

Косых С.Л., Мозес В.Г.

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

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА У ДЕВОЧЕК, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Цель: определение особенностей клинического течения неспецифического бактериального вульвовагинита (НБВ) у девочек, рожденных от матерей с недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани (НФДСТ).

Материал: у 157 девочек проведено клиническое исследование, бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений из влагалища, НБВ диагностирован у 111 девочек. У всех девочек и их матерей исследовалась иммунограмма; у всех матерей девочек с НБВ выявлялись фенотипические проявления НФДСТ.

Результаты: у девочек с НБВ, рожденных от матерей с НФДСТ, отмечалось более тяжелое течение заболевания; у матерей с НФДСТ и у их детей с НБВ были выявлены нарушения в системе гуморального иммунитета. Сделан вывод о том, что НФДСТ у матери может использоваться как предиктор неблагоприятного течения НБВ у девочек.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вульвовагинит; девочки; иммунитет; дисплазия соединительной ткани.

Kosyh S.L., Moses V.G.

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

THE CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL CHARACTERISTIC NONSPECIFIC VULVOVAGINITIS AT THE GIRLS BORN FROM MOTHERS WITH THE DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE

The purpose: definition of features of a clinical current nonspecific bacterial vulvovaginitis (NBV) at the girls born from mothers with the undifferentiated forms of dysplasia of connective tissue (UFDCT).

A material: at 157 girls clinical research, bacteriological and bacterioscopy research leucorrhoea from a vagina is conducted, NBV is diagnosed for 111 girls. At all girls and at their mothers it was immunity investigated; at all mothers of girls with NBV came to light phenotype displays UFDCT.

Results: at girls with NBV born from mothers with UFDCT heavier current of disease was marked; and at mothers with UFDCT and at their children with NBV infringements humoral immunity have been revealed. The conclusion that UFDCT at mother can be used as predictors adverse current NBV at girls is drawn.

KEY WORDS: vulvovaginitis; girls; the undifferentiated forms of dysplasia of connective tissue; immunity.

Неспецифический бактериальный вульвовагинит (НБВ) у девочек является ведущей проблемой, которая заставляет их родителей обратиться за помощью к гинекологу. Большинство исследователей отмечает, что лечение НБВ является сложной задачей, так как течение заболевания часто осложняется хронизацией воспалительного процесса и присоединением аллергического компонента воспаления [1, 2]. Все это ведет к рецидиву НБВ, который, по данным Ю.А. Гуркина, наблюдается в каждом третьем случае [1].

Так как течение заболевания во многом зависит от иммунного статуса ребенка, сегодня идет постоянный поиск предикторов врожденного и приобретенного иммунодефицита. В этом плане большой интерес представляют женщины с врожденной недостаточностью соединительной ткани, так называемыми недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани (НФДСТ). Пациенты с НФДСТ относятся к категории часто болеющих людей и часто имеют нарушения в системе гуморального и клеточного иммунитета [3, 4]. НФДСТ является наследственным заболеванием, поэтому логично предположить, что у детей, рожденных от матерей с НФДСТ, также возможны нарушения в иммунной системе, влияющие на течение НБВ.

Цель исследования – определение особенностей клинического течения НБВ у девочек, рожденных от матерей с НФДСТ.

МЕТОДЫ

Методом сплошной выборки проведено проспективное обследование 157 девочек. Критериями включения в исследование были информированное согласие родителей на исследование, возраст от 2 до 10 лет, отсутствие тяжелой соматической патологии в стадии декомпенсации, отсутствие инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Всем девочкам проводилось объективное и гинекологическое исследование; бактериоскопическое и бактериологическое исследо-

вание влагалищного отделяемого; всем девочкам проводилась ПЦР на ИППП; у всех матерей исследуемых девочек выявлялись фенотипические проявления НФДСТ при помощи функциональных и оценочных проб, предложенных В.М. Яковлевым (1994), клинически значимым считалось наличие 5 и более стигм дизэмбриогенеза [5]. У всех девочек и их матерей на проточных цитометрах FACScan (Becton Dickinson) и FC-500 (Becton-Coulter) выполнена иммунограмма 1 уровня.

