

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК ДОПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Н.П.Жукова, Ю.И.Щитенко

Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск

*Изложены вопросы организации трехэтапной системы профилактики хронических рецидивирующих вульвовагинитов у девочек допубертатного возраста, включающей на первом этапе (социальная профилактика) предупреждение болезни и устранение ее причин; на втором этапе (социально-медицинская профилактика) – диагностику заболевания на ранней стадии и его комплексное лечение; на третьем этапе (медицинская профилактика) – предотвращение ухудшения или развития осложнений заболевания.*

В настоящее время воспалительные заболевания вульвы и влагалища (вульвовагиниты) занимают первое место в структуре гинекологических заболеваний девочек [1, 2]. Частота их колеблется, по данным разных авторов, от 13,5 до 93% [3, 4]. При этом первично торпидно вульвовагиниты протекают у 6,8% пациенток, хронически – у 82,5% [5].

Высокая заболеваемость девочек вульвовагинитами связана не только с изменением эволюции возбудителей, увеличением вирулентности условно-патогенной флоры, ассоциацией грамположительных, грамотрицательных микроорганизмов и анаэробной флоры, но и с физиологическими особенностями детского организма, наличием экстрагенитальной патологии и хронических очагов инфекции, снижением иммунологической реактивности, сложностью интерпретации данных, получаемых при обследовании и др.

По литературным данным, доля пациенток, излеченных от хронического вульвовагинита, самая низкая – 50–56% [6]. Хронический воспалительный процесс вульвы и влагалища способствует формированию синехий, образованию рубцовых изменений во влагалище, в наружном зеве шейки матки, возникновению полипов, кондилом [3, 7].

Недооценка риска возможного влияния воспалительных заболеваний вульвы и влагалища на здоровье растущего организма, недостаточная эффективность этиотропной терапии, несовершенство проводимых профилактических мероприятий определяют необходимость оптимизации подходов к профилактике данной патологии у девочек.

В связи с вышеизложенным, целью настоящей работы явилась разработка организационных мероприятий по профилактике хронических рецидивирующих вульвовагинитов у девочек допубертатного возраста.

Мероприятия по профилактике хронических рецидивирующих вульвовагинитов у девочек допубертатного возраста должны проводиться поэтапно:

I этап – первичная профилактика (социальная);

II этап – вторичная профилактика (социально-медицинская);

III этап – третичная профилактика (медицинская).

Основная задача I этапа (первичная профилактика) – предупреждение самой болезни и устранение ее причин (рис. 1).

Первичная профилактика ориентирована на охрану здоровья девочек совместными усилиями педиатров, детских гинекологов, работников дошкольных и школьных детских учреждений (врачи, медицинские сестры, воспитатели, учителя). Необходимы строгое соблюдение матерями правил ухода за новорожденными, детьми раннего и допубертатного возрастов; обучение девочек основам личной гигиены; рациональное сбалансированное питание, закаливание, гигиеническая гимнастика; профилактика развития экстрагенитальной патологии и ее своевременное лечение; выявление и санация хронических очагов инфекции.

Технология первичной профилактики включает санитарно-просветительную деятельность, направленную на повышение информированности родителей, воспитателей и педагогов по вопросам, касающимся процессов полового развития девочек, воспалительных заболеваний наружных и внутренних половых органов, правил ухода за новорожденными, детьми раннего и допубертатного возрастов, влияния неправильного питания, экстрагенитальной патологии, хронических очагов инфекции на риск возникновения воспалительных заболеваний вульвы и влагалища.



**Рис. 1. Основные мероприятия по организации первичной профилактики хронических рецидивирующих вульвовагинитов у девочек**

Целесообразно проводить совместные научно-практические конференции, лекции и семинары для врачей-гинекологов, педиатров, узких специалистов, медицинских работников дошкольных и школьных учреждений, организаторов здравоохранения, специалистов по гигиеническому и половому воспитанию девочек и их семей. Врачи и медицинские сестры дошкольных и школьных учреждений должны регулярно проводить просветительские и разъяснительные мероприятия с девочками и членами их семей по вопросам гигиены девочек.

Для реализации этапа первичной профилактики необходимы тесная связь между матерями, врачами детских лечебных учреждений, медицинскими и немедицинскими (воспитатели, учителя) работниками детских дошкольно-школьных коллективов, а также преемственность в работе педиатров и гинекологов детских территориальных поликлиник в обследовании и лечении девочек с экстрагенитальной патологией.

