%
Дородовой разрыв плодных оболочек	35	37,1	14	15,1
Преждевременные роды	25	26,3	5	5,5
Запоздалые роды	21	22,4	4	4,1
Гипертензивные осложнения	12	12,6	0	
СЗРП при рождении	30	31,4	10	11,1
Крупный плод	43	43,2	14	15,1

Таблица 3. Структура соматической патологии обследуемых девочек

Соматическое заболевание	1 группа (основная) n = 95		2 группа (контрольная) n =90	
	Абс.	%	Абс.	%
Заболевания ЖКТ (энтероколиты, выпадение прямой кишки, диарея неясной этиологии)	32	33,4	14	15,4
Заболевания верхних дыхательных путей (тонзиллит, ларингит, аденоиды, ринит)	34	35,2	12	13,3
Заболевания мочевыделительной системы (пиелонефрит, цистит, мочеислый диатез)	13	13,4	4	4,2
Диатез	31	33,9		
Дисбактериоз	18	18,5	8	8,3
Анемия	29	30,4	2	2,2
Глистная инвазия	38	40,1	12	13,1
Детские инфекции (более 2-х инфекций (корь, краснуха, паротит, ветрянка)	42 й	44,2	19	17,4

повреждения девственной плевы. Необходимо отрезать заостренный кончик капсулы ножницами и, сдавливая ее, инсталлировать содержащуюся в ней лекарственную суспензию в преддверие влагалища и во влагалище. Динамика клинических симптомов (зуд вульвы, наличие патологических белей, гиперемия преддверия влагалища, отек половых губ) оценивалась на 3-й и 7-й день терапии, а также через месяц после окончания лечения.

Результаты и обсуждение

Распределение девочек по возрастам показало, что вульвовагиниты нейтрального периода жизни, как у детей до трехлетнего возраста, так же и в более старшем возрасте встречаются одинаково (49.4% и 50.5%). Одна-

ко необходимо отметить, что у всех девочек до 1 года были установлены синехии вульвы, которые тупым путем были разъединены.

При анализе перинатального анамнеза (табл. 2) было выявлено, что в 1-й (основной) группе в 2 раза чаще было диагностировано внутриутробное инфицирование (дородовой разрыв плодных оболочек) по сравнению со 2-й (контрольной) группой (37,1±4,7% против 15,1±3,7%), достоверно чаще были преждевременные роды (26,3±4,2% против 5,5±2,4%). В 1-й группе обращает на себя внимание значительная доля рождения детей как с малой массой тела (31,4±4,9% против 11,1±3,2%), так и с большой (20,4±4,1% против 6,5±2,6%). В основной группе чаще выявлены те или иные нарушения правил

Таблица 4. Разновидность микроорганизмов, высеянных из влагалищных содержимых девочек

Возбудитель	Количество	%
Staphylococcus epidermis III–IV ст. обсеменения	78	79,6
Staphylococcus aureus	19	19,4
Escherichia coli	92	93,8
Streptococcus haemoliticus	29	29,6
Streptococcus faecalis	34	34,7
Eubacteridium	32	32,3
Clostridium	58	59,2
Peptococcus	63	64,3
Грибы рода Candida	92	93,8

ухода за ребенком ($42,1 \pm 4,1\%$ против $8,2 \pm 2,9\%$). Кроме того, в группе девочек с вульвовагинитами в 23,1% случаев встречались синехии вульвы, которые были разъединены тупым путем и затем начата терапия. В табл. 2 представлено течение беременности и родов матерей обследованных девочек.

Пациентки были обследованы смежными специалистами, что позволило установить у них следующую соматическую патологию (табл. 3).

Как видно из представленных данных, у большинства обследованных выявлена та или иная патология. Наиболее часто вульвовагиниты развиваются на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта ($35,2 \pm 2,4\%$), хронического тонзиллита ($35,2 \pm 2,4\%$), диатеза ($33,9 \pm 3,2\%$), энтеробиоза ($40,1 \pm 2,4\%$). Кроме того, отмечена высокая частота острых респираторных заболеваний и детских инфекций ($44,2 \pm 2,4\%$).

Бактериологическое исследование влагалищного содержимого позволило выявить обсеменение следующими микроорганизмами (табл. 4).

Моновозбудитель отмечен только у 36% больных, а у 64% имела место ассоциация микроорганизмов, и более чем у половины из них в сочетании входили грибы рода *Candida*. Высока частота обсеменения вульвы и влагалища условно патогенной микрофлоры, которая проявлялась как патогенная.

