

УДК 618.15-002-053.6-08-035

РУТИНСЬКА Г.В.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ВАГІНАЛЬНОГО ДИСБІОЗУ У ДІВЧАТ ПРЕПУБЕРТАТНОГО ТА ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ

Резюме. Мета: оцінити диференційовану схему лікування вагінального дисбіозу у дівчат препубертатного та пубертатного віку залежно від типу та ступеня його вираженості з подальшим призначенням засобів особистої гігієни.

Матеріал та методи. Під спостереженням перебували 204 дівчини віком 8–17 років із вагінальним дисбіозом, з яких 79 дівчат препубертатного віку (група I) – 8–13 років і 125 дівчат пубертатного віку (група II) – 13–17 років. У групах I та II були виділені: основні групи ІО ($n = 41$) і ІІО ($n = 65$), які отримували лікування за розробленою методикою, та групи порівняння ІП ($n = 38$) і ІІП ($n = 60$). Для вивчення стану вагінального мікробіоценозу методом кількісної полімеразної ланцюгової реакції застосовували систему «Фемофлор-16» (Росія).

Результати. Корекція мікробіоценозу привела до формування нормоценозу як в основних, так і в групах порівняння. У переважній більшості пацієнток груп ІО і ІІО нормалізація мікробіоценозу урогенітального тракту стійко зберігалася, лише в 1,60 % пацієнток пубертатного віку з вираженим аеробно-анаеробним дисбіозом через рік при контрольному огляді відзначався рецидив. Серед пацієнток груп ІП і ІІП протягом року спостерігалися рецидиви відповідно у 23,68 і 25,00 % дівчат, які потребували проведення додаткових курсів лікування.

Висновки. Застосування диференційованої схеми лікування вагінального дисбіозу з урахуванням його типу та вираженості й подальшим призначенням засобів інтимної гігієни відповідно до вікового періоду дівчини сприяє вірогідно більшій стійкій реконвалесценції та зниженню рецидивів вагінального дисбіозу.

Ключові слова: вагінальний дисбіоз, препубертатний період, пубертатний період, урогенітальний мікробіоценоз, лікування.

У даний час серйозною проблемою в гінекології дітей і підлітків є висока захворюваність дівчат на урогенітальну патологію. Вагінальний дисбіоз та вульвовагініти займають перше місце серед уражень урогенітального тракту у дівчат, на їх частку в загальній структурі гінекологічної патології дитячого та юнацького віку припадає в середньому 60–70 % [1–5].

Слизова оболонка піхви і її переддвер'я з самого народження виділяє секрет, що скупчується між великими і малими половими губами у вигляді маслянистої речовини білого кольору, що ледве піддається видаленню. Шкірні покриви зовнішніх статевих органів дівчат до періоду статевого дозрівання відрізняються підвищеною уразливістю, оскільки складаються з меншого числа шарів клітин. Тому, якщо виділення не видалити, вони можуть викликати подразнення шкіри, свербіж, а приєднання мікроорганізмів може спровокувати розвиток запального процесу. Крім того, попадання сечі й калу на ніжну шкіру промежини і статевих органів може спровокувати у дівчат розвиток попрілості, дерматиту та вульвовагініту [6].

Фактори, що пояснюють підвищену сприйнятливості дітей до розвитку вагінального дисбіозу: тісна анатомічна близькість прямої кишки; відсутність губних жирових відкладень і лобкового волосся; невеликі статеві губи; тонкий і делікатний шар шкіри вульви; тонка, атрофічна, анестрогенна слизова піхви [7–8]. Важливим фактором є дитяча тенденція до поганої місцевої гігієни та незнання своїх органів. Бактерії фекального походження виділяються у 53 % дівчат із вульвовагінітами і у 25 % дівчат без вагінального запалення [9]. Автономні імунні механізми захисту (секреторні імуноглобуліни, лізоцим, система комплементу, фагоцитоз) у дівчат перебувають у стадії функціонального становлення, і їх захисна роль мінімальна [10].

