

Косых С.Л., Мозес В.Г.

Детская городская клиническая больница № 5,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК

В обзоре литературы отражены актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики вульвовагинитов у девочек.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вульвовагинит; девочки; диагностика; лечение

Kosyh S.L., Moses V.G.

Municipal Children Hospital N 5,
Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo

DIAGNOSTICS AND TREATMENT VULVOVAGINITIS AT GIRLS

In the review pressing questions of diagnostics, treatment and preventive maintenance vulvovaginitis at girls are reflected.

KEY WORDS: vulvovaginitis; girls; diagnostics; treatment.

Вульвовагинит у девочек является наиболее распространенной проблемой, которая заставляет родителей ребенка обратиться за помощью к акушеру-гинекологу. Несмотря на то, что эпидемиология неспецифических бактериальных вульвовагинитов (НБВ) у девочек точно не установлена, по данным разных авторов эти пациенты могут составлять до 50 % среди всех, кто обращается за помощью в амбулаторную сеть [22, 28]. Следует отметить, что такие пациенты могут встретиться в практике не только врача-гинеколога, но и уролога, эндокринолога, дерматолога, аллерголога, поэтому многие исследователи относят вульвовагинит у девочек к мультидисциплинарной проблеме [17, 34].

Этиология и патогенез вульвовагинита у девочек обусловлены превышением общего числа условно-патогенной или патогенной микрофлоры во влагалище, которые обуславливают развитие воспалительного процесса в слизистой влагалища. Данные литературы показывают, что чаще всего это *Staphylococcus epidermidis*, *aureus*, *saprophyticus*, *Streptococcus viridans*, *pyogenes*, *Enterococcus faecalis*, *faecium*, *durans*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *morganii*, *Klebsiella ozaenae*, *oxytoca*. Примерно у 10 % девочек встречаются вирусные НБВ, чаще всего обусловленные вирусом простого герпеса, аденовирусами, парамиксовирусами и т.п. [5, 20].

Анализ литературы показывает, что относительно высокая частота вульвовагинита у девочек обусловлена анатомическими особенностями и недостаточно развитыми механизмами защиты [4, 13, 22]:

- кожа вульвы у детей более тонкая и чувствительная, отсутствуют лобковые волосы и малое содержание жировой ткани в области половых губ;

- задний проход анатомически близко расположен к introitus, что увеличивает шанс бактериального загрязнения;
- нередко выявляется недостаточная гигиена из-за того, что с возрастом контроль матери над ребенком ослабевает. Провоцирующим фактором является ношение тесной одежды, которая может вызывать раздражение наружных половых органов; длительное (в течение нескольких часов) ношение купальника на песчаном пляже; игра в песке; неправильное использование туалетной бумаги после туалета.

Тем не менее, большинством исследователей подчеркивается, что ведущим патогенетическим звеном вульвовагинита является гипоестрогения. Вследствие этого слизистая влагалища девочек истончена, в ней отсутствует гликоген, pH влагалища нейтральная, а биоценоз представлен смешанной кокко-бациллярной флорой. Таким образом, влагалище девочки является благоприятной средой для роста патогенной микрофлоры [9, 10].

Данные литературы и собственный клинический опыт показывают, что диагностика вульвовагинита у девочек является непростой задачей. Это обусловлено тем, что под маской вульвовагинита может протекать масса другой патологии: кожные заболевания, в том числе аллергической этиологии (атопический дерматит, склерозирующий лишай, псориаз, контактная или пищевая аллергия, контагиозный моллюск и т.п.); энтеробиоз; инфекционные заболевания (корь, ветряная оспа, в т.ч. после прививки); системные заболевания (синдром Бехчета, системная красная волчанка, дискразия) [14, 25].

Основные клинические симптомы вульвовагинита у девочек представлены гиперемией наружных гениталий; патологическими выделениями из половых путей, которые могут быть разного цвета и иметь неприятный запах; зудом и неприятными ощущениями в области гениталий, которые могут спровоцировать у ребенка расчесы, «неуклюжую походку» или могут быть ошибочно приняты родителями за «мас-

Корреспонденцию адресовать:

МОЗЕС Вадим Гельевич,
650099, г. Кемерово, ул. Весенняя, д. 16, кв. 115.
Тел.: +7-904-573-24-43.
E-mail: vadimmoses@mail.ru

турбацию» [1, 7]. В монографии, посвященной детской и подростковой гинекологии, Altchek A. (2009) дополняет симптоматику вульвовагинита так называемой «вульварной дизурией» — моча, раздражая воспаленную кожу и слизистую наружных гениталий, вызывает боль, из-за которой ребенок боится мочеиспускания, поэтому мочится редко и/или большим объемом [32]. В этой же книге приведено мнение Dominique Hamel-Teillac (2009), который считает, что критерием, исключающим вульвовагинит, является наличие у ребенка лихорадки и боли в животе, так как эти симптомы чаще свидетельствуют о наличии другого заболевания.

