

З.К. Батырова^{1, 2}, Е.В. Уварова¹, Л.С. Намазова-Баранова^{2, 3}, Н.Х. Латыпова¹, А.Е. Донников¹¹ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова, Москва² Научный центр здоровья детей РАМН, Москва³ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Сращения малых половых губ у девочек периода раннего детства: тактика детского гинеколога

Контактная информация:

Батырова Залина Кимовна, врач акушер-гинеколог отделения диагностики и восстановительного лечения Научного центра здоровья детей РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62, тел.: (495) 967-14-21

Статья поступила: 12.11.2011 г., принята к печати: 12.04.2012 г.

Синехия, или сращение малых половых губ, является одной из наиболее проблемных патологий у девочек, начиная с младенческого возраста. Сращение малых половых губ встречается в популяции у 0,6–3% девочек. Возрастной период, когда наиболее часто выявляют синехии малых половых губ, варьирует от 3 мес до 6 лет, пик заболеваемости приходится на период от 12 до 23 мес жизни. Частота рецидивов составляет от 14 до 39%. В последнее десятилетие отмечен заметный рост заболеваемости этой формой патологии. Вместе с тем единая тактика ведения детей с таким заболеванием отсутствует как в России, так и за рубежом. В настоящей статье особое внимание уделено тактике ведения синехий малых половых губ у девочек в периоде раннего детства, обсуждаются преимущества и недостатки различных методов лечения.

Ключевые слова: синехии малых половых губ, лечение, профилактика, гигиена, детская гинекология.

ИСТОРИЯ ВОПРОСА

В 1826 г. в свет вышла книга лондонского врача Dewees «Лечение детских болезней», которая содержала отдельную главу под названием: «Сращение половых губ у детей». В ней автор описывал эту патологию и предлагал в случае сращения проводить мануальное разведение малых половых губ с последующим наложением между ними жирной мази в смеси с маслом. Позже случай сращения малых половых губ у 4-летней девочки был описан в Америке Ward в 1905 г.

Первое масштабное исследование 110 случаев сращений малых половых губ у девочек было прове-

дено Ноулином и Адамсом, опубликовавшими доклад в 1949 г. Авторы также рекомендовали мануальное разведение малых половых губ с последующим наложением лечебной мази на поврежденные края. И лишь в 1968 г. Хоффман выдвинул предложение, что нанесение эстрогенсодержащего крема на зону сращения предпочтительнее механического разделения малых половых губ [1, 2].

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

По данным J. L. Bacon (2002), сращение малых половых губ между собой встречается в популяции у 0,6–3%

З.К. Batyrova^{1, 2}, E.V. Uvarova¹, L.S. Namazova-Baranova^{2, 3}, N.H. Latypova¹, A.E. Donnikov¹¹ V.I. Kulakov Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Moscow² Scientific Centre of Children Health RAMS, Moscow³ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Adhesions of the labia minora in young girls: what a pediatric gynecologist should do

Adhesion of the labia minora is one of the most complicated diseases in girls at the age beginning with infancy. The occurrence of this condition in population is 0,6–3% of girls. It mainly can be found at the age of from 3 months to 6 years, the age from 12 to 23 months is the peak of disease prevalence. The relapse rate varies from 14 to 39%. During last decade the prevalence of disease has been reported to rise significantly. However there is lack of uniform guidelines of children with this condition management both in Russia and abroad. In this article the problem of management of infant girls with adhesions of the labia minora is highlighted, the advantages and disadvantages of various treatment options are discussed.

Key words: adhesions of the labia minora, treatment, prevention, hygiene, paediatrics gynecology.

девочек [3]. Другие же исследователи указывают более высокую частоту заболеваемости — 21,3–38,9% [4, 5].

Чаще всего сращения малых половых губ выявляются во время профилактического осмотра педиатром или гинекологом детского возраста (64,3%), реже обнаруживаются родителями [6, 7]. Наиболее часто синехии малых половых губ выявляют у девочек в возрасте от 3 мес до 6 лет, пик заболеваемости приходится на период от 13 до 23 мес жизни [8–11]. Частота рецидивов составляет от 14 до 39% [12, 13].

