

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

**С. Н. ЦАРЕВА**

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ  
В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2014

УДК 618.12-002-053.6 (075.8)  
ББК 57.15 я73  
Ц18

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве  
учебно-методического пособия 17.04.2013 г., протокол № 8

Рецензенты: д-р мед наук, проф. С. И. Михалевич; канд. мед. наук, доц.  
Л. Н. Васильева

**Царева, С. Н.**  
Ц18 Воспалительные заболевания женских половых органов в детском и подрост-  
ковом возрасте : учеб.-метод. пособие / С. Н. Царева. – Минск : БГМУ, 2014. –  
36 с.

ISBN 978-985-528-951-8.

Отражены вопросы этиопатогенеза воспалительных заболеваний женских половых органов в детском и подростковом возрасте, приведены классификация, диагностика, современная лечеб-  
ная тактика. Представлены отдаленные результаты перенесенного заболевания, его влияние на репродуктивное здоровье в дальнейшем.

Предназначено для студентов 5-го курса лечебного, военно-медицинского и педиатрического факультетов, субординаторов, врачей-интернов.

УДК 618.12-002-053.6 (075.8)  
ББК 57.15 я73

ISBN 978-985-528-951-8

© Царева С. Н., 2014  
© УО «Белорусский государственный  
медицинский университет», 2014

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВПР — вирус простого герпеса  
ВПЧ — вирус папилломы человека  
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт  
ЗППП — заболевания, передающиеся половым путем  
ИМТ — индекс массы тела  
ПВИ — папилломавирусная инфекция  
ПЦР — полимеразная цепная реакция  
СОЭ — скорость оседания эритроцитов  
УЗИ — ультразвуковое исследование

## МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

**Тема занятия:** «Воспалительные заболевания женских половых органов в детском и подростковом возрасте». Данный материал рассматривается в рамках темы «Детская гинекология» по дисциплине «Акушерство и гинекология».

**Общее время занятия:** 5 ч.

В условиях сложившейся демографической ситуации в Республике Беларусь сохранение и укрепление репродуктивного здоровья подростков является важной медико-социальной проблемой. Это обусловлено тем, что репродуктивное здоровье женщины (выполнение функции материнства) во многом определяется состоянием здоровья в период полового созревания.

В последние годы проблема воспалительных заболеваний женских половых органов в детском и подростковом возрасте все больше привлекает внимание врачей акушеров-гинекологов. Несвоевременное и неадекватное лечение заболевания приводит к рецидивированию, хронизации, что может быть причиной серьезных осложнений: нарушения менструальной функции, бесплодия, невынашивания и др.

Все вышеизложенное свидетельствует о важности изучения данной патологии, а знание клиники заболевания, методов диагностики, лечения, профилактики позволит будущему врачу вносить определенный вклад в службу охраны здоровья матери и ребенка.

**Цель занятия:** овладеть методами диагностики воспалительных заболеваний женских половых органов детей и подростков, их возможных осложнений, освоить дифференциальную диагностику с помощью алгоритмов диагностического поиска.

**Задачи занятия:**

1. Изучить этиологию, патогенез, классификацию, клинику воспалительных заболеваний женских половых органов в детском и подростковом возрасте, методы диагностики заболевания.

2. Научиться составлять план целенаправленного обследования пациента.

3. Ознакомиться с особенностями гинекологического анализа и обследования девочек и подростков с воспалительными заболеваниями половых органов.

4. Научиться интерпретировать полученные данные гинекологического исследования.

5. Научиться анализировать результаты лабораторного и инструментального исследования, формулировать клинический диагноз, назначать лечение, разрабатывать план профилактических мероприятий.

6. Овладеть практическими навыками: сбор гинекологического анамнеза, выписка рецептов для лечения воспалительных заболеваний гениталий, забор материала из уретры, стенок влагалища, цервикального канала для бактериологического исследования, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное и ректоабдоминальное исследование для подростков, не живущих половой жизнью.

7. Освоить методы диагностики специфической и неспецифической инфекции, тактику ведения пациента, принципы лечения и профилактики.

**Требования к исходному уровню знаний.** Для полного освоения темы студенту необходимо повторить:

– *анатомию человека* — строение, кровоснабжение, иннервацию женских половых органов;

– *нормальную физиологию* — физиологию женской репродуктивной системы в период полового созревания;

– *микробиологию, вирусологию, иммунологию* — микрофлору вульвы и влагалища в период полового созревания, методы диагностики инфекций, передающихся половым путем.

**Контрольные вопросы из смежных дисциплин:**

1. Строение женских половых органов (наружных и внутренних).

2. Кровоснабжение женских половых органов.

3. Иннервация женских половых органов.

4. Наиболее информативные методы диагностики инфекций, передающихся половым путем.

5. Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы девочки в период полового созревания.

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Причины (эндогенные и экзогенные) воспалительных заболеваний женских половых органов в детском и подростковом возрасте.

2. Патогенетические факторы, предрасполагающие к воспалительным процессам.

3. Перечень названий воспалительных процессов всех отделов полового аппарата.

4. Клинические проявления воспаления нижнего отдела полового аппарата.

5. Морфологические изменения при воспалении нижнего отдела полового аппарата.

6. Клиника сальпингитов и сальпингоофоритов.

7. Морфологические изменения при воспалении верхнего отдела полового аппарата.

8. Методы диагностики воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии.

9. Оценка результатов бактериоскопии мазков чистоты влагалища.

10. Методы диагностики воспалительных заболеваний женских половых органов специфической этиологии.

11. Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний гениталий с заболеваниями смежных органов.

12. Принципы лечения неспецифических воспалительных заболеваний гениталий.

13. Принципы лечения специфических воспалительных заболеваний гениталий.

14. Последствия перенесенных воспалительных заболеваний.

15. Реабилитация после перенесенных воспалительных заболеваний гениталий, профилактические мероприятия.

16. Перечислить и выписать рецепты на антибактериальные препараты для лечения хламидиоза и уреамикоплазмоза у девочек и подростков.

17. Перечислить лекарственные средства и выписать рецепты для лечения воспалительных заболеваний вирусной этиологии.

**Задания для самостоятельной работы студента.** Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить учебный материал из смежных дисциплин. Затем необходимо ознакомиться с учебным материалом данного учебно-методического пособия. Для того чтобы изучение темы было более осознанным, студенту рекомендуется вести записи вопросов и замечаний, которые впоследствии можно выяснить в ходе дальнейшей самостоятельной работы с дополнительной литературой или на консультации с преподавателем. Решение ситуационных задач и теста, используемых в качестве самоконтроля, позволит не только адекватно оценить собственные знания, но и покажет преподавателю уровень освоения студентом учебного материала.

Завершающим этапом в работе над темой служат контрольные вопросы, ответив на которые студент может успешно подготовиться к текущему контролю по дисциплине «Акушерство и гинекология».

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ**

Воспалительные заболевания половых органов девочек и подростков являются самой распространенной гинекологической патологией. В структуре гинекологической заболеваемости, по данным различных авторов, они составляют 6,2 % и занимают 3-е место по частоте. Этому способствуют некоторые социальные проблемы современной действительности: ухудшение экологической обстановки, урбанизация, раннее начало половой жизни среди подростков и молодежи, перегрузка фармацевтического рынка лекарствами, бесконтрольное их применение, в частности антибиотиков. Все это негативно воздействует на формирование репродуктивного здоровья подростка, состояние местного иммунитета половых путей, снижает резистентность организма к инфекционным факторам внешней среды.

В последние годы, по данным авторов отечественной и зарубежной литературы, сохраняется высокая встречаемость ЗППП среди детей и подростков. Если в 2005 г. заболеваемость хламидиозом составляла 35,6 на 100 тыс. населения среди девочек-подростков, то 2011 г. — 79,9 на 100 тыс. За эти же годы заболеваемость уреаплазмозом увеличилась с 66,7 до 112,8, гарднереллезом — с 32,8 до 124 на 100 тыс. и т. д.

Наиболее подвержены развитию воспаления наружные половые органы и влагалище (вульвовагиниты). В структуре воспалительных заболеваний гениталий вульвовагиниты составляют, по данным разных авторов (Е. А. Богданова, 2000; Л. Г. Терешина, 1999; В. Ф. Коколина, 1999; Л. Ф. Можейко, 2002), в разные возрастные периоды 68–93 %. Причем более 60 % вульвовагинитов имеют рецидивирующий характер. Частому возникновению вульвовагинитов способствуют физиологические особенности и микрофлора вульвы и влагалища у детей и подростков.

Несвоевременное и неадекватное лечение воспалительных заболеваний половых органов приводит к частому рецидивированию и хронизации данной патологии, что в свою очередь может быть причиной таких серьезных осложнений, как нарушение менструальной функции, бесплодие, невынашивание, синдром тазовых болей и др.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ**

Воспалительные заболевания гениталий у девочек и подростков подразделяются на неспецифические и специфические. Среди неспецифических воспалительных заболеваний различают первичные и вторичные, также они делятся на инфекционные и неинфекционные.

Первичные воспалительные заболевания вызваны непосредственно воздействием на гениталии физических, химических или инфекционных факторов.

