

Е.Н. Кириллова, С.А. Павлюкова, Н.С. Акулич

Вульвовагинит у детей в практике гинеколога

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В настоящее время сохраняется большая частота обращаемости к гинекологам детей с воспалительными заболеваниями половых органов, что обусловлено особенностями репродуктивной и иммунологической систем в детском возрасте. Однако в гинекологической практике часто не учитываются возрастные особенности течения вульвовагинитов, что приводит к ошибкам в диагностике и тактике лечения.

В статье представлены современные данные об этиологии, классификации, необходимом объеме обследования и лечения вульвовагинитов в нейтральном периоде. Особое внимание уделено этапности проведения диагностических и лечебных мероприятий.

Ключевые слова: вульвовагинит, нейтральный период.

В современных условиях детской и подростковой гинекологии уделяется все больше внимания, что связано с надеждой на улучшение качества здоровья подрастающего поколения и демографической политикой нашего государства.

Вклад воспалительных заболеваний в нозологическую структуру гинекологической патологии детей является наиболее значимым, а вульвовагинит наиболее частой причиной обращаемости к гинекологу в детском возрасте.

Нейтральный период характеризуется низкой секрецией гонадотропинов и яичниковых гормонов (эстрогенов и прогестерона). В младшем возрасте может отмечаться уретрально-вагинальный рефлюкс, аномалии строения наружных половых органов. Кроме того, особенности иммунной системы ребенка таковы, что чем меньше возраст, тем чаще встречается генерализованный ответ на любой воспалительный процесс, т.е. при поражении любой части интегральной иммунной системы (мочевого тракта, кишечника, бронхиального дерева) могут возникать микробиологические сдвиги в других сегментах (половой тракт). Это создает определенные условия и для хронизации вульвовагинитов, частота которой, по данным некоторых исследований, составляет 40% [1, 3, 4].

В последние годы существенно расширились диагностические возможности воспалительных процессов. Однако в детской гинекологии это скорее создает определенные трудности, так как до сих пор полностью не сформировано представление о нормальном микробиоценозе влагалища и его динамике в период детства. Для детей нейтрального периода щелочные показатели pH влагалища являются нормой, а спектры возбудителей при вульвовагините и в условиях отсутствия воспаления почти не различаются (таблица 1). Палочки Дедерлейна начинают постоянно обнаруживаться после 10 летнего возраста.

Таблица 1 – Компоненты нормальной микрофлоры влагалища и основные возбудители вульвовагинита у девочек в периоде детства [7].

Нормальная микрофлора влагалища	Микрофлора, определяемая у девочек с вульвовагинитом
---------------------------------	--

<b>Анаэробы Грам положительные:</b>	<b>Патогены:</b>
Actinomyces	Streptococcus pyogenes
Bifidobacteria	Haemophilus influenza
Peptococcus	Enterobius vermicularis
Peptostreptococcus	Candida albicans,
Propionibacterium	Candida glabrata
<b>Анаэробы Грам отрицательные:</b>	Yersinia enterocolitica
Veillonella	Shigella flexneri
Bacterioides	<b>Оппортунистические патогенны:</b>
Fusobacteria	Staphylococcus aureus
Gram negative cocci	Streptococcus agalactiae
<b>Аэробы Грам положительные:</b>	Streptococcus viridians
Staphylococcus aureus	Escherichia coli
Streptococcus viridans	Enterococcus faecalis
Enterococcus faecalis	Proteus mirabilis
Corynebacterium или	Pseudomonas aeruginosa
Diphtheroides	Corynebacterium

Существует несколько классификаций воспалительных процессов вульвы и влагалища в детском возрасте. И так как изолированное поражение вульвы (вульвит) или влагалища (вагинит) встречается редко, речь обычно идет о вульвовагините, чаще неспецифической этиологии.

В МКБ-10 выделяются следующие рубрики: N76.0 – острый вагинит (вульвовагинит); N76.1 – подострый и хронический вагинит (вульвовагинит); N76.2 – острый вульвит, вульвовагинит; N76.3 – подострый и хронический вульвит. Как острое состояние определяется

при длительности течения до 1 месяца, подострое - от 1 месяца до 3-х, хроническое - более 3-х. В зарубежной литературе чаще обсуждается рецидивирующий характер патологии, а не хроническое течение.

