

Неспецифические вульвовагиниты у девочек.

И.И. Бенедиктов, С.М. Киллер, М.Г. Аскерова, С.В. Ангерчик,
Л.В. Чиркова

Кафедра акушерства и гинекологии УГМА
Консультативная поликлиника ГДМБ № 9

Среди дошкольников, посетивших кабинет детского гинеколога консультативно-диагностической поликлиники ГДМБ № 9 наибольшую часть составляют девочки, страдающие воспалительными заболеваниями наружных гениталий, в основном неспецифической этиологии. Среди юных пациенток преобладали больные с хроническими вульвовагинитами (более 70%).

Клиническое течение вульвовагинитов отмечалось постепенным развитием и склонностью к подострому течению, в результате чего длительность заболевания исчислялась несколькими неделями и даже месяцами.

Основными жалобами были ощущение жжения после мочеиспускания, зуд. Общее состояние детей страдало мало, хотя 5% больных отмечали нарушение ночного сна из-за зуда.

Клинически наблюдался отек наружных гениталий и гиперемия. При продолжительности заболевания более года обнаруживали гиперемию, отек и мацерацию кожи промежности и внутренней поверхности бедер. Характер белей - от водянистых желтых до серозно-гнойных, в остром периоде бели обильные.

Диагностика начиналась с тщательного сбора анамнеза. У каждой третьей больной имелось обострение нефрологической патологии, у 20% девочек отмечено наличие гастроэнтерологической патологии, 10% больных с вульвовагинитами, осложнившимися возникновением синехий, лечились с раннего детства в связи с экссудативным диатезом и при проведении аллергопроб у них выявлена множественная пищевая сенсibilизация.

При проведении осмотра проводился забор материала на бактериоскопическое и бактериологическое исследования. Бактериоскопическое исследование - по общепринятой методике и, в основном, выявлялась III-IV степень чистоты влагалища. При бактериологическом исследовании высевались стафилококки и стрептококки, а также кишечная палочка, коринобактерии и др. Хламидии обнаружены у 4% девочек, вирус простого герпеса и цитомегаловирус - менее 1%.

Больным с рецидивирующим длительно протекающим воспалительным процессом, проводилась вагиноскопия для исключения инородного тела, новообразований. Одновременно

рекомендовали провести обследование мамы в условиях женской консультации и при наличии показаний -соответствующее лечение. Перед назначением лечения проводилась беседа с мамой о соблюдении гигиенических требований, пересмотре диеты в сторону ограничения количества углеводов и исключения из пищи раздражающих веществ.

Лечение проводилось комплексное в условиях поликлиники: лечение основного общесоматического заболевания, повышение защитных сил организма, проведение местных противовоспалительных процедур, в виде инстилляций влагалища растворами гидрокарбоната натрия, хлорафилипта, тантум розэ, с последующим введением антибактериальных мазей (с обязательным учетом чувствительности микрофлоры). Как правило курс лечения заканчивался проведением восстановления нормальной микрофлоры путем заливок в него биопрепаратов: бифидум или лактобактерина по 3 дозы растворенных в 5 мл физиологического раствора; девочкам старше 13 лет - вагинальные свечи с бифидумбактерином.

Наряду с общепринятыми методиками лечения мы использовали применение лекарственных препаратов на основе эфтидерма. Эфтидерм - чрезокожный проводник лекарственных средств. Это препарат, обладающий выраженным противовоспалительным, противоотечным действием, усиливающим и пролонгирующим терапевтический эффект лекарственных средств. В течение ряда лет эфтидерм с лекарственными добавками используется в городе Екатеринбурге и Свердловской области для лечения больных гинекологического профиля. Это позволило нам включить данный препарат в комплекс лечения детей, больных вульвовагинитами.

С учетом флоры и чувствительности к антибиотикам для приготовления мазей использовались антибиотики широкого спектра действия, фуразолидон, противовирусные препараты. При сочетании вульвовагинитов с синехиями в состав мази добавлялся овестин, лидаза, что приводило, как правило, к консервативному разрушению синехий.

Первый курс лечения проводился в условиях детской поликлиники. После третьей-четвертой процедуры исчезали клинические симптомы вульвовагинита, но курс лечения продолжался и составлял 10-12 сеансов. Местное лечение требует проведения не менее двух курсов с перерывом в один-два месяца с обязательным бактериоскопическим и бактериологическим контролем. Повторный курс, при желании родителей, проводили в условиях

поликлиники или дома. В течение шести месяцев после ликвидации воспалительного процесса наблюдение за девочками проводилось ежемесячно: оценка клинических данных, бактериоскопический контроль, по показаниям - бактериологический контроль.

Наш пятилетний опыт работы позволяет рекомендовать проведение комплексного лечения девочек, страдающих вульвовагинитами, особенно рецидивирующими формами. Клинические наблюдения свидетельствуют об эффективности применения в практике врача детского гинеколога нескольких курсов местного лечения, с обязательным применением биопрепаратов; мазей на основе эфтидерма обязательного обследования мам в условиях женской консультации.

О состоянии плодных оболочек при дородовом отхождении вод.

И.И. Бенедиктов, М.Л. Мурашко, В.В. Елсаков

Кафедра акушерства и гинекологии УГМА

Целью исследования являлось изучение одного из осложнений, наиболее часто встречающегося в родах при доношенной беременности - дородового излития вод. Оно влечет за собой высокий процент аномалий родовых сил, хориоамнионитов и т.д. Большинство авторов публикаций, появляющихся в последние годы, спорят о возможностях прогнозирования дородового излития вод при различных видах инфекции. Нами была предпринята попытка выяснить причину этого осложнения при бактериальном вагинозе.

Патогенетические механизмы осложнений (ДОВ) все еще не до конца изучены, но уже известно, что многие БВ - ассоциированные микроорганизмы вырабатывают различные протеазы, способные разрушать определенные типы коллагена, составляющего каркас соединительной ткани и определяющего прочность плодных оболочек. Эти микроорганизмы продуцируют также муциназы и IgA-протеазы, которые гидролизуют соответственно цервикальную слизь и IgA слизистых оболочек - главных элементов защиты нижнего отдела половых путей. облигатно анаэробные бактерии вырабатывают ряд цитотоксических субстанций. Так, полиамины (путресцин, кадаверин) стимулируют рост уреаплазм, которых очень часто выделяют при преждевременном разрыве плодных оболочек. Такие летучие жирные кислоты, как масляная, пропионовая, являются ингибиторами фибробластов и вызывают повреждение с некрозом участков амниона и хориона, прилегающих к шейке матки. Увеличение концентрации