

Шамсиева М.Ш.,  
Негмаджанов Б.Б.,  
Рахимова Г.Э.

## ВУЛЬВОВАГИНИТЫ У ДЕВОЧЕК ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.-проф. Негмаджанов Б.Б.) педиатрического факультета СамМИ (ректор-проф. Шамсиев А.М.)

Вульвовагинит - сочетание воспаления наружных половых органов - вульвы и слизистой оболочки влагалища.

**Эпидемиология.** Вульвовагинит - наиболее распространенное гинекологическое заболевание девочек, причем в половине случаев оно рецидивирует. [3, 7, 9, 19, 24, 42, 46, 48]

Вульвовагиниты занимают первое место в структуре заболеваемости органов урогенитальной системы у детей, составляя, по данным различных исследователей, от 70% до 93% гинекологической патологии детского возраста. [3, 7, 9, 18, 21, 46, 48]

Развитию заболевания способствуют анатомо-физиологические особенности половых путей девочек до периода полового созревания, бактериальные и вирусные инфекционные агенты, нарушение правил личной гигиены, глистная инвазия, аллергические заболевания, эндокринная патология и др., при этом литературные данные о возможных факторах риска в развитии вульвовагинитов остаются противоречивыми. [7, 9, 25, 48]

Одним из важнейших факторов риска в развитии вульвовагинитов у детей является инфицирование возбудителями инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). В настоящее время заболеваемость ИППП в популяции детей, в том числе в первом году жизни, остается на достаточно высоком уровне. [7, 9, 14, 15, 20, 38, 43]

Инфицирование патогенными микроорганизмами, в частности возбудителями инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), у детей может происходить антенатально, во время родов, половым путем и крайне редко - при бытовых контактах. [3, 7, 9, 19, 20, 24]

Учитывая несостоятельность механизмов колонизационной резистентности и физиологические особенности вульвы и влагалища у девочек, в отличие от взрослых женщин, чаще наблюдается неспецифический вульвовагинит, при котором в больших количествах обнаруживаются условно-патогенные микроорганизмы. До настоящего времени недостаточно

изученным остается вопрос о составе нормоценоза вагинального биотопа у детей, и как следствие - недостаточно

ясна роль различных условно-патогенных микроорганизмов в развитии вульвовагинитов в детском возрасте. Имеющиеся литературные данные о характере микробных ассоциаций при вульвовагинитах различной этиологии неоднозначны. Пик заболеваемости приходится на 2-9 год жизни детей. [1, 7, 9, 19, 24, 42, 46]

**Классификация вульвовагинитов у девочек.** Из множества классификаций наиболее рациональной представляется классификация, построенная по клиникоэтиологическому принципу.

### I. Инфекционные

1. Неспецифические (вызванные кокково-бациллярной микрофлорой).

2. Специфические:

- Гонорея

- Трихомоноз

- Хламидиоз

- Бактериальный вагиноз

- Уреа-микоплазмоз

- Дифтерийный вульвовагинит

- Генитальный туберкулез

- Кандидозный вульвовагинит

- Вирусный вульвовагинит (цитомегаловирус, кондилломатозный вирус, вирус простого герпеса).

### II. Первично

неинфекционные

1. Инородное тело влагалища

2. Энтеробиоз (глистная инвазия)

3. Онанизм

4. Изменение реактивности организма (обменные нарушения, острые вирусные инфекции, аллергический настрой, дисбактериоз кишечника, заболевание мочевыводящих путей, различные острые детские инфекции).

По клинике вульвовагиниты делятся на:

острые - до 1 месяца;

подострые - до 3 месяцев;

хронические - свыше 3 месяцев.

### Причины вульвовагинита.

*Воспаление возникает под воздействием:*

флоры: гонококков, стрептококков, стафилококков, кишечной палочки, энтерококков, трихомонад, хламидий,

грибов рода Candida, гарднереллы и т.д.; вирусов: герпеса, аденовирусов и др.;

химических, термических или механических раздражителей (ожоги, расчёсы, ссадины и др.);

инородных тел во влагалище (песок, туалетная бумага, мелкие игрушки и т.д.);

при наличии гельминтов (остриц).

*Предрасполагающие факторы:*

несоблюдение гигиены наружных половых органов;

частые инфекционные или вирусные заболевания (ОРВИ, грипп, тонзиллиты и т.д.);

интоксикации организма;

длительный и/или бессистемный приём антибиотиков и других

медикаментов (эстрогенсодержащих, цитостатиков, глюкокортикоидов);

иммунодефицит из-за тяжёлых заболеваний, операций, травм;

эндокринные заболевания;

экссудативный диатез,

гломерулонефрит, цистит, пиелит, энтеробиоз, дисбактериоз кишечника;

аллергические реакции и т.д. [7, 9, 19, 20, 24, 36, 40, 41, 42, 46]

Новорожденная может быть инфицирована микроорганизмами, коками и вирусами от матери во время родов.

Девочки постарше могут подхватить инфекцию в результате развратных действий взрослых. Но самый частый и наиболее мощный источник инфекции - родители и близкие не соблюдающие элементарные правила гигиены и с воспалительными заболеваниями слизистых оболочек разных органов, например, носоглотки, бронхов и т.д. [9, 19, 20, 24, 42]

**Патогенез.** Важную роль в механизме возникновения патологических воспалительных процессов в половых органах женщины играют изменение микрözкосистемы нормального биоценоза половых путей в ответ на различные неблагоприятные воздействия.

Основная функция нормальной микрофлоры — обеспечение совместно с иммунной системой колонизационной резистентности оптимального количества

микробных ассоциантов в биотопе. Во влагалище здоровой женщины обитает большое количество микроорганизмов.

Палочковидная флора: лактобациллы (поддерживают кислую среду, что защищает от патогенов), коринебактерии. [3, 8, 9, 19, 20, 23, 24, 36, 42, 46]

Кокковая флора: анаэробные и аэробные кокки, гемолитические и негемолитические стрептококки, энтерококки.

Реже встречаются клебсиллы, энтеробактерии, протей, кишечная палочка, грибы рода *Candida*.

