

# Рецидив сращения малых половых губ: гигиенический аспект

З.К. Батырова

Адрес для переписки: Залина Кимовна Батырова, linadoctor@mail.ru

*Автором были проанализированы клиничко-anamнестические данные и особенности гигиенического ухода в группе девочек с рецидивом сращения малых половых губ. Результаты исследования показали, что большое количество химических соединений, входящих в состав средств гигиены, не предназначенных для ухода за детьми раннего возраста, запускает механизм повреждения кожных покровов, приводя к хронизации процесса. Именно поэтому одним из ключевых моментов в профилактике рецидива сращения половых губ у девочек является выбор средств интимной гигиены.*

**Ключевые слова:** дети, микроценоз, atopический дерматит, рецидив сращения малых половых губ, гигиена

## Введение

Сращение малых половых губ у девочек дошкольного возраста – актуальная проблема клинической практики, которая вызывает немало вопросов у педиатров и гинекологов детского и подросткового возраста. Так, за последние 5–10 лет отмечен всплеск случаев сращения малых половых губ. Ситуация усугубляется отсутствием понимания этиологии и патогенеза развития данного процесса, а следовательно, принятием малоэффективных мер профилактики рецидивов, частота которых может превышать 40% [1–4].

Роль инфекционного фактора в развитии рецидивов синехий

у детей раннего возраста не находит объективных подтверждений. Именно поэтому для определения значимых факторов риска необходимо тщательный анализ клиничко-anamнестических данных, в том числе гигиенических аспектов ухода за ребенком [1, 5–8].

## Цель исследования

Проанализировать клиничко-anamнестические данные и особенности гигиенического ухода в группе девочек с рецидивом сращения малых половых губ.

## Материал и методы

В проспективном когортном исследовании приняли участие

132 девочки в возрасте от одного до 36 месяцев, родители которых обратились за консультацией в Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова в период 2010–2012 гг.

Основную группу составили 60 пациенток с подтвержденным рецидивом сращения малых половых губ, группу сравнения – 27 пациенток с подтвержденным atopическим дерматитом без признаков сращения на момент включения в исследование и в анамнезе. В контрольную группу были включены 45 здоровых девочек.

От родителей детей было получено согласие на обследование ребенка и обработку его персональных данных.

После отбора детей для участия в исследовании уточнялись клиничко-anamнестические данные, особенности гигиенического ухода за телом и наружными половыми органами, в том числе применяются ли косметические средства (гели, мыло, шампунь, масло). Выяснялось, используются ли подгузники (режим ношения, кратность смены, нанесение дополнительных косметических средств), вызывают ли подгузники atopическую реакцию, каков был возраст отказа от подгузника.



## Статистическая обработка полученных результатов

Обработка полученных данных проводилась с помощью программы SPSS Statistics 17.0. Значения считались достоверными при  $p < 0,05$ , высокодостоверными при  $p < 0,001$ , недостоверными при  $p > 0,05$ .

## Результаты исследования

Были проанализированы особенности гигиенического ухода за телом и половыми органами ребенка с момента рождения. Как видно из таблицы 1, для ухода за наружными половыми органами девочек основной группы 42,4% родителей применяли не менее двух косметических средств, 33,9% – три и более по сравнению с 14,8 и 3,7% в контрольной группе соответственно.

В основной группе твердое мыло использовалось в два раза чаще, чем в контрольной (83,3 и 44,4% соответственно). Гели для тела, не предназначенные для интимной гигиены, применялись у 46,7% девочек в основной группе и у 15,6% девочек в контрольной. Вместо водных процедур 38,3% родителей девочек с рецидивом сращения малых половых губ использовали детские влажные салфетки (против 13,3% в контрольной группе). На долю водных процедур (без добавления косметических средств) в основной группе приходилось 18,3% случаев, в контрольной – 42,2% (табл. 2).

Опрос родителей показал, что подгузники (без учета фирмы-производителя) использовались у всех девочек основной (100%) и почти у всех девочек контрольной группы (97,7%) (табл. 3). Частота отказа от подгузников на момент включения в исследование была примерно одинаковой (20 и 24,4% соответственно). Средний возраст отказа от подгузников также статистически не имел различий: у девочек с рецидивом сращения малых половых губ –  $19,6 \pm 8,6$  месяцев, у здоровых детей –  $13,7 \pm 2,9$  месяцев. Родители меняли подгузники, как правило, через каждые три-четыре часа (табл. 4).

Девочки, страдающие сращением малых половых губ, достоверно чаще носили подгузник постоянно (64,6 и 38,3% соответственно,  $p = 0,03$ ). Важно отметить, что

родители девочек со сращением малых половых губ статистически чаще (31,6 против 6,7%) указывали наличие аллергической реакции на подгузники ( $p = 0,004$ ).