В группу вторичных неспецифических заболеваний включают такие процессы в гениталиях, которые являются следствием первичного общего заболевания (корь, краснуха, скарлатина, тонзиллит, энтеробиоз, пневмония, сахарный диабет и др.).

В зависимости от продолжительности течения воспалительные процессы подразделяются на острые (не более 1 месяца), подострые (до 3 месяцев) и хронические (свыше 3 месяцев).

По локализации воспалительные процессы половых органов подразделяются на часто (вестибулит, вульвит, кольпит) и редко (эндоцервицит, эндометрит, сальпингит, параметрит, пельвиоперитонит) встречаемые.

## **ВУЛЬОВОАГИНИТЫ**

Вульвовагиниты неспецифической и специфической этиологии в последние годы не имеют тенденции к снижению, несмотря на использование в лечении современных антибактериальных средств, число которых постоянно возрастает. При этом вульвовагиниты специфической этиологии составляют 33 % в структуре острых и 25 % в структуре хронических воспалений вульвы и влагалища.

Хронические вульвовагиниты способствуют формированию синехий, рубцовых изменений во влагалище и наружном зеве шейки, кондилом. Возможен переход воспалительного процесса на матку и придатки, что в дальнейшем приводит к нарушению менструальной и генеративной функций.

**Этиопатогенез вульвовагинитов.** Возникновение вульвовагинитов обусловлено рядом особенностей, присущих детскому возрасту: анатомо-физиологическими, индивидуальными анатомическими (отсутствие задней спайки, низкое расположение отверстия мочеиспускательного канала, рубцовые деформации, неполные синехии, аномалии развития наружных половых органов и влагалища), нейрогуморальными, гормональными (низкая эстрогенная насыщенность в препубертате и начале пубертата), иммунологическими (возрастная иммунологическая перестройка, временное снижение общей иммунологической активности или иммунодепрессивные состояния). Безусловно, немалая роль принадлежит также характеру причинного фактора.

Первое место среди этиологических факторов, вызывающих вульвовагиниты, занимают инфекционные. Причиной вульвовагинита может быть специфическая и неспецифическая инфекция. В большинстве случаев (60 %) причиной заболевания являются аэробные грамотрицательные микроорганизмы: кишечная палочка (46,2 %), синегнойная палочка (31,4 %), бактерии рода клебсиелла (12,9 %), протей (9,2 %). Кроме того, видное место в этиологии данной патологии занимает стафилококк (40 %).

В отечественной и зарубежной литературе также широко обсуждается вопрос о значительной этиологической роли в развитии вульвовагинита вирусов, гарднерелл, хламидий, микоплазм, уреаплазм.

В последние годы все большее значение в генезе вульвовагинитов приобретают ассоциации с участием 2–6 возбудителей аэробного и анаэробного происхождения. Смешанные инфекции составляют примерно 20–30 % в структуре инфекционных заболеваний нижнего отдела половых путей. Заболевания, вызванные смешанной инфекцией, имеют более длительное течение, протекают клинически тяжелее, часто рецидивируют, на их фоне нередко возникают различные осложнения.

Среди неинфекционных этиологических факторов наибольшее значение имеют: механические (инородное тело, мастурбация, гигиенические погрешности), термические (горячие ванны или спринцевания, грелки к промежности, ожог гениталий в результате несчастного случая), химические (повышенная индивидуальная чувствительность к лечебным веществам, неоправданно частое подмывание или спринцевание, использование с этой целью концентрированных растворов, состояние пассивной курильщицы, экологическая агрессия и др.), аллергические (лекарственные, алиментарные и др.). Однако ведущим этиологическим фактором в данной группе является сопутствующая экстрагенитальная патология.

Обострение экстрагенитальной патологии неизбежно ведет к снижению общего и местного иммунитета, что способствует инфицированию гениталий патогенной флорой или приводит к активизации условно-патогенных микроорганизмов. Рецидивы бактериальных вульвовагинитов в 82 % случаев возникают на фоне обострения экстрагенитальных заболеваний.

Деление вульвовагинитов на специфические и неспецифические достаточно условно. В результате наличия микст-инфекций вульвовагиниты все больше утрачивают свою клиническую специфичность.

### **НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВУЛЬВАГИНИТЫ**

**Анатомо-физиологические особенности и микрофлора вульвы и влагалища. Этиопатогенез неспецифических вульвовагинитов.** Анатомо-физиологические особенности вульвы и влагалища девочки (подростка) определяются периодом жизни: период новорожденности (до года), нейтральный (от 1 года до 7 лет), препубертатный (от 8 лет до менархе), пубертатный (от менархе до 14 лет), юношеский (15–18 лет). При этом каждый возрастной период характеризуется определенным функциональным состоянием яичников, концентрацией лактофлоры и рН влагалищного содержимого, состоянием местного иммунитета, что в свою очередь отражается на микроценозе влагалища.

Организм новорожденной девочки находится под влиянием эстрогенов матери, перешедших через плаценту. Они обеспечивают созревание



и ороговение эпителиальных клеток влагалища, накопление в них гликогена. Сразу после рождения эпителий влагалища многослойный, до 30–40 слоев. В течение первых суток жизни влагалище девочки заселяется лактобациллами (палочка Дедерлейна), которые расщепляют гликоген до лактата, при этом образуется кислая среда влагалища (рН 4–4,5). В течение последующих 2–3 недель эстрогены, разрушаясь в печени, выводятся из организма девочки. В результате этого постепенно уменьшается толщина эпителия влагалища. Клетки эпителия теряют гликоген, падает количество лактобацилл, рН влагалища достигает 7–8. К концу первого месяца жизни девочки слизистая влагалища истончается, флора преимущественно кокковая, палочка Дедерлейна отсутствует, исчезает механизм самоочищения влагалища. Иммунные свойства влагалища недостаточны, что способствует развитию воспалительного процесса. Детская вульва легко ранима, очень восприимчива (особенно при наличии предрасполагающих факторов) к инфекции, развитию которой также способствует большое количество малых вестибулярных желез и крипт, недостаточное смыкание срамных губ в задних отделах. Такая картина сохраняется весь период гормонального покоя (до 7–8 лет).

В пубертатном возрасте резко снижается частота воспалительных заболеваний, что связано с изменением физиологии, анатомии и биоценоза вульвы и влагалища. Половые органы находятся под воздействием эстрогенных гормонов и становятся более зрелыми. В больших половых губах возрастает количество жировой ткани, они увеличиваются и начинают прикрывать малые, возрастает толщина эпителия влагалища, влагалище постепенно заселяется лактобациллами, реакция его содержимого становится кислой. Возникновению и распространению воспалительных заболеваний в этом возрасте способствуют факторы внешней среды: половая жизнь, аборт, различные внутриматочные вмешательства.

**Клиника, диагностика, лечение неспецифических вульвовагинитов.** Клинические проявления *острых вульвовагинитов*, вызванных различными этиологическими факторами, имеют много общих черт: ощущение жжения после мочеиспускания, зуд, дискомфорт, боль в области наружных половых органов. Иногда боль появляется внизу живота (влагалища) с иррадиацией в паховую или крестцово-поясничную область. Кроме дизурических явлений больные часто отмечают запоры. В зависимости от вида возбудителя появляются бели различного характера (водянистые желтые, серозно-гнойные, иногда содержащие примеси крови).

Общее состояние детей страдает мало, хотя известны случаи возникновения неврозов при наличии выраженного зуда вульвы.

При латентном течении заболевания отсутствует выраженная клиническая картина. Главным симптомом *хронического вульвовагинита* явля-

ется зуд, гнойные выделения из половых путей. Гиперемия и экссудация уменьшаются, боли стихают.

Для диагностики вульвовагинитов имеют значение:

1. Данные анамнеза: экссудативный диатез в раннем возрасте, аллергические дерматиты, совпадение воспаления гениталий с обострением сопутствующей экстрагенитальной патологии, провоцирующие моменты — инородное тело, онанизм, гигиенические погрешности и др.

2. Данные осмотра: местно при остром процессе наблюдаются катаральные проявления от минимальной пастозности вульвы до разлитой гиперемии и инфильтрации с переходом на кожу промежности и бедер. Основным диагностическим критерием хронического вульвовагинита является уменьшение гиперемии, переход ее из диффузной в пятнистую. Пятна выступают на внутренней поверхности малых половых губ, девственной плеве, слизистой оболочке влагалища. Внутренняя поверхность малых половых губ шероховата, имеются пигментные узелки. В области промежности (ниже задней спайки) в результате застойных явлений часто образуются узелки синюшного цвета, просвечивающиеся через кожу.

3. Ректоабдоминальное исследование: обращают внимание на положение матки, соответствие ее величины возрасту пациента, наличие тяжести в области придатков, спаек.

4. Лабораторные данные: общий анализ крови, мочи, кровь на сахар, кал на яйца глист, соскоб перианальной области на энтеробиоз.

5. Бактериологические исследования: исследование мазков из влагалища (микроскопия нативного мазка и мазка, окрашенного по Граму), отделяемого из влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам; ПЦР-диагностика для исключения внутриклеточных инфекций.

Для удобства оценки результатов бактериоскопии мазков М. Л. Кортунов (1990) рекомендовал выделение типов мазков (в возрастном аспекте).

