

ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППОВ
ФБГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Вульвовагиниты у детей и подростков

Москва, 2012

В учебном пособии, подготовленном сотрудниками кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии факультета послевузовского профессионального образования врачей Первого Московского государственного университета им. И.М.Сеченова и ФБГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И.Кулакова Минздравсоцразвития России» (заведующий кафедрой и директор Центра-академик РАМН, профессор Сухих Г.Т.) представлены современные данные о диагностике и лечении вульвовагинитов у детей и подростков.

Учебное пособие предназначено для интернов, ординаторов, аспирантов, а также врачей, проходящих обучение в системе дополнительного профессионального образования по специальности «акушерство и гинекология».

Авторский коллектив

д.м.н., профессор Уварова Е.В.

к.м.н. Латыпова Н.Х.

к.м.н. Донников А.Е.

к.м.н. Шадчнева Е.В.

асп. Батырова З.К.

Рецензенты

В.Ф. Коколина-академик РАЕН, заслуженный врач России, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского Государственного Медицинского Университета им. Н.И.Пирогова

М.Б. Хамошина – профессор кафедры акушерства и гинекологии Российского Университета Дружбы Народов

Введение

Вульвовагинит – воспаление женских наружных половых органов (вульвы) и влагалища. Воспалительный процесс в области вульвы (вульвит), влагалища (вагинит) или вульвы и влагалища (вульвовагинит) чаще наблюдается у девочек дошкольного возраста. В структуре гинекологической заболеваемости девочек в этом возрастном периоде первое ранговое место занимают вульвовагиниты (ВВ), частота которых достигает 48% по данным профилактических осмотров и 60-70% по данным обращаемости к гинекологам детского и подросткового возраста.

Это обусловлено некоторыми особенностями слизистой оболочки детского влагалища и вульвы, связанными с физиологически низким уровнем эстрогенов в крови. Влагалище девочки дошкольного возраста имеет слабокислую или щелочную реакцию, плоский эпителий слизистой оболочки этих органов состоит из небольшого количества слоев, клетки его не достигают полной зрелости, не ороговевают, не содержат гликогена, поэтому во влагалищном отделяемом у девочки нет условий для существования палочки молочно-кислого брожения, создающей кислую среду во влагалище взрослой женщины.

Период детства в развитии ребенка характеризуется высокой чувствительностью к внешним воздействиям, так как многие органы, в том числе ткани вульвы и влагалища, особенно восприимчивы к формирующему воздействию факторов окружающей среды. У всех млекопитающих, в том числе у человека, строение наружных половых органов характеризуется тем, что слизистые оболочки вульвы непосредственно контактируют с макромолекулами и микробиологическими агентами, представленными в окружающей среде. Данное обстоятельство филогенетически привело к тому, что в слизистой оболочке вульвы и влагалища сформировались основные элементы врожденного адаптационного иммунологического ответа. После рождения девочки иммунная система претерпевает изменения, в результате которых антиген-презентирующая клеточная функция ослабевает, на что клетки реагируют относительно высоким уровнем апоптоза и эозинофильного ответа. Заселение влагалища попадающей на вульву микрофлорой окружающей среды вызывает сигнальные реакции, которые детерминируют дифференциацию Т-клеток в первую очередь Th-1 клеток и индукцию толерантности. В этот период жизни девочки возникновение аллергических реакций или воспалительных процессов провоцирует снижение уровня цитокинов Th-1 и рост Th-2 на слизистых оболочках и вызывает уменьшение устойчивости клеток стенок влагалища и вульвы к бактериальной активности. Снижение защитных сил организма ребенка после перенесенного заболевания или при недостаточности иммунного ответа может привести к нарушению равновесия между микрофлорой влагалища и организмом. В случае значительного снижения защитных сил организма, условно-патогенная флора может проявить свои патогенные свойства. Может активизироваться и проникать во влагалище патогенная флора из рото- и носоглотки, кишечника, кожи.

Эпидемиология

В структуре гинекологической патологии самыми частыми заболеваниями у девочек в возрасте от 1 до 9 лет являются вульвиты и вульвовагиниты.

В периоде полового созревания частота встречаемости вульвовагинитов значительно снижается, но возрастает частота заболеваний, передаваемых половым путем, особенно у девочек с ранним сексуальным дебютом.

За последние 5 лет возросла заболеваемость урогенитальными инфекционными заболеваниями у детей и подростков, число заболевших подростков увеличилось в 14 раз, детей – в 35 раз.

Этиология и патогенез

Влагалище девочки – динамическая экосистема, стерильная при рождении, колонизируется в течение нескольких дней преимущественно грамположительной флорой, состоящей из строгих анаэробов: *Bifidobacilli*, *Bacteroides*, *Peptostreptococci*, факультативных анаэробов: *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Enterococcus faecalis*, *Proteus mirabilis* и *Escherichia coli*, а также микроаэрофилов: *Gardnerella vaginalis* и т.д. (Рис.1,2)

Рис 1. Состав вагинальной микрофлоры здоровых девочек 3-7 лет

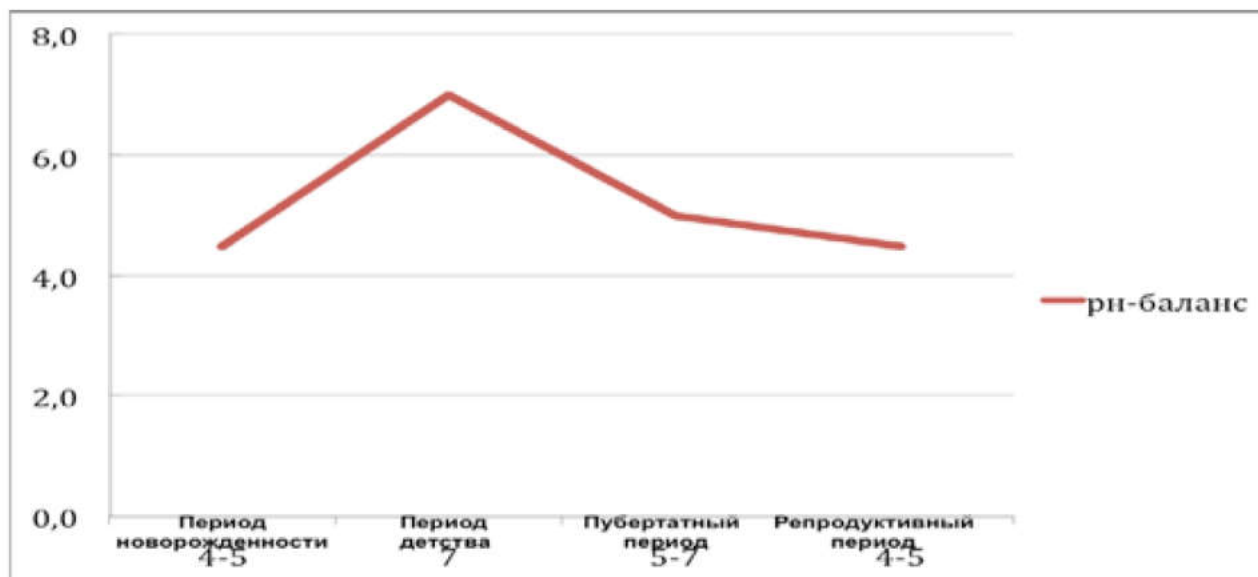
Микроорганизмы	Частота обнаружения (%)	Степень обсемененности (lg КОЕ/г)
Факультативные анаэробы		
КОС	78,9	3-5
Коринебактерии	63,2	3-5
Стрептококки	78,9	4-6
Энтерококки	10,5	4-5
Кишечная палочка	10,5	4-5
Строгие анаэробы		
Бифидобактерии	84,2	3-5
Бактериоды	26,3	3-5
Пептострептококки	26,3	3
Микроаэрофилы		
Гарднерелла	10,5	3-5
Лактобациллы	0	-
Микопlasма хоминис	5,3	<3 (ЕИЦ/мл)

Рис 2. Представительство нормоценоза влагалища в раннем детстве

Исследования	Характеристика биоценоза влагалища
G. J. Gerstner et al., 1982 (n = 31)	93,5% - <i>Staphylococci</i> (CNS), <i>Enterococci</i> , <i>Lactobacilli</i> 6,5% - отрицательный бактериальный рост
AK Myhre et al., 2002 (n = 179)	33,9 % - <i>Streptococci</i> , <i>Staphylococci</i> , <i>Corynebacterii</i> 66,1% - отрицательный бактериальный рост
Е.В.Уварова, А.С.Ан кирская, Ф.Ш.Султанова.,2001 (n = 20)	100% - <i>Bifidobacterii</i> , <i>Staphylococci</i> (CNS), <i>Streptococci</i> , <i>Corynebacterii</i> , <i>Enterobacteriacii</i> , <i>G.vaginalis</i> , <i>M. Hominis</i>
J.Cuadros et al. , 2004 (n = 11)	100% - <i>Staphylococci</i> (CNS), <i>Streptococci</i> , <i>Corynebacterii</i>
М.Р. Рахматулина., В.И.Кисина, Е.В.Уварова 2004 (n = 40)	100% - <i>Bifidobacterii</i> , <i>Lactobacilli</i> , <i>Staphylococci</i> (CNS), <i>Streptococci</i> , <i>Corynebacterii</i> , <i>Enterobacteriacii</i> , <i>M. hominis</i> , <i>U. urealiticum</i>

До начала менструаций pH отделяемого влагалища колеблется от 4,0 до 7,0. (Рис 3)

