

ЛОКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕТЕЙ

Среди современных демографических проблем наибольшее значение приобретает сохранение репродуктивного здоровья. Первостепенную важность приобретает своевременное лечение гинекологических заболеваний у девочек, то есть забота о репродуктивном потенциале должна осуществляться с детства [1, 2].

Наиболее распространенной патологией среди девочек являются вульвовагиниты, частота которых за последние 5 лет возросла с 20,6 % до 58,9 % [3, 4, 5, 6]. Несмотря на большую распространенность вульвовагинитов среди девочек, многие вопросы, касающиеся этиологии, патогенеза, клиники и, особенно, лечения этого заболевания, остаются нерешенными. Особенно затруднительным является лечение хронических, рецидивирующих вульвовагинитов. В свете этих вопросов очевидной становится необходимость совершенствовать лечение хронических вульвовагинитов у девочек с учетом значительных различий в этиологии и клиническом течении.

Цель исследования — сравнение эффективности разработанной схемы трехэтапного лечения в сравнении с традиционными методами.

МЕТОДИКА ТРЕХЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ

Цель первого этапа — санировать экстрагенитальные очаги инфекции, добиться компенсации соматического заболевания, нормализовать уровень витаминов, оживить митоз эпителиальных клеток, стимулировать иммунную (ГЗТ) реактивность, при необходимости — детоксикация и десенсибилизация, улучшение трофики кожи и слизистых оболочек, стимуляция процессов репарации. С этой целью применяют препараты, повышающие обменные процессы в тканях и ускоряющие процессы репарации.

Цель второго этапа — эффективная антибактериальная местная терапия, а при необходимости — общая. Для лечения хронических вульвовагинитов на втором этапе применялись полижинакс, тержинакс, бетадин, ранее не применявшиеся в детской практике.

Третий этап лечения — коррекция биоценоза влагалища следующими эубиотиками: лактобактерин,

бифидумбактерин, фемилак, бификол, бифидин. Указанные препараты применяют интравагинально по 2-3 дозы 1 раз в сутки в течение 10 дней.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В окончательное рассмотрение были включены 105 девочек, обратившихся в гинекологические кабинеты. Одним из условий включения в исследуемую группу было нахождение в возрастных рамках от 2 до 12 лет. Диагноз хронического неспецифического вульвовагинита 17 пациенткам был поставлен сразу, при первом посещении; остальным — в последующие дни, по мере уточнения диагноза и получения лабораторных данных. Все дети велись амбулаторно, но 32 из них были госпитализированы в различные отделения: гинекологическое, урологическое, гастроэнтерологическое, хирургическое в многопрофильной больнице. Кроме того, 41 ребенок находился на одном из этапов лечения в условиях дневного стационара.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из медико-социальных факторов риска, с которыми связано формирование нарушений репродуктивного здоровья у девочек дошкольного и младшего школьного возраста первые места занимают заболевания репродуктивной системы у матери, а также неблагоприятные условия жизни. По-видимому, это обстоятельство делает чисто медицинские усилия недостаточными. Выполняют правила личной гигиены, включая гигиену половых органов и промежности, только 76 девочек (35 девочек ухаживают за собой сами, 41 — с помощью родителей), остальные 29 девочек либо не выполняют правил личной гигиены, либо делают это от случая к случаю. Одновременно с вульвовагинитом у детей наблюдается целый ряд экстрагенитальных заболеваний, большинство из которых расценивались как сопутствующие. Среди них обращает на себя внимание ЛОР-патология, заболевания ЖКТ и инфекции мочевыводящих путей.

Родители 29 девочек обратились к детскому гинекологу впервые, из них у 17 девочек диагноз хро-

нического неспецифического вульвовагинита был поставлен на основании анамнестических данных. Остальные 76 девочек уже неоднократно лечились по поводу вульвовагинита, средняя длительность заболевания составила $3,1 \pm 0,2$ года. На одну пациентку, в среднем, приходится 6-8 рецидивов.

Первичный осмотр, проведенный детским гинекологом, позволил отметить симптомы хронического неспецифического вульвовагинита, исходящих из наружных половых органов и промежности — более 4 на 1 пациентку. Наблюдаемые нами клинические симптомы (в 87 случаях из 105) отличались слабой интенсивностью и непостоянством. В моменты обострений некоторые проявления усиливались. Основные симптомы вульвовагинита, выявленные у девочек обследуемой группы до начала лечения: патологические бели — 88 чел., боль в промежности — 8, гиперемия преддверия — 87, отек половых губ — 80, зуд вульвы и промежности, жжение — 46, дизурия — 22, сильно выраженный сосудистый рисунок — 33, ихорозный запах — 14, налеты на слизистых — 29, крошковатые выделения — 23, кровянистые выделения — 7, мацерация, изъязвления — 11, синехии — 8, Патологические признаки в области ануса — 14 человек.

