

**воспалительные
заболевания
нижних отделов
мочеполовой системы
девочек, подростков**

- **Воспалительные заболевания — вульвовагиниты** занимают первое место среди поражений урогенитального тракта у девочек и девочек-подростков, на их долю в общей структуре гинекологической патологии детского возраста приходится в среднем 60–70 %.

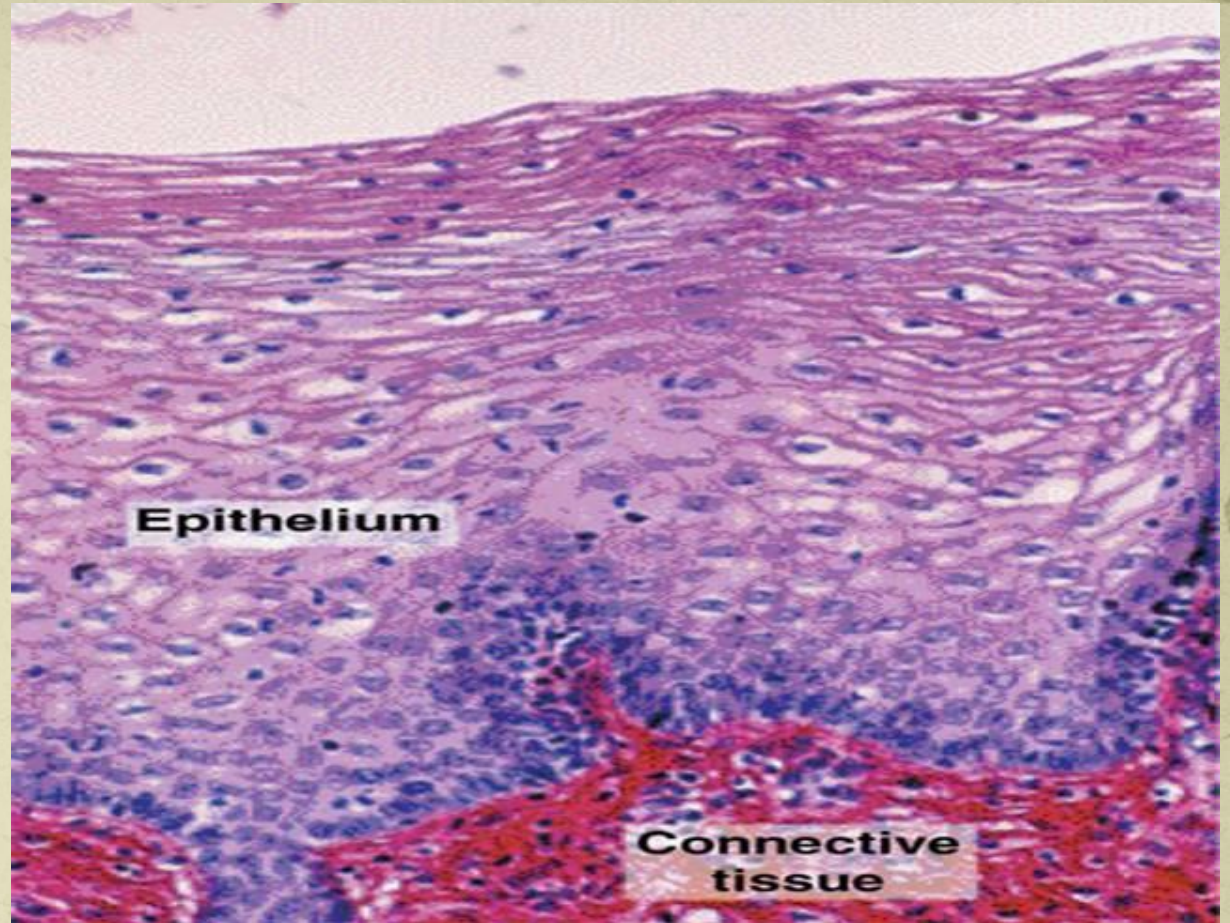
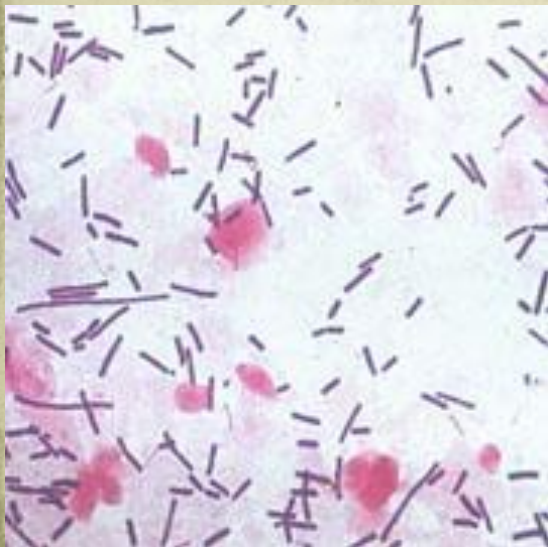
Воспалительные заболевания нижних отделов мочеполовой системы

- Вульвит
- Вульвовагинит
- Бартолинит
- Кольпит
- Экзо и эндоцервицит
- Наиболее часто встречается вульвовагинит – воспаление наружных половых органов в сочетании с воспалением влагалища.