Таблица 1. Использование косметических средств гигиены наружных половых органов у девочек с рецидивом сращений (основная группа) и здоровых девочек (контрольная группа)

| Параметр                     | Основная группа |       | Контрольная группа, n (%) |
|------------------------------|-----------------|-------|---------------------------|
|                              | n (%)           | p     |                           |
| Не использовались            | 1 (1,6)         | 0,000 | 18 (40)**                 |
| Использовались, в том числе: | 59 (98,4)       | 0,000 | 27 (60)**                 |
| ■ одно средство              | 14 (23,7)       | 0,000 | 22 (81,4)**               |
| ■ два средства               | 25 (42,4)       | 0,021 | 4 (14,8)*                 |
| ■ три средства               | 20 (33,9)       | 0,005 | 1 (3,7)**                 |

Достоверность значений контрольной группы по отношению к основной (применен критерий  $\chi^2$ ): \*  $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,001$ .

Таблица 2. Частота использования средств для интимной гигиены у девочек с рецидивом сращений (основная группа) и здоровых девочек (контрольная группа)

| Средства гигиены                              | Основная группа |       | Контрольная группа, n (%) |
|---|-----------------|-------|---------------------------|
|   | n (%)           | p     |                           |
| Вода  | 11 (18,3)       | 0,014 | 19 (42,2)*                |
| Твердое мыло                                  | 50 (83,3)       | 0,000 | 20 (44,4)**               |
| Гель, не предназначенный для интимной гигиены | 28 (46,7)       | 0,002 | 7 (15,6)**                |
| Салфетки                                      | 23 (38,3)       | 0,674 | 6 (13,3)                  |

Достоверность значений контрольной группы по отношению к основной (применен критерий  $\chi^2$ ): \*  $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,001$ .

Таблица 3. Особенности использования подгузников у девочек с рецидивом сращений (основная группа) и здоровых девочек (контрольная группа)

| Использование подгузников                        | Основная группа |       | Контрольная группа, n (%) |
|--|-----------------|-------|---------------------------|
|  | n (%)           | p     |                           |
| С рождения                                       | 60 (100)        | 0,885 | 44 (97,7)                 |
| Отмечена аллергическая реакция                   | 19 (31,6)       | 0,000 | 3 (6,7)*                  |
| Использование на момент включения в исследование | 48 (80)         | 0,759 | 34 (75,5)                 |
| Отказ по возрасту                                | 12 (20)         | 0,759 | 11 (24,4)                 |

Достоверность значений контрольной группы по отношению к основной (применен критерий  $\chi^2$ ): \*  $p \leq 0,001$ .

Таблица 4. Особенности ношения подгузников у 48 девочек с рецидивом сращений (основная группа) и 34 здоровых девочек (контрольная группа) на момент включения в исследование

| Ношение подгузников  | Основная группа |       | Контрольная группа, n (%) |
|--|-----------------|-------|---------------------------|
|  | n (%)           | p     |                           |
| Смена:   |                 |       |                           |
| ■ каждые 4 часа и чаще   | 37 (77)         | 0,521 | 29 (85,2)                 |
| ■ более чем через 4 часа   | 11 (22,9)       | 0,521 | 5 (14,7)                  |
| Режим:   |                 |       |                           |
| ■ постоянно  | 31 (64,6)       | 0,033 | 13 (38,3)*                |
| ■ только днем во время длительных прогулок                       | 5 (10,4)        | 0,057 | 10 (29,4)*                |
| ■ только ночью   | 12 (25)         | 0,631 | 11 (32,3)                 |
| Указание на «аллергическую» реакцию при использовании подгузника | 17 (35,4)       | 0,004 | 2 (5,8)*                  |

Достоверность значений контрольной группы по отношению к основной (применен критерий  $\chi^2$ ): \*  $p \leq 0,001$ .

Об аллергической реакции в анамнезе сообщили родители 45 (75%) девочек основной группы и 12 (26,7%) девочек группы контроля ( $p = 0,000$ ). При более детальном опросе первая аллергическая реакция в основной группе была оценена как сильно выраженная в 24,4% случаев, умеренная – в 71,1% и слабая – в 4,4% (в контрольной группе 16,7, 33,4 и 50% соответственно).

С целью более объективной оценки выраженности первой аллергической реакции респондентов просили указать участки тела ребенка, на которых обнаруживались эритематозные высыпания. Как правило, первые проявления аллергии возникали на лице (88% в основной и 75% в контрольной группе) и туловище (37,7 и 16,6% соответственно). Выраженность кожных проявлений аллергии по шкале

атопического дерматита SCORAD была слабой у 20 (44,4%) девочек с рецидивом сращения малых половых губ против девяти (75%) здоровых девочек, умеренной – у девяти (20%) и двух (16,7%) соответственно, сильной – у 16 (35,6%) и одной (8,3%) соответственно. Однако значимых различий выявлено не было. При этом проявления аллергии у девочек возникали эпизодически и не воспринимались педиатрами как атопический дерматит.