Більшість випадків вагінального дисбіозу та вульвовагінітів у дівчат є неспецифічної етіології [8, 11–12]. Проте у деяких пацієнток симптоматика викликана інфекціями з певною бактеріальною патогенністю [9].

© Рутинська Г.В., 2014

© «Медико-соціальні проблеми сім'ї», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

У здорової дівчини мікроекологія піхви — це складна багатокомпонентна, гормонозалежна система, стан якої взаємопов'язаний з імунними особливостями організму і визначається періодом статевого розвитку, функціональним станом яєчників, концентрацією лактофлори, показником рН вагінального вмісту, рівнем місцевого імунітету [1]. Бактерійні групи в піхві є ключовими компонентами багатогранної антимікробної захисної системи, яка працює, щоб захистити жінок від хвороб [13].

Нормальна, інакше звана індигенна, мікрофлора піхви має першорядне значення в детермінуванні колонізаційної резистентності — сукупності механізмів, що забезпечують стабільність кількісного та видового складу компонентів нормального мікробіоценозу, що запобігають заселенню піхви патогенними мікроорганізмами або надмірному розмноженню умовно-патогенних мікроорганізмів, що входять до складу нормального мікробіоценозу, і поширення їх за межі властивої їм екологічної ніші [14]. При порушенні симбіозу епітеліоцитів та індигенної мікрофлори піхви можливе транзиторне або тривале порушення його колонізаційної резистентності. В дітей у формуванні колонізаційної резистентності піхви лідируючу роль відіграють біфідобактерії, тоді як у дівчат, які менструють, — лактобактерії. При недостатньому рівні естрогенів кількість глікогену в епітелії піхви знижується, внаслідок чого знижується і кількість лактобацил. При підвищенні рівня естрогенів у клітинах глікогену стає більше, ніж можуть переробити лактобацили, і його надлишок виявляється живильним середовищем для розмноження транзиторної мікрофлори. Індигенна мікрофлора може бути змінена прийомом (місцевим і системним) антибіотиків і антисептиків з приводу різних захворювань, інтервенцією інфекцій, що потрапили в піхву при гігієнічних погіршеннях або статевим шляхом. Зменшення кількості біфідо- або лактобацил обумовлює дефіцит вироблення молочної кислоти, зрушення рН середовища піхви в бік лужної реакції. У лужному середовищі починають посилено розмножуватися представники транзиторної мікрофлори піхви, виробляючи в процесі своєї життєдіяльності речовини, які ще збільшують зрушення середовища піхви в бік лужної реакції. Піхва втрачає колонізаційну резистентність і заселяється мікроорганізмами, здатними існувати і розмножуватися в умовах лужної середовища.

У статевому розвитку дівчини розрізняють кілька періодів: внутрішньоутробний, період новонародженості, період дитинства (від 1 року до 7–8 років), препубертатний (від 8 років до першої менструації), пубертатний (I фаза — від першої менструації до 14 років включно і II фаза — юнацька — 15–17 років включно) [1].

Кожен період має свої анатомо-фізіологічні особливості, що визначають тактику ведення дівчат з вагінальним дисбіозом. Препубертатний період починається від 8 років і триває до першої менструації. Цей період характеризується значними змінами в

