

артерии			
Метропластика	0,9±0,1 %	1,3±0,1 %	0,84
Гистерэктомия	0,9±0,1 %	1,3±0,1 %	0,84

Выводы

1. Баллонная тампонада матки показана при родах крупным плодом и многоводии в группе женщин без предлежания плаценты.

2. УБТ может быть как окончательной, так и временной процедурой в борьбе с акушерским кровотечением.

3. У 10% рожениц происходит экспульсия баллона в течение 1-го часа, что требует внимания и продолжения лечебных действий.

4. Поэтапное использование протокольных мероприятий с использованием кровосберегающих технологий позволяет предотвратить гистерэктомию у молодых женщин.

Литература:

1. Оленев А.С. Баллонная тампонада матки как метод лечения гипотонических акушерских кровотечений. Дисс. к.м.н., Москва. – 2008. – 10 с.

2. Савельева Г.М. Материнская смертность и пути ее снижения / Г.М. Савельева, М.А. Курцер, Р.И. Шалина // Акуш. и гин. – 2009. – № 3. – С. 11 – 15.

3. Белоцерковцева Л.Д. Использование управляемой баллонной тампонады в терапии послеродовых кровотечений // Матер. круглого стола «Новый Порядок оказания помощи при послеродовом кровотечении» общеросс. науч. – практ. семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». – Сочи. – 2010.

УДК 616–07.08.98:618.16–002:616–053.3

М.Ш. Шамсиева, Б.Б. Негмаджанов
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОГО ВУЛЬВИТАУ ДЕВОЧЕК ПЕРВОГО
ГОДА ЖИЗНИ

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета
Самаркандский государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

M.Sh. Shamsiyeva, B.B. Negmadjanov
IMPROVEMENT OF THE METHODS OF DIAGNOSTICS AND
TREATMENT OF CHLAMYDIAL VULVITIS IN GIRLS IN THE FIRST
YEAR OF LIFE

Department of obstetrics and gynecology, faculty of pediatrics
Samarkand State Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan

E-mail: dr.malikashams@gmail.com

Аннотация. Вульвиты занимают первое место в структуре заболеваемости органов уrogenитальной системы у детей, составляя, по данным различных исследователей, от 70% до 93% гинекологической патологии детского возраста. Возможные осложнения хламидийной инфекции у девочек могут обусловить в будущем проблемы, связанные с нарушением репродуктивной функции. В данной статье проведено раннее выявление и улучшение методов лечения вульвитов хламидийной этиологии у девочек первого года жизни.

Annotation. Vulvitis occupy the first place in the structure incidence of urogenital organs in children, constituting, according to various researchers, from 70% to 93% of childhood gynecological pathology. Possible complications of chlamydial infection in girls can cause future problems associated with reproductive dysfunction. In this article the early detection and improved treatments for vulvitis chlamydial infection in girls the first year of life.

Ключевые слова: вульвит, хламидии, девочки, уrogenитальная система.

Keywords: vulvitis, chlamidia, girls, urogenital system.

В последние десятилетия резко возросла значимость проблемы охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, профилактики и лечения гинекологических заболеваний в детском возрасте [2].

Вульвиты занимают первое место в структуре заболеваемости органов уrogenитальной системы у детей, составляя, по данным различных исследователей, от 70% до 93% гинекологической патологии детского возраста [1,8].

Вульвит у девочек – воспалительный процесс в области наружных гениталий, в который вовлекаются половые губы, клитор, наружное отверстие уретры, преддверие влагалища [1,8].

Хламидии – облигатные внутриклеточные паразиты. Они широко распространены в природе. Возбудителем уrogenитального хламидиоза является *Chlamidia Trachomatis* [2,4,5].

По данным ВОЗ, 60 – 70% детей, родившихся от матерей, страдающих хламидийной инфекцией, оказываются инфицированными [7,9,10].

