

Вульвовагініти у дівчат

Оксана Андрієць,
Оксана Боднарюк

Запальні захворювання вульви та піхви є найпоширенішими гінекологічними захворюваннями у дівчаток дошкільного і молодшого шкільного віку. Важливість обговорення цієї проблеми зумовлена не тільки високою частотою патології, а й схильністю до хронізації і рецидивуючого перебігу.

Вульвовагінітом називають запалення піхви і зовнішніх статевих органів, що зустрічається частіше в дитячому віці. Це пов'язано зі слабкими захисними властивостями піхви у дівчаток.

Вульвовагініт у дівчаток частіше має бактеріальне походження, іноді буває проявом алергічної реакції організму, його розвитку сприяють гострики, механічні подразнення (наприклад при мастурбації), введення сторонніх предметів у піхву, гострі інфекційні або вірусні захворювання, інтоксикації організму, порушення гігієни статевих органів. В останні роки частими причинами вульвовагініту є уrogenітальні інфекції — хламідії, уреapлазми, мікоплазми. Зараження ними можливо під час пологів або контактнопобутовим шляхом.

Запалення зовнішніх статевих органів посідає перше місце в структурі гінекологічних захворювань дівчаток і дівчат. Частота вульвовагінітів, за даними різних авторів, коливається від 12 до 93%, причому 60% патології має рецидивуючий характер. Це пов'язано зі зниженням загальної й місцевої реактивності організму, що опосередковане цілим рядом факторів: пригніченням імунітету, дисбіозом пологових шляхів у матері, порушенням нормального періоду адаптації немовляти, порушенням становлення мікробіоценозу слизових оболонок дитини, ГРВІ, гіпертрофією елементів лімфоїдного апарату носоглотки. Значною мірою на здоров'я дитини впливає екологічне неблагополуччя, зміна якості їжі, яка містить велику кількість речовин неприродного походження, інфекційних компонентів. Запальні захворювання статевої сфери у дівчаток трапляються досить часто і впливають на стан здоров'я майбутньої жінки, її дітородну функцію. Вульвовагініти у дівчаток трапляються найчастіше. Це пов'язано з



Класифікація вульвовагінітів у дітей

За етіологією:

А. Неінфекційні:

- механічні (стороннє тіло, мастурбація, порушення гігієни);
- хімічні;
- термічні;
- алергічні:
- а) лікарські,
- б) аліментарні;
- гельмінтозні.

Б. Інфекційні:

- бактеріальні (стафілокок, ентерокок, гемолітичний стрептокок, клостридії, клебсієли, вульгарний протей, синьогнійна паличка, хламідії тощо);
- трихомонадні;
- грибові;
- вірусні;
- гонорейні.

За характером супутнього захворювання:

А. Неінфекційні захворювання (ожиріння, ексудативний діатез, захворювання крові, цукровий діабет, захворювання нирок, серця, печінки, ендокринної системи, порушення обміну, УВР).

Б. Інфекційні захворювання (скарлатина, дифтерія, грип, отит, тонзиліт, пієлонефрит, ГРВІ, інтоксикація, хронічна екстрагенітальна інфекція, захворювання ЛОР-органів та сечовивідних шляхів).

В. Захворювання статевих органів (ерозії шийки матки, пухлини доброякісні і злоякісні).

За клінічним перебігом:

- гострі;
- підгострі;
- рецидивуючі.

легкою уразливістю слизової вульви, відсутністю здатності у вагіни до самоочищення (клітини вагінального епітелію бідні на глікоген, лактобацили Додерлейна відсутні, реакція вагінального вмісту лужна).

Аналіз захворюваності за віком показав, що максимальна частка вульвовагінітів припадає на вік 3 і 7 років. За літературними даними, перший пік захворюваності пояснюється зменшенням уваги батьків до туалету зовнішніх геніталій у дітей, а також вираженою алергізацією дітей 2–3 років. Другий підйом пов'язаний з недостатніми гігієнічними навичками дівчаток і збільшенням кількості простудних захворювань та ентеробіозу у віці 3–7 років.

