

Факторы риска персистенции вульвовагинита у девочек и оптимизация терапии

А. Б. Хурасева

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

Репродуктивное здоровье детей и подростков; № 3; 2014; с. 31-36.

Проанализированы факторы, способствующие персистенции вульвовагинита у девочек. Установлено, что упорное и длительное течение вульвовагинита у девочек может быть обусловлено неблагоприятным течением перинатального периода (внутриутробное инфицирование, синдром задержки развития плода или макросомия при рождении, недоношенность) и наличием экстрагенитальной патологии. Приведены результаты лечения 30 девочек с клиническими проявлениями неспецифического бактериального вульвовагинита местным комбинированным антибиотиком – Полижинакс®/Вирго, который обеспечил высокий комплаенс терапии, эффективно и быстро устранял клинические проявления неспецифического вульвовагинита у девочек.

Ключевые слова: девочка, неспецифический вульвовагинит, локальная терапия, Полижинакс®/Вирго.

В структуре гинекологических заболеваний у детей и подростков вульвовагинит (ВВ) занимает одно из первых мест. В нейтральный период жизни у девочек их частота достигает 60–70% [3].

В большинстве случаев причиной ВВ в детском возрасте являются условно патогенные микроорганизмы, такие, как стрептококк, стафилококк, энтерококк, кишечная палочка. Возникновение ВВ у девочек обусловлено рядом анатомо-физиологических особенностей репродуктивной системы. К ним относятся: избыточная складчатость слизистых оболочек; замедленная пролиферация эпителия влагалища; недостаточное смыкание половых губ в задних отделах. До пубертатного периода из-за низкой эстрогенной насыщенности влагалища девочки имеет щелочную реакцию, поэтому нет условий для существования молочнокислых бактерий. Поэтому в возрасте до 10 лет имеются все условия для существования патогенных микроорганизмов [2, 8].

Предрасполагающими факторами могут быть нарушения обмена веществ, заболевания, снижающие иммунную защиту организма, такие, как детские вирусные инфекции, частые заболевания рото- и носоглотки, бронхиты. Еще одной проблемой, способствующей развитию бактериальных неспецифических ВВ в детском возрасте, являются заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): колит, дискинезия и дисбактериоз кишечника. Увеличение распространенности данной патологии провоцирует неоправданное или бесконтрольное использование антибактериальной терапии [4].

Воспалительные заболевания вульвы у девочек дошкольного возраста, как правило, являются следствием фоновых заболеваний. В большинстве случаев основную роль в развитии ВВ играют дисбиотические сдвиги в микрофлоре кишечника. В этом случае клиническое течение ВВ характеризуется длительным течением с тенденцией к частым рецидивам.

В последние годы все большее значение в генезе ВВ приобретают микробные ассоциации с участием 2–6 возбудителей аэробного и анаэробного происхождения [7, 8].

Не только бактериальные, но и вирусные агенты могут поражать девочек в возрасте до 5 лет. Частота вирусного поражения вульвы и влагалища составляет 10–25%, преимущественно инфицирование происходит вирусом простого

герпеса. Это является следствием снижения иммунитета в этом возрасте [9].

Основным и, как правило, единственным симптомом этого гинекологического заболевания являются бели.

Несмотря на большую распространенность ВВ у девочек, некоторые вопросы остаются нерешенными. Высокая частота ВВ у девочек в допубертатном возрасте диктует необходимость поиска возможных предпосылок. Анатомо-физиологические особенности не являются единственной причиной ВВ у детей.

Актуальность этой проблемы определяется не только значимой частотой ВВ у девочек, но и тем, что при хронизации воспалительного процесса они могут способствовать нарушению становления менструального цикла, а также репродуктивной функции в дальнейшем.

Цель исследования: выявление аспектов, способствующих нарастающей частоте и персистенции ВВ у девочек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 190 девочек в возрасте от 3 до 8 лет. Основную группу составили 98 пациенток с персистирующим ВВ. Диагноз установлен на основании клинико-анамнестических и лабораторных данных. Критерии исключения – ВВ, вызванный ИППП, выявленный методом ПЦР. В контрольную группу вошли 92 девочки без клинических проявлений ВВ. Ретроспективно проанализированы особенности перинатального анамнеза: внутриутробное инфицирование (ВУИ) во время беременности, преждевременные роды, рост и масса тела при рождении [синдром задержки развития плода (СЗРП), макросомия], особенности развития первого года жизни и ухода за ребенком (длительность использования памперсов, применение ароматических влажных салфеток и дезинфицирующих средств). При сборе соматического анамнеза учитывали сведения о перенесенных детских заболеваниях, отмечали данные аллергического анамнеза, наличие патологии со стороны различных органов и систем, экстрагенитальных воспалительных заболеваний, эндокринной патологии. Специальные методы обследования: антропометрия, гинекологический осмотр, общий анализ мочи, анализ кала на яйца гельминтов, бактериоскопическое и бактериологическое исследование вагинальных выделений.

