



Неспецифічні запальні захворювання зовнішніх статевих органів у дітей та підлітків

І.Б. Вовк, д.мед.н., професор, керівник відділення;

В.Ф. Петербурзька, к.мед.н.; В.К. Кондратюк, д.мед.н.

Відділення планування сім'ї ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

Представлено сучасні підходи до діагностики і лікування вульвовагінітів у дівчаток нейтрального та пубертатного віку. Основну увагу приділено особливостям клінічного перебігу запальних захворювань зовнішніх статевих органів залежно від етіологічних чинників.

Ключові слова: вульвовагініти, період нейтрального дитинства, синехії малих соромітних губ.

У структурі хвороб репродуктивної системи в періоді нейтрального дитинства на запальні ураження статевих органів припадає приблизно 70%. У препубертатному віці найбільш поширеними є неспецифічні вульвовагініти, частота яких становить 2,68-3,21 на 10 тис. дітей, або 68-93% від загальної кількості випадків запальних захворювань статевих органів у дітей і підлітків. Частота цієї патології серед інших гінекологічних захворювань у дівчат становить 30-79% (за даними деяких авторів, навіть 85-93%). Запаленням нижніх статевих органів зумовлена найбільша кількість звернень до дитячого гінеколога дівчаток дошкільного і раннього шкільного віку (35-70%), а під час загальних обстежень дітей різних вікових груп вульвовагініти діагностують у 9,8-11,5% дівчаток. Виразкові ураження піхви різної етіології можуть спричинювати її звуження або зрощення і створювати в майбутньому перешкоди для статевого життя, настання вагітності та пологів.

Вульвовагініти у дітей — це запальні поліетіологічні захворювання зовнішніх статевих органів, які характеризуються різноманітністю клінічних проявів, труднощами диференціальної діагностики, високою частотою рецидивування та розвиваються внаслідок вікових особливостей мікробіоценозу піхви, гормонального й імунологічного стану організму.

Вульвовагініти здебільшого спостерігаються у дітей в період гормонального спокою (до віку 8-10 років). Характерно, що на відміну від дорослих жінок, у дівчаток ізольовані ураження вульви, присінка піхви та піхви спостерігаються відносно рідко. Запальний процес локалізується переважно

в зовнішніх статевих органах. У пубертатному віці частота вульвовагінітів знижується, що пов'язано з підвищенням функції яєчників, посиленням синтезу глікогену в слизовій оболонці піхви та ферментативних процесів, які визначають фізіологічний ступінь кислотності вмісту піхви, переважанням у її мікрофлорі паличок Дедерлейна.

Етіологія

Найбільш поширеними збудниками неспецифічного вульвовагініту є: епідермальний і золотистий стафілококи, піогенний стрептокок, ентерокок, протей, кишкова паличка, клібсієла, синьогнійна паличка, мікрококи. У виникненні запальних процесів більше значення мають асоціації мікроорганізмів (стафілокок, ентеробактерії, анаероби, стрептокок, віруси, хламідії тощо), ніж монокультури. Водночас не завжди мікроорганізм, який виявляється у мазках, є справжнім збудником захворювання, і навпаки, справжній збудник інфекції може не визначатися під час дослідження звичайних мазків. Тому в підозрілих випадках для з'ясування етіології запального вогнища рекомендують використовувати багаторазові дослідження мазків із різних ділянок, бакпосіви, а також відповідні імунологічні й інші методи. Часто відмічається кореляція між представниками патогенної мікрофлори, які виділяють із вульви, піхви та сечовивідних шляхів. У 66,7% хворих із вагінітом у сечі було виявлено такі самі мікроорганізми, як і в піхві. Більше ніж у 80% дітей із циститом діагностують патологічну піхвову мікрофлору. У розвитку вульвовагініту у дівчаток із запальними захворюваннями сечовивідних шляхів



важливого значення набуває сечівниково-піхвовий рефлюкс (СПР).

