

ФГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения

Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

РЕФЕРАТ

Вульвовагиниты у девочек.

Выполнила: ординатор 2-го года
обучения

Кафедры Акушерства и гинекологии ИПО

Глухих Татьяна Александровна

КРАСНОЯРСК 2021

Оглавление

1.Актуальность темы.	3
2.Классификация вульвовагинитов у девочек.	5
3.Этиология и патогенез.	6
4.Общая клиническая картина.	7
5.Принципы диагностики.	7
6.Бактериальный (неспецифический) вульвовагинит.	8
7.Вульвовагинит на почве энтеробиоза (энтеробиозный вульвовагинит)... ..	10
8.Бактериальный вагиноз и микотический вульвовагинит.	10
9.Инфекционно-микотический вульвовагинит.	11
10.Вульвовагинит трихомонадный.	12
11.Вульвовагинит гонорейный.	12
12.Вульвовагинит хламидийный и микоплазменный.	13
13.Атопический вульвовагинит.	14
14.Вульвовагинит на почве инородного тела влагалища.	15
15.Профилактика вульвовагинита.	16
16.Выводы.	16
17.Список литературы.	16

1. Актуальность темы.

В структуре гинекологических заболеваний девочек вульвиты и вульвовагиниты составляют 60-70%. У девочек от 1 года до 8 лет воспаление наиболее часто развивается в вульве и влагалище. Это обусловлено некоторыми особенностями физиологии детского влагалища и вульвы. Плоский эпителий, покрывающий эти органы у девочек, состоит из небольшого количества слоев (5-8), клетки его не ороговевают, почти не содержат гликогена, поэтому во влагалище девочки нет условий для существования палочки молочно-кислого брожения, создающей кислую среду у взрослой женщины. Влагалище девочки заселено условно-патогенными микроорганизмами (обычно эпидермальным стафилококком), имеет щелочную реакцию.

Основные физиологические защитные механизмы:

- 1) физиологическая десквамация и цитоллиз поверхностных клеток эпителия влагалища;
- 2) неспецифические антимикробные механизмы:
 - ✓ действующие на клеточном уровне: фагоцитоз с помощью макрофагов и полиморфно-ядерных лейкоцитов;
 - ✓ неспецифические гуморальные факторы: белок плазмы - трансферрин, опсонины, усиливающие фагоцитарную активность клеток, лизоцим-пептид, обладающий антимикробной активностью, лизин, выделяющийся тромбоцитами в очаге воспаления;
- 3) иммунные механизмы защиты: лимфоциты, иммуноглобулины, цитокины, система комплемента и т.д.

Воспалительные поражения половых органов девочек могут стать причиной серьезных нарушений менструальной, репродуктивной, половой функций в зрелом возрасте. Кроме того, длительно текущие воспалительные заболевания могут вызвать изменение функций системы гипоталамус-гипофиз-яичники.

Любое снижение реактивности детского организма, которое чаще всего возникает после какого-либо заболевания, или у девочек с хроническим воспалительным процессом, приводит к нарушению равновесия между микрофлорой влагалища и детским организмом. При значительном снижении защитных сил организма патогенные свойства может приобретать условно-патогенная флора. В этих условиях во влагалище легко проникает и патогенная флора, нередко из ротоносоглотки, из кишечника, с кожи. Не удивительно, что появлению выделений из влагалища, как правило, предшествует какое-либо заболевание ребенка, чаще всего простудного характера.

Детские вирусные инфекции не только снижают иммунную защиту организма, но и могут проявляться высыпаниями на коже и на слизистой вульвы и влагалища. В таких случаях на этапе шелушения появляются выделения из влагалища, гиперемия вульвы и кожи наружных половых органов.

При несоблюдении правил гигиены патогенные микроорганизмы могут заноситься во влагалище руками, одеждой, при купании в загрязненных водоемах.

Повышение секреции эстрогенов приводит к созреванию эпителия эстрогенозависимых органов, в том числе влагалища и вульвы. В зрелом эпителии достаточно гликогена для жизнедеятельности палочки молочнокислого брожения, для существования трихомонад, грибов рода *Candida*. Поэтому трихомонадные и грибковые вульвовагиниты чаще наблюдаются у девочек в периоде новорожденности и пубертатном возрасте. Причиной вульвовагинитов у девочек могут быть хламидийная, микоплазменная инфекции, а также инфицирование вирусом генитального герпеса.