При вульвовагініті турбують свербіж, печіння, біль у ділянці зовнішніх статевих органів, що підсилюються під час ходьби й сечовипускання. Часто захворювання має хронічну форму й супроводжується мізерними слизово-гнійними виділеннями зі статевих шляхів. За наявності сто-

ронніх предметів у піхві з'являються рясні виділення, іноді з домішкою крові й неприємним запахом.

Крім того, хронічний вульвовагініт є вогнищем інфекції в організмі дівчинки, що послаблює її імунну систему, підвищує чутливість до інших патогенних впливів. Вогнища хронічної інфекції в організмі підтримують рецидиви вульвовагінітів у зв'язку зі зниженням загальної і місцевої реактивності. Деякі автори розглядають вульвовагініт як вторинний процес, який є наслідком фонових захворювань, що призводять до розвитку імунодефіцитного стану з порушенням антимікробних механізмів клітинного рівня. Вульвовагініти можуть мати латентний перебіг без характерних скарг і вираженої клінічної картини. За наявності клінічних проявів діагностика вульвовагініту не викликає утруднень. Складніше оцінити сукупність етіологічних факторів, які призвели до розвитку запального процесу. Тут важливий і ретельно зібраний анамнез, і поглиблене обстеження із залученням суміжних фахівців: гастроентеролога, ендокринолога, оториноларинголога, алерголога, нефролога, імунолога.

Для діагностики важливу роль відіграє ретельно зібраний анамнез — наявність алергічних захворювань, ексудативний діатез, наявність екстрагенітальних вогнищ. При гінекологічному обстеженні виявляються: гіперемія зовнішніх статевих органів, яка нерідко охоплює великі статеві губи з переходом на шкіру промежини і стегон з поодинокими або множинними висипаннями у вигляді везикул; виділення зі статевих шляхів різного характеру.

Таким чином, ведення дівчаток з вульвовагінітом можна умовно розділити на два етапи. Перший — загальні клінічні обстеження з обов'язковою оцінкою виділень з піхви і вивчення мікрофлори з використанням бактеріоскопії і бактеріологічного методу. Другий етап — це поглиблене обстеження, спрямоване на встановлення етіології захворювання, що важливо для призначення терапії, направленої на повне видужання, профілактику рецидивів і ускладнень вульвовагініту.

Загальні принципи лікування вульвовагінітів включають в себе три етапи.

Перший етап — імуномодуляція (в основному препаратами ехінацеї, екстрактом елеутерококу, циклофероном), підвищення місцевих захисних сил і стимуляція проліферації. Окрім того, широко використовують вітаміни групи А та В.

Другий етап — проведення антибактеріальної терапії згідно чутливості до антибіотиків виявлених патогенних збудників та протизапальної терапії.

Третій етап — реабілітаційний (десенсибілізація, застосування еубіотиків та пробіотиків).

Тривалість першого та другого етапів — 7 днів, третього — не менше місяця. Контрольні мазки з піхви беруть через 10 та 30 днів.

При лікуванні вульвовагінітів у харчуванні дитини мають переважати свіжі та варені овочі, фрукти, зелень. Необхідно обмежити цукор, мучні вироби, м'ясо, молоко, яйця, рибу, не вживати соки, які містять різні барвники та консерванти. Дозволяються до вживання тільки свіжоприготовлені натуральні соки. З молочних продуктів показані сир, свіжі вершки, сметана, кефір, ацидофілін. При мікотичному вульвовагініті до раціону дитини додають білок трансфери. Він має фунгіцидні властивості та блокує розмноження грибів. Фунгіцидна активність трансферину пов'язана з насиченням його валентностей іонами заліза.

Поряд із корекцією харчування виникає необхідність у застосуванні гістамінолітиків та адсорбентів.