Защитные механизмы могут быть врождёнными, конституциональными или приобретёнными в процессе постоянного взаимодействия с инфекционными агентами. Если эти механизмы не предупреждают микробную инвазию, развивается воспалительный процесс вульвы и влагалища. Далее инфекция распространяется восходящим путём и поражает внутренние половые органы. [9, 19, 20, 23, 30]

**Клиническая картина.** При остром вульвовагините девочки предъявляют жалобы на гнойные выделения из половых путей, зуд, жжение во влагалище и в области наружных половых органов, усиливающиеся при мочеиспускании. Иногда беспокоят боли во влагалище, внизу живота с иррадиацией в крестцово-поясничную область. Помимо дизурических явлений, больные нередко отмечают запоры. При хроническом вульвовагините экссудация и гиперемия уменьшаются, боли стихают, но сохраняются гнойные выделения из половых путей и зуд. [9, 19, 20, 23, 27, 32, 33, 37]

Особенности клинических проявлений определяются возбудителем заболевания. При вульвовагините отмечаются творожистые выделения из половых путей, зуд, гиперемия вульвы, дизурические расстройства. Для трихомонадного вульвовагинита характерны обильные жидкие, пенные выделения беловатого или зеленовато-желтого цвета, зуд, раздражение вульвы, бедер, промежности, боли и жжение при мочеиспускании.

Хламидийный вульвовагинит характеризуется рецидивирующим течением, жжением при мочеиспускании, зудом вульвы, скудными слизистыми, иногда гнойными выделениями из

влагалища.

При уреа- и микоплазменном вульвовагините больных беспокоят серозно-гнойные выделения из влагалища, дизурические расстройства. Как правило, специфических клинических проявлений при этой инфекции не бывает.

Гонорейный вульвовагинит у девочек протекает остро. Характерны обильные гнойные выделения из влагалища, жжение, рези при мочеиспускании, тенезмы. При осмотре наружных половых органов отмечается гиперемия вульвы, промежности, кожи внутренней поверхности бедер.

Для герпетического вульвовагинита характерны общие и местные симптомы. Девочку беспокоит головная боль, озноб, недомогание, повышение температуры. Появляются жжение, боль и зуд в области вульвы, характерные пузырьковые высыпания. Они вскрываются через 5—7 дней с образованием эрозивной поверхности, которая в последующем покрывается струпом.

У детей встречается дифтерийный вульвовагинит. Наблюдаются симптомы интоксикации. Девочку беспокоят боль в области вульвы и при мочеиспускании, выделения из влагалища, как правило, скудные серозные с кровянисто-гнойными пленками. При осмотре отмечаются гиперемия, отек, инфильтрация вульвы, на слизистой оболочке влагалища обнаруживаются сероватые пленки, при снятии которых обнажаются участки с эрозивной поверхностью, пальпируются увеличенные, болезненные паховые лимфоузлы. [1, 2, 3, 9]

**Диагностика вульвовагинитов.** Успешное лечение воспалительных заболеваний половых органов во многом зависит от полноценности ла-

бораторной диагностики. [3, 9, 19, 20, 22, 24,39]

Общепринятыми лабораторными методами являются бактериоскопический, бактериологический, цитологический, а также иммунологический. Для облегчения кольпо-бактериоскопической диагностики М.Л. Коршунов выделил 3 типа влагалищных мазков у девочек.

*I тип* отражает норму: количество лейкоцитов в возрасте 1-3 года - 1-2 в поле зрения; 4-6 лет - 1-3 в поле зрения; 7-10 лет - 3-5; 11-15 лет - 7-10 в поле зрения. Фагоцитоз не выражен.

Количество слизи до 7 лет скудное, после 9 лет в небольшом количестве, с 11-12 лет количество слизи в мазке увеличивается с повышением секреторной функции полового канала.

Количество клеток спущенного эпителия до 7-9 лет скудное. После 9 лет оно увеличивается до 10-20 в поле зрения вследствие нарастания гормональной десквамации.

Флора влагалища до 8-9 лет преимущественно кокковая, в небольшом количестве. До 6-месячного возраста могут определяться лактобациллы, затем до 10 лет лактобациллы отсутствуют и вновь появляются в мазках в препубертатном периоде, нарастая в пубертате. В пре- и пубертатном периодах флора влагалища смешанная, с преобладанием грамположительной палочковой флоры.

*II тип* мазка - переходное состояние от I типа к III.

Количество лейкоцитов до 20 в поле зрения. Клетки спущенного эпителия и слизь - в умеренном количестве. Фагоцитоз не выражен. Выделения мутного цвета. Значительное количество смешанной условно патогенной флоры при отсутствии клинических признаков воспаления.

*III тип* характерен для

клинически выраженного воспалительного процесса. Количество лейкоцитов 20 и выше в поле зрения, в основном это нейтрофилы и макрофаги. Активный фагоцитоз, выражена реакция слизистой влагалища. Имеется значительное количество спущенного эпителия, много дегенеративно измененных клеток. Лактобациллы отсутствуют. Имеется обильно смешанная условно патогенная и патогенная флора. Выделения носят характер гнойных или слизисто-гнойных.

Все три типа мазков определяются бактериоскопически.

Посев отделяемого из половых путей в основном проводят только на аэробную флору. Иммунофлуоресцентные и иммуноферментные исследования проводят при обследовании на наличие специфической урогенитальной инфекции (хламидии, микоплазмы и др.). [2, 3, 4, 9, 11,21]

Обследование девочки начинают со сбора анамнеза, осмотра половых органов. Часто анамнестические данные дают возможность предположить этиологический фактор воспаления (контакт с больным специфической урогенитальной инфекцией, экстрагенитальная патология, иммунодефицитные состояния, отягощенный аллергоанамнез, дисбактериоз, энтеробиоз и т. д.). [3,4, 9, 11,21]

При осмотре обращается внимание на состояние вульвы, реакцию слизистой влагалища, ануса, уретры, наличие синехий, характер выделений.