I тип влагалищного мазка (нормоценоз) характеризует нормальное состояние биоценоза влагалища. Количество лейкоцитов: до 3-летнего возраста — 1–2 в поле зрения; 3–6 лет — 1–3 в поле зрения, 7–10 лет — 3–5 в поле зрения, 11–15 лет — 7–10 в поле зрения. Количество слизи: до 7 лет — скудно, после 9 лет — небольшое, с 11–12 лет — увеличивается в ответ на гормональную активность яичников. Число клеток слущенного эпителия влагалища: до 7–9 лет — скудное, после 9 лет — 10–12 в поле зрения, что связано с нарастанием гормональной десквамации. Флора скудная, в основном грамположительные кокки. Лактобациллы определяются до 6-месячного возраста, затем исчезают до 9-летнего возраста и появляются снова с началом полового созревания.

II тип — промежуточный, характеризует переходное состояние от нормоценоза к картине вагинита. Низкое содержание лейкоцитов и эпителия, палочка Дедерлейна встречается у детей старшего возраста. Значи-

тельное количество патогенной и условно-патогенной микрофлоры. Клинические признаки воспаления скудные или отсутствуют. Количество дегенеративно-измененных клеток незначительно.

III тип влагалищного мазка отражает клинически выраженный вульвовагинит. Количество лейкоцитов — более 15 в поле зрения. Выражены фагоцитоз и слизистая реакция. Определяется значительное количество дегенеративных и реактивно-измененных клеток. Количество слущенного эпителия: до 9-летнего возраста — 9–12 в поле зрения, старше 9 лет — 15–20 в поле зрения. Палочки Дедерлейна отсутствуют. Флора смешанная, кокковая и палочковая, в большом количестве.

6. Вагиноскопия. Необходимость в проведении вагиноскопии возникает при рецидивирующем течении заболевания, подозрении на полипоз, инородное тело, которые длительно поддерживают воспаление. Во время осмотра отмечают отечность и гиперемию стенки влагалища и влагалищной части шейки матки, мелкоточечные кровоизлияния, эрозии.

7. Зондирование влагалища. Применяют при отсутствии возможности выполнить вагиноскопию.

8. Осмотр влагалища с помощью детских влагалищных зеркал (при отсутствии вагоскопа). Выполняется под местной анестезией 1%-ным раствором лидокаина области девственной плевы.

При общеклиническом обследовании девочки следует учитывать ее общий вид, физическое развитие, развитие вторичных половых признаков, состояние кожи, видимых слизистых оболочек, носоглотки, лимфатической системы и других органов и систем. В случае необходимости пациентку следует проконсультировать у педиатра или других смежных специалистов.

Лечение вульвовагинита обычно проводится амбулаторно, но при рецидивировании заболевания показана госпитализация. Оно должно быть патогенетическим и комплексным. Комплексная терапия подразумевает проведение местного и общего лечения.

Общее лечение предусматривает:

1. Строгое соблюдение личной гигиены, режима дня.
2. Исключение глистной инвазии, в частности энтеробиоза, либо проведение профилактического лечения.
3. Соблюдение гипоаллергенной диеты. Исключить из рациона продукты, содержащие облигатные аллергены: рыба, яйца, шоколад, мед, томаты, цитрусовые, острые, копченые, жареные блюда, маринованные продукты. Отдавать предпочтение свежим фруктам и овощам, кисломолочным продуктам, вегетарианским супам, кашам, приготовленным на воде.
4. Санацию хронических очагов инфекции.

5. Лечение основного заболевания, вызвавшего вульвовагинит (дифтерия, ветрянка и др.), и ликвидацию других этиологических факторов общего характера.

6. Десенсибилизирующую терапию (Димедрол, Тавегил, Супрастин, Диазолин и др.).

7. Повышение иммунитета и неспецифической резистентности организма. С этой целью применяют: витаминотерапию — витамины А, В<sub>6</sub>, Е; растительные адаптогены: элеутерококк, заманиха, настойка овса, корень солодки, эссенциале, розеола розовая; иммуностимуляторы: Метилурицил, Иммунал, нария нуклеинат, интерферонотерапия (Виферон, Циклоферон).

8. Профилактику дисбактериоза кишечника при возникновении вульвовагинита на фоне воспалительных заболеваний ЖКТ (Бактисубтил, Хилак, Бифидумбактерин, Линекс, Энтерожермин).

9. Общую антибактериальную терапию (применяется в редких случаях): при вторичных инфекционных процессах, этиологической роли гемолитического стрептококка, анаэробной и смешанной инфекции.

Местное лечение осуществляется в 3 этапа: этиотропное лечение, стимуляция процессов репарации, коррекция микробиоценоза влагалища.

Первый этап — этиотропное лечение — целесообразно начинать с орошения вульвы и влагалища антисептиками (фурацилин 1 : 5000, риванол 1 : 5000, 1–3%-ный раствор диоксидина, 20%-ный раствор альбуцида, 3%-ная перекись водорода, Мирамистин), эффективны также сидячие ванночки с настоями трав (ромашка, календула, шалфей, мята, зверобой).

При отсутствии эффекта применяются местно антибактериальные препараты (мази или влагалищные палочки с антибиотиками). Предварительно необходимо идентифицировать микрофлору и определить ее чувствительность к антибиотикам.

Важным элементом местного лечения является использование эстрогенов. Гормонотерапия показана при рецидивировании заболевания. Терапевтический эффект эстрогенов заключается в оживлении пролиферации эпителия вульвы, влагалища, цервикального канала. В результате этого происходит ускорение репаративных процессов, повышение защитных свойств слизистых оболочек, создаются неблагоприятные условия для размножения патогенной микрофлоры. С учетом побочного действия эстрогенов на организм девочки (ускорение наступления периода полового созревания, возникновение маточного кровотечения, увеличение молочных желез) целесообразно применять неактивные стероидные гормоны малыми курсами и дозами (Овестин, Сигетин либо 500 ЕД Фолликулина).

На втором этапе используют препараты, улучшающие трофику тканей, стимулирующие процессы репарации (мази с витаминами А, Е, Солкосерил, Актовегин и др.).

На третьем этапе осуществляется коррекция биоценоза влагалища эубиотиками и заселение влагалища молочнокислыми палочками (Лактобактерин, Бифидумбактерин, Бифидин).

### ВУЛЬВОВАГИНИТЫ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

**Трихомонадный вульвовагинит (урогенитальный трихомониаз).** Данная патология чаще обнаруживается у девочек до года и старше 8 лет. Заражение происходит при прохождении плода по инфицированным родовым путям, в быту и с началом половой жизни. Превалирует половой путь распространения инфекции.

Для клинической картины характерны обильные гнойные зеленоватые пенные бели, раздражающие кожу наружных половых органов, промежности, бедер. Зуд пораженных областей встречается у детей реже по сравнению со взрослыми.

Трихомонадный вульвовагинит часто сочетается с уретритом. Девочки жалуются на частое и болезненное мочеиспускание. Наружное отверстие мочеиспускательного канала отечное, гиперемировано, нередко виден гной, поступающий из уретры.

Лабораторная диагностика заключается в исследовании нативного препарата и окрашенного по Граму, что позволяет одновременно идентифицировать *T. vaginalis* и *N. gonorrhoeae*.

Урогенитальный трихомониаз часто сочетается с другими инфекциями, передающимися половым путем. Поэтому при рецидивировании заболевания целесообразно обследование на наличие сопутствующих инфекций.

Забор материала для исследования осуществляется из уретры, влагалища, цервикального канала, прямой кишки.

Для лечения трихомонадного вульвовагинита применяют средства общего и местного действия:

1. Метронидазол (Трихопол, Флагил) в таблетках по 0,25 г:

– до 5 лет — по  $\frac{1}{3}$  табл. 2–3 раза в сутки;

– 6–10 лет — по  $\frac{1}{2}$  табл. 2 раза в сутки;

– 11–15 лет — по 1 табл. 2 раза в сутки.

Курс лечения — 7 дней.

2. Орнидазол (Тиберал) в таблетках по 0,5 г — по 25 мг/кг массы тела, однократно после еды.

Для местного лечения используют растворы для влагалищных орошений (Мирамистин, Тантум Роза, Октенисепт), свечи (Тержинан, Флагил), вагинальные таблетки (Клион-Д).

После курса местного этиотропного лечения для улучшения репаративных процессов вульву и влагалище смазывают маслом облепихи, шиповника, алоэ, Актовегином, Солкосерилем.

При рецидивировании заболевания у девочек до 15 лет для лечения и профилактики реинфекции применяют иммуномоделирующую терапию вакциной СолкоТриховак (3 инъекции по 0,5 мл в/м с интервалом 2 недели, затем через год 0,5 мл в/м однократно).

Критерием излеченности считается исчезновение клинических проявлений заболевания и трехкратное отрицательное бактериоскопическое исследование, которое проводится через 7–10 дней после окончания лечения 3 дня подряд с использованием алиментарной провокации.

**Дифтерийное поражение вульвы и влагалища.** Дифтерийный вульвовагинит развивается вторично после дифтерии зева (первичным бывает крайне редко).

