

Лечение пациентов включало комплексный подход, включающий модификацию образа жизни, гормональную терапию, антиандрогены, стимуляцию овуляции и, в случае неэффективности данных методов, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). В ЦГКП 24% пациенток, прошедших ЭКО, были переведены в другую группу наблюдения, 40% находились в стадии подготовки, из которых 30% забеременели самостоятельно. В ГОДМГЦ беременность наступила у 42% пациенток, из которых 3% зачали естественным путем, а 18% находились на стадии подготовки к ЭКО.

Полученные данные подтверждают необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению СПКЯ, а также подчеркивают важность своевременного диспансерного наблюдения, особенно в специализированных центрах, что способствует повышению приверженности пациентов к лечению и улучшению репродуктивных исходов.

Литература

1. Калугина, А.С. Синдром поликистозных яичников: современные представления и роль в проблеме бесплодия (обзор литературы) [Электронный ресурс] / А.С. Калугина, К.Ю. Бобров // Проблемы репродукции, том 2, 2015 – Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/problemny-reprodukcii/2015/2/downloads/ru/501025-72172015026>. – Дата доступа: 17.02.2025.
2. Захарова, Н.Н. Синдром поликистозных яичников [Электронный ресурс] / Н.Н. Захарова, С.А. Дворянский // Вятский медицинский вестник, том 78, 2010 – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-polikistoznyh-yaichnikov>. – Дата доступа: 17.02.2025.
3. Овсяникова, Т.В. Синдром поликистозных яичников, как причина нарушения репродуктивной функции [Электронный ресурс] / Т.В. Овсяникова // Русский медицинский журнал 2000 – Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Sindrom_polikistoznyh_yaichnikov_kak_prichina_narusheniya_reproduktivnoy_funkcii/. – Дата доступа: 17.02.2025.
4. Савоневич, Е.Л. Синдром поликистозных яичников. В каких случаях следует заподозрить и как лечить [Электронный ресурс] / Е.Л. Савоневич // Медицинский вестник 2021. – Режим доступа: <https://medvestnik.by/konspektvracha/sindrom-polikistoznykh-yaichnikov-v-kakikh-sluchayakh-sleduet-zapodozrit-i-kak-lechit>. – Дата доступа: 17.02.2025.

УДК 618.10:618.15-002]-07-08-055.25-023

Корбут И.А.¹, Суворова Н.В.², Курашевич Е.В.²

¹ Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

² Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника, филиал 3, г. Гомель, Республика Беларусь

ВУЛЬВОВАГИНИТ У ДЕВОЧЕК – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Актуальность. Вульвовагинит является одним из часто встречающихся состояний в практике детского гинеколога. Традиционно, считается что это заболевание относится к числу неопасных, однако родители пациентов беспокоятся о возможных последствиях и осложнениях [1, 2].

Причинами вульвовагинитов являются употребление аллергенных пищевых продуктов, использование пищевых добавок и усилителей вкуса, антибактериальная терапия, факторы личной гигиены, незрелость механизмов местного иммунитета, а также наличие очагов хронической инфекции. Возбудителями, как правило, являются стафилококки, стрептококки и другие микроорганизмы.

Девочки нейтрального возраста представляют собой группу пациентов, у которых отсутствует четкое представление о биоценозе их влагалища девочек нейтрального возраста, что обуславливает отсутствие единой тактики лечения этих пациентов [2, 3].

В исследовании, проведенном китайскими исследователями, были проанализированы возбудители вульвовагинитов у детей и подростков до и во время пандемии COVID-19. Было установлено, что у детей возрастной группы до 6 лет частота этой патологии снизилась с 40,23% до 31,30% ($\chi^2=38,52$, $p < 0,001$), в то время как в возрастной группе 10–18 лет выросла с 30,09% до 39,60% ($\chi^2=47,69$, $p < 0,001$). При этом, структура патогенов не изменилась, однако наблюдалось некоторое снижение числа инфекций, вызванных *Haemophilus influenza*, *Streptococcus pyogenes* и *pneumoniae*. Однако, в то же время возросло количество случаев с ведущим патогеном *Escherichia coli* и *Candida Albicans*. При анализе антибиотикочувствительности было установлено, что у *Haemophilus influenza* возросла чувствительность к ампициллин/сульбактаму и амоксициллину/клавулонату до 5,55% ($\chi^2=7,44$, $p < 0,05$) и 13,39% ($\chi^2=12,18$, $p < 0,05$), соответственно [4].

Состояние здоровья в детском возрасте оказывает влияние и на состояние здоровья в более старшем возрасте [3].