Рис 3. Уровень pH влагалища в различные периоды жизни



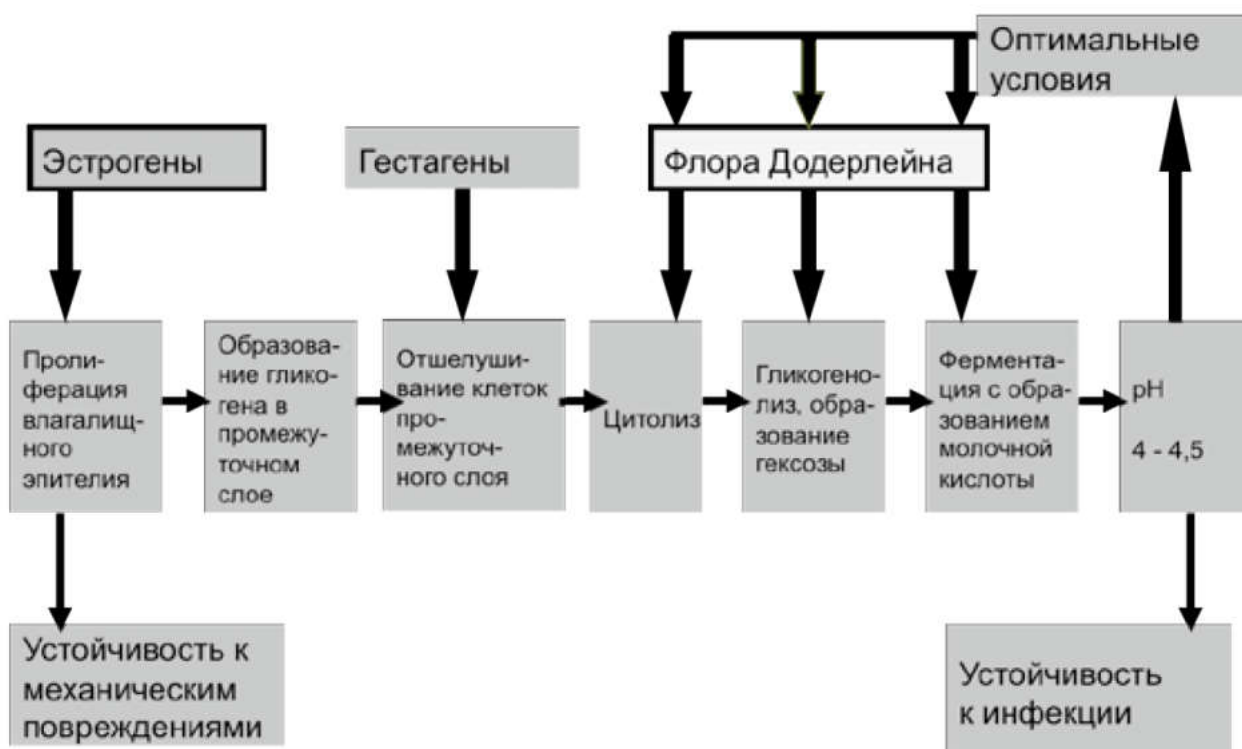
Причиной вульвовагинита у девочек может быть специфическая (гонококки, микобактерия туберкулеза, коринебактерии дифтерии, трихомонада) и неспецифическая (условно-патогенные аэробы и анаэробы, хламидии, грибы, вирусы, простейшие и др.) инфекция. (Таб.1) Вульвовагиниты могут развиваться после введения инородного тела, при глистной инвазии, онанизме, нарушениях реактивности организма вследствие вторичной инфекции. Большинство исследований посвященных этиологии вульвовагинита у девочек раннего возраста, описывают патогенную роль как Грам (+), так и Грам (-) бактерий, в изучаемом материале.

Табл 1. Инфекционные агенты способствующие возникновению вульвовагинитов

Неспецифические возбудители	Специфические возбудители
Бактериальные агенты респираторного тракта и/или кожи Staphylococci Группа A β -hemolytic streptococci Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae Neisseria species	Бактериальные патогены Chlamydia trachomatis Neisseria gonorrhoeae Treponema pallidum Mycoplasma genitalis Ureaplasma species
Бактериальные агенты желудочно-кишечного тракта Candida species Escherichia coli, Enterococci Shigella species	Простейшие Trichomonas vaginalis

С момента менархе под влиянием эстрогенов толщина влагалищного эпителия увеличивается до 25 слоев клеток, возрастает уровень гликогена в эпителии, и влагалищная флора начинает меняться с преобладанием *Lactobacillus* spp., pH становится менее 4,5. (Рис.4)

Рис 4. Факторы формирования естественной защиты влагалища



У девочек-подростков чаще возникает вульвовагинит, вызванный грибами рода *Candida*, который встречается в 25% случаев.

Предрасполагающие факторы риска в развитии вульвовагинита в периоде детства

Анатомо-физиологические:

- близкое расположение влагалища и анального отверстия
- отсутствие волосяного покрова
- тонкая и ранимая кожа вульвы
- отсутствие жировой прослойки в области наружных половых органов
- маленький размер малых половых губ
- тонкая, атрофичная, неэстрогенизированная слизистая влагалища
- низкая местная иммунная система

Поведенческие:

- неудобное, синтетическое белье
- недостаточная общая и/или интимная гигиена
- онанизм (инородное тело влагалища)
- контакт с землей и песком

Пути передачи

Пути передачи специфической инфекции различны. В раннем возрасте преобладает антенатальный и интранатальный, бытовой путь передачи инфекции. У девочек-подростков, живущих половой жизнью, возможно заражение половым путем.

В настоящее время деление урогенитальных заболеваний на специфические и неспецифические достаточно условно. В качестве возбудителей вульвовагинитов выступают ассоциации микроорганизмов, в результате чего заболевание утрачивает клиническую специфичность.

Современные требования использования при кодировании заболеваний болезней МКБ 10 пересмотра диктуют необходимость предоставления следующей классификации вульвовагинитов:

N 76 Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы.

N 76.0 Острый вагинит (вульвовагинит).

N 76.1 Подострый и хронический вагинит.

N 76.2 Острый вульвит.

N 76.3 Подострый и хронический вульвит.

N 76.4 Абсцесс вульвы.

N 76.5 Изъязвление влагалища.

N 76.6 Изъязвление вульвы.

N 76.8 Другие уточненные воспалительные болезни влагалища и вульвы.

N 77.0 Изъязвление вульвы при инфекционных и паразитарных болезнях: герпесвирусной инфекции (A 60.0) или туберкулезе (A 18.1).

N 77.1 Вагинит, вульвовагинит, вульвит при инфекционных и паразитарных болезнях: при кандидозе (B 37.3), герпесвирусной инфекции (A 60.0), аскаридозе (B 80).

N 77.7 Кандидоз вульвы и вагины (B 37.3).

N 77.8 Изъязвление и воспаление вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках.

A18.1 Туберкулезная инфекция половых органов.

A 51.0 Первичный сифилис половых органов.

A 54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных или придаточных желез.

A 54.1 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных или придаточных желез.

A 56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта.

A 59.0 Урогенитальный трихомоноз.

A 60.0 Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта.

A 63.0 Аногенитальные (венерические) бородавки.

A 64 Неуточненные болезни, передаваемые половым путем.

B 80.0 Вульвовагинит при глистной инвазии.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз при подозрении на вульвовагинит необходимо проводить с заболеваниями шейки матки и пороками развития влагалища, распадающейся злокачественной опухолью внутренних половых органов, с ректовагинальным и уровагинальным свищом, с абсцессом кисты гартнерова хода и бартолиниевой железы, с изменениями влагалища и внутренних половых органов при полной форме ППС, с пиосальпинксом или пиокольпосом, опорожняющихся через влагалищный свищ при пороках развития половых органов.

Клинические проявления вульвовагинитов:

- выделения из половых путей 62-92%:
 - гнойевидные;
 - с примесью крови;
 - гнойевидно-кровянистые;
 - творожистые;
 - сливкообразные;
- гиперемия и отечность вульвы 82%;
- дискомфорт (рези, жжение и т.п.) 32%;
- болезненность вульвы 74%;
- дизурия 19%;
- зуд вульвы и влагалища 45-58%.

Острый вульвовагинит, также как и обострение хронического протекает с ярко выраженными клиническими проявлениями, хронический — со стертой клинической картиной. Особенности клинического течения вульвовагинитов в разных возрастных группах нет.

Основную группу среди вульвовагинитов у девочек составляют бактериальные неспецифические вульвовагиниты, вызванные стафилококко-стрептококковой инфекцией и кишечной палочкой. Однако, имеются данные о роли *S. pyogenes*, *H. Influenza*, *E. vermicularis*.

Бактериальные вульвовагиниты не имеют специфического возбудителя, их вызывают условно патогенные микроорганизмы, проникающие во влагалище первично извне, при этом вегетирующая во влагалище микрофлора становится патогенной и способствует возникновению воспалительного процесса.

Бактериальный вульвовагинит. Бактериальный (неспецифический) ВВ* может начинаться остро или иметь торпидное течение с периодами обострения или без. При бактериальном ВВ* отмечаются гиперемия вульвы, кожи промежности, половых губ, умеренные выделения из влагалища желтоватого цвета. На коже бедер и вокруг половых губ могут быть элементы пиодермии, на стенках влагалища очаги гиперемии. Развитие бактериального вульвовагинита возможно вследствие занесения острицами кишечной флоры во влагалище. Возбудитель ВВВ* - кишечная палочка или энтерококк. Часто наблюдается симбиоз этих двух микроорганизмов.

Тщательный опрос родителей помогает уточнить диагноз. Родители отмечают беспокойный сон ребенка, его жалобы на зуд кожи промежности и наружных половых органов. Иногда ребенок просыпается с плачем и криком от боли в области наружных половых органов. Внимательные родители могут увидеть острицу на коже или в испражнениях ребенка.

При осмотре половых органов обращают на себя внимание утолщение анальных складок, их гиперемия, следы расчесов вокруг ануса. В посевах отделяемого из влагалища обнаруживают кишечную палочку, энтерококк и другие разновидности кишечной флоры. В таких случаях целесообразно взять соскоб с перианальных складок на яйца остриц.

