

# **Вульвовагиниты у детей**

**Профессор Е.В.Уварова**

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК 1-10 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

по данным сводного отчета  
о гинекологических заболеваниях девочек РФ за 2002 год

Пораженность  
(данные профосмотров)

**74,2‰**

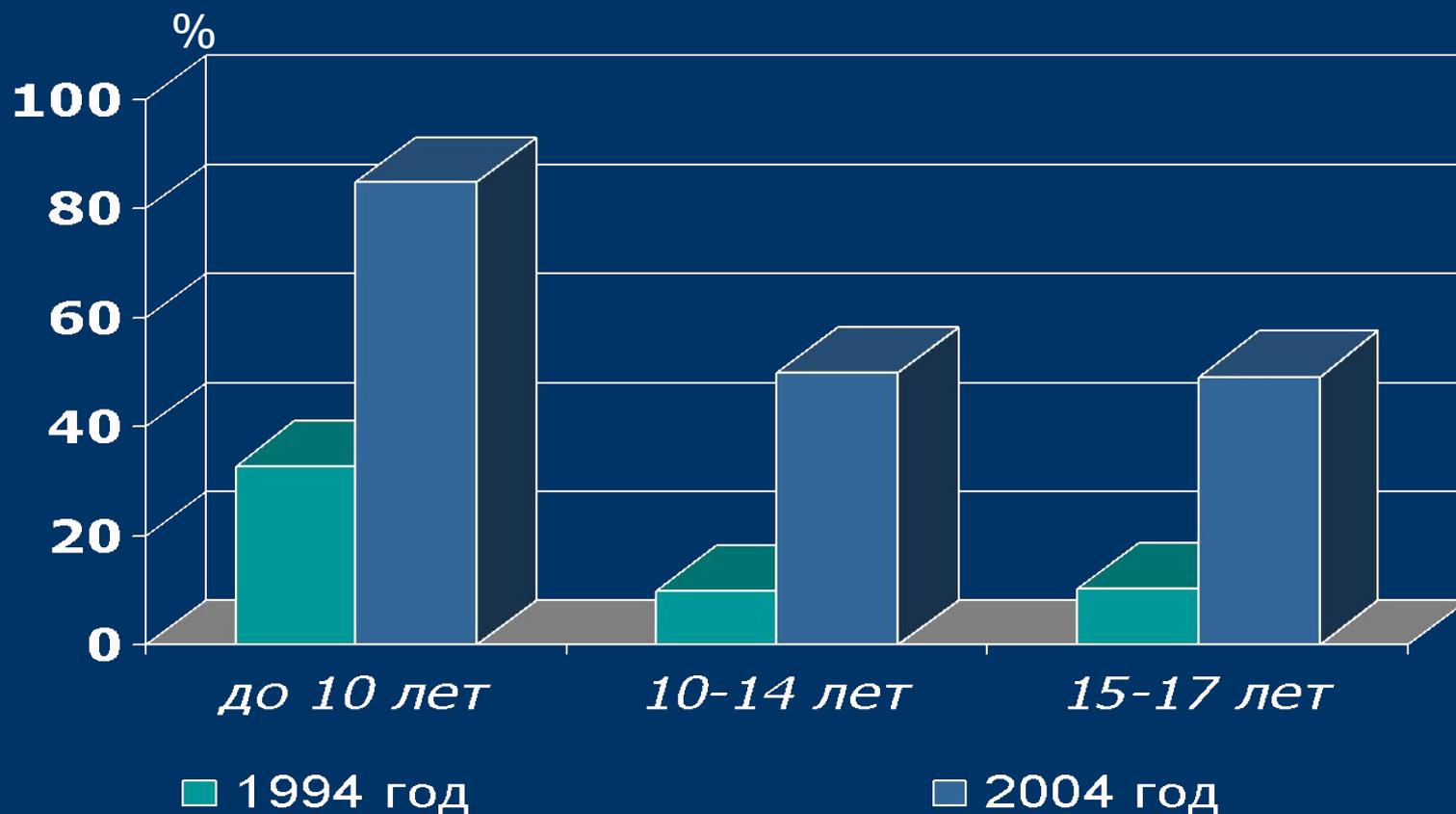
Хронический  
вульвовагинит  
бактериальной  
этиологии **48,1%**

Заболеваемость  
(на 100000 девочек)

**12900**

Хронический  
вульвовагинит  
бактериальной  
этиологии **29,8%**

# **Динамика частоты выявления вульвовагинитов в популяции девочек различного возраста**



# **Нормоценоз влагалища у детей**

# Анатомо-функциональные особенности вульвы и влагалища девочек до менархе

- Низкие бактерицидные свойства кожи промежности и вульвы
- Отсутствие задней спайки, низкое расположение наружного отверстия уретры (возможность влагалищно-уретрального рефлюкса),
- Тонкий эпителий влагалища и цервикального канала, слабо выделяющий слизь, секреторные иммуноглобулины, лизоцим
- Щелочная реакция влагалищной среды
- Преобладание бифидобактерий в ассоциации с коагулазоотрицательными стафилококками, коринобактериями и стрептококками. Лактобациллы в умеренном количестве появляются в возрасте после 8 лет.

# Анатомо-функциональные особенности вульвы и влагалища у менструирующих подростков и женщин репродуктивного возраста

- Стенки влагалища покрыты многослойным плоским ороговевающим секретирующим эпителием, обеспечивающим процессы самоочищения влагалища
- Секретом эпителия влагалища является бесцветная без запаха жидкость, рН которой лежит в диапазоне 3,8-4,5 (кислая среда)
- В норме во влагалищном секрете содержатся клетки поверхностного эпителия и их фрагменты, форменные элементы крови, белковые молекулы, в том числе секреторные иммуноглобулины и лизоцим, микробные тела, кислотные радикалы и электролиты
- В составе микрофлоры влагалища доминируют ацидофильные лактобактерии (до 95%), обеспечивая кислотность среды

**Все факторы защиты влагалищной среды взаимосвязаны!**

# Основные механизмы сохранения нормоценоза влагалища у девочек

- Десквамация и цитолиз поверхностных клеток эпителия влагалища
- Неспецифические местные антимикробные реакции организма – фагоцитоз
- Иммунные факторы: Т-лимфоциты, иммуноглобулины, система комплимента и др.
- Неспецифические гуморальные факторы: трансферрин, опсонины, лизоцим, лизин и др.