Патогенез

Піхвова мікрофлора відіграє винятково важливу роль у розвитку СПР, і її слід розцінювати ширше, ніж просто індикатор стану піхви. Нормальна бактеріальна флора виконує антагоністичну функцію, запобігаючи інвазії патогенними мікроорганізмами. Будь-яка інвазія в здоровий епітелій майже завжди супроводжується змінами мікрофлори піхви. Видовий та кількісний склад мікроорганізмів слизових оболонок регулюється імунною й ендокринною системами і залежить від їх стану. Біологічні особливості мікрофлори піхви зумовлюють неспецифічну (колонізаційну) резистентність репродуктивного тракту. Її захисна дія здійснюється через антагоністичний вплив на патогенну мікрофлору, стимуляцію лімфоїдного апарату, створення оптимального середовища перебування, продукування вітамінів та інших біологічно активних речовин, які впливають на загальну й місцеву неспецифічну резистентність організму. Мікроби, що колонізують шкіру та слизові оболонки сечових і статевих органів, є симбіотичною аутофлорою організму. Її склад є відносно постійним, а вплив численних чинників на мікрофлору – тимчасовим, що не зумовлює суттєвих змін у біоценозі. При вульвовагінітах у дівчаток препубертатного віку формується значний дисбаланс між показниками контамінації піхви облігатною та факультативною мікрофлорою. Порівняно з нормою на фоні дефіциту лактобацил спостерігається статистично достовірне зростання рівня умовно-патогенної мікрофлори, що має патогенні або змінені біологічні властивості.

Вульвовагініти виникають на фоні дефектів або виснаження імунної системи. Із сучасних позицій патофізіології захворювання специфіка його перебігу здебільшого визначається індивідуальними особливостями макроорганізму або його реактивністю, найважливішим компонентом якої є імунний гомеостаз.

Імунне реагування при запаленні здійснюється саморегульовальною системою, яка включає неспецифічні чинники захисту, плазмові та клітинні медіатори, імунну систему й систему сполучної тканини. Плазмові медіатори забезпечують бар'єрну функцію запалення, відмежовуючи його та збудника за допомогою підвищення проникності, а також внутрішньосудинної коагуляції у відповідних судинах вогнища запалення. Неспецифічний захист представлений двома клітинними системами: поліморфноядерних лейкоцитів (система макрофагів) та плазмовою – системою комплементу.

У дівчат нейтрального віку розвиток і прогресування запального процесу зовнішніх статевих органів та піхви відбуваються зі значною активацією локального протимікробного захисту, а старшого

віку – на фоні дисімуноглобулінемії місцевих секреторних білків, що можна пояснити змінами насамперед в ендокринній системі на фоні ще не встановлених зв'язків взаємозалежності ендокринної та імунної систем організму.

У 81,7% хворих рецидиви вульвовагінітів виникають на фоні загострень екстрагенітальних захворювань, таких як хронічний тонзиліт, хронічні захворювання травної системи і сечовідних шляхів, ревматизму. Сприяті розвитку вульвовагінітів можуть анемія, цукровий діабет, ентеробіоз. Фоном для виникнення так званого атопічного вульвіту можуть бути алергічні захворювання, ексудативний діатез, закрепи та ентероколіти. Вульвовагініт може розвинути внаслідок порушення обміну речовин (не лише білків, а й вуглеводів) і спричинити появу шкірних проявів – свербіж, розчухів, які зумовлюють посилене злучення поверхневих шарів епітелію, поранення шкіри та слизових оболонок і проникнення інфекції. В основі вагінітів, спричинених сторонніми предметами, лежать деякі ігри, а також надмірна дитяча допитливість. Велику роль у виникненні вульвовагінітів у дітей відіграють грубі порушення гігієни: неправильний догляд за статевими органами, незадовільні соціально-побутові умови, переповнення сечового міхура, нерегулярне спорожнення кишечника та купання в забруднених водоймах.

У переважної більшості дітей хвороба розвивається на фоні ексудативно-катарального діатезу.

Зниження реактивності, яке виникає після будь-якого захворювання або при хронічному запальному процесі, призводить до порушення рівноваги між мікрофлорою піхви і дитячим організмом, внаслідок чого умовно-патогенні бактерії можуть набувати патогенних властивостей.

