

Неспецифический вульвовагинит у девочек: оценка клинической эффективности лечения

Д. м. н., проф. Е.В. УВАРОВА, к. м. н. Н.Х. ЛАТЫПОВА

За последние годы наблюдается увеличение частоты и тяжести течения воспалительных заболеваний влагалища неспецифической этиологии у девочек, что, очевидно, связано с широким распространением дисбиотических состояний, которые являются следствием часто неоправданного использования антибактериальных препаратов. Обилие применяемых для данного контингента больных лечебных схем свидетельствует об их невысокой терапевтической эффективности. Длительное антибактериальное лечение хронических неспецифических вульвовагинитов изменяет эндогенную микрофлору, обуславливая увеличение числа штаммов, устойчивых к действию антибактериальных препаратов.

Естественная защита от воспалительных заболеваний влагалища неспецифической этиологии поддерживается благодаря особенностям анатомии наружных половых органов, их функциональной активности и составу нормальной микрофлоры. Сейчас общепризнано, что значение показателя рН, будучи наглядным индикатором состояния влагалищной экосистемы, позволяет обнаружить тревожные ситуации и своевременно принять адекватные меры. Анализ назначений гинекологов показывает: схемы лечения патологий наружных половых органов, в том числе воспалительных заболеваний, очень сложны и требуют использования нескольких лекарственных препаратов. Более того, к сожалению, медикаментозная терапия не всегда оправдывает ожидания. Вместе с тем соблюдение правил интимной гигиены безусловно является основой успешного лечения.

Целью нашего исследования была оценка клинической эффективности лечения неспецифических вульвовагинитов препаратом Гексикон®Д интравагинально у девочек.

В исследование были включены 25 девочек до менархе (от 2,5 до 11 лет) с диагнозом «неспецифический вульвовагинит». Больные были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 12 девочек, лечение которых проводилось в условиях стационара специалистом по проблемам гинекологии детского и юношеского возраста препаратом Гексикон®Д интравагинально, и 13 девочек, лечившихся в домашних условиях (свечи Гексикон®Д интравагинально вводили мамы).

Препарат Гексикон®Д – суппозитории вагинальные для местного применения (производства ОАО «Нижфарм») – использовали как монотерапию 2 раза в сутки на протяжении 10 дней.

Все больные обратились с жалобами на гиперемию вульвы, желтоватые выделения из влагалища, реже на зуд и чувство дискомфорта в области наружных половых органов, иногда жжение после мочеиспускания.

У всех обследованных пациенток был исключен специфический вульвовагинит (ПЦР-диагностика ИППП).

В комплекс обследования, помимо гинекологического осмотра с оценкой состояния наружных и внутренних половых органов и характера выделений, входила интегральная оценка состояния микроценоза влагалища, на основании культуральной диагностики (посев отделяемого влагалища) и бактериоскопии вагинального мазка, окрашенного по Граму. Исследование у каждой пациентки проводили дважды – до и после лечения.

В микрофлоре влагалища девочек с неспецифическим вульвовагинитом доминировали эпидермальный стафилококк, энтеробактерии (кишечная палочка, протей, клебсиелла) – обнаружены у каждой второй девочки и составили 23,0 и 19,7% среди всех выделенных культур. Столь же часто выявлялись энтерококки – 19,7%, а у каждой третьей девочки выделены бета-гемолитические стрептококки (высеваемость – 12,3%).

Как видно из данных рисунка 1, у девочек допубертатного возраста основными возбудителями вульвовагинитов были колиформные бактерии (доминировала кишечная палочка) и энтерококки (64,6% среди установленных возбудителей).

СПЕЦИАЛЬНО ДЛЯ ДЕВОЧЕК

детские вагинальные свечи



Заботится как мама

Бережная забота
о репродуктивном здоровье с детства



 Местное лечение вагинальных инфекций неспецифические и специфические вагиниты, смешанные инфекции



 Широкий спектр противомикробного действия стафилококки, стрептококки, гонококки, кишечная палочка, гарднереллы, бактероиды, другая Gr+ и Gr- флора, трихомонады, хламидии, уреаплазмы

 Сохранение нормальной вагинальной микрофлоры после проведения курса лечения не требуется дополнительного восстановления интимной флоры

 Удобство применения небольшая свеча легко вводится во влагалище, не затрагивая девственную плеву