У 30 девочек основной группы, родители которых дали информированное согласие на проведение лечения, была оценена эффективность препарата Полижинакс®/Вирго производства французской компании «Лаборатория Иннотек Интернациональ». Динамику клинических симптомов (зуд вульвы, наличие патологических белей, гиперемия преддверия влагалища, отек половых губ) оценивали на 3-й и 7-й день терапии, а также через месяц после окончания лечения.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием прикладных программ Microsoft Excel 2003, Statistica (v 6,0) SPSS for Windows (v.13,0) и компьютерной программы RxS (RowsxColumnis). Достоверность различий дисперсии оценивали непараметрическим критерием Фишера. Статистическую проверку гипотез различий средних независимых выборок с одинаковыми и различ-

Особенности перинатального анамнеза у девочек сравниваемых групп

Особенности анамнеза	1-я группа (основная), n=98		2-я группа (контрольная), n=92		P
	Абс. число	M±m, %	Абс. число	M±m, %	
ВУИ	30	30,6±4,7**	14	15,2±3,7	p ₁₋₂ <0,01
СЗРП при рождении	36	36,7±4,9***	10	10,9±3,2	p ₁₋₂ <0,001
Родились преждевременно	22	22,4±4,2**	5	5,4±2,4	p ¹⁻² <0,01
Макросомия при рождении	20	20,4±4,1 **	6	6,5±2,6	p ₁₋₂ <0,01
Нарушения норм ухода	20	20,4±4,1*	8	8,7±2,9	p ₁₋₂ <0,05
Синехии	17	17,3±3,8*	6	6,5±2,6	p ₁₋₂ <0,05

Таблица 2

Сравнительная характеристика состояния здоровья у девочек сравниваемых групп

Перенесенные заболевания	1-я группа (основная), n=98		2-я группа (контрольная), n=92		P
	Абс. число	M±m %	Абс. число	M±m %	
Частые ОРВИ	67	68,4±4,7 **	43	46,7±5,2	p ₁₋₂ <0,01
Цистит	43	43,9±5,0**	19	20,7±4,2	p ₁₋₂ <0,01
Крапивница, другие аллергические заболевания	38	38,8±4,9**	15	16,3±3,9	p ₁₋₂ <0,01
Дисбактериоз (запоры, понос)	34	34,7±4,8**	15	16,3±3,9	p ₁₋₂ <0,01
Нарушения жирового обмена (ожирение)	26	26,5±4,6**	10	10,9±3,2	p ₁₋₂ <0,01
Пиелонефрит	25	25,5±4,4**	10	10,9±3,2	p ₁₋₂ <0,01
Гастрит	24	24,5±4,3*	10	10,9±3,2	p ₁₋₂ <0,05
Сахарный диабет	13	13,3±3,4*	4	4,3±2,1	p ₁₋₂ <0,05

личными дисперсиями осуществляли с использованием соответствующего двухвыборочного параметрического критерия Стьюдента (t). Вычисляли среднее значение (M), среднеквадратичное отклонение (σ), ошибку средней арифметической (m). Различия считали достоверными при p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе перинатального анамнеза (табл. 1) было выявлено, что в 1-й (основной) группе в 2 раза чаще было диагностировано ВУИ по сравнению со 2-й (контрольной) группой (30,6±4,7% против 15,2±3,7%, p₁₋₂<0,01), достоверно чаще были преждевременные роды (22,4±4,2% против 5,4±2,4%, p₁₋₂<0,01). В 1-й группе обращает на себя внимание значительная доля рождения детей как с малой массой тела (36,7±4,9% против 10,9±3,2%, p₁₋₂<0,001), так и с большой (20,4±4,1% против 6,5±2,6%, p₁₋₂<0,01). В основной группе чаще выявлены те или иные нарушения правил интимной гигиены (20,4±4,1% против 8,7±2,9%, p₁₋₂<0,05). Кроме того, в группе девочек с ВВ в 2,5 раза чаще возникали синехии (17,3±3,8% против 6,5±2,6%, p₁₋₂<0,05).