Микрофлора вульвы и влагалища девочек в норме в зависимости от возраста

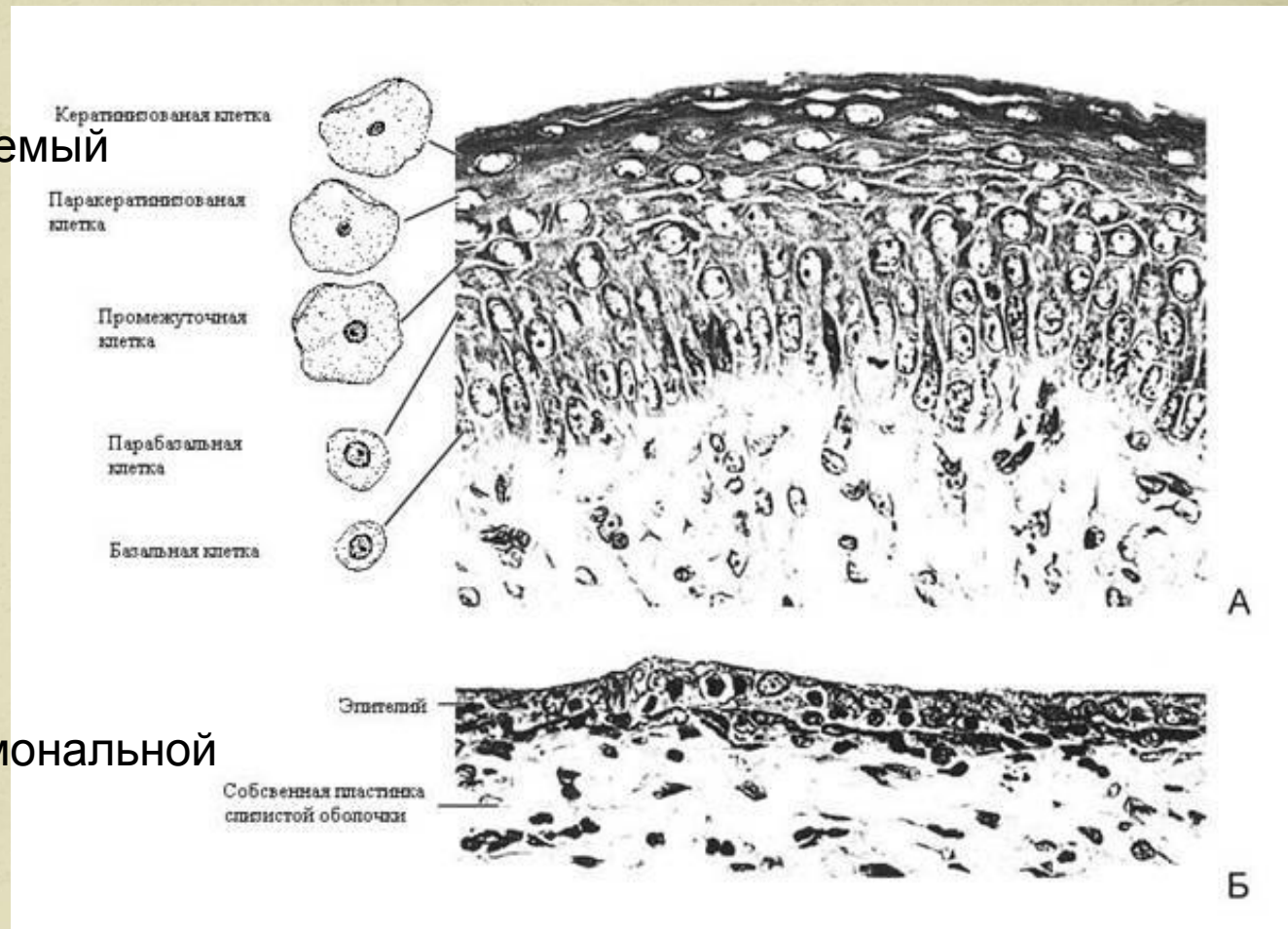
- Формирование естественной микрофлоры влагалища у здоровой девочки – сложный многофакторный процесс, в основе которого лежит взаимодействие гормональной системы с иммунологическими особенностями организма.
- При этом доминирующее значение имеет функциональное состояние яичников, наличие лактофлоры и состояние местного иммунитета.

- Организм **новорожденной девочки** находится под **влиянием эстрогенов матери**, перешедших через плаценту. Разрушаясь в печени, эстрогены выводятся из организма девочки в течение 2–3 недель.
- Сразу после рождения эпителий влагалища **многослойный, до 30–40 слоев**. Материнские эстрогены обеспечивают созревание и **ороговевание эпителиальных клеток**, накопление в них **гликогена**.
- В течение первых суток после рождения влагалище девочки заселяется **лактобациллой (палочкой Додерлейна)**, которая расщепляет гликоген до лактата, при этом среда во влагалище — кислая, **pH=4,0–4,5**.



Гинекологи исторически называют лактобациллу **палочкой Додерляйна** (Додерлейна) в честь их немецкого коллеги, который обнаружил ее в 1895 году у человека.

Эпителий, стимулируемый
эстрогенами



Эпителий без гормональной
стимуляции

- Через 2–4 часа после родов начинается процесс **сдушивания ороговевших клеток**.
- В течение 2–3-х недель постепенно **уменьшается толщина эпителиальных слоев** влагалища, **исчезает из клеток гликоген**, падает количество **лактобацилл**, и рН постепенно достигает **7,0–8,0**.
- Слизистая оболочка влагалища истончается, становится более ранимой.
- К концу первого месяца жизни девочки в вагинальных мазках преобладают **парабазальные и базальные клетки**, флора преимущественно **кокковая**. Палочка Додерлейна отсутствует, исчезает механизм самоочищения влагалища.
- Такая картина сохраняется весь период гормонального покоя (до 7–8 лет).