Для уточнения состояния слизистой пользуются дополнительными инструментальными методами - вестибулоскопией, позволяющей осмотреть и определить вовлечение в воспалительный процесс влагалища, шейки матки. С помощью вагиноскопии исключают наличие аномалий, инородного тела, опухолей. Из основных

лабораторных методов, как уже было сказано выше, используется бактериоскопия, т. е. исследование мазка, окрашенного по Граму. Мазки у девочек берутся из заднего свода влагалища и уретры при помощи ложечек Фолькмана. У девушек, живущих половой жизнью, еще и из цервикального канала. Перед взятием мазка в течение суток девочку не подмывают. [3, 4, 9, 10, 11, 13, 45]

Диагноз специфического вульвовагинита подтверждается лабораторными методами. Для определения возбудителя делаются исследования:

1) для диагностики гонореи исследуются мазки, окрашенные по Граму, в которых обнаруживаются диплококки Нейссера и большое количество лейкоцитов. При подозрении на хроническую гонорейную инфекцию детям до 3 лет делают местную провокацию: смазывание влагалища, уретры и прямой кишки водным раствором Люголя или 1%-ным раствором азотнокислого серебра, а детям старше 3 лет - общую провокацию, вводя гоно-вакцину 150 млн микробных тел. Мазки берут в течение трех дней после провокации. Гонорея подтверждается культуральными исследованиями - выделением культур выращиванием на питательных средах; [3, 10, 11, 13, 45]

2) для диагностики трихомоноза проводят исследование нативных препаратов, мазков, окрашенных по Граму, а также методом выращивания на питательных средах. При необходимости может проводиться провокация, аналогичная вышеизложенной; [3, 4, 9, 10, 11, 13, 19, 45]

3) для диагностики хламидиоза используют бактериологический, бактериоскопический, серологический методы, иммуноферментный анализ, ДНК-диагностику, метод флуоресцирующих антител (МФА). [3, 10, 11, 13,45]

Высокоспецифическими

считаются метод МФА, ДНК-диагностики.

Для подтверждения и определения фазы течения хламидийного процесса (ремиссия, обострение) определяются специфические иммуноглобулины в сыворотке крови; [И, 13,24,31,45]

4) для диагностики микоплазма используют бактериоскопический, культуральный, иммунофлуоресцентный метод с моноклональными антителами. [9, 10, 11]

Для определения микоплазма и хламидиоза берутся мазки-соскобы из влагалища и уретры. Особенно информативны мазки из уретры, где имеется высокая концентрация хламидий, устойчивых к различным лечебным воздействиям. [10, И, 13,45]

Имеются различия в картине мазков при хламидийной и микоплазменной инфекции, когда при хламидиях могут наблюдаться мазки 1-11 типа с небольшим количеством лейкоцитов, а при микоплазмозе более характерен III тип мазка с лейкоцитозом свыше 20 в поле зрения; [2, 3, 24,31]

5) для диагностики гарднереллеза используются мазки, окрашенные по Граму, а также используется метод культивирования на питательных средах, в условиях повышенного содержания CO<sub>2</sub>, и в анаэробных условиях; [11, 13, 24, 31, 45]

6) для диагностики кандидоза используются нативные мазки и мазки, окрашенные по Граму. В мазках обнаруживают споры и псевдомицелий. По показаниям используют метод культивирования на жидкой среде Сабуро.

При упорно протекающем, рецидивирующем кандидозе дополнительно исследуют систему иммунитета; [10, 11, 13, 24, 27,31]

7) для диагностики вирусной инфекции используются иммунофлуоресцентный анализ с моноклональными антителами,

серологические реакции - РСК и РИГА, метод флуоресцирующих

антител (МФА), цитологический метод - исследование прицельно взятого мазка из очага поражения, в котором обнаруживаются характерные изменения структуры ядер и цитоплазмы пораженных эпителиальных клеток. [10, 11, 13, 24,31,45]

Вирусологический метод - выделение вируса на культуре клеток - используется редко.

Длительные наблюдения многих клиницистов подтверждают данные о связи воспалительных заболеваний половых органов с заболеваниями мочевыводящих путей, в частности с пиелонефритом. В большом проценте случаев (по данным многих авторов, до 80%) пиелонефриты сопровождаются воспалением вульвы и влагалища вследствие бактериурии. Вульвовагиниты практически всегда в этих случаях вторичны, но они поддерживают инфицированность мочевыводящих путей за счет вагинальноуретрального рефлюкса. Реже вульвовагиниты могут быть первичными и протекать независимо от заболеваний мочевыводящей системы. [3, 10, 11, 13]

*Дифференциальный диагноз.* Проводят с аллергическими или венерическими заболеваниями (гонорея, сифилис, туберкулезная язва). [3, 10, 11, 13]

**Лечение вульвовагинита.** При необходимости устраняют механические и другие раздражители.

При диатезах и ожирениях показана определенная диета. В случае гельминтоза в первую очередь необходимо пролечить основное заболевание, причем у всех членов семьи. При аллергической форме исключают аллергены. Далее, в острой стадии: диета, постельный режим, обмывание наружных половых органов теплым настоем ромашки, 2% раствором борной кислоты, теплые сидячие ванны со

слабым раствором перманганата натрия,

частая смена белья. Медикаментозное лечение может быть местным и общим, но назначают его после определения причин, в частности возбудителя и его чувствительности к антибиотикам, только по назначению врача и строго индивидуально в зависимости от формы, возраста, сопутствующих заболеваний и других факторов. [7, 9, 17, 19, 20, 24, 26, 35, 42, 44]

Лечение вульвовагинитов должно быть этиопатогенетическим, комплексным.

При первичных вульвовагинитах, вызванных гигиеническими нарушениями, иногда достаточно бывает наладить соблюдение гигиенических требований, которые сводятся к поддержанию чистоты тела, промежности, наружных половых органов, регулярной смене предварительно проглаженного белья. Одновременно рекомендуется ограничить употребление углеводов, раздражающих веществ, продуктов, содержащих различные красители и консерванты, соблюдать гипоаллергенную диету. Желательно преобладание в пище ребенка свежих овощей, фруктов, зелени. Из молочных продуктов показаны кисломолочные напитки (йогурты, кефир, ацидофилин), свежий творог, сливки, сметана. [9, 20, 24, 26]

При лечении вторичных вульвовагинитов, кроме устранения основной причины, вызвавшей воспалительный процесс, проводится комплексное лечение, состоящее из общего воздействия на весь организм ребенка и местной терапии. [9, 20, 24]

Антибиотикотерапия при вульвовагинитах в основном не показана. Назначение антибиотиков обосновано в случае тяжести общего заболевания.