 Не формирует привыкания при необходимости курсы терапии можно повторять



Реклама

ОБЕРЕГАЯ САМОЕ ЦЕННОЕ

Гексикон® Д

Состав: 1 вагинальная свеча содержит 8 мг хлоргексидина

Курс лечения: по 1 вагинальной свече 2 раза в день, 7–10 дней



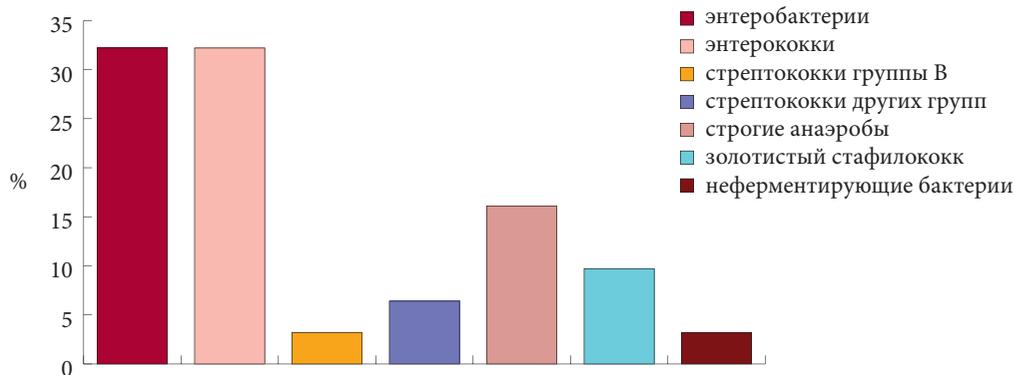


Рис. 1. Возбудители неспецифического вульвовагинита у девочек допубертатного возраста

Анаэробные вагиниты выявлены в 16,1%. Нередко как возбудитель обнаруживался золотистый стафилококк и бета-гемолитические стрептококки различных серогрупп (по 9,7% в спектре возбудителей).

Проводили клиническую оценку эффективности лечения (по купированию симптомов заболевания, результатам повторного гинекологического осмотра) и микробиологическую (по результатам исследования вагинального отделяемого через 5–7 дней после завершения курса терапии).

Хороший результат лечения был отмечен во всех случаях при колиформной, энтерококковой, стафилококковой этиологии вульво-

вагинитов у девочек. Что касается бета-гемолитических стрептококков, персистенция стрептококков группы В продолжалась после окончания курса лечения, тогда как стрептококки других серогрупп полностью элиминировались.

Следует отметить, что гиперемия наружных половых органов, зуд и чувство дискомфорта, отечность исчезли у всех пациенток 1-й группы, лечившихся в стационаре, на 3–5-е сутки применения терапии. А у пациенток 2-й группы гиперемия наружных половых органов, зуд и чувство дискомфорта были купированы лишь на 7–8-е сутки. При подробном расспросе мам, осуществлявших лечебные

манипуляции, было выяснено, что большинство мам, «жалая» детей, самовольно уменьшали кратность введения свечей (вводили свечи не дважды в день, а однократно), что и приводило к замедлению процесса выздоровления. В тех случаях, когда мамы четко выполняли рекомендации врача, сроки наступления улучшения не отличались от таковых в группе пациентов, лечившихся стационарно.

В процессе лечения жалобы на патологические выделения из влагалища и чувство жжения во время мочеиспускания исчезли у всех пациенток. При гинекологическом исследовании состояние вульвы и влагалища позволило исключить у них наличие воспалительного процесса вульвы.

Выводы. На основании проведенного исследования можно заключить, что Гексикон®Д является эффективным препаратом для лечения детей с неспецифическим вульвовагинитом, вызванным бактериями кишечной группы, золотистым стафилококком и стрептококками, но не группы В.

Применение препарата Гексикон®Д интравагинально у девочек рекомендовано проводить в строгом соответствии с инструкцией, под тщательным контролем специалиста с целью быстрого купирования проявлений вульвовагинита.