Клиническая картина заболевания характеризуется инфильтрацией и гиперемией вульвы с синюшным оттенком. Пациентов беспокоят незначительные серозные или кровянисто-гнойные выделения из половых путей, дискомфорт во влагалище, диспареуния. Паховые лимфоузлы увеличены, болезненные.

При вагиноскопии на слизистой влагалища обнаруживаются серые пленки, при снятии которых возникают кровоточащие эрозии.

Диагностика дифтерийного вульвовагинита осуществляется в результате распознавания основного заболевания.

Лечение направлено на улучшение репаративных процессов вульвы и влагалища для уменьшения рубцового сужения влагалища на фоне специфической противодифтерийной терапии.

**Туберкулез гениталий.** Среди внелегочных форм туберкулез гениталий занимает первое место. У девочек данная патология встречается чаще, чем у женщин. Частота заболевания в разные возрастные периоды неодинакова. Оседание микобактерий в гениталиях может происходить задолго до полового созревания, в период первичной бактеримии. Однако клинические проявления туберкулеза гениталий в раннем возрасте (до 8 лет) встречаются крайне редко. Подъем заболеваемости приходится на возраст 9–18 лет. Это связано с возрастной физиологической перестройкой вегетативной нервной системы, гормональной и иммунной систем.

Активизации специфического процесса могут способствовать различные провоцирующие факторы: физическое и умственное перенапряжение, переохлаждение, частые простудные заболевания, начало половой жизни, неполноценное питание и др.

Как и у взрослых, у детей чаще поражаются маточные трубы (почти в 100 % случаев), туберкулезный эндометрий отмечается в 30–45 % случаев генитального туберкулеза. Распространение процесса на яичники происходит в 10–12 % случаев, причем как гематогенным, так и лимфогенным путем. Поражение туберкулезом шейки матки, вульвы и влагалища наблюдается крайне редко.

Вначале заболевание развивается крайне медленно, бессимптомно, либо может маскироваться картиной другой патологии. Нередко четкие клинические симптомы генитального туберкулеза впервые появляются только в репродуктивном возрасте.

Существенная особенность клиники — длительное течение с частыми обострениями.

Часто начало туберкулезного поражения гениталий клинически проявляется симптомами общей интоксикации (слабость, утомляемость, длительный субфебрилитет, астенизация).

Для начальных стадий генитального туберкулеза у девочек характерен болевой синдром. Боли имеют постоянный ноющий характер, локализуются внизу живота, часто возникают без видимой причины и обусловлены вовлечением в патологический процесс брюшины.

Одновременно девочки могут предъявлять жалобы на запоры, диарею, метеоризм.

Вторым важным симптомом у детей являются нарушения менструального цикла по типу альгодисменореи, гипоопсоменореи, аменореи, метроррагии. Это связано со свойством туберкулезных токсинов поражать регулирующие центры, нейтрализовать половые гормоны, вызывать атрезию незримых фолликулов.

Специфический воспалительный процесс гениталий вызывает вначале функциональные расстройства, а затем приводит к необратимым анатомическим изменениям: обширному спаечному процессу органов малого таза, облитерации просвета маточных труб и полости матки.

Диагностика туберкулеза гениталий у детей представляет значительные трудности, что связано с особенностями клинического течения заболевания, ограничением возможности проведения некоторых диагностических процедур.

При постановке диагноза у детей учитывают данные анамнеза, в том числе эпиданамнеза, жалобы больной, клиническую картину заболевания и данные дополнительных методов исследования.

В детской практике возможно применение следующих диагностических методов: цитологического (аспират из полости матки), гистологического (биопсийный материал при лапароскопии), рентгенологического (гистеросальпингография у девочек, живущих половой жизнью, или в случае хорошей растяжимости девственной плевы), бактериологического (посев менструальной крови), данных УЗИ, провокационной туберкулиновой пробы.

Лечение всех форм туберкулеза, в том числе и генитального, проводится фтизиатрами. Задача детского гинеколога заключается в том, чтобы своевременно заподозрить патологию и направить ребенка в туберкулезный диспансер для углубленного обследования и лечения.

**Гонорея у девочек и подростков.** Гонорея у детей расценивается как общее инфекционное заболевание с многоочаговыми местными проявлениями, главным образом в органах половой и мочевой системы.

Различают свежую форму гонореи (длительность заболевания до 2 месяцев) и хроническую (длительность заболевания свыше 2 месяцев или начало ее не известно). Свежая гонорея подразделяется на острую, подострую и торпидную. Инфекция передается при прохождении через инфицированные родовые пути матери, бытовым путем, восходящим путем с началом менструации и половым путем.

Наиболее часто у девочек заболевание начинается остро, реже наблюдается торпидное рецидивирующее или бессимптомное течение.

Клинические проявления гонореи у детей имеют свои особенности:

1. Чаще наблюдается нисходящая гонорея: уретрит, вестибулит, вульвовагинит, кольпит. С появлением менструаций увеличивается опасность развития восходящей гонореи: эндоцервицит, эндометрит, сальпингит, пельвиоперитонит.

2. Многоочаговость поражения: помимо половых органов специфический процесс распространяется на слизистую оболочку глаз, уретры, прямой кишки.

3. На первый план выступают общие симптомы воздействия гонотоксина на организм девочки: бессонница, раздражительность, снижение аппетита, лихорадка, общая слабость.

В остром периоде при осмотре отмечается разлитая гиперемия наружных половых органов, промежности, внутренней поверхности бедер, перианальных складок, из влагалища на вульву стекают обильные гнойные выделения, которые пристают к слизистой, а при высыхании оставляют корочки на кожных покровах. Иногда на слизистой оболочке вульвы образуются эрозии. При надавливании на стенку уретры выделяется гной, наружное отверстие гиперемировано, отечно. Девочка жалуется на резь при мочеиспускании, тенезмы.

Хроническая гонорея осложняется бартолинитом, эндоцервицитом, особенно у девочек старшего возраста.

Диагностируется гонорея на основании данных анамнеза, клинической картины заболевания и лабораторного обследования (бактериоскопического и бактериологического). Диагноз гонорея выставляют только при обнаружении в мазках гонококков.

При хроническом течении процесса показано проведение провокации: химической, биологической, физиологической, алиментарной, комбинированной. Биологическая провокация проводится девочкам старше 3 лет. Применяют следующую схему введения гоновакцины:

- девочкам от 3 до 15 лет — 100–200 млн микробных тел;
- девочкам 15 лет и старше — 500 млн микробных тел.



Забор материала осуществляется через 24, 48, 72 ч.

Для лечения гонореи у девочек применяется комплексная терапия: антибактериальная (препараты группы пенициллина, макролиды, аминогликозиды, сульфаниламиды); повышение неспецифической резистентности организма (витамины, растительные адаптогены, биогенные стимуляторы); местное лечение (теплые сидячие ванночки по 10–15 мин 2 раза в день с отварами трав, смазывание очагов поражения пастой Лассара, после стихания острых явлений — спринцевание через катетер раствором калия перманганата 1 : 10 000).

При хронической и свежей торпидной форме гонореи, отсутствии эффекта от проведенной антибактериальной терапии показана специфическая иммунотерапия детям старше 3 лет. Начальная доза — 5–100 млн микробных тел. Инъекции делаются с интервалом в 2–3 дня. В зависимости от реакции организма доза увеличивается в 1,5–2 раза. На курс лечения выполняют 6–8 инъекций.

Критерий излеченности — отрицательные результаты бактериологического исследования (3 провокации и 3 посева с интервалом в 10 дней) после окончания лечения.

**Бактериальный вагиноз.** В настоящее время бактериальный вагиноз (баквагиноз) рассматривается как заболевание, связанное с дисбиозом влагалища. Нарушение микроэкологии влагалища выражается в чрезмерном увеличении облигатно-анаэробных (*Mobiluncus spp*), факультативно-анаэробных (*Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*) и условно-патогенных микроорганизмов, а также резким снижением или отсутствием молочнокислых бактерий. В последние годы установлено, что выявленная *Gardnerella vaginalis* не является определяющим патогномоничным признаком бактериального вагиноза, так как данный микроорганизм в низких концентрациях обнаруживается в норме.

Баквагиноз в основном встречается у девочек старших возрастных групп, так как в его развитии большое значение имеет гормональный фон.

Предрасполагающими факторами для возникновения заболевания являются: наличие эндокринной патологии, курение, длительный прием антибиотиков, оральных контрацептивов, снижение иммунитета.

В результате нарушения микробиоценоза влагалища рН вагинального содержимого изменяется с 4,5 до 7–7,5, анаэробы образуют летучие амины с неприятным запахом гнилой рыбы.

Основными жалобами являются зуд, жжение, дискомфорт в области влагалища, обильные серые выделения из половых путей.

Диагностика бактериального вагиноза основана на выявлении не менее 3 из 4 следующих признаков:

1) гомогенные, водянистые выделения из влагалища при отсутствии воспалительной реакции его стенок;

2) рН влагалищного содержимого более 4,5;

3) положительный аминный тест (появление запаха гнилой рыбы при добавлении к влагалищному отделяемому капли 10%-ного раствора гидроксида калия);

4) большое количество ключевых клеток (эпителиальных клеток с размытыми краями, на поверхности которых находится большое количество мелких грамвариабельных палочек) в мазках, окрашенных по Граму.