# Микроскопические особенности состояния влагалища у детей

- Отсутствие или минимум лейкоцитов (0-4 в поле зрения в 90% случаев)
- Контаминация влагалища более 20 видами микроорганизмов, титр которых колеблется на низком уровне ( $10^3$  -  $10^5$  КОЕ/мл)
- Колонизационную резистентность влагалища обеспечивают ассоциации 4 – 5 видов факультативных и строгих анаэробов

# Колонизационная резистентность

Совокупность механизмов, обеспечивающих постоянство количественного и видового состава нормальной микрофлоры, что предотвращает заселение влагалища патогенными микроорганизмами или чрезмерное размножение УПМ, входящих в состав нормального микроценоза, и распространение их за пределы своих экологических ниш.

# Типичные представители микрофлоры влагалища здоровых девочек 3-7 лет

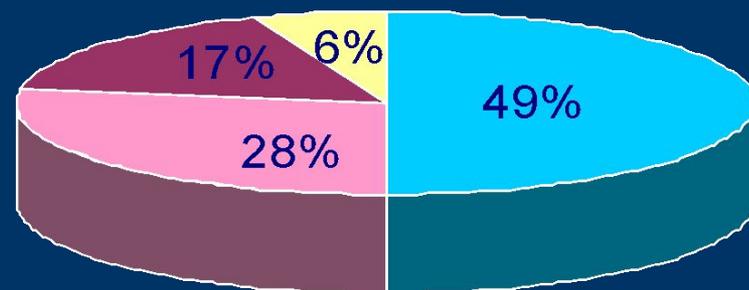
Микроорганизмы	Частота обнаружения (%)	Степень обсемененности (lg КОЕ/г)
<b>Факультативные анаэробы:</b>		
КОС	78,9	3-5
Коринебактерии	63,2	3-5
Стрептококки	78,9	4-6
Энтерококки	10,5	4-5
Кишечная палочка	10,5	<=3
<b>Строгие анаэробы</b>		
Бифидобактерии	84,2	3-5
Бактероиды	26,3	3-5
Пептострептококки	26,3	3
<b>Микроаэрофилы</b>		
Гарднерелла	10,5	5
Лактобациллы	0	-
Микопlasма хоминис	5,3	< 3

# МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТДЕЛЯЕМОГО ВЛАГАЛИЩА ЗДОРОВЫХ ДЕВОЧЕК ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

- вагинальный эпителий представлен клетками парабазального и промежуточного слоёв, часто с признаками цитолиза (68%);
- наличие тяжёлой слизи (100%)



# Соотношение различных видов *streptococcus* (I) и *staphylococcus* (II) у здоровых девочек 3-7 лет



■ *Streptococcus haemolyticus* C&F  
■ *Streptococcus nonhaemolyticus*

■ *S. simulans*  
■ *S. epidermidis*  
■ *S. haemolyticus*  
■ *S. caseolyticus&hominis*

I

II

# Факторы, предрасполагающие к возникновению вульвовагинитов

<b>Анатомо-физиологические особенности гениталий у девочек</b>	Низкая эстрогенная насыщенность. Недостаточная выработка гликогена. Истонченность, замедленная пролиферация эпителия полового тракта. Нейтральная или щелочная среда влагалища. Преобладание во влагалище кокковой флоры.
<b>Эндогенные патологические факторы</b>	Наличие экстрагенитальных очагов острой или хронической инфекции. Энтеробиоз. Снижение иммунологической реактивности. Экссудативный диатез. Сахарный диабет. Злокачественные опухоли влагалища.
<b>Экзогенные патологические факторы</b>	Инородное тело во влагалище. Травма половых органов, в том числе при изнасиловании. Применение для подмывания концентрированных дезинфицирующих растворов.
<b>Алиментарные нарушения</b>	Злоупотребление пищей, богатой экстрактивными веществами, аллергенами.
<b>Неблагоприятные социально-бытовые условия</b>	Загрязненность воды (купание девочек в закрытых водоемах, арыках). Несоблюдение правил личной гигиены. Мастурбация.

# Классификация вульвовагинитов у девочек

## **С учетом возраста:**

- Вульвовагиниты периода младенчества (0-12 месяцев)
- Вульвовагиниты периода детства (с 1 до 8 лет)
- Вульвовагиниты препубертатного периода (с 8 лет до менархе)
- Вульвовагиниты пубертатного периода (с менархе до 18 лет)

# Классификация вульвовагинитов у девочек

## С учетом особенностей клинического течения:

- Острый вульвовагинит
- Хронический вульвовагинит
- Обострение хронического вульвовагинита

# Классификация вульвовагинитов у девочек

## **Неспецифический вульвовагинит**

(бактериальный, вызванный условно патогенными микроорганизмами):

- На фоне хронических воспалительных заболеваний уха, горла, носа, заболеваний дыхательной и мочевыделительной систем, дисбактериоза кишечника;
- Атопический вульвовагинит (аллергического генеза);
- На фоне системных экстрагенитальных заболеваний (сахарный диабет, гепато-холецистит, гиперкортицизм, лейкоз );
- На фоне выпадения или снижения функции яичников;
- Бактериальный вагиноз;
- На фоне механических, химических и термических повреждений вульвы и влагалища;
- На фоне глистной инвазии;
- На фоне инородного тела;
- На фоне красного плоского лишая;
- На фоне склеродермии или дистрофии вульвы (склероатрофического лихена)

