

*Э.Б. Яковлева, М.Ю. Сергиенко, О.К. Межова, А.В. Пучков*

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК «НЕЙТРАЛЬНОГО» ПЕРИОДА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

**Ключевые слова:** профилактика, лечение, вульвовагинит, нейтральный период

Воспалительные заболевания вульвы и (или) влагалища являются наиболее распространенными гинекологическими заболеваниями у девочек дошкольного и младшего школьного возраста. Важность обсуждения проблемы обусловлена не только высокой частотой патологии, склонностью к хронизации и рецидивирующему течению. Зачастую вульвовагиниты воспринимаются родителями девочек как «взрослая» болезнь, много времени и усилий тратится на то, чтобы найти ее возбудителя, в то время как главное – это оздоровление всего организма, санация очагов хронической инфекции, лечение и профилактика типичных «детских» болезней: частых ОРВИ, атопического дерматита, энтеробиоза, дисбактериоза и т.п.

Частота вульвовагинитов по данным разных авторов колеблется от 12 до 93%, причем, 60% патологии имеет рецидивирующий характер в связи со снижением общей и местной реактивности организма, опосредованное целым рядом факторов: угнетением иммунитета, дисбиозом родовых путей у матери, нарушением нормального периода адаптации новорожденного, нарушением становления микробиоценоза слизистых оболочек ребенка, ОРВИ, гипертрофией элементов лимфоидного аппарата носоглотки. В значительной степени на здоровье ребенка влияют экологическое неблагополучие, изменение качества пищи, содержащей все возрастающее количество веществ не природного происхождения, септических компонентов [1–6].

**Целью** настоящего исследования было изучение микробного пейзажа у девочек с вульвовагинитами и возможности нормализации его путем использования оливкового мыла ТМ «Афродита».

### **Материалы и методы**

Под наблюдением находилось 45 девочек в возрасте от 1,5 до 7 лет. Основную группу составили 35 пациенток, получив-

ших лечение по разработанной схеме и 10 – группу сравнения, лечение получали по общепринятой схеме.

Диагноз вульвовагинита ставился на основании анамнеза, осмотра наружных половых органов, микроскопического и бактериологического исследования отделяемого влагалища, а также исследований на глистную инвазию. В анамнезе обращали внимание на начало и течение данного заболевания, связь с патологией других органов и систем.

Клинические проявления неспецифических вульвовагинитов были схожи и укладывались в общее представление о воспалительном процессе вульвы и влагалища независимо от этиологического фактора. Основными жалобами пациенток были периодически возникающее чувство дискомфорта в области наружных половых органов, иногда – ощущение зуда и жжения в области вульвы в покое или после мочеиспускания, выделения из половых путей, что безусловно причиняло страдания ребенку.

При наличии клинических проявлений диагностика вульвовагинита не вызывала затруднений. Сложнее было оценить совокупность этиологических факторов, которые привели к развитию воспалительного процесса. Тут важен тщательно собранный анамнез и углубленное обследование с привлечением смежных специалистов: гастроэнтеролога, эндокринолога, оториноларинголога, аллерголога, нефролога, иммунолога.

Диагностика патологии влагалища наряду с выявлением облигатных патогенов включала: интегральную характеристику влагалищного микробиоценоза, классический бактериологический метод исследования с выделением чистой культуры бактерий и их идентификацию с использованием тест-системы Lacheta (Чехия). Диагностика включала микроскопию влагалищного мазка, окрашенного по Грамму, посев содержимого на факультативно-анаэробную группу микроорганизмов.

Всем пациенткам основной группы (35 чел.) проводилась обработка наружных половых органов мылом со 100% оливковым маслом. При этом в условиях стационара обработка осуществлялась 2 раза в сутки (9 частей физиологического раствора и 1 часть мыла) стерильными ватными шариками. Девочкам, получавшим лечение амбулаторно, назначался туалет наружных половых органов 2 раза в день с использованием оливкового мыла. 10 девочкам группы сравнения проводился туалет половых органов традиционными способами (ванночки, прокладки со стрептоцидовой мазью).

Мыло со 100% оливковым маслом не содержит животных жиров, хорошо пенится, содержит большое количество витамина Е, оказывает бактерицидное, смягчающее, успокаивающее действие, обладает уникальной способностью не нарушать pH и защитную мантию кожи и слизистых.