Дополнительные признаки баквагиноза:

- массивное количество микрофлоры в мазке;
- преобладание клеток эпителия над лейкоцитами;
- обнаружение в мазке менее 5 лактобацилл и более 5 гарднерелл.

Лечение следует начинать с местного применения препаратов, обладающих активностью в отношении анаэробных микроорганизмов, которые преобладают во влагалищных мазках. Следует воздержаться от назначения препаратов общего действия ввиду опасности развития кишечного дисбактериоза.

Хорошо зарекомендовали себя следующие препараты:

- вагинальный крем Далацин (1 раз в сутки в течение 7 дней);
- вагинальные свечи с метронидазолом (Флагил) (1 свеча 1 раз в день — 5–7 дней);
- Метронидазол-гель (1 аппликация 1 раз в сутки — 7 дней);
- вагинальные таблетки Клион-Д (1 табл. на ночь — 5–7 дней).

Показано также проведение коррекции дисбактериоза влагалища с использованием эубиотиков. У девочек старше 15 лет хорошие результаты дает проведение иммуномодулирующей терапии препаратом Солко-Триховак (3 инъекции в/м по 0,5 мл с интервалом 2 недели). При этом значительно улучшаются показатели местного иммунитета, наблюдается стойкое повышение палочек Дедеклейна. Ревакцинация препаратом проводится однократно через год после базовой вакцинации.

Эффективность лечения баквагиноза оценивается по исчезновению субъективных ощущений, нормализации лабораторных показателей. Первое обследование следует проводить через неделю после завершения терапии, повторное — через 4–6 недель.

**Микотический вульвовагинит.** Наиболее частым возбудителем данного заболевания являются дрожжеподобные грибы рода *Candida*.

Факторами риска для развития микотического вульвовагинита являются:

- длительное и необоснованное использование антибиотиков;
- нарушение правил личной гигиены;
- эндокринные нарушения;
- гиповитаминоз;
- иммунодефицит.

Заболевание может возникнуть в любом возрасте, но чаще в грудном, раннем детском и пубертатном.

Клиническим проявлением микотического вульвовагинита является наличие обильных творожистых выделений из половых путей. Слизистая оболочка вульвы и влагалища отечна, резко гиперемирована.

Основной жалобой больной является сильный зуд в области наружных половых органов, усиливающийся вечером и ночью. Нередко заболевание сопровождается клиникой уретрита и цистита. О генерализации процесса свидетельствует появление трещин в углах рта, налета на слизистых оболочках полости рта, языке.

Лабораторная диагностика включает:

- 1) микроскопию нативного мазка или окрашенного по Граму;
- 2) культуральный метод;
- 3) метод ПЦР;
- 4) серологический метод;
- 5) общий анализ крови, мочи;
- 6) гликемическая кривая;
- 7) анализ кала на дисбактериоз.

Лечение микотического вульвовагинита включает препараты местного и общего действия.

Для местного лечения применяют мазевые аппликации (левориновая, клотримазоловая, декаминовая), вагинальные таблетки, шарики, свечи (Пимафуцин, Клотримазол, Гино-Певарил, Тержинан, Клион-Д, Гино-Травоген).

Для общего лечения используют:

- Пимафуцин —  $\frac{1}{2}$  табл. 2–4 раза в сутки (10–14 дней);
- Низорал (Ороназол) — 5 мг/кг массы тела либо при весе от 15 до 30 кг — 50 мг 2 раза в сутки, более 30 кг — по 100 мг 2 раза в сутки (14 дней);
- Дифлюкан (Флуконазол) — детям старше 1 года из расчета 3 мг/кг массы тела в сутки (3–5 дней).

Применение нистатина нерационально.

Одновременно проводится лечение сопутствующей патологии.

Терапия также предусматривает прием витаминов, эубиотиков, стимуляцию иммунитета.

Критерий излеченности: исчезновение клинических проявлений заболевания; отрицательные результаты микробиологического исследования, которые берут через 1 неделю после лечения трижды с интервалом 7 дней.

При острой форме заболевания требуется диспансеризация сроком 3 месяца, при хронической — 1 год.

## ВИРУСНЫЕ ВУЛЬВОВАГИНИТЫ

Вирусные вульвовагиниты у девочек встречаются редко и могут быть обусловлены вирусами герпеса, гриппа, парагриппа, аденовирусом, цитомегаловирусом, папилломавирусом. Иногда встречается смешанная вирусная инфекция, которая характеризуется более выраженной клинической картиной, чем моноинфекция.

**Герпетический вульвовагинит.** Передача инфекции возможна трансплацентарно, при прохождении новорожденного по родовым путям, бытовым и половым путем.

Самой распространенной вирусной инфекцией является герпес. Генитальный герпес вызывают 2 серотипа ВПГ: ВПГ-1 и ВПГ-2.

Первичная герпетическая инфекция может проявляться общей симптоматикой: головной болью, недомоганием, ознобом, субфебрильной температурой. Девочки жалуются на боли, зуд, жжение в области вульвы.

При осмотре на коже промежности, вульвы, слизистой влагалища определяются везикулезные высыпания на отечном, инфильтрированном, несколько гиперемизированном фоне. Через 5–7 дней везикулы вскрываются, образуя эрозивно-язвенные высыпания.

Герпетическая инфекция протекает волнообразно, рецидивируя через некоторое время. При этом системные поражения отсутствуют или выражены слабо, местные проявления также менее интенсивны. Возможны abortивные рецидивы (с ослабленными клиническими проявлениями) в виде мелких единичных везикул на слегка покрасневшей или неизменной коже.

Провоцирующими факторами рецидивов простого герпеса являются: частые стрессы, переутомление, переохлаждение, частые респираторно-вирусные инфекции, нарушения иммунной системы.

Диагностика герпетического вульвовагинита основывается на жалобах, данных объективного исследования, лабораторных методах диагностики. Применяют высокочувствительные и специфичные лабораторные методы:

- культивирование вируса на культуре клеток куриного эмбриона («золотой стандарт»);
- молекулярно-генетическая диагностика (метод ПЦР);
- выявление антигенов ВПГ методом иммунофлюоресцентной микроскопии и иммуноферментного анализа.

Использование серологического метода диагностики может привести к ошибочному диагнозу, так как отражает инфицированность не только генитальным герпесом.

Материалом для исследования служит отделяемое из герпетических пузырьков, влагалища, цервикального канала, уретры.

Лечение девочек, больных генитальным герпесом, значительно затруднено, что обусловлено: персистенцией вируса герпеса в организме; иммунодефицитным состоянием детей, вызванным недостаточностью различных звеньев иммунной системы; отсутствием методов элиминации ВПГ из организма.

Цель лечения заключается в подавлении размножения вируса в период обострения заболевания, формировании стойкого иммунитета, достижении длительной ремиссии.

Комплексное лечение данной патологии включает специфические и неспецифические препараты. У девочек пубертатного возраста можно использовать следующую схему комплексной терапии:

1. Противовирусные препараты: ацикловир (Зовиракс, Виролекс) по 200 мг 5 раз в сутки в течение 5 дней, затем 4 раза в сутки — 2–3 недели.

2. Местное противовирусное лечение: линимент Госсипол 3 %; мазь Мегосин 3 %.

3. Для профилактики вторичной гнойной инфекции местное применение антисептиков.

4. Неспецифическая иммунотерапия: Тактивин, Тималин, Циклоферон, Неовир, ректальные свечи Виферон.

5. Специфическая иммунотерапия: противогерпетический или противокоревой иммуноглобулин по 3 мл в/м через 2 дня (на курс — 4–5 инъекций).

Критерий эффективности лечения: исчезновение клинических проявлений заболевания, положительная динамика титра специфических антител.

**Вульвовагиниты, вызванные вирусом папилломы человека.** В последние годы на фоне роста ПВИ у взрослых наблюдается ее рост и у детей. Инфицирование чаще происходит бытовым путем (при непосредственном контакте через кожу и слизистые) или во время беременности.

Условно выделяют 2 формы ПВИ — экзофитную (остроконечные кондиломы) и эндофитную (плоские кондиломы), которые могут диагностироваться как раздельно, так и в сочетаниях.

Наиболее специфичным проявлением ПВИ являются остроконечные кондиломы. Они представляют собой фиброэпителиальные образования на поверхности кожи или слизистых на тонкой ножке или на широком основании в виде «цветной капусты» или «петушиного гребня».

Плоские кондиломы располагаются в толще эпителия и с трудом диагностируются при осмотре.

Диагностика основывается на данных гинекологического осмотра. Наиболее частой локализацией генитальных кондилом у детей являются: малые половые губы, влагалище, шейка матки, устье уретры, клитор, область ануса. При обнаружении остроконечных кондилом и для исключения плоских необходимо проведение кольпоскопического и цитологиче-

ского исследования. Применяются высокочувствительные и специфичные лабораторные методы.

На современном этапе отсутствуют специфические противовирусные препараты и вакцины, действующие на ВПЧ, поэтому элиминации вируса из организма достичь невозможно.

Лечение ПВИ у девочек наиболее эффективно комплексным методом. Этот метод предусматривает локальное удаление генитальных кондилом на фоне лечения других инфекционных заболеваний гениталий, нормализации микробиоценоза влагалища, повышения иммунологического статуса организма.