Атопический вульвовагинит. В последнее время отмечается заметный рост аллергических заболеваний, при том на первое место, в структуре аллергических заболеваний, среди детей в возрасте до 5 лет выходит атопический дерматит, заболеваемость которым за последние полвека увеличилась в 5-10 раз. Начинаясь в возрасте до 2-х лет в 50-60%, реже от 2 до 5 лет (20 %). Характеризуясь сухостью кожи, снижением выделения кожного сала, зудом различной интенсивности, эритемой. У детей раннего возраста поражаются лицо, волосистая часть головы, отмечается поражение разгибательных поверхностей рук и ног. Зачастую атопический процесс в области гениталий развивается в виде вульвовагинита. Тогда обращает на себя внимание волнообразное течение с периодическими обострениями на фоне снижения иммунной реактивности организма, при нарушениях в питании, либо при применении аллерген содержащих средств местно. При осмотре отмечаются

*ВВ — сокращ. от вульвовагинит

скудные, водянистые выделения, истончение и ранимость кожи и слизистой вульвы и влагалища, одним из типичных признаков можно считать обнаружение гиперемии вульвы и ануса по типу «8». Микрофлора влагалища в таких случаях зачастую представлена условно-патогенными микроорганизмами.

У девочек с проявлениями аллергических заболеваний (в отличие от неспецифического бактериального вульвовагинита) по данным некоторых исследователей можно обнаружить достоверное увеличение количества эозинофилов и тучных клеток с признаками дегрануляции, а также снижение количества Т-лимфоцитов и сывороточного Ig A, увеличении количества

О-лимфоцитов и содержания сывороточного IgE, отсутствие S IgA в промывных водах из влагалища.

Вульвовагиниты на почве инородного тела. С жалобами на гнойно-сукровичные обильные выделения обращаются родители девочек с вульвовагинитами на почве инородного тела влагалища. Обильные выделения приводят к мацерации кожи промежности и пиодермии. Очень важна вагиноскопия для уточнения диагноза и проведения дифференциальной диагностики с рабдомиосаркомой влагалища, которая обычно наблюдается у девочек 2 - 4 лет и может проявляться гнойно-кровяными выделениями. Вагиноскопия позволяет обнаружить инородное тело влагалища, обычно окруженное распадающимися грануляциями. Характерно усиление выделений, вплоть до появления алой крови во время исследования в связи с нарушением целостности грануляций и травмы их инородным телом. При рабдомиосаркоме во влагалище видны виноградоподобные разрастания, распад которых вызывает сукровичные или даже кровяные выделения.

Бактериальный вагиноз (у менструирующих девочек) **или Анаэробный вульвовагинит** (у девочек допубертатного возраста, говорить о БВ неправомерно из-за отсутствия зрелых эпителиальных клеток). Данное заболевание возникает в результате резкого дисбаланса вагинальной микрофлоры, вызванного чрезмерным развитием анаэробов. Особого внимания заслуживают литературные сообщения об эпидемиологической связи БВ с неопластическими процессами шейки матки. В отличие от вагинита при вагинозе или анаэробном вульвовагините воспалительная реакция стенки влагалища и увеличение числа лейкоцитов в вагинальном отделяемом отсутствуют. Большинство пациентов предъявляют жалобы на длительные, сливкообразные выделения из влагалища с неприятным запахом «несвежей рыбы». Иногда, на жжение, дизурические расстройства, зуд в области наружных половых органов. Для диагностики БВ достаточно трех признаков:

- 1) Обильные гомогенные выделения, прилипающие к стенкам влагалища.
- 2) Запах «несвежей рыбы» вагинальных выделений.
- 3) Сдвиг уровня кислотно-щелочного баланса (определение pH-баланса).

У менструирующих девочек обнаружение «ключевых» клеток (под «ключевой» клеткой подразумевается зрелая эпителиальная клетка, густо покрытая скоплениями анаэробных микроорганизмов), в мазках, взятых из влагалища является наиболее объективным критерием БВ. У девочек допубертатного возраста наличие большого количества анаэробных микроорганизмов свидетельствует об анаэробном вульвовагините.

Микотический вульвовагинит может возникать в любом возрасте, чаще в грудном, раннем детском и пубертатном. Наиболее частым возбудителем заболевания являются грибы рода *Candida*. К заболеванию предрасполагают: иммунодефицит, гиповитаминоз, лечение антибиотиками, эндокринные нарушения. (Рис.5)

Рис.5 Причины возникновения кандидоза в разные возрастные периоды жизни



Вульвовагиниты вызванные ИППП*: За последние 5 лет возросла заболеваемость урогенитальными инфекциями у детей и подростков, при том число заболевших подростков увеличилось в 14 раз. Долгое время в обществе превалировала точка зрения о преимущественно контактно-бытовом пути передачи ИППП у детей, в то же время, по данным зарубежных исследователей основными путями инфицирования детей ИППП являются вертикальный и половой.

По данным социологических опросов, проводимых среди детей и подростков, наличие половых контактов в своей жизни отметили около 15% девочек, при этом 50% из них указали на то, что первый половой акт был совершен в возрасте до 15 лет, а у 5% девочек - до 12 лет.

Основными путями инфицирования детей ИППП являются:

- трансплацентарный: ВИЧ, вирусные гепатиты В и С, сифилис, папилломавирусная инфекция
- перинатальный: ВИЧ, вирусные гепатиты В и С
- передача при грудном вскармливании: ВИЧ
- путем прямого контакта:
 - Аутоинокуляция или перенос микроорганизмов с места первичного введения на другие участки кожи и слизистых оболочек. (герпетическая и папилломовирусная инфекции)
 - Через бытовые предметы
 - Путем полового контакта (все ИППП)

Ранее половой путь инфицирования ИППП был более характерен для подростков, однако, в настоящее время доля полового пути возросла и в группе детей до 12 лет. По данным различных исследователей, от 7,5% до 70% бактериальных вульвовагинитов отно-

*ВВ – инфекции, передающиеся половым путем

сятся к ИППП. По данным различных исследований, распространенность ИППП у детей с половыми контактами в анамнезе находится в следующих пределах: гонорея- от 0% до 26,3%,хламидиоз- от 3,9% до 17%, трихомониаз- от 0% до 19%.

Риск перинатального инфицирования составляет 8%-88,2% для гонореи, 1,1%-5% для трихомониаза,30%- 50%-для хламидиоза.

Гонорейный вульвовагинит. Заболевание у новорожденных наиболее часто протекает в форме гонококковой офтальмии, диссеминированной инфекции (артрит, менингит, абсцессы волосистой части головы, сепсис и др.), а также поражения органов урогенитального тракта. Инфицирование детей гонореей после периода новорожденности большинство зарубежных исследователей склонны расценивать, как последствие сексуального насилия. Высокая вероятность заражения половым путем у детей старше 1 года подтверждена многочисленными исследованиями. Гонорея девочек отличается своеобразием клинических проявлений, это обусловлено возрастными анатомо-физиологическими особенностями. У девочек чаще всего встречается нисходящая гонорея: уретрит, вульвит, вагинит, кольпит, эндоцервицит, бартолинит (у девочек старше 5 лет). С появлением менструаций увеличивается опасность развития восходящей гонореи (эндометрит, сальпингит, пельвиоперитонит). Вследствие действия гонотоксина у девочек на первый план выступают симптомы поражения ЦНС – бессонница, раздражительность, снижение аппетита, лихорадка. При острой гонорее отмечают яркую гиперемию и отечность в области клитора, половых губ и промежности. Из влагалища на вульву стекает обильное гнойное отделяемое. Иногда на слизистой оболочке вульвы отмечают эрозии. Паховые лимфатические узлы увеличены и болезненны. Иногда с самого начала гонорейный процесс принимает торпидное течение. Хроническая гонорея чаще, чем свежая, осложняется бартолинитами, эндоцервицитами, особенно у девочек-подростков.

Если диагноз подтверждается лабораторно, то заполняется извещение № 089/у, которое направляется в кожно-венерологический диспансер (КВД). В КВД ставится окончательный диагноз. Лечение проводится в специализированном стационаре дерматовенерологом.

Срок контрольного наблюдения девочек – 5 месяцев. В этот период девочки не допускаются в детские сады и ясли. Детям разрешается посещать школу сразу после окончания лечения и в случае отрицательных результатов повторных бактериологических исследований (3 провокации и 3 посева с интервалом в 10 дней).

Трихомонадный вульвовагинит чаще встречается у девочек-подростков, живущих половой жизнью. Основные очаги поражения у девочек – наружные половые органы, влагалище, уретра. Может развиваться восходящая инфекция мочевых путей (цистит, пиелонефрит). В связи с многоочаговостью поражения данной инфекцией при постановке диагноза следует учитывать ее локализацию. Однако, возможно перинатальное заражение при прохождении ребенка через родовые пути больной матери. Персистенция *T.vaginalis* в организме может продолжаться от 3 до 9 месяцев.

Пути инфицирования:

- половой (у девочек, живущих половой жизнью или подвергнутых насилию);
- бытовой (через общие предметы туалета, постель и т.д.);
- во время прохождения через инфицированные родовые пути матери.

Для урогенитального трихомоноза у девочек характерны обильные пенистые желто-зеленые выделения из половых путей с неприятным запахом, гиперемия и отек наружных половых органов, сопровождающиеся выраженным зудом и образованием эрозий не только на слизистой оболочке аногенитальной области, но и на коже внутренней поверхности бедер.