Основная задача II этапа (вторичная профилактика) – диагностика заболевания на ранней стадии и его комплексное лечение (рис. 2).

Вторичная профилактика включает осмотр новорожденных в родильном доме; профилактический осмотр детским гинекологом девочек в период новорожденности, при направлении в детский сад и в школу; индивидуальное выявление факторов риска возникновения воспалительных заболеваний вульвы и влагалища, формирование на основании анамнестических данных группы риска развития заболевания; раннюю диагностику патологии, своевременное и дифференцированное проведение ле-

чебно-профилактических мероприятий.

Медико-социальные факторы риска возникновения вульвовагинитов у девочек допубертатного возраста – это недоношенность, ранний переход на искусственное вскармливание, гинекологические заболевания матери, неудовлетворительные жилищные условия, гельминтозы, соматические заболевания в анамнезе (аллергические, патология мочевыводящих путей и другие), высокий инфекционный индекс [8].

Гигиенические факторы риска связаны с несоблюдением правил интимной гигиены. Это проявляется в недостаточном (редкий туалет наружных половых орга-

нов, несоблюдение правил проведения туалета наружных половых органов, отсутствие отдельной постели, предметов личной гигиены, редкая смена нательного белья, ношение трусиков из синтетических материалов, контакт с больными венерическими заболеваниями) или в чрезмерном («гипергигиена» – частое подмывание с использованием мыла и растворов антисептиков) уходе за наружными половыми органами девочки [8].

Несомненно, что реализация вторичной профилактики воспалительных заболеваний вульвы и влагалища зависит от работы детских гинекологов и педиатров амбулаторной службы. При этом основным принципом данной работы должно стать строгое выполнение требований по обследованию здоровых девочек группы риска развития вульвовагинита:

- выяснение жалоб;
- осмотр наружных половых органов, складки между ягодицами.

При отсутствии данных за воспалительный процесс вульвы и влагалища девочки группы риска развития данной патологии подлежат динамическому наблюдению детского гинеколога один раз в год.

Врачи, медицинские сестры и воспитатели детских дошкольных и школьных учреждений, педиатры территориальных детских поликлиник, родители должны внимательно следить за поведением девочек и при появлении жалоб на зуд, жжение, выделения из половых путей, ощущение дискомфорта в области гениталий своевременно направлять их на консультацию к детскому гинекологу.

Врач-гинеколог детской поликлиники при наличии данных за воспалительный процесс вульвы и влагалища назначает клинико-лабораторное обследование, включающее:

- исследование соскоба с перианальных складок на яйца глист;
- анализ мочи общий (по Нечипоренко – по показаниям);
- аминотест;
- по показаниям:
  - ✓ микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов;
  - ✓ микробиологическое исследование отделяемого мочеполовых органов;
  - ✓ обследование на ИППП;
  - ✓ вульвовагиноскопию;
  - ✓ ректальное исследование;
  - ✓ УЗИ внутренних половых органов;
  - ✓ исследование иммунологического статуса;
  - ✓ осмотр педиатра, по показаниям консультации уролога, дерматовенеролога, аллерголога.

По результатам проведенного обследования детский гинеколог назначает этиотропную терапию вульвовагинита, осуществляет контроль ее эффективности, проводит динамическое наблюдение.

Цель III этапа (третичная профилактика) – предотвращение ухудшения или развития осложненных заболеваний, что во многом зависит от качества проведенного лечения, определяющего прогноз заболевания (рис. 3).

Основой технологии третичной профилактики является диспансеризация девочек с хроническими вульвовагинитами детскими гинекологами, педиатрами территориальных детских поликлиник и по показаниям – врачами других специальностей (нефролог, уролог, дерматолог, аллерголог, эндокринолог). Диспансерное наблюдение способствует раннему выявлению патологии, развившейся вследствие перенесенного вульвовагинита (синехии, рубцовые изменения во влагалище, дистрофические и атрофические изменения вульвы), своевременному и адекватному ее лечению в амбулаторных и стационарных условиях, предупреждению осложнений в бо-

**Раннее выявление и своевременное комплексное лечение вульвовагинита**



Рис. 2. Основные мероприятия по вторичной профилактике хронических рецидивирующих вульвовагинитов у девочек

лее старшем возрасте (воспалительные процессы матки и придатков, нарушения менструальной функции, бесплодие).