По мнению большинства исследователей, тщательный сбор анамнеза позволяет наиболее эффективно сузить круг дифференциальной диагностики и определить необходимый объем и последовательность обследования ребенка. Однако этот этап может сопровождаться определенными трудностями. В отличие от взрослых, подростки чаще испытывают неловкость или страх предстоящего осмотра; некоторые боятся, что родители могут узнать о том, что они живут половой жизнью и т.п. Данные литературы и собственный опыт показывают, что врачу необходимо создать максимальную конфиденциальность, психологический комфорт для ребенка и его родителей; быть максимально терпеливым при опросе и осмотре; опрос подростка, с согласия его родителей, лучше проводить конфиденциально [27].

При опросе подростка важно выяснить наличие половой жизни, количество половых партнеров и используемые методы контрацепции; у сексуально активного подростка в первую очередь следует исключать инфекции, передаваемые половым путем [18, 23]. Проявления вульвовагинита могут быть обусловлены аллергическим компонентом, поэтому следует акцентировать внимание ребенка и его родителей на возможную связь симптомов с употреблением каких-либо пищевых продуктов, использованием мыла, прокладок и т.п. В некоторых случаях вульвовагинит может быть вызван неправильным использованием туалетной бумаги и загрязнением наружных гениталий фекалиями, поэтому при беседе с ребенком и его родителями на этом факторе тоже следует сделать акцент, просто спросив, «как они это делают» [29]. Следует подробно выяснить перенесенные и имеющиеся соматические заболевания ребенка, так как проявления вульвовагинита могут встречаться при энурезе, использовании антибиотиков и глюкокортикоидов, сахарном диабете, глистной инвазии, кожных заболеваниях и системном поражении соединительной ткани, ВИЧ [26].

Следующим этапом диагностики вульвовагинита является гинекологическое обследование, которое проводится в положении для литотомии при хорошем освещении. Так как у ребенка это может быть первый

осмотр, Aruda M.M. (1992) рекомендует объяснять ему и его родителям каждый шаг исследования [16]. Осмотр проводится в обычной последовательности, однако большинство авторов рекомендуют проводить обязательную пальпацию паховых лимфоузлов; осмотр промежности, ягодиц и бедер на предмет эскориаций, мацерации, гиперемии и других кожных проявлений; у сексуально активного подростка осмотр шейки матки и влагалища проводится с помощью гинекологического зеркала [8].

Из лабораторных тестов рутинно применяются бактериоскопия влагалищного содержимого, интерпретацию которого целесообразнее всего проводить по критериям Коршунова М.Л. (1990) [6, 7]. Следует отметить, что сегодня нет единого мнения о рутинном применении культурального исследования микрофлоры влагалища с определением ее титра. По нашему мнению, следует согласиться с теми авторами, которые не рекомендуют применять этот метод рутинно, а использовать его в случае осложненного течения заболевания [11].

Вагиноскопия проводится по строгим показаниям, которые ограничены подозрением на травму или инородное тело влагалища, рецидивирующем течении вульвовагинита и подозрением на новообразование [3].

Лечение неосложненного вульвовагинита следует начинать с консультирования родителей и ребенка по вопросам соблюдения личной гигиены [30]. Для простоты, эти рекомендации для родителей можно свести к трем ведущим правилам, сформулированным Altchek A. (1992): обеспечьте, чтобы наружные гениталии вашего ребенка были в чистоте, прохладе и сухости [15]. Как правило, этого достаточно для полного излечения и профилактики рецидивов заболевания. Автором подчеркивается, что правила не должны быть сильно сложными и не должны содержать много ограничений. Резюмируя данные литературы и собственный опыт, следует рекомендовать родителям и ребенку соблюдать следующие правила, которые целесообразно распечатать в виде памятки:

- создайте условия, чтобы вульва ребенка была чистой, сухой; не используйте для ее туалета горячую воду и мыло, так как это провоцирует гиперемию;
- прекратите использовать местные лекарственные вещества, так как кожа вульвы при воспалении становится чрезвычайно чувствительной и поэтому лекарства приносят больше вреда, чем пользы;
- по возможности, ребенок должен подмываться теплой водой дважды в день, желательно под контролем матери для тщательного туалета наружных гениталий;
- при необходимости, для купирования зуда используйте пероральные формы антигистаминных пре-

Сведения об авторах:

КОСЫХ Светлана Леонидовна, врач акушер-гинеколог, МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», г. Кемерово, Россия.

