

Какеев Б.А.

**ХАРАКТЕРИСТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА**

*B.A. Kakeev*

**CHARACTERISTIC OF GYNECOLOGICAL INFLAMMATORY DISEASES OF WOMEN DIFFERENT AGES**

УДК: 616.091+616.9-036.2+618.0

*Удельный вес инфекционных вульвовагинитов в общей структуре этих заболеваний за последние годы значительно увеличился, что связано не только с ростом заболеваемости, но и с повышением качества лабораторной диагностики.*

*Выделено, что главная функция резидентной микрофлоры состоит в обеспечении колонизационной резистентности, т.е. предотвращении заселения биотопа влагалища посторонними микроорганизмами и обеспечении оптимального количественного соотношения микробных ассоциаций.*

**Ключевые слова:** вульвовагинит, кандидоз, трихомоноз.

*The frequency of infectious vulvovaginitis in general structure of these diseases significantly increases for the last years, which is connected not only with elevating the morbidity, but also with increasing the quality of laboratory diagnostic.*

*It is noted, that main function of resident micro flora is to provide colonization resistance, interrupting of life another microorganisms in vagina and providing optimal quantity of microbe associates.*

**Key words:** vulvovaginitis, candidiasis, trichomoniasis.

Среди воспалительных заболеваний урогенитального тракта в раннем возрасте наиболее часто встречаются вульвовагиниты (Полканов В.С., Глазкова Л.К., 1990). В перечне разнообразных причин этой патологии одно из первых мест занимают инфекционные агенты (Евстигнеева И.П. и соавт., 1992; Суворова К.Н. и соавт., 1995). Удельный вес инфекционных вульвовагинитов в общей структуре этих заболеваний за последние годы значительно увеличился, что связано не только с ростом заболеваемости, но и с повышением качества лабораторной диагностики.

Распространенность среди девочек вульвовагинитов, вызванных возбудителями болезней, передаваемых половым путем, продолжает неуклонно расти. Особую опасность представляют гонорейные, хламидийные, мико- и уреплазменные, анаэробные, вирусные вульвовагиниты в связи с хроническим рецидивирующим течением, нередким вовлечением в процесс матки и ее придатков, развитием экстрагенитальных очагов инфекции и угрозы бесплодия (Башмакова М.А. и соавт., 1995; Какеев Б.А., 2001; Bell T.A., 1992; Vasilos L. et al., 1992; Goh B.T. et al., 1993; Morris R.E. et al., 1993).

Наибольший научный интерес у девочек, не живущих половой жизнью, представляют вульвовагиниты, вызванные возбудителями, передаваемыми у взрослых половым путем. В литературе обсуждаются три возможных пути заражения детей этими инфекциями: внутриутробный, при прохождении через родовые пути больной матери и контактно-бытовой (Башмакова М.А. и соавт., 1995; Какеев Б.А., 2001).

Наиболее частыми причинами направления гинекологами девочек к венерологу является повышенное количество лейкоцитов при микроскопии отделяемого мочевого тракта без нахождения специфических возбудителей (гонококков, трихомонад) на фоне воспалительных явлений в области вульвы, а также длительное течение вульвовагинита, не поддающегося традиционному лечению (Малова И.О. и соавт., 1998).

Клинические проявления заболевания характеризуются яркой гиперемией, отеком в области вульвы, обильным гнойным отделяемым, симптомы уретрита в виде покраснения и отека губок уретры, у части больных могут быть слизисто-гнойные выделения из уретры. Воспалительные явления могут переходить на перинальную область и внутреннюю поверхность бедер, сопровождаясь образованием гнойных корок на гребнях больших половых губ и множественными расчесами.

Причиной вульвовагинита может стать кишечная палочка. Симптоматика обычно выражена, на фоне отека, покрасневшей слизистой с жидким гнойным отделяемым у девочек отмечаются единичные мелкие, резко болезненные эрозии в области малых половых губ и ладьевидной ямки. Воспаление захватывает и перинальную область (Малова И.О. и соавт., 1998).

Трихомонадный вульвовагинит протекает с незначительным зудом в области половой щели, неяркой гиперемией гименального кольца, малых половых губ, внутренней поверхности больших половых губ, скудными выделениями желтоватого цвета из влагалища. В области клитора определяются единичные серые корки.

Картина кандидозного вульвовагинита у большинства больных может характеризоваться незначительной гиперемией, реже - отеком в области малых половых губ, гименального кольца, скудными выделениями белого цвета. При бактериальном

вагинозе выявляются гарднерелла. Клиническая симптоматика достаточно выраженная: гиперемия вульвы, особенно в области гименального кольца, сопровождалась скудными молочными выделениями из влагалища.

Уреаплазменный вульвовагинит характеризуется покраснением внутренней поверхности малых половых губ, гименального кольца, скудными слизистыми выделениями из влагалища, покраснением и отеком губок уретры. Уреаплазмы могут высеваться из мочи.