Лабораторные данные: мазки содержимого заднего свода или заднебоковой поверхности верхней трети влагалища принадлежали к т.н. воспалительному типу у 30 девочек, к промежуточному — 69 человек, к чистому — 6.

Из 43 бактериологических проб 8 оказались стерильными, что может быть связано с техническими погрешностями или наличием не определявшейся микрофлоры, например, облигатных анаэробов.

В подавляющем большинстве исследований определялся α -гемолитический стрептококк — 26 из 35 (74,2 %). Концентрация микроба колебалась от 10^3 КОЕ/мл до 10^3 КОЕ/мл. В 9 наблюдениях идентифицированы стрептококки группы «В». Лактобациллы выделены лишь у 3 пациенток (8,5 %) в малой концентрации, от 10^2 КОЕ/мл до 10^3 КОЕ/мл. Из сопутствующей микрофлоры были выделены: коринебактерии — у 21 девочки, кишечная палочка — у 5, эпидермальный стафилококк — у 2, бифидобактерии — у 2 девочек. Концентрация указанных микроорганизмов в содержимом влагалища низка, она колебалась от 10^2 КОЕ/мл до 10^3 КОЕ/мл, что позволяет отнести указанную флору к сопутствующей.

Девочек, страдающих неспецифическим вульвовагинитом, распределили на 4 группы по принципу различия примененных фармакологических препаратов на втором этапе лечения.

Каждая группа сравнивалась с другими; четвертая группа выполняла роль контрольной группы.

1 группа — 22 девочки 9-12 лет, получали лечение «Бетадином» по 1 свече в течение 8-10 дней. Свеча перед введением обжималась вручную матерью с целью уменьшения диаметра (в двух случаях в середине курса зарегистрирован отказ от лечения из-за опасения матери повредить гимен). Большинство болезненных проявлений исчезло к концу лечеб-

ного курса. В то же время, некоторые симптомы возобновились, в частности, зуд вульвы (2 случая), интенсивность зуда возрастала во время сна или в ответ на водные процедуры.

Мы склонны были связать зуд вульвы с раздражающим действием бетадина, однако этот симптом прослеживался и через месяц после окончания лечения, что свидетельствует о глубоких нейротрофических изменениях.

2 группа — 43 девочки, получали лечение «Тержианом» по 1 свече 6-10 дней. Таблетку вводила специально проинструктированная мать. Перед введением таблетку смачивали в воде в течение 20 секунд. Ни в одном случае не возникло затруднение с введением препарата через гименальное отверстие. Положительный эффект достигался довольно быстро: зуд уменьшался в 1-й день, гиперемия и отек исчезли на 3-й день, дизурия держалась до 5-20 дня. Эрозированные участки слизистой эпителизировались на 3-40 день. Тержиан, в силу своей полипотентности, оказал существенное влияние как на кокковую, так и на палочковую микрофлору, уменьшая долю кокков и увеличивая палочковую. Резкое падение количества «чистых», т.н. асептических, мазков говорит о достаточной колонизации влагалища в течение реабилитационного этапа лечения.

3 группа — 15 девочек, получали лечение «Полижинаксом» по 1 дозе 10 дней в виде маслянистой эмульсии. Поскольку препарат содержит антибиотики «неомицин» и «полимиксин В», мы старались прежде, чем назначить этот препарат, выяснить бактериологическую характеристику каждого случая, а также провести бактериоскопирование. Препарат «полижинакс» существует в виде масляной (соевое масло) суспензии, он легко закапывается в половую щель без риска повредить гимен.

Нами отмечена высокая эффективность лечения «полижинаксом». В частности, сказались не только антимикробные свойства, но и противозудное действие (за счет диметилполисилоксана). Такой эксципиент, как соевое масло, содержащий фитоэстрогены, проявил себя быстрой эпителизацией эрозированных участков слизистой преддверия. Клиническое излечение наступило у 13 человек (81 %). Анализ бактериоскопических данных подтверждает высокую эффективность «полижинакса» против кокков, коккобацилл и других агентов. Реакция многослойного плоского эпителия, в частности, появление клеток более поверхностных слоев, также свидетельствует о репаративных стимулах, возможно, исходящих от примененного препарата, в частности, от малых доз фитоэстрогенов. Бактериологическое излечение у девочек трудно констатировать, т.к. условно-патогенная флора входит в состав нормальной биотопы.

