

# Клінічні дослідження

УДК 618.15-002-053.6-02

*О.А.Андрієць*

## ВУЛЬВОВАГІНИТИ СПЕЦИФІЧНОЇ ЕТІОЛОГІЇ В ЮВЕНІЛЬНОМУ ВІЦІ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. - проф. О.М.Юзько)  
Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** Вивчено роль хламідій, мікоплазм, уреоплазм, гарднерелі у виникненні запальних захворювань зовнішніх статевих органів та піхви в ювенільному віці.

**Ключові слова:** вульвовагініт, дівчатка.

**Вступ.** Запальні процеси вульви (вульвіт) та піхви (вульвовагініт) у дівчаток займають провідне місце в структурі гінекологічних захворювань і становлять, за даними деяких авторів від 42 до 80% [1]. Характерно, що на відміну від дорослих у дівчаток ізольовані ураження вульви, присінку піхви та піхви спостерігаються відносно рідко. Дані захворювання, в основному, спостерігаються в дітей у період гормонального спокою, тобто, у віці до 8 років, що за відсутності своєчасної діагностики та ефективного лікування може призвести до серйозних віддалених наслідків і бути причиною безпліддя.

Механізми виникнення вульвовагінітів у дівчаток обумовлені анатомо-фізіологічними особливостями статевих органів. Провідною фізіологічною особливістю є "відсутність" ендокринної функції яєчників, знижена бактерицидна функція шкіри та особливості імунобіологічного статусу дитячого організму. Проникнення патогенної флори у піхву сприяють незіткнуті соромітні губи, відсутність задньої спайки, низьке розташування зовнішнього отвору сечовипускного каналу, піхво-уретральний рефлюкс та знижені місцеві імунні механізми захисту.

Успішне лікування запальних захворювань статевих органів у дівчаток залежить від повноцінної лабораторної діагностики етіологічних чинників.

Деякі вульвовагініти носять характер в'ялопрохідних, безсимптомних і виявляються випадково. До них відносяться хронічні хламідійні та мікоплазменні вульвовагініти [2].

В останні роки вагоме значення у розвитку вульвовагінітів відіграють хламідії. За даними ВООЗ, щорічно у світі реєструється 333 млн. нових випадків інфекцій, які передаються статевим шляхом. На частку генітального хламідіозу припадає 89 млн. випадків [3]. Помітний ріст хламідійної інфекції серед молодих жінок та сексуально активних дівчат - підлітків. Виникнення захворювання може суттєво відобразитися на їх репродуктивному здоров'ї, а також здоров'ї їх нащадків. Так, 7-8% дітей вже при народженні є інфікованими хламідіями, причому 55% з них страждає на захворювання шлунково-кишкового тракту і сечостатевих шляхів, а в 60 - 70% новонароджених хламідійна інфекція набуває генералізованого характеру [4]. Інфікування хламідіями збільшується з віком дівчинки, що, мабуть, пов'язано з розширенням побутових контактів, а також з нейроендокринною перебудовою в організмі в пре- та пубертатному періодах. Незважаючи на малосимптомний початок хламідіозу геніталій, наслідки цього захворювання можуть бути тяжкими: гострі та хронічні запальні захворювання органів малого таза з розвитком спайкових процесів, рубцьових змін тканин, виникнення фонових та передракових захворювань шийки матки, автоімунні зсуви в організмі [5].

**Мета дослідження.** Визначити роль інфекцій, що відносяться до класу TORCH (хламідій, мікоплазм, уреоплазм та гарднерел) у виникненні запальних захворювань піхви та вульви у дівчаток і підлітків.

**Матеріал і методи.** Під динамічним наглядом перебувало 66 дівчаток та підлітків віком від 1,6 до 18 років, яким було проведено клініко-лабораторне обстеження з визначенням етіологічного чинника виникнення вульвовагініту методом прямої флуоресценції. Вивчали анамнез життя дівчинки, перенесені раніше екстрагенітальні та генітальні захворювання, їх

лікування з урахуванням лікарських засобів, які змогли б призвести до дисбіозу організму всілому та піхви зокрема. Також враховувались проведені лабораторні дослідження, зокрема аналіз мікроскопії мазків та бактеріологічного дослідження виділень з піхви та уретри.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Нами, протягом 2000-2001 рр. вибірково обстежені 66 дівчаток та підлітків віком від 1,6 до 18 років із вульвовагінітами.

**Таблиця 1**

**Структура запальних захворювань зовнішніх статевих органів та піхви у дівчаток та підлітків**

Вік (роки)	Загальна кількість обстежених	Гострі захворювання	Хронічні захворювання
1,6-7,5	12	8	4
7,6-14,5	32	21	11
14,6-18,0	22	12	10

Згідно з даними табл.1, найбільша кількість обстежених були віком від 7,6 до 14,5 року (32), серед яких переважна частина була з гострими запальними захворюваннями зовнішніх геніталей. Дівчата, які склали групу з хронічними запальними захворюваннями зовнішніх геніталей, мали по 3-4 рецидиви на рік, які, як правило, виникали після перенесених гострих респіраторних захворювань або загострення хронічної екстрагенітальної патології, яка призводила до дисбіотичних змін.