Еще одной предполагаемой причиной персистенции ВВ является наличие соматической патологии. Заслуживает внимание тот факт, что к моменту обследования не имели соматической патологии только 15,3±3,6% девочек в основной и 20,7±4,2% в контрольной группе (табл. 2). Это является подтверждением ухудшения состояния здоровья у современных детей уже в период раннего и среднего детства. Ретроспективный анализ перенесенных детских инфекций (корь, скарлатина, паротит) не выявил достоверных различий в сравниваемых группах. В структуре экстрагенитальной патологии ведущее место в обеих группах занимали частые острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), но, тем не менее, у девочек основной группы по сравнению с

контрольной группой их частота была достоверно выше (72,1±3,8% против 61,6±3,1%, p₁₋₂<0,05). Следует признать, что в сравниваемых группах мы не выявили достоверных различий в частоте таких гнойно-воспалительных заболеваний, как ангина, бронхит, пневмония, отит.

Инфекции мочевыводящих путей преобладали в 1-й группе, причем цистит занимал второе место в структуре соматической патологии у девочек с персистирующим ВВ (43,9±5,0% против 20,7±4,2%, p₁₋₂<0,01), а каждая четвертая девочка перенесла пиелонефрит (25,5±4,4% против 10,9±3,2%, p₁₋₂<0,01).

Аллергические реакции в анамнезе констатированы у 38,8±4,9% девочек основной группы, что было более чем в 2 раза чаще по сравнению с контрольной группой (16,3±3,9%, p₁₋₂<0,01).

Очевидно, что рецидивирующий ВВ зачастую может быть маркером гастроэнтерологической патологии. Это нашло подтверждение и в данном исследовании, так, дисбактериозом кишечника, проявляющимся запорами или диареей, страдала каждая третья девочка основной группы (34,7±4,8%), тогда как в контрольной группе частота данной патологии составляла 16,3±3,9% (p₁₋₂<0,01). Частота гастрита в 1-й группе составила 24,5±4,3%, тогда как в контрольной группе – 10,9±3,2% (P₁₋₂<0,05).

Одной из возможных причин персистенции и рецидивирования ВВ могут быть эндокринопатии. По нашим данным, нарушение жирового обмена, проявляющееся избыточной массой тела, отмечено у 26,5±4,6% пациенток 1-й группы, что в 2,4 раза чаще по сравнению с контрольной группой (10,9±3,2%, p₁₋₂<0,01). Также у девочек с ВВ достоверно выше была частота сахарного диабета (13,3±3,4% против 4,3±2,1%, p₁₋₂<0,05). Несмотря на данные литературы о том, что глистные инвазии являются предрасполагающим фактором ВВ, мы не выявили значимых различий у девочек срав-

ниваемых групп. Частота глистных инвазий была невелика в обеих группах – соответственно $8,2 \pm 2,8\%$ и $5,4 \pm 2,4\%$, $p > 0,05$.

У 30 девочек с клиническими проявлениями ВВ в качестве местной терапии был использован препарат Полижинакс®/Вирго. Препарат назначали в форме интравагинальных инстилляций содержимого 1 капсулы 1 раз в сутки на протяжении 6 дней на ночь после туалета наружных половых органов.

При выборе данного препарата мы руководствовались рядом требований, предъявляемых к лечебному препарату в данной возрастной группе. Одним из преимуществ препарата Полижинакс®/Вирго является его комбинированный состав, включающий неомицина сульфат 35 000 ЕД, полимиксина В сульфат 35 000 ЕД и нистатин 100 000 ЕД. В результате чего он обладает широким спектром антимикробного действия в отношении как грамположительных, так и грамотрицательных микроорганизмов, и вместе с тем оказывает фунгицидное действие на дрожжеподобные грибы. Помимо этого, входящий в состав препарата гель диметикон оказывает трофическое и противовоспалительное действие на эпителиальные клетки, а также обладает местным противовоспалительным и гипосенсибилизирующим эффектом [1].

При выборе препаратов для местной терапии ВВ у девочек также следует учитывать такое понятие, как «комплаенс» – согласие пациента, а в данной ситуации родителей девочки, следовать рекомендациям врача [5, 6]. Как оказалось, у 17% девочек родители отказываются от использования своими детьми влагалитических форм лекарственных средств, опасаясь это опасением повреждения девственной плевы [1].

Следует подчеркнуть, что при применении данного препарата уже на 3-й день использования отмечалось исчезновение зуда, жжения, уменьшение объема влагалитического отделяемого у 23 (76,7%) пациенток. Сразу после окончания местной терапии симптомы купировались у 27 (90,0%) девочек, а стойкая ремиссия сохранялась у них и через месяц

после проведенного лечения. Тем не менее, у 3 (10%) пациенток, несмотря на уменьшение клинических симптомов, все же при визуальном осмотре сохранялась умеренная гиперемия преддверия влагалитца – это были девочки с патологией мочевыделительной системы. Что касается соблюдения продолжительности курса терапии, то, со слов матерей девочек, все полностью завершили назначенный курс и отметили удобство применения данного препарата.

