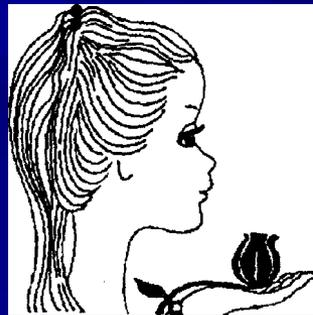


ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК

Д.м.н., проф. Хадарцева К.А.



ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

Воспалительные заболевания половых органов у девочек встречаются часто - до 63% в структуре всех заболеваний.

Классификация воспалительных заболеваний

1. По этиологии:

■ А. Неспецифические:

- а) Первичные -
 1. Неинфекционные (механические, термические, химические).
 2. Инфекционные.
- б) Вторичные -
 1. Неинфекционные.
 2. Инфекционные.

■ Б. Специфические: гонорея, трихомоноз, хламидиоз, гарднереллез, туберкулез, микоз, герпес

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

II. По локализации:

- А. Часто встречающиеся: вестибулит, вульвит, кольпит**
- Б. Редко встречающиеся: эндоцервит, эндометрит, сальпингит, оофорит.**
- В. Очень редко встречающиеся: периметрит, параметрит, пельвеоперитонит**

III. По течению клинического процесса:

- А. Острые (не более 1 месяца)**
- Б. Подострые (до трех месяцев)**
- В. Хронические (свыше 3 месяцев)**

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

Этиология и патогенез. В детском и подростковом возрасте имеется ряд физиологических особенностей, обуславливающих локализацию и клинику воспалительного процесса: **избыточная складчатость слизистых, недостаточное смыкание половых губ, истонченность и замедленная пролиферация эпителия полового тракта из-за недостаточной эстрогенной насыщенности, нейтральная или щелочная среда влагалища, недостаточная выработка гликогена, отсутствие или недостаточное содержание палочек Дедерлейна**

Способствуют возникновению воспалительных заболеваний у детей - **экстрагенитальные заболевания: системные заболевания крови, сахарный диабет, экссудативные диатезы, гломерулонефрит, цистит, пиелит, энтеробиоз и др.**

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

Экзогенные факторы: неопрятность, травма, инородные тела, применение для подмывания концентрированных растворов

Вредные привычки: переполнение мочевого пузыря, нерегулярное опорожнение кишечника, переедание, злоупотребление пищей, богатой экстрактивными веществами, аллергиями, курение, алкоголь, нарушение сна и бодрствования, мастурбация, чтение "возбуждающей" литературы, просмотр эротических фильмов, раннее начало половой жизни.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

Неспецифические воспалительные заболевания у детей и подростков

Наиболее распространенными воспалительным заболеванием среди детей и подростков является **неспецифический вульвовагинит** - до 40-60%.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

Причиной первичных неспецифических вульвовагинитов могут быть:

1. **Инфекционные факторы** - бактерии аэробные (бактерии коли, стрептококки, стафилококки, протей и др.) и анаэробные (клостридии и неклостридиальная инфекция)
2. **Неинфекционные факторы** - механические (инородное тело, мастурбация, грубое белье), термические (несчастный случай, горячие ванны, спринцевания), химические (подмывание или спринцевание высоко концентрированными растворами), пребывание детей в атмосфере, запыленной раздражающими аэрозолями, плохая переносимость мазей и т.д.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

Вторичные неспецифические вульвовагиниты могут быть :

- 1. Инфекционной этиологии** - при инфекционных поражениях мочевыводящих путей, холецистите, аппендиците (особенно перфоративном)
- 2. Неинфекционной этиологии** - при аллергических поражениях кожи, диатезах, дерматозах, глистной инвазии и т.д.

Пути распространения воспалительного процесса: при непосредственном контакте, по протяжению, интраканаликулярно, гематогенно, лимфогенно

КЛИНИКА - пламенное покраснение вульвы, влагалища, перианальной области с выделением белей – от желтоватых до гнойных, зуд, жжение, дизурические расстройства. Это типичные проявления острого детского неспецифического вульвовагинита

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

Диагностика: тщательный **сбор анамнеза**. Выявление взаимосвязи с рецидивирующими ангинами, бронхитами, инфекционными заболеваниями мочевых путей, глистными инвазиями. **Учёт** перенесенных общих инфекционных заболеваний, пребывание в деревне или лагере отдыха, купание в детских бассейнах.