Крім ендогенних чинників, на склад мікробної флори піхви впливають також екзогенні фактори, такі як антибактеріальна терапія, хірургічні втручання, травми, сторонні тіла, часте підмивання або спринцювання, застосування для гігієнічних процедур концентрованих дезінфекційних розчинів і антисептиків. Порушення бар'єрних властивостей слизових оболонок статевих органів призводить до бактеріальної колонізації цих зон і створення умов для формування резервуара інфекції.

Чинники, які сприяють розвитку вульвовагінітів у дівчат:

- надмірна складчастість слизової оболонки піхви;
- недостатня кількість глікогену в піхвовому секреті, внаслідок чого відсутні умови для розвитку паличок Дедерлейна;
- стоншена слизова оболонка статевого тракту, недостатня проліферація епітелію, злущування та цитоліз епітелію піхви виражені незначно, поверхня вульви та слизова оболонка піхви в період нейтрального дитинства рихлі, ніжні, вразливі;



- нейтральне або лужне середовище піхви, велика кількість умовно-патогенних мікроорганізмів;
- значна кількість присінкових залоз;
- переважання у піховому вмісті кокової флори;
- знижений місцевий імунітет, головний механізм захисту полягає у фагоцитозі поліморфноядерними лейкоцитами;
- відносна гіпоестрогенія, помірна гіперандрогенія;
- транзиторна імуносупресія;
- недостатність зімкнення соромітних губ у задніх відділах.

У здорової дівчинки мікроекологія піхви – це складна багатокомпонентна, гормонально залежна система, стан якої взаємопов'язаний з імунними особливостями організму й визначається функціональним станом яєчників, концентрацією лактофлори, рівнем рН піхового вмісту, станом місцевого імунітету. Критеріями нормальної первинної колонізації слід вважати: процес мікробного заселення піхви новонародженої дівчинки протягом 12-24 год життя; домінування в мікробному пейзажі *Staphylococcus epidermidis* або штамів *Escherichia coli*, які не мають гемолітичної активності впродовж першої доби; появу лактофлори до третьої доби, а також повільну її елімінацію після п'ятої доби.

Критеріями патологічної колонізації є: бактеріальне заселення піхви при народженні; переважання в структурі мікроорганізмів у першу добу життя *E. coli* (36,2%), причому здебільшого штамів, які мають гемолітичні властивості; відсутність домінуючої ролі лактофлори на третю добу життя і практично повна її елімінація до п'ятої доби. При цьому мікрофлора, що формує біоценоз піхви, різноманітна за складом і значна за кількістю.

Організм новонародженої дівчинки перебуває під впливом естрогенів матері, які пройшли через плаценту. Відразу після народження епітелій піхви багатошаровий. Материнські естрогени забезпечують дозрівання і зроговіння епітеліальних клітин, накопичення в них глікогену. Протягом першої доби після народження піхва дівчинки заселяється лактобацилами (паличками Дедерлейна), які розщеплюють глікоген до лактату, при цьому рН становить 4,0-4,5 (кисле середовище). Через 2-4 год після пологів розпочинається зрушення епітеліальних клітин. Упродовж 2-3 тиж товщина епітеліальних шарів піхви поступово зменшується, з клітин зникає глікоген, зменшується кількість лактобацил, рН становить 7,0 (лужне середовище). Слизова оболонка піхви стоншується, стає більш вразливою. Наприкінці першого місяця життя у мазках з піхви переважають парабазальні й базальні клітини, кокова мікрофлора. Палички Дедерлейна відсутні, зникає механізм самоочищення піхви. Ця картина спостерігається протягом усього періоду гормонального спокою – до 7-8-річного віку.

Усе вищевказане дає змогу розцінювати вульвовагініти не як винятково місцевий запальний процес із переважним значенням інфекційних агентів, а як вторинне захворювання, що відтворює спадкову схильність, дефекти імунної системи, тісний зв'язок із дисбіотичними порушеннями, насамперед у кишках і сечових органах, які опосередковано змінюють колонізаційну резистентність сечових і статевих органів.

Класифікації

Існує багато різних класифікацій вульвовагінітів у дітей. Нижче наведені класифікації, які використовують у клінічній практиці.

Класифікація запальних уrogenітальних захворювань у дівчаток (Коколіна В.Ф., Зубакова О.В., 1998)

I. Інфекційні.

1. Неспецифічні:

- неспецифічний бактеріальний вульвовагініт.