Цель. Проанализировать особенности диагностики и лечения девочек препубертатного и пубертатного возраста с воспалительными заболеваниями нижнего отдела репродуктивной системы.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ 100 медицинских карт пациентов с воспалительными заболеваниями нижнего отдела половых органов Гомельской центральной городской клинической поликлиники филиал № 3 за 2024 гг. Группу А составили 50 девочек нейтрального возраста – 7 (2; 8) лет. В группу Б были включены 50 девушек после менархе возрастом 14 (13; 16 лет). Диагноз вульвовагинита выставлялся при наличии жалоб на зуд, жжение, а также покраснение в области наружных половых органов. Кроме того, всем девочкам был взят мазок отделяемого из половых органов для микроскопии.

Статистическая обработка – методы вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли ($p\%$) изучаемого признака и стандартной ошибки доли ($S_p\%$). Частотный анализ проведен при помощи критерия χ^2 . Различия признавали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение результатов исследования. У 1 ($2,0 \pm 2,0\%$) девочки 6 лет в группе А было диагностировано преждевременное половое созревание, еще у 1 ($2,0 \pm 2,0\%$) пациентки группы Б была диагностирована задержка полового развития. У 3 подростков ($6,0 \pm 3,4\%$) наблюдалась аменорея и гипоменструальный синдром. Все обследованные с данной патологией получали гормональную терапию.

Время становления и характеристики менструального цикла у остальных подростков были в пределах нормативных значений.

Синехии половых губ в анамнезе встречались с одинаковой частотой у пациенток обеих групп – по 7 ($14,0 \pm 4,9\%$) человек. Синехии были разъединены консервативным или хирургическим путем. У 3 ($6,0 \pm 3,4\%$) обследованных в обеих группах синехии об-

разовывались снова. Это может быть следствием взаимосвязи указанной патологии с гигиеническим состоянием половых органов.

На наличие сексуальных контактов указывали 9 ($18,0 \pm 5,4\%$) подростков группы Б, при этом у 4 ($8,0 \pm 3,8\%$) из них уже наступала беременность.

Микроскопия отделяемого из влагалища проводилась по общепринятой методике, к признакам воспаления относили увеличение количества лейкоцитов более 30 в поле зрения, повышение соотношения лейкоциты/эпителиальные клетки.

При анализе результатов микроскопии отделяемого из половых органов было установлено, что у пациенток группы А преобладал неспецифический вульвовагинит и только у 1 ($2,0 \pm 2,0\%$) девочки был кандидозный.

Среди обследованных группы Б кандидозный вульвовагинит был диагностирован у 12 ($24,0 \pm 6,0\%$) человек, у остальных – неспецифической этиологии.

Терапия воспалительных заболеваний половых органов начиналась с беседы о правильном питании, гигиене наружных половых органов, дегельминтизации. Для лечения вульвовагинита назначались вагинально и на область половых губ болтушка 2 раза в сутки курсом до 10 дней, линимент синтомицина 2 раза в сутки курсом до 10 дней, а также комбинированный препарат «Полижинакс-вирго»* 1 раз в сутки курсом от 6 до 12 дней. Показанием для применения последнего была смешанная инфекция, а также резистентная к проводимой терапии.

Рецидивы вульвовагинита наблюдались у 18 ($36,0 \pm 6,8\%$) девочек в группе А и у 6 ($12,0 \pm 4,6\%$), $\chi^2 = 2,58$, $p < 0,02$. Это было связано с перенесенными воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей и ЛОР-органов более 4 раз за год. Снижение реактивности детского организма, которое чаще возникает после какого-либо заболевания или при хроническом воспалительном процессе, может приводить к нарушению биоценоза влагалища и проявляться клиникой вульвовагинита. Кроме того, были склонны к рецидивам вульвовагинита дети и подростки с избытком массы тела, сахарным диабетом, а также живущие половой жизнью, у которых были проявления цервицита.

Заключение. Диагностика воспалительных заболеваний половых органов у девочек проводится на основании клинической картины и лабораторных методов исследования. Терапия этих заболеваний должна проводиться комплексно, с коррекцией пищевых привычек, повышения неспецифической резистентности организма, дегельминтизации и эрадикации возбудителя. После проведенного курса лечения необходимо нормализовать биоценоз половых органов с целью минимизации возможности рецидива.

Литература

1. Loveless, M. Vulvovaginitis – presentation of more common problems in pediatric and adolescent gynecology / M. Loveless, O. Myint // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2018. – V. 48. – P. 14-27.
2. Pascal, M. Microbiome and Allergic Diseases / M. Pascal, M. Perez-Gordo, T. Caballero // Front Immunol. – 2018. – V. 9. – P. 1584.
3. Jariene, K. Clinical and Microbiological Findings of Vulvovaginitis in Prepubertal Girls / K. Jariene, E. Drejeriene, A. Jaras, I. Celkiene // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. – 2019. – V. 32(6). – P. 574-578.
4. Clinical features and etiological analysis of 4644 cases of vulvovaginitis among children and adolescents in China before and during COVID19 pandemic/ G. Huihui, W. Sunyi, Z. Mingming [et al.]// Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. – 2023. – Vol. 36, Is. 2. – P. 246 <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2023.01.190>