Третичная профилактика, являясь преимущественно медицинской, должна осуществляться на всех этапах оказания лечебной и реабилитационной помощи.

Необходимо отметить, что реализация вышеперечисленных организационных мер по профилактике хронических рецидивирующих воспалительных заболеваний вульвы и влагалища у девочек способствовала снижению данной патологии в структуре гинекологической заболеваемости

девочек г. Витебска с 57,4% в 2006 году до 25,5% в 2010 году [9].

В целях дальнейшего совершенствования организации гинекологической помощи девочкам с хроническими рецидивирующими вульвовагинитами необходимо:

- разработать комплексную программу по оздоровлению девочек в условиях организованных детских коллективов;
- улучшить взаимодействие дошкольно-школьных учреждений и учреждений здравоохранения по проведению профилактических осмотров детей;

- активно проводить диспансерное наблюдение за девочками, перенесшими воспалительные заболевания вульвы и влагалища, совместно со специалистами других специальностей с учетом сопутствующей патологии;

- максимально использовать возможности детских поликлиник для проведения реабилитационных мероприятий после перенесенного гинекологического заболевания;

- соблюдать преемственность на всех этапах оказания лечебно-профилактической помощи между детскими поликлиниками, женскими консультациями и стационарами.

Продолжение работы по реализации вышеуказанных организационных мероприятий по профилактике хронических рецидивирующих вульвовагинитов будет способствовать дальнейшему снижению частоты данного осложнения, полному клинико-этиологическому излечению воспалительного процесса в урогенитальном тракте ребенка, что чрезвычайно важно для предотвращения нарушений репродуктивной функции у девочки в будущем.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Богданова, Е.А. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек / Е.А.Богданова. – М., 1999. – 35 с.
2. Гуркин, Ю.А. Вульвовагиниты у девочек: этиология, клиника, лечение / Ю.А.Гуркин, Л.Е.Михайлова. – СПб.: СПбГПМА, 1998. – 64 с.
3. Анкирская, А.С. Неспецифические вагиниты. Новые подходы в диагностике / А.С.Анкирская // Клиническая микробиология и антимикробная терапия. – 2000. – №2 (17). – С.23–28.
4. Кокolina, В.Ф. Детская гинекология / В.Ф.Кокolina. – М.: МИА, 2001. – 362 с.
5. Малова, И.О. Клинические особенности и принципы лечения урогенитального хламидиоза у дево-



Рис. 3. Основные мероприятия по организации третичной профилактики хронических рецидивирующих вульвовагинитов у девочек

чек / И.О.Малова // Вестник дерматологии и венерологии. – 1998. – №6. – С.44–47.

6. Абрамян, С.М. Медико-социальная характеристика и пути оптимизации медицинской помощи девочкам с хроническим неспецифическим вульвовагинитом: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / С.М.Абрамян. – СПб, 2006. – 208 с.
7. Кулаков, В.И. Руководство по гинекологии детей и подростков / В.И.Кулаков, Е.В.Богданова. – М.: Триада-Х, 2005. – 336 с.
8. Киселева, Ю.И. Факторы риска развития хронических рецидивирующих вульвовагинитов у девочек допубертатного возраста / Ю.И.Киселева, Н.П.Жукова // Охрана материнства и детства. – 2009. – №2 (14). – С.59–65.
9. Щитенко, Ю.И. Гинекологическая заболеваемость девочек г. Витебска / Ю.И.Щитенко // Актуальные вопросы совр. мед. и фармации: матер. 63-й итоговой науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых, Витебск, 26–27 апреля 2011 г. / Вит. гос. мед. ун-т; редкол.: В.П.Дейкало [и др.]. – Витебск, 2011. – С.245–248.

#### ORGANIZATIONAL ASPECTS ON PREVENTION OF CHRONIC RECURRENT VULVOVAGINITIS IN PREPUBERTAL GIRLS

N.P.Zukova, Yu.I.Shchitenko

Problems on the organization of a three-step system for the prevention of chronic recurrent vulvovaginitis in prepubertal girls were set up. The first step of this system was to prevent the disease and to eliminate its causes (social prevention); the second step was to diagnose the disease in the early stage and to treat it complexly (social and medical prevention); the third step was to prevent the aggravation or development of complications of the disease (medical prevention).

Поступила 10.06.2011 г.