Кожа вульвы в период раннего детства тонкая и легкоранимая; большие половые губы имеют рыхлую структуру и развиты недостаточно, поэтому неполностью прикрывают малые [10].

Вульвовагиниты, атопический дерматит, применение средств, не приспособленных для интимной гигиены маленьких девочек, приводят к десквамации эпителия малых половых губ, плотное соприкосновение которых в процессе заживления ведет к формированию соединительнотканной мембраны [9, 14–19].

Достаточно часто из-за некорректной оценки строения наружных половых органов лечению подвергаются анатомически нормальные области вульвы. Так, в практике педиатров и некоторых гинекологов детского возраста известны попытки разведения малых половых губ в местах их плотного прилегания к большим, что неправильно, т.к. нарушает нормальную анатомию наружных половых органов у девочек препубертатного периода. В связи с этим считаем важным подчеркнуть, что плотное прилегание малых половых губ к большим у детей раннего возраста нельзя расценивать как их сращение (рис. 1).

ФАКТОРЫ РИСКА

По данным некоторых исследований, синехии развиваются в результате хронического, чаще специфического воспалительного процесса вульвы и влагалища. Так, в работе С.В. Субботиной показано, что у девочек с синехиями малых половых губ была выявлена хламидийная (56,9%), уреоплазменная (22,4%) и трихомонадная (8,6%) инфекция [20]. Существуют сообщения о развитии синехий у девочек, перенесших герпетическое поражение [5, 21].

Другие авторы указывают на то, что синехии могут возникать на фоне прогрессирования склероатрофического лишая, при котором сращение малых половых губ значительно плотнее, труднее поддается лечению и может существовать до пубертатного и даже репродуктивного периода. Формируясь в области крайней плоти клитора на фоне трофических нарушений и склероза, сращение малых половых губ может вызвать компрессию нервно-сосудистых пучков и боль [10].

Некоторые специалисты придерживаются мнения об обусловленности возникновения синехий малых половых губ у младенцев широким использованием подгузников. Однако клинических исследований, подтверждающих или опровергающих данное предположение, нет.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Субъективные ощущения у девочек со сращениями малых половых губ могут отсутствовать, но чаще выражаются дискомфортом внизу живота, раздражением и болями в области промежности, неудобством во время ходьбы, при надевании подгузника или белья, затруднением либо острой задержкой мочеиспускания за счет закрытия

уретры и нарушения опорожнения мочевого пузыря. Симптомы нарушения мочеиспускания возникают при аккумуляции мочи за сращением, что ведет к появлению «бьющей» струи мочи, либо ее подтеканием после мочеиспускания. При длительно существующем сращении возможно развитие вторичного вульвовагинита и уретрита за счет скопления мочи и клеток слущенного эпителия за сращением.

Важно отметить, что анатомические особенности мочевого тракта у детей (дольчатое строение, преобладание мозгового слоя над корковым и недостаточная структурная и функциональная зрелость элементов почек; воронкообразный переход мочевого пузыря в мочеиспускательный канал; наличие широкой венозной сети в подслизистом слое уретры) способствуют персистенции инфекции, обуславливают высокую всасываемость и поступление в циркулирующую кровь бактериальных токсинов и самих микробов, повышая риск развития острой почечной недостаточности [17].

ДИАГНОСТИКА

Диагноз синехии малых половых губ не вызывает затруднений и может быть установлен после визуального осмотра вульвы. В отличие от пороков развития наружных половых органов клитор и большие половые губы имеют нормальное строение, а между малыми половыми губами прослеживается тонкая соединительнотканная мембрана.