гормональному стані і, як наслідок, появою вторинних статевих ознак і значних змін у статевих органах. Протягом препубертатного періоду зменшується утягнутість вульви, слизова оболонка поступово стає оксамитовою, дівоча пліва потовщується, збільшуються малі статеві губи, підвищується складчастість піхви. Наростає число шарів піхвового епітелію. У мазках із піхви збільшується кількість проміжних і поверхневих клітин плоского епітелію, збільшується виділення з піхви, реакція середовища піхви з нейтральної переходить у кислу. Відбуваються значні зміни у всьому організмі. У цей період можуть з'явитися білі з піхви і, можливо, подразнення слизової оболонки статевих шляхів, тому необхідно забезпечити адекватний захист і запобігти можливим ускладненням. Оскільки реакція середовища піхви в цьому періоді під наростаючим впливом естрогенів наближається до кислої (у 30 % дівчат віком 9 років у піхві виявляють лактобацили), рекомендується в цьому віці застосовувати засоби для інтимної гігієни зі слабкокислим рН для підтримки фізіологічного біоценозу піхви. Відомо, що кислий рН зберігає оптимальні умови для екосистеми зовнішніх статевих органів: поліпшує адгезію і розвиток молочних бактерій, пригнічує ріст анаеробів та інфекційні властивості патогенів, інгібує адгезію патогенних бактерій до стінки піхви [1, 14].

Пубертатний період продовжується від початку першої менструації і до 18 років. I фаза пубертатного періоду (з менархе до повних 14 років) характеризується періодичним і послідовним виділенням естрогенів. Лактобацили визначаються в мазках із піхви у більше ніж 60 % дівчат, рН піхви стає стійко кислим. У цей період з'являються слизисті виділення — фізіологічні пубертатні гіпертранссудації вагінального епітелію. Під час менструації гормональний фон змінюється, знижується кількість лактобацил. Усі ці фактори створюють умови, коли хвороботворним мікроорганізмам набагато простіше подолати захисні бар'єри і викликати запальний інфекційний процес. Із 15 років починається II фаза пубертатного періоду репродуктивної системи, що характеризується синхронізацією діяльності центральної і периферичної ланки репродуктивної системи. Юнацький період — етап остаточного формування зрілого типу функціонування репродуктивної системи — переходу до овуляторних менструальних циклів [1, 14].

Мета дослідження — оцінити диференційовану схему лікування вагінального дисбіозу у дівчат препубертатного та пубертатного віку залежно від типу та ступеня його вираженості з подальшим призначенням засобів особистої гігієни.

Матеріал та методи

Під спостереженням перебували 204 дівчини віком 8–17 років із вагінальним дисбіозом, із них 79 дівчат препубертатного віку (група I) — 8–13 років і 125 дівчат пубертатного віку (група II) — 13–17 років. У групах I та II були виділені: основні групи ІО (n = 41) і ІЮ (n = 65), які отримували лікування за розробле-

ною методикою, та групи порівняння ІП (n = 38) і ІІІП (n = 60).

Для вивчення стану вагінального мікробіоценозу методом кількісної полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) застосовували систему «Фемофлор-16» (Росія). Обладнанням для проведення аналізу в режимі реального часу був ампліфікатор ДТ-96. Можливість порівняння кількості лактобацил із загальною кількістю бактерій дозволяла оцінити вираженість порушень рівня нормофлори, а також визначити етіологічне значення мікроорганізмів у розвитку дисбіозу піхви та ступеня його вираженості в кожному конкретному випадку. При проведенні аналізу визначали загальну бактеріальну масу, кількість лактобацил, анаеробів, аеробів, уреоплазм, грибів роду *Candida*, мікоплазм, інших мікроорганізмів, які виявлялися в незначній кількості. Ступінь обсіменіння вагінального секрету в бланках результатів був логарифмічно залежним.

Оцінку стану вагінального мікробіоценозу методом кількісної ПЛР із застосуванням системи «Фемофлор-16» проводили за градаціями фірми-розробника: нормоценоз, помірний аеробно-анаеробний дисбаланс, виражений аеробно-анаеробний дисбаланс, аеробний дисбаланс, анаеробний дисбаланс.