Рекомендується використання загального УФ-опромінення, електрофорез з 1% розчином новокаїну або 10% розчином хлориду кальцію на ділянку зовнішніх статевих органів. Сорбентотерапія є невід'ємною частиною лікувальних заходів при вульвовагінітах, особливо в ювенільному віці, коли важливо розумно обмежити антибактеріальне навантаження на організм та відновити біоценоз піхви. З метою профілактики дисбіозу кишечника у дівчаток з вульвовагінітами, що виникають на фоні запальних захворювань ШКТ, показано застосування еубіотиків, які направлені на нормалізацію кишкової флори.

Місцеве лікування починають зі зрошення піхви антисептичним або антибактеріальним розчином. При гнійних вульвовагінітах частіше застосовується мазь «Мірамістин». При вульвовагінітах з atopічним компонентом кращий ефект відмічений при зрошенні піхви настоєм зеленого чаю. При гострих вульвовагінітах ефективні зрошення відварами з окислювальних трав: шавлії, м'яті, звіробоя. Призначають сидячі теплі ванночки по 15 хвилин (відвар ромашки, кропиви, чистотілу). У деяких випадках ванночки та зрошування піхви доповнюють мазевими аплікаціями на вульву (обліпихове масло, аерозолі — гіпозоль, алазол, пантенол). Спринцювання содовими розчи-

Обстеження дівчаток при вульвовагініті

Метод дослідження	Мета проведення дослідження
Огляд	Поширеність залучення у процес зовнішніх статевих органів, анусу, уретри. Наявність синехій, характер упливів.
Вестибулоскопія (за допомогою лупи)	Фаза запалення, яку визначають за характером судинного малюнка, наявності атрофічних зон та ділянок гіпертрофії, лейкоплазії, ерозії тощо.
Вагіноскопія	Факт ураження піхви та шийки матки. Наявність аномалій, пухлин, сторонніх тіл.
Амінотест з вагінальними виділеннями	Бактеріальний вагіноз.
pH-метрія вмісту	Бактеріальний вагіноз. При гіпо- та гіперстрогенії pH-метрія має відносну цінність.
Мазок, фарбований за Грамом	Гонорея, трихомоніаз, кандидоз. Цитоз, функціональна активність лейкоцитів.
Нативний мазок	Трихомоніаз, мікоз, сифіліс, ентеробіоз, виявлення ключових тканин, лейкоцитоз.
Аналіз калу на яйця гельмінтів, зішкріб з перинатальних складок на ентеробіоз	Глистяна інвазія.
Посів на аеробну мікробну флору, чутливість до антибіотиків (arsid16738801)	Уточнення етіологічного чинника, що викликає неспецифічний бактеріальний вульвовагініт.
Реакція імуофлюоресценції зішкрібу з уретри, зі стінок піхви, цервікального каналу	Орієнтовний метод виявлення хламідій, уреаплазми, мікоплазми.
Визначення ДНК методом полімеразної ланцюгової реакції	Специфічний та високоефективний метод визначення хламідій, уреаплазми, мікоплазми та, одночасно, інших уrogenітальних інфекцій.
Антибактеріальна терапія	Неефективність лікування примушує уточнити вірусну, алергічну або іншу етіологію.

нами, які часто призначаються лікарями, біологічно не виправдані й малоефективні, оскільки сприяють підвищенню і без того високого pH піхви. Необхідно вважати, що при нейтралізації гідрокарбонатом натрію кислото середовища піхви виділяється вуглекислота (сукцинат), яка може викликати вторинне підсилення секреції, тобто збільшення упливів. Лужне середовище піхви сприятиме розмноженню анаеробів, грибів, трихомонад і менш сприятливе для росту лактобацил. Єдина позитивна дія соди є в тому, що вона зменшує в'язкість вмісту піхви. Після зрошення вводяться піхвові палички з різноманітними препаратами залежно від етіології запального процесу.

Якщо вульвовагініт розвивається як супутнє захворювання екстрагенітальної патології, слід обов'язково лікувати основне захворювання.