Литература →
С. 92

Памятка

Правила интимной гигиены девочки

Интимная гигиена девочки начинается с момента ее рождения. Сразу после рождения влагалище заполнено густой слизью, а в складках кожи имеются скопления так называемой «первородной смазки» (смегмы, верникса), представляющей собой сыровидное вещество серо-белого цвета, с трудом поддающееся удалению. Первородная смазка обеспечивает защиту кожи плода от воздействия околоплодных вод и обладает бактерицидными свойствами. Однако при разложении и окислении через 1–2 дня она за счет «прогоркания» находящихся в ней жиров становится питательной средой для различных микроорганизмов, способных вызвать раздражение и воспаление окружающих тканей. Кожные покровы наружных половых органов девочек до периода полового созревания отличаются повышенной ранимостью, так как состоят из меньшего числа слоев клеток. В этих условиях при несоблюдении гигиены моча и каловые массы, попадая на наружные половые органы, могут усилить патологическое воздействие вплоть до появления мацерации, гиперемии и воспаления кожи промежности и слизистой оболочки вульварного кольца. Если у новорожденной девочки из половой щели появляются кровяные выделения (на 3–6-й день), представляющие собой одно из проявлений «полового криза», это значит, что создаются дополнительные условия, благоприятствующие возникновению вульвита и даже вульвовагинита.

В данной связи промежность и наружные половые органы новорожденной девочки нуждаются в регулярной гигиенической обработке и, конечно, смене подгузников. Однако вне зависимости от вида подгузников их необходимо менять каждые 1,5–2 часа (не реже чем через 3 часа). Следует избегать применения подгузников для постоянного ношения у девочек в возрасте старше 1,5 лет.

После прекращения использования подгузников изменяются частота и техника проведения гигиенических процедур у девочки.

В среднем до возраста 5 лет в вопросах интимной гигиены девочкам помогают взрослые члены семьи. В этот период жизни важно воспитать у девочки правильные навыки интимной гигиены, стереотип правильного подмывания – 2–3 раза в день.

При подмывании наружных половых органов обыкновенное мыло используется крайне редко, однако можно использовать специальные гели для интимной гигиены для девочек.

В детском возрасте средство следует наносить только на наружную поверхность больших половых губ, исключая попадание в половую щель.



Литература

Е.В. УВАРОВА, З.Х. КУМЫКОВА

ВПЧ-вакцинация подростков: клиническая эффективность и прогностическая значимость