В основном лечение направлено на повышение неспецифической резистентности организма, улучшение обменных процессов и общего состояния ребенка. [5, 6, 9]

Назначают витамины А, группу В, Е.

Витамин А нормализует обменные процессы в организме, стимулирует процессы репарации, повышает неспецифический иммунитет, увеличивая продукцию интерферона, лизоцима. Применяется в виде масляного раствора и в драже. Суточная доза для детей до 15 000 МЕ.

Витамины группы В активно участвуют в окислительно-восстановительных процессах, в обмене жиров, белков, углеводов.

Для восполнения дефицита витаминов В можно рекомендовать прием комплексов поливитаминных препаратов, где они содержатся в суточной дозе (Юникап-Ю и др.), а также включать в диету гречневую, овсяную каши. Можно назначать хлопья из зародыша пшеницы.

Витамин Е является природным антиоксидантом, антигипоксантом, участвует в синтезе белков, а также пролиферации тканей, улучшает клеточный метаболизм.

Суточная доза для детей 50-70 мг. [5, 6, 7, 9]

В настоящее время становятся популярными отечественные препараты «биофиты» - продукты переработки свежих овощей и фруктов по витаминосберегающей технологии. Данные препараты оказывают разнообразное действие на организм, в том числе служат источником легкоусвояемых витаминов. Биофиты «Морковь» являются источниками витамина А, «Овес» - витаминов группы В и т.д.

Применяют адаптогены, которые стимулируют неспецифические факторы защиты. Одним из самых популярных адаптогенов является элеутерококк. Используется экстракт элеутерококка. Детям назначают по 1-2 капли на каждый год жизни ребенка 2 раза в день. Курс лечения 3 недели.

Комплексные поливитаминные препараты, содержащие витамины с минералами, также являются

адаптогенами.

В связи с тем что при всех вульвовагинитах отмечаются нарушения в гуморальном и местном звеньях иммунитета, в комплексной их терапии огромное значение имеют назначения иммуномодуляторов для повышения неспецифической резистентности организма. Следует, однако, отметить, что назначение иммуномодуляторов как средств, стимулирующих иммунитет, должно быть осторожным при некоторых видах острых вульвовагинитов и при отягощенном аллергоанамнезе. [5, 6, 7, 9]

Из группы широко применяемых иммуномодуляторов в лечении вульвовагинитов используют: нуклеинат натрия - стимулирует гуморальный и клеточный иммунитет. Назначается в зависимости от возраста от 0,5 до 0,3 г 3 раза в день; курс лечения 10-14 дней. Лева-мизол применяется при иммунодефицитах, связанных с нарушением функции Т-лимфоцитов, отвечающих за клеточный иммунитет. Назначают в дозе 2 мг/кг массы тела в сутки, в течение 3 дней. Проводят 2-3 курса терапии с перерывом между курсами 6-7 дней. Метилурацил стимулирует клеточный иммунитет, процессы репарации. Назначают детям до 8 лет по 0,25 г 3 раза в день, старше 8 лет - 0,5 г 3 раза в день. Курс лечения 2-3 недели.

Широко используется препарат иммунал (вытяжка из растения эхинацея). Кроме иммуностимулирующего эхинацея проявляет антибактериальное, противовирусное и противогрибковое действие. Детям до 6 лет назначают до 10 капель 3 раза в день; до 12 лет - 15 капель 3 раза в день. Курс лечения 1-3 недели.

В процессе иммунокоррекции в настоящее время часто используют препараты, стимулирующие выработку эндогенного интерферона. Система интерферона обеспечивает защиту организма от широкого

спектра инфекционных агентов (вирусов, бактериальных, протозойных, мико- и уроплазменных, хламидийных инфекций, кандидоза).

Назначают 1 мг препарата на каждый год жизни (суточная доза). Курс лечения 10 дней. [И, 15,35]

Из известных индукторов интерферона назначают неовир и циклоферон.

Виферон является представителем нового поколения стимуляторов интерферона. Не оказывает побочного действия, не имеет противопоказаний к применению. Выпускается в виде ректальных суппозиторий. Виферон применяется для лечения детей младшего возраста (до 7 лет), содержит 150 000 МЕ интерферона, виферон 2 используется в лечении детей старше 7 лет, содержит 500 000 МЕ интерферона.

Виферон 1 назначается ректально по 1 свече 1-2 раза в течение 5 дней, виферон 2-1-2 раза в день в течение 10 дней.

Так как в последнее время у детей отмечается увеличение аллергических реакций, обоснованно применение антигистаминных препаратов в комплексном лечении вульвовагинитов.

Можно назначать супрастин, пипольфен, диазолин в обычных для детей дозировках в течение 10-14 дней.

Мягкими антигистаминными препаратами являются препараты кальция (глюконат Са в таблетках, хлорид Са в виде 5-10% раствора). Курс лечения обычными детскими дозами 10 дней.

При вульвовагинитах, возникающих на фоне воспалительных заболеваний ЖКТ, показано применение эубиотиков, нормализующих флору кишечника. В детской гинекологии хорошо зарекомендовали себя: бифидумбактерин, назначают по 5 доз 1 раз в день, 7-10 дней; хилак-форте - детям до 1 года 15-20 капель

3 раза в день перед едой; старше года - 30-60 капель 3 раза в день. Предварительно разводят молоком или водой.

Можно назначать препарат Нарине.

Новое поколение эубиотиков представлено препаратом витофлор, содержащим симбиоз 2 штаммов кислотофильной палочки, что повышает его биологическую активность.

Назначается по 100 мл в сутки 7-10 дней.

Местное лечение вульвовагинитов состоит из 3 этапов: антибактериальная терапия, стимуляция репарации, коррекция микрофлоры влагалища.