влагалище заселяется кокковой и бациллярной флорой - условнопатогенными микроорганизмами, с большим содержанием анаэробов

- Обследование здоровых девочек с 2-х месячного возраста до менархе показало преобладание следующих микроорганизмов:
- эпидермальный стафилококк – 84% случаев;
- дифтероиды (коринебактерии) – 80%;
- бактероиды и пептококки – 76%;
- пептострептококки – 56%;
- эубактерии – 32%;
- гарднерелла вагиналис – 32 % (в школьном возрасте);
- микоплазма – 9% (в основном до 9 лет) случаев.
- **Наибольшая частота вульвовагинитов приходится на «нейтральный» период (возраст от 1 месяца жизни до 8-9 лет).**

- После 9 лет повышается эстрогенная секреция и вновь происходят изменения во влагалищном эпителии в виде усиления пролиферации, созревания, накопления гликогена, и к 10 годам начинается заселение лактобациллами, со смещением рН среды в кислую сторону.
- К 12 годам в мазке преобладает лактофлора. Повышение эстрогенной стимуляции приводит к дальнейшему созреванию эпителия, размножению лактобацилл и к 13–14 годам рН влагалищной среды становится кислой.
- Частота вульвовагинитов после 10 лет снижается до 30–40%, уступая в пубертатном периоде заболеваниям, именуемым расстройствами менструальной функции.

Таблица 4. Нормативы вагинального мазка у девочек в зависимости от возраста (нормальный биоценоз)

Показатели	Возраст (лет)				
	1-3	4-6	7-9	10-12	13-15
1. Лейкоциты	0-2	1-3	1-3	1-4	1-4
2. Эпителий слущенный	1-2	2-3	4-5	6-8	10-12
3. Лактобациллы	-	-	-	±	+
4. Дегенеративно-измененные клетки	мало	мало	мало	мало	мало
5. Флора	в незначительном количестве грамположительная кокковая				

КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕВОЧЕК (В.Ф. Коколина, О.В. Зубакова, 1998)

● **I. Инфекционные:**

● **1. Неспецифические:**

- неспецифический бактериальный вульвовагинит,
- бактериальный вагиноз.

2. Специфические: гонорея, трихомониаз, хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, дифтерийный вульвовагинит, генитальный туберкулез, кандидозный вульвовагинит, вирусный вульвовагинит (цитомегаловирус, герпесвирус).

КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕВОЧЕК

(В.Ф. Коколина, О.В. Зубакова, 1998)

II. Первично-неинфекционные:

1. Инородное тело влагалища.
2. Глистная инвазия (энтеробиоз).
3. Онанизм.
4. Изменение реактивности организма: нарушение обмена веществ, дисметаболическая нефропатия, аллергические заболевания, дисбактериоз кишечника, заболевания мочевыводящих путей, острые вирусные заболевания, «детские инфекции».

Факторы, способствующие развитию вульвовагинитов

- Анатомо-морфофункциональные особенности половых органов девочек: тонкая дерма, разрыхленный эпидермис, рН кожи -6,7.
-
- Физиологические затворы гениталий практически не развиты.
- Автономные иммунные механизмы (во влагалище): секреторные иммуноглобулины А, лизоцим, система комплимента, фагоцитоз функционально практически не развиты. Щелочная среда влагалища, эпителий бедный гликогеном.
- Индивидуальные особенности анатомии - отсутствие задней спайки, низкое расположение мочеиспускательного отверстия, неполные или полные синехии, аномалии развития половых органов.
-

ВУЛЬОВОАГИНИТ

Воспалительное заболевание наружных женских половых органов и стенок влагалища (от лат. *vulva*-наружные женские половые органы и *vagina*-влагалище), проявляющееся в виде покраснения и выделений разного характера

Среди девочек, страдающих вульвовагинитами, 85 % составляют дети младше 8 лет.

Вульвовагинит

Этиология вульвовагинита: неспецифическая условнопатогенная микрофлора, трихомонады, дрожжеподобные **грибки**, вирусы (простого герпеса, папилломы человека, контагиозного моллюска).

Клинически выделяют: Острый вульвит и хронический вульвит

Этиология и патогенез:

В основе- перенапряжение защитных систем организма девочки-угнетение иммунитета (общего и местного), нарушение становления микробиоценозов слизистых оболочек ребенка;

- дисбиоз родовых путей у матери;
- нарушение нормального периода адаптации у новорожденного (врождённая патология, недостаточное питание, частые ОРВИ);
- гипертрофия лимфоидного аппарата носоглотки (частые рецидивы тонзиллита и фарингита, нелеченные зубы),
- неправильная гигиена или излишняя гигиена половых органов



Этиология и патогенез:

- наличие гельминтов в кишечнике,

- аллергическая предрасположенность или аллергические реакции на различные компоненты,

- употребление пищи, содержащей всевозрастающее количество веществ неприродного происхождения, синтетических компонентов,

- хронические заболевания ЖКТ и органов мочевого выделения.



Клиническая картина вульвовагинита

1. Выделения из половых путей:

- гнойные;
- с примесью крови;
- гнойно-кровянистые;
- творожистые;
- сливкообразные.

2. Гиперемия и отечность вульвы.