Выявление санитарных условий проживания. Проведение доверительной беседы о партнерских отношениях

Осмотр наружных половых органов для выявления причины воспалительного процесса

БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОЕ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Секрет для микроскопического и бактериологического исследования берется **с переднего свода влагалища или с шейки матки**, т.к. взятие мазка с предверия или с плевры дает неправильные результаты. В таблице дана программа исследования вульвовагинита у детей и подростков, **разделенная по минимальному и расширенному диагностическому стандарту**

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

Вид исследования	Ожидаемые результаты
<p data-bbox="156 207 803 258"><u>ПРОГРАММА МИНИМУМ</u></p> <p data-bbox="19 361 452 415">Мазок по Грамму</p>	<p data-bbox="981 207 1688 261">Микробиологический обзор.</p> <p data-bbox="981 282 1586 337">Функциональный обзор.</p> <p data-bbox="981 358 1870 475">Подозрение на гонорею. Возможно подтверждение глистной инвазии.</p>
<p data-bbox="19 618 935 735">Нативный мазок в освещенном поле фазово-контрастного микроскопа</p>	<p data-bbox="981 618 1779 672">Подтверждение трихомониаза .</p> <p data-bbox="981 686 1673 803">Подтверждение грибкового поражения.</p> <p data-bbox="981 825 1798 942">Подозрение или подтверждение глистной инвазии.</p>
<p data-bbox="19 1106 633 1349">Определение аэробного возбудителя и его резистентности (чувствительности)</p>	<p data-bbox="981 1106 1866 1223">Аэробные и неспецифические смешанные и моноинфекции</p>

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

Вид исследования	Ожидаемые результаты
Исследование кала на яйца глистов	Подтверждение глистного поражения
<u>РАСШИРЕННАЯ ПРОГРАММА</u> Грибковая культура	Подтверждение грибка при отрицательном нативном мазке
Трихомонадная культура	Подтверждение трихомониаза при грамтрицательном нативном мазке
Гонококковая культура	Культуральное обеспечение при грамтрицательном диплококке
Выделение возбудителя из мочи, определение чувствительности.	Подтверждение аэробного возбудителя при подозрении на инфекцию мочевых путей.
Определение анаэробного возбудителя	Наличие (участие) анаэробов при рецидивирующемся, не поддающемся лечению микробном вульвовагините

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Анаэробное подтверждение** на практике почти неосуществимо из-за отсутствия транспортных сред, а число соответствующих лабораторий слишком мало
- Если **биологические исследования вагинального секрета оказались отрицательными**, исключены глистная инвазия и урологические заболевания, причиной белей, особенно в пубертатный период, могут быть функциональные изменения. Это подтверждается цитологическим мазком из влагалища и определением РН вагинального содержимого

ЛЕЧЕНИЕ.

- При **неспецифическом вульвовагините** лечение прежде всего надо начать с соблюдения гигиенических требований: поддержание чистоты тела, промежности, наружных половых органов, частая смена предварительно проглаженного белья
- **В диете** необходимо уменьшать количество углеводов, исключить раздражающие вещества, увеличить употребление свежих овощей, фруктов. Лечение обычно проводится в амбулаторных условиях.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- Основным в лечении является местная терапия химическими средствами с учетом выделенного возбудителя при инфекционном вульвовагините. Местное лечение предусматривает промывание влагалища через тонкий катетер одним из растворов: слабый раствор крахмала, 3% раствор лизоцима, риванол (1:5000), фурациллин (1:10000), 3% перекись водорода
- Для сидячих ванночек (ежедневно по 15 мин., при температуре 30-40 градусов) можно использовать: 3% раствор пищевой соды, водный раствор ихтиола, отвар ромашки (10 г на 1000 мл), бадана (5 г на 1000 мл), настой листа шалфея (14 г на 1000 мл), отвар эвкалиптового листа (6 г на 1000 мл)

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- Орошение влагалища или сидячие ванночки проводятся в течение 5-6 дней. **Более продолжительное лечение целесообразно**, так как одновременно происходит вымывание гликогена, нарушается заселение влагалища палочкой Додерлейна
- Если эти процедуры не дают эффекта, в комплекс лечения включается **местное лечение антибиотиками, нитрофуранами, гормонами, УФО**. Эти медикаментозные средства применяются в виде влагалищных палочек, присыпок, мазей. Наиболее употребляемыми являются следующие прописи:

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- 1. Влагалищные палочки:** пенициллин и неомицин по 100 000 ЕД; полимиксин М 100 000 ЕД и фуразолидон 0,1; фолликулин 500 ЕД и ланолин; фолликулин 500 ЕД + борная кислота 0,1 + масло какао 1,5; фолликулин 500 ЕД * норсульфазол 0,5 + борная кислота 0,5 + масло какао 1,5
- 2. Влагалищные орошения:** 0,5% раствор сигетина, раствор цитраля (1: 20 000), рыбьего жира, эктерицида, солкосерила, лейкоцитарный интерферон
- 3. Влагалищные присыпки:** лейкоцитарный интерферон, сигетин, эстриол. При анаэробной инфекции используется метронидазол. При локальном использовании антибиотиков необходимо помнить о назначении нистатина

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Специфический вульвовагинит** - это все воспаления наружных половых органов, вызванные специфическими микроорганизмами. Они составляют **15-30%** всех воспалений наружных половых органов у детей и подростков. Чаще болеют **девочки в пубертатном и подростковом периодах**. С началом половой жизни число некоторых инфекций резко увеличивается. К **специфическим** воспалительным заболеваниям относятся: **гонорея, сифилис, лимфогранулема венерическая, мягкий шанкр, кондиломы, герпес (простой), кортагиозные моллюски, кандидоз, гемофильные бактерии влагалища, генитальный хламидиоз, генитальный микоплазмоз, В-стрептококковая инфекция**

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

■ **ГОНОРЕЯ ДЕВОЧЕК** - общее инфекционное заболевание с многоочаговыми местными проявлениями преимущественно в органах половой и мочевой систем.