В основній групі дівчат препубертатного віку для корекції помірного дисбіозу застосовували засіб для інтимної гігієни, який мав відповідати змінам, що відбуваються у цьому періоді життя дівчини, м'яко захищав і підтримував фізіологічну мікроекологію зовнішніх статевих органів дівчини — рідке мило та вологі серветки з ефірним маслом ромашки. У дівчат із вагінальним кандидозом застосовували мило з оливковим листям щоденно вранці та ввечері з затримкою на 1–2 хвилини. Використання природних антисептиків має явні переваги перед застосуванням синтетичних антисептичних засобів, насамперед у тому, що вони пригнічують ріст мікроорганізмів, резистентних до антибіотиків, не пригнічуючи імунітет, але є модуляторами багатьох його ланок, також запобігають розвитку дисбіозу [1]. Пацієнтки групи порівняння ІП з помірним дисбіозом отримували комплексний препарат, що вміщував сульфати неоміцину та поліміксину по 35 000 МО, 10 000 МО ністатину та диметилполісилоксан як допоміжну речовину, що має також регенеруючі та трофологічні властивості (поліжинакс вірго).

Дівчата препубертатного віку групи ІО з вираженим вагінальним дисбіозом і/або наявністю уреоплазми отримували антибактеріальні препарати залежно від наявності анаеробного (8–10 років — метронідазол 250–375 мг/добу, старше 10 років — 500 мг/добу у два прийоми впродовж 10 днів; далацин Ц по 25 мг/кг маси тіла — 10 днів, дозу ділили на 4 прийоми) або аеробно-анаеробного дисбіозу і/або наявності уреоплазмозу (суспензія вільпрафен у добовій дозі 30–50 мг/кг маси тіла, поділена на 3 прийоми); обробку піхви проводили 0,05% розчином хлоргексидину для зовнішнього застосування 10 днів. Після закінчення курсу лікування дівчатам рекомендували засоби для інтимної гігієни: рідке мило та вологі серветки з ефірним маслом

ромашки, мило з оливковим листям щоденно вранці та ввечері з затримкою на 1–2 хвилини.

Дівчата препубертатного та пубертатного віку груп ІП та ІІІП з вираженим вагінальним дисбіозом отримували напівсинтетичний антибіотик пеніцилін із широким спектром антибактеріальної активності щодо багатьох грампозитивних і грамнегативних мікроорганізмів, який вміщував амоксицилін 500 мг і клавуланову кислоту 125 мг (аугментин). Вагінально дівчата отримували комплексний препарат, що вміщував сульфати неоміцину та поліміксину по 35 000 МО, 100 000 МО ністатину та диметилполісилоксан як допоміжну речовину, що має також регенеруючі та трофологічні властивості (поліжинакс вірго).

У дівчат пубертатного віку основної групи ІО з помірним дисбіозом застосовували пероральний препарат вагісан по 1–2 капсули на добу під час їжі протягом 2 тижнів. Одна капсула вагісану містить живих бактерій *Lactobacillus rhamnosus* Gr-1tm і *Lactobacillus reuteri* Rc-14tm у загальній кількості не менше 1×10^9 КУО, здатних до розмноження. Препарат підтримує і відновлює нормальну вагінальну мікрофлору, сприяє збільшенню кількості природних лактобактерій у вагінальному середовищі; сприяє формуванню слабокислого середовища, запобігаючи розвитку урологічних і гінекологічних інфекцій. Місцево застосовували засіб для інтимної гігієни з кислим рН та ефірним маслом шавлії лікарської у складі. Лікувальна дія шавлії визначається високим умістом кетонів, потужних природних антисептиків, що мають також анальгезуючі й ранозагоювальні властивості. Пацієнтки групи порівняння ІІІП з помірним дисбіозом отримували комплексний препарат, що вміщував сульфати неоміцину та поліміксину по 35 000 МО, 100 000 МО ністатину та диметилполісилоксан (поліжинакс вірго).

