

## ВУЛЬВОВАГИНИТЫ В СТРУКТУРЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Лабзина М.В.<sup>1</sup>, Лабзина Л.Я.<sup>2</sup>, Худайберенова О.Дж.<sup>3</sup>, Маркина А.Е.<sup>4</sup>, Мотолова Т.Г.<sup>5</sup> Email: Labzina1159@scientifictext.ru

<sup>1</sup>Лабзина Маргарита Владимировна - кандидат медицинских наук, доцент,  
кафедра акушерства и гинекологии;

<sup>2</sup>Лабзина Людмила Яковлевна - кандидат биологических наук, доцент,  
кафедра биологической и фармацевтической химии с курсом организации и управления фармацией;

<sup>3</sup>Худайберенова Огулгерек Джораевна – студент;

<sup>4</sup>Маркина Алина Евгеньевна – студент;

<sup>5</sup>Мотолова Татьяна Геннадьевна - студент,  
кафедра акушерства и гинекологии  
Мордовский государственный университет,  
г. Саранск

**Аннотация:** в ходе исследования установлено значение различных факторов риска в развитии вульвовагинитов у детей, к которым изначально относят особенности строения эпителия вульвы и влагалища у девочек. Большое значение отводится снижению иммунологической реактивности на фоне различных хронических соматических заболеваний. Показана взаимосвязь вульвовагинитов у детей с заболеваниями органов дыхательной системы, инфекционными заболеваниями, эндокринной патологией и заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в том числе и паразитарными. Таким образом, изучение детской и подростковой гинекологии актуально, так как позволяет обеспечить своевременную диагностику и эффективное лечение вульвовагинитов, что бы избежать негативных последствий в формировании репродуктивной функции девочек.

**Ключевые слова:** вульвовагинит, гинекологическая патология, девочка-подросток, бактериоскопическое исследование, условно-патогенные микроорганизмы

## VULVOVAGINITIS IN THE STRUCTURE OF GYNECOLOGICAL PATHOLOGY OF ADOLESCENT GIRLS

Labzina M.V.<sup>1</sup>, Labzina L.Ya.<sup>2</sup>, Khudayberanova O.Dj.<sup>3</sup>, Markina A.E.<sup>4</sup>, Motolova T.G.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Labzina Margarita Vladimirovna - PhD of Medical Sciences, Associate Professor,  
DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY,

<sup>2</sup>Labzina Lyudmila Yakovlevna - PhD of Biological Sciences, Associate Professor,  
DEPARTMENT OF BIOLOGICAL AND PHARMACEUTICAL CHEMISTRY WITH A COURSE  
IN THE ORGANIZATION AND MANAGEMENT OF PHARMACY;

<sup>3</sup>Hudayberanova Ogulgerek Djoraevna – Student;

<sup>4</sup>Markina Alina Evgenievna – Student;

<sup>5</sup>Motolova Tatyana Gennadievna - Student,  
DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY  
OGAREV MORDOVIA STATE UNIVERSITY,  
SARANSK

**Abstract:** The study established the importance of various risk factors in the development of vulvovaginitis in children, which initially included structural features of the epithelium of the vulva and vagina in girls. Great importance is given to the reduction of immunological reactivity against the background of various chronic somatic diseases. The relationship of vulvovaginitis in children with diseases of the respiratory system, infectious diseases, endocrine pathology and diseases of the gastrointestinal tract, including parasitic ones, is shown. Thus, the study of pediatric and adolescent gynecology is important because it allows for timely diagnosis and effective treatment of vulvovaginitis, in order to avoid negative consequences in the formation of the reproductive function of girls.

**Keywords:** vulvovaginitis, gynecological pathology, teenage girl, bacterioscopic examination, opportunistic microorganisms.

УДК 618.15-002:618.216(470.345)

Воспалительные заболевания половых органов занимают 1-е место в структуре гинекологической патологии у девочек от 1 года до менархии, составляя около 65% всех заболеваний половых органов [1]. Воспалительные поражения половых органов девочек могут стать причиной серьезных нарушений менструальной, репродуктивной, половой функций в зрелом возрасте. Так, язвенные поражения

влагалища у девочки могут вызывать его сужение или заращение и создать в будущем препятствие для половой жизни, беременности и родов [2].

Вульвовагинит является наиболее частой причиной обращаемости к гинекологу в детском возрасте [3].