# Классификация вульвовагинитов у девочек

## **Специфический вульвовагинит:**

- Хламидийный
- Микоплазменный
- Вирусный
- Трихомонадный
- Гонорейный

# ***СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕВОЧЕК ПРИ ВУЛЬВОВАГИНИТАХ***

1. Тщательно собранный анамнез.
2. Осмотр наружных половых органов.
3. Вагиноскопия.
4. Ректо-абдоминальное исследование.
5. Микроскопическое исследование отделяемого влагалища.
6. Посев из влагалища на флору и чувствительность её к антибиотикам.
7. Исследование на глистную инвазию (анализ кала на яйца глистов, соскоб с перианальных складок на энтеробиоз).
8. Определение возбудителя методом полимеразной цепной реакции (подтверждение специфической природы возбудителя)

# Факторы успешного лечения вагинальных инфекций

- **Немедленное начало лечения после установления клинического диагноза**
- **Применение наиболее эффективных современных методов лечения**
- **Воздержание от половой жизни, либо защищённые половые контакты во время лечения**
- **Обследование и лечение половых партнёров (по показаниям)**

# Принципы лечения вагинальной инфекции

*деконтаминация вагинального биотопа:  
антисептики,  
антибактериальная терапия*



*восстановление  
колонизационной резистентности  
и эубиоза влагалища*

# Требования к препаратам для лечения вагинальных инфекций

- ✓ **Высокая эффективность**
- ✓ **Низкая токсичность и хорошая переносимость**
- ✓ **Медленное развитие устойчивости возбудителя к применяемым лекарственным средствам**
- ✓ **Максимально краткая схема лечения**
- ✓ **Возможность применения в любом возрасте**



# Вульвовагинит на фоне глистной инвазии

<b>ПИРАНТЕЛ</b>	<i>Внутри однократно из расчета 10 мг/кг, на ночь. Повторить прием через 3-4 недели.</i>
<b>ПИПЕРАЗИН</b>	<i>В течении 2-х дней: детям до 1 года - 200 мг/кг; от 2 до 3 лет - по 300 мг/кг; от 4 до 5 лет - по 500 мг/кг; от 6 до 8 лет - по 750 мг/кг; от 9 до 12 лет - по 1,0г./кг; от 13 до 15 лет - по 1,5г./кг.</i>
<b>ДЕКАРИС</b> ( левамизол )	<i>Форма выпуска: тб. Однократно в дозе 2,5 мг/кг,вечером.</i>
<b>ВЕРМОКС</b> ( мебендазол)	<i>Детям от 2 до 10 лет 25-50 мг однократно; через 3-4 недели повторить в той же дозе</i>

# Схема дегельминтации девочек с вульвовагинитами на фоне глистной инвазии

1 день - декарис однократно 2,5 мг/кг

5,6 и 7 день – вермокс 25-50 мг в сутки

18,19 и 20 день - вермокс 25-50 мг в сутки

**Дегельминтация проводится  
всем членам семьи!**

**Атопический  
вульвовагинит  
у девочек**

# АТОПИЧЕСКИЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ

## Местная терапия

### Острая стадия:

- Ванночки, примочки (1% р-р танина, р-р риванола 1:1000, настой коры дуба, настой крепкого чая, жидкость Бурова и др.)
- Мазевые аппликации с противовоспалительными антигистаминными средствами (адвантан, целестодерм, фторокорт, дермовейт, «детская мазь» и др.)
- Обработка вульвы и промежности кремом «Малавит» (после каждого подмывания)

### Хроническая стадия:

- средства улучшающие микроциркуляцию и метаболизм в очагах поражения (актовегин, гепароид, гепариновая мазь, лиотон 1000)
- эпителизирующие и кератолитические средства (бепантен, солкосерил и мази с витамином А)

# Пропись «детской мази»

*Rp: Ac.Borici 0,2*

*Vismuthi 2,0*

*Zinci oxydaty 4,0*

*Lanolini*

*Vazelini aa 20,0*

*Dimedroli 20 мг*

*M. f. ung.*

*S. Для наружного применения*

# АТОПИЧЕСКИЙ ВУЛЬОВОАГИНИТ

## Системная терапия

- Препараты улучшающие или восстанавливающие функциональное состояние желудочно-кишечного тракта (фестал, дигестал, мезим-форте, панзинорм, хилак-форте, вобэнзим и др.
- Иммуномодулирующая терапия при обычном не осложненном течении атопического вульвовагинита не назначается. При осложненном течении рекомендованы препараты растительного происхождения (тонзилгон, синупрет), антигемотоксические препараты (гинекохель, траумель С, энгистол, эуфорбиум-композитум и лимфомиозот), иммуномакс
- Антибактериальная терапия – применение антибиотиков целесообразно только при сопутствующей пиодермии (обязательно определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам). Предпочтение отдается использованию макролидов, цефалоспоринов 1 и 2 поколения, линкомицина.

# АТОПИЧЕСКИЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ

## Антигистаминные препараты:

- Хлоропирамин (супрастин) до 1 года по 6,25мг (1/4 таб), от 1 до 6 лет по 8,3мг (1/3 таб), от 6 до 14 лет – по 12,5мг 2-3 раза в сутки.
- Хифенадин (фенкарол) до 3 лет – 5мг, от до 7 лет по 10-15мг, старше 7 лет по 15-25мг 2-3раза в сутки.
- Кетотифен (задитен, кетоф, астафен) от 1 до 3 лет по 0,0005г 2 раза в сутки, старше 3 лет по 0,001г 2 раза в сутки
- Лоратадин (кларитин) детям старше 2 лет и с массой тела до 30 кг по 5мг, с массой тела более 30 кг по 10мг 1 раз в сутки.
- Фексофенадин (телфаст) детям старше 12 лет – 0,12 или 0,18 г 1 раз в сутки.