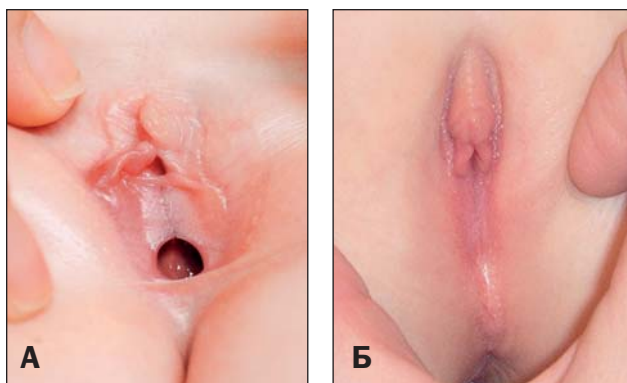
Сращение обычно начинается с области задней спайки и продвигается вверх до клитора (рис. 2).

До недавнего времени основным способом диагностики причин вульвита или вульвовагинита при наличии клинической симптоматики являлись микроскопия мазков и посев содержимого просвета влагалища. Однако посев и микроскопия при традиционном заборе позволяют уточнить представительство микрофлоры, а не состав микроорганизмов, создающих защитную биопленку во влагалище. Этим условиям отвечает взятие соскобов с поверхностного слоя эпителия с помощью универсального зонда и последующим

Рис. 1. Нормальное строение наружных половых органов



Рис. 2. Сращения малых половых губ. А — неполная синехия; Б — полная синехия.



ПЦР-исследованием с детекцией результатов в режиме реального времени. Специально разработанная система «ФЕМОФЛОР» (ДНК-Технология, Россия) позволяет дать быстрый, иллюстративный и высокоинформативный результат исследования микробиологического количественного и качественного состава влагалища: общей бактериальной массы, факультативно-анаэробных, облигатно-анаэробных микроорганизмов, микоплазм, дрожжеподобных грибов.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СРАЩЕНИЕМ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ

Очень важно разъяснение родителям правил интимной гигиены.

1. Подмывать ребенка нужно проточной теплой водой, чистыми руками (можно применять специальные средства для интимной гигиены).
2. Подмывать зону анального отверстия и наружные половые органы следует разными руками, предварительно вымытыми с мылом.
3. Зону анального отверстия нужно подмывать, заведя руку назад движением спереди назад и вверх. Зону наружных половых органов — другой рукой сзади наперед и вверх, не касаясь зоны анального отверстия и тщательно вымывая складки между половыми губами и клитором.
4. Струя воды при мытье наружных половых органов должна быть направлена спереди назад, чтобы не занести во влагалище инфекцию из области заднего прохода.
5. Необходимо исключить из применения несертифицированные средства ухода за наружными половыми органами ребенка.
6. При выборе средств для интимной гигиены обязательно обращать внимание, чтобы средство было разработано и рекомендовано для использования у новорожденных, имело нейтральный pH, гипоаллергенную формулу, содержало комплекс микроэлементов (медь, цинк и марганец), предотвращало развитие патогенной микрофлоры и стимулировало формирование нормальной микрофлоры влагалища (например, компонент BioEcolia).

При выборе тактики лечения синехий приоритет отдается консервативному подходу. Большинство исследователей считает, что низкий уровень эстрогенов у детей этиологически значим в развитии сращений малых половых губ [10, 15, 21]. Это и диктует дальнейшую тактику ведения таких детей. Однако многие практикующие врачи продолжают необоснованно применять травяные ванны, примочки с животными жирами, антибактериальные мази без идентификации возбудителя, ферментативные средства, применение которых в детской практике порой не апробировано. Подобные методы, к сожалению, не только не дают ожидаемого эффекта, но и порой вызывают обострение аллергических реакций, воспаление, усугубляя патологический процесс.

Препаратами первой линии считают эстрогенсодержащие лекарственные средства (конъюгированные эстрогены или эстриол) [9–11, 22].

Механизм действия эстрогенов заключается в активации пролиферации эпителия вульвы, влагалища, цервикального канала. Вследствие этого происходит ускорение репаративных процессов и повышение защитных свойств слизистых оболочек, создающих неблагоприятные условия для размножения патогенной микрофлоры [17].