При вульвовагините девочек беспокоят выделения из влагалища, иногда боли и зуд в области наружных половых органов. При осмотре ребенка следует обратить внимание не только на состояние половых органов, но и наличие хронических инфекций ротоносоглотки, бронхов, органов желудочно-кишечного тракта, кожи, для выявления хронических очагов воспаления, пиодермии, проявлений экссудативного диатеза и т.п.

При гинекологическом осмотре отмечается наличие гиперемии и отека вульвы, слизистой влагалища, иногда истончение кожи промежности. Следует также оценивать состояние кожи перианальной области, описывать выделения из влагалища, отметить наличие высыпаний на слизистой влагалища и коже половых губ.

Ректоабдоминальное исследование нередко позволяет через переднюю стенку прямой кишки пропальпировать инородное тело влагалища. Степень поражения влагалища определяют с помощью вагиноскопии или осмотра влагалища в детских влагалищных зеркалах с освещением. У больных обнаруживается гиперемия стенок нижнего отдела или всего влагалища, иногда петехиальные высыпания на его стенках или творожистые налеты, выделения. Важно осмотреть не только стенки влагалища, но и шейку матки, определить состояние ее эпителиального покрова. Вагиноскопия позволяет увидеть инородное тело мягкой консистенции (вату, кусочки ткани, нитки, бумагу и т.п.), не определяемое ректоабдоминальным исследованием, взять материал для микроскопии и других видов исследования из заднего свода влагалища или из цервикального канала.

Такие дополнительные методы исследования, как ультразвуковое сканирование, могут быть применены при подозрении на инородное тело. Данные анамнеза и гинекологического осмотра далеко не всегда позволяют уточнить причину вульвовагинита. С этой целью используют дополнительные методы исследования: микроскопию влагалищных мазков, микробиологическое исследование с определением аэробов и анаэробов и количества их колоний, иммунологическое исследование и др. В мазках из влагалища обнаруживают лейкоциты и большое количество микрофлоры, чаще всего кокковой. Признаком воспалительного процесса

считается наличие 20 и более лейкоцитов в поле зрения. Признаком воспаления является значительное повышение числа колоний микроорганизмов в посевах отделяемого из влагалища. Именно таким образом и определяют условно-патогенных возбудителей вульвовагинита у девочек.

Во влагалище здоровой женщины содержится примерно 10¹⁰ микроорганизмов в 1 мл секрета. В основном это лактобациллы. Только 5-10% составляют дифтероиды, стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, гарднерелла, облигатные анаэробы. Микрофлора влагалища девочек дошкольного возраста не содержит лактобацилл, они появляются с началом пубертатного периода, количество их увеличивается синхронно с повышением уровня эстрогенов крови и увеличением степени ороговения и накопления гликогена в эпителии влагалища.

Кроме того, для диагностики вульвовагинитов важна степень устойчивости микроорганизмов к антибиотикам. Чем выше устойчивость, тем обычно выше патогенность возбудителя.

Микробиологическое исследование отделяемого из влагалища при вульвовагините у девочек является необходимым методом исследования. В зависимости от предполагаемого возбудителя воспалительного процесса используются и другие методы исследования: иммунофлюоресценция, иммуноферментный анализ, полимеразная цепная реакция и др. Для оценки степени аллергизации организма определяют спонтанную дегрануляцию базофилов периферической крови и подсчитывают число тучных клеток в смыве из влагалища.

2.Классификация вульвовагинитов у девочек.

I. Инфекционные.

- Неспецифический вульвовагинит.
- Специфический вульвовагинит:
 - гонорейный;
 - туберкулезный;
 - дифтерийный.

II. Первично-неинфекционные.

- Вульвовагинит, вызванный инородным телом во влагалище.
- Вульвовагинит, вызванный глистной инвазией.
- Вульвовагинит, вызванный онанизмом.
- Вульвовагинит, вызванный изменением реактивности организма:
 - нарушением обмена веществ;
 - дисметаболической нефропатией;
 - аллергическими заболеваниями;
 - дисбактериозом кишечника;
 - заболеваниями мочевыводящих путей;
 - острыми вирусными заболеваниями;
 - детскими инфекциями.

В 1955 г. Гарднер и Дюк предложили термин "неспецифический бактериальный вагинит" (банальный, негонококковый). Клиническая картина заболевания не имела черт специфического воспалительного процесса. 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.