У больных с хроническими вульвовагинитами процесс носит рецидивирующий характер и является одним из симптомов атопического дерматита, совпадающего с обострением кожного процесса. Неоднократное лабораторное обследование этих пациенток, направленное на выявление инфекционного фактора воспаления, показывает отрицательный результат (Малова И.О. и соавт., 1998).

В настоящее время не вызывает сомнений, что нижний отдел полового тракта здоровых женщин колонизирован различными микроорганизмами. Состав этой резидентной флоры сложен и включает в себя как аэробные, так и анаэробные микроорганизмы. Среди аэробных микроорганизмов наиболее часто встречаются *Lactobacillus*, *Diphtheroides*, *Streptococcus*, *Escherichia coli*, а также *Staphylococcus epidermidis*. Из анаэробов чаще всего высеваются штаммы *Lactobacillus*, *Peptococcus* и *Peptostreptococcus* (Гуртовой Б.Л. и соавт., 1996). Аэробные и анаэробные микроорганизмы во влагалище у здоровых женщин представлены примерно в равных пропорциях. Следует подчеркнуть, что в резидентной вагинальной флоре присутствуют потенциально патогенные микроорганизмы, такие как *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus B*, *Escherichia coli* (Какеев Б.А., Керималиева Ж.А., 2004).

Главная функция резидентной микрофлоры состоит в обеспечении колонизационной резистентности, т.е. предотвращении заселения биотопы влагалища посторонними микроорганизмами и обеспечении оптимального количественного соотношения микробных ассоциантов. В норме общее число бактерий, преимущественно лактобацилл (около 90%), составляет  $10^5$ – $10^6$  КОЕ на 1 мл влагалищного отделяемого.

Важная роль в сохранении микробиоценоза влагалища отводится лактобациллам, которые играют существенную роль в сохранении кислой среды влагалищного содержимого, неблагоприятного для многих патогенных микробов.

В течение жизни состав микрофлоры влагалища меняется. Имеет значение гормональный фон, сексуальная активность, детородная функция, антибактериальная терапия, хирургические вмешательства и другие факторы. Под влиянием эндо- и экзогенных факторов численность основных ассоциантов рези-

дентной флоры уменьшается и начинают преобладать условно-патогенные микроорганизмы. Клиническим проявлением данной патологии является неспецифический вагинит (кольпит) (Баев О.Р. и соавт., 1997).

Таким образом, при назначении лечения больным с воспалительными гинекологическими заболеваниями, необходимо учитывать возраст заболевших, характер микрофлоры влагалища, который носит индивидуальный характер.

#### Литература:

1. Баев О.Р., Стрижаков А.Н. Резидентная флора генитального тракта и этиология инфекционных осложнений беременности и послеродового периода //Вестник дерматологии и венерологии. – 1997. - №6.– С.3-7.
2. Баумакова М.А., Кошелева Н.Г., Калашикова Е.П. Инфекция и бактериальная колонизация урогениталий у беременной женщины, влияние на течение беременности, плод и новорожденного ребенка //Акушерство и гинекология. - 1995. – №1. - 1995. – С.15-18.
3. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воронаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. – М.: Медицина, 1996. – 114 с.
4. Евстигнеева Н.П., Николаева Г.Б., Певная Е.В. Эпидемиология, диагностика, клиника и лечение хламидийной инфекции у детей: Сб. науч. трудов «Новые методические материалы по дерматологии и венерологии». – Екатеринбург, 1992. – С.61-71.
5. Какеев Б.А. Этиопатогенетические особенности урогенитальной инфекции у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.– Б., 2001.– 22 с.
6. Какеев Б.А., Керималиева Ж.А. Медико-социальный портрет женщин рискованного поведения в Кыргызской Республике //Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2004. - С.299-302
7. Малова И.О., Скворцова Р.Г., Кузьмина Н.И. Клинико-микробиологическая характеристика вульвовагинитов у девочек //Вестник дерматологии и венерологии. – 1998. - №1.– С.27-31.
8. Полканов В.С., Глазкова Л.К. Воспалительные заболевания у девочек и девушек.– Свердловск, 1990.–83 с.
9. Суворова К.Н., Антоньев А.А., Кузнецова Н.П. Кожные и венерические болезни у детей. – Иркутск, 1995. – С.294-341.
10. Bell T.A. Chronic Chlamydia trachomatis infections in infants. – Jama, 1992. – P.267-400.
11. Goh B.T., Forster G.E. Sexually transmitted diseases in children //Genitourin Med., 1993.– Vol.69.– N3.– 221 p.
12. Morris R.E., Legault J., Baker C. Prevalence of isolated urethral asymptomatic Chlamydia trachomatis infection in the absence of cervical infection in incarcerated adolescent girls. – STD.- 1993. - N20. – С.4.
13. Vasilos L., Stratulat P. Chlamydial infections in children. European Society for Chlamydial Research: Proceedings. Sweden. – 1992. – 156 p.