Результаты крупного исследования [23] подтвердили взаимосвязь возраста и риска рецидива синехий малых половых губ. Оказалось, что чем младше ребенок, тем выше эффективность применения конъюгированных эстрогенов, но и тем выше риск последующего рецидива.

Jeremy B. Myers (2006) провел ретроспективный анализ применения крема с бетаметазоном 0,05% для консервативного лечения синехий малых половых губ у девочек дошкольного возраста. Исследователем были изучены результаты лечения 19 пациенток, получавших бетаметазонсодержащий крем. Автор указывает, что у 68% девочек синехии разошлись полностью (13/19). При этом у 11 пациенток эффект был достигнут после проведения 1 курса лечения, а у двух — после 2–3 курсов терапии [4].

По данным ретроспективного исследования Lazarus Mauglou, было выявлено, что крем на основе конъюгированных эстрогенов был эффективен у 104 из 146 (71,2%) девочек. При этом средний курс лечения составил 2 мес. Терапия бетаметазонсодержащим кремом была проведена у 19 пациенток. Курс лечения составил в среднем 1,25 мес (от 2 до 12 нед) и был эффективен (расхождение синехий) у 78,9% (15) пациенток. При дальнейшем наблюдении отмечено, что у 35% (51/146) девочек, использовавших крем с содержанием конъюгированных эстрогенов, были отмечены рецидивы сращения малых половых губ; хирургическое разведение потребовалось у 27,4%. При использовании бетаметазонсодержащего крема рецидивы выявлены у 15,8% девочек. Рецидив сращения малых половых губ после их хирургического разведения в связи с неэффективностью консервативной терапии составил 26% [22].

Существует методика лечения сращений, заключающаяся в разрывании синехий без обезболивания при помощи потягивания малых половых губ в противоположные стороны с приложением силы, так называемое мануальное разведение. Указанная методика была основой лечения у 8 пациенток в возрасте от 1 до 8 лет в исследовании Takashi Watanabe. Автор в последующем применял антибактериальные мази по краям малых половых губ при соблюдении правил гигиенического ухода за вульвой ребенка [24].

Tutku Soyer (2007) провел дифференцированный анализ результатов консервативного лечения кремом с конъюгированными эстрогенами, мануального разведения и комплексного воздействия двумя методами. Была обнаружена достоверно более низкая результативность лечения при применении медикаментозной монотерапии, чем при механическом и комплексном лечении. Как утверждает автор, статистически значимых различий результатов механического разведения и разведения синехий с последующей терапией поврежденных малых половых губ вышеуказанным кремом не выявлено [25].

Побочные эффекты, отмеченные рядом авторов при использовании конъюгированных эстрогенов у детей, выражались в гиперпигментации вульвы, сыпи, увеличении молочных желез, появлении кровяных выделений из влагалища [12, 21]. Применение бетаметазонсодержащего крема реже осложнялось появлением лобкового оволосения и эритемы, болью в области вульвы [22].

При выборе эстрогенсодержащего препарата необходимо учитывать возможность селективного локального восстановления трофики и структуры вульвы и влагали-

ща при условии исключения системного эстрогенного эффекта. Не менее важными свойствами препарата являются короткий период полувыведения и минимальный риск побочных реакций при местном применении. Вышеуказанным требованиям полностью соответствуют препараты, активным компонентом которых является эстриол. Применение эстриола способствует быстрому нивелированию признаков воспаления, улучшению трофики тканей вульвы, влагонасыщению, иммунокоррирующему действию за счет активации неспецифических форм защиты организма [19].

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Только при неэффективности консервативных методов лечения, а также при наличии полного сращения малых половых губ специалист может применить хирургический метод лечения с разведением места их сращения с применением желобоватого зонда.

Несмотря на наличие четких показаний, многие специалисты необоснованно широко применяют этот метод, что ведет к образованию рубцовых изменений или плотных фиброзно-тканых сращений в будущем [21].