2. Специфічні:

- гонорея;
- трихомоніаз;
- хламідіоз;
- бактеріальний вагіноз;
- уреа-, мікоплазмоз;
- дифтерійний вульвовагініт;
- генітальний туберкульоз;
- кандидозний вульвовагініт;
- вірусний вульвовагініт (цитомегаловірус, вірус папіломи людини, герпесу).

II. Первинно-неінфекційні.

1. Сторонне тіло піхви.

2. Глистяна інвазія (ентеробіоз).

3. Онанізм.

4. Зміна реактивності організму (порушення обміну речовин, дисметаболічна нефропатія, алергічні захворювання, дисбактеріоз кишечника, захворювання сечовивідних шляхів, гострі вірусні захворювання, дитячі інфекції).

Класифікація вульвовагінітів у дівчаток (Гуркін Ю.А., 1998)

A. Неінфекційні.

1. Механічного походження (сторонне тіло, онанізм, недотримання правил гігієни, тісний одяг, екскоріації та ін.).

2. Термічного походження.

3. Гельмінтного генезу.

4. Хімічного походження (місцевий вплив, ендоінтоксикація, екологічна агресія, варіанти контактного дерматиту та ін.).

5. Алергічного генезу (медикаментозні, аліментарні та ін.).

6. Унаслідок екстрагенітальних захворювань (цукровий діабет, лейкоз, метаболічні порушення, захворювання печінки, нирок, серця).

7. Унаслідок захворювань статевих органів (ліпома соромітних губ, поліпи, ерозія шийки матки, злоякісні пухлини, аномалії статевих органів).

B. Інфекційні первинні.

1. Бактеріальні (специфічні, неспецифічні).



2. Хламідійні.
3. Протозойні (трихомоніаз).
4. Мікотичні (кандидоз).
5. Вірусні.
- В. Інфекційні вторинні.

1. Інфікування як ускладнення захворювань групи А.

2. Ендоінтоксикація, що супроводжує інфекційне захворювання (гостра респіраторна вірусна інфекція, ентероколіт, пієлонефрит).

Локальні ураження вульви та піхви при інфекційному захворюванні: дифтерії, дизентерії, тонзиліті, отиті, пієлонефриті, холециститі (ідентифікується один і той самий інфекційний агент).

Незважаючи на велику кількість запропонованих класифікацій, більшість авторів трактує вульвовагініт як запальний процес вульви і/або піхви неінфекційного чи інфекційного генезу. Причому неінфекційне запалення надалі (через 3-7 днів) набуває ознак бактеріального запального процесу. Серед причин запалення статевих органів у дітей і підлітків інфекції посідають перше місце, що пов'язано не лише зі зростанням захворюваності, а й з підвищенням якості лабораторної діагностики.

Класифікація СПР за Р.Р. Kelalis при цистоуретрографії:

- I стадія – часткове контрастування піхви;
- II стадія – повне контрастування піхви;
- III стадія – контрастування та розширення піхви.

СПР виявляють у 12,8% дівчаток із патологією сечовивідних шляхів, з них: I стадію – у 72,9%; II стадію – у 16,9%; III стадію – у 10,2%. У 32,2% хворих із СПР відзначають вульвовагініт. При запальних захворюваннях сечовивідних шляхів у 35-40% випадків спостерігається ураження жіночих статевих органів. Питання про первинність ураження статевої або сечової системи залишається дискусійним.

Клінічна картина неспецифічних вульвовагінітів

За клінічним перебігом розрізняють вульвовагініти:

- гострі – до 1 міс;
- підгострі – до 3 міс;
- хронічні – понад 3 міс.

Перебіг гострого вульвовагініту характеризується вираженим больовим синдромом, дизуричними явищами, які спричинюють неспокій дитини, плач під час сечовипускання, гостру затримку сечі. Дівчата старшого віку скаржаться на болючість і утруднення при ходьбі, біль при сечовипусканні. Іноді діти неправильно вказують локалізацію болю – внизу живота або у верхній частині ніг замість ділянки статевих органів.