3. Этиология и патогенез.

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.

Рецидивы неспецифических бактериальных вульвовагинитов у девочек в 82% случаев возникают на фоне обострения экстрагенитальной патологии — мощного источника инфекции. Системные заболевания крови, экссудативный диатез, гломерулонефрит, цистит, пиелит, энтеробиоз с одинаковой частотой выявлены в анамнезе пациенток с вульвовагинитом. В 5–8% случаев вульвовагиниты сопутствуют сахарному диабету, тиреотоксикозу, эндогенному ожирению.

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

Перед рождением и в периоде новорождённости 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 новорождённой 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 ИФН и выработку лизоцима. Резистентности организма новорождённой 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.

4.Общая клиническая картина.

Клинические проявления неспецифических вульвовагинитов схожи и укладываются в общее представление о воспалительном процессе вульвы и влагалища независимо от этиологического фактора.

Клинически 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 серозногнойных до гнойнокровянистых).

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.

5.Принципы диагностики.

Клинические проявления вульвовагинитов:

- выделения из половых путей:
 - гноевидные;
 - с примесью крови;
 - гноевидно-кровянистые;
 - творожистые;
 - сливкообразные.
- гиперемия и отёчность вульвы;
- дискомфорт (рези, жжение и т.д.);
- болезненность вульвы;

- дизурия;
- 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.

Физикальное исследование.

- Гинекологический осмотр.
- Ректоабдоминальное исследование.

Визуальная оценка выделений из половых путей.

Лабораторные и инструментальные исследования.

Полное клиническое обследование, включающее:

- клинический анализ крови,
- общий анализ мочи,
- анализ мочи по Нечипоренко.
- Вагиноскопия.
- УЗИ.
- Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого.
- Микробиологическое исследование отделяемого и влагалищного содержимого с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам и бактериофагам.
- ПЦР диагностика ИППП.
- Серологическое исследование.

Исследование соскоба с перианальных складок на энтеробиоз, кала на яйца глистов.

Принципы дифференциальной диагностики.

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

Показания к консультации специалистов.

Вульвовагиниты, не поддающиеся проводимой терапии.

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

6. Бактериальный (неспецифический) вульвовагинит.

Бактериальный (неспецифический) вульвовагинит чаще всего вызывается кокковой флорой, кишечной палочкой, протеем; может иметь более или менее острое начало или протекать торпидно с периодами обострения или без них. При бактериальном вульвовагините отмечаются гиперемия вульвы, кожи промежности, половых губ, умеренные выделения

из влагалища желтоватого цвета. Могут быть элементы пиодермии на коже бедер и вокруг половых губ. На стенках влагалища могут быть очаги гиперемии.

После вагиноскопии и взятия мазков целесообразно незамедлительно начать лечение. Лечение включает в себя местные и общие мероприятия.

Местное лечение — промывание влагалища растворами антисептиков (нитрофураил, октенисепт, диоксидин, мирамистин, инстиллагель, колларгол, сульфацил, бензидамин) по катетеру, палочки с антибиотиками во влагалище (антибиотик с учётом выявленного патогенного микробного агента или их ассоциации), гексикон (хлоргексидин) — 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.

В комплексе с антибиотикотерапией обязательно назначают антимикотические, антигистаминные препараты, эубиотики или пробиотики. Также используют иммуномодуляторы: свечи с интерфероном $\alpha 2$ - 2 раза в сутки во влагалище или прямую кишку в течение 20 дней; ультрафиолетовое или светолечение области вульвы.

Этиотропным и патогенетически обоснованным средством для лечения являются препараты интерферона (реаферон, виферон), которые вводятся интравагинально и ректально.

По данным, полученным в МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, перспективным методом лечения вагинитов и вульвовагинитов независимо от их причины в большом количестве случаев может быть интравагинальное введение в течение 10-20 дней по 2,5-5 доз препаратов, содержащих живые бифидобактерии и ацидофильные лактобактерии (последние не рекомендуется применять при кандидозном вульвовагините). Эти препараты назначаются как в виде монотерапии, так и в сочетании с другими методами лечения. Их эффективность значительно повышается при использовании растворов и мягких лекарственных форм, содержащих рекомбинантный $\alpha 2$ -интерферон и КИПферон, которые можно вводить во влагалище или в прямую кишку по описанным схемам.

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

После получения лабораторных данных уточняются диагноз и схема лечения.