Хламидийный вульвовагинит. Урогенитальный хламидиоз у детей наблюдается чаще, чем гонококковая и трихомонадная инфекции, особенно это касается детей, имевших в анамнезе половые контакты. Частота обнаружения *C.trachomatis* у детей дошкольного и раннего школьного возраста хламидий составляет 6,3%-28,4%. При инфицировании *C.trachomatis* у новорожденных девочек наиболее часто поражаются конъюнктивы, носоглотка, прямая кишка и влагалище. У девочек частая локализация хламидийной инфекции – наружные половые органы и влагалище, реже мочеиспускательный канал. В редких случаях в воспалительный процесс вовлекается цервикальный канал шейки матки. Хламидии способны поражать сквамозный эпителий препубертатного влагалища, еще не подверженного влиянию эстрогенов, и вызывать истинные вагиниты. Размножение патогенных возбудителей в эпителиальных клетках приводит к развитию воспалительного процесса. В месте первичного очага возникает отек и гиперемия слизистой оболочки, нарушается целостность эпителиального слоя с частичной десквамацией эпителия и лимфоидной субэпителиальной инфильтрацией, формируется воспалительный экссудат. Локализация, степень выраженности воспалительного процесса, а также их последствия определяют клинические симптомы. Клинические проявления хламидийного вульвовагинита неспецифичны. Наличие клинических проявлений, как правило, обусловлено сопутствующей инфекцией. При хламидийном вульвовагините редко возникает умеренная гиперемия слизистых оболочек наружных половых органов. Выделения из влагалища носят слизистый, иногда слизисто-гнойный характер, отмечается болезненность преддверия влагалища, инъецированность слизистых оболочек, их легкая ранимость при заборе материала.

При поражении мочеиспускательного канала возможно учащенное и болезненное мочеиспускание. Длительно существующие вульвовагиниты приводят к формированию синехий половых губ, образованию рубцовых изменений во влагалище. Хламидийный вульвовагинит отличается длительным течением, нередко одновременно у девочек выявляют воспаление слизистой глаз и суставов. Возбудитель обнаруживают иммунологическими методами и посредством исследования клеток влагалищных мазков на наличие хламидий. Назначают антибиотики (макролиды), интерферон в свечах, зубиотики. Вирусный вульвовагинит у девочек встречается редко. Вирусы (вирус герпеса, гриппа, парагриппа, урогенитальный вирус, аденовирус, цитомегаловирус, папилломавирус) могут изолированно поражать вульву и влагалище. Заражение происходит от больных. Возможны трансплацентарное инфицирование и инфицирование в родах.

Генитальный герпес редко выявляют у девочек в препубертатном периоде, однако, существует опасность инфицирования вирусами простого герпеса типа I и II бытовым путем. У девочек-подростков возможен половой путь заражения. Риск неонатального инфицирования новорожденного зависит от формы генитального герпеса у матери и составляет от 0,01 до 75%. Внутриутробная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса, встречается редко – приблизительно в 5% случаев. В подавляющем большинстве случаев инфицирование новорожденного происходит во время родов при прохождении родового канала. При этом передача инфекции возможна при наличии очагов поражения или при бессимптомном выделении вируса. Возможно и постнатальное инфицирование новорожденного при наличии активных герпетических высыпаний у матери и медицинского персонала, хотя это встречается достаточно редко. Генитальный герпес проявляется язвенными высыпаниями на слизистой и коже половых губ. Больные жалуются на жжение и боли в области половых органов. Язвы заживают в течение 2–4 недель. Заболевание отличается упорным течением с повторными язвенными высыпаниями.

В связи с разнообразием клинических проявлений герпетической инфекции возможно обращение к врачам других специальностей (урологам, невропатологам, офтальмологам

и т.д.). Существуют различные схемы лечения генитального герпеса, включающие специфические и неспецифические препараты.

Другой вид вирусной инфекции половых органов - **папилломавирусная инфекция**. Она вызывает образование папиллом на коже и слизистой. Лечение - удаление папиллом электроножом, лазером или посредством вымораживания (криодеструкция).

Таблица 2. Основные характеристики наиболее распространенных ИППП и диагностические мероприятия

	ВПГ	ВПЧ	Трихомониаз	Гонорея	Хламидиоз
Клинические проявления	Поражения кожи вульвы, вульвит, вагинит, цервицит; могут отсутствовать	Неспецифическое воспаление вульвы и влагалища; субклинические проявления после проведения пробы с уксусной кислотой; вульварные, влагалищные, и/или шейные кондиломы и плоские бородавки	Вульвит, вагинит, петехии в области вульвы или влагалища, обильные гнойные выделения	Может быть бессимптомно; цервицит, сальпингит, уретрит, иногда проктит, фарингит, вагинит и вульвит у девочек	Неспецифичность симптомов, цервицит, сальпингит, уретрит, проктит, вагинит, вульвит
Инкубационный период	3-14 дней	В среднем 1-3 месяца (до 9 месяцев)	3-30 дней	2-7 дней	7-21 дней
Контагиозность	75%–80% (с активной инфекцией)	60%–70%	70%–90% для М/Ж возможность передачи меньше Ж/М	100% М/Ж; 25% Ж/М	45% М/Ж
Длительность	Первично (2-3 нед); вторично (7-12 дней)	Вариабельна	Персистирует у многих женщин до начала лечения	До лечения	До лечения
Рецидив	60% (ВПГ-1); 90% (ВПГ-2) в течение 1 года	Различен	С реинфекцией	С реинфекцией	С реинфекцией
Диагностика	Культуральный, мазок по Папаниколау, Серологические методы	Пап-тест, кольпоскопия с тестированием уксусной кислотой	Нативный мазок, ПЦР, культуральный, латекс-агглютинация (серологический метод)	Микроскопическое исследование (окраска по Граму); Культуральный (материал с шейки матки, глотки, прямой кишки); Серологическое исследование, ПЦР	Культуральный, ПЦР, Серологические методы (РСК, ИФА)
Аntenatalная или перинатальная передача	Да - может вызвать поражение кожи, ЦНС и диссеминирование инфекции	Да - может вызвать развитие папиллом гортани и поражение промежности	Да - может вызвать появление влагалищных выделений у новорожденной либо бессимптомную колонизацию	Да - может вызвать конъюнктивит, септицемию, менингит	Да - может вызвать конъюнктивит и/или пневмонию

ЦНС - центральная нервная система; Ж/М - женщин к мужчинам; ВПЧ - вирус папилломы человека; ВПГ - вирус простого герпеса; М/Ж - мужчин к женщинам; + - положительно.

Осложнения вульвовагинитов:

В последнее время наиболее распространенным осложнением вульвовагинитов среди девочек в периоде детства является развитие синехий. (Рис 6)

Синехия - это сращение малых половых губ между собой (synescheia - непрерывность, связь). Частота синехий малых половых губ колеблется от 0,6 до 3,0%. В последние десятилетия отмечен рост заболеваемости до 21,3 - 38,9% при частоте рецидивов от 14 до 39%.

Патогенез развития синехий малых половых губ до конца не изучен. Однако предрасполагающим фактором возникновения является вульвовагинит.

Факторы риска

- вульвовагинит
- атопический дерматит
- глистная инвазия
- дефицит гигиены наружных половых органов
- гигиенические процедуры с использованием мыла и косметических средств с парфюмированными отдушками
- сексуальное насилие

Основные осложнения синехий малых половых губ:

- нарушение оттока мочи, вплоть до полного ее отсутствия.
- дискомфорт в области наружных половых органов
- вторичный вульвовагинит
- цистит, пиелонефрит, острая почечная недостаточность.

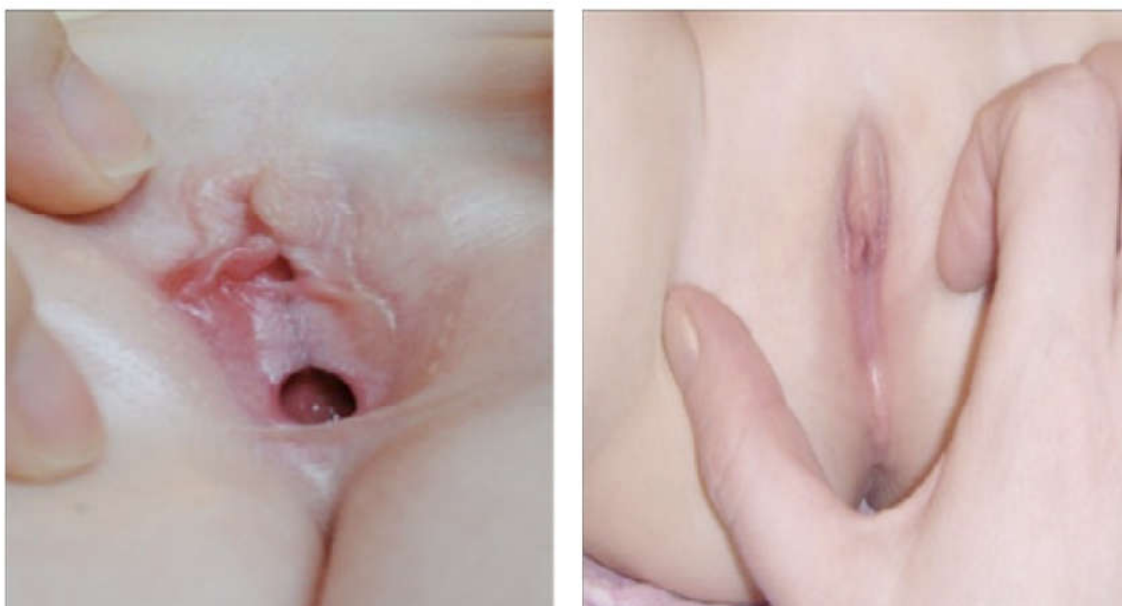


Рис. 6. Фото различных вариантов синехий малых половых губ у девочек

Диагностика вульвовагинитов

Детальный сбор анамнеза

- атопии и аллергические проявления у девочки (также и у родителей)
- гигиенические привычки
- физическая активность (плавание, езда на велосипеде, конный спорт)

- перенесенная мочевиная инфекция
- заболевания ЖКТ: гастроэнтериты
- энурез, энкопрез (недержание мочи и кала)
- перенесенные инфекционные заболевания
- лекарственная терапия (антибактериальная, кортикостероидная)

Диагноз может быть установлен на основании характерной клинической картины.