Хронічний вульвовагініт частіше супроводжується незначною симптоматикою (відмічаються свербіж та різкий запах піхвових виділень) або має безсимптомний перебіг.

Симптомами вульвовагінітів є:

- біль у ділянці статевих органів;

- свербіж;
- дизуричні розлади;
- гіперемія та набряк вульви, присінка піхви і ділянки сечівниково-піхвового кута;
- запальні зміни в сечі.

Кардинальним симптомом вульвовагінітів вважають білі (fluor) – виділення зі статевих органів (табл. 1).

У хворих переважають скарги на біль і печіння в ділянці зовнішніх статевих органів, болюче сечовипускання, виділення зі статевих органів, свербіж. Скарги на печіння, свербіж та дизуричні явища припадають переважно на віковий період 3-6 років. У разі гострого вульвовагініту дівчатка скаржаться на біль під час ходьби, іноді з'являється відчуття болю в ділянці піхви, внизу живота, відмічається іррадіація болю в крижово-куприкову зону. Крім дизуричних проявів, у хворих нерідко виявляють закрепи. Якщо захворювання викликане кишковою паличкою, відмічається іхорозний запах виділень. У разі виразкового запалення у виділеннях може виявлятися домішка крові. При гострому вульвовагініті діти часто знервовані, маленькі (віком до 3 років) – плаксиві, у них порушені сон і апетит.

Нарівні з клінічно вираженими проявами захворювання можуть існувати хронічні форми з періодичними загостреннями та безсимптомне носійство збудників. У разі переходу захворювання в хронічну форму гіперемія та ексудація зменшуються, біль стихає. Переважають скарги на гнійні виділення зі статевих органів, відчуття свербіж. Зазначені інфекції не залишають стійкого імунітету, тобто можливі реінфекції та рецидиви, що проявляється клінічно вираженою або стертою формою. Під час огляду звертають увагу на чітко відмежовану гіперемію, набряк вульви, жовті серозно-гнійні або гнійні виділення. Гіперемія може поширюватися на шкіру великих соромітних губ, стегон.

Кандидозний вульвовагініт часто виникає у дівчат, хворих на цукровий діабет, з ожирінням або після лікування антибіотиками, застосування стероїдних гормонів. Діти скаржаться на свербіж у ділянці зовнішніх статевих органів, неприємні виділення. Об'єктивно визначають набрякання вульви, наявність білих сирнистих виділень із кислим запахом. Під час мікроскопії виявляють міцелії і спори грибів.

Вульвовагініт як наслідок ентеробіозу. Захворювання розвивається внаслідок занесення кишкової мікрофлори гостриками в піхву. Дитина скаржиться на свербіж у ділянці зовнішніх статевих органів і промежини, на безсоння, стає дратівливою. Під час обстеження виявляють гіперемію і потовщення навколівідхідникових складок. Діагноз підтверджується дослідженням посівів із піхви і виявленням гостриків. Слід також узяти матеріал із навколівідхідникових складок, піднігтьової ділянки.



Таблиця 1. Характеристика білей залежно від збудника (Юровська В.П., 2004)

Збудник	Особливості білей	Супутні симптоми
Кишкова паличка, ентерокок	Серозно-гнійні з неприємним запахом	Свербіж, фібринозне нашарування; ознаки ентероколіту, дисбактеріозу
Гемофільна вагінальна паличка (гарднерела)	Значні, клеєподібні із запахом гнилої риби	Ознаки уретриту, ендocerвіциту, вагініту; набряк і гіперемія слизової оболонки вульви та сечівника
Хламідії	Слизисті або слизисто-гнійні	Може бути безсимптомний перебіг, гіперемія та болючість присінка піхви
Трихомонада	Водянисті, зеленкуватого кольору, пінисті	Біль у піхві, свербіж, дизурія, гіперемія слизової оболонки піхви, петехії
Мікоплазма	Немає характерних особливостей	Ураження сечових та статевих органів
Гонокок	Значні, густі, гнійні	Кремоподібне густе нашарування; гіперемія слизової оболонки піхви; гіперемія та набряк зовнішнього вічка сечівника; інтоксикація, дизурія, іноді перитоніт
Гриби роду <i>Candida</i>	Липкі, сірі, сирністі	Гіперемія, набряк, свербіж вульви, псевдолаковий вигляд слизової оболонки, її ціанотичний вигляд. Алергізація. В анамнезі – антибіотико-, хіміотерапія, дисбактеріоз кишок, цукровий діабет
Віруси	Незначні, водянисті	Біль, печія, дизурія, іноді кровоточивість ерозованих ділянок на фоні інфільтрації підслизового прошарку, везикули, кондиломи
Бліда трепонема	Мізерні, сіруваті	Кондиломи на широкій ніжці, щільні по периферії та вкриті сірим некротичним нальотом. Одночасно – папули різного діаметра