Лечение начинают с орошения влагалища одним из антисептических, антибактериальных растворов: водный раствор диоксида, фурацилина (0,02%), спиртовыми растворами хлорфиллипта, эвкалипта (1 ст. л. на стакан воды). При обильных гнойных выделениях применяется 3% раствор перекиси водорода. [7, 9, 19, 20, 24, 26, 35,42, 44]

При острых вульвовагинитах назначают сидячие ванночки с отварами трав (шалфей, ромашка, календула, эвкалипт, зверобой). После снятия острого процесса можно продолжать лечение орошением влагалища отварами тех же трав с помощью резинового катетера.

После орошения во влагалище вводятся вагинальные палочки с различными препаратами в зависимости от этиологии воспалительного процесса. Количество процедур — 6-10.

Наиболее часто используются вагинальные палочки, имеющие следующие прописи:

1. сульфадимезин 0,2, фурацилин 0,1, фолликулин 250-500 ЕД, масло какао 1-1,5 г.

2. полимиксин М - 80 тыс. ЕД, фурагин 0,001, масло какао 1-1,5 г.

3. фурацилин 0,1, фолликулин 250-500 ЕД, масло какао 1-1,5 г.

При выраженной стафилококково-стрептококковой флоре вагинальные палочки включают себя антибиотики:

Пеницилин, неомицин по 100 тыс. ед; масло какао 1,5 г.

При аллергических вульвовагинитах используется мазь с димидролом.

При лечении вульвитов и вульвовагинитов можно назначать аппликации на вульву с 0,1% гентамициновой, 1% тетрациклиновой, 1% эритромициновой мазями. Хороший эффект дает применение 0,2% фурацилиновой мази и 5% синтомициновой эмульсии.

Если вульвовагинит протекает с выраженной экссудацией, гиперемией, мацерацией, местно применяется паста Шнырева.

Хороший эффект отмечается при орошении наружных гениталий и влагалища аэрозолем «Гипозоль» в течение 5 дней.

Второй этап лечения состоит в применении препаратов, улучшающих трофику кожи и слизистых оболочек, стимулирующих процессы репарации. Применяют масляные растворы витаминов А, Е, масло облепихи, шиповника, препараты аскол, каротоллин; рыбий жир; 10% метилурациловую мазь, мазь «Солкосерил».

Хороший репаративный эффект с выраженным противовоспалительным действием оказывает чесночное масло. [7, 9, 19, 20, 24, 26, 35, 40, 41, 42, 44]

Особый интерес вызывает новый препарат «Тыквеол», являющийся аккумулятором биологически активных веществ, содержащихся в тыкве: каротиноидов, токоферолов, фосфолипидов, флаваноидов, витамины группы В, С, Р, насыщенных и полиненасыщенных жирных кислот. Фармакологическое

действие состоит в снижении воспалительных процессов и ускорении регенерации тканей и слизистых оболочек, нормализации обмена веществ в них.

«Тыквеол» применяется в виде аппликаций в течение 10 дней.

Третий этап лечения состоит в нормализации микрофлоры влагалища. Применяются препараты эубиотики: лактобактерии, бифидумбактерин, фемилак.

Препараты вводятся интравагинально по 3 дозы 1 раз в сутки в течение 10 дней.

Из физиотерапевтических методов применяется КУФ на область миндалин (при хронических заболеваниях носоглотки, при частых ОРВИ) и УФО на область вульвы. Физиотерапия показана при хронических рецидивирующих вульвовагинитах. Курс лечения - 10 дней.

В последнее время все чаще врачи с целью оздоровления организма стали обращаться к средствам нетрадиционной медицины. Одно из направлений ее - применение биологически активных добавок (БАД).

В связи с нарастающей значимостью рассмотрим лечение вульвовагинитов, вызванных с пещифической микрофлорой.

Лечение гонорейного вульвовагинита проводят в условиях специализированного стационара или кожновенерологического диспансера. [7, 9, 19, 20, 24, 44]

Из антибиотиков назначается бензилпенициллин. В зависимости от возраста разовая доза колеблется от 50 до 200

тыс. ЕД. Суточная доза: 300 тыс. ЕД - 1200 тыс. ЕД.

Курс антибиотикотерапии - 5-7 дней. Спектиномицин (тробидин) химически отличается от всех антибиотиков. Его антибактериальный эффект специфичен в отношении гонококков. Применяется в виде однократной внутримышечной инъекции. Для детей - 40 мг.

Дополнительно могут назначаться сульфаниламидные препараты (из расчета 25 мг/кг в первый день лечения и по 125 мг/кг в последующие 5-7 дней).

Местное лечение начинают с момента обнаружения инфекции. Назначают сидячие ванночки с отварами трав: ромашки, шалфея, календулы. После снятия острого воспаления проводят инстилляцию влагалища 1-2% раствором протаргола, 0,25% раствором азотнокислого серебра, раствором диоксида.

При хронической гонорее у детей старше 3 лет показано применение гоновакцины. Начальная доза не должна превышать 50-100 мл микробных тел. Курс лечения 5-8 инъекций с интервалом в 3 дня.

Применяют также неспецифические иммуномодуляторы по обычным схемам (декарис, продигозан, нуклеинат натрия и т.д.).

Критерием излечения является нормальная клиническая картина и благоприятные результаты повторных лабораторных исследований отделяемого гениталий после 3 провокаций.

Комбинированными провокациями являются инъекция гоновакцины (150-200 мкг микробных тел), смазывание влагалища и вульвы раствором Люголя в глицерине, закапывание в уретру 2-3 капли 0,5-1% раствора серебра, смазывание нижнего отдела прямой кишки раствором Люголя. До 3 лет провокации не делаются.

Лечение трихомонадного вульвовагинита включает в себя назначение трихомонацидных препаратов (трихопол, метронидазол, флагил) в разовых дозах, в зависимости от возраста, 0,25-0,5 3 раза в день. Курс лечения до 5-7 дней. Отмечен хороший эффект при применении препарата нитрофуранового ряда, в частности фуразолидона.

Местное лечение желательно начинать с сидячих ванночек с отварами коры дуба, которые хорошо снимают

местное воспаление, успокаивают зуд. После этого можно применять вагинальные палочки, включающие в себя трихомонацидные препараты. [12, 19, 24, 26, 28, 35, 42, 44, 47, 48]

Лечение вирусного вульвовагинита должно идти в двух направлениях: угнетение жизнедеятельности возбудителя и повышение неспецифической резистентности организма. Так как вирусная инфекция неизлечима, задача лечения состоит в отсрочке рецидива.