Алгоритм обследования

- полное клиническое обследование, включающее клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко;
- гинекологический осмотр;
- визуальная оценка выделений из половых путей;
- вагиноскопия;
- ректо-абдоминальное исследование;
- микроскопическое исследование влагалищного отделяемого;
- микробиологическое исследование отделяемого и влагалищного содержимого с определением чувствительности флоры к антибиотикам и бактериофагам;
- ПЦР-диагностика ИППП, желательно ПЦР исследование в режиме реального времени (PCR Real-time)
- исследование соскоба с перианальных складок для выявления энтеробиоза и кала для выявления яиц глистов;
- УЗИ органов малого таза.

Методика проведения основных диагностических манипуляций у девочек и их интерпретация для оценки особенностей микрофлоры влагалища:

1. Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого:

Забор осуществляется с помощью урогенитального зонда (рис.7 а) введенного за геминиальное отверстие и нанесение полученного материала на микроскопическое стекло (в количестве не менее 2 для микроскопии по Граму) для исследования.

2. Культуральное исследование отделяемого и влагалищного содержимого с определением чувствительности флоры к антибиотикам и бактериофагам:

Забор материала производится по методике п.1 с последующим помещением его в стерильную пробирку содержащую питательную среду (рис. 7б).

3. ПЦР исследование микробиоценоза урогенитального тракта в режиме реального времени:

- Клинический материал из влагалища получают с заднего или боковых сводов с помощью вагинального или уретрального зонда (Рис.7а) путем соскоба с поверхности эпителия. С последующим помещением материала в пробирку объемом 1,5 мл, содержащую в качестве транспортной среды 0,5 мл стерильного физиологического раствора (раствор натрия хлорида) (рис. 7в)

Клинические ситуации при которых забор материала невозможен:

- Ранее, чем через 24-48 часа после кольпоскопии (у девочек-подростков)
- Ранее, чем через 24 часа после УЗИ-исследования с помощью влагалищного датчика (у девочек живущих половой жизнью)
- Ранее, чем через 2 недели после применения лекарственных препаратов (пробиотики, эубиотики), содержащих микроорганизмы.

Клинические ситуации, при которых забор материала ограничен

- На фоне менструального кровотечения.
- Ранее, чем через 10 дней после применения антибактериальных препаратов или местных антисептических средств.

Материал для исследований

- Клиническим материалом для исследования по основным показаниям служит отделяемое заднего свода или боковых сводов влагалища, однако, при использовании технологии по дополнительным показаниям, по усмотрению врача, это может быть отделяемое цервикального канала и/или уретры.
- Решение о необходимости исследовать ту или иную локализацию (влагалище, уретра, цервикальный канал) для анализа урогенитальной микрофлоры принимает лечащий врач на основании совокупности жалоб пациентки и клинической картины заболевания.
- В день обследования девочки туалет наружных половых органов не противопоказан. Для получения объективного результата необходимо, чтобы исследуемый клинический материал содержал возможно большее количество эпителиальных клеток и минимальное количество слизи и примеси крови. Неправильный забор биоматериала может привести к невозможности получения достоверного результата и, вследствие этого, необходимости повторного его забора.
- Клинический материал берут на стекло (микроскопия), в стерильную пробирку с питательной средой (бак. посев) рис.7б, в пробирку объемом 1,5 мл, содержащую в качестве транспортной среды 0,5 мл стерильного физиологического раствора (раствор натрия хлорида) рис. 7в (ПЦР исследование).



Рис 7

- а. - урогенитальный зонд для забора мазков по Граму и ПЦР
б. - микробиологическая пробирка со стерильной средой для культурального исследования
в. - пробирка 1,5 мл, со стерильным физиологическим раствором

Особенности взятия клинического материала из влагалища

- Клинический материал должен быть получен ДО проведения мануального исследования.
- Перед манипуляцией гинекологическое зеркало можно смочить теплой водой, применение антисептиков для обработки зеркала противопоказано.
- У девочек (virgo) клинический материал получают со слизистой оболочки преддверия влагалища без использования гинекологического зеркала.
- Полученный клинический материал помещается в пробирку с транспортной средой (см. выше)

Особенности взятия клинического материала из уретры

- Клинический материал из уретры получают с помощью уретрального зонда рис.7а.
- Перед взятием клинического материала пациентке рекомендуется воздержаться от мочеиспускания в течение 1,5-2 часов.
- При наличии свободных уретральных выделений наружное отверстие уретры следует очистить с помощью ватного тампона.
- При отсутствии свободных выделений может быть проведен легкий массаж уретры.
- После введения инструмента в уретру на глубину 1 см необходимо продвигать его к наружному отверстию, слегка нажимая на заднюю и боковые стенки уретры (вращательные движения болезненны).

Особенности взятия клинического материала из цервикального канала для девочек, живущих половой жизнью

- Клинический материал цервикального канала получают после введения во влагалище гинекологического зеркала с помощью уретрального зонда.
- Перед взятием клинического материала необходимо тщательно обработать отверстие цервикального канала с помощью стерильного марлевого тампона и затем обработать шейку матки стерильным физиологическим раствором.
- После введения тампона (зонда) в шейный канал на 1,5 см его вращают несколько раз и извлекают. При извлечении тампона (зонда) необходимо полностью исключить его касание стенок влагалища.

Условия хранения и доставки материала

- Стекла и/или пробирки с полученным клиническим материалом должны быть промаркированы. В сопроводительном документе-направлении необходимо указать: фамилию, имя, отчество, возраст пациентки, клинический материал, предполагаемый диагноз, показания к обследованию, дату и время взятия пробы, наименование учреждения (подразделения), направляющего клинический материал (Приказ МЗ СССР №1030 от 04.10.80). Кроме того, следует указать день менструального цикла или причину отсутствия менструации (менопауза, аменорея и т.п.)
- Клинический материал доставляется в лабораторию лицами, получившими специальный инструктаж, с учетом правил транспортировки:
 - Для проведения прямой микроскопии нативных препаратов необходимо срочно (в течение нескольких минут) доставить материал в лабораторию при соблюдении температурных условий (20–37 °C).
 - Для исследования препаратов, окрашенных анилиновыми красителями, препарат необходимо высушить на воздухе и доставить в лабораторию в тот же день. В случае более длительного хранения препарат можно зафиксировать в пламени горелки (для окрашивания по Граму) или 96% спиртом (для окрашивания метиленовым синим). Фиксированные препараты можно хранить при комнатной температуре в течение нескольких дней.
 - Для культуральной диагностики бактериальных инфекций и кандидоза взятый материал доставляется в лабораторию в специальной транспортной среде как можно быстрее, не позднее 24 ч после взятия.
 - Для культуральной диагностики хламидийной инфекции до транспортировки материал следует сохранять в специальной транспортной среде в холодильнике при 4–6 °C и в течение 24 ч доставить в лабораторию, обложив пробу льдом. Исследование требует сохранения живых хламидий, и изменение температуры при транспортировке может быть решающими для получения достоверного результата.

- Для культуральной диагностики гонореи и трихомоноза образцы следует направлять в лабораторию как можно быстрее (сразу после посева на специальную среду). Материал необходимо транспортировать в лабораторию при температуре не ниже 18 °С (не охлаждать!). При нарушении правил транспортировки вероятность выделения гонококков и трихомонад резко снижается.
- Для ПЦР исследования микробиоты урогенитального тракта, если время транспортировки клинического материала от момента взятия до момента его доставки в лабораторию не более суток, то пробирку с клиническим материалом необходимо хранить и доставлять в лабораторию при температуре бытового холодильника (+4–10 °С), не замораживая. В случае невозможности доставки клинического образца в лабораторию в течение суток, допускается однократное замораживание и хранение образца клинического материала при -20°С до одного месяца.

Гигиенические мероприятия занимают важное место в лечении и профилактике вульвовагинитов у девочек и девушек.

ПРАВИЛА ИНТИМНОЙ ГИГИЕНЫ ДЕВОЧКИ

«Золотые правила гигиены»

1. Кожа промежности и наружные половые органы всегда должны быть чистыми. На них не должно оставаться остатков каловых масс, мочи и других выделений.
2. Принимать душ следует не реже 2-х раз в сутки и по мере необходимости.
3. Подмываться нужно проточной теплой водой, чистыми руками. Используя гель для интимной гигиены, который лучше покупать в аптеке.
4. Подмывать зону анального отверстия и наружные половые органы следует разными руками, предварительно вымытыми с мылом. Зону анального отверстия нужно подмывать, заведя руку назад движением спереди назад и вверх. Зону наружных половых органов – другой рукой сзади наперед и вверх, не касаясь зоны анального отверстия и тщательно вымывая складки между половыми губами и клитором. Водяная струя при мытье наружных половых органов должна быть направлена спереди назад, чтобы не занести во влагалище инфекцию из области заднего прохода. Не следует направлять сильную струю воды во влагалище.

Гигиена девочки от нескольких месяцев до 8 лет

Слизистая оболочка влагалища и его преддверия с самого рождения выделяет секрет, скапливающийся между большими и малыми половыми губами в виде маслянистого вещества белого цвета, с трудом поддающегося удалению. Кожные покровы наружных половых органов девочек до периода полового созревания отличаются повышенной ранимостью, так как состоят из меньшего числа слоев клеток. Поэтому, если выделения не удалить, то они могут вызвать раздражение кожи, зуд, а присоединение микроорганизмов может спровоцировать начало развития воспалительного процесса. Кроме того, попадание мочи и кала на нежную кожу промежности и половых органов в грудном возрасте могут спровоцировать у девочек развитие опрелости, дерматита и вторично - вульвовагинита.

Предотвратить появление этих проблем можно гигиеническими процедурами.