Возбудитель - гонококк. Это диплококки бобовидной формы, неподвижные, не образуют спор, грамотрицательные. Гонококки содержат **ГОНОТОКСИН**, вызывающий интоксикацию организма хозяина.

Мало устойчивы в окружающей среде вне организма человека. **Источник инфекции - только больной человек.** Врожденного и приобретенного иммунитета к гонорее не существует

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Пути заражения** девочек:
трансплацентарный, гематогенный, интранатальный во время прохождения плода через инфицированные родовые пути. У маленьких девочек основной путь заражения **внеплодовой**. Источник инфекции чаще всего - мать, родственники или ухаживающий персонал. Инфекция передается чаще через общую постель, предметы личной гигиены, игрушки и т.д. У девочек-подростков инфицирование нередко происходит и **половым путем**.

- **Классификация гонореи.** Различают две формы гонореи: **свежую (с длительностью заболевания до 2 мес.)** и **хроническую**, если длительность заболевания превышает 2 мес. или начало заболевания неизвестно.

Свежая гонорея

- острая
- подострая
- торпидная

- **Свежей торпидной (малосимптомной) гонореей** считают заболевание, когда при минимальных клинических проявлениях в выделениях обнаруживаются гонококки

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Острое течение гонореи** у девочек встречается в 74,5% случаев, подострое течение – в 16,1%, торпидное - в 6,7%. **Хроническая гонорея** встречается в 2,7%
- **Гонорея девочек** отличается от гонореи женщин особенностями клинического течения, из-за анатомо-физиологических особенностей организма девочек. **У девочек гонококк проявляет тропизм к многослойному плоскому эпителию**
- **Торпидной формой** заболевания преимущественно страдают девочки с проявлениями экссудативного диатеза, анемией, ожирением. Заболевание гонореей у них продолжается месяцами и носит характер **хронисепсиса**

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- Течение **хронической гонореи** у девочек отличается цикличностью, чередованием периодов ремиссии с острыми вспышками болезни (рецидивами). Рецидивы болезни возникают через различные промежутки времени. Ранние рецидивы наблюдаются уже через 2-3 недели после окончания лечения, поздние - чаще, через 3-6 мес., реже - через 9-12 месяцев
- Очагами **реинфекции при рецидивах** являются железы преддверия влагалища, уретры, шейного канала. **Острые инфекционные заболевания** (корь, скарлатина, краснуха, ангины и др.) провоцируют обострение хронической гонореи. Во время или после острой инфекции появляются обильные выделения, в которых часто обнаруживаются гонококки, даже, когда до болезни их не находили

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Клинические особенности и продолжительность течения гонореи у девочек** зависит от реактивности организма, штамма возбудителя, радикальности проводимого лечения, от возраста девочки, от локализации воспалительного процесса. Средняя продолжительность свежей, острой гонореи при благоприятном течении и успешности лечения от нескольких дней до 1/2-2 нед., после чего наступает выздоровление. Если при свежей гонорее поражается шейка матки (цервит, эндоцервицит), то процесс, как правило, переходит в хроническую форму с упорным и длительным течением, трудно поддающимся лечению. В особо упорных случаях стойкого выздоровления можно добиться лишь в период половой зрелости
- **Благоприятнее всего** протекает и успешно лечится гонорея у девочек в раннем детстве. **Тяжелее и длительнее** с частыми обострениями – у девочек в "нейтральном" периоде развития.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- У некоторых девочек в острой стадии **свежей**, а также **при обострении хронической гонореи** нарушается общее состояние, в связи с действием эндотоксина на ЦНС. Они становятся беспокойными, раздражительными, повышается температура тела, нарушаются аппетит и сон. Однако большая часть детей переносят болезнь без особых нарушений общего состояния
- Из **метастатических форм гонореи** у девочек могут наблюдаться заболевания суставов, чаще в форме **полиартритов, гонитов; гонорейные периоститы** чаще возникают на пяточных костях (**гонорейные шпоры**). Реже встречаются случаи гонорейного **эндокардита и миокардита**.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Инкубационный период.** Продолжительность инкубационного периода 3-5 дней, иногда больше
- Гонорея у девочек, как и у женщин, является многоочаговым заболеванием: в 100% случаев у девочек поражается преддверие влагалища и стенки влагалища, в 85-90% - уретра, в 50-60% - прямая кишка. Поражение матки и её придатков - в 2,6% случаев