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, профессор, кафедра акушерства и гинекологии № 1, ГБОУ ВПО КеМГМА Минздравсоцразвития России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

- паратов, которые особенно показаны гиперактивным детям с кожным зудом перед ночным сном;
- очаги сильного раздражения или мацерации можно протирать растительным маслом, нанесенным на ватный тампон;
 - трещины кожи следует обрабатывать увлажняющим кремом, используемым для лечения атопического дерматита;
 - не используйте подгузники и памперсы, так как они содержат непромокаемый наружный слой, который провоцирует влажность, мацерацию и раздражение кожи вульвы и промежности;
 - следите за пеленками и немедленно меняйте их, если они загрязнились;
 - колготки, трико, обтягивающие брюки, тесное нижнее белье провоцируют раздражение и гиперемии вульвы и промежности;
 - используйте хлопчатобумажное нижнее белье, в качестве верхней одежды отдавайте предпочтение юбке; если на улице холодно и ребенок носит штаны, рекомендуйте ему переодеваться в закрытом помещении в юбку;
 - если ребенок занимается спортом и носит купальник или тесную спортивную одежду из синтетики, рекомендуйте ему переодеваться немедленно после тренировки, так как пот и влага обладают раздражающим действием;
 - избегайте длительного ношения ребенком мокрого купальника на пляже — купальник должен быть снят немедленно после купания;
 - избегайте использования пижам и излишне теплых одеял; ребенок должен спать в длинной ночной рубашке без нижнего белья;
 - тщательно прополаскивайте нижнее белье, чтобы оно не содержало в себе остатков моющих средств;
 - не пользуйтесь эпиляцией;
 - ведите дневник, чтобы выявить пищевую или контактную аллергию, которая может провоцировать симптомы вульвовагинита; в дневнике отмечайте, какую одежду носит ребенок, и какую пищу он употребляет.

В качестве поддерживающей терапии, позволяющей облегчить симптомы заболевания, некоторыми авторами рекомендуется местная терапия в виде орошений и ванночек с растительными антисептиками (отвар календулы, ромашки, подорожника, шалфея, клевера); коллоидных растворов (colloidal oatmeal); 3 % раствора перекиси водорода. При явлениях мацерации эпителия влагалища применяется закапывание в половую щель масляных растворов витамина А, облепихового масла, а в случае заметного фибрирования вульвы рекомендуются аппликации солкосерила геля или крема овестин. Несмотря на то, что указанные рекомендации не подтверждаются РКИ, длительный опыт их применения показывает достаточную их эффективность [33].

В случае тяжелого или рецидивирующего течения вульвовагинита в его лечении используются антибактериальные препараты, однако их выбор остается предметом оживленных дискуссий [27]. Сложность выбора антимикробной терапии обусловлена множеством требований, которые предъявляются к препаратам: хорошей приемлемостью и эффективностью; широким спектром антибактериального действия, которая сочетается с возможностью сохранить естественный биоценоз влагалища; безопасностью для ребенка. В большинстве РКИ и проспективных исследованиях предпочтение отдается комбинированным препаратам, содержащим несколько антибиотиков и антимикотиков [36]. Преимущества комбинированных местных форм антибиотиков и антимикотиков во многом обусловлены минимальным риском системного действия и максимальной их концентрацией в очаге воспаления; биоценозом влагалища девочек, представленного смешанной кокко-бациллярной микрофлорой в условиях эстрогенового дефицита. В частности, шестидневный курс местного комбинированного препарата, содержащего аминогликозид неомицина сульфат в дозировке 35000 МЕ; полипептидный антибиотик полимиксина В сульфат в дозировке 35000 МЕ; нистатин — антимикотик из группы полиенов в дозировке 100000 МЕ, оказался эффективным у 90 % девочек с вульвовагинитом [12]. Схожие данные опубликованы Joishy M., показавшим эффективность местных комбинированных антибактериальных средств у девочек с рецидивирующим вульвовагинитом или в случае преобладания в биоценозе влагалища патогенных или условно патогенных микроорганизмов [24].