Новорожденным и девочкам грудного возраста подмывание наружных половых органов проточной водой без мыла и жидких гигиенических средств с последующим тщательным высушиванием следует производить при каждой смене подгузников. В случае накопления белого налета между большими и малыми половыми губами рекомендуется удалять его с помощью ватной палочки, смоченной любым маслом, предназначенным для младенцев, в том числе стерильным персиковым, подсолнечным, оливковым и др.

При купании девочки 1 раз в неделю половые органы можно вымыть средством для интимной гигиены не содержащим мыло, кислотно-щелочной баланс которого – нейтральный, содержащий комплекс микроэлементов: медь, цинк, марганец и компонент, подавляющий рост патогенной микрофлоры-BioEcolia (например, Мустела Стелатрия до периода полового созревания). Следует обратить внимание на то, что для детской интимной гигиены не в полной мере можно рекомендовать средства, разработанные для интимной гигиены взрослых женщин.

Очень полезны воздушные кожные ванны после подмывания. Девочку выкладывают на спинку с разведенными ножками без подгузника на 10-15 минут. После воздушной ванны кожные складки и половые губы обычно смазывают кремом под подгузник, содержащим 10% оксида цинка, витамины B5, F, масло ши (карите) и компоненты, ограничивающие рост микроорганизмов.

В возрасте от 1 до 8 лет

Соблюдение чистоплотности и гигиенических навыков является основой профилактики неспецифических вульвовагинитов, частота которых составляет от 60% до 70% от общего числа гинекологических заболеваний в периоде детства.

Подмывать наружные половые органы девочки следует под струей воды, 2-3 раза в день без мыла и без добавления любых дезинфицирующих средств (марганцовокислого калия, растительных отваров, химических антисептиков). Например, утром после ночного сна, днем и вечером перед сном. Подмывать ребенка, посадив ее в таз или ванну, нежелательно. Однако при купании девочки 1 раз в неделю половые органы обязательно нужно вымыть с детским мылом или средством для интимной гигиены.

После 5 лет жизни девочка в состоянии выполнять гигиенические мероприятия самостоятельно, под контролем мамы, бабушки или няни.

Важным гигиеническим навыком является приучение девочки к обязательному подмыванию области заднего прохода после каждого акта дефекации с моющим средством.

Желательно, чтобы нижнее белье девочки было из хлопчатобумажного материала. При стирке предпочтительно использовать средства, рекомендованные для детского белья. Следует тщательно выполаскивать из белья остатки моющих средств или отбеливателей. Перед использованием нижнее белье следует тщательно прогладить горячим утюгом.

С появлением первых менструаций

Ношение правильного нательного белья занимает особую роль в поддержании здоровья наружных половых органов. Данный вопрос особенно актуален среди подростков, предпочитающих не классическое нижнее бельё, а так называемые «стринги» (трусы, задняя панель которых выполнена в виде шнурка или узенькой полоски ткани)

По мнению многих специалистов покроя данного белья крайне негативно отражается на состоянии наружных половых органов. Способствуя развитию дрожжевых и неспецифических инфекций как влагалища так и мочевых путей. А наличие синтетических тканей

в составе, способствует удержанию влаги и поддерживает жизнеспособность патогенных микроорганизмов. Специфическая форма таких трусов, в виде тонкой полоски, увеличивает риск попадания кишечной флоры во влагалище. Кроме того приводя к частым раздражениям и травмированию нежной кожи наружных половых органов. В связи с вышеуказанными фактами ношение трусов-«стрингов» у девочек-подростков противопоказано.

В период менструаций гигиенические мероприятия должны быть особенно тщательными. Подмываться и менять прокладки желательно 3-4 раза в сутки. Спринцевания (промывания) влагалища противопоказаны.

Лечение

Очень важны личная гигиена девочки и гигиена в семье, а также своевременное и полноценное лечение воспалительных заболеваний половых органов у супругов. Все это является действенной мерой, позволяющей сохранить здоровье детей.

Лечение вульвовагинитов комплексное и включает в различных комбинациях следующие компоненты:

- туалет наружных половых органов;
- инстилляция влагалища растворами антисептиков;
- аппликации лекарственных веществ с анестезирующим, вяжущим, десенсибилизирующим и/или другим действием на наружные половые органы;
- антибактериальную терапию (с учетом данных чувствительности);
- применение противогрибковых ЛС;
- назначение антигистаминных ЛС;
- применение поливитаминных комплексов;
- назначение иммуномодуляторов;
- применение ЛС, восстанавливающих нормофлору;
- назначение адаптогенов.

Как правило, лечение проводят в амбулаторных условиях. Показания к стационарному лечению:

- отсутствие эффекта от лечения в амбулаторно-поликлинических условиях;
- подозрение на инородное тело влагалища или органическую патологию внутренних половых органов.

Лечение зависит от причины возникновения вульвовагинита.

Острый бактериальный неспецифический вульвовагинит

Лечение при неспецифическом бактериальном вульвовагините необходимо начинать с ликвидации основного очага инфекции (хронические заболевания ротоглотки и носоглотки, пиелонефрит, гельминтоз, кариозные зубы и т.д.).

Лечение включает местные и общие мероприятия.

Местное лечение – санация влагалища растворами антисептиков: октенисепт (хлоргексидин), мирамистин (Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний), колларгол по катетеру. Палочки с антибиотиками во влагалище (антибиотик с учетом выявленного патогенного микробного агента или их ассоциации), «Гексикон-Д» (хлоргексидин 8 мг), который применяется в детской гинекологии у девочек с 6 месяцев и до наступления менархе по 1 вагинальной свече 2 раза в сутки 10 дней. «Гексикон-Д» имеет форму суппозитория, удобных для введения во влагалище, легко формируется под рукой – свечу можно сформировать так, чтобы она соответствовала диаметру отверстия в девственной плеве. Важ-

ным свойством препарата «Гексикон-Д» является отсутствие отрицательного влияния на функциональную активность лактобацилл влагалищного биотопа. Мазевые аппликации на наружные половые органы с анестезирующими, вяжущими и десенсибилизирующими веществами.

Общее лечение включает санацию очагов хронической инфекции (ЛОР-органов, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы), лечение заболеваний кожи, закаливающие мероприятия. Обучение правилам личной гигиены.

Антибактериальная терапия назначается только при отсутствии эффекта от проводимой терапии и выбор препарата определяется чувствительностью микрофлоры.

В комплексе с антибиотикотерапией обязательно назначение антимикотических препаратов (флуконазол для детей в возрасте до 12 лет - 3-12 мг/кг в сутки, для детей старше 12 лет по 50-150мг однократно или по 50 мг/сут - 3 дня. Возможно применение натамицина (пимафуцин) по 1 таблетке 4 раза в сутки в течение 5-10 дней или итраконазола (орунгал) в дозе 200мг в сутки в течение 3 дней или кетоконазола (низорал, таблетки) не более 400мг в сутки- 5 дней). Кетоконазол можно применять также в виде вагинальных свечей (ливарол) в дозе 400 мг (1 свеча) в сутки в течение 5 дней у девочек с 12 лет. Также показаны антигистаминные препараты (Хлоропирамин до 1 года по 6,25 мг, от 1 до 6 лет по 8,3 мг, от 6 до 14 лет – 12,5 мг 2-3 раза сутки, или Лоратадин от 2 до 12 лет 5 мг или 5 мл сиропа в сутки, или Цетиризин от 6 мес. до 6 лет – 5мг или 5 мл раствора в сутки); эубиотиков или пробиотиков (могут быть использованы линекс, бифиформ(бифидобактерии лонгум + Энтерококкус фэциум), бифилонг (бифидобактерии бифидум + Бифидобактерии лонгум), аципол (Лактобактерии ацидофильные + Грибки кефирные). Вагилак (капсулы для приема внутрь) - источник пробиотических лактобактерий. Девочкам старше 10 лет и женщинам для восстановления и поддержания нормальной микрофлоры во влагалище рекомендуется принимать по 1 капсуле в день во время еды, запивая водой. Продолжительность приема 2-6 недель.

Вульвовагинит при глистной инвазии

Пирантел (3 таблетки) на курс лечения, или мебендазол (вермокс) 100 мг (3 таблетки) на курс, или левамизол (декарис) 50мг (1 таблетка) однократно.

В отделении НЦ АГ и П применяется следующая схема:

Декарис -1,25 мг/кг однократно на ночь, затем вермокс по 1 таблетке 2 раза в течение 3 дней, затем через 2 недели вермокс по 1 таблетке 2 раза в течение 3 дней.

Атопический вульвовагинит. У детей целесообразно применение антигистаминных препаратов второго поколения. Курс лечения до 2-х недель, а также рекомендуется использование специализированных средств для ухода при атопическом дерматите (например, крем для мытья Мустела Стелатопия). При раздражении местно применяются специальные средства для гигиены до периода полового созревания (Стелатрия).

Антигистаминные препараты. Хлоропирамин (супрастин) до 1 года по 6,25 мг, от 1 до 6 лет по 8,3 мг, от 6 до 14 лет – 12,5 мг 2-3 раза сутки, или Лоратадин от 2 до 12 лет 5 мг или 5 мл сиропа в сутки, или Цетиризин (зиртек) от 6 мес. до 6 лет – 5 мг или 5 мл раствора в сутки.

Следует проводить лечение дисбактериоза кишечника, усиливающего проявления аллергии в связи с усилением всасывания аллергенов воспаленной слизистой оболочкой кишечника, нарушением превращения продуктов, повышенным образованием гистамина из гистидина пищевого субстрата под действием условно-патогенной флоры и т.д.

При возникновении осложнения в виде пиодермии – антибактериальная терапия. Выбор препарата определяется чувствительностью микрофлоры.