Для практической гинекологии, с нашей точки зрения, наиболее удобной является классификация, предложенная В.Ф. Коколиной, которая выделяет инфекционные (специфические и неспецифические) и первично-неинфекционные воспалительные поражения, связанные с инородным телом влагалища, глистной инвазией, мастурбацией, травмой, нарушением обмена веществ, дисметаболической нефропатией, аллергическими заболеваниями, дисбактериозом кишечника, острыми детскими инфекциями, эндоинтоксикацией [2]. Эта классификация позволяет учитывать частую вовлеченность в патологический процесс смежных органов (мочевыводящих путей, кишечника), что нередко встречается в детском возрасте. В нашей клинической практике, как и в России, к специфическим относят только вульвовагиниты, вызванные инфекциями, передаваемыми половым путем, в то время как зарубежные исследователи к категории специфических относят вульвовагиниты, вызванные возбудителями инфекционной патологии респираторного и кишечного тракта (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Shigella*, *Moraxella catarrhalis*, *Yersinia enterocolitica*).

Основными жалобами при обращении являются покраснение вульвы различной степени выраженности, дискомфорт или боли в области промежности, нередко дизурические явления, которые сопровождаются мочевым синдромом (бактериурией, лейкоцитурией). При осмотре определяется отек, гиперпигментация, патологические бели, нередко с ихорозным запахом. При выраженном процессе может отмечаться выделение алой или «старой» крови, нарушение общего самочувствия. Врачам, осуществляющим детский прием, необходимо помнить, что в детском возрасте может отмечаться усиление выделений из половых путей при прекращении

естественного вскармливания, приближении менархе, повышенной массе тела, а также в случае преждевременного полового созревания.

Диагностические процедуры, кроме осмотра наружных половых органов, должны включать микроскопию влагалищного отделяемого, бактериологический посев отделяемого из влагалища (по показаниям), вагиноскопию (при подозрении на наличие инородного тела), общий анализ крови, мочи и анализ кала на гельминты. При необходимости должны быть выполнены консультации смежных специалистов: педиатров, аллергологов, дерматологов. Среди специалистов, занимающихся детской гинекологией, до сих пор существуют определенные разногласия по поводу объема обязательного обследования. Мы согласны с точкой зрения, что первоначально достаточно выполнить только микроскопическое исследование, которое позволяет установить уровень лейкоцитоза и выявить такие специфические инфекции, как гонорея, кандидоз, трихомониаз, а культуральное исследование выполнять, если назначенное лечение не эффективно или имеется рецидив воспалительного процесса. Посев отделяемого содержимого влагалища позволит выявить доминирующий бактериальный агент и определит коррекцию лечения [4, 5].

Лечение неспецифического вульвовагинита у детей должно быть комплексным и включать несколько этапов, имеющих разные задачи. Цель первого этапа – обязательная санация очагов экстрагенитальной инфекции, с включением при необходимости препаратов для иммунокоррекции (виферон, кипферон) и десенсибилизации (супрастин – до 12 месяцев – 1/4 таблетки, до 6 лет – 1/3 таблетки 3 раза в сутки, до 12 лет – 1/2 таблетки 3 раза в сутки, тавегил – с 6 лет по 1/2 таблетки 2 раза в сутки). Цель второго этапа – проведение этиотропной антибактериальной терапии (с учетом чувствительности микрофлоры) с использованием местных или системных препаратов в зависимости от клинической ситуации. В отечественной литературе нет четких показаний к проведению системной антибактериальной терапии. Обязательное её назначение необходимо в случае выявления специфической инфекции, а