Существуют различные способы удаления генитальных кондилом: хирургические, электрохирургические, криотерапия, лазеротерапия, использование химических препаратов (Резорцин, Солкодерм).

С целью иммунокоррекции оправдано применение интерферона и его индукторов:

- Полиоксидоний — 0,1–0,15 мг/кг массы тела с 6-месячного возраста через 48 ч курсом 7–10 инъекций;

- Неовир — 4–6 мг/кг массы тела с 8-летнего возраста в/м через день, 5–10 инъекций;

- Циклоферон — 6–10 мг/кг массы тела с 8-летнего возраста в/м 1 раз в сутки на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23-й день лечения;

- Виферон-1 (150 000 МЕ) — детям до 3 лет по 1 свече 2 раза в день;

- Виферон-2 (500 000 МЕ) — детям от 3 до 6 лет по 0,5 свечи 2 раза в день, детям старше 6 лет по 1 свече 2 раза в день, курс лечения — 10 дней.

**Хламидийный вульвовагинит.** В последние годы во всем мире отмечается рост хламидиоза, особенно среди сексуально активных девушек-подростков. Заболевание неблагоприятно отражается на их репродуктивном здоровье, а также на здоровье их потомства.

У девочек младшего возраста (1–8 лет) наиболее частой локализацией хламидийной инфекции являются наружные половые органы, влагалище, реже — мочеиспускательный канал и прямая кишка.

Заболевание вызывает *Chlamydia trachomatis*. Возбудитель размножается простым бинарным делением, но для воспроизводства нуждается в клетках организма хозяина (внутриклеточное паразитирование). Клеточный цикл развития хламидий имеет 2 основные формы существования: элементарные (инфекционная форма, адаптированная к внеклеточному существованию) и ретикулярные (вегетативная форма, обеспечивающая внутриклеточное размножение) тельца. Элементарные тельца фагоцитируются клеткой организма хозяина, но не перевариваются (неполный фагоцитоз), а превращаются в ретикулярные тельца и активно размножаются. Цикл развития хламидий составляет 48–72 ч и заканчивается разрывом

клетки хозяина с выходом элементарных телец в межклеточное пространство. В неблагоприятных для развития условиях возможна  $\alpha$ -подобная трансформация и персистенция хламидий. Хламидийная клетка может быть поглощена *Trichomonas vaginalis*.

Хламидийный вульвовагинит характеризуется длительностью течения, недостаточной отчетливостью признаков, склонностью к рецидивам. Клинические проявления неспецифичны, они включают в себя основные признаки воспаления, сходны с симптомами заболеваний, вызванных другими микроорганизмами. Основная жалоба — стойкая гиперемия вульвы, периодический зуд, возможно жжение при мочеиспускании. Выделения чаще скудные, слизистые.

Диагностика хламидийного вульвовагинита основывается на анамнестических данных, клинике заболевания, данных лабораторного исследования.

Обязательному обследованию подлежат: сексуально активные девочки-подростки; девочки, страдающие хроническими вульвовагинитами, конъюнктивитами; новорожденные от матерей, инфицированных хламидиями; девочки, у родителей которых наличествует хламидийная инфекция.

Лабораторными методами диагностики выявляют или непосредственно возбудителя (антигена) (культуральный, метод иммунофлюоресценции, иммуноферментный анализ, метод ПЦР), или хламидийные антитела (серологический метод).

Важным моментом диагностики является правильный забор материала для исследования, который производится со слизистой оболочки преддверия влагалища, уретры, в отдельных случаях — из заднего свода влагалища, а у девочек, живущих половой жизнью, дополнительно из цервикального канала. При необходимости анализ производится с конъюнктивы глаза, задней стенки глотки.

Показанием для назначения лечения является выявление возбудителя. Выявление хламидийных антител классов А, М, Y используют для определения фазы заболевания или контроля за эффективностью лечения. В острой фазе повышается титр YgM, при переходе в хроническую форму увеличиваются титры YgA, затем YgY. Снижение YgA, Y в процессе лечения свидетельствует о его эффективности.

При обнаружении хламидийной инфекции у девочки обязательному обследованию и лечению подлежат все члены семьи.

Лечение хламидийной инфекции у детей должно быть комплексным и включать назначение этиотропных препаратов, уросептиков, противогрибковых средств, интерферонов и их индукторов, эубиотиков для коррекции дисбиоза кишечника и бактериального вагиноза, проведение энзимотерапии.

В настоящее время при лечении хламидийной инфекции у детей препаратами выбора являются макролиды. Применение тетрациклинов и фторхинолонов в педиатрической практике ограничено. Назначение пенициллинов, цефалоспоринов, сульфаниламидов и т. п. противопоказано из-за возможности развития персистирующих форм хламидий.

Наиболее часто из макролидов применяются следующие:

- Суламед (Азитромицин) — 10 мг/кг массы тела 1 раз в сутки через 2 ч после еды или за 1 ч до еды, курс лечения — 5–7 дней;
- Кларитромицин (Клацид) — 7,5 мг/кг массы тела, разделенные на 2 приема, курс лечения — 7–10 дней;
- Рулид (Рокситромицин) — 5–6 мг/кг массы тела в сутки на 2 приема перед едой (максимальная суточная доза — 300 мг), курс лечения — 7–10 дней;
- Вильпрафен — 30–50 мг/кг массы тела (10 мл — 300 мг) на 3 приема, курс лечения — 7–10 дней;
- Макропен — 30–50 мг/кг массы тела в сутки (5 мл — 175 мг) на 2 приема до еды, курс лечения — 7 дней.

Применение эритромицина не всегда целесообразно, так как в результате нестабильности в кислой среде и при этом низкой биодоступности не достигается необходимая концентрация препарата в тканях, что может привести к развитию персистирующих форм.

Местно эффективно применение содержащих тетрациклин либо эритромицин мазей, свечей.

В последние годы при лечении заболеваний, передаваемых половым путем, у девочек-подростков нашли широкое применение препараты системной энзимотерапии (В. И. Кулаков, Е. Н. Богданова, 2005). Энзимы оказывают противовоспалительное действие, усиливают эффект антибактериальных препаратов. Хорошо зарекомендовал себя препарат Вобэнзим.

Доза препарата Вобэнзим:

- до 12 лет — 1 драже на 6 кг массы тела в сутки;
- старше 12 лет — с учетом ИМТ: при ИМТ < 18 — 3 драже в сутки; при ИМТ > 20 — 3–5 драже в сутки.

Препарат принимают за 30–40 мин до еды, запивая стаканом воды. Продолжительность лечения — 3–4 недели.

Контроль эффективности лечения проводится культуральным методом через 14 дней после отмены препаратов, методом ПЦР — не раньше, чем через месяц после лечения.

**Уреаплазменный вульвовагинит.** Заболевание встречается в разные возрастные периоды жизни девочки.

Среди возбудителей имеют значение урогенитальные микоплазмы (*M. hominis*, *M. genitalium* и *Ureaplasma urealyticum*).



Данная патология специфической клиники не имеет, как правило, протекает бессимптомно или в виде уретрального синдрома (частое, болезненное мочеиспускание). Иногда отмечается отек, гиперемия вульварного кольца, скудные выделения серозно-гнойного характера.

Диагностика уреамикоплазменной инфекции осуществляется с использованием специальных лабораторных методов (культуральный, ПЦР, прямой и непрямой иммунофлюоресценции). При наличии уретрального синдрома необходимы дополнительные методы исследования (общий анализ мочи, бакпосев мочи), а также консультация нефролога. Обязательно обследование всех членов семьи.

Лечение заболевания должно быть комплексным и включать антибиотики, уросептики, энзимопрепараты, препараты, повышающие защитные свойства организма и нормализующие деятельность кишечника, местное применение этиотропных средств в виде мазей, свечей, профилактику баквагиноза.

Среди антибактериальных препаратов предпочтение отдают макролидам. Однако необходимо учитывать, что *M. hominis* к ним не чувствительна. Фторхинолоны применяют при лечении девочек старшей возрастной группы, после окончания периода активного роста.

Контрольное обследование проводится через 3–4 недели после завершения лечения.

#### **ВУЛЬВОВАГИНИТЫ, ВЫЗВАННЫЕ ГЛИСТНЫМИ ИНВАЗИЯМИ, ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ**

**Вульвовагиниты, вызванные глистными инвазиями.** Из глистных инвазий у детей чаще всего наблюдается энтеробиоз. Острицы, попадая на кожу промежности, перианальной области, слизистую вульвы и влагалища, вызывают раздражение, зуд, покраснение. Развитию воспаления способствует перенос острицами в эту область кишечной палочки или энтерококка.

При постановке диагноза принимают во внимание указание родителей на беспокойство ребенка в период сна, обусловленное сильным зудом и болью в области наружных половых органов и влагалища. При внимательном осмотре половых органов можно обнаружить острицы на коже, иногда во входе влагалища. Обращает внимание утолщение анальных складок, их гиперемия. В бакпосеве обнаруживается рост кишечной палочки, энтерококков или другой кишечной флоры. Обязательно обследование на энтеробиоз.