3. Дискомфорт (рези, жжение и т.п.).

4. Болезненность вульвы.

5. Дизурия.

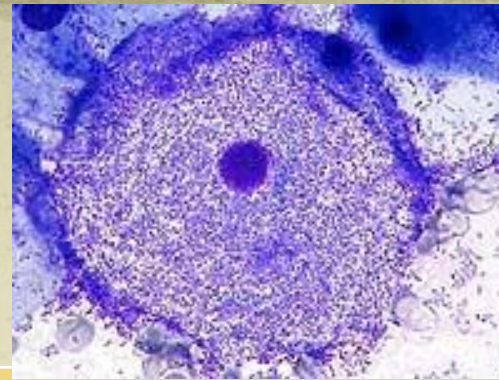
6. Зуд вульвы и влагалища.



ДИАГНОСТИКА

- **Физикальное обследование:** гинекологический осмотр, ректоабдоминальное исследование (позволяет через переднюю стенку прямой кишки пропальпировать инородное тело влагалища), визуальная оценка выделений из половых путей.
- Полное клиническое обследование, включающее клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко.

обследование при вульвовагинитах



Микроскопия нативного мазка

Наличие трихомонад, грибковой флоры, энтеробиоз, ключевые клетки, лейкоцитоз

Мазок, окрашенный по Граму

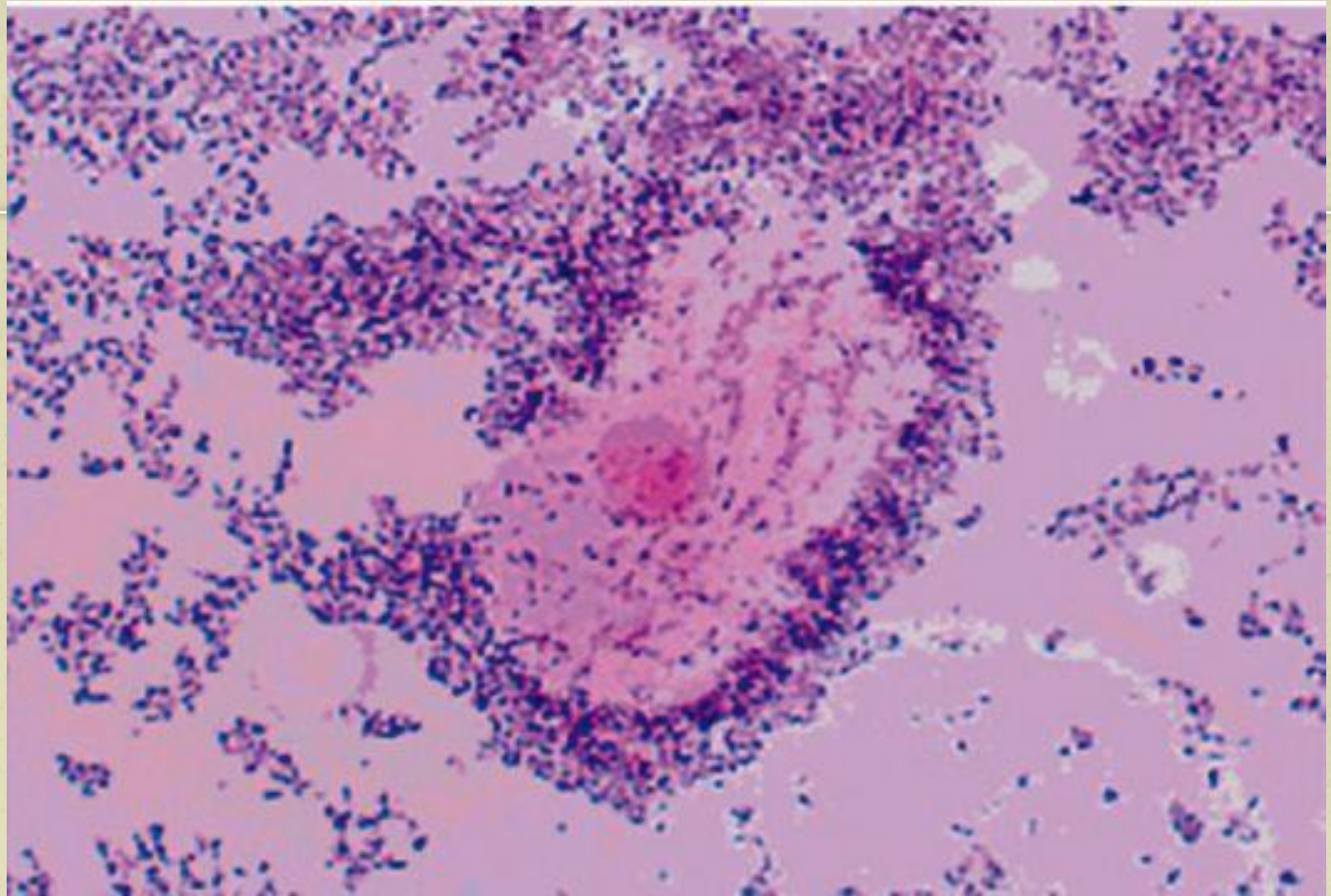
Диагностика гонореи, трихомониаза, кандидоза; лейкоцитоз,
При вульвовагините в мазке:
лейкоцитов больше 15 в п/зрения;
– слущенного эпителия – много;
– флора – смешанная, кокковая, палочковая, специфическая – в значительном количестве