НБВ был диагностирован у 111 девочек. Все исследуемые пациенты были разделены на три группы. Критерием включения девочек в основную группу I (n = 57) было наличие у них НБВ и НФДСТ у их матерей. Критерием включения в группу сравнения II (n = 54) было наличие у девочек НБВ и отсутствие НФДСТ (менее 5 стигм дизэмбриогенеза) у их матерей.

Выборочные параметры, приводимые в таблицах, имеют следующие обозначения: М – среднее, у – стандартное отклонение, n – объем анализируемой подгруппы, p – достигнутый уровень значимости. Статистически значимое различие выборочных средних проверялось при помощи критерия Вилкоксона. Проверка статистической значимости различий между относительными частотами двух или большего числа событий осуществлялась при помощи критерия χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст исследуемых девочек составил $8,05 \pm 2,5$ лет в основной группе и $8,6 \pm 1,9$ лет в группе сравнения (p = 0,02).

Бактериологическое исследование биоценоза влагалища у исследуемых девочек представлено в таблице 1.

Клинические симптомы и проявления НБВ у исследуемых девочек представлены в таблице 2.

Девочки, рожденные от матерей с НФДСТ, чаще страдали хроническими заболеваниями: atopическим дерматитом (26,3 % в основной группе, 3,7 % в группе сравнения, p < 0,001); гастритом (31,5 % и 1,8 %, соответственно, p < 0,001); бронхиальной астмой (24,5 % и 3,7 %, соответственно, p < 0,001).

Фенотипические и висцеральные проявления НФДСТ у матерей исследуемых девочек представлены в таблице 3.

Корреспонденцию адресовать:

МОЗЭС Вадим Гельевич,
65099, г. Кемерово, ул. Весенняя, 16-115.
Тел.: +7-904-573-24-43.
E-mail: vadimmoses@mail.ru

Таблица 1
Спектр микрофлоры влагалища у девочек обеих групп

Показатели	Основная группа (n = 57)		Группа сравнения (n = 54)		p
	%		%		
Staphylococcus epidermidis	28		37		0,31
Escherichia coli	31,5		27,7		0,66
Enterococcus faecalis	22,8		16,6		0,41
Staphylococcus saprofiticus	22,8		14,8		0,28
Staphylococcus aureus	12,2		16,6		0,51
Gardnerella vaginalis	54,3		37		0,06

Таблица 2
Клинические проявления НБВ у исследуемых девочек

Показатель	Основная группа (n = 57)		Группа сравнения (n = 54)	
	абс.	%	абс.	%
Жалобы				
Покраснение гениталий	28	49,1	28	55,5
Зуд	27*	47,3	12	22,2
Выделения из влагалища	56*	98,2	40	74,1
Неприятный запах	11	18,2	10	18,5
Дизурия	8	14	3	5,5
Боли в нижней части живота	2	3,5	-	-
Данные гинекологического исследования				
Гиперемия вульвы	51*	89,4	32	59,2
Отек вульвы	10**	17,5	1	1,8
Мацерация вульвы	8**	14	1	1,8
Светлые бели	37*	68,5	7	4
Мутные бели	11*	20,3	26,3	15
Гнойные бели	1*	1,8	57,8	33

Примечание: * p < 0,001; ** p < 0,05.

Показатели иммунитета у девочек и их матерей представлены в таблице 4.

ОБСУЖДЕНИЕ

Девочки с неспецифическим бактериальным вульвовагинитом (НБВ) являются частыми пациентами, с которыми приходится сталкиваться в своей практической деятельности детскому гинекологу. По разным данным, доля НБВ среди всех девочек, обращающихся за помощью к гинекологу в амбулаторной сети, может составлять от 50 до 85 % [1, 6].

