

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ - ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК

Жукова Н.П., Киселева Ю.И.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Среди гинекологической патологии в допубертатном возрасте вульвиты и вульвовагиниты занимают первое место. Дети, страдающие воспалительными заболеваниями гениталий, составляют 63% всех школьниц, посетивших кабинет детского гинеколога [2,4].

По данным разных исследователей, воспалительным заболеваниям мочевыводящих путей в 35 – 40% случаев сопутствуют патологические поражения женской половой системы [1,3]. Установлена положительная корреляционная зависимость между мочевой инфекцией, обусловленной возбудителями из кишечной группы, и колонизацией этих микроорганизмов в преддверии влагалища, перианальной области и на промежности [3]. Однако данная проблема лишь частично освещена в зарубежной литературе. Имеются единичные сообщения о значении уретровагинального рефлюкса, как причины воспалительных заболеваний вульвы и влагалища у девочек [5].

Целью нашего исследования явилось исследование частоты выявления воспалительных заболеваний вульвы и влагалища у девочек допубертатного возраста, страдающих хроническими заболеваниями мочевыделительной системы.

Методы исследования: изучение истории антенатального и постнатального периодов развития девочки, условий жизни, правил ухода за ребенком, анализ перенесенных заболеваний, общий и специальный осмотр, вульво- и вагиноскопия, ультрасонография почек, экскреторная урография, бактериоскопия и бактериологические исследования.

Всего нами было обследовано 38 девочек нейтрального возрастного периода с различными заболеваниями почек и мочевыводящих путей. Средний возраст обследованных составил $4,6 \pm 0,4$ года. Длительность заболевания была от 2,5 месяцев до 3,5 лет.

Все девочки состояли на диспансерном учете у детского уролога. Из 38 обследованных девочек 7 страдали хроническим первичным пиелонефритом; 18 – вторичным хроническим пиелонефритом; 9 – хроническим рецидивирующим циститом и уретритом; 4 – интерстициальным нефритом. На фоне обменной нефропатии вторичный хронический пиелонефрит протекал у 9 пациенток; аномалий развития и положения почек (удвоение, опущение) – у 5; пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса – у 2. В результате экскреторной урографии у 13 больных девочек была выявлена атония мочевыводящей системы; у 3 – пиелозктазии.

Из сопутствующей хронической патологии у 9 девочек были выявлены заболевания верхних дыхательных путей; у 11 – обменно-эндокринная патология; у 12 – болезни пищеварительной системы, у 11 – лекарственная, бытовая и пищевая аллергия. Инфекционный индекс обследованных составил 3,6.

Наиболее частыми жалобами детей были дизурические явления, уд и жжение в области наружных половых органов и промежности, боли в поясничной области, повышенная утомляемость, плохой аппетит, периодическая гипертермия или субфебрилитет. Часто эти жалобы сочетались.

При лабораторных исследованиях мочи у 21 девочки обнаружена лейкоцитурия, у 17 – протеинурия различной интенсивности, у 3 – микрогематурия, у 1 – макрогематурия, у 2 – цилиндрурия, у 6 – друзы дрожжевых грибов, у 5 – оксалурия. В анализах крови у 8 девочек выявлен лейкоцитоз (у 2 со сдвигом формулы влево); у 7 – анемия.

Ультрасонографии почек позволила выявить признаки пиелонефрита у 21 девочки, дистопия почки – у 4; удвоение почек – у 1; гидронефроз – у 1. При цистоуретрографии симптом «луковицы» выявлен у 4 больных, признаки цистита – у 10, сочетание

уретровагинального рефлюкса и пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса - у 4.

При бактериологическом исследовании мочи были выделены следующее *Staphylococcus epidermidis* у 14 пациенток, *Staphylococcus aureus* - у 9, *Staphylococcus faecalis* - у 7, *Escherichia coli* - у 13, *Enterococcus* - у 10, *Streptococcus haemolyticus* - у 1, *Proteus* - у 10, *Candida albicans* - у 3. Ассоциации микроорганизмов были выделены у 34 девочек из 38.