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Гонорейный уретрит** характеризуется резкой гиперемией, отеком губок уретры и гнойными выделениями из наружного отверстия мочеиспускательного канала. Девочка **жалуется на рези при мочеиспускании и на частые позывы к нему, иногда появляется недержание мочи.** Острые симптомы уретрита исчезают через 1-2 недели, однако остается **гиперемия наружного отверстия мочеиспускательного канала, область которого затем приобретает сине-багровый цвет,** нередко возникают **кондилломатозные разрастания слизистой оболочки уретры**

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **ВЕСТИБУЛИТ**. Острый **вестибулит** проявляется резко разлитой гиперемией и отеком преддверия влагалища. Если процесс распространяется на подслизистый слой, то возникает гипертрофия сосочков подслизистого слоя с гиперплазией лимфоидной ткани. Клинически это проявляется в виде **фолликулярного вестибулита**
- Нередко развивается **эрозивный вестибулит** с появлением эрозий и язвочек. После того, как в процесс вовлекаются большие половые губы, развивается вульвит. Симптомы **гонорейного вульвита** идентичны вестибулиту: отек и гиперемия, гнойные густые выделения с зеленоватой окраской, при высыхании оставляющие корочки на покровах.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Гонорейный вульвит** может сопровождаться дерматитом промежности, паховых складок, внутренней поверхности бедер. Явления острого воспаления проходят через 2-3 нед., после чего слизистая оболочка преддверия становится бледной. Одновременно с этим определяются те участки преддверия, где надолго локализуется патологический процесс: парауретральные ходы, выводные протоки больших вестибулярных желез, внутренняя поверхность малых половых губ
- Следует учитывать, что парауретральные ходы и выводные протоки больших вестибулярных желез вовлекаются в воспалительный процесс у девочек старше 5-7 лет

■ **Вагинит.** Внешним признаком **изолированного вагинита** являются густые гнойные выделения из влагалища при неизменном преддверии. Во время вагиноскопии в острых случаях констатируют, что слизистая оболочка влагалища отечна, гиперемирована, особенно в области сводов, выделения обильные, гнойные. В хронических случаях обнаруживается очаговая гиперемия. Очаги гиперемии чередуются с участками нормальной окраски слизистой оболочки, имеются гнойные налеты. Нередко наблюдается картина **гранулезного вагинита**, при котором на влагалищных стенках видны множественные зерновидные образования красного цвета (разрастания сосочков подслизистого слоя). Известно, что **гонорейные вагиниты** отличаются длительностью и упорством течения. Это связано с тем, что гонококки проникают в подслизистые и мышечные слои влагалища, образуя в них капсулированные очаги инфекции

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

ДИАГНОСТИКА.

- **Диагноз гонореи** основывается на данных **анамнеза, клинической картине и на результатах лабораторного обследования.** При сборе **анамнеза** необходимо выяснить, в каких бытовых условиях находится девочка, есть ли у нее отдельная постель, отдельные предметы личной гигиены. Следует также выяснить, не жалуется ли девочка на боли при мочеиспускании и дефекации, как часто мочится. Необходимо опросить мать и отца девочки на наличие **гонорейной инфекции.** У большинства больных девочек со **свежей гонореей** процесс ярко выражен, у них легко обнаружить гонококк в выделениях. При **вялом и хроническом течении гонореи** обнаружить гонококк в выделениях труднее. В этих случаях для его обнаружения необходимо прибегать к провокации

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

У девочек применяют два вида провокации: химическую и биологическую (иммунологическую).

- **Биологическая** провокация применяется у девочек старше 3-х лет
- **Химическую** провокацию проводят введением во влагалище через резиновый катетер 2 мл 2% раствора нитрата серебра или 1% раствора Люголя в глицерине, в уретру глазной пипеткой закапывают раствор Люголя в глицерине, в прямую кишку вводят 2 мл раствора Люголя в глицерина. Девочкам старше 3-х лет одновременно внутримышечно вводят гоновакцину 150-200 млн. микробных тел. Через 24 и 48 часов из уретры, влагалища и прямой кишки берут материал для мазков, а через 72 часа - для мазков и для посева.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Взятие мазков для микроскопического исследования:** после обтирания вульвы сухим стерильным тампоном сначала берут отделяемое из области заднего свода влагалища ложечкой Фолькмана или желобоватым зондом, и затем из мочеиспускательного канала. Полученный материал наносят на два предметных стекла
- **Диагноз гонореи** ставят только при обнаружении в отделяемом типичных **ГОНОКОККОВ**. У девочек диагноз должен быть подтвержден обязательным культуральным методом исследования. После лабораторного подтверждения диагноза гонореи врач обязан заполнить извещение № 089/у и направить его в КВД. Врач направляет больную в КВД и контролирует ее явку. Окончательный диагноз устанавливается только после подтверждения его в КВД

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- Если **лабораторными методами** обследования обнаружить **гонококк** не удастся, а анамнестические и клинические данные указывают на возможность гонорейной этиологии заболевания, то такие случаи рассматриваются, как подозрительные на **гонорею**, но учетная форма на них не заполняется. Проводится **превентивное лечение**
- **Дифференциальная диагностика** проводится с **негонококковыми вульвовагинитами**
- В организационном плане необходимо указать на случаи обнаружения в детских коллективах девочек с **вульвовагинитами**. Эти девочки должны быть немедленно изолированы, еще до осмотра их дерматовенерологом. Детям, больным **гонореей**, лечение проводится дерматовенерологом в специализированном стационаре