Существует и другая сторона проблемы — комплаенс антибактериальной терапии. Это очень важный показатель, так как в современных условиях основное лечение вульвовагинита проводится на дому [31]. Однако, как указывает Гуркин Ю.А. (2009), при консультировании родителей ребенка по вопросам лечения врач может столкнуться с отказом применять влагалищные лекарственные формы (шарики, свечи, таблетки) в связи с необоснованным, по сути, опасением «повредить половые органы» [2]. В этом плане примером наиболее удачного фактора местного комбинированного антибактериального препарата является Полижинакс Вирго. Препарат представлен в виде капсулы для вагинальных инстилляций, содержащих лекарственную эмульсию, которая легко вводится в половую щель без риска повредить гимен.

Чрезвычайно дискуссионным является использование в лечении и реабилитации девочек с вульвовагинитами пробиотиков. Некоторыми исследователями описан положительный опыт использования пробиотиков в лечении неспецифических бактериальных вульвовагинитов, однако эти данные в основном

Information about authors:

KOSYH Svetlana Leonidovna, obstetrician-gynecologist, Municipal children hospital N 5, Kemerovo, Russia.

MOSES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, professor, department of gynaecology and obstetrics N 1, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru

касаются взрослых женщин, биоценоз влагалища которых отличается от девочек [34]. В то же время, некоторые авторы указывают на то, что для доказательства должного эффекта пробиотиков необходимы более объемные и качественные РКИ [19].

Таким образом, данные литературы и наш собственный опыт показывают, что своевременная диаг-