Относительно высокая частота НБВ у девочек обусловлена их анатомическими особенностями и недостаточно развитыми механизмами защиты. В час-

Таблица 3
Фенотипические и висцеральные проявления НФДСТ у матерей девочек с НБВ

Стигмы дизэмбриогенеза	Основная группа (n = 57)		Группа сравнения (n = 54)	
	абс.	%	абс.	%
Ни одной стигмы	-	-	28	51,8
От 1 до 5 стигм	-	-	26	48,2
Свыше 5 стигм	57	100	-	-
Косметический синдром				
Низкий лоб	14*	24,5	1	1,8
Уплощенная спинка носа	5**	8,7	-	-
Искривление носа	7**	12,2	1	1,8
Седловидный нос	10**	17,5	2	3,7
Приращенные мочки ушей	16**	28	6	11,1
Асимметрия глазных щелей	6**	10,5	-	-
Неправильный прикус	15**	26,3	3	5,5
Неправильный рост зубов	15**	26,3	4	7,4
Гиперрастяжимая кожа	14*	24,5	-	-
Торако-диафрагмальный синдром				
Длинное туловище	6**	10,5	-	-
Сколиоз	18*	31,5	-	-
Синдром прямой спины	10**	17,5	1	1,8
Нарушение рефракции	23*	40,3	2	3,7
Захождение пальцев стопы друг за друга				
Гипермобильность суставов	24*	42,1	2	3,7
Привычные вывихи	6*	10,5	-	-
Х-образные конечности	14*	24,5	2	3,7
Второй палец стопы больше первого				
	16**	28	5	9,2

Примечание: * p < 0,001; ** p < 0,05.

тности, на фоне гипоэстрогении слизистая влагалища у девочек до пубертатного возраста тонкая и в ней отсутствует гликоген, поэтому биоценоз влагалища представлен смешанной кокко-бациллярной флорой, что было подтверждено проведенным исследованием, не выявившим какого-либо различия у девочек обеих групп. Тем не менее, при нормальном состоянии иммунитета существующих механизмов защиты вполне достаточно для того, чтобы при соблюдении девочкой личной гигиены происходило полное самоизлечение [7]. Вот почему сегодня придается такое значение поиску предикторов врожденного и/или приобретенного иммунодефицита у детей и подростков [4, 7].

У девочек, рожденных от матерей с недифференцированными формами дисплазии соединительной

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

Information about authors:

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

MOSSES 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

Таблица 4
Показатели иммунитета у девочек с НБВ и их матерей

Параметры	Основная группа (n = 57)	Группа сравнения (n = 54)	P
Матери			
Ig A	5,2 ± 0,6	2,08 ± 0,5	< 0,001
Ig M	1,08 ± 0,3	1,24 ± 0,4	0,569
Ig G	8,08 ± 2,5	8,17 ± 1,6	0,573
T-лимфоциты, %	36,5 ± 10,1	75,6 ± 16,9	< 0,001
Фагоцитарная активность лейкоцитов	0,16 ± 0,1	0,41 ± 0,18	< 0,001
Общий комплемент CH-50	26,05 ± 9,4	67,8 ± 22,2	< 0,001
Циркулирующие иммунные комплексы	0,06 ± 0,04	0,03 ± 0,07	< 0,001
Девочки			
Ig A	0,9 ± 0,3	1,4 ± 0,91	0,011
Ig M	0,5 ± 0,2	1,6 ± 0,35	< 0,001
Ig G	5,4 ± 2,8	8,9 ± 3,8	< 0,001
T-лимфоциты, %	39,4 ± 9,8	64,3 ± 13,1	< 0,001
Фагоцитарная активность лейкоцитов	0,22 ± 0,11	0,36 ± 0,18	< 0,001
Общий комплемент CH-50	15,6 ± 6,4	19,4 ± 5,5	< 0,001
Циркулирующие иммунные комплексы	0,046 ± 0,06	0,039 ± 0,08	< 0,001

ткани (НФДСТ), отмечалось более тяжелое течение НБВ, проявляющееся большим разнообразием и интенсивностью клинических симптомов. НФДСТ — довольно распространенная врожденная патология, достигающая 26 % в общей популяции. Для этой патологии характерно поражение разных локусов генов, кодирующих синтез коллагена, что обуславливает множественность и полисистемность клинических проявлений и затрудняет генетическую классификацию и диагностику [8, 9]. Это нашло свое отражение в

полученных результатах исследования — у каждой матери девочек основной группы количество стигм дизэмбриогенеза превышало пять, а качественный анализ стигм показал преобладание торако-диафрагмального, суставного, косметического синдромов и патологии органов зрения.