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГОНОРЕИ**
антибактериальная терапия, иммунотерапия,
местное и физиотерапевтическое лечение

- Основными **антибиотиками** являются препараты **группы пенициллина**, применяются также антибиотики других групп: **макролиды, аминогликозиды, тетрациклины, левомецетин, рифампицины, сульфаниламидные препараты**

- У детей препаратом выбора остается бензилпенициллин. Курсовая доза бензилпенициллина такая же, как у взрослых (4,2-6,8 млн.ед.). Препарат вводится разовыми дозами по 50-200 т.ед. (в зависимости от возраста) с интервалом в 4 часа круглосуточно. Курс лечения 5-7 дней

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Ампициллин:** (3,0-8,0 г) по 0,5 г х 4 р. в сутки. **Ампиокс:** (8,0- 14,0 г по 0,5 г х 4 р), для детей до 12 лет препарат назначается из расчета 0,1 г на кг/массы. **Оксациллин** - 10,0-14,0 г по 0,5 г х 5 р.
- Перспективными представляются поиски новых терапевтических подходов. **Острый гонорейный цервинит и проктит** может быть излечен **однократной внутримышечной инъекцией спектиномицина гидрохлорида (тромбоцина фирмы Апджон),** даже если заболевание вызвано **пенициллинорезистентными штаммами гонококка**
- **Сульфаниламидные препараты** применяют при непереносимости или неэффективности антибактериальных препаратов из расчета 25 мг/кг (в первый день приема) и по 12,5 мг/кг (в последующие дни). Курс 5-7 дней

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Иммунотерапию** применяют при свежей торпидной, хронической форме гонореи и при рецидивах заболевания, а также при безуспешности лечения антибактериальными препаратами. Антибактериальные препараты присоединяют в середине или конце курса иммунотерапии. У детей начальные дозы **гоновакцины** не должны превышать 50-100 млн. микробных тел. Инъекции делают через 2 дня на третий день, при каждой последующей инъекции предыдущую дозу удваивают, на курс 5-6 инъекций. В комплексном лечении для повышения иммунореактивности организма применяют витамины **А, В, С, иммуностимуляторы (метилурацил, левамизол, и пр.), биогенные стимуляторы (алоэ, стекловидное тело)** и др.

■ МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- **Острый вульвовагинит:** теплые сидячие ванночки по 10-15 мин. 2 р в день из отвара ромашки, шалфея или марганцовокислого калия в разведении 1:10000. После ванночки наружные половые органы надо осушить, очаги раздражения смазать пастой Лассара
- **Хронический вульвовагинит:** промывание влагалища через катетер раствором марганцовокислого калия 1:10000 с последующей инстилляцией через катетер 1-2% раствором протаргола или 0,25% нитрата серебра, и в упорных случаях для инсталляции применяют 10% раствор протаргола через 2-3 дня

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Острый уретрит** - лечение такое же, как при **вульвовагините**. В подострой стадии закапывают пипеткой 0,5% раствор протаргола и 1-2% колларгола (чередовать), при **хроническом уретрите** закапывают 2% протаргол или 0,5% раствор нитрата серебра
- **Критериями излеченности** являются: нормализация клинической картины, благоприятные результаты повторных лабораторных исследований после 3-х кратной комбинированной провокации
- Все девочки дошкольного возраста после окончания лечения по поводу **гонореи** остаются в стационаре в течение 1 месяца для установления излеченности. За это время им проводится **три провокации и три посева с интервалом в 10 дней**. Школьницы выписываются из стационара сразу после окончания лечения. В сомнительных случаях при **торпидном и длительном течении заболевания** требования должны быть более строгими. Необходимо проводить повторные бактериоскопические и культуральные исследования, а также удлинять сроки наблюдения до 1,5-2 мес.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ГОНОРЕИ

- **Считается, что могут быть: стриктуры, гипоплазия гениталий, бесплодие.** Причины бесплодия связывают с **постгонорейными эндоцервитами** (особая вязкость шейечной слизи, изменение ее биологических свойств), **облитерация маточных труб, хронический эндомиометрит** с поражением рецепторного аппарата матки
- По мнению ряда исследователей, **гонорея девочек излечивается полностью, не оставляя никаких последствий.**

■ **Гарднереллезный кольпит (аминокольпит)**

Возбудителем является *Haemophilus vaginalis* (*Gardnerella vaginalis*) вызывающая вульвовагинит у девочек.