также в случае тяжелого течения воспалительного процесса, о чем могут свидетельствовать гнойные и фибриновые выделения из влагалища (амоксициллин – 20-40 мг/кг/сутки; оксациллин до 6 лет 2 г/сут, после 6 лет – 4 г/сут; юнидокс с 8 лет, с массой не менее 50 кг в 1-й день – 4 мг/кг/сут, в последующие 7 дней по 2 мг/кг/сут). Следует помнить, что ряд антибактериальных препаратов имеет ограничения при использовании в детской практике, кроме того, должен учитываться вес ребенка, наличие экстрагенитальной патологии и выраженность клинической картины. Так тетрациклины не используют у детей до 8 лет, а фторхинолоны до 15. В комплексе с антибактериальной терапией обязательно назначаются антимикотические препараты (флуконазол 3 мг/кг/сут, кетоконазол 4-8 мг/кг/сутки). Местная терапия (орошения антисептиками широкого спектра действия – фурациллин, мирамистин, гексикон, аппликации, сидячие ванночки из отвара ромашки, шалфея, чистотела по 10-15 минут 2 раза в день) используется для облегчения симптомов вульвита, которые могут вызывать выраженное беспокойство ребенка. В раннем возрасте следует отдавать предпочтение отварам трав, так как самостоятельное использование антибактериальных растворов в домашних условиях в некоторых ситуациях может сопровождаться химическим ожогом, токсическим действием и местным раздражением, приводящим в последующем к формированию синехий малых половых губ. Дополнительно в качестве местного лечения может быть использовано УФО или светолечение области вульвы. В случае вульвовагинита, развившегося на фоне глистной инвазии, необходимо включение в комплекс лечения противоглистных препаратов (вермокс 100 мг - 3 таблетки на курс, или декарис 50 мг однократно). Задачей третьего этапа является профилактика рецидива заболевания с обучением правилам личной гигиены, соблюдением гипоаллергенной диеты и длительным назначением эубиотиков или пробиотиков (бифидум-бактерин по 5-10/доз сутки). В случае признаков развития трофических расстройств слизистой на фоне частых рецидивов,

оправданным является использование препаратов, восстанавливающих трофику тканей (аппликации солкосерила, актовегина, облепихового масла).

В процессе лечения девочка осматривается на 3-7 день и через месяц после окончания лечения. Профилактический осмотр рекомендуется один раз в год и далее в декретируемые сроки.

Показаниями к стационарному лечению являются: отсутствие эффекта от амбулаторного лечения, подозрение на инородное тело влагалища, необходимость хирургического разрушения синехий малых половых губ.

Диспансерное наблюдение осуществляется не менее года после последнего эпизода обострения воспалительного процесса.

Таким образом, соблюдение этапности обследования и лечения вульвовагинитов в детском возрасте, позволит снизить частоту рецидивов и хронизации указанной патологии, что приведет к сохранению репродуктивного здоровья подрастающего поколения.

#### **Литература:**

1. Гуркин, Ю.А. Вульвовагиниты у девочек: этиология, клиника, лечение / Ю.А. Гуркин, Л.Е. Михайлова. – СПб.: СПбГПМА, 1998. – 64 с.
2. Гуркин, Ю.А. Детская и подростковая гинекология / Ю.А. Гуркин. – М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2009. – С. 387.
3. Малова, И.О. Влагалищные выделения у девочек: этиология, клиника, диагностика, лечение / И.О. Малова // Consilium Medicum. – 2005. – Т. 6, № 2. – С. 24-30.
4. Руководство по гинекологии детей и подростков / под ред. В.И. Кулакова, Е.А. Богдановой. – М.: Триада-Х, 2005. – 336 с.
5. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития. Под редакцией Е.В. Уваровой М. «Триада-Х», 2008г., 176 с.

6. Уварова, Е.А. Влагалище как микросистема в норме и при воспалительных процессах различной этиологии / Е.А. Уварова, Ф.Ш. Султанова // Репродукт. здоровье детей и подростков. – 2005. – № 2. – С. 26-39. 165.
7. Vulvovaginitis in childhood / M. Dei, F. Di Maggio, G. Di Paolo, V. Bruni // Best practice and research clinical obstetrics and gynaecology. – 2010. – Vol. 24, № 2. – P. 129-137.