

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

## ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431-52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.  
Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:  
ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный  
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

# КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК ДОПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

*Щитенко Ю.И.*

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Среди воспалительных заболеваний урогенитального тракта у девочек допубертатного возраста наиболее часто встречаются вульвовагиниты [2]. При этом в общей структуре данной патологии в последние годы значительно увеличился удельный вес инфекционных вульвовагинитов, что связано не только с ростом заболеваемости, но и с повышением качества лабораторной диагностики [1].

**Целью** нашего исследования явилось изучение особенностей клинического течения вульвовагинитов у девочек в зависимости от характера патологического процесса и этиологического фактора заболевания.

Для достижения поставленной цели нами были обследованы 106 девочек допубертатного возраста, в том числе 20 – с острым вульвовагинитом, 12 – с торпидным, 74 – с хроническим рецидивирующим.

**Материал и методы.** Использованы следующие методы исследования: выкопировка данных первичной медицинской документации (амбулаторные карты детской поликлиники), общий и специальный осмотр, вульвоскопия, бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища.

У 12 девочек с острым вульвовагинитом при бактериологическом исследовании отделяемого из влагалища высеяны патогенные стафилококки. Клинически заболевание проявлялось яркой гиперемией и отеком в области вульвы, обильными гнойными выделениями. У 6 девочек отмечались симптомы уретрита: покраснение и отечность губок уретры, у 1 больной отмечались слизисто-гнойные выделения из уретры. У 4 больных воспалительные явления переходили на перинальную область и сопровождались множественными расчесами.

У 6 больных причиной острого вульвовагинита явилась кишечная палочка. Симптоматика заболевания характеризовалась тем, что на фоне отека, покрасневшей слизистой с жидким гнойным отделяемым у девочек отмечались единичные мелкие, резко болезненные эрозии в области малых половых губ и ладьевидной ямки. Воспаление захватывало и перинальную область.

У 2 девочек этиологическим фактором заболевания явились яйца гельминтов, обнаруженные при микроскопии в отделяемом из влагалища. Вульвовагинит клинически проявлялся яркой гиперемией слизистой вульвы, наружной поверхности больших половых губ, перинальной области, обильными выделениями из влагалища зеленого цвета с резким запахом.

При острых вульвовагинитах, вызванных как кишечной палочкой, так и стафилококком, в мазках определялось повышенное количество лейкоцитов: до 30 - 70 и 80 - 100 соответственно.

Причинами торпидного вульвовагинита (продолжительность заболевания до 1,5 месяцев) у 1 девочки были трихомонады, у 5 - грибы рода кандиды, у 5 - анаэробная инфекция, у 1 - уреоплазма. Клиника заболевания проявлялась незначительным зудом в области половой щели, неяркой гиперемией, реже - отеком в области малых половых губ и гимена, скудными выделениями белого или молочного цвета. При микроскопии отделяемого из влагалища количество лейкоцитов при кандидозе составило 15-20 в поле зрения, при трихомониазе и уреоплазмозе - 15-45, при бактериальном вагинозе - 3-5.

Хронический вульвовагинит (продолжительность заболевания более 2 месяцев) у 74 девочек носил рецидивирующий характер, причем у 36 из них - на фоне атопического дерматита, у 38 - на фоне заболеваний мочевыводящих путей. При этом рецидив вульвовагинита, как правило, совпадал с воздействием аллергена или с началом обострения экстрагенитального заболевания. Длительность заболевания у девочек с атопическим дерматитом была от 2,5 месяцев до 3,5 лет, у девочек с заболеваниями мочевыводящих путей - от 3 месяцев до 3,2 лет.

В периоды обострения вульвовагинита на фоне атопического дерматита основными жалобами пациенток явились жжение и зуд в области наружных половых органов, дизурические явления. Матери девочек отмечали также беспокойное поведение, плохой сон и капризность. Выделения из половых путей носили разнообразный характер: гнойные, сукровичные или серозные. Наиболее частыми жалобами детей с вульвовагинитами на фоне хронических воспалительных заболеваний органов мочевыделительной системы были дизурические явления, зуд 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 осмотре наружных половых органов у девочек с атопическими вульвовагинитами гиперемия вульвы отмечалась у всех пациенток, отек - у 17 из 36 пациенток. Повышенная ранимость, трещины и расчесы в области малых и больших половых губ, преддверия влагалища и перинального пространства наблюдались у 22 пациенток. У трети пациенток (у 12 из 36) девочек отмечались атрофические изменения кожи и очаговая пигментация в области наружных половых органов, перинального пространства, внутренней поверхности бедер, а также слизистой в области преддверия влагалища.