Влагалищные процедуры продолжают ежедневно в течение 7-10 дней. Затем переходят на гигиенические ванночки.

Общеукрепляющая терапия должна продолжаться более длительно, сочетаясь с закаливающими процедурами и занятиями физкультурой.

7. Вульвовагинит на почве энтеробиоза (энтеробиозный вульвовагинит).

Вульвовагинит на почве энтеробиоза - как правило, воспалительный процесс, вызванный занесением кишечной флоры во влагалище. Самки остриц, выползая из кишечника для откладывания яиц, прокалывают кожу ребенка, вызывая зуд и боль. Острицы заносят во влагалище кишечную флору, вызывающую воспалительный процесс, чаще всего кишечную палочку или энтерококк. Часто наблюдается смешанная инфекция, обусловленная сочетанием этих двух микроорганизмов.

Уточнению диагноза помогает тщательный опрос родителей, которые отмечают беспокойный сон ребенка, его жалобы на зуд кожи промежности и наружных половых органов. Иногда девочка просыпается с плачем и криком от боли в области наружных половых органов. Внимательные родители могут увидеть острицу на коже или испражнениях ребенка.

При осмотре наружных половых органов обращают на себя внимание утолщение анальных складок, их гиперемия. В посевах отделяемого из влагалища обнаруживаются кишечная палочка, энтерококк и другие разновидности кишечной флоры. В таких случаях целесообразно взять соскоб с перианальных складок на яйца остриц.

При лечении вульвовагинита, обусловленного энтеробиозом, в течение 7 дней ежедневно промывают влагалище, проводят туалет наружных половых органов в области ануса и вводят свечи с канамицином или другим антибиотиком, к которому чувствительна патогенная флора. Одновременно необходимо провести терапию энтеробиоза. С этой целью назначают пирантел, пиперазина адипинат и другие препараты, уничтожающие остриц.

Антигельминтную терапию необходимо повторить через месяц. Следует обратить внимание родителей на дефекты гигиены ребенка, на возможность поражения энтеробиозом всей семьи и настоятельно рекомендовать ежедневный туалет наружных половых органов ребенка.

8. Бактериальный вагиноз и микотический вульвовагинит.

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.

Метронидазол по 250 мг 2 раза в сутки внутрь и по 500 мг в сутки интравагинально в течение 5–7 дней или клиндамицин 2% крем по 5 мг интравагинально 3–6 дней.

Возбудителями микотического вульвовагинита являются дрожжеподобные грибы рода *Candida*, которых насчитывают свыше 80 видов. Наиболее распространен среди больных вид *Candida albicans*. Грибы рода *Candida* считают условно патогенными микроорганизмами. Они живут на коже и слизистых оболочках человека и могут вести себя как представители нормальной микрофлоры или как возбудители микоза.

Факторами риска, способствующими развитию кандидоза вульвы и влагалища, его затяжному течению, устойчивости к противогрибковой терапии, считаются: иммунодефицитные состояния; дисбактериозы кишечника и влагалища; сочетания кандидоза с трихомониазом, хламидиозом, инфекцией, вызванной герпесвирусами; нерациональная антибактериальная терапия. Установлено, что штаммы *Candida albicans*, выделенные от больных кандидозным вульвовагинитом, отличаются от штаммов, выделенных от здоровых лиц, более выраженными патогенными свойствами, оказывают аллергизирующее действие.

Больные жалуются на творожистого характера беловатые выделения, жжение и зуд в области наружных половых органов. При гинекологическом осмотре видны белые, творожистого характера налеты на коже вульвы и стенках влагалища. При микроскопии окрашенных мазков соскобного материала со слизистой влагалища обнаруживают большое количество спор и псевдомицелий.

Основу терапии микотического вульвовагинита составляют антимикотические препараты. Продолжительность лечения зависит от клинического эффекта.

Флуконазол для детей в возрасте до 12 лет — по 3–12 мг/кг в сутки, для детей старше 12 лет — по 50–150 мг однократно или по 50 мг в сутки в течение 3 дней или натамицин по 1 свече на ночь в течение 6 дней, при необходимости в комбинации с таблетками (по 1 таблетке натамицина 4 раза в сутки в течение 5–10 дней) или итраконазола в дозе 200 мг в сутки в течение 3 дней или кетоконазола не более 400 мг в сутки в течение 5 дней.