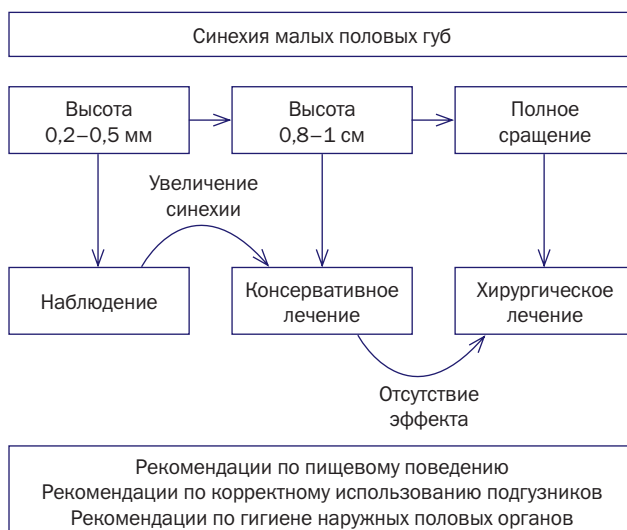
ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сращения малых половых губ достаточно часто встречается в практике врача-гинеколога детского и юношеского возраста. Роль специалиста особенно важна в четком и корректном разъяснении родителям возможности рецидивирования этого состояния (вплоть до периода пубертата); особенностей течения; отсутствия угрозы для репродуктивной функции девочки в будущем при своевременной диагностике и правильном уходе. При выборе метода лечения специалист должен четко оценивать плотность и высоту сращения малых половых губ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Cambell M.F. Vulvar fusion. *JAMA*. 1940; 115: 513–515.
2. Norbeck J., Ritchey M. Labial fusion causing upper urinary tract obstruction. *Urology*. 1993; 42: 209–211.
3. Bacon J.L. Prepubertal labial adhesions: Evaluation of a referral population. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002; 187: 327.
4. Myers et. al. Betamethasone Cream in Pre-Pubertal Labial Adhesions. *J. Pediatr Adolesc. Gynecol.* 2006; 19: 407–411.
5. Schroder B. Pro-conservative management for asymptomatic labial adhesions in the prepubertal child. *J. Pediatr Adolesc. Gynecol.* 2000; 13: 183.
6. Миннигулова Г.М. Медико-социальные аспекты возникновения синехий вульвы у девочек «нейтрального» периода. Автореф. дис. канд. мед. наук. Самара. 2009.
7. Myhre A.K. Genital anatomy in non-abused preschool girls. *Acta Paediatr.* 2003; 92: 1453–1462.
8. Caglar M.K. Serum Estradiol levels, in infants with and without labial adhesions: The role of estrogen in the etiology and treatment. 2007.
9. Gayle O. Fischer Vulval disease in pre-pubertal girls. *Australasian Journal of Dermatology*. 2001; 42: 225–236.
10. Ridley's the vulva/edited by S. Neill and F. Lewis. 3rd ed. 2009.
11. Papagianni M. Labial Adhesions in a Girl with Isolated Premature Thelarche: The importance of Estrogenisation. *J. Pediatr Adolesc Gynecol.* 2003; 16 (1): 31–32.
12. Layne M. Kumetz et. al. Estrogen treatment success in recurrent and persistent Labial agglutination. *J. Pediatr Adolesc Gynecol.* 2006; 19: 381–384.
13. Muram D. Tretment of prepubertal girls with labial adhesions. *J. Pediatr Adolrsc. Gynecol.* 1999; 12: 67.

Рис. 3. Алгоритм выбора тактики ведения детей со сращениями малых половых губ



Ключевым правилом в подходе к лечению таких детей является начало терапии с менее травматичного и болезненного метода, а именно аппликации эстриол-содержащего препарата на область синехии с последующим решением вопроса о необходимости хирургического вмешательства при неэффективности консервативной терапии (рис. 3). Учитывая высокую чувствительность наружных половых органов, любое травматичное вмешательство должно проводиться под местным обезболиванием для минимизации стресса у ребенка.