ностика, качественное консультирование и дифференцированный подход к лечению позволяют эффективно решать проблему вульвовагинитов у девочек. Не менее важным является мультидисциплинарный подход к этой проблеме, так как нередко вульвовагинит является всего лишь проявлением другого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Глазкова, И.С. Коррекция микробиоценоза половых путей с целью профилактики послеабортных воспалительных осложнений у девочек-подростков /И.С. Глазкова //Репрод. здоровье женщин. – 2005. – № 1. – С. 2-5.
2. Гуркин, Ю.А. Опыт поэтапного лечения неспецифических вульвовагинитов у девочек /Ю.А. Гуркин //Репрод. здоровье детей и подростков. – 2009. – № 5. – С. 15-20.
3. Гуркин, Ю.А. Гинекология подростков: руков. для врачей /Ю.А. Гуркин. – СПб., 2000. – 574 с.
4. Захарова, И.Н. Вульвовагиниты в детском и подростковом возрасте /И.Н. Захарова, Н.А. Коровина, Т.М. Творогова. – М., 2008. – 25 с.
5. Корсунская, М.С. Вирусные дерматозы у детей /М.С. Корсунская, Л.Н. Мазанкова, О.Б. Тамразова //Практика педиатра. – 2005. – № 2. – С. 28-29.
6. Коколина, В.Ф. Диагностика и лечение урогенитальных инфекций у детей и подростков /В.Ф. Коколина. – М., 2001. – 31 с.
7. Коршунов, М.Л. Бактериальный вульвовагинит у девочек, страдающих воспалительными заболеваниями мочевыводящих путей /М.Л. Коршунов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1990. – 20 с.
8. Кульбаева, К.Ж. Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии и ювенильного акушерства /К.Ж. Кульбаева. – Астана, 2007. – 28 с.
9. Маркин, Л.Б. Детская гинекология: справ. /Л.Б. Маркин, Э.Б. Яковлева. – Киев, 2004. – С. 238-239.
10. Маслова, И.О. Влагалищные выделения у девочек: этиология, клиника, диагностика, лечение /И.О. Маслова //Педиатрия. – 2005. – Т. 7, № 2. – С. 13-18.
11. Прилепская, В.Н. Клиника, диагностика и лечение вульвавагинального кандидоза (клиническая лекция) /В.Н. Прилепская //Гинекология. – 2001. – № 3(6). – С. 201-205.
12. Серов, В.Н. Лечение неспецифических бактериальных и грибковых кольпитов полижинаксом /В.Н. Серов //Вестн. рос. ассоц. акуш.-гинеко. – 2001. – № 1. – С. 64-67.
13. Уварова, Е.В. Влагалище как микросистема в норме и при воспалительных процессах различной этиологии: руков. для врачей /Е.В. Уварова. – М., 2009. – 696 с.
14. Altchek, A. The subacute state of vulva atopic dermatitis /A. Altchek //J. Ped. Adolesc. Gynec. – 2007. – N 20(2). – P. 131-138.
15. Altchek, A. Pediatric and adolescent gynecology /A. Altchek //Compr. Ther. – 1995. – N 21(5). – P. 235-241.
16. Aruda, M.M. Vulvovaginitis in the prepubertal child /M.M. Aruda //Nurse Pract. Forum. – 1992. – V. 3(3). – P. 149-151.
17. Carr, P. Evaluation and management of vaginitis /P. Carr, D. Felsenstein, R. Friedman //J. Gen. Intern. Med. – 1998. – V. 13. – P. 335-346.
18. Centres for Disease Control and Prevention. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases /Atlanta, GA, 2002.
19. Common complimentary and alternative therapies for yeast vaginitis and bacterial vaginosis: a systematic review /K. Van Kessel, N. Assefi, J. Marrazzo, L. Eckert //Obstet. Gynec. Surv. – 2003. – V. 58. – P. 351-358.
20. Cox, R.A. Clinical and microbiological features of Haemophilus influenzae vulvovaginitis in young girls /R.A. Cox, M.P. Slack //J. Clin. Pathol. – 2002. – V. 55. – P. 961-964.
21. Fischer, G. Chronic vulvitis in pre-pubertal girls /G. Fischer //Australas J. Dermatol. – 2010. – V. 51. – P. 118-123.
22. Fisher, G. Vulvar lesions in children: a clinical audit of 130 cases /G. Fisher, M. Rogers //Pediatr. Dermatol. – 2000. – V.17. – P. 1-16.
23. Garden, A.S. Vulvovaginitis and other common childhood gynaecological conditions /A.S. Garden //Arch. Dis. Child. Educ. Pract. Ed. – 2011. – V. 96(2). – P. 73-78.
24. Joishy, M. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? /M. Joishy, C. Ashtekar, F. Jain //BMJ. – 2005. – V. 330. – P. 186-188.
25. Lichen Planus and the vulvovaginal-gingival syndrome /M.A. Ramer et al. //J. Periodontol. – 2003. – N 74. – P.1385-1393.
26. Mardh, P.A. The vaginal ecosystem /P.A. Mardh //Am. J. Obstet. Gynec. – 1991. – V. 165. – P. 1163-1168.
27. Merchant, J. Douching: a problem for adolescents girls and young women /J. Merchant, R. Oh, L. Klerman //Arch. Pediat. Adolesc. Med. – 1999. – V. 153. – P. 834-937.
28. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations the /R. Amsel, P. Totten, C. Spiegel, K. Chen //Am. J. Med. – 1983. – V. 74. – P. 14-22.
29. Nyirjesy, P. Vaginitis in the adolescent patient /P. Nyirjesy //Pediat. Clin. North. Am. – 1999. – V. 46. – P. 733-745.
30. Omar, H.A. Management of labial adhesions in prepubertal girls /H.A. Omar //J. Pediat. Adolesc. Gynec. – 2000. – N 13. – P. 183-186.
31. Paller, A.S. Clinical Pediatric Dermatology, 3rd edn. /A.S. Paller, A.J. Mancini. – Philadelphia, 2000. – 198 p.
32. Pediatric, Adolescent, & Young Adult Gynecology /A. Altchek at all. – Blackwell Publishing Ltd, 2009. – 320 p.
33. Pediatric and Adolescent Gynecology. Evidence-Based Clinical Practice /C.S. Montpellier at al. – Karger, 2004. – 286 p.
34. Piipo, S. Vulvar symptoms in paediatric and adolescent patients /S. Piipo, H. Lenko, R. Vuento //Acta. Paediat. – 2000. – V. 89. – P. 431-435.
35. Severe vulvovaginitis as a presenting problem of type 2 diabetes in adolescent girls: a case series /J. Curran, J. Hayward, E. Sellers, H. Dean //Pediatrics. – 2011. – V. 127(4). – P. 1081-1085.
36. Quint, E.H. Vulvar disorders in adolescent patients /E.H. Quint, Y.R. Smith //Pediat. Clin. North. Am. – 1999. – V. 46. – P. 593-606.

* * *