Вульвовагініт унаслідок потрапляння стороннього тіла в піхву. Характерною ознакою є кров'янисто-гнійні виділення, які супроводжуються симптомами мацерації шкіри, піодермією. Для уточнення діагнозу використовують ректоабдомінальне дослідження, вагіноскопію, за допомогою якої можна виявити наявність стороннього тіла. Лікування полягає у вилученні предмета і промиванні піхви дезінфекційними розчинами.

Діагностика

Для оцінки стану біоценозу піхви у дівчаток з урахуванням вікових груп М. Л. Коршунов у 1990 році розробив класифікацію мікроскопічної картини мазка.

Типи піхвових мазків:

- нормоценоз – кількість лейкоцитів незначна, переважають гранулоцити, фагоцитоз невиражений; мікрофлора невиражена, переважають грампозитивні коки, палички Дедерлейна – у дівчат старшого віку;
- проміжний – перехідний стан від нормоценозу до вагініту. Низький вміст лейкоцитів, переважають гранулоцити, епітелій, палички Дедерлейна – у дівчат старшого віку в незначній кількості. Велика кількість патогенної та умовно-патогенної мікрофлори за відсутності проявів або при невираженій клінічній картині

запалення зовнішніх статевих органів. Кількість дегенеративно змінених клітин незначна;

- вульвовагініт клінічно виражений – понад 20-25 лейкоцитів у полі зору (нейтрофіли і макрофаги). Виражені фагоцитоз і слизові реакції. Велика кількість дегенеративно та реактивно змінених клітин – понад 9-12 у полі зору, у дітей віком > 10 років – 15-20 у полі зору. Кількість злушеного епітелію значна. Палички Дедерлейна, як правило, відсутні. Мікрофлора у значній кількості, змішана. У разі виявлення специфічних збудників встановлюють етіологічний діагноз.

Для встановлення діагнозу вульвовагініту за результатами бактеріологічного дослідження достатньо 10^4 КУО/мл умовно-патогенної мікрофлори.

Діагностика вульвовагініту включає оцінку даних анамнезу, фізикального обстеження, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження;

- огляд (залучення до запального процесу зовнішніх статевих органів, кишок, сечівника, наявність синехій, характер виділень);
- рН-метрія піхвового вмісту (у нормі рівень рН становить 3,7-4,5);
- амінотест із 10% розчином калію гідроксиду КОН (підвищена генерація анаеробів, які виробляють у процесі метаболізму леткі аміни,



Таблиця 2. Диференціальні ознаки вульвовагініту та пієлонефриту (Кобозева Н.В. та співавт., 1981)

Диференціальна ознака	Вульвовагініт	Пієлонефрит
Синдром інтоксикації	Незначно виражений	Значно виражений, можливі менінгеальні симптоми
Больовий синдром	Незначно виражений біль унизу живота або в ділянці промежини	Біль у животі. У дітей старшого віку – біль у поперековій ділянці
Дизурія	Відчуття печіння при сечовипусканні	Часто спостерігаються полакіурія, ніктурія, болючість при сечовипусканні
Клінічний аналіз сечі: лейкоцитурія, протеїнурія, циліндрурія, фракційний аналіз	За рахунок нейтрофілів Відсутня або сліди білка Немає Лейкоцити містяться тільки в 1-й порції сечі	За рахунок лімфоцитів Наявна Зернисті циліндри (рідко) Лейкоцити визначаються в 1-й та 2-й порціях сечі
Функція нирок	Не порушена	Нерідко порушена
Симптом Гольдфлама – Пастернацького	Негативний	Часто позитивний