Дівчата пубертатного віку групи ІО з вираженим вагінальним дисбіозом і/або наявністю уреоплазмозу отримували антибактеріальні препарати залежно від наявності анаеробного (метронідазол 500 мг/добу у два прийоми впродовж 10 днів; далацин Ц по 25 мг/кг маси тіла — 10 днів, дозу ділили на 4 прийоми) або аеробно-анаеробного дисбіозу і/або наявності уреоплазмозу (вільпрафен по 500 мг три рази на добу 10 днів); обробку піхви проводили 0,05% розчином хлоргексидину для зовнішнього застосування 10 днів і використовували свічки гексикон вагінально на ніч. Після закінчення курсу лікування дівчатам рекомендували засоби для інтимної гігієни — рідке мило та вологі серветки з ефірним маслом шавлії та мило з оливковим листям щоденно вранці та ввечері з затримкою на 1–2 хвилини; під час менструацій — застосування тампонів Ellen® з пробіотиком та засобу для інтимної гігієни у формі рідкого мила або очищувальних серветок. Серветки особливо зручні, якщо відсутні умови для підмивання.

Еллен® тампони з пробіотиком містять Лакто Натурель® (LN®), суміш штамів молочнокислих бактерій, що взаємодіють для підтримання мікрофлори вагіни та забезпечують її здоровий стан. Штами LN® бактерій

є природною складовою здорової мікрофлори вагіни, виробляють молочну кислоту природним шляхом, і, таким чином, регулюють баланс рівня рН вагіни. Для лактобактерій характерний механізм саморегуляції, який робить неможливим передозування Еллен® тампонів з пробіотиком.

Засіб для інтимної гігієни містить ефірну олію чебрецю звичайного (тимол) з рН 3,5. Лікувальна дія чебрецю характеризується високою бактерицидною активністю (в 5 разів сильніше від карболової кислоти), аналгетичним і ранозагоювальним ефектом, м'якою седативною дією. Тимол має також фунгіцидні, уросептичні, антипаразитарні, знеболюючі, протисвербінні властивості. Слід зважати, що ефірна олія чебрецю пригнічує ріст мікроорганізмів, резистентних до звичайної антибактеріальної терапії, і не впливає на імунітет. Тимол порушує адгезію бактерій і грибків до слизової оболонки, потенціює активність антиоксидантною дією.

Статистичну обробку матеріалу здійснювали за допомогою програми Excel.

Результати та їх обговорення

Досліджувані групи були однорідні за віком, гінекологічним, соматичним, інфекційним анамнезом.

У дівчат препубертатного віку з однаковою частотою зустрічався як анаеробний, та і аеробно-анаеробний дисбіоз (табл. 1), у групі пацієнток пубертатного віку переважав анаеробний дисбіоз. Дівчата препубертатного віку частіше зверталися до лікаря з вираженим дисбіозом, тоді як пацієнтки пубертатного віку — частіше з помірним дисбіозом.

Проведення корекції мікробіоценозу привело до формування нормоценозу як в основних, так і в групах порівняння. Але у переважній більшості пацієнток груп ІО і ІІО нормалізація мікробіоценозу урогенітального тракту стійко зберігалася, лише у 2 (1,60 %) пацієнток пубертатного віку з вираженим аеробно-анаеробним дисбіозом відмічався рецидив через рік при контрольному огляді. Серед пацієнток груп ІП і ІІП протягом року відмічалися рецидиви відповідно у 9 (23,68 %) і 15 (25,00 %) дівчат, які потребували проведення додаткових курсів лікування.

Висновки

Застосування диференційованої схеми лікування вагінального дисбіозу з урахуванням його типу та

вираженості й подальшим призначенням засобів інтимної гігієни відповідно до вікового періоду дівчини сприяє вірогідно більш стійкій реконвалесценції та зниженню рецидивів вагінального дисбіозу.