Влагалищная рН-метрия

Бактериальный вагиноз, при других заболеваниях имеет относительное значение

Аминотест

Бактериальный вагиноз



Программа обследования при вульвовагинитах

исследования	результаты
Анализ кала на яйца глист, соскоб на энтеробиоз	Подтверждение глистной инвазии
Посев на аэробную флору и чувствительность к антибиотикам	Неспецифический бактериальный вульвовагинит
Определение возбудителя методом полимеразной цепной реакции (ПЦР)	Подтверждение специфической природы возбудителя
УЗИ	при подозрении на инородное тело

- Девочки 6—8 лет общее микробное число влагалищного секрета (ОМЧ) колеблется от 10^2 до 10^5 КОЕ/мл, флора преимущественно кокковая.
- У девочек старше 9 лет (но не имеющих менструаций) ОМЧ $10^5—10^6$ КОЕ/мл, лактобациллы присутствуют в количестве $10^2—10^3$ КОЕ/мл.
- У девочек, менархе у которых уже наступило, микрофлора влагалища становится обильнее, ОМЧ составляет $10^5—10^7$ КОЕ/мл, в основном это лактобациллы, количество сопутствующих им микроорганизмов обычно не превышает $10^3—10^4$ КОЕ/мл.
- Метод ПЦР используется для исследования условно-патогенной микрофлоры исключительно для качественной оценки, то есть для ответа «есть, / нет» в исследуемом материале искомая ДНК.
- Такой подход мало информативен в связи с тем, что условно-патогенные микроорганизмы могут присутствовать как при патологических состояниях (в значительных количествах), так и в норме (в ограниченном количестве). Таким образом, определение условно-патогенной флоры методом качественной ПЦР может приводить к назначению неоправданного и избыточного лечения.

- Предлагается принципиально новый подход к исследованию условно-патогенной флоры, основанный на комплексной оценке групп микроорганизмов, формирующих урогенитальный биоценоз, методом количественной ПЦР.

Фемофлор

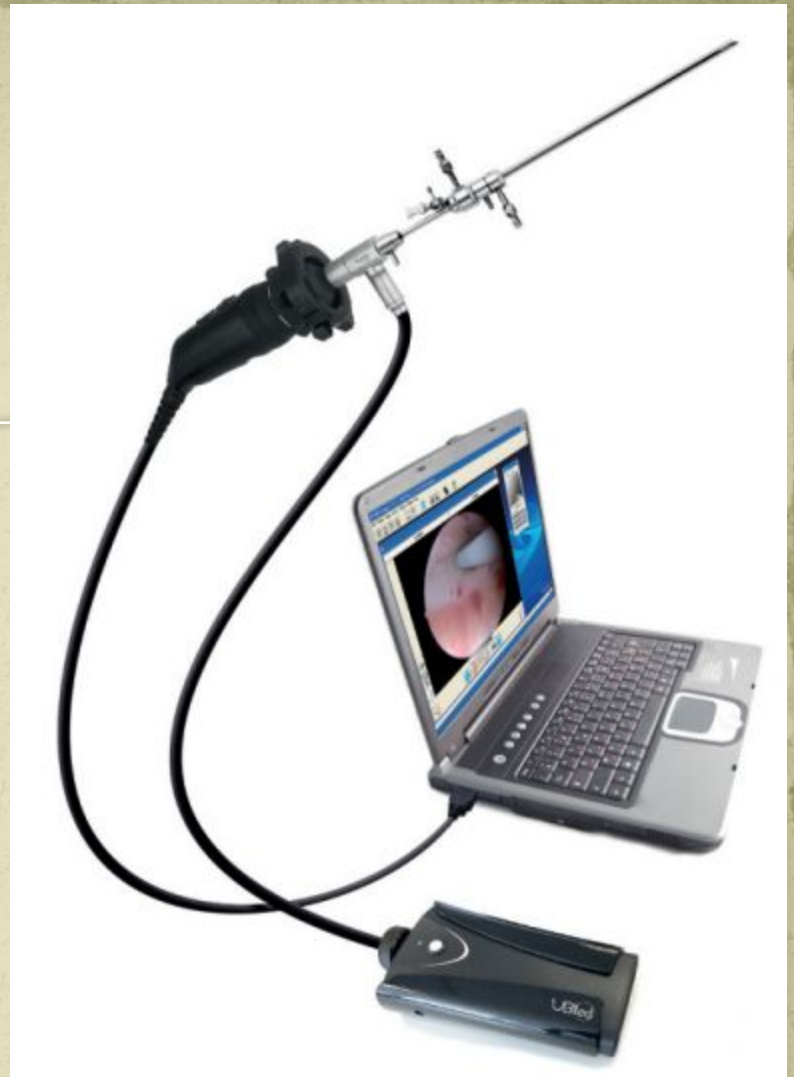
№	Название исследования	Lg(X)
1	Бакмасса	7.5
НОРМОФЛОРА		
2	Лактобактерии	6.6
ФАКУЛЬТАТИВНО-АНАЭРОБНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ		
3	Enterobacterium spp.	3.8
4	Streptococcus spp.	3.8
5	Staphylococcus spp.	3.5
ОБЛИГАТНО-АНАЭРОБНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ		
6	Gard/Pre/Porph	7.6
7	Eubacterium spp.	5.0
8	She/Lept/Fuso	не выявлено
9	Mega/Vell/Dial	5.6
10	Lachno/Clostr	5.4
11	Mobil/Coryne	3.7
12	Peptostrept	4.3
13	Atopobium vaginæ	не выявлено
ДРОЖЖЕПОДОБНЫЕ ГРИБЫ		
14	Candida spp. *	не выявлено
МИКОПЛАЗМЫ		
15	Myc.hominis *	не выявлено
17	Ureaplasma spp. *	6.1

Заключение: Выраженный анаэробный дисбиоз.