Цель исследования – раннее выявление и улучшение методов лечения вульвитов хламидийной этиологии у девочек первого года жизни.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено в Родильном комплексе №3, который является учебной базой кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета СамМИ. Материал собран среди больных девочек, обратившихся в гинекологическое отделение, родившихся в Родильном комплексе №3. Также некоторые женщины обратились со своими детьми амбулаторно через

определенное время после родов с жалобами на симптомы вульвита у детей (выделения с запахом и покраснение вульвы).

В соответствии с целями и задачами настоящего исследования нами были изучены 65 девочек с вульвитами.

Из них 45 девочек с вульвитами за период с 2012 – 2013 гг, находившиеся на лечении на базе ОДМЦ (в отделении детской гинекологии и эндокринологии), также соответственно были изучены истории болезни детей и родов матерей. И 20 девочек родившихся и обратившихся в гинекологическое отделение за период с 2012–2015 гг. в Самаркандском родильном комплексе №3.

Нами были изучены 120 беременных женщин с признаками инфекции. Из них 85 женщин (80%) были обследованы методом ИФА на вирусные и бактериальные инфекции, у 65 женщин (75.0%) были выявлены *Chlamidia trachomatis*. У 15 женщин было выявлено *Mycoplasma hominis*. У 5 *Ureaplasma*. В дальнейшем эти женщины были родоразрешены в родильном комплексе №3 и находились под наблюдением.

Родились 85 детей, из них 55 девочек. 30 девочек родились здоровые, у 25 девочек были признаки конъюнктивита и вульвита, у одной из которых был выявлен воспалительный инфильтрат больших половых губ справа, у одной из них была выявлена аномалия развития желудочно–кишечного тракта: атрезия тощей кишки, аспирационная двухсторонняя бронхопневмония (ОДН–ОССН–1–2 ст.), у двух была выявлена атрезия ануса, у одной девочки выявлена эмбриональная грыжа средних размеров.

В ходе исследования девочки были разделены на две группы: основную группу составили 35 девочек с вульвитами хламидийной этиологии, которые были выявлены методом ИФА. По национальному протоколу ПЦР диагностика имеет преимущество перед другими видами диагностики, но учитывая материальное состояние семей было проведено всего 13 исследований, из них у 11 девочек была выявлена *Chlamidia trachomatis* методом ПЦР (положительный результат).

Все пациентки в свою очередь были разделены на 2 подгруппы:

I (основная) – 15 девочек до одного года, имеющие вульвит хламидийной этиологии, которым проводилось лечение эритромицином по 30 – 50мг/кг/сут в 2 – 4 приема per os, в течение 14 дней и для местного применения – раствор фурацилина.

II (основная) – 20 девочек до одного года, имеющие вульвит хламидийной этиологии, 15 из них проводилось лечение джозамицином в дозе 7,5 – 15,0 мл/сут, разделенная на 3 приема в виде суспензии, а также использовали раствор Декасан для наружного применения в течении 7 дней. [3,6,11] и 5 девочкам проводилось лечение озонированным раствором облепихового масла для местного применения в виде аппликаций – 3 раза в день в течении 7 дней.

Контрольную группу составили 30 девочек с вульвитами другой этиологии. Лечили их местно фурацилином.

Результаты исследования и их обсуждение

С целью раннего выявления и усовершенствования методов лечения вульвитов у девочек первого года жизни, проведено проспективное исследование 65 девочек с вульвитом хламидийной и другой этиологии.

Как уже известно, среди факторов развития вульвита у девочек первого года жизни имеют значение не только наличие тех или иных видов инфекций у женщин, матерей этих девочек, также разнообразные социально–бытовые условия жизни.

Вирусные и бактериальные инфекции выявлены у всех матерей девочек с вульвитом. В большинстве случаев она выявлена в виде сочетанной инфекции или микст–инфекции (30,7% и 46,2% соответственно). Наряду с этими инфекциями, диагностированы воспалительные заболевания гениталий, такие как эндометрит, цервицит, аднексит, вульвовагинит и кольпит, также бактериальный вагиноз как неблагоприятный фон для развития вульвита у новорожденных девочек.