сприяє появі неприємного запаху гнилої риби – позитивний амінотест);

- фарбування мазка за Грамом (ключові клітини в мазках вмісту піхви – клітини епітелію, вкриті грамнегативними паличками); виявлення гонококів, трихомонад, грибів *Candida*, визначення функціональної активності лейкоцитів;
- нативний мазок (діагностика трихомонади, кандидозу, ентеробіозу; виявлення ключових клітин, лейкоцитів);
- аналіз калу на яйця гельмінтів (зіскрібок з навколівідхідникових складок на ентеробіоз);
- посів на аеробну мікробну флору, визначення чутливості до антибіотиків (уточнення етіологічного чинника, що зумовлює неспецифічний бактеріальний вульвовагініт);
- реакція імуофлуоресценції зіскрібка із сечівника, зі стінок піхви, каналу шийки матки (орієнтовний метод виявлення хламідій, уреоплазми, мікоплазми);
- швидкі тести на діагностику захворювань, що передаються статевим шляхом;
- визначення ДНК методом полімеразної ланцюгової реакції (специфічний і високоефективний метод виявлення хламідій, уреоплазми, мікоплазми та одночасно інших урогенітальних інфекцій);
- неефективність лікування змушує уточнити вірусну, алергічну або іншу етіологію;
- загальний аналіз сечі (трисклянка проба);
- бактеріологічне дослідження сечі;
- комплексне імунологічне дослідження;
- гормональні аналізи (визначення в сироватці крові стероїдних та гонадотропних гормонів – естрадіолу, тестостерону, фолікулостимулюючого і лютетінізуючого гормонів);
- інструментальні методи: вестибулоскопія (за допомогою лупи) – встановлення фази

запалення за характером судинного малюнка, наявності атрофічних зон та ділянок гіпертрофії, лейкоплакії, ерозії та ін.;

- вагіноскопія – уточнення ураження піхви та шийки матки, наявності аномалій, пухлин, сторонніх тіл;
- ультразвукове дослідження.

Диференціальну діагностику вульвовагініту проводять із:

- пієлонефритом;
- стороннім тілом піхви;
- пухлинами статевих органів.

Найважливішим етапом диференціальної діагностики вульвовагінітів є виключення пієлонефриту (табл. 2).

Лікування неспецифічних вульвовагінітів у дівчат

Під час лікування вульвовагініту у віці гормонального спокою слід враховувати особливості мікроценозу піхви, який характеризується переважанням кокової флори, що порушує процес самоочищення піхви.

Препарати для лікування дівчат мають відповідати таким параметрам:

- бути максимально ефективними при змішаних інфекціях;
- входити до одного з етапів лікувальної схеми;
- не впливати на статеві залози і процес статевого дозрівання;
- курс лікування – короткий, не повинен порушувати розпорядок дня.

Етапи лікування

1. Протизапальна місцева терапія (за показаннями – антибактеріальна).

2. Імуномодуляція (ехінацея), підвищення місцевого імунітету і стимуляція проліферації (аплікації з олією обліпихи, закапування в піхву цитралю, вітаміну Е).



3. Реабілітація (десенсибілізуюча терапія, пробіотики).

Перший та другий етапи тривають 7 днів, третій – не менше 1 міс. Контрольний мазок проводиться через 10 та 30 днів.

Середня тривалість лікування в амбулаторних умовах – 12 ± 3 доби.

Послідовність надання допомоги при гострому вульвовагініті:

- взяття мазків із піхви, вульви, сечівника та прямої кишки для бактеріоскопічного і бактеріологічного дослідження;
- симптоматична терапія, спрямована на ослаблення запальної реакції: протибільові, протибактеріальні, протинабрякові, десенсибілізуючі та відновлюючі засоби (наприклад, зрошення розчином етонію, декасану і цитеалу в розведенні 1:10, розчином бетадіну; лікувальні ванночки з відваром ромашки, череди, подорожника, шавлії);
- ретельне виконання гігієнічних вимог: туалет промежини та зміна білизни двічі на день;
- нормалізація загального стану;
- цілеспрямована протизапальна терапія з урахуванням результатів бактеріологічного та бактеріоскопічного досліджень (Поліжинак вірго);
- відновлення біоценозу піхви (корекція дисбактеріозу, застосування пробіотиків – місцево);
- якщо запальний процес не підлягає терапії або неодноразово загострювався, необхідно провести вагіноскопію та встановити вид збудника (у стаціонарних умовах).