Список літератури

1. Коколина В.Ф. *Интимная гигиена как основа физиологического развития репродуктивной системы девочки // Репродуктивное здоровье детей и подростков.* — 2011. — № 5. — С. 80-85.
2. Fischer G. *Chronic vulvitis in pre-pubertal girls / G. Fischer // Australas. J. Dermatol.* — 2010. — Vol. 51, № 2. — P. 118-123. doi: 10.1111/j.1440-0960.2010.00631.x.
3. *Vulvovaginitis in childhood / [Dei M., Di Maggio F., Di Paolo G. et al.] // Best Prac. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* — 2010. — Vol. 24, № 2. — P. 129-37. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.09.010.
4. Rome E.S. *Vulvovaginitis and other common vulvar disorders in children / E.S. Rome // Endocr. Dev.* — 2012. — Vol. 22. — P. 72-83. doi: 10.1159/000326634.
5. *Pediatric vulvovaginal disorders: a diagnostic approach and review of the literature / [Van Eyk N.I., Allen L., Giesbrecht E. et al.] // Obstet. Gynaecol. Can.* — 2009. — Vol. 31, № 9. — P. 850-862.
6. *Анатомо-физиологические особенности девочки в процессе созревания репродуктивной системы (нейтральный период, препубертат) [Электронный ресурс] / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко.* — Режим доступа: <http://www.medichelp.ru/posts/view/7295>
7. Stricker T. *Vulvovaginitis in prepubertal girls / Stricker T., Navratil F., Sennhauser F.H. // Arch. Dis. Child.* — 2003. — Vol. 88, № 4. — P. 324-326.
8. Андрієць О.А. *Особенности микробиоценозу піхви у дівчат, хворих на сальпінгоофорит / [Андрієць О.А., Гуменна К.Ю., Боднарюк О.І.] // Буковинський медичний вісник.* — 2013. — Т. 17, № 2(66). — С. 8-12.
9. *Microbiological findings of vulvovaginitis in prepubertal girls / [Bumbulienė Ž., Venclavičiūtė K., Ramašauskaitė D. et al.] // Postgrad. Med. J.* — 2014. — Vol. 90, № 1059. — P. 8-12. doi: 10.1136/postgradmedj-2013-131959.
10. Гизатуллина Д.Н. *Клинико-иммунологические особенности течения и диагностики хронических вульвовагинитов у девочек дошкольного и младшего школьного возраста / Д.Н. Гизатуллина // Казанский медицинский журнал.* — 2007. — Т. 88, № 2. — С. 147-150.
11. *Ureaplasmas and mycoplasmas in vaginal samples from prepubertal girls and the reasons for gynecological consultation / [Romero P., Muñoz M., Martínez M.A. et al.] // J. Pedi-*

Таблиця 1. Розподіл вагінального дисбіозу за видом та ступенем вираженості в досліджуваних групах, Р (%)

Група	Наявність анаеробного дисбіозу	Наявність аеробно-анаеробного дисбіозу	Наявність помірного дисбіозу	Наявність вираженого дисбіозу
I, n = 79	41 (51,90)	38 (48,10)	23 (29,11)	56 (70,89)
ІО, n = 41	23 (56,10)	18 (43,90)	11 (26,83)	30 (73,17)
ІП, n = 38	18 (47,37)	20 (52,63)	12 (31,58)	26 (68,42)
ІІ, n = 125	90 (72,00)	35 (28,00)	92 (73,60)	33 (26,40)
ІІО, n = 65	46 (70,77)	19 (29,23)	47 (72,31)	18 (27,69)
ІІП, n = 60	44 (73,33)	16 (26,67)	45 (75,00)	15 (25,00)

atr. *Adolesc. Gynecol.* — 2014. — Vol. 27, № 1. — P. 10-13. doi: 10.1016/j.jrag.2013.07.006.

12. Чайка А.В. Характеристика микробного пейзажа влагалища у девочек препубертатного возраста в норме и при вагинальном дисбиозе / А.В. Чайка, А.В. Рутинская // Таврический медико-биологический вестник. — 2012. — Т. 15, № 2, ч. 2 (58). — С. 204-207.

13. *Temporal Dynamics of the Human Vaginal Microbiota* / [Gajer P., Brotman R.M., Bai G. Et al.] // *Sci. Transl. Med.* — 2012. — Vol. 4, № 132. — P. 132ra52. doi:10.1126/scitranslmed.3003605.