Клинические проявления вульвита у новорожденных появились уже через 3 – 4 дня после рождения в виде отечности и гиперемии вульвы, зуда и ощущения жжения, увеличения и отечности клитора. Девочки выражали свое заболевание плачем и беспокойством, особенно во время мочеиспускания. Большинство детей отрицательно реагировали на ношение памперса, видимо из–за повышения влажности и усиления зуда и жжения. Девочки старше 6 месяца иногда трогали свои гениталии руками, как будто указывая где больно и неприятно.

Как известно, субъективно, болезнь выражается беспокойством и плачем у детей до первого года жизни.

Однако основным критерием излеченности являлся уменьшение титра антител при ИФА через 3 месяца после лечения и отрицательный результат ПЦР. По таким критериям, полное клиническое выздоровление зарегистрировано у 11 детей (73,3%) в первой основной группе и у 18 (90%) во второй основной группе, тогда как всего у 19 (63,3%) девочек в контрольной группе. Частичное выздоровление имело место у 4 детей (26,7%) в первой основной группе и у 2 (10%) ребенка во второй основной группе, что имело место у 11 (36,7%) детей в контрольной группе.

Выводы

Впервые в нашем регионе мы применяли для лечения вульвита хламидийной этиологии новую схему лечения – джозамицин в сочетании с декасаном. Джозамицин (вильпрафен) принимается по 7,5 – 15,0 мл/сут суспензии внутрь и Декасан 3 раза в сутки, по 50 – 100 мл подогретого до 38°C для местного применения в течении 7 дней в зависимости от тяжести заболевания.

Для диагностики вульвита необходимо учитывать его клинические проявления, результаты ИФА и ПЦР. Достоверным критерием наличия вирусной и бактериальной инфекции является ПЦР, поскольку положительный результат ИФА может оказаться ложным из-за наличия материнских антител.

Литература:

1. Богданова Е.А. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек // Гинекология, 2009. – Т. 1. – №3. – С. 4 – 8

2. Васильев М.М. Лечение урогенитального хламидиоза вильпрафеном / М.М. Васильев, А.А.Смирнова // Вестник дерматологии и венерологии, 2001. – № 1. – С. 73 – 74.

3. Орлов Е.В. Клиническая эффективность Вильпрафена (джозамицина) при урогенитальной хламидийной и микоплазменной инфекции / Е.В. Орлов, Т.Б. Меркулова // М., 2002. – С. 11 – 14.

4. Пак Ки О Врожденные интранатальные инфекции у детей раннего возраста // Здоровье детей Сибири, 2003. — № 1. — С. 29 – 37.

5. Петроченкова Н.А. Клинические особенности течения хламидийной инфекции у детей 1–го года жизни / Н.А. Петроченкова, Н.К. Нефедова, Г.Н. Федоров // Российский педиатрический журнал, 2001. – № 3.– С. 49 – 50.

6. Потекаев Н.С. Джозамицин (вильпрафен) в терапии урогенитального хламидиоза / Н.С. Потекаев, М.Г. Пашинян, А.Г. Пашинян // Вестник дерматологии и венерологии, 2000. – № 1. – С. 48 – 50.

7. Плиева З.А. Особенности урогенитального хламидиоза у девочек // Гинекология, 2000. –Т. 2. № 3. – С. 68 – 70.

8. Рахматуллина М.Р. Вульвовагиниты у девочек до 12 лет: этиология, клиника, диагностика // М., 2004. – 22 с.

9. Филин В.А. Инфекция, вызванная *Chlamydia trachomatis* у детей: частота выявления, диагностика и лечение / В.А. Филин, Н.В. Рудинцева, Л.Н. Ситкина // Педиатрия, 2009. – № 1. – С. 20 – 22.

10. Bell T.A., Stamm W.E., Wang S.P. Chronic *Chlamydia trachomatis* infections in infants // JAMA, 2002. – Vol. 267. – P. 400 – 402.

11. Thompson C. A family cluster of *Chlamydia trachomatis* infection // B.M.J. 2010. – Vol. 322. – P. 1473 – 1474.