У девочек взятие материала производят со слизистой оболочки преддверия влагалища, а в отдельных случаях - из заднего свода влагалища через гименальные кольца.

Вагиноскопия

- *Степень поражения влагалища определяют с помощью вагиноскопии или осмотра влагалища в детских влагалищных зеркалах с освещением.*
- *У больных обнаруживается гиперемия стенок нижнего отдела или всего влагалища, иногда петехиальные высыпания на его стенках или творожистые налеты, выделения. Важно осмотреть не только стенки влагалища, но и шейку матки, определить состояние ее эпителиального покрова.*
- *Вагиноскопия позволяет увидеть инородное тело мягкой консистенции (вату, кусочки ткани, нитки, бумагу и т.п.), не определяемое ректоабдоминальным исследованием, взять материал для микроскопии и других видов исследования из заднего свода влагалища или из цервикального канала.*



Лечение неспецифических вульвовагинитов у девочек

- Лечение обычно проводится амбулаторно.
- В основном – местное
- Показания к стационарному лечению:
 - подозрение на инородное тело влагалища или органическую патологию внутренних органов
- Соблюдение гигиенических правил,
- Диета (ограничить количество легкоусвояемых углеводов, раздражающих веществ, увеличить употребление свежих овощей и фруктов,
- Местная терапия: сидячие ванночки с настоем трав (ромашка, календула, крапива, шалфей, мята, зверобой),
- Промывание влагалища р-рами антисептиков: 3 % перекись водорода, р-р фурацилина 1: 5000, 1–3 % р-р диоксидина, УФО вульвы.

- После вагиноскопии промыть влагалище слабо-дезинфицирующим раствором (перманганата калия, хлоргексидина биглюконата и т.п.) ввести свечу с сульфаниламидами или антибиотиком широкого спектра действия, а кожу половых губ смазать цинковой мазью, левомеколем или мазью с антибиотиком.
- После получения результатов микробиологического исследования лечение может корректироваться.
- Этиотропным и патогенетически обоснованным средством для лечения являются препараты интерферона (реаферон, виферон), которые вводятся интравагинально и ректально.
- Интравагинальное введение эубиотиков в течение 10-20 дней по 2,5-5 доз препаратов, содержащих живые бифидобактерии и ацидофильные лактобактерии.
- Одновременно с местным лечением необходимо проводить санацию очагов хронической инфекции, лечение заболеваний кожи и назначать антиаллергические препараты.

Лечение

Показания к применению иммунотерапии:

- наличие множественных очагов хронического воспаления
 - частые обострения хронических очагов воспаления
 - частые ОРВИ
 - субфебрилитет более 1 месяца
 - отсутствие клинического эффекта от проведения адекватной стандартной терапии
-

Бактериальный вагиноз

Клиника: обильные, жидкие, молочного или серого цвета выделения, с неприятным запахом «гнилой рыбы».

Диагностика БВ - ведущим является микроскопия мазков, окрашенных по Граму. Наличие «ключевых» клеток — зрелых эпителиальных клеток с адгезированными на них микроорганизмами, ассоциированными с БВ (гарднерелла, мобилункус, грамположительные кокки). Отсутствие выраженной лейкоцитарной реакции.

Для БВ характерна массивная общая микробная обсемененность.

Преобладают морфотипы облигатных анаэробов и гарднереллы; лактоморфотипы лактобацилл либо отсутствуют, либо количество их исчисляется единичными клетками в редких полях зрения.

1. Орнидазол, Метранидазол, Клиндамицин, Клион, Тиберал, вагинальный крем Далацин и др.
2. Восстановление pH, эубиотики (для кишечника, влагалища)

энтеробиоза

как правило, воспалительный процесс, вызванный занесением кишечной флоры во влагалище.

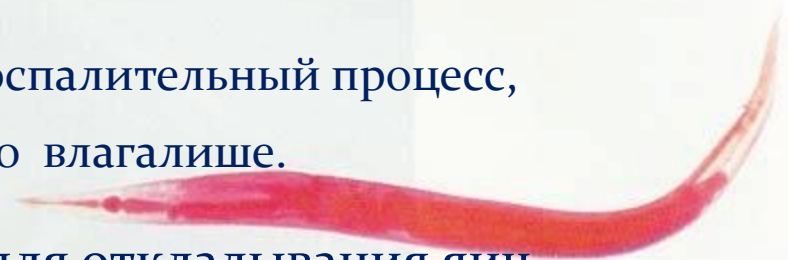
Самки остриц, выползая из кишечника для откладывания яиц, прокалывают кожу ребенка, вызывая зуд и боль. Острицы заносят во влагалище кишечную флору, вызывающую воспалительный процесс, чаще всего кишечную палочку или энтерококк.

Жалобы на беспокойный сон ребенка, зуд кожи промежности и наружных половых органов.

При осмотре наружных половых органов - утолщение анальных складок, их гиперемия. В посевах отделяемого из влагалища обнаруживаются кишечная палочка, энтерококк и другие разновидности кишечной флоры. Целесообразен соскоб с перианальных складок на яйца остриц.

