

В структуре гинекологических заболеваний детского возраста воспалительные поражения гениталий занимают ведущее место и составляют более половины всех обращений к детскому гинекологу. Клиническое значение указанной патологии определяется не только ее частотой, но и тем, что она может явиться причиной серьезных нарушений репродуктивной системы.

К воспалительным заболеваниям половых органов у девочек и девушек чаще всего относят: вульвиты, вульвовагиниты, сальпингиты и сальпингоофориты.

У девочек допубертатного «нейтрального» периода (в среднем до 10 лет) наружные половые органы и влагалище наиболее подвержены воспалительным процессам с развитием вульвитов и вагинитов (60-70%).

У девочек, не живущих половой жизнью, в допубертатном периоде воспаление придатков матки является казуистическим явлением. В большинстве случаев воспаление придатков носит вторичный характер, т.е. происходит передача инфекции гематогенным или лимфогенным путем от пораженного воспалительным процессом органа к маточным трубам и яичникам, а также контактным путем.

У девочек, не живущих половой жизнью, практически отсутствует возможность инфицирования извне (отсутствует трансвагинальный путь передачи).

В этиологической структуре сальпингоофоритов преобладают стафилококки, стрептококки и анаэробные возбудители.

Воспалительные заболевания вульвы и влагалища. Самым распространенным является сочетанное поражение, трактуемое как вульвовагинит.

Такое распространение вульвитов и вульвовагинитов в допубертатном периоде определяется, прежде всего, физиологическими особенностями и этапностью становления биоценоза половых путей растущей девочки.

Микрофлора вульвы и влагалища девочек в норме в зависимости от возраста. Биоценоз половых путей растущей девочки изучен достаточно хорошо, что дало возможность выработать критерии для оценки его состояния в норме и при патологии.

Формирование естественной микрофлоры влагалища у здоровой девочки – сложный многофакторный процесс, в основе которого лежит взаимодействие гормональной системы с иммунологическими особенностями организма. При этом доминирующее значение имеет функциональное состояние яичников, наличие лактофлоры и состояние местного иммунитета.

Перед рождением и в периоде новорожденности слизистая оболочка влагалища преимущественно состоит из 3–4 слоёв плоского эпителия промежуточного типа. Однако под влиянием эстрогенов и прогестерона, попавших к плоду из материнско-плацентарного кровотока или с молоком матери, эпителиальные клетки способны продуцировать гликоген и тем самым поддерживать жизнедеятельность молочнокислых бактерий. Лишь спустя 3–4 ч неонатального периода, когда усиливается десквамация эпителия и помутнение шеечной слизи, во влагалище можно обнаружить лактобациллы, бифидобактерии и коринебактерии, единичные кокковые элементы.

Накопление в процессе жизнедеятельности лактофлоры молочной кислоты обуславливает смещение кислотно-щелочного равновесия среды влагалища новорожденной в кислую сторону (рН=4,0–4,5). Бифидобактерии также, как и лактобактерии, защищают слизистую оболочку влагалища от воздействия не только патогенных, но и УПМ, их токсинов, препятствуют распаду секреторного IgA, стимулируют образование интерферона и выработку лизоцима. Резистентности организма новорожденной способствует высокое содержание IgG, поступившего через плаценту от матери. Значительное падение содержания эстрогенов происходит в течение 10 дней с

момента рождения девочки. Именно в этот период элиминация эстрогенов обуславливает так называемый половой криз и появление менструальноподобных выделений примерно у 10% новорождённых. Эпителиальные клетки теряют способность к пролиферации и синтезу гликогена. К концу первого месяца жизни девочки тонкий и легко ранимый влагалищный эпителий представлен только базальными и парабазальными клетками. Реакция влагалищного содержимого становится щелочной, рН повышается до 7,0–8,0. Лактобактерии и бифидобактерии исчезают. Мазок принимает атрофический характер – эпителий истончается. При этом влагалище заселяется кокковой и бациллярной флорой.

**Самые значимые факторы, способствующие инфицированию половых путей у девочек:**

1. анатомо-физиологические особенности гениталий у девочек
2. экстрагенитальные заболевания различной природы
3. экзогенные патологические факторы.

**В большинстве случаев (65%) у девочек до 10 лет этиологическим фактором вульвовагинитов является бактериальная флора, представленная:**

кишечной палочкой • золотистым стафилококком • диплококком • энтерококком • анаэробной флорой • хламидиями (редко) • 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 вызывает воспалительный процесс. В детском возрасте вагинальная микрофлора состоит из факультативных анаэробов, строгих анаэробов и микроаэрофилов.

В возрасте от 10 до 15 лет среди вульвовагинитов чаще встречаются микотические, что может быть обусловлено кислой реакцией влагалищной среды, благоприятной для грибов, а также наличием взаимосвязи с предшествующей антибактериальной терапией.