# **Бактериальный вагиноз у детей**

- **Бактериальный вагиноз – инфекционный невоспалительный синдром, по сути являющийся дисбактериозом влагалища, характеризующимся существенным уменьшением количества бифидобактерий в периоде детства и лактобактерий у подростков и усиленным ростом условно-патогенных анаэробных микроорганизмов**
- **Специфических возбудителей БВ не существует**
- **В роли этиологического фактора выступает ассоциация анаэробных и факультативно анаэробных микроорганизмов (гарднерелл, микоплазм, в т.ч. уреаплазм, мобилункусов и др.)**
- **Бактериальный вагиноз не относится к ИППП**

# *«Ключевые клетки»*



# Возрастные отличия бактериального вагиноза

## Девочки до менархе\*

- Особенностью гормонального фона является гиперэстрогемия
- При микроскопии вагинального мазка выявляется не типичный для этого возраста поверхностный эпителий, много слизи, умеренная или выраженная лейкоцитарная реакция
- Уменьшение количества бифидобактерий ( $<10^4$  КОЕ/мл) у 100% больных
- Преобладание в биотопе влагалища гарднерелл в ассоциации преимущественно с бактероидами, реже с пептострептококками и мобилункусом в титрах до  $10^6$  КОЕ/мл

## Менструирующие подростки и женщины\*\*

- Особенностью гормонального фона является нормо- или гипозэстрогемия
- Бессимптомное течение заболевания из-за отсутствия воспалительной (лейкоцитарной) реакции влагалищного эпителия у 50% больных
- Исчезновение (85,7%) или уменьшение количества (14,3%) лактобацилл при массивном общем количестве микроорганизмов ( $>10^9$  КОЕ/мл)
- Ассоциация гарднерелл с бактероидами и мобилункусом в титрах  $>10^8$  КОЕ/мл, реже с эпидермальным стафилококком, энтерококком, клебсиелой и микоплазмами.
- Сочетание бактериального вагиноза с вагинальным кандидозом (у 10-15% больных).

\* - Е.В.Уварова, А.С. Анкирская, Н.Х.Латыпова, 2004

\*\* - В.В. Муравьева, 1997

# Диагностика бактериального вагиноза\*

## Клиническая картина:

- Наличие обильных жидких пенистых серовато-белых выделений из влагалища со специфическим запахом несвежей рыбы, иногда отмечается зуд вульвы и промежности
- Щелочная реакция влагалищного отделяемого (pH >4,5)
- Положительный аминный тест

## Микробиологическая характеристика:

- Преобладание поверхностных клеток эпителия над лейкоцитами
- Наличие массивного количества «ключевых клеток» и микроорганизмов (> 10<sup>3</sup> клеток в поле зрения) в мазках, окрашенных по Граму
- Отсутствие микроорганизмов морфотипа лактобактерии (у детей до менархе - бифидобактерий)
- Обнаружение в поле зрения морфотипов анаэробов (бактероиды, гарднереллы, пептострептококки, мобилункус, фузобактерии, лептотрихии)

• - диагностика основана на выявлении не менее 3 симптомов

# Эволюция методов антибиотикотерапии БВ

- ✓ **1960-1970г.г.** – малоэффективное лечение с использованием эритромицина, тетрациклина
- ✓ **1970-е г.г.** – условно эффективное лечение с применением ампициллина
- ✓ **1980-е г.г.** – внедрение в практику пероральных и местных форм Далацина (клиндамицина) и метронидазола
- ✓ **1990-е г.г.** – включение Далацина (клиндамицина) и метронидазола в официальные международные рекомендации по лечению БВ

# Бактериальный вагиноз и трихопол

Таблетки 250 мг x 20  
(для перорального применения)



Таблетки 500 мг x 10  
(для внутривлагалищного  
применения)

+

Комбинированное  
лечение

# Механизм действия трихопола

**Метронидазол - производное 5-нитроимидазола**

5-Нитрогруппы метронидазола восстанавливаются

внутриклеточными транспортными протеинами  
анаэробных микроорганизмов и простейших



Восстановленная 5-нитрогруппа метронидазола  
задействует с ДНК клетки микроорганизмов

ингибируется синтез  
нуклеиновых кислот простейших и бактерий



**гибель микроорганизмов**

# Схемы применения трихопола при бактериальном вагинозе

*Комбинированное применение*

*1 таблетки (250 мг) утром и вечером во время еды  
и 1 вагинальной таблетки (500 мг) на ночь*



+



*I схема: в течение 5 дней*

*II схема: в течение 7-10 дней*

# Результаты применения трихопола у больных с бактериальным вагинозом

- Жалобы на выделения и зуд исчезли у 87,1% больных. Осмотр не выявил патологических изменений вульвы и влагалища.
- У 12,9% больных репродуктивного возраста зуд сохранился, но выделения приобрели творожистый характер. Изменения вульвы и влагалища соответствовали таковым при вагинальном кандидозе.

Ни у одной больной, вне зависимости от их возраста и длительности комбинированного применения трихопола, не было отмечено системных и местных побочных реакций организма

# Результаты применения трихопола у девочек с бактериальным вагинозом

## До лечения

- ✓ При микроскопии вагинального мазка выявлялся не типичный для этого возраста поверхностный эпителий и выраженный цитолиз клеток, отмечено большое количество слизи, имелась умеренная или выраженная лейкоцитарная реакция
- ✓ Уменьшение количества бифидобактерий ( $<10^4$  КОЕ/мл) у 100% больных
- ✓ Преобладание в биотопе влагалища гарднерелл в ассоциации преимущественно с бактероидами, реже с пептострептококками и мобилункусом в титрах до  $10^6$  КОЕ/мл

## После лечения

- ✓ При микроскопии вагинального мазка выявлялся парабазальный и промежуточный эпителий и мало слизи, лейкоцитарная реакция была слабовыраженной или отсутствовала.
- ✓ В мазках отсутствовали не только гарднереллы, но и дифтероиды, бактероиды и мобилункус.
- ✓ После 5-дневного лечения в отделяемом влагалища обнаружен рост микроорганизмов морфотипа бифидобактерии и коагулазоотрицательные стафилококки ( $<10^4$  КОЕ/мл)
- ✓ После 7 дневного лечения – роста микроорганизмов в вагинальном секрете не обнаружено.