Лікування вульвовагініту залежно від етіологічного чинника.

Первинний неінфекційний вагініт:

а) стороннє тіло – видалення предмета проводить дитячий гінеколог, після чого здійснюється промивання піхви антисептиками (фурацилін 1:5000, декасан), введення в піхву 5% стрептоцидної або синтоміцинової емульсії; рослинні місцеві ванночки (3-5 процедур);

б) онанізм – седативна терапія, режим виховання;

в) ентеробіоз – протиглистяна терапія; промивання розчином трав (ромашка, шавлія, календула); регенерувальні рослинні мазі – зовні; необхідно проводити профілактичні заходи з метою запобігання інвазії інших осіб; слід звернути увагу батьків на санітарно-гігієнічне виховання дівчинки.

Неспецифічний бактеріальний вульвовагініт:

- особиста гігієна;
- за наявності скарг і клінічних проявів вульвовагініту, за відсутності мікроскопічних ознак запальної реакції визначається можливість лікування антисептиками без застосування антибактеріальних препаратів;
- місцево – сидячі ванночки з настоєм трав (ромашка, календула, кропива, шавлія, м'ята, звіробій);

- промивання піхви розчинами антисептиків: фурацилін 1:5000, риванол 1:5000, 1-3% діоксидин, 3% лізоцим, цитеал, мікроцид, етоній, ектерицид, УФО на вульву, Поліжинак вірго (лікування у дитячого гінеколога).

У разі *рецидивного вульвовагініту* дисбактеріозу – призначення полісорбу 1-2 рази на день, промивання піхви 3% розчином – 14 днів. Проводять два протирецидивних курси (через 14-16 днів).

Для лікування хворих на *кандидозний вульвовагініт* призначають препарати полієнового ряду (ністатин); похідні імідазолу (клотримазол, міконазол); препарати тріазолу (флуконазол, ітраконазол).

Одним із видів вульвовагінітів, який часто діагностують у дитячому віці, є *алергічний вульвовагініт*. У більшості хворих відзначають гіперемію, набряк, виражений судинний малюнок, тріщини і мокнуття, розширення зовнішнього вічка сечівника, набряк у ділянці сечівниково-піхвового кута. При вагіноскопії виявляють гіперемію, набряк слизової оболонки, виражений судинний малюнок, ерозивні ділянки слизової оболонки.

Лікування включає гіпоалергенну дієту, антигістамінні препарати до ліквідації алергічних проявів, місцево – протиалергічну мазь, сидячі ванночки з кропивою, подорожником, чистотілом.

Включення до схеми лікування вульвовагінітів пробіотиків сприяє підвищенню його ефективності.

Синехії малих соромітних губ – поширене у дівчаток віком від 2 до 6 років захворювання, яке виникає внаслідок хронічного вульвіту, після перенесених дитячих інфекційних і застудних захворювань. Синехії утворюються в результаті інтенсивного злушення епітелію соромітних губ. Зрошення обох соромітних губ починається, як правило, знизу і поступово повністю перекидає вхід до піхви із зовнішнього вічка сечівника, що спричинює утруднення сечовипускання. Інших скарг дівчинка може не мати, захворювання виявляють випадково, при огляді дитини.

Діагноз синехій малих соромітних губ встановлюють при огляді зовнішніх статевих органів дитини. Проводять диференціальну діагностику з природженою атрезією або аплазією дівочої перетинки.

Лікування полягає в роз'єднанні малих соромітних губ за допомогою піхвового зонда після місцевого знеболювання 2% розчином лідокаїну. Після роз'єднання для запобігання повторного злипання соромітних губ до вульви впродовж 3-5 днів прикладають тампони з синтоміциновою емульсією, пантестином. Батькам надають рекомендації щодо ретельного гігієнічного догляду за дитиною.

Список використаної літератури

1. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. – М.:Мед. информ. агентство, 2000. – 330 с.