### Результаты и их обсуждение

К развитию воспалительного процесса гениталий у девочек дошкольного возраста предрасполагают индивидуальные анатомические особенности: отсутствие задней спайки, низкое расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала, рубцовые деформации, неполные синехии, аномалии развития наружных половых органов и влагалища.

В нейтральном периоде развития репродуктивной системы девочки вследствие сниженной функции яичников отсутствует такой защитный механизм как физиологическая десквамация и цитолиз поверхностных клеток эпителия влагалища, обусловленный влиянием половых гормонов. Автономные иммунные механизмы защиты: секреторный иммуноглобулин А, лизоцим, которые продуцируются эндцервиксом шейки матки, система комплемента, фагоцитоз находятся в стадии функционального становления, поэтому их защитная роль минимальна.

У 19 (42,2%) пациенток патология была выявлена впервые, у 26 (57,8%) – носила рецидивирующий характер.

Рецидивы неспецифических бактериальных вульвовагинитов у девочек возникали на фоне обострения экстрагенитальной патологии, которая является одним из ведущих причинных факторов вульвовагинита. Неспецифический вульвовагинит ни в одном случае не был самостоятельным за-

болеванием, а всегда сочетался с воспалительным заболеванием слизистых оболочек разных органов. Каждая четвертая пациентка относилась к группе часто и длительно болеющих, находилась на учете у педиатра по поводу атопического дерматита, в каждом третьем случае подтверждены дисбиотические нарушения микрофлоры кишечника. По поводу инфекции мочевыводящих путей проходили обследование и лечение 18 (40%) обследованных.

Каждая третья девочка родилась от патологически протекавшей беременности, 6 (13,3%) – путем операции кесарева сечения. Патология антенатального периода выявлена в 19 (42,2%) случаях, 5 (11,1%) пациенток находилось на искусственном, 10 (22,2%) – на смешанном вскармливании.

Микробиологическая картина биотопа влагалища девочек до менархе представлена контаминацией более 20 видов микроорганизмов. Наиболее распространенными микроорганизмами, выявляемыми у девочек с вульвовагинитами, по мнению многих исследователей, являются коагулазоотрицательные стафилококки, стрептококки, энтерококки, коринебактерий, кишечная палочка, гарднереллы. Из их числа наиболее патогенными свойствами обладают микроорганизмы кишечного происхождения (энтеробактерии и проблемные колиформные бактерии). Аналогичные качества довольно часто имеют неферментирующие бактерии (синегнойная палочка), а также грамположительные кокки (золотистый стафилококк, эпидермальный стафилококк, микрококк, стрептококки, пневмококк), представители ряда коринебактерий. Из строгих факультативных анаэробов наиболее патогенными являются пептострептококки, бактероиды, фузобактерии, мобилункусы и другие.

Заболевания, вызванные смешанной инфекцией имеют более длительное течение, протекают клинически тяжелее, часто рецидивируют, на их фоне нередко возникают различные осложнения.

При изучении состояния наружных половых органов у 10 (22,2%) был выявлен нормоценоз, у 12 (26,7%) промежуточный тип микробиоценоза. Что касается бактериального вагиноза, то он был у 2 (4,4%), вагинит у 4 (8,9%). В микробном пейзаже обследованных пациенток у 9 (20,0%) встречались *Escherichia coli*, у 6 (13,3%) – *Staphylococcus epidermidis*, у 7 (15,6%) – *Gardnerella vaginalis*, а у 9 (20,0%) – *Candida albicans*.