В хронической стадии заболевания местное лечение проводят с использованием средств, улучшающих метаболизм и микроциркуляцию в очагах поражения (1% раствор танина, траумель С, целестодерм 0,1% мазь, крем 1–2 раза в сутки), эпителизирующих и керато-пластических средств (актовегин 5% мазь, солкосерил, бепантен, мази с витамином А и Е), метилурацил – 5% мазь. Эпиген-интим спрей по 2 впрыскивания на область пораженных участков 2–3 раза. Курс лечения - 6 дней.

Для нормализации микрофлоры кишечника после приема антибиотиков могут быть использованы линекс, бифиформ (бифидобактерии лонгум + Энтерококкус фэциум), бифилонг (бифидобактерии бифидум + Бифидобактерии лонгум), аципол (Лактобактерии ацидофильные+Грибки кефирные). Вагилак (капсулы для приема внутрь) – источник пробиотических лактобактерий. Девочкам старше 10 лет и женщинам для восстановления и поддержания нормальной микрофлоры во влагалище рекомендуется принимать по 1 капсуле в день во время еды, запивая водой. Продолжительность приема 2–6 недель.

Иммуномодулирующая терапия:

Для коррекции иммунных нарушений применяют кипферон или виферон-1, галавит (аминодигидрофталазиндион натрия) по одной свече 2 раз/сут ректально или интравагинально, курс 20 дней.

Местная терапия. Местное лечение–промывание влагалища растворами антисептиков: диоксидин (Гидроксиметилхиноксалиндиоксид), мирамистин (Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний), колларгол по катетеру. Палочки с антибиотиками во влагалище (антибиотик с учетом выявленного патогенного микробного агента или их ассоциации), гексикон Д – (хлоргексидин 8 мг) по 1 вагинальной свече 2 раза в сутки 10 дней, мазевые аппликации на наружные половые органы с анестезирующими, вяжущими и десенсибилизирующими веществами.

Бактериальный вагиноз. Доза и длительность лечения подбирается с учетом возраста и массы тела ребёнка. Метронидазол (трихопол, флагил) по 250 мг 2 раза в сутки внутрь и по 500мг в сутки интравагинально 5-7 дней или клиндамицин (клиндацин или далацин) 2% крем по 5мг интравагинально 3-6 дней. Гексикон Д – (хлоргексидин 8мг) по 1 вагинальной свече 2 раза в сутки 10 дней. Нистатин 250000 ЕД 4 раза в сутки внутрь (с целью профилактики кандидоза кишечника) или Флуконазол (дифлюкан, микосист) 3-12 мг/кг в сутки внутрь, для детей старше 12 лет по 50-150мг однократно (с целью профилактики кандидоза влагалища) во 2-й и последний день приема метронидазола или клиндамицина. Возможно применение пимафуцина по 1 таблетке 4 раза в сутки 5-10 дней или итраконазола (орунгал) в дозе 200мг в сутки 3 дня.

Сращение малых половых губ. Крем с эстриолом (Овестин) 1 раз на ночь в течение 2-3 недель. Крем «Контрактубекс» - Аллантоин + Гепарин натрия + Лука репчатого лука экстракты, мазь «Адвантан»- Метилпреднизолона ацепонат (при сопутствующих проявлениях атопического вульвита) максимум в течение 2 недель.

При выраженных сращениях или неэффективности консервативного лечения показано хирургическое лечение.

Микотический вульвовагинит. Продолжительность лечения зависит от клинического эффекта. Флуконазол для детей в возрасте до 12 лет- 3-12мг/кг в сутки, для детей старше 12 лет по 50-150мг однократно или по 50 мг/сут -3 дня. Возможно применение натамицина

(пимафуцин) по 1 таблетке 4 раза в сутки в течение 5-10 дней или итроконазола (орунгал) в дозе 200мг в сутки в течение 3 дней или кетоконазола(низорал) не более 400мг в сутки- 5 дней.

Кетоконазол можно применять также в виде вагинальных свечей (ливарол) в дозе 400 мг (1 свеча) в сутки в течение 5 дней у девочек с 12 лет.

Комбинированный антибактериальный препарат: Полижинакс вирго в виде эмульсии для интравагинального введения в капсулах, по 1 дозе на ночь. Курс лечения - 6 дней.

При хроническом рецидивирующем и системном кандидозе применяют комбинацию пероральной терапии с интравагинальными антимикотическими средствами: клотримазол по 1 свече во влагалище 7 дней или гинофорт(бутоконазол) 1 доза в сутки однократно или пимафуцин (натамицин) по 1 свече на ночь 6 дней или эконазол (гинопеварил) по 1 свече (50 или 150 мг) 3 дня или Залаин (сетраконазол) 1 свеча на ночь (300мг) однократно. Для достижения полного выздоровления проводят, как правило, два курса с 7-дневным интервалом.

Показано также применение свечей Ливарол (кетоконазол 400мг). При хроническом рецидивирующем кандидозе по 1 свече в сутки 10 дней (в 2 раза дольше чем при остром течении) у девочек с 12 лет. Ливарол активен также в отношении стафилококков и стрептококков.

В лечении инфекционно-микотических вульвовагинитов применяют комбинированный препарат тержинал или макмирор комплекс (нистатин-нифурател), или полижинакс. Препараты применяют однократно интравагинально на ночь 10 дней.

Вульвовагинит гонорейный.

Лечение данного вида вульвовагинита должен проводить дерматовенеролог.

Антибиотики выбора – препараты группы пенициллина (бензилпенициллин, ампициллин, ампиокс, оксациллин). Также возможно применение макролидов, аминогликозидов, тетрациклинов.

Выбор антибиотика зависит от особенностей региональной чувствительности микроорганизма.

Сульфаниламидные препараты назначают при непереносимости или неэффективности антибиотиков из расчета 25мг/кг в первый день приема и по 12,5мг/кг в последующие дни, курс лечения 5-7 дней.

Иммунотерапию применяют при «свежей» торпидной, хронической форме гонореи, при рецидивах заболевания, а также при неэффективности антибактериальной терапии. Детям до 3 лет иммунотерапию гоновакциной не проводят.

Вульвовагинит трихомонадный

Современные методы лечения урогенитального трихомониаза основаны на использовании противопротоzoйных средств общего и местного действия. При обнаружении у больной микст-инфекции следует начинать с лечения трихомониаза.

Метронидазол (трихопол или флагил) в таблетках по 0,25г. (с 5 до 10 лет - по 1/2 таблетки 2 раза в сутки, с 11-15 лет по 1 таблетке 2 раза в сутки на курс лечения 5-7 дней) или Тибетрал (орнидазол) по 0,5 г. по 25 мг/кг массы тела однократно, после еды.

Применение противопротоzoйных средств необходимо сочетать с использованием препаратов, воздействующих на неспецифическую реактивность организма, местно с при-

менением растворов для вагинальных орошений: октенисепт, мирамистин.

Местнодействующие препараты: Тержинан по 1 вагинальной свече 1 раз в сутки 6 дней, или Метронидазол (флагил или трихопол) 500 мг по 1 вагинальной свече 1 раз в сутки в течение 5-10 дней.

При длительном рецидивирующем трихомониазе целесообразно использовать вакцино-терапию: солкотриховак- 0,5 мл. в/м 3 инъекции с интервалом в 2 недели, затем через год 0,5 мл в/м однократно.

Критериями излеченности считают отсутствие клинических проявлений и отрицательные результаты микроскопического и культурального исследований, осуществляемые через 7-10 дней после окончания лечения.

Вульвовагинит хламидийный и микоплазменный

Лечение урогенитального хламидиоза должно быть комплексным, с использованием антибактериальных, антимикотических средств, интерферонов, иммунокорректоров в соответствии с выявленной иммунной патологией.

Антибиотики: азитромицин (сумамед) детям с массой тела до 50кг – 20мг/кг в первый день приема и по 10 мг/кг в сутки на 2 – 5 дни терапии, девочкам с массой тела более 50 кг – в первый день 1,0 г, со 2 по 5 день по 0,5 г в сутки или рокситромицин (рулид) для детей в возрасте до 12 лет - 5-8 мг/кг в сутки, для детей старше 12 лет по 150 мг в 2 приема 7-12 дней или кларитромицин (клацид) для детей в возрасте до 12 лет - 7,5 мг/кг, для детей старше 12 лет – 125-250 мг 2 раза в сутки 7-12 дней или джозамицин (вильпрафен) для девочек в возрасте от 3 месяцев до 1 года – по 7,5-15мл/сут суспензии для приема внутрь, в возрасте 1-6 лет – по 15-30 мл/сут, в возрасте 6-14 лет – по 30-45мл/сут, детям старше 14 лет – по 1-2 г или 30-50 мг/кг в сутки 7-14 дней или мидекамицин (макропен) детям в возрасте до 12 лет – по 20-40 мг/кг 2 раза в сутки, детямстарше 12 лет – по 400 мг 3 раза в сутки 7-14 дней или доксициклин только у детей в возрасте старше 8 лет. Для девочек с 8 до 12 лет – 4мг/кг в первый день, по 2мг/кг 2 раза в сутки 2-7 дней, для девочек в возрас-тестарше 12 лет 200мг внутрь в первый прием, затем 100мг 2 раза в сутки 2-7 дней.

Во избежании развития кандидоза применяют антимикотические средства. Для коррекции иммунных нарушений применяют иммуномодулирующие средства. Для нормализации микрофлоры кишечника после приема антибиотиков применяют пробиотики и эубиотики (см. схему лечения вагинального кандидоза и атопического вульвовагинита).

Системная энзимотерапия: вобэнзим для детей до 1 года – по 1 драже на 6 кг массы тела в сутки. У девочек старше 12 лет – по 3 драже 3 раза в сутки.