# Выводы:

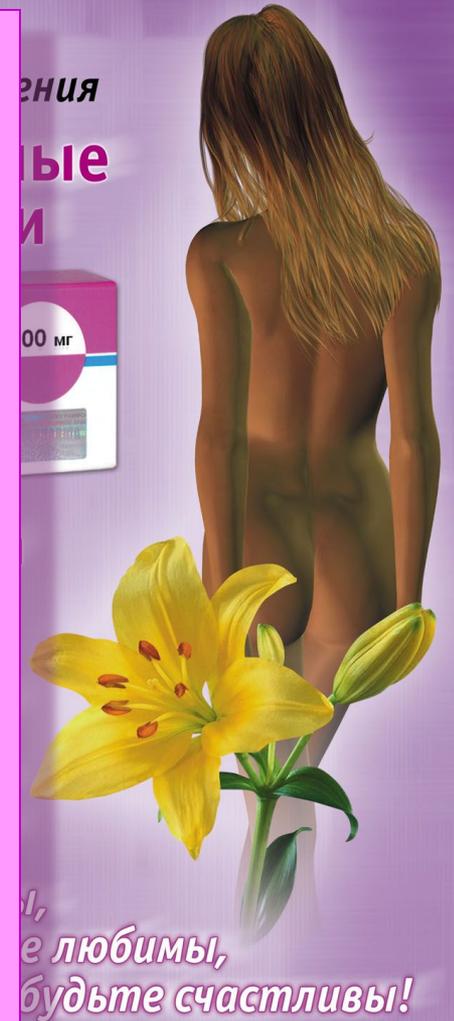
# ТРИХОПОЛ

ПРОТИВОМИКРОБНЫЙ И ПРОТИВОПРОТОЗОЙНЫЙ ПРЕПАРАТ

☺ Комбинированное применение препарата «Трихопол» в форме таблеток для перорального приема и внутривлагалищного введения является высокоэффективным препаратом для лечения бактериального вагиноза как у девочек до менархе, так и у менструирующих подростков и женщин репродуктивного возраста.

☺ Полноценная санация организма больных и ликвидация бактериального вагиноза возможна как при 5-, так и при 7-10-дневном комбинированном применении препарата «Трихопол» (Польфарма).

☺ Сокращение сроков лечения больных с бактериальным вагинозом уменьшает риск развития вагинального кандидоза и общие расходы на восстановление естественного микробиоценоза влагалища.



**Неспецифический  
бактериальный  
вульвовагинит у девочек**

# КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛОВЫХ И НАДПОЧЕЧНИКОВЫХ СТЕРОИДОВ У ДЕВОЧЕК С ХРОНИЧЕСКИМ ВУЛЬВОВАГИНИТОМ



- гиперемия вульвы и бели с неприятным запахом
- бели слизистые, слизисто-гнойные
- слизистая неравномерная
- поверхностный эпителий, м.б. «ключевые» клетки
- лейкоцитоз выражен

- гиперемия и зуд вульвы
- водянистые бели
- атрофичная слизистая
- гиперкератоз
- эктопия шейки матки
- парабазальный эпителий
- эритроциты
- лейкоцитоз не выражен

# КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ

- **Вагиноскопия:** тонкая слизистая, сосудистый рисунок выражен, очаговая или диффузная гиперемия слизистой влагалища (96%), эктопия шейки матки (22%), обильные или скудные бели различного характера;
- **Микроскопия:** парабазальные (73%) и поверхностные (5%) эпителиальные клетки, тяжи слизи (27%), эритроциты (11%), от 10 до 100 лейкоцитов в поле зрения (60%); Морфотипы грам (+) кокков (59%), колиформных палочек (57%), строгих анаэробов (14%), лактобацилл (11%), дрожжеподобные грибы (6%)
- **Бактериология:** монокультуры или ассоциации 2- 5 видов факультативно- и облигатно-анаэробных УПМ в титре 6-7 Ig КОЕ/мл

# ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКИХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК В ДОПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА (%)



# Особенности микробного пейзажа влагалища здоровых девочек и больных хроническими неспецифическими вульвовагинитами



# ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ

- **Соблюдение гигиенических рекомендаций**
- **Санация влагалища**  
(эрадикация возбудителей и восстановление колонизационной резистентности вагинального биотопа)
- **Санация других хронических очагов воспаления**
- **Коррекция состояния иммунной СИСТЕМЫ** (индукторы интерферона, интерфероны, витаминно-минеральные комплексы и др.)

# Преимущества местного лечения

- **минимальный риск побочных реакций,**
- **простота и удобство применения,**
- **отсутствие противопоказаний (кроме индивидуальной непереносимости препарата)**
- **возможность применения при экстрагенитальной патологии**

# ГЕКСИКОН®

противомикробное и  
противопротозойное  
средство (код АТС: G01AX)

**ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА:**

суппозитории вагинальные

**СОСТАВ 1 СУППОЗИТОРИЯ:**

хлоргексидина биглюконат - 0,016 г

+

полиэтиленоксидная основа (ПЭО)

**ФОРМА ВЫПУСКА:**

1 или 10 суппозиториев в упаковке



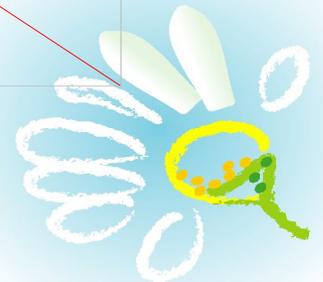
# ГЕКСИКОН®

## БЛАГОТВОРНЫЕ ЭФФЕКТЫ

Широкий спектр  
бактерицидного действия

Отсутствие резистентности  
патогенной микрофлоры

Сохранение нормальной  
микрофлоры



## Динамика микроценоза влагилицца

Вид микрофлоры	До лечения	После лечения
Энтерококк и кишечная палочка	58,0%	
Эпидермальный стафилококк	47,4%	31,6%
Дифтероиды	24,9%	25,0%
Стрептококк	31,6%	30,0%
Лактобактерии	12,0%	-
клебсиела	5,3%	5,0%
Золотистый стафилококк	10,5%	-
бифидобактерии	-	32%