**Таблица 1. Микробный пейзаж обследованных пациенток до лечения**

| Микроорганизмы  | Обследованные пациентки |                  |                  |                           |
|---|-------------------------|------------------|------------------|---------------------------|
|   | 1,5-3 лет,<br>n=10      | 4-5 лет,<br>n=10 | 6-7 лет,<br>n=15 | группа сравнения,<br>n=10 |
| <i>Bifidobacterium spp.</i> (<10 <sup>5</sup> КОЕ/мл)               | 1 (2,2%)                | 2 (4,4%)         | 1 (2,2%)         | 1 (10,0%)                 |
| <i>Lactobacterium spp.</i> (<10 <sup>5</sup> КОЕ/мл)                | 2 (4,4%)                | 2 (4,4%)         | 2 (4,4%)         | 2 (20,0%)                 |
| <i>Escherichia coli</i> (>10 <sup>5</sup> КОЕ/мл)                   | 2 (4,4%)                | 3 (6,6%)         | 4 (8,8%)         | 1 (10,0%)                 |
| <i>Staphylococcus aureus, epidermidis</i> (>10 <sup>3</sup> КОЕ/мл) | 1 (2,2%)                | 2 (4,4%)         | 3 (6,6%)         | 2 (20,0%)                 |
| <i>Saprophytical</i> (>10 <sup>3</sup> КОЕ/мл)                      | 2 (4,4%)                | 2 (4,4%)         | 1 (2,2%)         | 3 (30,0%)                 |
| <i>Streptococcus agalactial</i> (>10 <sup>5</sup> КОЕ/мл)           | 2 (4,4%)                | 1 (2,2%)         | 1 (2,2%)         | 1 (10,0%)                 |
| <i>Enterobacter</i> (>10 <sup>3</sup> КОЕ/мл)                       | -                       | 1 (2,2%)         | 1 (2,2%)         | 1 (10,0%)                 |
| <i>Gardnerella vaginalis</i> (>10 <sup>3</sup> КОЕ/мл)              | 2 (4,4%)                | 2 (4,4%)         | 3 (6,6%)         | 2 (20,0%)                 |
| <i>Candida albicans</i> (>10 <sup>5</sup> КОЕ/мл)                   | 2 (4,4%)                | 3 (6,6%)         | 4 (8,8%)         | 3 (30,0%)                 |

**Таблица 2. Микробный пейзаж обследованных пациенток после лечения**

| Микроорганизмы  | Обследованные пациентки |                  |                  |                           |
|---|-------------------------|------------------|------------------|---------------------------|
|   | 1,5-3 лет,<br>n=10      | 4-5 лет,<br>n=10 | 6-7 лет,<br>n=15 | группа сравнения,<br>n=10 |
| <i>Bifidobacterium spp.</i> (<10 <sup>5</sup> КОЕ/мл)               | -                       | 1 (2,2%)         | -                | 1 (10,0%)                 |
| <i>Lactobacterium spp.</i> (<10 <sup>5</sup> КОЕ/мл)                | 1 (2,2%)                | 1 (2,2%)         | -                | 2 (20,0%)                 |
| <i>Escherichia coli</i> (>10 <sup>5</sup> КОЕ/мл)                   | 1 (2,2%)                | -                | -                | 1 (10,0%)                 |
| <i>Staphylococcus aureus, epidermidis</i> (>10 <sup>3</sup> КОЕ/мл) | 1 (2,2%)                | 1 (2,2%)         | 1 (2,2%)         | 2 (20,0%)                 |
| <i>Saprophytical</i> (>10 <sup>3</sup> КОЕ/мл)                      | -                       | -                | -                | 2 (20,0%)                 |
| <i>Streptococcus agalactial</i> (>10 <sup>5</sup> КОЕ/мл)           | -                       | -                | -                | 1 (10,0%)                 |
| <i>Enterobacter</i> (>10 <sup>3</sup> КОЕ/мл)                       | -                       | -                | -                | 1 (10,0%)                 |
| <i>Gardnerella vaginalis</i> (>10 <sup>3</sup> КОЕ/мл)              | -                       | -                | -                | 1 (10,0%)                 |
| <i>Candida albicans</i> (>10 <sup>5</sup> КОЕ/мл)                   | -                       | -                | 1 (2,2%)         | 2 (20,0%)                 |

В последние годы все большее значение в генезе неспецифических вульвовагинитов приобретают микробные ассоциации с участием 2-6 возбудителей аэробного и анаэробного происхождения. Полимикробную природу подтверждают исследования в ходе которых от каждой больной выделяли 2,3-3,9% анаэробных и 1,5-4,3% аэробных культур. На долю смешанных инфекций приходится примерно 20-30% инфекционных заболеваний нижнего отдела половых путей

Использование натурального оливкового мыла привело к полному исчезновению жалоб: на зуд и дискомфорт при мочеиспускании и подмывании у представительниц основной группы (92,9%). Во всех случаях обработка оливковым мылом переносилась хорошо, болей, жжения, аллергических реакций при его использовании не наблюдалось.