При хроническом рецидивирующем и системном кандидозе применяют комбинацию препаратов для приёма внутрь с интравагинальными антимикотическими средствами: клотримазол по 1 свече во влагалище в течение 7 дней, или бутоконазол — 1 доза в сутки однократно, или натамицин по 1 свече на ночь в течение 6 дней, или эконазол по 1 свече (50 или 150 мг) в течение 3 дней или сертаконазол по 1 свече на ночь (300 мг) однократно. Для достижения полного выздоровления проводят, как правило, два курса с 7-дневным интервалом.

9. Инфекционно-микотический вульвовагинит.

В лечении инфекционно-микотических вульвовагинитов применяют комбинированный препарат тержинан, в состав которого включён тернидазол, неомицина сульфат, нистатин и микродоза преднизолона, или клионД 100, состоящий из 100 мг метронидазола и 100 мг миконазола, или полижинакс, в состав которого входит неомицин, полимиксин В, нистатин.

Препараты применяют однократно интравагинально на ночь в течение 10 дней.

При выявлении специфической инфекции (хламидии, гонорея, трихомониаз) лечение проводят антибактериальными препаратами, к которым чувствительны данные микроорганизмы, кроме того, необходимо

обследование на эти виды инфекции и лечение других членов семьи больной девочки.

10. Вульвовагинит трихомонадный.

Трихомонадный вульвовагинит у девочек пубертатного возраста протекает так же, как и у взрослых. Гораздо реже трихомонады обнаруживают у девочек до пубертатного возраста (от 0 до 8 лет). Возможно заражение новорожденных во время родов с сохранением трихомонад в уретре.

Половой путь заражения типичен для девочек-подростков. В препубертатном возрасте трихомонадный вульвовагинит может спонтанно излечиваться (Rein M.F., Muller M., 1884).

Большое значение в диагностике детского трихомониаза имеет двух-трехкратное обследование ребенка с использованием культурального метода, а также выявление и обследование возможных источников заражения.

Используют противопротозойные средства общего и местного действия. Таблетки метронидазола внутрь принимают в дозе с учётом возраста ребенка (в возрасте 1–5 лет — по 80 мг 2–3 раза в день, 6–10 лет — по 125 мг 2–3 раза в день, 11–14 лет — по 250 мг 2–3 раза в день) в течение 10 дней. Девочки подростки принимают метронидазол по схемам, принятым для лечения трихомониаза у взрослых.

Одновременно с приёмом антипротозойных препаратов внутрь производят туалет влагалища с использованием дезинфицирующих средств, назначают вагинальные препараты, содержащие метронидазол, и другие противотрихомонадные средства.

При длительном рецидивирующем трихомониазе целесообразно использовать вакцинотерапию: солкотриховак 0,5 мл внутримышечно, 3 инъекции с интервалом 2 нед, затем через год 0,5 мл внутримышечно однократно.

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

11. Вульвовагинит гонорейный.

Лечение данного вида вульвовагинита должен проводить дерматовенеролог. Все девочки дошкольного возраста, посещающие детские учреждения, после окончания лечения по поводу гонореи остаются в стационаре в течение 1 месяца для установления излеченности. За это время делают 3 провокации и 3 посева (каждые 10 дней). Критерии излеченности гонореи у детей — нормальная клиническая картина и отрицательные результаты повторных лабораторных исследований после 3 провокаций.

Антибиотиком выбора являются цефтриаксон — назначается в/м однократно в дозе 0,125 г (детям с массой тела < 45 кг) и 0,25 г — детям с

массой тела > 45 кг), альтернативный препарат – спектиномицин — назначается из расчёта 40 мг/кг (не более 2 г) в/м однократно.

Иммунотерапию применяют при рецидивах заболевания, а также при неэффективности антибактериальной терапии.

Детям до 3 лет иммунотерапию гоновакциной не проводят.

12. Вульвовагинит хламидийный и микоплазменный.