Противогерпетические препараты делятся на ингибиторы, блокирующие репродукцию вируса, и индукторы интерферона. К первой группе относятся ацикловир, завиракс, валоцикловир.

Ацикловир назначают детям до 2 лет по 100 мг 5 раз в день, детям старше 2 лет - 200 мг. Курс лечения 5 дней.

Завиракс назначают детям до 2 лет по 500 мг, детям старше 2 лет - 1 г 4 раза в день. Курс лечения 5 дней.

Ко второй группе относятся неовир, ридостин, ларифан, стимулирующие выработку эндогенного интерферона.

Неовир назначают в инъекциях. В острый период 1-2 ампулы (в 1 ампуле 200 мг) через 24 часа. Всего 3 инъекции.

При ремиссии — 1 инъекция 1 раз в 7 дней. Всего 3 инъекции.

Ридостин - 2,0 (1 ампула) 1 раз в день - 3 дня.

Ларифан - 10 мг (1 ампула) внутривенно 1 раз в 3 дня. На курс 4 инъекции.

Стимуляция неспецифической резистентности организма включает назначение адаптогенов, витаминов, неспецифических иммуностимуляторов.

Для увеличения межрецидивного периода стимулируют специфическую защиту организма путем введения герпетической вакцины по 0,25 г внутривенно 1 раз в 3 дня. Курс лечения 5 инъекций. Через 2 недели курс повторяют. Ревакцинация - через 6 месяцев.

Для местного лечения применяют мази, обладающие противовирусной активностью: оксолиновую, тетрафеновую, бонафтоновую. Мазь наносят на вульву несколько раз в день в течение 2 недель.

При лечении грибкового вульвовагинита следует сначала найти причину заболевания в экстрагенитальной патологии, так как вульвовагинит является вторичным

поражением слизистых оболочек вульвы грибками рода Candida. Акцент делают на активизации иммунной системы слизистых оболочек, на профилактику и лечение дисбактериозов кишечника, на повышение общей резистентности организма. Лечение, как правило, длительное.

В лечении нуждаются больные с выраженной клинической картиной и склонностью к рецидивам. [16, 24, 26, 35, 42, 44, 47, 48]

Из антифунгицидных препаратов назначается группа имидазола - низорал и дифлюкан.

Низорал до 12 лет назначают в дозе 4 мг/кг массы тела 2 раза в день во время еды, более 12 лет - 200 мг 2 раза в день. Курс лечения 2 недели.

Дифлюкан до 12 лет назначают в дозе 2 мг/кг массы тела. Более 12 лет - 150 мг однократно. По показаниям лечение повторяют через неделю.

Для местного лечения применяют орошение вульвы или инстилляцию влагалища 10-20% раствором соды 1 раз в день, смазывание вульвы или аппликации на вульву с нистатиновой, левориновой, декаминовой мазями. Курс лечения 10-14 дней. Хороший эффект оказывает нанесение на вульву 1% крема клотримазола, канестена, травогена.

У девочек в пубертате используются вагинальные таблетки клотримазола, гиналгина. Курс 10 дней.

Внутрь назначают таблетки Кмонд-Д-100 в течение 10 дней; или таблетки бимафуцина тем же курсом 10 дней.

Гарднереллезный вульвовагинит расценивается как бактериальный вагиноз. Лечение его начинают с назначения имидазольных препаратов: тидазол первые 2 дня по 2,0 г одномоментно, 3-4 сутки - 0,5 г 2 раза в день; курс лечения 4 дня, курсовая доза - 6г; метронидазол - по 0,5 г 3 раза в день 6 дней. [12, 24, 26, 28, 35, 42, 44, 47, 48]

Проводят также десенсибилизирующую и иммунокорригирующую терапию.

Местное лечение:

- орошение влагалища 2%- раствором молочной кислоты в течение нескольких дней;

- введение вагинальных палочек, содержащих метронидазол (0,5г), фолликулин (5000ЕФД), молочной кислоты (0,05г). Сильнодействующие средства (2%-ный крем клиндомицин) в детской гинекологии применяется редко,

в основном при длительном, упорном течении.

В лечении хламидийной инфекции существует две тактики лечения:

1. Непрерывный курс лечения антибиотиком, соответствует по продолжительности 7 циклам развития хламидий: 21- 28 дней.

2. Прерывистые курсы - лечение антибиотиком по 7-10 дней с перерывами в 7-10 дней,

- направленные на уничтожение после интактных после первого курса терапии паразитов повторными курсами антибиотиков.

В настоящее время предпочтительным считается вторая тактика лечения. [2, 24, 26, 35, 42, 44, 47,48]

На фоне общей противохламидийной терапии обязательно проводится иммунокоррекция, местное лечение с последующим восстановлением биоценоза.

Этиотропным действием в отношении данной инфекции обладают антибиотики тетрациклинового ряда, макролиды, левомицетин и некоторые другие антибиотики.

В случаях безуспешной антибиотикотерапии следует применять другой антибиотик в сочетании с патогеническими средствами и местным лечением. При вялотекущих торпидных формах инфекции лечение должно быть комплексным. Антибиотикотерапию назначают после или вместе с иммунотерапией с последующим проведением местного лечения.

Эритромицин обладает бактериостатическим действием. Детям до 3 лет - по 0,1 г 4 раза в день; старше 7 лет - по 0,25г 4 раза в день. Курс лечения 7-14 дней.]

Клацид - макроид, препарат широкого спектра действия. Детям - доза 6-8 мг/кг/сутки. Кратность приема 2 раза в сутки, 7-14 дней. Более взрослым детям - по 0,25г 2 раза в день 3- 4 недели.

Доксициклин гидрохлорид - препарат широкого спектра действия. Назначают детям старше 8 лет: до 12 лет - 4 мг/кг/сутки и далее, старшим детям по 0,1г 2 раза в день. Курс лечения 7-14 дней. [24, 26, 35, 42, 44,47, 48]

Общепринятым средством лечения урогенитального хламидиоза является сумамед. Курс лечения 14 дней.