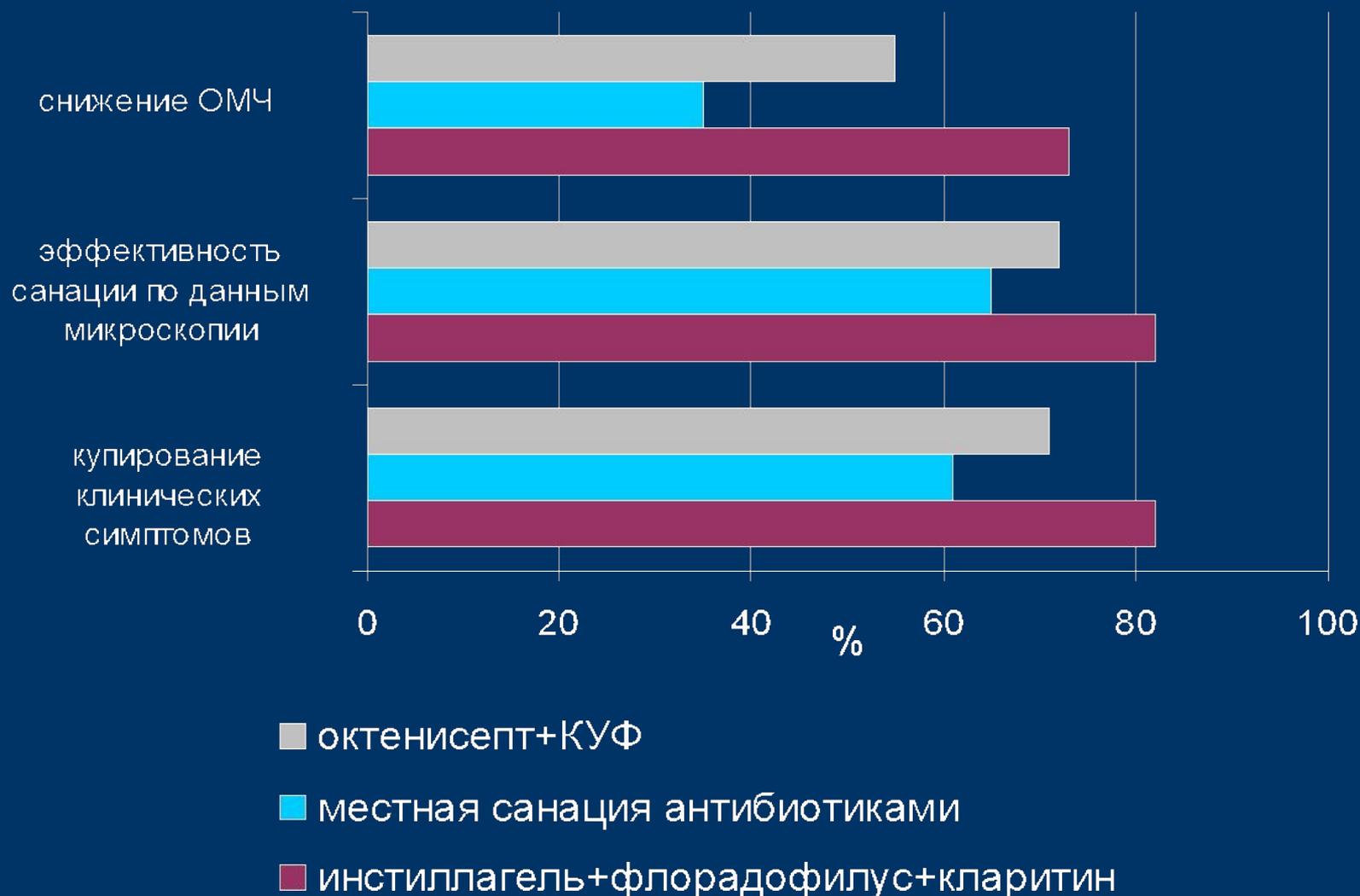
# ГЕКСИКОН® (Нижфарма)

является удобным и эффективным препаратом для местного лечения хронических неспецифических вульвовагинитов у детей

- Не подавляет индигенную вагинальную микрофлору
- Способствует деконтаминации во влагалище представителей биотопа кишечника



# ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ



# Применение эубиотиков при лечении бактериальных вульвовагинитов.

<b>БИФИДУМ- БАКТЕРИН</b>	<i>Форма выпуска:</i> сухое вещество во флаконах, вагинальные свечи. Раствором, содержащим 5-10 доз препарата, пропитывают стерильный тампон и вводят его во влагалище на 2-3 часа 1 раз в сутки 5-8 дней. Вагинальные свечи: по 1 свече на ночь 5-8 дней.
<b>АЦИЛАКТ</b>	<i>Форма выпуска:</i> вагинальные свечи. По 1 свече во влагалище на ночь 5-8 дней.