Учитывая несостоятельность механизмов колонизационной резистентности и физиологические особенности вульвы и влагалища у девочек, в отличие от взрослых женщин, чаще наблюдается неспецифический вульвовагинит, при котором в больших количествах обнаруживаются условно-патогенные микроорганизмы [4]. До настоящего времени недостаточно изученным остается вопрос о составе вагинального нормоценоза у детей, и как следствие - недостаточно ясна роль различных условно-патогенных микроорганизмов в развитии вульвовагинитов в детском возрасте [5].

В связи с этим, целью данного исследования является – изучить структуру и численность девочек с вульвовагинитами по Республике Мордовия за период с января 2018 г. по май 2019 г.

Для решения поставленных задач нами был проведен ретроспективный анализ заболеваемости девочек с различными нозологическими формами гинекологических заболеваний в период с января с января 2018 г. по май 2019 г. Число больных с гинекологической патологией за этот период составило 1468 пациенток.

Клинический раздел работы проводили на базе гинекологического отделения и консультативной поликлиники ГБУЗ РМ ДРКБ.

Было обследовано 178 пациенток в возрасте от 0 до 17 лет 11 месяцев, госпитализированных в стационар за 2017 год, которые были разделены на 3 группы: I группа - 82 (46,0%) девочки в возрасте от 0 до 17 лет 11 месяцев с вульвовагинитами, которые не имели в анамнезе половых контактов; II группа - 56 (31,5%) девочек от 0 до 17 лет 11 месяцев с вульвовагинитами, которые имели в анамнезе половые контакты.

В качестве группы сравнения (III группа) были обследованы 40 девочек от 0 до 17 лет 11 месяцев (22,5%). Критериями отбора в группу сравнения являлось отсутствие клинических признаков урогенитальных инфекционных заболеваний и соматической патологии (в том числе - аллергических заболеваний), в настоящее время и в анамнезе, отсутствие антибактериальной терапии в течение 1 года.

Изучение анамнеза и обследование ребенка осуществлялись с письменного согласия и в присутствии родителей ребенка или лица, их заменяющего, согласно ст. 32 «Согласие на медицинское вмешательство».

При обследовании детей анализу подвергались характер субъективных и объективных проявлений заболевания, данные гинекологического анамнеза, указания на отсутствие и наличие половых контактов, а также роли сопутствующих соматических заболеваний (мочеполовых органов, эндокринопатий, желудочно-кишечного тракта) и данные аллергоанамнеза.

Клиническое обследование включало оценку кожных покровов и видимых слизистых оболочек туловища, верхних и нижних конечностей, органов мочеполовой системы, аноректальной области и ротоглотки. Для оценки состояния органов брюшной полости и органов малого таза проводилась пальпация передней брюшной стенки и ректо-абдоминальное/бимануальное обследование. Осмотр девочек младшего возраста (до 3 лет) проводился на коленях у матери либо на кушетке в положении «лягушки». Девочек более старшего возраста осматривали на гинекологическом кресле. При оценке органов мочеполовой системы особое внимание обращалось на состояние слизистой оболочки преддверия влагалища, девственной плевы, определялось наличие и характер вагинальных выделений, состояние аноректальной области, оценивалось состояние области наружного отверстия мочеиспускательного канала и парауретральных желез.

Обследование аноректальной области проводили в положении девочек на боку путем раздвижения ягодиц и осмотра области внешнего сфинктера в течение 30 секунд для оценки дилатации и определения тонуса анального сфинктера.

Получение клинического материала из уретры, преддверия влагалища, влагалища, анальной области для лабораторного обследования производили с помощью одноразового зонда ("Наво", Швеция). Получение клинического материала из влагалища производилось зондом из задней ямки преддверия влагалища непосредственно за девственной плевой через естественное отверстие девственной плевы «слепым» методом или при осмотре влагалища и шейки матки с помощью гинекологических зеркал Куско, имеющих ширину 17 мм и длину рабочей части 75 мм.

По показаниям производилась вагиноскопия, при которой оценивалось состояние слизистых оболочек влагалища и шейки матки, характер вагинальных выделений в заднем своде. При проведении вагиноскопии и обследовании с помощью гинекологических зеркал дополнительно производилось получение клинического материала из цервикального канала.

Проводили бактериоскопическое и бактериологическое исследования клинического материала уретры, преддверия влагалища и шейки матки для идентификации патогенных и условно- патогенных микроорганизмов.

Осуществляли идентификацию патогенных возбудителей, передаваемых половым путём (*Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*), а также условно-патогенных микроорганизмов с количественным определением: *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, представителей семейства *Enterobacteriaceae*, грибов рода *Candida*, *Staphylococcus* и *Streptococcus spp.*, *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus*, *Bacteroides*, *Leptotrix* и другие.