**Наиболее часто встречаются:**

- грибы рода Кандида у 46,7 % больных •
- *Gardnerella vaginalis* 30% кишечная палочка у 37 % • стафилококки у 14,5 % • стрептококки у 20 % • ассоциации микроорганизмов у 7 %.
- Следует обратить внимание на возрастание этиологической роли стрептококковой инфекции в развитии вульвовагинитов у девочек-подростков.

**При наличии клиники вульвовагинита в мазке обнаруживают:**

- лейкоцитов больше 15 в п/зрения;
- слущенного эпителия – много;
- флора – смешанная, кокковая, палочковая, специфическая – в значительном • количестве.

Факторы риска. Особое значение в развитии неспецифического воспалительного процесса половых органов имеет перенапряжение защитных систем организма девочки, опосредованное рядом факторов: угнетение иммунитета, дисбиоз родовых путей у матери, нарушение нормального периода адаптации новорождённого, нарушение становления микробиоценозов слизистых оболочек ребёнка, частые ОРВИ, гипертрофия лимфоидного аппарата носоглотки. В значительной степени на здоровье ребёнка влияет экологическое неблагополучие, изменение качества пищи, содержащей значительное количество веществ не природного происхождения, синтетических компонентов.

Повторные случаи неспецифических бактериальных вульвовагинитов у девочек в большинстве случаев возникают на фоне обострения экстрагенитальной патологии — мощного источника инфекции. В анамнезе пациенток с вульвовагинитом системные заболевания крови, экссудативный диатез, гломерулонефрит, цистит, пиелонефрит,

энтеробиоз выявляются с одинаковой частотой. Вульвовагиниты сопутствуют сахарному диабету, тиреотоксикозу, эндогенному ожирению (5-8%).

Установлено, что вульвовагинитом чаще болевают дети, страдающие хроническими заболеваниями носоглотки. У часто болеющих ОРЗ детей обнаруживают угнетение клеточного иммунитета и увеличение частоты реакций гиперчувствительности замедленного типа.

Клиническая картина Неспецифические вульвовагиниты по клиническим проявлениям схожи.

Вульвовагиниты характеризуются ощущением жжения после мочеиспускания, зудом, болью, дискомфортом в области наружных половых органов, местными катаральными проявлениями от минимальной пастозности вульвы до разлитой гиперемии и инфильтрации с переходом на кожу промежности и бедер, наличием белей различного характера в зависимости от вида возбудителя (от серозно-гнойных до гнойно-кровянистых).

Вульвовагиниты могут иметь латентное течение без характерных жалоб и выраженной клинической картины, диагноз подтверждают лабораторными исследованиями.

При переходе острого вагинита в хронический основным симптомом становятся выделения из половых путей в незначительном количестве.

При объективном исследовании определяют гиперемию и отёчность вульвы, наружных половых органов и аногенитальной области.

2. Гиперемия и отёчность вульвы
3. Дискомфорт (рези, жжение и т.д.)
4. Болезненность вульвы
5. Дизурия
6. Зуд вульвы и влагалища.

Острый вульвовагинит протекает с ярко выраженными клиническими проявлениями, хронический – со стёртой клинической картиной.

Особенностей клинического течения вульвовагинитов в разных возрастных группах нет.

Объективный статус II.

Гинекологический осмотр •

- визуальная оценка выделений из половых путей Ректоабдоминальное исследование

•  
При подозрении на вульвовагинит проводят дифференциальную диагностику с заболеваниями шейки матки и пороком развития влагалища.

Консультация смежных специалистов IV.

При хроническом неспецифическом бактериальном вульвовагините необходимы консультации педиатра, отоларинголога, стоматолога и нефролога.

Показания к госпитализации Хронические рецидивирующие вульвовагиниты.

Медикаментозное лечение Лечение зависит от причины возникновения вульвовагинита.

1. Лечение вульвовагинита, вызванного наличием инородного тела во влагалище, начинают с удаления инородного тела. Затем производят промывание влагалища антисептическими растворами.

2. Лечение вульвовагинита, вызванного энтеробиозом, целесообразно начинать с проведения антигельминтной (противоглистной) терапии. Параллельно проводят промывание влагалища антисептическими растворами.

3. Неспецифический вульвовагинит, как правило, имеет хроническое течение, что и определяет трудности в его лечении.

Обострения неспецифического вульвовагинита возникают обычно после ОРЗ, гриппа или любой другой инфекции, а также при обострении хронического тонзиллита или хронической инфекции другой локализации. 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 в себя местные и общие мероприятия.