При осмотре гениталий у девочек с хроническими воспалительными заболеваниями органов мочевы-

делительной системы 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). При вульвоскопии 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 были выявлены атрофические изменения в области вульвы и перианального пространства, пигментация, участки кожи с явлениями гиперкератоза, а слизистая в отдельных полях зрения имела белесоватый цвет и грубоборозчатый рисунок.

У всех обследованных девочек с хроническими рецидивирующими вульвовагинитами количество лейкоцитов в мазке было более 15 (на фоне заболеваний мочевыделительной системы – от 30 до 80 в поле зрения), эпителия более 3 в поле зрения, лактобациллы отсутствовали, фагоцитоз составлял 3 плюса, присутствовало большое количество дегенеративных и реактивно измененных клеток, а также смешанная кокковая и палочковая флора в большом количестве.

**Выводы.** Таким образом, острые вульвовагиниты протекают с яркой клинической симптоматикой и вызваны чаще стафилококками, кишечной палочкой и гельминтами. При торпидном течении заболевания клиника малосимптомная, в качестве этиологических факторов обнаруживаются трихомонады, грибы рода кандиды, анаэробы. Хронические рецидивирующие вульвовагиниты часто развиваются на фоне экстрагенитальной патологии и характеризуются более тяжелым течением, атрофическими изменениями кожи и слизистой в области преддверия влагалища, очаговой пигментацией в области наружных половых органов, перианального пространства, внутренней поверхности бедер.

#### **Литература:**

1. Структура вульвовагинальной патологии у девочек разных возрастных групп // Е.В.Гусева [и др.] // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2007. - № 1. - С. 33-37.

2. Яковлева, Э.Б. Вульвовагинальная патология у девочек: современный взгляд на проблему / Э.Б.Яковлева, М.Ю.Сергиенко // Жіночий лікар. - №6. - 2008. - С.32-34.

## **МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В АНТЕ- И НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ ЖИЗНИ**

**Юнес И.В., Бахтина Т.Ж., Кузнецова Н.А., Курякова Л.Ю., Лысенко И.М.,  
Баркун Г.К., Косенкова Е.Г., Матющенко О.В., Лысенко О.В.**

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

**Актуальность.** В настоящее время в стране имеют место неблагоприятные показатели общественного здоровья. Данные в статистическом сборнике, свидетельствуют, что естественный прирост продолжает оставаться отрицательным, составляя – 6,7%. Рассматриваемое демографическое явление на фоне неуклонного снижения уровня рождаемости способствует дальнейшей депопуляции населения России и ослаблению социальной безопасности страны.

В связи с этим охрана здоровья населения, и, прежде всего, здоровья женщины-матери и ребенка, выявление значимых для здоровья факторов риска, относятся к числу наиболее актуальных задач, стоящих перед органами и учреждениями здравоохранения. В настоящее время решение задач по охране здоровья женщин и детей осуществляется в соответствии со структурной реформой отечественного здравоохранения, определенной Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Республике Беларусь, которая проявляется в рационализации и реструктуризации амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, оказывающих педиатрическую и акушерско-гинекологическую помощь. Ведущая роль в сохранении здоровья новорожденных

принадлежит акушерско-гинекологической службе. В последние годы улучшилась оснащенность самостоятельных родильных домов. Так, 96% из них имеют в структуре клиничко-диагностические лаборатории, 82% - физиотерапевтические отделения (кабинеты), 40% - кабинеты функциональной диагностики, 30% - рентгеновский кабинет, 15% - эндоскопические отделения и 4% - отделения гипербарической оксигенации. Ультразвуковой аппаратурой оснащен 91% родильных домов.

Особое место в системе охраны здоровья женщин и детей занимают перинатальные центры. В целом за последние годы изменилось число и структура акушерско-гинекологических коек в стране.

Обращает на себя внимание, что обеспеченность койками для женщин, имеющих патологию беременности и требующих госпитализации, остается практически на одном уровне. В системе организации медицинской помощи в родах оперативные технологии занимают значительный удельный вес, составляя 13,8% от всех родов, т.е. каждая восьмая роженица родоразрешена путем операции «кесарево сечение». Удельный вес других оперативных пособий, сопровождающихся большой травматизацией