Лечение заключается в проведении дегельминтной терапии с использованием Пирантела, Пиперазина адипината. Одновременно проводится местное лечение. Обязательно проведение профилактического лечения энтеробиоза всех членов семьи.

**Вульвовагиниты, обусловленные инородными телами.** В практике детского гинеколога встречаются вульвовагиниты, связанные с введением девочками во влагалище инородных тел (фруктовые косточки, бобовые плоды, пуговицы, клочки бумаги, ваты).

Введение инородного тела во влагалище вызывает асептическое воспаление, к которому в дальнейшем присоединяется инфекция, чаще смешанного характера.

В клинике данной патологии ведущим симптомом являются обильные кровянисто-гнойные выделения с неприятным запахом, которые вызывают раздражение кожи промежности, перианальной области. Хроническое течение воспаления может быть причиной образования полипов влагалища, шейки матки.

Подозрение на инородное тело возникает ввиду упорно рецидивирующих гнойно-кровянистых выделений на фоне проводимого лечения. В таких случаях показана вагиноскопия для подтверждения диагноза и удаления инородного тела. Манипуляция проводится под внутривенным наркозом с последующим проведением местного лечения (промывание дезинфицирующими растворами, применение мазей для улучшения трофики тканей).

#### **ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ**

Несвоевременно леченный острый вульвовагинит, особенно на фоне провоцирующих факторов, переходит в хронический. Это способствует развитию ряда осложнений: синехий, дистрофии вульвы, рубцовых изменений во влагалище и в наружном зеве шейки матки, полипов, кондилом, экземы, лейкоплакии, трещин, распространению инфекции на мочевыводящие пути.

Длительное течение воспалительного процесса способно вызвать изменение функциональной активности в системе «гипоталамус – гипофиз – яичники», что в свою очередь может способствовать возникновению других гинекологических заболеваний.

Рубцовые изменения во влагалище могут создать в будущем препятствия к половой жизни, наступлению беременности и родоразрешению.

**Синехии половых губ.** Данная патология встречается у девочек в возрасте 2–5 лет.

Синехии образуются за счет сращивания эпителия при вульвовагинитах различного генеза. В процессе заживления эпителий с одной половой губы нарастает на поверхность другой, в результате чего образуются своеобразные «эпителиальные мостики». Сросшиеся половые губы закрывают вульву, вход во влагалище, наружное отверстие мочеиспускательного канала. Нарушенный отток мочи поддерживает воспаление, инфекция может распространиться с гениталий на мочевыводящие пути.

Лечение синехий необходимо проводить сразу после их обнаружения. Оно заключается в разъединении синехий тупым (надавливание на большие половые губы) или острым (разъединение с помощью пуговчатого зонда) путем. Синехии могут исчезнуть после двухнедельного воздействия эстрогенами. С этой целью используют мази с добавлением фолликулина или крем Овестин.

**Дистрофия вульвы.** Встречается у девочек дошкольного возраста. Беспокоит зуд вульвы, наблюдается возбужденное состояние пациентки.

Выделяют 2 формы дистрофии вульвы: гиперпластическая и склеротический лишай.

*Гиперпластическая дистрофия* вульвы представляет собой гиперкератоз с эпителиальной пролиферацией и глубокой воспалительной инфильтрацией.

Лечение предусматривает:

- 1) соблюдение гигиенического режима;
- 2) витаминотерапию (Аевит — 1–2 капсулы ежедневно в течение 2 месяцев);
- 3) местно: ванночки с отваром коры дуба, ромашки, затем смазывание пораженных мест мазями с фолликулином и кремом Овестин.

*Склеротический лишай* характеризуется наличием истонченного эпителия с глубокой инфильтрацией подлежащей ткани лимфоцитами. Складки кожи сглажены, под эпителием расположены гологенные зоны лимфоцитарной инфильтрации.

Лечение включает:

- 1) витаминотерапию (витамины группы В, Аевит в течение 3 недель);
- 2) местно: ванночки с отваром коры дуба, ромашки, череды, смазывание метилурациловой мазью, Целестодермом, кремом Овестин.

Девочки, перенесшие вульвовагиниты, подлежат диспансерному наблюдению у детского гинеколога, что будет способствовать профилактике осложнений и правильному формированию репродуктивного здоровья.

## САЛЬПИНГИТЫ

Воспалительный процесс придатков матки (сальпингоофорит) у девочек чаще всего вторичен. В большей степени поражаются маточные трубы (сальпингит), реже — яичники (офорит). Сальпингит может быть следствием перехода воспалительного процесса с органов брюшной полости на маточную трубу. Довольно часты сальпингиты после острого гнойного аппендицита, дизентерии или какого-либо другого воспалительного процесса органов брюшной полости.

Переход воспалительного процесса возможен по складке брюшины между брыжейкой аппендикса и правыми придатками, в которой находят-

ся анастомозы между кровеносными и лимфатическими сосудами толстого кишечника и правых придатков.

Распространению инфекции по органам брюшной полости также способствует характерное для детей недоразвитие сальника, благодаря чему не происходит быстрого отграничение острого воспалительного процесса, например острого аппендицита.

У девочек до 7–8 лет наблюдается так называемый криптогенный перитонит. При данной форме перитонита в воспалительный процесс вовлекаются и маточные трубы, возникает острый сальпингит.

Что касается инфекционного аспекта сальпингита, то его далеко не всегда удается выявить. Полагают, что им может быть кишечная палочка, стафилококк, также обнаруживают микоплазмы, бактериоиды, хламидии и другую флору.

Клиническая картина проявляется болями внизу живота, нарушениями менструального цикла, появлением белей. Ведущий симптом — боли внизу живота с одной или обеих сторон. Они могут усиливаться при физической нагрузке, охлаждении, во время менструации. Боли могут возникать резко, но чаще появляются как бы исподволь. У многих подростков с сальпингитом увеличивается продолжительность менструации, количество менструальных выделений, усиливается болезненность менструации.

Бели далеко не всегда сопровождают сальпингиты, но в некоторых случаях могут соответствовать инфекционному фактору, вызвавшему сальпингит (гонорея, хламидиоз, *Candida albicans* и др.).

**Острый сальпингит.** При остром сальпингите боли внизу живота возникают внезапно, резко или быстро нарастают. Появляются симптомы раздражения брюшины, метеоризм. Повышается температура тела, учащается пульс, нарушается деятельность кишечника. В анализе крови отмечаются лейкоцитоз и повышение СОЭ.

Диагностика острого сальпингита основана на следующих данных:

- 1) общее состояние пациентки;
- 2) наличие или отсутствие симптомов раздражения брюшины;
- 3) наличие или отсутствие выделений из влагалища, локализация болевого симптома при двуручном ректоабдоминальном исследовании, более резкая болезненность при пальпации одного из придатков матки, увеличение или «пастозность» в области придатков.

В затруднительных случаях применяется лапароскопия.

Диагноз острый сальпингит при лапароскопии ставят в тех случаях, когда обнаруживают утолщенную гиперемированную маточную трубу, расширенные сосуды ее стенки, свежие спайки вокруг нее, мутный выпот в брюшной полости.

Лечение включает следующие мероприятия:

- 1) постельный режим, регуляцию функции кишечника;

- 2) дезинтоксикационную терапию;
- 3) применение анальгетиков;
- 4) антибиотикотерапию.

**Хроническое воспаление придатков матки.** У девочек пубертатного возраста, как правило, наблюдается хроническое воспаление придатков матки. Девочки обращаются с жалобами на ноющие боли внизу живота с одной или обеих сторон.

Причиной хронического воспаления придатков матки считают сочетание бактериальной инвазии и нарушения тканевого иммунитета. При этом возникает иммунное воспаление, которому свойственно неравномерное течение с периодами затихания и обострения. Иммунной недостаточности в пубертатном периоде способствуют изменения уровня гонадотропных и половых гормонов, физические и психические перегрузки, переохлаждение.

Хронизации процесса способствуют спайки в брюшной полости. В основе образования спаек лежит снижение функции фибринолитической системы, чему содействует воспалительный процесс брюшины, аутосенсбилизация и снижение защитных сил организма.

Диагностика хронического воспаления придатков матки у девочек основывается на следующих факторах:

- 1) жалобы на боли внизу живота, которые появились более месяца назад;
- 2) при ректоабдоминальном двуручном исследовании наличие болезненности, тяжести, в области придатков матки иногда утолщения маточных труб или тубовариального малоподвижного образования;
- 3) обнаружение спаек в области придатков (на это указывает урчание кишечника под пальцами исследователя) или болезненных при попытке смещения тубоовариальных тяжистых образований;
- 4) нарушение менструальной функции.

Лапароскопическими признаками хронического сальпингита являются:

- отечность стенок маточной трубы;
- наличие спаек в области маточной трубы;
- варикозные изменения вен маточной трубы, мезосальпинкса и широкой связки матки;
- повышенное количество жидкости в брюшной полости.

Лечение хронического воспаления придатков матки у девочек должно быть направлено на борьбу с инфекционным агентом, повышение защитных сил организма, рассасывание спаек, устранение сопутствующих воспалительных заболеваний ротоносоглотки и ЖКТ.