1. Киселев В.И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки. М.: Димитрейд График Групп, 2004. С. 17–22.
2. Киселев В.И., Киселев О.И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки. СПб.–М.: Медицина, 2003. 42 с.
3. Козаченко В.П. Рак шейки матки // Современная онкология. 2001. Т. 2. № 2. С. 2–4.
4. Профилактика рака шейки матки. Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова, Й. Паавонен, В.Н. Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2007. С. 6–7.
5. Розовская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки: Руководство для практикующего врача. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. С. 15–17.
6. Сергиев В.П., Филатов Н.Н. Инфекционные болезни на рубеже веков. Осознание биологической угрозы. М., 2006. С. 230–231.
7. Состояние онкологической помощи населению России в 2009 году. Статистический ежегодный сборник / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2010.
8. Waxman A.G. Cervical cancer screening in the early post vaccine era // *Obstet. Gynecol. Clin. N. Am.* Vol. 35. 2008. № 4. P. 537–548.
9. Baseman J.G., Koutsky L.A. The epidemiology of human papillomavirus infections // *J. Clin. Virol.* Vol. 32. 2005. Suppl. 1. P. S16–S24.
10. Brown D. et al. HPV types 6/11/16/18 vaccine: first analysis of cross protection against persistent infection, cervical intraepithelial neoplasia (CIN), and adenocarcinoma in situ (AIS) caused by oncogenic types in addition to 16/18. Abstract G-1720b / The 47th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC) (Chicago, 17–20 Sept. 2007).
11. Cripe T., Alderboru A., Anderson R., Pakkinen S., Bergman T., Haugen T., Petterson V. Human papillomavirus and cervical cancer // *New Biol.* 1995. Vol. 199. P. 450–463.
12. De Vuyst H., Clifford G.M., Nascimento M.C., Madeleine M.M., Franceschi S. Prevalence and type distribution of human papillomavirus in carcinoma and intraepithelial neoplasia of the vulva, vagina and anus: a meta-analysis // *Int. J. Cancer.* Vol. 124. 2009. № 7. P. 1626–1636.
13. D'Souza G., Kreimer A.R., Viscidi R. et al. Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer // *New Engl. J. Med.* Vol. 356. 2007. № 19. P. 1944–1956.
14. Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin D.M. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence. Mortality and prevalence worldwide // IARC CancerBase. № 5, version 2.0. Lyon: IARC Press, 2004.
15. Frisch M., Fenger C., van den Brule A.J.C., Sørensen P., Meijer C.J.L.M., Walboomers J.M.M., Adami H.O., Melbye M., Glimelius B. Variants of squamous cell carcinoma of the anal canal and perianal skin and their relation to human papillomaviruses // *Cancer Res.* Vol. 59. 1999. № 3. P. 753–757.
16. Garland S.M., Hernandez-Avila M., Wheeler C.M. et al. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases // *N. Engl. J. Med.* Vol. 356. 2007. № 19. P. 1928–1943.
17. GLOBOCAN database // www-dep.iarc.fr/ last access 25.01.2007.
18. Harper D.M., Franco E.L., Wheeler C.M. et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial // *Lancet.* 2004. Vol. 364. № 9447. P. 1757–1765.
19. Joura E.A., Leodolter S., Hernandez-Avila M. et al. Efficacy of a quadrivalent prophylactic human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like-particle vaccine against high-grade vulval and vaginal lesions: a combined analysis of three randomised clinical trials // *Lancet.* 2007. Vol. 369. № 9574. P. 1693–1702.
20. Kitchener H.C., Almonte M., Wheeler P. et al. HPV testing in routine cervical screening: cross sectional data from the ARTISTIC trial // *Br. J. Cancer.* Vol. 95. 2006. № 1. P. 56–61.
21. Moscicki A.B. Management of adolescents who have abnormal cytology and histology // *Obstet. Gynecol. Clin. N. Am.* Vol. 35. 2008. № 4. P. 633–643.
22. Muñoz N., Bosch F., Castellsagué X., Díaz M., de Sanjose S., Hammouda D., Shah K.V., Meijer C.J.L.M. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective // *Int. J. Cancer.* Vol. 111. 2004. № 2. P. 278–285.
23. Paavonen J., Jenkins D., Bosch F.X. et al. Efficacy of a prophylactic adjuvanted bivalent L1 virus-like-particle vaccine against infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young woman: an interim analysis of a phase III double-blind, randomised controlled trial // *Lancet.* 2007. Vol. 369. № 9580. P. 2161–2170.
24. Parkin D.M. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002 // *Int. J. Cancer.* Vol. 118. 2006. № 12. P. 3030–3044.
25. Pulendran B., Ahmed R. Translating innate immunity into immunological memory: implications for vaccine development // *Cell.* Vol. 124. 2006. № 4. P. 849–863.
26. Stanley M., Gissmann L., Nardelli-Haeftiger D. Immunobiology of human papillomavirus infection and vaccination – implications for second generation vaccines // *Vaccine.* Vol. 26. 2008. Suppl. 10. P. K62–K67.
27. Tristan A., Flander A. Human papillomavirus (including vaccines) // *Obstet. Gynecol. Reprod. Med.* 2007. № 17. P. 324–329.
28. Villa L.L., Ault K.A., Giuliano A.R. et al. Immunologic responses following administration of a vaccine targeting human papillomavirus types 6, 11, 16 and 18 // *Vaccine.* Vol. 24. 2006. № 27–28. P. 5571–5583.
29. Wheeler C.M., Kjaer S.K., Sigurdsson K. et al. The impact of quadrivalent human papillomavirus (HPV; types 6, 11, 16 and 18) L1 virus-like particle vaccine on infection and disease due to oncogenic nonvaccine HPV types in sexually active women aged 16–26 years // *J. Infect. Dis.* Vol. 199. 2009. № 7. P. 936–944.
30. Waggoner S.E. Cervical cancer // *Lancet.* 2003. Vol. 361. № 9376. P. 2217–2225.

Е.В. УВАРОВА, Н.Х. ЛАТЫПОВА

Неспецифический вульвовагинит у девочек: оценка клинической эффективности лечения

1. Уварова Е.В. Интимная гигиена девочек // *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2010. № 2. С. 82–86.
2. Гуркин Ю.А. Опыт поэтапного лечения неспецифических вульвовагинитов у девочек // *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2009. № 5. С. 15–21.
3. Розанова И.Е. История интимной гигиены // *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2009. № 3. С. 85–95.
4. Коломейцев М.Г. Репродуктивное образование и гигиена // *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2009. № 2. С. 83–92.
5. Лосева О.К., Бехало В.А., Сысолятина И.А. Инфекции, передаваемые половым путем, – угроза репродуктивному здоровью подростков // *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2009. № 6. С. 74–87.