Широкий спектр действия препарата Полижинакс®/Вирго, отсутствие побочных реакций и осложнений, а также удобная форма введения обеспечивают высокий комплаенс терапии. Учитывая все выше перечисленное, представляется целесообразным его использование как препарата выбора для этиотропной терапии ВВ у девочек.

ВЫВОДЫ

Подводя итог анализа факторов, способствующих персистенции ВВ у девочек, можно сказать, что неблагоприятное течение перинатального периода (ВУИ, СЗРП или макросомия при рождении, недоношенность), нарушают адаптацию ребенка и могут предрасполагать к возникновению ВВ у девочек. Наличие упорного и длительного течения ВВ у девочек данной возрастной группы также обусловлено наличием экстрагенитальной патологии инфекционного и неинфекционного генеза, приводящей к нарушению защитной функции слизистых оболочек нижнего отдела генитального тракта. Несмотря на то что основным, а иногда единственным симптомом ВВ являются бели, при хронизации воспалительного процесса возникает риск нарушений становления менструального цикла и репродуктивной функции женского организма. Это диктует необходимость комплексного подхода к ведению девочек с ВВ с привлечением врачей смежных специальностей, таких, как иммунолог-аллерголог, эндокринолог, уролог.

Фактори ризику персистенції вульвовагініту у дівчаток і оптимізація терапії А.Б. Хурасева

Проаналізовано фактори, що сприяють персистенції вульвовагініту у дівчаток. Встановлено, що активний і тривалий перебіг вульвовагініту у дівчаток може бути зумовлений несприятливим перебігом перинатального періоду (внутрішньоутробне інфікування, синдром затримки розвитку плоду або макросомія при народженні, недоношеність) і наявністю екстрагенітальної патології. Наведено результати лікування 30 дівчаток з клінічними проявами неспецифічного бактеріального вульвовагініту місцевим комбінованим антибіотиком – Поліжинакс®/Вирго, який забезпечив високий комплаєнс терапії, ефективно і швидко усунув клінічні прояви неспецифічного вульвовагініту у дівчаток.

Ключові слова: дівчинка, неспецифічний вульвовагініт, локальна терапія, Поліжинакс®/Вирго.

Vulvovaginitis Persistence Risk Factors In Girls And Treatment Optimization A.B. Khuraseva

Factors contributing to vulvovaginitis persistence in girls were analyzed. Persistent and protracted vulvovaginitis in girls may be due to unfavorable course of perinatal period (intrauterine infection, IUGR or macrosomia at birth, preterm birth) and the presence of extragenital pathology. 30 girls with clinical manifestations of nonspecific bacterial vulvovaginitis were treated with local combined antibiotic Polygynax®/Virgo, which quickly and effectively removed nonspecific clinical manifestations of vulvovaginitis.

Key words: a girl, nonspecific vulvovaginitis, local therapy, Polygynax®/Virgo.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуркин Ю.А. Опыт поэтапного лечения неспецифических вульвовагинитов у девочек // Репрод. здоровье детей и подростков. – 2009. – № 5. – С. 15–20.
2. Коколина В.Ф., Баринаева А.М., Рубец Е.И. и др. Использование препарата Генферон Лайт в лечении урогенитальных инфекций у подростков // Эффектив. фармакотер. в акуш. и гин. – 2009. – № 2.
3. Коколина В.Ф. Диагностика и лечение урогенитальных инфекций у детей и подростков: Пособие для врачей. – М., 2010. – 35 с.
4. Косых С.Л., Мозес В.Г. Оптимизация ведения детей и подростков с неспецифическим бактериальным вульвовагинитом: Руководство для врачей. – М.: Адамант, 2011. – 28 с.
5. Косых С.Л., Мозес В.Г. Опыт использования комбинированного антибиотика местного действия при не-

- специфическом бактериальном вульвовагините у девочек // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2013. – № 1. – С. 42–45.
6. Лапин И.П. Плацебо и терапия. – СПб.: Лань, 2000. – 224 с.
7. Прилепская В.Н. Особенности инфекционных процессов нижнего отдела половых путей. Возможности терапии препаратами для локального применения // Гинекология. – 2000. – Т. 2, № 2. – С. 57–59.

8. Султанова Ф.Ш. Состояние влагалитца и шейки матки у девочек допубертатного возраста с различным уровнем стероидных гормонов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003.
9. Уварова Е.В., Султанова Ф.Ш. Влагалитца как микросистема в норме и при воспалительных процессах гениталий различной этиологии (обзор литературы) // Гинекология. – 2002. – № 4, Т. 4. – С. 189–195.

Статья поступила в редакцию 13.03.2015