4 группа — 25 девочек, получали традиционное лечение: сидячие ванночки с отваром ромашки, шалфея, календулы и раствором фурациллина 2-3 раза в день. В 19 случаях пришлось продолжить 2-й этап лечения, применив общее лечение антибиотиками. Традиционное лечение дает некоторое улучшение, в

частности, смягчение зуда и нормализацию общего состояния. В мазках, взятых из влагалища, мы видим признаки вялотекущего воспаления. Проводимое лечение изменило общую картину в малой степени. Бактериологически излечение практически не наступало, что явилось основанием для продолжения антибактериального лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническое выздоровление в 1 группе отмечено в 70 % случаев, во 2 группе — в 66,7 %, в 3 группе — в 81 %, в 4 группе — в 25 % случаев. Клиническое выздоровление и бактериологическое в ряде случаев не совпадали. Удельный вес рецидивов выражен следующими цифрами: 1 группа — 60 %, 2 группа — 48,8 %, 3 группа — 33,3 %, 4 группа — 87,5 %. В сравниваемых группах наименьшая эффективность лечения наблюдалась при традиционном ведении. Таким образом, спектр лечебных препаратов может быть расширен за счет вышеуказанных фармакологических средств. Нами отмечено, что длительность диспансерного наблюдения должна превышать

1 год с момента последнего обострения вульвовагинита.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Долженко, И.С. Гинекология детей и подростков. Особенности оценки репродуктивного здоровья девочек /Долженко И.С. //Гинекология. — 2000. — № 5. — С. 12-15.
2. Коколина, В.Ф. Современные методы лечения неспецифических вульвовагинитов /Коколина В.Ф., Зубакова О.В. //Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии: III Всерос. науч.-практ. конф. — СПб., 1980. — С. 153-154.
3. Гуркин, Ю.А. Гинекология подростков: Руков. для врачей /Гуркин Ю.А. — СПб., 2000. — 574 с.
4. Гуркин, Ю.А. Вульвовагиниты у девочек /Гуркин Ю.А., Михайлова Л.Е. — СПб., 1998. — 63 с.
5. К вопросу об этиологии хронических вульвовагинитов у девочек /Богданова Е.А., Уварова Е.В., Латыпова Н.Х. и др. //Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии: III Всерос. науч.-практ. конф. — СПб., 1998. — С. 150-152.
6. Бурцева, Т.С. Факторы риска формирования репродуктивной системы девочек-подростков в современных условиях /Т.С. Бурцева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2000.

* * *

ДЕТСКИХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЛАГЕРЕЙ СТАНОВИТСЯ ВСЕ МЕНЬШЕ

15 июня в большинстве детских лагерей начнется массовый заезд отдыхающих. Отдых в лагере при всех его очевидных недостатках (низком уровне сервиса, антисанитарии, не отремонтированных с советских времен помещениях и столовой кормежке) — один из самых востребованных. Как показал опрос ВЦИОМ, 16 % россиян, в чьих семьях есть дети, приобретут своим отпрыскам путевки в лагерь. Большинство же респондентов (46 %) оставят детей дома. Еще 16 % — отправят на дачу. Выходит, что лагерь — единственный вариант более или менее организованного детского отдыха в России. В этом году для российских детей начнут работу 52388 летних оздоровительных лагерей по всей стране. Это почти на 8 тыс. меньше, чем в прошлом. Если такие темпы будут сохраняться, уже через 6-7 лет лагерей не останется вовсе.

Как заявил на состоявшемся неделю назад селекторном совещании «О готовности к летней оздоровительной кампании 2006 года» главный санитарный врач страны Геннадий Онищенко, закрываются лагеря в основном в связи «со сменой собственника, отказом от организации детского отдыха, закрытием на капитальный ремонт, слабой материально-технической базой и не подготовленностью».

Тем не менее, в стране работают тысячи лагерей и у родителей есть возможность отправить туда детей, сэкономив на стоимости путевки — в бюджете Фонда социального страхования (ФСС) на эти цели предусмотрено более 13 млрд. рублей. Как ими воспользоваться? Все зависит от того, в какой лагерь решено отправить ребенка.

Типов лагерей очень много, но Фонд социального страхования (ФСС) финансирует частичную или полную оплату стоимости путевок только в четырех из них: в детские санатории, санаторные оздоровительные лагеря круглогодичного действия, загородные оздоровительные и оздоровительные лагеря с дневным пребыванием.

Medicus.ru