У детей сумамед применяется по схеме: до 3 лет - 1-ый день - 80мг однократно, далее до 14-го дня по 50мг

однократно; от 3 до 7 лет - 1-ый день - 125,0мг однократно, далее до 14-го дня по 80мг однократно; старше 7 лет - 1-ый день - 250мг однократно, далее до 14-го дня по 125,0мг однократно.

Иммунокоррекция при хламидиозе в первую очередь проводится препаратами интерферона. [24, 26, 35, 42, 44, 47, 48]

Детям до 7 лет назначают виферон-250 - ректальные свечи по 1-2 раза в день; старше 7 лет - виферон-500 1-2 раза в день. Курс лечение 10 дней.

Для коррекции биоценоза в промежутках между химиотерапией назначают эубиотики. Лактобактерии назначают местно и внутрь; до 1 года - 2-3 дозы, от 1 до 3 лет - 3-4 дозы, старше 3 лет - 4-10 доз. Курс лечения 7-10 дней.

Местное лечение состоит в орошении влагалища 0,001% раствором молочной кислоты. Курс лечения 10 дней.

После орошения можно назначать вагинальные палочки с левомитетином или эритромицином. Курс лечения 10 дней.

Можно в течение 10 дней смазывать вульву тонким слоем 1%-ной эритромициновой или 1%-ной тетрациклиновой мазью.

Заключительным этапом в местном лечении является назначение средств, усиливающих репаративные процессы слизистой влагалища и вульвы: тыквеол, облепиховое масло, масло шиповника, рыбий жир.

Контрольные мазки берутся через месяц после окончания лечения.

Урогенитальный микоплазмоз у девочек лечится также, как и хламидийная инфекция.

Профилактика вульвовагинитов заключается в соблюдении правил личной гигиены и

лечение экстрагенитальной патологии. соблюдать личную гигиену и прививать Рецидивы возможны на фоне сахарного  
У более старших девочек сюда же ее ребенку, проводить диабета, тиреотоксикоза, ожирения, а  
относится и профилактика ранней общеоздоровительные мероприятия и также при смешанных инфекциях. [8, 9,  
половой жизни. [16, 24, 26,35, 42, 44, поддерживать иммунитет. 34]  
47,48] Дети должны спать отдельно от Невыпеченный вульвова- гинит  
Профилактика вульвова- гинита родителей, иметь индивидуальный приводит к другим заболеваниям  
Необходимо исключить контакты с горшок и предметы туалета. [3, 7, 9] мочеполовых органов; подрывает  
носителями любых бактериальных и Прогноз иммунную систему девочки; повышает  
вирусных заболеваний, своевременно При своевременном и адекватном чувствительность к другим патогенным  
чить очаги хронической инфекции, лечении прогноз благоприятный. воздействиям. [7, 8, 9, 34]

#### Список использованной литературы

1. Анкирская А.С. Неспецифические вагиниты. // Клин, микробиол. и антимикроб, тер. 2000. - 2(17). - С. 12-14.
2. Бычкова Н.Ю. Особенности вульвовагинитов при хламидийной инфекции у девочек.// Тез. докл. VIII Всерос. съезда дерматовенерологов. М., 2001. - С. 166.
3. Гарден А.С. Детская и подростковая гинекология. М., Медицина, 2001; С Л 70-178.
4. Гинекология учебник / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 432 с.
5. Гомберг, М. А. Хламидийная инфекция в современной гинекологии: основные аспекты профилактики и лечения воспалительных заболеваний органов малого таза./ М. А. Гомберг, А. Е. Гушин //Гинекология. - 2012. - № 4. - С. 19-22.
6. Гуркин Ю. А., Гоготадзе И.Н. Расширение терапевтических возможностей при лечении вульвовагинитов у девушек. //Гинекология. 2000. -Т.2. - № 1. - С Л 5-17.
7. Детская гинекология .: справ. / сост. Л. Б. Маркин, Э. Б. Маркина. - М. : МИА, 2007. - 480 с.: табл.
8. Детская и подростковая гинекология [Электронный ресурс] / И. Л. Давыдкин [и др.]; сост. О. И. Линева, Т. Ю. Филиппова; СамГМУ. - Windows 9x/ME/NT/2000/XP. -Самара, 2007. - 1,27 Мб.
9. Детские болезни .: учебник. В 2 т. Т. 1. Неонатология / под ред. И. Н. Володина, Ю. Г. Мухиной. - М. : Династия, 2011. - 512 с.
10. Зубакова О. В. Диагностика и лечение неспецифического бактериального вульвовагинита: Автореф дис. ... канд. мед. наук. М., 2001.26 с.
11. Калинина //Гинекология. - 2012. - № 3. - С. 20-22. - Библиогр.: с. 22
12. КираК.Ф. Бактериальный вагиноз. СПб, 2001. —364с.
13. Кокolina В.Ф. Диагностика и лечение урогенитальных инфекций у детей и подростков. Метод, реком., М., 2001; 31с.
14. Костоева ЗА Роль общесоматических заболеваний и снижения адаптационных реакций в развитии вульвовагинитов у девочек. // V Всероссийская научно-практическая конференция "Современные проблемы детской и подростковой гинекологии в России". - СПб., 2003.- С.47-49.
15. Костоева З.А. Адаптационно-приспособительные реакции у девочек с воспалительными заболеваниями вульвы и влагалища// Материалы научно-практической конференции "Актуальные вопросы акушерства и гинекологии". - Ростов-на- Дону, 2003.- С.64-66.
16. Костоева ЗА., Селина ГА, Безбородова М.Я. Влияние экстрагенитальной патологии на течение вульвовагинитов у девочек. // Материалы научно-практической конференции "Актуальные вопросы акушерства и гинекологии". - Ростов-на- Дону, 2003.- С.66-68.
17. Костоева ЗА Низкоинтенсивная лазерная терапия при вульвовагинитах у девочек // Материалы научно- практической конференции педиатров юга России "Актуальные вопросы педиатрии". — Ростов-на-Дону, 2003.-С.45.
18. Кулаков В.И., Алешкин В.А., Богданова Е.А и др. Нормативные показатели физического и полового развития девочек, проживающих в средней полосе России. Биоценоз влагалища и факторы местного иммунитета у них. Пособие для врачей. М., 2000; 24 с.
19. ЛузанН.В. Течение трихомонадной инфекции у детей и подростков.//Тез. докл.VIII Всерос. съезда дерматовенерологов. -М., 2001.-С. 13
20. Пузан Н.В., Мешкова Н.А. К вопросу об особенностях заболеваемости ИППП у детей и подростков.//Тез. докл.УШ Всерос. съезда дерматовенерологов. М., 2001. - С. 13-14.
21. Малова И.О. Урогенитальные инфекции у детей — общая проблема педиатрии, венерологии, акушерства и гинекологии.//Тез. докл.УШ Всерос. съезда дерматовенерологов. -М., 2001.-С.5.
22. Методические материалы по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и заболеваний кожи. М., ГУ ЦНИКВИ МЗ РФ, 2003. -С.34-60.
23. Переезда О.А., Малевич К)К., Кудина О.Л. Влияние микрофлоры матери на возникновение вульвовагинитов у девочек периода раннего детства. // Достижения медицинской науки Беларуси. 2001. - №6. - С.8-9.
24. Плиева З.А. Особенности урогенитального хламидиоза у девочек.//Гинекология. 2000. -Т.2. №3. - С.68-70.
25. Практическая гинекология .: клин, лекции / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 4-е изд., доп. - М.: МЕД- пресс-информ, 2008. - 752 с.
26. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии .: рук. / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Серова. - М. : Литтерра, 2008. - 1152 с. - (Рациональная фармакотерапия. Серия рук. для практ. врачей). - Библиогр. в конце глав. - Указ.: с. 1073-1151.-Прил.: с. 1059-1072.
27. Руководство по организации и деятельности перинатального центра ./ под ред. Н. Н. Володина, В. И. Кулакова, Р. А. Хальфина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 472 с.
28. Тейлор-Робинсон Д., МакКаффри М., Питкин Дж., Ламонт Р.Ф. бактериальный вагиноз у женщин в период климакса и менопаузы. // ИППП. 2003. - №2. - С.35-38.
29. Уварова Е.В. Кандидный вульвовагинит в практике детского гинеколога.//РМЖ. 2002. - Т. 10. - №18. - С. 798-803.
30. Уварова Е.В., Султанова Ф.Ш. Влагалище как микрорекосистема в норме и при воспалительных процессах гениталий различной этиологии. // Гинекология. 2002. -Т.4. - №4. - С. 21-25.
31. Хрянин, А. А. Хламидийная инфекция в гинекологии и акушерстве: тактика ведения пациенток в соответствии с современными зарубежными и российскими рекомендациями / А. А. Хрянин, О. У. Стецюк, И. В. Андреева // Лечащий врач.-2012,- №3.-С. 30-37.