Для диагностики урогенитального трихомониаза использовали микроскопический метод (окраска препаратов метиленовым синим и по способу Грама) и культуральный метод на модифицированной среде Джонсона-Трасселя.

Для идентификации *Chlamydia trachomatis* использовали культуральный метод и ПЦР-анализ с тест-системами "Литех" (Москва).

С целью сравнения специфичности и чувствительности методов диагностики *C. trachomatis* параллельно с культуральным методом проводили диагностику хламидий методом ПЦР.

Выявление и количественную оценку *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* осуществляли культуральным методом на среде DUO (Sanofi-Франция).

С целью проведения качественной и количественной оценки микроценоза влагалища использовали микроскопический и культуральный методы. Оценка состояния эпителия влагалища, качественный состав патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, выраженность воспалительного процесса проводили путем микроскопии вагинальных мазков, окрашенных по Граму. Количественное определение условно-патогенных микроорганизмов проводили с учетом количества клеток в одном поле зрения.

Культуральное исследование состава вагинального микроценоза проводили путем посева клинического материала на стандартные питательные среды (сахарный агар с добавлением 5% донорской крови для факультативно-анаэробных микроорганизмов, агар Сабуро для грибов *Candida*, среда МРС для *Lactobacillus spp.*, среда Блорукка для *Bifidobacterium spp.*). С целью ориентировочного количественного анализа вагинальной микрофлоры проводили оценку уровня обсемененности в пересчете на тампон, для точной оценки на 1 г вагинального отделяемого (КОЕ/т и КОЕ/г соответственно).

Исследование на энтеробиоз и аскаридоз проводили путем обнаружения яиц остриц и аскарид в перианальном соскобе, полученном с применением деревянного шпателя. Соскоб с перианальных складок проводили утром до дефекации или вечером перед сном. Соскабливания производили с поверхности перианальных складок деревянным шпателем, смоченным в 50% растворе глицерина или в 1% растворе двууглекислого натрия. Полученный материал, помещали на предметное стекло в каплю 50% раствора глицерина и микроскопировали при малом увеличении.

Статистический анализ результатов исследования осуществляли в соответствии с принципами доказательной медицины, регламентированными соответствующими руководствами. Применяли методы параметрического и непараметрического анализа. Проводили анализ достоверности результатов с помощью критерия Стьюдента. Обработка полученных результатов производилась на персональном компьютере с помощью прикладных программ Microsoft Excel 2010.

Анализ структуры гинекологической патологии девочек от 0 до 17 лет 11 месяцев показал, что чаще всего обращаются в консультативную поликлинику и госпитализируют с вульвовагинитами (рисунок 1).

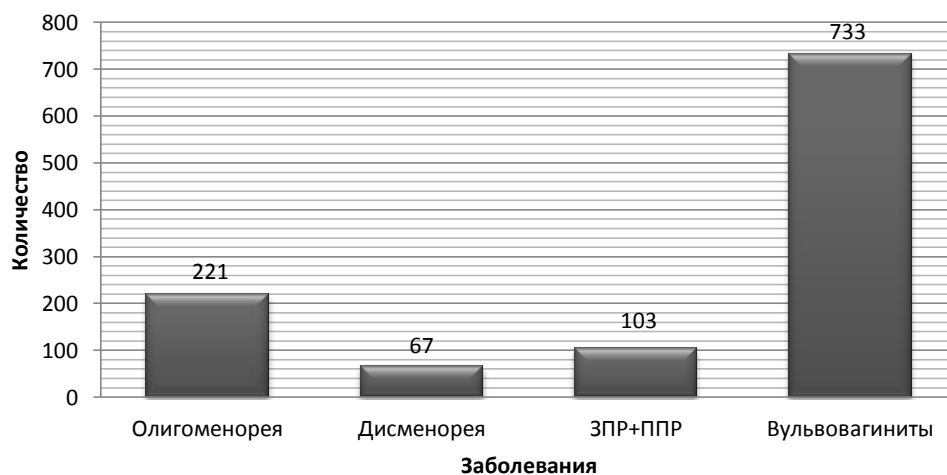


Рис. 1. Структура гинекологической патологии, ГБУЗ РМ ДРКБ, 2018 г.

Вульвовагиниты встречаются наиболее часто в возрастном отрезке с 0 – 4 лет 11 месяцев.

При анализе анамнестических данных детей I и II групп особое внимание обращалось на наличие соматических заболеваний у обследованных девочек.