# Показания к применению иммуномоделирующей терапии

- Наличие множественных очагов хронического воспаления
- Частые обострения хронических очагов воспаления
- Вялое или латентное течение обострений хронических воспалительных заболеваний
- Частые ОРВИ (более 3-4 раз в год)
- Субфебрилитет
- Отсутствие клинического эффекта от проведения адекватной стандартной терапии

# **Вагинальный кандидоз у девочек**

Заболевание,  
вызванное грибами рода *Candida*,  
является одним из наиболее  
распространенных поражений  
нижнего отдела полового тракта  
у девочек

В дошкольном  
возрасте  
**> 50%**  
всех  
рецидивирующих  
вульвовагинитов

У девочек-подростков  
**24-25%**  
всех воспалительных  
заболеваний  
гениталий

## Период новорожденности

- Вертикальная передача кандидоза
- Использование антибиотиков без прикрытия антимикотиков
- Высокий риск внутрибольничного инфицирования грибами рода Candida

девочки 2-3 лет

девочки 5-7 лет

Пик

кандидоза

- Нарушение соотношения половых гормонов
- Риск передачи половым путем при ранней сексуальной активности

Пубертатный период

Н  
Ы  
Х  
Г  
Е  
Н  
И  
Т  
А  
Л  
И  
Й  
И  
З  
М  
Е  
Н  
Е  
Н  
И  
Е  
М  
И  
К  
Р  
О  
Н

В  
Ы  
К  
О  
В  
▪  
В  
о  
з  
р  
а  
с  
т  
н  
о  
е  
С  
Н  
И  
Ж  
Е  
Н  
И  
Е  
И  
М  
М  
У  
Н  
И  
Т  
Е  
Т  
А  
(у

# Этиологические факторы развития кандидоза у девочек

- Колонизация грибами рода *Candida* полости рта, кишечника и окружающих кожных покровов в результате погрешностей в диете, гигиенических бытовых условий и навыков
- Гиповитаминоз и дефицит микроэлементов (цинка, железа и магния)
- Нарушение микробиоценоза ротовой полости и кишечника
- Эндокринная патология (гипогонадизм, гипотиреоз, сахарный диабет, гипофункция надпочечников)
- Бесконтрольное применение антибиотиков, кортикостероидных препаратов и цитостатиков
- Неадекватный прием внутривлагалищных препаратов, содержащих иод, клиндамицин, метронидазол
- Отсутствие цикличности секреции половых стероидов при беременности и на фоне приема комбинированных оральных контрацептивов
- Использование спермицидов и презервативов, содержащих ноноксинол-9

# Типобиологическая характеристика грибов рода *Candida*

Известно - **150** видов

Истинных возбудителей  
вагинального кандидоза - **20** штаммов,

Лидеры - **4** вида:

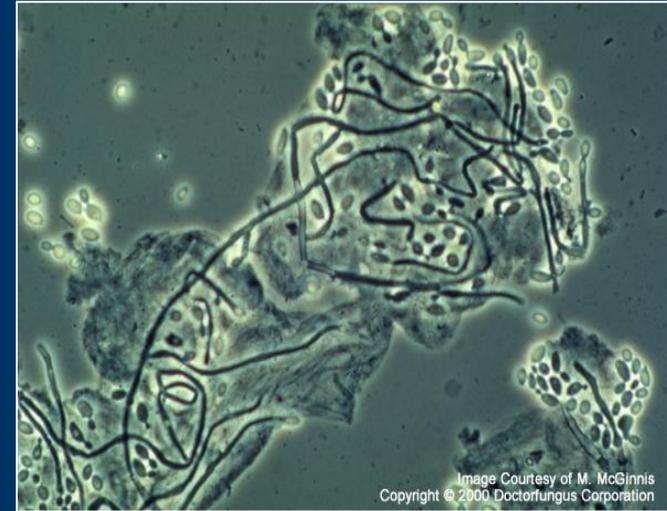
- *Candida albicans*,
- *Candida glabrata*
- *Candida tropicalis*,
- *Candida parapsilosis*

Возбудители НАК  
(не - *albicans*  
кандидоза

# Возбудители вульвовагинального кандидоза

- *C. krusei*
- *C. tropicalis*
- *C. parapsilosis*
- *C. lusitaniae*
- *C. glabrata*

Candida не-albicans



***Candida albicans* – 80-92%**

*C. albicans* - нормальный компонент микробиоты  
влагалища, кишечника  
свыше 25% женщин имеют *C. albicans* в составе  
вагинальной микробиоты, но не имеют симптомов  
заболевания  
все виды *C. albicans* – оппортунистические патогены

# Стадии развития грибов рода *Candida*

- Дрожжевая

(грибы имеют округлую, эллипсоидную, овальную или цилиндрическую форму)

- Псевдомицелиальная или тканевая

(грибы имеют гифоподобную форму за счет соприкосновения удлиненных клеток и митоспор, т.е. бесполой спор грибного сообщества)

# Клинические варианты вагинального кандидоза

- **Кандидоносительство**

отсутствие нарастания числа колоний грибов в 5-6 бактериологических посевах отделяемого влагалища, последовательно проведенных с интервалом в неделю

- **Острый кандидоз**

сохранение проявлений кандидоза не более 2 месяцев

- **Хронический рецидивирующий кандидоз**

наличие 3 и более эпизодов за один год ярких клинических проявлений заболевания, чередующихся с латентными периодами кандидоносительства

- **Хронический персистирующий кандидоз**

симптомы заболевания сохраняются постоянно, несколько стихая после санации влагалища или проведенного антимикотического лечения

- **Вторичный кандидоз вульвы и влагалища**

на фоне не грибкового поражения половых органов (красный плоский лишай, пемфигоз, болезнь Бехчета, склероатрофический лихен и пр.)