Наиболее часто это заболевание встречается у девочек-подростков, живущих половой жизнью, однако может быть у девочек младшего возраста и даже – у новорожденных. **Аминокольпит** встречается чаще, чем трихомонадный кольпит и кандидакольпит, хотя диагностируется реже. С началом половой жизни частота заболевания значительно возрастает

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Клиника.** Наиболее характерным симптомом являются жидкие, серозные бели с неприятным рыбным запахом. При обильных выделениях отмечается зуд, гиперемия и отек слизистой влагалища
- **Диагностика** основана на **клинической картине, органолептических, бактериологических** методах исследования. Одним из диагностических методов является **аминотест**: к секрету из влагалища добавляется 1-2 капли КОН-раствора, усиление рыбного запаха расценивается как положительный тест
- Для диагностики можно использовать **качественную реакцию на гарднереллезный воспалительный процесс** -при добавлении к нативному препарату капли 0,1% раствора метиленового синего препарат приобретает синеватый оттенок

- При **бактериоскопическом** исследовании мазка (увеличение в 35-40 раз) эпителиальные клетки влагалища оказываются покрытыми толстым слоем мелких палочек. Культуральная диагностика затруднена, так как при транспортировке микроорганизмы обычно погибают

ЛЕЧЕНИЕ:

- Основным препаратом является **тетрациклин** в виде **вагинальных шариков**, содержащих 100 мг в одном шарике, применяется в течение 10 дней, комбинируя с **фунгицидиновой мазью**. Хороший эффект получен при использовании **вагмида** по 250 мг x 4, в течение 5 дней, **метронидазол** внутрь.

- **ТРИХОМОНАДНЫЙ КОЛЬПИТ** чаще встречается у девочек, живущих половой жизнью, однако трихомонады можно обнаружить даже у новорожденных, матери которых инфицированы.
- **Клиника:** в острой стадии заболевания имеются обильные, жидкие бели, имеющие цвет от беловатого до зелено-желтого, нередко - пенящиеся. Бели обычно сопровождаются сильным зудом в преддверии влагалища и во влагалище. Следует отметить, что "типичные" **пенистые бели** вызваны обычно сопутствующей **трихомониазу** флорой, в детстве из-за выраженного воспалительного процесса бели могут носить кровянистый характер

■ **Диагностика** - исследование нативного мазка - в светлом поле **обычного микроскопа** или под **фазово-контрастным микроскопом** обнаруживается, часто подвижная, влагалищная трихомонада. Возможно исследование мазков, окрашенных по Грамму, при трудности лабораторного подтверждения диагноза производится **культурная диагностика**.

ЛЕЧЕНИЕ (общее и местное)

В комплекс **общего лечения** входят:

1. Препараты: **имидазол** в дозе до 5 лет - 0,25 г; от 5 до 10 - 0,5 г; от 11 до 15 - 0,75 г (курс - 8-10 дней). Препаратами **имидазолового ряда** могут быть использованы: **клион-Д** (500 мг метронидазола и 150 мг миконазола), **клотримазол**, **нитазол** (аминитразол, трихолавал), **тинидазол** (фазижин, трихонидазол)

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- Из других препаратов используются: **нитрофураны** (фурадонин, фуразолидон, фурагин); **антибиотики** (грамицидин, тетрациклин, метациклин, доксициклин); **антисептики** (уротропин, трихомонацид).
- **Местное лечение:** после промывания влагалища через катетер методом инстилляции, влагалищных палочек, вдуваний вводится одно из лекарственных средств - **трихомонацид, метронидазол, флагил.**
- Для улучшения репаративных процессов после основного местного лечения вводят **рыбий жир** по 1 мл.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

■ **Микозные кольпиты** вместе с микозоносительством - 24-25% среди всех воспалительных заболеваний в подростковом возрасте. Микозные заболевания часто вторичные и свидетельствуют о глубоком нарушении в системах защиты организма. Это - **грибы типа "кандида"**, существующие в двух формах: **дрожжеподобные клетки и псевдомицелии**. Наиболее патогенными для человека являются грибы рода *Кандида альбиканс*. Они находятся на поверхностях, выстилающих полость рта и кишечника. Их активность проявляется при нарушении равновесия между организмом. Способствуют возникновению заболевания: **первичные и вторичные иммунодефицитные состояния, длительное применение антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков, кишечный дисбактериоз.**

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- Чаще страдают микозом **дети с эндокринными и обменными заболеваниями**: ожирением, сахарным диабетом, гипотиреозом, гипопаратиреозом, анемией. Дефицит микроэлементов, цинка и железа также способствует иммунодефицитным состояниям. Имеют значение **бытовые факторы**: чрезмерно теплая одежда, недостаточно постиранное белье с употреблением синтетических порошков и . т.д. **Особенность гормонального статуса в пубертатный период, а также бесконтрольное применение гормональных препаратов** может способствовать возникновению **микотических кольпитов**

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **ПАТОГЕНЕЗ.** Поражаются чаще нижняя треть и преддверие влагалища. **Кандидоз** внутренних половых органов возможен лишь при висцеральной и септических формах заболевания. **Кандидамикоз** развивается постепенно: адгезия (прикрепление) к слизистой оболочке, колонизация и внедрение в эпителий с развитием тканевых реакций, в частности, формирование **фагосом** – **внутриклеточного расположения грибов.**