Девочки группы сравнения были обследованы педиатром, хирургом и стоматологом для исключения хронических заболеваний. Был проведен анализ показателей клинического анализа крови и мочи, а также обследование для исключения паразитарных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Соматический статус всех детей группы сравнения соответствовал нормативным показателям. Ни одна из девочек III группы не имела в анамнезе аллергических заболеваний.

Как свидетельствуют данные рисунка 2, у детей I группы достоверно чаще, чем II выявлялась соматическая патология: аллергические заболевания, такие как атопический дерматит, экзема, поллиноз, бронхит с астматическим компонентом (32,9% и 19,6% соответственно), хронические заболевания дыхательной системы (бронхит, аденоидит, тонзиллит) и желудочно-кишечного тракта (дискинезия желчевыводящих путей, дисбактериоз кишечника и др.) в 57,3% и 28,6% наблюдений соответственно, а также паразитарные заболевания желудочно-кишечного тракта, в частности глистная инвазия и энтеробиоз: 21,0% и 3,5% соответственно.

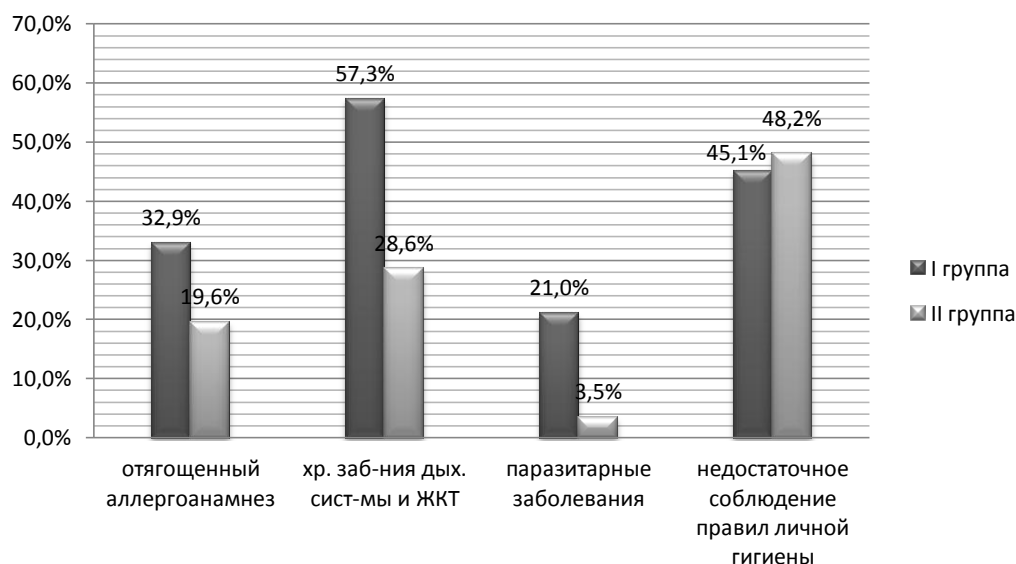


Рис. 2. Сравнительная картина возможных факторов риска вульвовагинитов у пациенток I и II групп

Учитывая важность паразитарных заболеваний желудочно-кишечного тракта (энтеробиоз, глистная инвазия), как факторов риска развития вульвовагинитов у девочек, всем пациенткам было рекомендовано соответствующее обследование. На момент обследования 44 девочки (53,7%) I группы и 27 девочек (48,2%) II группы не имели паразитарных заболеваний желудочно-кишечного тракта (все дети были обследованы на энтеробиоз с отрицательным результатом или получили профилактическое лечение от энтеробиоза). Остальные пациентки были обследованы на энтеробиоз, при этом получены следующие данные: в I группе пациенток положительный результат анализа выявлен у 4 пациенток (10,5%), во II группе - у 1 пациентки (3,5%). Таким образом, заболеваемость энтеробиозом выявлялась чаще в I группе пациенток. В результате энтеробиоз является важным этиологическим фактором в развитии вульвовагинита у девочек.

Субъективные клинические проявления вульвовагинита у пациенток I и II групп характеризовались гиперемией слизистой оболочки и кожи аногенитальной области у 54 и 40, вагинальными выделениями различного характера у 38 и 54, зудом и /или жжением и/или дискомфортом в области наружных половых органов у 42 и 12, дизурией у 12 и 17 и болью в нижней части живота у 4 и 18 девочек соответственно.