На момент осмотра оценка состояния кожных покровов и слизистых оболочек с учетом критериев Американской академии дерматологии показала, что из 60 девочек, страдавших рецидивом сращения малых половых губ, проявления дерматита отмечались у 35 (58,3%). При этом сухость кожи обнаружена у 31 девочки, эритематозные

высыпания и зуд кожных покровов различной интенсивности – у 15, шелушение (в основном в области лица, за ушами, в складках кожи) – у восьми. У 15 (25%) из 60 девочек на момент осмотра имелись кожные высыпания. Эти пациентки наблюдались и проходили лечение у аллерголога-иммунолога.

Принимая во внимание достаточную частоту аллергических реакций у детей с рецидивом сращения малых половых губ, было решено сравнить результаты обследования девочек с синехиями с таковыми девочек, не имевших сращения малых половых губ, находившихся на лечении у педиатров по поводу атопического дерматита и направленных в период набора материала к гинекологу с целью профилактического осмотра ( $n = 27$ ).

По данным литературы, аллергические контактные и атопические дерматиты часто сочетаются у детей при использовании некоторых косметических средств. В этой связи интересно было проанализировать гигиенические особенности ухода за телом и половыми органами девочек в сравниваемых клинических группах. Если у девочек с рецидивом сращения малых половых губ достоверно чаще родители применяли не менее двух типов косметических средств, в группе девочек, страдающих атопическим дерматитом, в гигиенических целях в основном использовалось одно (79,2) или два (20,8%) средства (табл. 5).

Как видно из таблицы 6, существенных различий в применении средств для интимной гигиены у девочек основной группы и девочек группы сравнения не выявлено. Исключение составило более частое использование геля, не предназначенного для интимной гигиены (46,7 против 18,5%), и салфеток (38,3 против 14,8%).

Опрос родителей о применении подгузников показал, что подгузники использовали с рождения 100% родителей основной группы и 92,5% родителей из группы сравнения (табл. 7).

**Таблица 5. Использование косметических средств гигиены наружных половых органов у девочек с рецидивом сращений (основная группа) и девочек с атопическим дерматитом (группа сравнения)**

| Параметр                     | Основная группа, n (%) | Группа сравнения |       |
|------------------------------|------------------------|------------------|-------|
|                              |                        | n (%)            | p     |
| Не использовались            | 1 (1,6)                | 3 (11,1)         | 0,164 |
| Использовались, в том числе: | 59 (98,4)              | 24 (88,9)        | 0,164 |
| ■ одно средство              | 14 (23,7)**            | 19 (79,2)        | 0,000 |
| ■ два средства               | 25 (42,4)              | 5 (20,8)         | 0,098 |
| ■ три средства               | 20 (33,9)*             | –                | 0,002 |

Достоверность значений основной группы по отношению к группе сравнения (применен критерий  $\chi^2$ ):

\*  $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,001$ .

**Таблица 6. Частота использования средств для интимной гигиены у девочек с рецидивом сращений (основная группа) и девочек с атопическим дерматитом (группа сравнения)**

| Средства гигиены                              | Основная группа, n (%) | Группа сравнения |       |
|---|------------------------|------------------|-------|
|   |                        | n (%)            | p     |
| Вода  | 11 (18,3)              | 7 (25,9)         | 0,601 |
| Твердое мыло                                  | 50 (83,3)              | 19 (70,3)        | 0,274 |
| Гель, не предназначенный для интимной гигиены | 28 (46,7)*             | 5 (18,5)         | 0,024 |
| Салфетки                                      | 23 (38,3)              | 4 (14,8)         | 0,924 |

Достоверность значений основной группы по отношению к группе сравнения (применен критерий  $\chi^2$ ):

\*  $p \leq 0,05$ .

**Таблица 7. Особенности использования подгузников у девочек с рецидивом сращений (основная группа) и девочек с атопическим дерматитом (группа сравнения)**

| Использование подгузников                        | Основная группа, n (%) | Группа сравнения |       |
|--|------------------------|------------------|-------|
|  |                        | n (%)            | p     |
| С рождения                                       | 60 (100)               | 25 (92,5)        | 0,174 |
| Отмечена аллергическая реакция                   | 19 (31,6)              | 9 (37)           | 0,925 |
| Использование на момент включения в исследование | 48 (80)                | 22 (81,5)        | 0,896 |
| Отказ по возрасту                                | 12 (20)                | 5 (18,5)         | 0,896 |



На момент обследования без подгузников обходились 20% девочек основной группы и 18,5% группы сравнения. При этом средний возраст отказа от подгузников составил  $19,6 \pm 8,6$  и  $19,4 \pm 5,1$  месяца соответственно.