За даними анамнезу та з карти розвитку дитини, де реєструвався характер перебігу раніше перенесених вульвіту та вульвовагініту, нами було встановлено, що, як правило, дівчаткам брали матеріал з піхви на мікроскопічне та бактеріологічне дослідження.

У 60% хворих переважали скарги на значні виділення з неприємним запахом із статевих шляхів, які частіше всього виникали після переохолодження, прийняття гострої їжі чи одразу після закінчення менструації (у підлітків).

Всім дівчаткам та підліткам були взяті мазки з уретри, де є найбільш висока концентрація хламідій стійких до різних лікувальних дій, та піхви.

Встановлено, що у 21 пацієнтки були виявлені уреоплазми, у 18 - гарднерели, у 16 - хламідії і в 11 - мікоплазми (табл. 2). Серед них у 12 були діагностовані асоціації мікроорганізмів: у 4 - хламідії та уреоплазми і у 8 - уреоплазми та гарднерели.

**Таблиця 2**

**Етіологічні чинники вульвовагініту з групи TORCH-інфекцій в ювенільному віці**

Вік (роки)	Хламідії	Уреоплазми	Мікоплазми	Гарднерели
1,6-7,5	4	9	2	6
7,6-14,5	5	9	6	8
14,6-18,0	7	3	3	4

У дівчаток віком від 1,6 до 14,5 року найчастіше траплялися уреоплазми та гарднерели, а хламідії - у підлітків (14,6-18,0 року).

Нами виявлено відмінності в картині мазків при хламідійній та мікоплазменній інфекції, коли при хламідіях можуть спостерігатись мазки I та II типу з невеликою кількістю лейкоцитів, а при мікоплазмозі більш характерний III тип мазка з лейкоцитозом до 40-50 в полі зору та наявністю значної кількості слизу в мазку. Виражену лейкоцитарну реакцію можна пов'язати з лейкотропним ефектом мікоплазм. Як правило, у мазках були відсутні лактобацили. Ідентичним для хламідіозу та мікоплазмозу наявність помірної або великої кількості змішаної кокової та паличкової флори.

Серед виявлених мікроорганізмів тільки гарднерели розглядаються як коменсали статевого каналу, оскільки їх можна діагностувати у здорових дівчаток віком від 2 міс. до 15 років без будь-яких клінічних проявів.

У дівчаток із запальними захворюваннями статевих органів зростає частота посідання хламідійно-мікоплазменних уражень уретри, вульви та піхви ідентичних урогенітальній інфекції у жінок репродуктивного віку. Існує гіпотеза про тісну генетичну спорідненість хламідій та мікоплазм. Ці мікроорганізми проходять стадії своєрідної трансформації. На поверхні клітини вони втрачають оболонку, пара-

зитують на клітині, блокують її життєдіяльність, проникають у клітину та «одягають» оболонку, якою надійно захищаються від будь-яких зовнішніх впливів. Непрямими доказами генетичного взаємозв'язку хламідій та мікоплазм можуть бути схожі дистрофічні зміни епітелію. Мікоплазми уражують не тільки епітеліальні клітини слизових оболонок, але й пошкоджують нейтрофіли та макрофаги, негативно впливаючи на активність фагоцитозу в запальному процесі. Активація інфекційного процесу в інфікованій дівчинки можлива тільки під впливом багатьох ендоекзогенних факторів, серед яких домінує місце займає спадкова схильність, імунodefіцитний стан, дисбіози кишечника та статевого каналу.

#### **Висновки.**

1. Враховуючи ріст мікоплазменної та хламідійної інфекції, в цілому, у популяції, доцільно проводити скринінгове обстеження методом прямої імуофлуоресценції дівчаток та підлітків.

2. Рання діагностика та лікування запальних захворювань зовнішніх статевих органів та піхви дівчат у ювенільному віці забезпечить збереження репродуктивного здоров'я їх нащадків.

**Література.** 1. Гуркин Ю.А., Михайлова Л.Е. Вульвовагиниты у девочек. Этиология, клиника, лечение. - С.-Пб.: ГПМА, 1998. -64с. 2. Малова И.О. Клинические особенности и принципы лечения урогенитального хламидиоза у девочек // Заболевания передающиеся половым путем. -1998. -№6. -С.44-47. 3. Яковлев В.М., Новиков А.И. Сосудистый эндотелий и хламидийная инфекция. - М.: Медицина, 2000. -172с. 4. Шадлун Д.Р., Тимошенко Л.В., Глазков І.С. та співавт. Хламідійна інфекція в сучасній перинатології ( огляд літератури). - В кн. Перинатальні втрати та TORCH - інфекції. - Київ, 2000. - С. 33- 39. 5. Савичева А.М., Башмакова М.А., Кошелева П.Г. и соавт. Хламидийная инфекция в акушерстве и гинекологии: Методическое пособие. -С.-Пб.:ООО «Издательство Н-Л», 2002. - 48с.

## **VULVOVAGINITES OF SPECIFIC ETHIOLOGY IN JUVENILE AGE**

*O.A.Andriiets*

**Abstract.** The author has studied the role of clamydia, mycoplasmas, ureaplasmas, gardnerella vaginalis in the origin of inflamatory diseases of the external genital organs and vagina in juvenile age.

**Key words:** vulvovaginitis, girls.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

*Надійшла до редакції 25.07.2002 року*