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- Высокая тропность к многослойному плоскому эпителию кожного типа. Неороговевающий многослойный плоский эпителий поражается на глубину 10-15 рядов, иногда через базальную мембрану попадает в кровеносное русло
- **Клиника** характеризуется сильным зудом преддверия и ощущением жжения во влагалище. Слизистая вульвы гиперемирована и отечна, выделения в виде творожистых масс. При смешанной инфекции воспалительный процесс распространяется на кожу промежности, внутреннюю поверхность бедер, паховые складки. Нередко - уретрит и цистит. Для хронического течения заболевания характерен зуд и аллергические проявления
- **Диагностика** основана на клинической картине: при **вагиноскопии** слизистая влагалища гиперемирована, блестящая, легко ранимая, покрыта творожистыми наслоениями или беловато-сероватым налетом. При поверхностной инвазии налеты снимаются легко, при глубокой - с трудом, а после удаления остаются кровоточащие поверхности

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Лабораторная диагностика** состоит из микроскопии нативных и окрашенных мазков (по Грамму, Романовскому-Гимза, метиленовой синью), люминисцентного микроскопирования культуральной диагностики на специальные среды и иммунодиагностики - обнаружение специфических антител. Определенную диагностическую информацию несет нарушение субпопуляции Т-лимфоцитов и реакция бласттрансформации с грибковым антигеном.
- **Лечение** предусматривает общие и местные компоненты. **Местно - антифунгальные препараты** в виде мазевых аппликаций (леворин, декамин, клотримазол, амфотерицин, амфоглюкамин), влагалищные шарики и палочки (мифунгар, канестен, клион-Д) **после обработки содовым раствором**. Общее лечение включает: амфоглюкамин 200 000 ЕД x 2 р в день, курс лечения 3-4 недели при рецидивирующем течении.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Туберкулезный процесс** в гениталиях носит вторичный характер, первичный очаг чаще находится в лимфатических узлах корня легких. Описаны лишь **единичные случаи первичного поражения половых органов у девочек**
- **Частота.** Среди девочек, страдающих воспалительными заболеваниями гениталий, туберкулезный процесс имеется у 5,5—15%, т. е. чаще, чем среди взрослых больных (1-3%). Выделяют **три пика заболеваемости туберкулезом гениталий: в раннем детстве, в 8-18 лет и в преклимактерическом возрасте**

- **Патогенез.** Оседание микобактерий во внутренних гениталиях происходит задолго до полового созревания, в период **первичной бактериемии**. Но клинические проявления туберкулеза половых органов в раннем возрасте, как правило, отсутствуют. **В препубертатный и пубертатный периоды**, когда перестраиваются защитные механизмы (перестройка вегетативной нервной, эндокринной и иммунологической систем), **туберкулезная инфекция** может проявиться как бы неожиданно

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- Независимо от патогенетического варианта (**латентная туберкулезная инфекция гениталий; эндогенная реинфекция из экстрагенитальных очагов туберкулеза; экзогенная туберкулезная суперинфекция**) провоцирующие "моменты, приводящие к активации специфического процесса, сходны. К ним относятся физическое и умственное перенапряжение, переохлаждение, неполноценное питание, нетуберкулезные заболевания

- **Гематогенный путь** распространения туберкулезного инфицирования преобладает над **лимфогенным**. Этим объясняется преимущественное поражение маточных труб (70—90%) и вовлечение в процесс брюшины. **Матка и яичники реже**, чем маточные трубы, вовлекаются в туберкулезный процесс. На матку воспаление может распространиться из маточных труб (т. е. по протяжению), что нередко имеет место при длительном течении заболевания

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- Крайне **редко** возникает туберкулез вульвы, влагалища, шейки матки (в виде туберкулезных язв)
- Нередко четкие клинические симптомы **генитального туберкулеза** впервые появляются лишь у взрослой женщины

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Классификация.** Специфический процесс в гениталиях проходит по одной из четырех форм:
- **а) экссудативно-продуктивной**
- **б) продуктивно-пролиферативной**
- **в) фиброзно-склеротической или казеозной с обызвествлением и инкапсуляцией**
- **г) казеозной без инкапсуляции**
- Эти формы представляют собой различные фазы одного и того же специфического процесса. Прогноз при **а), б), в)** формах - более благоприятный, нежели при **г)**

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Клиника.** Начало заболевания в препубертатном периоде - исподволь. Длительное течение с более или менее частыми обострениями - существенная особенность клинической картины.
- Характерен **болевым синдромом (за счет вовлечения брюшины)**, сочетающийся с незначительными изменениями во внутренних половых органах, выявляемыми **при ректо-брюшностеночном исследовании.** Боль отличается постоянством, ноющим характером, локализацией внизу живота и «беспричинностью»