Ежедневный туалет наружных половых органов и введение свечей с канамицином или другим а/б, к которому чувствительна патогенная флора.

Антигельминтная терапия.



Вульвовагинит на фоне инородного тела влагалища

Жалобы на кровянисто-гнойные обильные выделения из влагалища. Это может быть песчинка, нитки от одежды, кусочек туалетной бумаги.

Иногда дети, играя в "доктора", вводят друг другу в ухо, нос, иногда во влагалище мелкие предметы.

При зуде вульвы, вызванном острицами, почесывая половые органы, дети могут ввести во влагалище булавку, заколку, колпачок от авторучки и пр.

Ректоабдоминальное исследование девочки и вагиноскопия позволяют обнаружить инородное тело влагалища, распадающиеся грануляции на слизистой.

Дифференциальной диагностики с гроздевидной саркомой влагалища, которая чаще наблюдается у девочек 2-4 лет и может проявляться кровянисто-гнойными выделениями. При этом тяжелом злокачественном заболевании во влагалище видны виноградоподобные разрастания, распад которых вызывает сукровичные выделения.

**Лечение вульвовагинита, вызванного инородным телом
влагалища:**

- удаление инородного тела,
 - санация влагалища под контролем вагиноскопа.
-

Атопический дерматит

- Поражает **>2%** всей популяции – **80-90%** в возрасте **младше 5 лет**:

- шелушение кожи, часто в паховых складках, за ушами, на щеках, в локтевых и подколенных сгибах.

- появление эритематозной, экссудативной сыпи чаще в области щек и лба, разгибательных поверхностях голени, вокруг ануса, на половых губах.

- рецидив проявлений после погрешностей питания, использования несертифицированных средств гигиены



Атопические вульвовагиниты

Атопические вульвовагиниты наблюдаются у девочек, страдающих экссудативным диатезом, аллергическими заболеваниями.

Основа лечения - прекращение контакта с аллергеном.

Отрегулировать питание ребенка, исключить продукты, содержащие облигатные аллергены (например, рыба, яйца, цитрусовые, шоколад, мед, клубника и др.), гистаминолибераторы (мясные и рыбные бульоны, жареные, копченые, острые блюда, сыр, яйца, бобовые, квашеные, моченые, маринованные продукты, шоколад) и гистаминоподобные вещества (томаты, грецкие орехи).

Сочетание аллергического заболевания, инфекции мочеполовых органов и снижения показателей иммунограммы является показанием к назначению иммунокорректоров.

Лечение дисбактериоза кишечника, который усиливает проявления аллергии в связи с усилением всасывания аллергенов воспаленной слизистой оболочкой кишечника, нарушением превращения продуктов, повышенным образованием гистамина из гистидина пищевого субстрата под действием условно-патогенной флоры и т.п.

Антигистаминные препараты в возрастных дозировках.

Местное лечение включает ванночки из настоев и отваров фитопрепаратов (ромашки, коры дуба, календулы) - при условии их переносимости, мази с цинком, висмутом на область наружных половых органов, в которые добавляют антигистаминные препараты и небольшое количество эстрогенов.

Специфическая инфекция

Пути передачи **специфической** инфекции различны. В раннем возрасте преобладает бытовой путь передачи инфекции (через предметы обихода, места общего пользования, при нарушениях правил гигиены). У девочек-подростков, живущих половой жизнью, возможно заражение половым путем.

Гонорея

Гонорея — антропонозная венерическая инфекция, характеризующаяся гнойным воспалением слизистых оболочек.

Пути заражения: половой, интранатальный, бытовой.

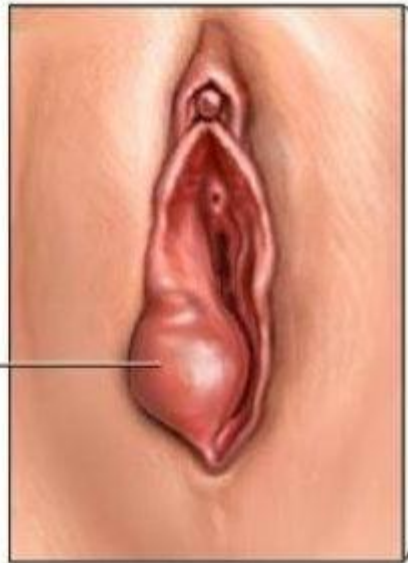
Для девочек характерна нисходящая инфекция: уретрит, вагинит, кольпит, эндоцервицит, вестибулит, бартолинит. В возрасте 3–7 лет в связи со сниженной биологической защитой гениталий характерен гонорейный вульвовагинит.

Гонорейный эндоцервицит встречается при хроническом течении гонореи у девочек в возрасте 8–10 лет и старше.

В пре- и пубертатном периодах *Neisseria gonorrhoeae* вызывает вагинит, при котором поражается призматический эпителий влагалища.

У девочек старшего возраста хроническая гонорея, как правило, приводит к таким осложнениям, как бартолиниты, эндоцервициты.

БАРТОЛИНИТ



Бартолинит — воспаление большой железы преддверия влагалища (бартолиновой). Проявляется острым инфекционным процессом и абсцессом бартолиновой железы с вовлечением окружающей клетчатки и образованием гнойной полости с пиогенной капсулой.

Гонорея

Неспецифические симптомы заболевания: бессонница, раздражительность, снижение аппетита, повышение температуры.

Характерные жалобы на боли при мочеиспускании, тенезмы.