#### **Местное лечение:**

Девочкам и девушкам, не живущим половой жизнью можно использовать • промывание влагалища растворами антисептиков (хлоргексидина биглюконат 0,05%, нитрофураил, октенисепт, диоксидин, мирамистин, инстиллагель, бензидамин) по катетеру Антибиотики во влагалище (с учётом выявленного патогенного микробного • агента или их ассоциации) на палочках Гексикон — по 0,5-1 вагинальной свече 2 раза в сутки в течение 10 дней • Мазевые аппликации на наружные половые органы с анестезирующими, • вяжущими и десенсибилизирующими веществами.

Можно применять ванночки с травами, обладающими антисептическими и • вяжущими свойствами (кора дуба, ромашка).

В комплексе с антибиотикотерапией обязательно назначают антимикотические, антигистаминные препараты, эубиотики или пробиотики. Также можно использовать ультрафиолетовое или светолечение области вульвы.

Общее лечение включает в себя санацию очагов хронической инфекции (рта и носоглотки, ЖКТ, мочевыделительной системы), лечение заболеваний кожи, закаливающие мероприятия, обучение правилам личной гигиены.

При бактериальном вагинозе дозу и длительность лечения подбирают с учётом возраста и массы тела ребёнка. Терапия включает использование антипротозойных препаратов или антибиотиков в сочетании с антимикотическими препаратами для профилактики кандидозного вульвовагинита.

Атопический вульвовагинит.

#### **Ведущие компоненты успешного лечебного воздействия:**

исключение контакта с аллергеном • соблюдение гипоаллергенной диеты • выполнение назначений аллерголога.

• Необходимо обеспечить правильное питание ребёнка, исключить продукты, содержащие облигатные аллергены (рыба, яйца, цитрусовые, шоколад, мёд, клубника и др.), стимуляторы выделения гистамина (мясные и рыбные бульоны, жареные, копчёные, острые блюда, сыр, яйца, бобовые, квашеные, мочёные, маринованные продукты, шоколад) и гистаминоподобные вещества (томаты, грецкие орехи).

Используют антигистаминные препараты курсом лечения до 2 нед: цетиризин – от 6 мес до 6 лет 5 мг или 5 мл раствора в сутки или фексофенадин с 12 лет 120–180 мг/сут.

Следует проводить лечение дисбактериоза кишечника, который усугубляет симптомы аллергии в связи с усилением всасывания аллергенов воспалённой слизистой оболочкой кишечника, нарушением превращения продуктов, повышенным образованием гистамина из гистидина пищевого субстрата под действием УППМ и т.д.

При возникновении осложнения в виде пиодермии – антибактериальная терапия.

Выбор препарата зависит от чувствительности микрофлоры.

В хронической стадии заболевания местную терапию проводят с использованием средств, улучшающих метаболизм и микроциркуляцию в очагах поражения (1% раствор танина, отвар коры дуба, бетаметазон — 0,1% мазь, крем 1–2 раза в сутки), эпителизирующие и кератопластические средства (актовегин© 5% мазь, солкосерил©, депантенол©, мази с витамином А, метилурацил).

Хирургическое лечение При образовании сплошных синехий задней спайки и малых половых губ показано оперативное лечение. После соответствующей обработки НПО и местном обезболивании путем наружного применения местных анестетиков в асептических условиях производят тупое разъединение сращений зондом. После разъединения на раневую поверхность накладывают мазевую повязку с эпителизирующими и кератопластическими средствами (актовегин© 5% мазь, солкосерил©, депантенол©, мази с витамином А, метилурацил).

Профилактика. Информация для пациентки В целях профилактики повторного вульвовагинита необходимо тщательное соблюдение правил интимной гигиены, особенно в местах общего пользования. У девочек дошкольного возраста подмывание наружных половых органов (НПО) с мылом может вызвать нарушение защитных свойств кожи вульвы и промежности и привести к возникновению дерматита и рецидиву вульвита. Поэтому следует избегать применения мыла для гигиены НПО, либо использовать специальные моющие средства для интимной гигиены, применяемые у детей и имеющие нейтральную рН. Нельзя допускать, чтобы моющие средства попадали во влагалище! Процесс подмывания следует проводить в направлении от НПО к анусу, а не наоборот. У девочек в половых складках скапливается бело-желтое вещество – смегма, которое выполняет защитную функцию. Это абсолютно нормально. Если смегмы скопилось слишком много, удаляют ее тампоном из марли, который предварительно надо смочить в прокипяченном масле (после того, как оно остынет) – абрикосовом, персиковом, или в вазелине.

Для девочек нежелательно ношение синтетического нижнего белья и трусиков, не полностью закрывающих зону промежности и ягодичные складки.

Необходима своевременная санация очагов инфекции (хронические заболевания рта и носоглотки, пиелонефриты, кариозные зубы и т.д.) и глистной инвазии, избегание необоснованного применения антисептических, антибактериальных препаратов и глюкокортикоидов, закаливание (занятия спортом, водные процедуры).