При хронізації процесу можуть виявлятися синехії (зрощення малих

та великих статевих губ). Їх необхідно ліквідувати консервативно або ж оперативним шляхом одразу ж після виявлення, в жодному разі не залишаючи це до періоду статевого дозрівання. Недотримання цієї вимоги може призвести до утворення рубцевих змін, порушення сечовипускання, а надалі відтоку менструальної крові.

Найчастіше вульвовагініти сприяються батьками дівчаток як «доросла» хвороба, багато часу й зусиль витрачається на те, щоб знайти її збудника, в той час як головне — це оздоровлення всього організму, санація вогнищ хронічної інфекції, лікування і профілактика типів «дитячих» хвороб: частих ГРВІ, atopічного дерматиту, ентеробіозу, дисбактеріозу тощо. Недооцінка ризику можливого впливу вульвовагініту на здоров'я зростаючого організму може негативно позначитися на стані репродуктивної системи в зрілому віці.

Література

1. Андрієць О. А. Профілактика та лікування дисбіотичних змін при вагінальному кандидозі / О. А. Андрієць // Бук. мед. вісник. – 2003. – Т. 7, № 1. – С. 116–118.
2. О целесообразности использования условно патогенных микроорганизмов в составе пробиотиков / В. В. Бережной, С. А. Крамарев, Е. Е. Шуныко [и др.] // Здоровье женщины. – 2004. – № 1(17). – С. 134–139.
3. Білько І. Характеристика препаратів-пробиотиків, які використовуються для профілактики та терапії порушень кишкового мікробіоценозу та жіночих статевих органів / І. Білько // Ліки України. – 2002. – № 4.
4. Вовк І.Б. Клініко-імунологічне обґрунтування місцевого лікування вульвовагінітів у дітей / І. Б. Вовк, А. М. Білоченко, Л. В. Галазюк // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. – № 3. – С.97–100.
5. Стан місцевого імунітету статевих та сечовивідних шляхів у жінок в нормі та за наявності інфекційної патології / О. В. Ромащенко, А. В. Руденко, Л. О. Либідь [та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 5. – С. 93–97.
6. Саидова Р. А. Лечение рецидивирующих вульвовагинитов / Р. А. Саидова // Вестн. дерматол., венерол. – 2001. – № 1. – С. 91–92.
7. Микрофлора влагалища у девочек препубертатного возраста / А. В. Бойко, В. А. Алешкин, С. С. Афанасьев [и др.] // Ж. микробиол. – 2001. – № 2. – С. 91–94.
8. Бондаренко В. М. Ранние этапы развития инфекционного процесса и двойственная роль нормальной микрофлоры / В. М. Бондаренко, В. Г. Петровская // Вести. РАМН. – 1997. – №3. – С. 7–11.
9. Буданов П. В. Нарушения микроценоза влагалища / П. В. Буданов, О. Р. Баев, В. М. Пашков // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т. 4, № 2. – С. 78–88.
10. Буданов П. В. Смешанные вульвовагинальные инфекции – проблемы терапии и экстренной профилактики / П. В. Буданов, М. А. Стрижакова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т. 4, № 4. – С. 13–16.
11. Андрієць О. А. Репродуктивне здоров'я дівчат Буковини / О. А. Андрієць, О. І. Боднарюк: матеріали симпозиуму [«Хірургічні аспекти дисбактеріозу кишечника у дітей», (Чернівці, 22–24 жовт. 2008 р.)]. – Чернівці: БДМУ, 2008. – С. 75–76.
12. Вдовиченко Ю. П. Современные аспекты лечения воспалительных заболеваний гениталий, обусловленных микст-инфекцией / Ю. П. Вдовиченко, С. И. Соболева, Е. В. Форостяная // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – №1(21). – С. 99–100.
13. Богданова Е. А. Гинекология детей и подростков / Е. А. Богданова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – С. 96–97.