Смена подгузников чаще всего осуществлялась через каждые три-четыре часа (у 77% детей в основной группе и у 86,3% детей в группе сравнения). Больше половины носили подгузники постоянно (64,6 и 68,8% соответственно), несмотря на появившуюся аллергическую реакцию у 35,4% девочек с рецидивом сращения малых половых губ и у 40,9% девочек с атопическим дерматитом (табл. 8).

Согласно полученным данным, аллергия на подгузник явилась единственным кожным аллергическим заболеванием в анамнезе, так как на вопрос о ее наличии утвердительно ответили 75% родителей девочек основной группы и соответственно все родители девочек из группы сравнения.

## Вывод

Результаты исследования показали, что большое количество хи-

Таблица 8. Особенности ношения подгузников у 48 девочек с рецидивом сращений (основная группа) и 22 девочек с атопическим дерматитом (группа сравнения) на момент включения в исследование

| Ношение подгузников  | Основная группа, n (%) | Группа сравнения |       |
|--|------------------------|------------------|-------|
|  |                        | n (%)            | p     |
| Смена:   |                        |                  |       |
| ■ каждые 4 часа и чаще   | 37 (77)                | 19 (86,3)        | 0,562 |
| ■ более чем через 4 часа   | 11 (22,9)              | 3 (13,6)         | 0,562 |
| Режим:   |                        |                  |       |
| ■ постоянно  | 31 (64,6)              | 15 (68,8)        | 0,981 |
| ■ только днем во время длительных прогулок                       | 5 (10,4)               | 4 (18,1)         | 0,606 |
| ■ только ночью   | 12 (25)                | 3 (13,6)         | 0,446 |
| Указание на «аллергическую» реакцию при использовании подгузника | 17 (35,4)              | 9 (40,9)         | 0,861 |

мических соединений, входящих в состав средств гигиены, не предназначенных для ухода за детьми раннего возраста, запускает механизм повреждения кожных покровов, приводя к хронизации процесса. Именно поэтому во избежание рецидива сращения половых губ у девочек специалист должен разъяснить родителям правила гигиенического ухода за телом и половыми органами ребенка, в том числе рассказать о принципах выбора средств для интимной гигиены.

У детей с различными патологическими процессами, затрагивающими половые органы, необходимо использовать сертифицированные моющие вещества, учитывающие кислотно-щелочной баланс кожи вульвы и слизистой оболочки влагалища. На этикетке должна быть указана возможность их применения у детей раннего возраста. Предпочтение следует отдавать средствам с наличием в составе экстрактов растительного лекарственного сырья. 🌿

## Литература

1. Богданова Е.А. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек // Гинекология. 1999. Т. 1. № 3. С. 86–89.
2. Лапченко М.Л. Гинекологические заболевания у девочек и девушек. М.: Триада-Фарм, 2004.
3. Muram D. Treatment of prepubertal girls with labial adhesions // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 1999. Vol. 12. № 2. P. 67–70.
4. Yamamoto T., Zhou X., Williams C.J. et al. Bacterial populations in the vaginas of healthy adolescent women // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2009. Vol. 22. № 1. P. 11–18.
5. Fischer G.O. Vulval disease in pre-pubertal girls // Australas. J. Dermatol. 2001. Vol. 42. № 4. P. 225–236.
6. Papagianni M., Stanhope R. Labial adhesions in a girl with isolated premature thelarche: the importance of estrogenization // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2003. Vol. 16. № 1. P. 31–32.
7. Myers J.B., Sorensen C.M., Wisner B.P. et al. Betamethasone cream for the treatment of pre-pubertal labial adhesions // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2006. Vol. 19. № 6. P. 407–411.

## Recurrence of Labial Fusion: Hygienic Aspect

Z.K. Batyrova

Kulakov Research Center for Obstetrics, Gynecology, and Perinatology

Contact person: Zalina Kimovna Batyrova, linadoctor@mail.ru

Here, clinical and anamnestic as well as hygienic features of recurrent labial fusion were analyzed. Study results showed that a large number of chemicals contained in hygiene products are not supposed to be used for care after young children, as they trigger lesions of dermal layers resulting in chronization of the process. That is why a choice of intimate hygiene preparations is considered as one of key elements for prevention of recurrent labial fusion in girls.

**Key words:** children, microecosis, atopic dermatitis, recurrence of labial fusion, hygiene

гинекология