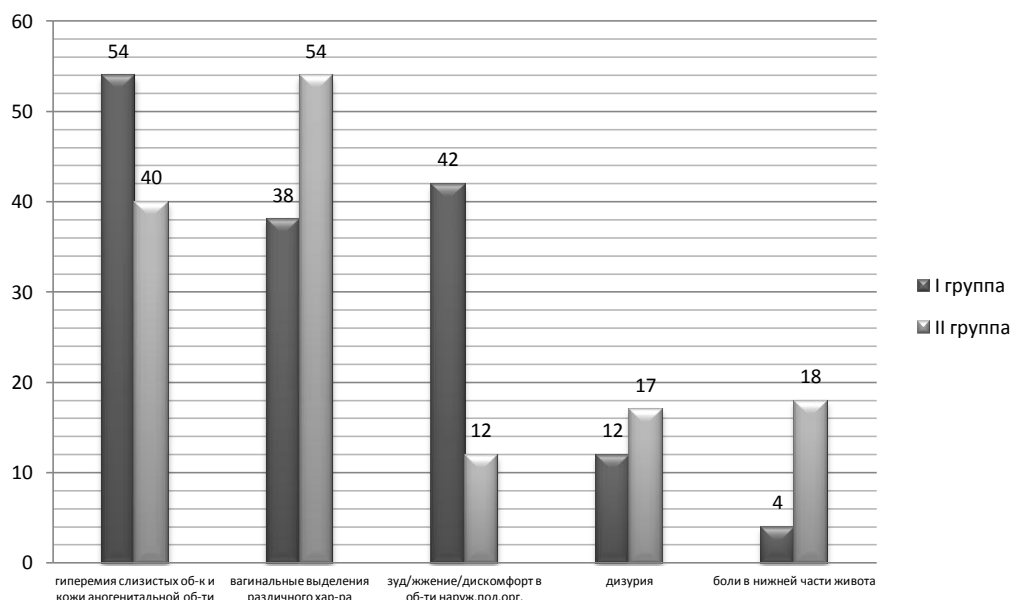


Рис. 3. Сравнительная оценка основных субъективных проявлений пациенток I и II групп

Анализируя полученные данные, представленные на рисунке 3, можно утверждать, что основными субъективными проявлениями у пациенток I группы явились гиперемия слизистых оболочек и кожи аногенитальной области, тогда как у пациенток II группы - вагинальные выделения.

Пациенткам всех трех групп было проведено комплексное микробиологическое исследование для идентификации патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

Лактобациллярная микрофлора наблюдалась чаще в контрольной группе девочек по сравнению с I и II (25,0%, 13,4% и 7,1% соответственно), причем отмечалась прямая зависимость выявляемости лактобактерий с увеличением возраста девочек: наибольший процент выявляемости (80,0%) — в группе детей 10-12 лет). Аналогичная зависимость от возраста отмечена и выявлении БВ-ассоциированных микроорганизмов, которые наблюдались чаще у детей II группы (16,1%).

Микроскопические признаки кандидозного вульвовагинита (псевдомицелий грибов рода *Candida* и/или дрожжевые клетки) наблюдались с одинаковой частотой у детей I и II групп (7,3% и 7,1% соответственно), при этом не отмечено зависимости от возраста девочек. У детей контрольной группы ни в одном из наблюдений не было выявлено псевдомицелия и/или дрожжевых клеток грибов.

Согласно анализу полученных нами данных у детей I группы достоверно чаще, чем II наблюдались хронические соматические заболевания. Таким образом, подтверждается роль соматических заболеваний, как фактора риска, способствующего возникновению вульвовагинита у детей, при этом они не только являются хроническим очагом инфекции, но и опосредованно снижают иммунологическую реактивность организма, в частности — репродуктивной системы, тем самым, снижая колонизационную резистентность и способствуя нарушению состояния микроценоза вагинального биотопа. Значительный процент обострений неспецифического вульвовагинита коррелировал с обострением хронического соматического заболевания.

#### Список литературы / References

1. Анкирская А.С. Неспецифические вагиниты // Клиническая Микробиология и Антимикробная Химиотерапия, 2011. № 2 (17). С.12-14.
2. Анкирская А.С. Микроэкология влагалища и профилактика акушерской патологии // Гинекология, 2010. Т.1. №3. С. 13-15.
3. Богданова Е.А. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек // Гинекология, 2011. Т.1. №3. С. 4-8.
4. Гарден А.С. Детская и подростковая гинекология. М.: Медицина, 2012. 440 с.
5. Уварова Е.В., Султанова Ф.Ш. Влагалище как микроэкологическая система в норме и при воспалительных процессах гениталий различной этиологии // Гинекология, 2015.Т.4. №4. С. 21-25.