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- Наличие болей в животе часто приводит к ошибочному производству аппендэктомии.
- Но после чревосечения боли могут сохраниться, а иногда и усилиться
- **При туберкулезе гениталий** может быть расстройство менструальной функции. Срок менархе не отличается от средних цифр, в дальнейшем могут быть расстройства цикла. Это характерно прежде всего для **туберкулезного эндометрита**, когда, вначале бывают **менорагии**, а затем 'при вовлечении в патологический процесс базального слоя — **аменорея**.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **ДИАГНОЗ.** Анамнез имеет характерные черты: наличие в настоящее время туберкулезного процесса в легких, указание на туберкулезный процесс в других органах, на частые простудные заболевания, на частые пневмонии, плевриты, шейный лимфаденит, на контакт с больными туберкулезом. Диагностическую ценность имеют симптомы общей интоксикации: общая слабость, раздражительность, субфебрилитет и др.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Жалобы** на неинтенсивные боли в животе, запоры и метеоризм
- **При пальпации** живота - положительный симптом Брауде, заключающийся в мышечной защите над областью пораженных маточных труб
- В отличие от взрослых, реже обнаруживается увеличение и уплотнение придатков матки, или отличаются малой болезненностью. Для них характерна **скудная динамика, несмотря на проведение противовоспалительного неспецифического лечения и применение тепловых и других физиопроцедур.**

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- В случае хорошей растяжимости гименального отверстия может быть выполнена **гистеросальпингография**.
- Однако лишь в далеко зашедших случаях выявляется характерная «изъеденность» контуров полости матки, деформация и облитерация маточных труб и кальцификаты. Чаще на **гистеросальпингограмме** находят некоторое расширение маточных труб при сохранении проходимости. Иногда - нарушение топографии маточных труб из-за перитубарных спаек.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- Результаты **цитологического исследования аспирата** (выскабливание матки с этой целью не производится) из полости матки, в виде нахождения туберкулезной гранулемы, представляют определенную диагностическую ценность.
- У менструирующих девочек проводят лабораторное исследование - **биологический метод Кирхгофа** — гибель морских свинок от туберкулезного перитонита через 5-7 недель после парэнтерального введения им менструальной крови.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- В специализированных учреждениях проводится **бактериоскопическое** (после применения методов обогащения) и **бактериологическое** исследование (посев менструальной крови, собранной вакуум-аппаратом, на плотные яичные среды). **Вакуум-аппарат** укрепляют либо на влагалищной части шейки матки (в случае хорошо растяжимого гименального отверстия), либо у входа во влагалище.

- **Проба Коха** (подкожное введение 20 ТЕ туберкулина) помогает уточнить локализацию воспаления, так как помимо общего ответа вызывает и очаговую реакцию. У больных с генитальным туберкулезом очаговая реакция складывается из выраженного болевого синдрома, пастозности сводов влагалища, локальной болезненности в области придатков матки, повышения базальной температуры и появления кровомазания из половых путей.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Гиперчувствительность замедленного типа** может быть обнаружена с помощью **реакции бласттрансформации лимфоцитов (РБТЛ)** в присутствии туберкулина, а **гиперчувствительность немедленного типа** - с помощью ряда **серологических реакций (РПГ, РСК)**

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- В неясных случаях прибегают к **диагностическому чревосечению**
- На практике хорошо себя зарекомендовала терапия **«ЭКС ЮВАНТИБУС»**
- **ЛЕЧЕНИЕ.** Принципиально не отличается от такового при туберкулезе других локализаций. Терапия подразделяется на **консервативную** (щадящий режим, диетотерапия, химиотерапия, симптоматическое, санаторно-курортное лечение) и **хирургическую**.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- Ведущая роль принадлежит **антибактериальной терапии**, заключающейся в назначении в течение 3 месяцев **ПАСК, изониазида (тубазида), фтивазида, стрептомицина**.
- В последующие 8-10 месяцев применяют лишь два средства: **ПАСК и один из препаратов изоникотиновой кислоты**. Параллельно проводится витаминотерапия и десенсибилизация

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- В случае исчезновения клинических проявлений **генитального туберкулеза**, но **сохранения патологического процесса**, в дальнейшем проводят в течение 1-1,5 лет **противорецидивное лечение**
- При достижении выздоровления требуется проведение **профилактического лечения** противотуберкулезными препаратами в сезоны (весна, осень), когда чаще наблюдаются обострения

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Оперативное лечение** - только в случае неэффективности консервативного лечения в течение 6-8 месяцев
- **Радикальные операции у девочек не проводятся**, так как они чреваты высокой послеоперационной смертностью и высокой частотой осложнений вследствие возможности повреждения кишечника и яичников

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

■ **Хирургическое лечение** имеет смысл лишь в затруднительных для диагностики случаях в виде пробного чревосечения и одновременно делается **УФО** облучение брюшной полости

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

- **Дальнейшее наблюдение.** Девочки-подростки, перенесшие туберкулез любой локализации или находящиеся в контакте с туберкулезным больным, должны наблюдаться у фтизиатра и у детского гинеколога. В дальнейшем возможно **возникновение расстройства менструальной функции, дисфункции яичников, первичного бесплодия, внематочной беременности.**