Считается, что функциональное состояние иммунной системы при дисплазии соединительной ткани часто характеризуется ее недостаточностью, что подтвердили результаты исследования гуморального иммунитета у матерей с НФДСТ, хотя объясняющие её механизмы по сей день остаются не раскрытыми [10]. Это предположение косвенно подтверждали данные анамнеза и анализ клинических симптомов НБВ у детей, рожденных от матерей с НФДСТ. Девочки, рожденные от матерей с НФДСТ, чаще болели соматическими заболеваниями, которые являются маркером нарушений в системе гуморального иммунитета. Анализ иммунограмм показал, что у детей, рожденных от матерей с НФДСТ, выявлены нарушения в системе гуморального иммунитета с преобладанием аллергического компонента.

Таким образом, количество (5 и более) и качество (преобладание торако-диафрагмального, суставного, косметического синдромов и патологии органов зрения) стигм дизэмбриогенеза у матери девочки с НБВ можно использовать в качестве предиктора неблагоприятного течения заболевания. Выявление НФДСТ у детей при помощи клинического обследования связано с определенными трудностями, которые во многом обусловлены ростом и развитием органов и систем ребенка [8]. С другой стороны, диагностика НФДСТ у матери ребенка не занимает много времени и может помочь в случае, когда исследование иммунитета у ребенка затруднительно или отсрочено во времени.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гуркин, Ю.А. Опыт поэтапного лечения неспецифических вульвовагинитов у девочек /Ю.А. Гуркин //Репрод. здоровье детей и подростков. — 2009. — № 5. — С. 15-20.
2. Захарова, И.Н. Вульвовагиниты в детском и подростковом возрасте /И.Н. Захарова, Н.А. Коровина, Т.М. Творогова. — М., 2008.
3. Bromberg, K. Sexually transmitted diseases in children and adolescents /K. Bromberg, M. Hammerschlag, S.A. Rawstron //Textbook of Ped. Dermatol. — 2000. — V. 2. — P. 1510-1529.
4. Fisher, G. Vulvar disease in children: A clinical audit of 130 cases /G. Fisher, M. Rogers //Pediat. Dermatol. — 2000. — V. 17 — P. 1-16.
5. Яковлев, В.М. Кардиореспираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани (патогенез, клиника, диагностика и лечение) /В.М. Яковлев, Г.И. Нечаева. — Омск, 1994. — 122 с.
6. Pediatric and Adolescent Gynecology. Evidence-Based Clinical Practice /C.S. Montpellier et al. — Karger, 2004.
7. Pediatric, Adolescent, & Young Adult Gynecology /A. Altchek et al. — Blackwell Publishing Ltd, 2009.
8. Нечаева, Г.И. Диагностика дисплазии соединительной ткани у лиц среднего и пожилого возраста в практике семейного врача /Г.И. Нечаева, И.А. Викторова, И.Ю. Калинина //Рос. семейный врач. — 2004. — Т. 8, № 2. — С. 47-54.
9. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение /Г.И. Нечаева, В.М. Яковлев, В.П. Конев, И.В. Друк //Лечащий врач. — 2007. — № 4. — С. 38-43.
10. Paller, A.S. Clinical Pediatric Dermatology, 3rd edn /A.S. Paller, A.J. Mancini. — Philadelphia, 2000.

Конфликт интересов.

Финансирование исследования осуществлялось за счет гранта Губернатора Кемеровской области 2011 года для поддержки молодых ученых — докторов наук.

* * *