## Выводы

Таким образом, использование натурального оливкового мыла привело к исчезновению жалоб и улучшению клинической картины у 92,9% пациенток основной группы и улучшению микробного пейзажа преддверия влагалища в 3 случаях.

Проведенные исследования позволяют рекомендовать применение мыла со 100% оливковым маслом в комплексной терапии вульвовагинитов у девочек «нейтрального» периода и самостоятельно в целях профилактики рецидивов заболевания.

Перспективным является изучение эффективности использования оливкового мыла у девочек с лейкоплакией вульвы и рецидивирующими синехиями малых половых губ.

*Е.Б. Яковлева, М.Ю. Сергиенко, О.К. Межова, А.В. Пучков*

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДИВЧАТ «НЕЙТРАЛЬНОГО ПЕРИОДА»

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

**Ключові слова:** профілактика, лікування, вульвовагиніт, нейтральний період  
Використання натурального оливкового мила призвело до повного зникнення скарг: на зуд і дискомфорт під час сечовипускання і підмивання у представниць основної групи (92,9%). У всіх випадках обробка оливковим милом переносилась добре, болю, печіння, алергічних реакцій під час його використання не спостерігалося (Мед.-соц. проблеми сім'ї. – 2010. – Т. 15, № 3. – С. 65-68).

*Э.Б. Яковлева, М.Ю. Сергиенко, О.К. Межова, А.В. Пучков*

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК «НЕЙТРАЛЬНОГО» ПЕРИОДА

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

**Ключевые слова:** профилактика, лечение, вульвовагинит, нейтральный период  
Использование натурального оливкового мыла привело к полному исчезновению жалоб: на зуд и дискомфорт при мочеиспускании и подмывании у представительниц основной группы (92,9%). Во всех случаях обработка оливковым мылом переносилась хорошо, болей, жжения, аллергических реакций при его использовании не наблюдалось (Мед.-соц. проблемы семьи. – 2010. – Т. 15, № 3. – С. 65-68).

*E.B. Yakovleva, M.Yu. Sergienko, O.K. Mezхова, A.V. Puchkov*

## OPTIMIZATION OF TREATMENT AND PREVENTION OF VULVOVAGINITIS IN GIRL OF "NEUTRAL" PERIOD

*Donetsk National Medical University named after M. Gorky*

**Key words:** prevention, treatment, vulvovaginitis, neutral period  
Usage of natural olive soap have lead to disappearing of complications on itching and discomfort during urination and washing in most of representatives of main group (92,9%). In all cases usage of olive soap was well tolerated. There are no pain, burning and allergic reactions (Med. Soc. Probl. Family. – 2010. – Vol. 15, № 3. – P. 65-68).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ароматерапия в лечении женщин с нарушениями менструального цикла на фоне хронического сальпингоофорита / Ю.П. Богослав, В.П. Квашенко, Л.П. Томачинская [и др.] // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – Київ, 2002. – С. 21-23.
2. Физио- и ароматерапия в комплексном лечении больных с нейроэндокринными типами ожирения / В.П. Квашенко, Ю.П. Богослав, Л.П. Томачинская [и др.] // Медико-социальные проблемы семьи. – 2007. – Т. 12, № 3,4. – С. 76-79.
3. Перспективы применения эфирных масел для коррекции нарушений репродуктивной системы девушек-подростков / В.П. Квашенко, Н.В. Нагорная, Ю.П. Богослав [и др.] // Медико-социальные проблемы семьи. – 2000. – Т. 5, № 1. – С. 59-61.
4. Лечение бактериального вагиноза у беременных препаратом гидрофильное масло «Интима» / В.К. Чайка, О.Н. Филипенко, Э.Б. Яковлева, Л.З. Гриценко // Медико-социальные проблемы семьи. – 2000. – Т. 5, № 1. – С. 104-106.
5. Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детского и подросткового возраста / В.Ф. Коколина – Москва: Медпрактика, 2005. – 469 с.
6. Маркин Л.Б. Детская гинекология (Справочник) / Л.Б. Маркин, Э.Б. Яковлева. – Киев: Знання, 2004. – 469 с.

Поступила в редакцию 15.09.2010 г.