# Вульвовагинальный кандидоз

## классификация

### НЕОСЛОЖНЁННЫЙ

- **Спорадический (нечастый)**
- **лёгкая или умеренная симптоматика**
- **в основном вид *C. albicans***
- **больные с нормальным иммунитетом**

### ОСЛОЖНЁННЫЙ

- **рецидивирующий**
- **выраженная симптоматика**
- **виды *Candida "non-albicans"***
- **сахарный диабет**
- **беременность**
- **нарушение иммунитета**

# Основные жалобы девочек при вагинальном кандидозе

- **Выраженный зуд в области промежности**  
(постоянной или усиливающийся при нахождении в теплой постели, после горячей ванны, после длительной ходьбы, при использовании синтетического нижнего белья, гигиенических прокладок)
- **Болезненность и жжение при мочеиспускании**  
(страх перед мочеиспусканием, вплоть до острой задержки мочи у маленьких девочек и страх перед половым сношением у сексуально активных подростков)
- **Нарушение сна и повышенная раздражительность**
- **Выраженные невротические реакции у маленьких девочек и патологических установок на секс у девочек-подростков**

# Локальные проявления острого вагинального кандидоза у девочек

- Выраженная гиперемия и отечность наружных половых органов, вульварного кольца и стенок влагалища
- Лиловый оттенок, лаковый блеск зоны поражения
- Необильное сливкообразное, творожистое или водянистое отделяемое из влагалища с нерезким кисловатым запахом
- Наличие островков тонкого серовато-белесого налета между малыми половыми губами, в преддверии и на стенках влагалища, который, в отличие от дифтерийного поражения слизистых оболочек, легко снимается, обнажая кровоточащие участки яркой гиперемии (псевдомембранозная форма заболевания в быту называемая «молочница»)
- Мацерация и наличие крупных красных эрозивных очагов поражения кожи с белесоватым отслаивающимся эпидермисом по периферии (кандидное интертриго), иногда распространяющихся на кожу промежности в области паховых складок и внутренних поверхностей бедер.
- Сливные эрозии не сопровождаются обильным мокнутием, четко очерчены от окружающей непораженной ткани, по периферии очагов можно обнаружить мелкие пузырьки, пустулы или эритематозно-сквамозные элементы.

# Локальные проявления хронического вагинального кандидоза у девочек

- Наличие инфильтрации и трещин в области клитора, половых губ, промежности, перианальной области.
- Блеск и лихенизация (грубые складки) кожи половых губ и вокруг входа во влагалище
- Изменения наружных половых органов по типу крауроза (кожа и слизистые оболочки приобретают бурую окраску, становятся дряблыми и атрофическими, большие и малые половые губы сглаживаются и сморщиваются, а преддверие влагалища сужается
- Наличие пятен утонченного гиперемированного или слегка синюшного эпителия при эритематозной (атрофической) разновидности хронического кандидоза гениталий
- Параллельное выявление кандидного стоматита, кандидоза кишечника, кандидной ангины

# Принципы лечения кандидоза вульвы и влагалища у детей

- *Лечение можно начинать до получения результатов посева и других лабораторных исследований.*
- *Однако дозировка препарата и схема терапии должны быть при необходимости скорректированы после получения результатов этих исследований.*

# Принципы лечения кандидоза вульвы и влагалища у детей

- Обязательная ликвидация (эрадикация) возбудителя: создание условий, не возможных для жизни клетки гриба рода *Candida*
- Устранение расстройства вагинального микроценоза
- Коррекция фоновых состояний и заболеваний
- Предотвращение реколонизации слизистых оболочек полости рта, кишечника и влагалища

# Эволюция противогрибковых препаратов



# Местная терапия

## ■ Антимикотические средства и антисептики:

(системная безопасность, высокие концентрации препаратов в очаге поражения, быстрое исчезновение мучительных симптомов заболевания, меньшая вероятность развития резистентности *Candida*)

- Орошение влагалища через катетер раствором питьевой соды и борной кислоты, антисептиками с фунгистатическим действием (раствор октенисепта, 2% раствор тетрабората натрия, раствор мирамистина, водными растворами анилиновых красителей)
- Суппозитории с полиеновыми антибиотиками (нистатином, леворином, пимафуцином) в течение 6-10 дней
- Препараты азолового ряда (клотримазол, канестен, гино-певарил, гино-травоген, гино-трозид и пр.)
- Комплексные препараты при смешанной инфекции:
  - макмирор-комплекс (нитрофурантел и нистатин),
  - тержинан (тернидазол с неомицином, нистатином и преднизолоном),
  - полижинакс (неомицин, нистатин и полимиксин),
  - клион-Д ( метронидазола и миконазола нитрат)

# Системная терапия

Флуконазол - триазольное соединение

«Дифлюкан»

«Микосист»

«Медофлюкон»

«Форкан»

«Биозолен»

«Трифлюкан»

«Микофлюкан»

**Ф**луконазол - эффективный  
антимикотический препарат  
широкого спектра действия  
для лечения  
вагинального кандидоза,  
системных микозов,  
микозов кожи и ногтей

# Системная терапия (флуконазол)

Новорожденные в возрасте до 4 недель

2 мг/кг массы тела ребенка  
в первые 2 недели жизни - каждые 72 часа,  
со 2 по 4 неделю жизни — каждые 48 часов

Дети до 12 лет

6 мг/кг в первый день лечения, а затем из расчета 3 мг/кг в сутки

Дети старше 12 лет

стандартизованная суточная доза, равная 50 или 150 мг флуконазола\*

\* - При нарушениях функции почек необходима коррекция суточной дозы препарата в соответствии с показателями клиренса креатинина

# Сопутствующие лечебно-организационные мероприятия

- ❑ Санация очагов хронической экстрагенитальной инфекции
- ❑ Ликвидация и профилактическое лечение гельминтозов
- ❑ Нормализация микробиоценоза пищеварительного тракта (эубиотиками и пробиотиками)
- ❑ Применение витаминно-минеральных комплексов
- ❑ Устранение эндокринных нарушений
- ❑ Санитарно-просветительная работа, обучение навыкам личной и интимной гигиены

# Оценка эффективности лечения вульвовагинального кандидоза

1. Через 10 дней лечебного воздействия оценивается клиническая картина заболевания, локальный статус, микроскопия нативного мазка, количественный и видовой состав влагалищного биотопа, а также выраженность колонизации его грибами рода *Candida*.
2. Контрольное обследование при отсутствии клинических проявлений кандидоза производится через 40 дней и 3-4 месяца после окончания антимикотического лечения



**Благодарю**

**за**

**внимание!**