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

Антибиотики:

- азитромицин детям с массой тела до 50 кг — 20 мг/кг в первый день приёма и по 10 мг/кг в сутки на 2–5й дни терапии, девочкам с массой тела более 50 кг — в 1й день 1,0 г, на 2–5й день по 0,5 г в сутки или
- джозамицин для подростков старше 14 лет по 500 мг 3 раза в день, у детей младше 14 лет рекомендуется использовать препарат в форме растворимых таблеток солютаб, доза определяется из расчёта 40–50 мг/кг веса тела в сутки, разделённая на 2–3 приёма в течение 7–14 дней или
- рокситромицин для детей в возрасте до 12 лет — 5–8 мг/кг в сутки, для детей старше 12 лет — по 150 мг в 2 приёма 7–12 дней или
- кларитромицин 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
- мидекамицин детям в возрасте до 12 лет — по 20–40 мг/кг 2 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет — по 400 мг 3 раза в сутки 7–14 дней или
- доксициклин (только у детей в возрасте старше 8 лет). Для девочек 8–12 лет — 4 мг/кг в первый день, по 2 мг/кг 2 раза в сутки во 2–7й дни, для девочек в возрасте старше 12 лет 200 мг внутрь в первый приём, затем 100 мг 2 раза в сутки на 2–7й день.

Во избежание развития кандидоза применяют антимикотические средства.

Для коррекции иммунных нарушений применяют кипферон или ИФН $\alpha 2$ по 1 суппозиторию 1 раз ректально или интравагинально в сутки в течение 10 дней.

Для нормализации микрофлоры кишечника после приёма антибиотиков могут быть использованы бактисубтил, хилак-форте и др.

Системная энзимотерапия: вобэнзим для детей до 1 года — по 1 драже на 6 кг в сутки, у девочек старше 12 лет — по 3 драже 3 раза в сутки в течение 3–6 нед.

Критерий излеченности — отсутствие Аг в мазке, взятом не ранее 21го дня после антибиотикотерапии и положительная динамика титров АТ.

13. Атопический вульвовагинит.

Атопические вульвовагиниты наблюдаются у девочек, страдающих экссудативным диатезом, аллергическими заболеваниями. У них может быть вялотекущий, то исчезающий, то обостряющийся воспалительный процесс. При осмотре половых органов отмечаются скудные бели, истончение, "сухость" слизистой, очаговость гиперемии вульвы. Во влагалище определяется разнообразная флора - чаще условно патогенная. Девочки с экссудативным типом конституции предрасположены к вирусным и вирусно-бактериальным катарам дыхательных путей, кишечного тракта, мочеполовых органов. Причем не всегда удается разграничить инфекционный и реактивный катар.

Для оценки наличия атопии предложено определение спонтанной дегрануляции базофилов периферической крови и числа тучных клеток в вагинальном смыве. На сенсibilизацию организма указывают повышение спонтанной дегрануляции базофилов в крови свыше 14% и увеличение количества тучных клеток в мазках из промывных вод - более 1-2 клеток в поле зрения. Для получения промывных вод во влагалище девочки вводится 2 мл дистиллированной воды, затем содержимое влагалища отсасывается в пробирку и отсылается на исследование.

Исследование иммунного статуса ребенка, страдающего аллергией, представляет определенные трудности. Изменения иммунологических показателей при аллергическом заболевании не являются однонаправленными. Они могут варьировать как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения в зависимости от стадии заболевания, например наличия инфекционного процесса и других причин.

При атопических вульвовагинитах ведущие компоненты успешного лечебного воздействия — исключение контакта с аллергеном, соблюдение гипоаллергенной диеты, выполнение назначений аллерголога. Необходимо отрегулировать 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 УПМ 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, декспантенол, мази с витамином А).

14. Вульвовагинит на почве инородного тела влагалища.

С жалобами на кровянисто-гнильные обильные выделения обращаются родители девочек с вульвовагинитом на почве инородного тела влагалища. Это может быть песчинка, нитки от одежды, кусочек туалетной бумаги. Иногда дети, играя в "доктора", вводят друг другу в ухо, нос, иногда во влагалище мелкие предметы, например, мозаику, булавки. При зуде вульвы, вызванном острицами, почесывая половые органы, дети могут ввести во влагалище булавку, заколку, колпачок от авторучки и пр. Факт введения инородного тела обычно скрывается, возможно, дети забывают об этом, и лишь появление обильных гнилостных выделений, нередко сукровичного характера, приводит ребенка к врачу. Обильные выделения вызывают явления мацерации кожи промежности и пиодермию. Ректоабдоминальное исследование девочки и вагиноскопия позволяют обнаружить инородное тело влагалища, обычно распадающимися грануляциями. Характерно усиление выделений во время исследования в связи с нарушением целостности грануляции и травмы их плотным инородным предметом при его пальпации. Очень важна вагиноскопия или осмотр в детских влагалищных зеркалах для уточнения диагноза и проведения дифференциальной диагностики с гроздевидной саркомой влагалища, которая чаще наблюдается у девочек 2-4 лет и может проявляться кровянисто-гнильными выделениями. При этом тяжелом злокачественном заболевании во влагалище видны виноградоподобные разрастания, распад которых вызывает сукровичные выделения.