14. Возрастные особенности диагностики и лечения бактериального вагиноза в детском и подростковом возрасте / [Е.В. Уварова, Н.Х. Латыпова, В.В. Муравьева и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2006. — № 4. — С. 57-61.

Отримано 20.01.14 ■

Рутинская А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО ДИСБИОЗА У ДЕВУШЕК ПРЕПУБЕРТАТНОГО И ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Резюме. Цель: оценить дифференцированную схему лечения вагинального дисбиоза у девушек препубертатного и пубертатного возраста в зависимости от типа и степени его выраженности с последующим назначением средств личной гигиены.

Материал и методы. Под наблюдением находились 204 девушки в возрасте 8–17 лет с вагинальным дисбиозом, из которых 79 девушек препубертатного возраста (группа I) — 8–13 лет и 125 девушек пубертатного возраста (группа II) — 13–17 лет. В группах I и II были выделены: основные группы IO (n = 41) и IO (n = 65), получавшие лечение по разработанной методике, и группы сравнения IC (n = 38) и IC (n = 60). Для изучения состояния вагинального микробиоценоза методом количественной полимеразной цепной реакции применяли систему «Фемофлор-16» (Россия).

Результаты. Коррекция микробиоценоза привела к формированию нормоценоза как в основных, так и в группах сравнения. У подавляющего большинства пациенток групп IO и

IO нормализация микробиоценоза урогенитального тракта устойчиво сохранялась, лишь у 1,60 % пациенток пубертатного возраста с выраженным аэробно-анаэробным дисбиозом через год при контрольном осмотре отмечался рецидив. Среди пациенток групп IC и IC в течение года наблюдались рецидивы соответственно у 23,68 и 25,00 % девушек, которые нуждались в проведении дополнительных курсов лечения.

Выводы. Применение дифференцированной схемы лечения вагинального дисбиоза с учетом его типа и выраженности и последующим назначением средств интимной гигиены в соответствии с возрастным периодом девушки приводит к достоверно более устойчивой реконвалесценции и снижению рецидивов вагинального дисбиоза.

Ключевые слова: вагинальный дисбиоз, препубертатный период, пубертатный период, урогенитальный микробиоценоз, лечение.

Rutinskaya A.V.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

DIFFERENTIAL TREATMENT OF VAGINAL DYSBIOSIS IN GIRLS OF PREPUBERTAL AND PUBERTAL AGE

Summary. Objective: to evaluate the differentiated treatment of vaginal dysbiosis in girls of prepubertal and pubertal age, depending on its type and severity with the subsequent prescription of personal hygiene products.

Material and Methods. The study involved 204 girls aged 8 to 17 years with vaginal dysbiosis, of which 79 girls of prepubertal age (group I) — 8–13 years and 125 girls of pubertal age (group II) — 13–17 years. In groups I and II were identified: study groups IS (n = 41) and IIS (n = 65) treated by the developed technique, and comparison groups IC (n = 38) and IC (n = 60). To examine the status of vaginal microbiocenosis by quantitative polymerase chain reaction we used Femoflor-16 system (Russia).

Results. Correction of microbiocenosis led to the normocenosis both in main and comparison groups. However, in the

vast majority of patients of groups IS and IIS normalization of urogenital tract microbiocenosis remained stable, only 1.60 % of pubertal age patients with severe aerobic-anaerobic disbiosis had relapse in a year at the control examination. Among patients from groups IC and IIC during the year relapses were observed in 23.68 and 25.00 % of girls, respectively, who required additional treatments.

Conclusions. The use of differentiated treatment regimens of vaginal dysbiosis given its type and severity and the subsequent prescription of personal hygiene products in accordance with the age of girls leads to significantly more stable reconvalescence and reduced relapses of vaginal dysbiosis.

Key words: vaginal dysbiosis, prepubertal period, pubertal period, urogenital microbiocenosis, treatment.