Вульвовагинит при герпесвирусной инфекции

Системная терапия: Ацикловир по 200 мг 5 раз в день 5 дней, или Валацикловир (валтрекс) по 500 мг 2 раза в день 5 дней. Местная терапия: Ацикловир (зовиракс, гевизош) на поражённые участки 5 раз в сутки каждые 4 часа 5-10 дней.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов:

I. При кровяных выделениях из половых путей у девочек в возрасте до 9 лет необходимы:

- А. гормональный гемостаз;
- Б. наблюдение;
- В. назначение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;
- Г. исключение локальной «органической» причины кровотечения;
- Д. хирургический гемостаз.

Правильный ответ Г.

II. Характерными клиническими проявлениями неспецифического вульвовагинита следует считать ниже перечисленные признаки, кроме:

- А. белей;
- Б. зуда промежности и влагалища;
- В. диспареунии;
- Г. ациклических кровяных выделений;
- Д. все указанные симптомы могут иметь девочки с вульвовагинитом.

Правильный ответ Д.

III. Назовите основной клинический симптом неспецифического анаэробного вульвовагинита у детей:

- А. зуд наружных половых органов и промежности;
- Б. диспареуния;
- В. обильные бели с неприятным запахом;
- Г. дизурия;
- Д. тазовая боль.

Правильный ответ В.

IV. Обильные гнойные выделения с примесью крови из влагалища у 5 летнего ребенка характерны для:

- А. инородного тела во влагалище;
- Б. для хламидийного вульвовагинита;
- В. преждевременного полового созревания;
- Г. аномалии развития внутренних половых органов;
- Д. криптогенного пельвиоперитонита.

Правильный ответ А.

V. Симптомы атопического дерматита в области наружных половых органов:

- А. кровяные выделения из половых путей;
- Б. гнойные выделения из половых путей;
- В. гиперемия и расчесы кожных покровов наружных половых органов;
- Г. выделения с неприятным «рыбьим» запахом;
- Д. наличие энтеробиоза в анамнезе;

Правильный ответ В.

VI. Причины вульвовагинита у девочек в возрасте до 8 лет:

- А. наличие в анамнезе частых инфекционных заболеваний;
- Б. отсутствие эстрогенного влияния на влагалищный эпителий;
- В. нарушение кислотно-щелочного баланса влагалища;
- Г. нарушение гигиены наружных половых органов девочки;
- Д. все перечисленные выше;

Правильный ответ Д.

VII. У больных с острым вульвитом неспецифической этиологии отмечаются следующие типичные жалобы

- 1) жжение в области вульвы при мочеиспускании;
- 2) наличие гнойного отделяемого с поверхности вульвы;
- 3) повышение температуры тела до 39-40 °С;
- 4) наличие тошноты и рвоты;

А. верно 1,2,3;

Б. верно 1,2;

В. все перечисленные;

Г. верно 4;

Д. ничего из перечисленного;

Правильный ответ Б.

VIII. При хроническом вульвите неспецифической этиологии имеются следующие клинические проявления:

- 1) слизистая оболочка вульвы гиперемирована с инъецированными сосудами;
- 2) на поверхности вульвы имеются микротрещины и липкие выделения в области больших половых губ всегда бывают множественные изъязвления различной величины;

- З) всегда имеется киста бартолиновой железы;
А. верно 1,2,3;
Б. верно 1,2;
В. все перечисленные;
Г. верно 4;
Д. ничего из перечисленного;
Правильный ответ Б.

IX При урогенитальном трихомонозе поражается в основном:

- 1) влагалище;
2) уретра;
3) цервикальный канал;
4) мочевого пузыря;
А. верно 1,2,3;
Б. верно 1,2;
В. все перечисленное;
Г. верно 4;
Д. ничего из перечисленного;
Правильный ответ Б.

X Кровяные выделения из половых путей девочки в периоде детства (в возрасте до 8 лет) в основном обусловлены:

- А. наличием инородного тела во влагалище;
Б. опухолью влагалища;
В. кандидозом;
Г. травмой половых органов;
Д. верно все перечисленное;
Правильный ответ Д.

XI К особенностям течения воспалительных заболеваний вульвы и влагалища у детей и подростков относится:

- А. увеличения числа больных в возрасте до 18 лет и старше 55 лет;
Б. возрастания числа tuboовариальных образований;
В. отсутствия у большинства больных четко выраженной клинической картины заболевания;
Г. значительно более частого выявления параметрита;
Д. склонности воспалительных заболеваний к длительному хроническому течению с частыми обострениями;
Правильный ответ Д.

Рекомендуемая литература:

1. Д. Абек, В. Бургдорф., Болезни кожи у детей М. Медицинская литература стр. 16-24; 2007
2. А.С. Анкирская, В.В. Муравьева., Инфекции влагалища: диагностика Лабораторная диагностика оппортунистических инфекций влагалища //Consilium Medicum/ Том 07/N 3/2005
3. С. В. Ананина, Клинические особенности неспецифических вульвовагинитов у девочек и девушек в современных условиях: дис...2003
4. И.И. Баранов Экология влагалища и воспалительные заболевания половых органов//Гинекология /Том 12/ №3/2010
5. Е.А. Богданова Гинекология детей и подростков. М., 2000.
6. Е. В. Гриневич Характеристика микробиоценозов влагалища, кишечника и мочевыводящих путей при вульвовагинитах у девочек раннего возраста в зависимости от различных факторов риска. дис...2005
7. В.И. Кисина Микробоценоз влагалища в норме и при вагинальных инфекциях: методы его коррекции// Consilium Medicum Том 04/N 7/2002
8. В.Ф. Коколина Диагностика и лечение урогенитальных инфекций у детей и подростков: пособие для врачей. Москва, 2010
9. В.Ф. Коколина Детская и подростковая гинекология. М., 2001
10. М. В. Локун Особенности регуляции микрoэкологических нарушений у девочек с неспецифическими вульвовагинитами. дис...2005
11. Лекарственные препараты в России: Справочник Видаль. М.: Астра Фарм Сервис, 2003.

12. Т.Г. Маланичева, Д.В. Саломыков, Н.И. Глушко Диагностика и лечение атопического дерматита у детей осложненного микотической инфекцией, // Российский аллергологический журнал №2/ 2004/Стр. 90-93
13. И.О.Малова Влагалищные выделения у девочек: этиология, клиника, диагностика, лечение// Педиатрия Том 07/N 2/2005
14. Г.М. Миннигулова Медико-социальные аспекты возникновения синехий вульвы у девочек «нейтрального» периода дисс... Самара, 2009г.
15. О.А. Пересада, О.Л. Кудина, Т.И. Тимошенко Влияние микрофлоры матери на формирование микробиоценоза влагалища девочки БелМАПО. Опубликовано: «Медицинская панорама» № 1, январь 2002
16. М. Р. Рахматулина Вульвовагиниты у девочек до 12 лет: этиология, клиника, диагностика. дис...2004
17. Ф.Ш. Султанова Состояние влагалища и шейки матки у девочек допубертатного возраста с различным уровнем стероидных гормонов: Автореф. дис.... к.м.н. М., 2003.
18. Т. Ю. Трчук Особенности формирования биоценоза влагалища новорожденных и его роль в снижении детской гинекологической заболеваемости. дис...1999
19. Е.В. Уварова Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей. М. Издательство «Литтера» 2009.- С. 79-96
20. Е.В.Уварова Современные лечебно-диагностические технологии в детской гинекологии//Гинекология Том 9 №5 стр16/2007
21. Е.В. Уварова, Кандидный вульвовагинит в практике детского гинеколога.// Русский медицинский журнал, 2002, том 10, № 18, с.798-802.
22. Е.В. Уварова, Н.Х. Латыпова, З.А. Плиева Результаты применения Лактогина для устранения дисбиотических состояний кишечника и влагалища у девочек с хроническим вульвовагинитом //Репродуктивное здоровье детей и подростков/2008,№4 с 71-82
23. Е.В. Уварова, Ф.Ш.Султанова Неспецифические вагиниты у детей и подростков Недетские детские проблемы// Consilium Provisorum Том 03/N 5/2003
24. Gordana Randjelović, Branislava Kocić, Miloš Stojanović, Milena Mišić, Vesna Mladenović Bacteriological findings of the vulvar swab specimens from girls with vulvovaginitis //FACTA UNIVERSITATIS Series: Medicine and Biology //Vol.12, No 3, 2005, pp. 159 – 163
25. Nadham K Mahdi, MSc, Ph.D Maysoon Sharief, Vulvovaginitis Among Female Children //Bahrain Medical Bulletin //Vol.23, No.4, December 2001
26. AK Myhre,LS Bevanger, K Berntzen Anogenital bacteriology in non-abuse preschool children: a descriptive study of the aerobic genital flora and the isolation of anogenital Gardnerella vaginalis// Acta Paediatr. //91: 885-891 2002
27. Juan Cuadros Ana Mazon Rociro Martinez et al. The aetiology of paediatric inflammatory vulvovaginitis //Eur J Pediatr //(2004) 163: 105–107
28. T Stricker, F Navratil, F H Sennhauser Vulvovaginitis in prepubertal girls //Arch Dis Child //2003;88:324–326
29. Faye Kokotos and Henry M. Adam Vulvovaginitis; //Pediatr. Rev. //2006 ;27;116-117
30. Metella Dei, MD, Floriana Di Maggio, et al. Vulvovaginitis in childhood //Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology //24 (2010) 129–137
31. Manohara Joishy, Chetan Sandeep Ashtekar, Arpana Jain, Rohini Gonsalves Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls?//BMG// vol 330,2005 186-188
32. Itzhak Brook, MD, MSc Microbiology and Management of Polymicrobial Female Genital Tract Infections in Adolescents// J Pediatr Adolesc Gynecol //(2002) 15:217-226
33. Orga PL,Welliver RC Sr. Effects of early environment on mucosal immunologic homeostasis, subsequent immune responses and disease outcome.In: Barker DJP,Bergmann RL, Orga PL,edc. The window of Opportunity: Pre-Pregnancy to 24 Months of Age. Vol 61. Basel,Switzerland: Karger; 2008:145-181.