Терапия вульвовагинита у девочек была направлена на устранение действия предрасполагающих факторов, подавление патогенной и восстановление нормальной микрофлоры влагалища. С этой целью терапия включало 3 этапа:

1 этап — разъединение синехий и удаление слизи и гноя с поверхности слизистой оболочки вульвы и влагалища. Для этого назначали сидячие ванночки с отваром вяжущих трав (кора дуба, зверобой, ромашка), про-

мывание вульвы и влагалища растворами антисептиков (хлоргексидин, фурациллин, раствор перманганата калия).

2 этап — антибиотикотерапия, введение во влагалище детских свечей Полижинакс вирго в течение 10–14 дней.

3 этап — витаминотерапия и лечение соматической патологии.

Следует подчеркнуть, что терапия девочек до трехлетнего возраста в 83% случаев ограничилась 1 этапом. Остальным девочкам этой возрастной группы (17%) и девочкам 3–8 лет (40 девочек) параллельно проводили 3 этапа терапии. При применении такого курса терапии, на 3-й день использования, отмечалось исчезновение зуда, жжения, уменьшение объема влагалищного отделяемого у 23 (76,7%) пациенток. Сразу после окончания местной терапии симптомы купировались у 37 (92,5%) девочек, а стойкая ремиссия сохранялась у них и через месяц после проведенного лечения. Тем не менее, у 3 (7,5%) пациенток, несмотря на уменьшение клинических симптомов, все же при визуальном осмотре сохранялась умеренная гиперемия преддверия влагалища — это были девочки с патологией мочевыделительной системы (мочекислый диатез). Что касается соблюдения продолжительности курса терапии, то, со слов матерей девочек, все полностью завершили назначенный курс и отметили удобство применения данного препарата.

Заключение

Таким образом, установлено, что вульвовагиниты нейтрального периода жизни, как у детей до трехлетнего возраста, так же и в более старшем возрасте встречаются одинаково (49,4% и 50,5%). Однако необходимо отметить, что у всех девочек до 1 года были установлены синехии вульвы, которые тупым путем были разъединены. Подводя итог анализа факторов, способствующих персистенции вульвовагинитов у девочек, можно сказать,

что неблагоприятное течение перинатального периода нарушают адаптацию ребенка и могут предрасполагать к возникновению вульвовагинитов у девочек. Наличие упорного и длительного течения вульвовагинитов у девочек данной возрастной группы, также обусловлено наличием соматической патологии инфекционного и не-

инфекционного генеза, аллергического фона и ухода за ребенком приводящей к нарушению защитной функции слизистых оболочек нижнего отдела генитального тракта. Использование препарата Полижинакс® Вирго представляется целесообразным как препарат выбора для этиотропной терапии вульвовагинитов у девочек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкирская А. С., Муравьева В. В., Уварова Е. В., Султанова Ф. Ш. Критерии нормоценоза влагалища у девочек. Журнал микробиол. эпидемиол 2011; 4: 4–7.
2. Батырова З. К. Клинико-патогенетическое обоснование дифференцированного лечения рецидивирующих сращений малых половых губ в периоде раннего детства: диссертация ... Москва, 2014. — 143 с.
3. Батырова З. К., Уварова Е. В., Намазова-Баранова Л.С., Латыпова Н. Х. Клинико — анамнестические особенности девочек с рецидивом сращения малых половых губ: факторы риска. Репродуктивное здоровье детей и подростков. Научно- практический журнал. — 2014. — № 2. — С. 20–27.
4. Богданова Е. А. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек. Гинекология 2010; 1: 3: 86–89.
5. Курбанова М. Х., Мурадова Д. Б. Особенности диагностики и ведения девочек с преждевременным телархе. Мать и дитя 2012; № 1: с. 24–26.
6. Мардонова С. М., Собинова Г. Оценка данных ультразвуковых исследований органов малого таза девочек и девушек с паразитарными инфекциями. Журнал «Мать и дитя». — Душанбе, 2013. — № 3–4. — С. 44–48
7. Уварова Е. В., Батырова З. К. Физиология и патология наружных половых органов у девочек в периоде детства. Репродуктивное здоровье детей и подростков 2012. -№4. -С.35–50.
8. Уварова Е. В., Батырова З. К. Гигиена девочек: путь в три шага от новорожденности до самостоятельности. Переход к самостоятельной гигиене. Репродуктивное здоровье детей и подростков; Научно-практический журнал. — 2013. № 5. — С. 74–79
9. Хурасева А. Б. Факторы риска персистенции вульвовагинита у девочек и оптимизация терапии. Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2014. — № 3. — С. 45–50.

© Абдулазизова Фарида Абдурахимовна (farida.abdu89@mail.ru), Мардонова Саломат Махмудмурадовна,
Курбанова Муборак Хасановна, Болиева Гульнора Ульджаевна.
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Главное здание министерства здравоохранения, Таджикистан