Основное лечение вульвовагинита, вызванного инородным телом влагалища, заключается в удалении инородного тела. Во многих случаях удалить инородное тело можно пальцем, введенным в ампулу прямой кишки. Осторожное подталкивание кончиком пальца предмета, пальпируемого во влагалище, нередко позволяет продвинуть инородное тело ко входу во влагалище, где оно становится более доступным. Здесь удастся захватить его зажимом, раздробить, если оно велико, или согнуть и извлечь. Следует помнить, что такие предметы, как заколки и булавки, могут глубоко внедряться в стенку влагалища, и извлечь их бывает довольно трудно. Песчинки, кусочки ваты и ткань можно вымыть током жидкости под давлением. Во влагалище вводится резиновый катетер, на конец которого

надевается шприц на 20 мл. В шприц вливается слабо дезинфицирующая жидкость или физиологический раствор, которые под давлением вводятся во влагалище. При этом полезно слегка двигать копчик катетера, введенный во влагалище, чтобы ток жидкости попадал во все его отделы. Инородное тело может быть вымыто током жидкости.

После извлечения инородного тела влагалище промывается дезинфицирующим раствором. Проведение в течение двух-трех дней туалета влагалища обычно излечивает воспалительный процесс.

15.Профилактика вульвовагинита.

В целях профилактики повторного вульвовагинита необходимо тщательное соблюдение правил интимной гигиены, особенно в местах общего пользования. У девочек дошкольного возраста подмывание наружных половых органов с мылом может вызвать нарушение защитных свойств кожи вульвы и промежности и привести к возникновению дерматита и рецидиву вульвита. Назначать местное лечение препаратами, содержащими лактобактерии, небезопасно. 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).

16.Выводы

В процессе диагностики вульвовагинита у девочек в препубертатном и пубертатном периодах анамнез и предъявляемые жалобы имеют определяющее значение для дальнейшего обследования и лечения. Сбор анамнеза должен предусматривать выяснение деталей, касающихся личной гигиены, образа жизни ребенка, а также применения медикаментозных препаратов. У всех девочек в пубертатном периоде, предъявляющих жалобы, связанные с поражением урогенитального тракта, необходимо выяснять наличие в анамнезе половой жизни и проводить скрининговое обследование для выявления инфекций, передающихся половым путем. Лечение должно включать как обучение правилам личной гигиены, так и назначение терапии, направленной на ликвидацию причины заболевания.

17.Список литературы.

1. Прилепская В.Н. Вульвовагинальный кандидоз: принципы диагностики и лечения (в помощь практикующему врачу). Фарматека. 2015г.
2. Доброхотова Ю.Э., Боровкова Е.И., Бондаренко К.Р. Кандидозный вульвовагинит: состояние изученности проблемы. Российский вестник акушера-гинеколога. 2017г.

3. Батырова З.К., Уварова Е.В., Латыпова Н.Х. Особенности микробиоценоза слизистой оболочки влагалища у девочек с вульвовагинитом при использовании молекулярно-генетических методов диагностики. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2015г.
4. Байрамова Г.Р., Баранов И.И., Припутневич Т.В., Чернова В.Ф. Вульвовагинальный кандидоз: клинические и терапевтические аспекты в практике акушера-гинеколога. Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучение. 2017;(4):63-69.
5. Рахматулина М.Р. Изучение частоты и значения выявляемости генитальных микоплазм у детей до 12 лет // Тез. докл. Всероссийской конференции дерматовенерологов, Н. Новгород, 2016. - С.79.
6. Рахматулина М.Р., Сидорович СЮ. Хламидийная инфекция у детей до 12 лет//2017-С.79-80.
- 7.Кисина В И., Рахматулина М.Р. К вопросу о тактике обследования детей с инфекциями, передаваемыми половым путем // Сб. научных трудов «Медико-социальные проблемы социально обусловленных заболеваний», М., 2004.-С.171-175.
8. Методические рекомендации "Оптимизация ведения детей и подростков с неспецифическим бактериальным вульвовагинитом".