При осмотре гениталий обращали на себя внимание следующие анатомические особенности: необычно близкое расположение наружного отверстия уретры к входу во влагалище (у 12); некоторое зияние половой щели (у 6); синехии малых половых губ (у 13).

Диагноз вульвовагинит у наших пациенток основывался на клинически данных: слизисто-гнойные, сукровичные или «творожистые» выделения из половых путей, отек и гиперемия вульвы. В 8 случаях были выявлены атрофические изменения в области вульвы и перианального пространства, пигментация. При вульвоскопии у всех девочек отмечалось истончение плоского эпителия, через который просвечивалась сеть древовидно-ветвящихся подэпителиальных сосудов, а также подэпителиальные кровоизлияния в виде сливающихся темно-красных точек и истинных эрозий. У 8 девочек с атрофическими изменениями в области вульвы и перианального пространства были выявлены участки кожи с явлениями гиперкератоза, а слизистая в отдельных полях зрения имела белесоватый цвет и грубоборозчатый рисунок. Вагиноскопия позволила выявить в 84,2% (32 из 38) случаев наличие диффузной гиперемии влагалища, в 55,3% (21 из 38) - отечность слизистой петехии.

При бактериоскопическом исследовании влагалищных мазков отмечалось большое количество лейкоцитов (от 30 до 80 в поле зрения). При бактериологическом исследовании влагалищной микрофлоры выделен обильный рост *Staphylococcus epidermidis* у 19 пациенток, *Staphylococcus aureus* - у 7, *Staphylococcus faecalis* - у 5, *Escherichia coli* - у 19, *Enterococcus* - у 12, *Streptococcus haemolyticus* - у 3, *Proteus* - у 8, *Gardnerella vaginalis* - у 3, *Candida albicans* - у 9. У 28 из 38 девочек были высеяны ассоциации микроорганизмов.

На фоне лечения заболеваний мочевыделительной системы у большинства девочек (21 из 38) отмечалось наступление стойкой ремиссии (до 7-10 месяцев) и исчезали явления вульвовагинита. Однако у 17 пациенток лечение основного заболевания не давало заметного улучшения клинического течения и лабораторных

показателей ни со стороны мочевыводящих путей ни со стороны гениталий. Углубленное обследование данных пациенток позволяет предполагать наличие у них атопического вульвовагинита с вторичным присоединением инфекции и восходящего поражения мочевыводящих путей.

Таким образом, несомненно, что заболевания мочевыделительной системы являются одним из факторов высокого риска развития воспалительных заболеваний наружных половых органов у девочек допубертатного возраста в силу анатомических и физиологических особенностей данного возрастного периода. Поэтому девочки, страдающие заболеваниями мочевыделительной системы, должны в обязательном порядке осматриваться гинекологом на предмет выявления у них вульвовагинита и определения его характера (первичный или вторичный). Дифференцированный подход к обследованию пациенток, страдающих вульвовагинитом, который развился на фоне патологии мочевыделительной системы, позволит назначить им адекватное лечение и добиться полного выздоровления или стойкой ремиссии.

Литература:

1. Гуркин Ю.А., Михайлова Л.Е. Здоровье девочки. Профилактика и лечение воспалений гениталий у девочек и девушек-подростков – Изд-во СПбГПМА, 2003. - 96 с.
2. Коколина В.Ф., Бижанова Д.А. Диагностика и лечение вульвовагинитов// Педиатрия, 1993. - № 6. – С. 57-59.
3. Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б.А. и др. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах. // Учебное пособие – М., ВУНМЦ МЗ РФ, 1999 – 80с.
4. Малова ИО. Бактериальный вагиноз в детском возрасте: особенности течения и основные принципы лечения// Вестн. дерматол и венерол 1999 - № 1. – С. 39–42
5. Mardh P. A. The vaginal ecosystem. // Amer. J. Obstet. and Gynecol., 1999 - T 26. - № 8 – P. 76-81