При осмотре выявляются разлитая гиперемия и отечность клитора, половых губ, промежности, эрозии, густые гнойные выделения из половых путей, пристающие к слизистой и оставляющие корочки на кожных покровах при высыхании.

При вагиноскопии выявляются отечность и гиперемия слизистых оболочек влагалища и шейки матки.

Лечение проводится в специализированном стационаре дерматовенерологом. Системная антибактериальная терапия и местное лечение. Гоновакцина по показаниям (детям старше 3-х лет).

Трихомонадный вульвовагинит

Трихомониаз встречается у девочек до года и старше 8 лет, что связано с физиологическими особенностями влагалища.

Пути передачи: половой, контактно-бытовой, трансплацентарный. Возбудитель мочеполового трихомониаза относится к простейшим, к типу *Sacromastigophora*, классу жгутиковых, роду трихомонад.

Средой обитания возбудителя является влагалище, шейка матки и мочеиспускательный канал.

У девочек выявляются обильные пенистые желто-зеленые выделения из половых путей, с неприятным запахом, на фоне гиперемии и отека наружных половых органов. Губки уретры отечны и гиперемированы, при массаже можно выдавить небольшое количество гнойных выделений.



Трихомониаз

Лечение:

Препарат выбора – **метронидазол**

- ❖ Прием внутрь метронидазола (в возрасте 1-5 лет по 80 мг 2-3 раза в день, 6-10 лет - по 125 мг 2-3 раза в день, 11-14 лет - по 250 мг 2-3 раза в день) в течение 10 дней. Девочки-подростки принимают метронидазол по схемам, принятым для лечения трихомониаза у взрослых (500мг 2 раза в день).
- ❖ Тиберал (орнидазол) - таблетки по 500 мг 2 раза в день.
- ❖ Туалет влагалища с использованием слабодезинфицирующих средств, назначаются вагинальные препараты, содержащие метронидазол (клион Д).
- ❖ Вагинальные таблетки "Тержинан" содержат тернидазол, неомицин, нистатин и преднизолон. Действие препарата обусловлено свойствами входящих в него компонентов и направлено на вагиниты, вызванные трихомонадами, гарднереллами, пиогенными бактериями и кандидами.
- ❖ Контроль излеченности воспалительного заболевания вульвы и влагалища проводится непосредственно после окончания лечения и ежемесячно в течение последующих трех месяцев.

Микотический вульвовагинит

- Возбудителями микотического вульвовагинита являются дрожжеподобные грибы рода *Candida*, которых насчитывают свыше 80 видов. Наиболее распространен вид *Candida albicans*.
- Грибы рода *Candida* считают **условно патогенными микроорганизмами**. Они живут на коже и слизистых оболочках человека и могут вести себя как представители нормальной микрофлоры или как возбудители микоза.

Факторы риска, способствующие развитию кандидоза вульвы и влагалища:

- **иммунодефицитные состояния;**
- **дисбактериозы кишечника и влагалища;**
- **нерациональная антибактериальная терапия.**

лечения кандидоза гениталий

- 1) лечение основного заболевания;
- 2) диетотерапия с ограничением продуктов, богатых углеводами;
- 3) витаминотерапия и иммунокоррекция;
- 4) десенсибилизирующей терапия.

Общее лечение при неэффективности местного, при рецидивировании процесса, генерализации;

Эубиотики (ацилакт, лактобактерин) в свечах ректально и вагинально.

Таблица 7. Антимикотические препараты, применяемые для местного лечения вульвовагинита у девочек

Название	Лекарственная форма	Продолжительность одного курса лечения
Нистатин	мазь, вагинальные свечи	7–14 дней
Леворин	мазь	7–10 дней
Циклопирокс	крем	7–10 дней
Деквалиния хлорид	мазь	10–14 дней
Натамицин	крем, суспензия	6–7 дней
Клотримазол 1%	крем	6–10 дней
Эконазол	вагинальные свечи	3 дня
Изоконазол	шарики вагинальные	3 дня
Миконазол	вагинальные свечи	7 дней
Сангвиритрин	линимент, раствор	5–10 дней

Таблица 8. Антимикотические препараты для перорального применения при лечении кандидоза у детей

Название	Форма	Доза	Продолжительность курса	Примечание
Флуконазол	капсула (50 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг)	3–6 мг/кг/сут.	однократно или 2–3 дня	возможен повторный курс через 7 дней
Кетоконазол	капсула	4–8 мг/кг/сут.	5 дней	
Натамицин	таблетка (100 мг)	по 100 мг 2 раза	10 дней	возможен повторный курс через 7 дней

Синехии

Это сращение половых губ между собой

Частота – 38,9%

Чаще у девочек от 3 месяцев до 6 лет

Отмечается рост заболеваемости в последние десятилетия

Возможны рецидивы до 39%

В случае отсутствия лечения возможны такие осложнения как нарушение оттока мочи, заболевания мочевого пузыря, почек, вульвовагинит



Факторы риска

- Воспалительные заболевания вульвы и влагалища инфекционной природы.
- Атопический дерматит.
- Влияние местных раздражающих средств.
- Несоблюдение гигиенических мер при уходе за наружными половыми органами.
- Сочетание нескольких факторов риска.



Лечение

**Устранение всех причин,
которые привели к синехиям**

- Гормональное
(продолжительность
зависит от степени
выраженности
синехий)
- Хирургическое
(разведение синехий)
- Сочетание двух
методов

**Возможны рецидивы до
6 лет**