32. Цхай, В. Б. Перинатальное акушерство .: учеб, пособие / В. Б. Цхай. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Изд. проекты, 2007. - 512
33. Юровская В.П., Чеботарева Ю.Ю., Костоева ЗА Состояние репродуктивного здоровья у девочек с неблагоприятным социальным анамнезом. // *Материалы IV Российского форума "Мать и дитя". Тез. докл. Часть 2. М., 2002.-С.469-470.*
34. Юровская В.П., Чеботарева Ю.Ю., Костоева ЗА Некоторые аспекты прогнозирования дисфункции яичников у девочек-подростков. // *Сборник материалов медицинской научно-практической конференции, посвященной празднованию 80-летия Городской больницы ы1 им. Семашко. Ростов-на-Дону, 2002.- С.22*
35. Юровская В.П., Чеботарева Ю.Ю., Кочеткова И.П., Кос-тоева ЗА. Профилактика репродуктивного здоровья в периоде детства // *Материалы V международной конференции "Здоровье, труд, отдых в XXI веке (Профилактика, лечение, реабилитация в различные периоды жизни человека)". М., 2002.-С.22-25*
36. American Academy of Pediatrics. Group A streptococcal infections. In: Pickering LK, ed. *Red Book: Report of the Committee of Infectious Diseases, 25th edn. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. 2000. -P.526- -P.526-536.*
37. Boiko AV, Aleshkin VA, Afanas'ev SS et al. Vaginal microflora in girls of prepuberal age. // *Zh. Mikrobiol. Epidemiol. Immunobiol. -2001. -Vol.2.-P.91 -94.*
38. Centres for Disease Control and Prevention. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Resources (CDC), 2002.
39. Garcia-Aviles C, Carvalho N, Fernandez-Benitez M. Allergic vulvovaginitis in infancy: study of a case. // *Allergol Immunopathol (Madr). -2001. Vol.29. -№ 4. -P. 137-140.*
40. Mogielnicki NP, Schwartzman JD, Elliott JA. Perineal group A streptococcal disease in a pediatric practice. // *Pediatrics. 2000. - Vol.106.-№ 2.-P.276-281.*
41. Orden B, Martinez R. Do Streptococcus pyogenes urinary infections exist? // *Enferm Infecc Microbiol Clin. 2000. - Vol.18.-№9. - P.486-487.*
42. Oroz C., Porter-Boveri K.A.M., Thompson C. Chlamydial infections in children.// *Sex. Trans. Inf. 2001. - Vol.77. - P.462.*
43. Reynolds MW, Peipert IF, Collins B. Epidemiologic issues of sexually transmitted diseases in sexual assault victims. // *Obstet. Gynecol. Surv. -2000. Vol.55. -№1. - P.51-57*
44. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of genital chlamydia trachomatis infection. National Clinical Guideline. March 2000, Pub No 42.
45. Smith YR, Berman DR, Quint EH. Premenarchal vaginal discharge: findings of procedures to rule out foreign bodies. // *J Pediatr Adolesc Gynecol. -2002.*
46. Strieker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls // *Archives of Disease in Childhood. 2003. - Vol. 88. - P.324-326.*
47. Thompson C., Macdonald M., Sutherland S. A family cluster of Chlamydia trachomatis infection.// *B.M.J. 2001. - Vol. 322. -P. 1473-1474.*
48. Fischer GO, Rogers M. Vulval disease in children. A clinical audit of 130 cases.// *Pediatr. Dermatol. 2000. - Vol. 17. - P. 1-6.*