Наилучшие результаты дает лапароскопическая санация органов брюшной полости. Это промывание брюшной полости и полости малого таза дезинфицирующими растворами, разделение спаек, введение анти-

биотиков широкого спектра действия в маточную трубу (при наличии признаков подострого воспалительного процесса). После лапароскопии проводится лечение физическими факторами: диадинамическими токами, переменным магнитным полем, ультразвуком в импульсном режиме.

Широко применяется витаминотерапия для стимуляции иммунитета. Одновременно проводится терапия нарушений менструальной функции.

## САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

### СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

**Задача 1.** Пациентка Б., 14 лет, поступила для стационарного лечения с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры до 38°.

Считает себя больной около недели, заболевание связывает с переохлаждением. Состояние при поступлении удовлетворительное. Живот мягкий, болезненный при пальпировании в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет.

Двуручное ректоабдоминальное исследование: матка в положении антефлексию, не увеличена; придатки с обеих сторон утолщены, резко болезненны; своды свободные; выделения серозные.

Анализ крови: эритроциты —  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ , Hb — 126 г/л, лейкоциты —  $7,8 \cdot 10^9/л$ , СОЭ — 38 мм/ч.

Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Определите врачебную тактику.

**Задача 2.** Пациентка П., 17 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на гнойновидные выделения из влагалища, зуд наружных половых органов, частые позывы на мочеиспускание.

Менструации с 13 лет, через 28 дней, по 4 дня, безболезненные, умеренные. Половая жизнь с 16 лет.

Считает себя больной в течение 3 недель. Заболевание началось через 5 дней после возобновления половой жизни.

Гинекологическое исследование: внутренняя поверхность больших половых губ и малые половые губы гипермированы, отечны. Из влагалища обильные гнойные жидкие выделения. В окружности наружного отверстия уретры значительная гиперемия. Уретра при пальпации болезненна. Осмотр с помощью зеркал: слизистая влагалища отечна, гипермирована, местами с точечными кровоизлияниями. Во влагалище обильное гнойное содержимое. Влагалищная часть шейки матки гипермирована. Из канала шейки гнойное отделяемое. Влагалищное исследование без особенностей. Взяты мазки из уретры, заднего входа влагалища, канала шейки матки.

Установите диагноз. Назначьте лечение.

**Задача 3.** Пациентка Л., 17 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на тупые боли по всему животу, рвоту, кровянистые выделения из влагалища.

Половая жизнь с 16 лет. Заболела остро через 5 дней после очередной менструации.

При поступлении состояние средней тяжести. Температура — 37,9°, лейкоцитоз —  $12 \cdot 10^9/\text{л}$ . Пульс частый. Язык обложен, суховат. Живот умеренно вздут, напряжен. Выражены перитонеальные симптомы.

Гинекологическое исследование выполнено с трудом из-за резкой болезненности: матка без особенностей, резко болезненна при смещении, с обеих сторон пальпируются увеличенные плотноватые конгломераты придатков; своды свободны; выделения небольшие, кровянистые.

Бактериальное исследование мазков из уретры и цервикального канала показало наличие гонококков.

Поставьте диагноз. Определите тактику ведения.

**Задача 4.** Пациентка Л., 17 лет, жалобы на частое болезненное мочеиспускание, выделения из половой щели с неприятным запахом, зуд. Заболевание связывает со случайной половой связью около недели назад.

Осмотр с помощью зеркал: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, отечна, с мелкоочечными кровоизлияниями. Выделения обильные, зеленоватые, пенистые, с неприятным запахом.

Бимануально — без особенностей.

Поставьте предварительный диагноз. Выберите методы обследования. Укажите принципы современного лечения.

## ТЕСТ

### 1. Критерии излеченности гонореи:

- а) мазок на флору после окончания лечения;
- б) бакпосев через месяц после лечения;
- в) 3 провокации и 3 посева с интервалом 10 дней после окончания лечения;
- г) 2 посева в течение 2 менструальных циклов после выписки из стационара;
- д) все перечисленное неверно.

### 2. Гонорея передается:

- а) бытовым путем;
- б) при прохождении через инфицированные родовые пути матери;
- в) восходящим путем с началом менструации;
- г) половым путем;
- д) все перечисленное верно.

**3. Для лечения хламидийной инфекции у детей препаратами выбора являются:**

- а) цефалоспорины;
- б) тетрациклины;
- в) фторхинолоны;
- г) макролиды;
- д) пенициллины.

**4. «Золотой стандарт» при выявлении уреамикоплазменной инфекции:**

- а) бактериоскопический;
- б) культуральный;
- в) серологический;
- г) метод ПЦР;
- д) метод иммунофлюоресценции.

**5. Факторы, провоцирующие рецидивы вирусной инфекции (ВПГ, ВПЧ, цитомегаловирус):**

- а) стрессы, переутомление;
- б) частые респираторно-вирусные инфекции;
- в) посещение бассейна;
- г) все перечисленное верно;
- д) правильно — а, б.

**6. Для укрепления иммунного статуса при лечении воспалительных заболеваний целесообразно использовать:**

- а) Низорал;
- б) Циклоферон;
- в) Ацикловир;
- г) Пимафуцин;
- д) Макропен.

**7. Факторы, предрасполагающие к развитию вульвовагинита у девочек:**

- а) апоплексия яичника в дошкольном возрасте;
- б) кислая реакция влагалищного секрета;
- в) щелочная реакция влагалищного секрета;
- г) атрезия влагалища;
- д) недостаток витаминов.

**8. Какой характер мазка при бактериоскопии считается нормальным у девочек:**

- а) отсутствие гонококков;
- б) вторая степень чистоты влагалища;
- в) третья степень чистоты влагалища;
- г) лейкоциты 0–1 в поле зрения, флора палочковая;
- д) наличие «ключевых клеток».

**9. Наиболее часто встречающаяся патология у девочек и подростков воспалительного генеза:**

- а) параметрит;
- б) аднексит;
- в) бартолинит;
- г) вульвовагинит;
- д) эндометрит.



**10. Анатомо-физиологические особенности половых органов девочек дошкольного возраста:**

а) щелочная реакция влагалищного секрета, слабая выраженность многослойного плоского эпителия влагалища, недостаточное смыкание срамных губ;

б) щелочная реакция влагалищного секрета, достаточное количество палочек Дедерлейна во влагалищном содержимом, отсутствие задней спайки;

в) кислая реакция влагалищного секрета, высокое положение матки и придатков, низкая эстрогенная насыщенность;

г) низкое расположение уретры, высокая эстрогенная насыщенность, возрастная иммунологическая перестройка;

д) достаточная эстрогенная насыщенность, достаточное количество палочек Дедерлейна во влагалищном содержимом, щелочная реакция влагалищного секрета.

**11. Показания для вагиноскопии у девочек и подростков:**

а) зуд наружных половых органов;

б) подозрения на инородное тело;

в) гинатрезия;

г) проявление вторичных половых признаков до 8 лет;

д) наличие остроконечных кондилом в области больших и малых половых губ.

**12. Особенности гинекологического осмотра девочек, не живущих половой жизнью:**

а) осмотр в зеркалах после дефлорации;

б) осмотр под наркозом;

в) вагиноскопия;

г) ректоабдоминальное исследование;

д) бимануальное влагалищное исследование после дефлорации.

**Ответы: 1 — в; 2 — д; 3 — г; 4 — б; 5 — д; 6 — б; 7 — в; 8 — в; 9 — г; 10 — а; 11 — б; 12 — г.**

## ЛИТЕРАТУРА

### *Основная*

1. *Занько, С. Н.* Гинекология : учеб. / С. Н. Занько. Минск : Выш. шк., 2010. 640 с.
2. *Богданова, Е. А.* Гинекология детей и подростков / Е. А. Богданова. М. : Медицинское информационное агентство, 2000. С. 84–113.

### *Дополнительная*

3. *Можейко, Л. Ф.* Становление репродуктивной системы у девочек-подростков и коррекция ее нарушений / Л. Ф. Можейко. Минск : БГМУ, 2002, 231 с.
4. *Клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц и родильниц, диагностики лечения в акушерстве и гинекологии* / МЗ РБ. Минск, 2012. 229 с.
5. *Коколина, В. Ф.* Детская гинекология / В. Ф. Коколина. М. : Медицинское информационное агентство, 1999. 500 с.
6. *Гуркин, Ю. А.* Ювенильная гинекология : в 2 ч. / Ю. А. Гуркин. СПб., 1993. Ч. 2. С. 9–20.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений .....	3
Мотивационная характеристика темы.....	3
Актуальность проблемы .....	6
Классификация воспалительных заболеваний гениталий.....	6
Вульвовагиниты.....	7
Неспецифические вульвовагиниты .....	8
Вульвовагиниты специфической этиологии.....	13
Вирусные вульвовагиниты .....	20
Вульвовагиниты, вызванные глистными инвазиями, иностранными телами .....	25
Отдаленные последствия перенесенных вульвовагинитов.....	26
Сальпингиты .....	27
Самоконтроль усвоения темы .....	30
Ситуационные задачи .....	30
Тест.....	31
Литература.....	34

Учебное издание

**Царева** Светлана Николаевна

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ  
В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. Ф. Можейко  
Редактор Н. В. Оношко  
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 18.04.13. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,09. Уч.-изд. л. 1,81. Тираж 50 экз. Заказ 64.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».  
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.