

УДК 618.16-007.17-053.2-0708

© Колектив авторів, 2011.

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ПЕРЕБІГУ ДИСТРОФІЧНИХ УРАЖЕНЬ ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТ

Н. О. Мироненко, В. О. Бенюк, І. А. Усевич, Р. В. Довгальов, Л. С. Джураєва, А. Г. Ропотан

*Кафедра акушерства і гінекології №3 (зав. кафедри – проф. В. О. Бенюк),
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ.*

CLINICAL ASSESSMENT FLOW OF DYSTROPHIC AFFECTION OF GIRLS' EXTERNAL GENITALS N. A. Mironenko V. A. Benyuk, I. A. Usevich, R. V. Dovgalev, L. S. Dzhuraeva, A. G. Ropotan

SUMMARY

Studies of 102 patients of age from 5 to 12 with vulvar kraurisis were conducted. Ascertained that girls with evoked premorbid background (children infectious diseases, viral respiratory infection, diseases of respiratory system, chronic tonsillitis, diseases of gastrointestinal tract, infections urinary tracts, helminthiasis, chronic recurrent vulvovaginitis) have an increase in frequency of vulvar kraurisis. Chronic inflammation of vulva's mucous membrane can lead to dystrophic changes of skin and external genitals' mucous membrane in childhood.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК

Н. А. Мироненко, В. А. Бенюк, И. А. Усевич, Р. В. Довгалева, Л. С. Джураева, А. Г. Ропотан

РЕЗЮМЕ

Обследовано 102 пациентки в возрасте от 5 до 12 лет с краурозом вульвы. Установлено, что на спровоцированном преморбидном фоне (детские инфекционные заболевания, респираторно-вирусные инфекции, заболевания дыхательной системы, хронический тонзиллит, заболевания желудочно-кишечного тракта, инфекции мочевыводящих путей, гельминтозы, наличие хронического рецидивирующего вульвовагинита) частота развития крауроза вульвы у девочек увеличивается. Хроническое воспаление слизистой вульвы приводит к образованию дистрофических изменений кожи и слизистой наружных гениталий в детском возрасте.

Ключові слова: вульва, крауроз вульви, соматичне здоров'я.

Дистрофічні ураження шкірно-слизових покривів зовнішніх статевих органів зустрічаються значним чином у дорослих [1, 2, 3, 4]. В дитячому віці проблема дистрофії вульви в літературі висвітлена недостатньо [5, 6, 7].

Мета роботи: провести клінічну оцінку перебігу крауроза вульви у дівчат.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 102 дівчат віком від 5 до 12 років із

краурозом вульви (основна група). Нами проводилось вивчення анамнезу хворих, оцінка стану соматичного здоров'я обстежених дівчат, фізичний розвиток, клінічний перебіг захворювання.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Нами проведено обстеження 102 дівчат віком від 5 до 12 років із краурозом вульви (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл обстежених дівчат з краурозом вульви з урахуванням віку

Вік обстежених	Кількість обстежених, n=102	%
5-7 років	30	29,4%
8-10 років	44	43,1%
11-12 років	28	27,4%

Як видно із даних таблиці 1, більшість обстежених 44 (43,1%) склали дівчата віком від 8 до 10 років. Встановлену вікову перевагу слід пояснити особливостями анатомо-фізіологічних змін, які властиві дівчатам в препубертатному віці.

Серед обстежених дівчат 28 (27,4%) жили в неповних сім'ях (без батька) та 5 (4,9%) – з матір'ю та вітчимою. В більшості випадків переважали 77 (75,4%) дівчат із сімей з низьким та середнім достатком.

Серед обстежених дитячі інфекційні захворюван-

ня (кір, краснуха, вітряна віспа, скарлатина, епідемічний паротит) виявлялись вірогідно частіше – 32 (31,3%), ніж серед пацієнток контрольної групи – 5 (16,6%). Серед дівчат із краурозом вульви спостерігається висока захворюваність респіраторно-вірусними інфекціями – 41 (40,1%) та хронічним тонзилітом – 48 (47,1%). Захворювання дихальної системи були виявлені в анамнезі у 4 (3,9%) дівчат.

Захворювання травної системи представлено наступним спектром нозологічних одиниць: 21 (20,6%) пацієнток – дискінезія жовчовивідних шляхів, 18 (17,4%) – хронічний холецистит, 11 (10,8%) – хронічний панкреатит, 9 (8,8%) пацієнток – гастродуоденіт, 56 (54,9%) – дисбактеріоз кишечника, серед дівчат контрольної групи захворювання шлунково-кишкового тракту було встановлено у 6 (5,8%) обстежених. При обстеженні пацієнток у 18 (17,6%) діагностовано інфекцію сечовивідних шляхів (хронічний пієлонефрит). Під час досліджень гельмінтоз діагностовано у 30 (29,4%) дівчат, з них у 27 (26,4%) мав місце ентеробіоз, у 3 (2,9%) – аскаридоз.

Таким чином, проведені дослідження показали, що в дівчат із краурозом вульви не було соматично здорової дитини, виявлялися дитячі інфекційні захворювання (31,3%), гострі респіраторно-вірусні інфекції (40,1%), бронхо-легеневі захворювання (3,9%), шлунково-кишкові захворювання (57,7%), гельмінтоз (29,4%) та хронічний пієлонефрит (17,6%).

Проведені дослідження показали, що у обстежених пацієнток, без виключення, були встановлені порушення соматичного здоров'я, на тлі яких виникав крауроз вульви.

Переважа частоти соматичної патології свідчить, що ускладнення преморбідного фону є сприятливою передумовою для розвитку дистрофічних змін з боку зовнішніх геніталій в дитячому віці. Так, у 35 (34,3%) пацієнток перші ознаки краурозу вульви були відмічені (при вивченні анамнезу) через 1-3 місяці після перенесених гострих респіраторно-вірусних захворювань, дитячих інфекційних хвороб, гельмінтозу, захворювань шлунково-кишкового тракту, пієлонефриту. Тобто, у всіх обстежених порушення преморбідного фону випереджали розвиток дистрофічних змін з боку зовнішніх геніталій. Вивчення анамнезу перебігу краурозу вульви у дівчат показало, що давнина захворювання до 1 місяця спостерігалась у 30 (29,4%), у 67 (65,6%) – склала більше 3 місяців, у 5 (4,9%) давнина захворювання спостерігалась більше 1 року.

Спадковість серед усіх обстежених не була ускладненою. Фізичний розвиток дівчат знаходився в межах норми (відповідно до показників зросту та маси тіла).

При гінекологічному обстеженні виявлено, що зовнішні статеві органи розвинені за жіночим типом, патологічні зміни з боку внутрішніх статевих органів відсутні.

Під час обстеження дівчат основної групи встановлено, що механізм розвитку краурозу вульви в препубертатному віці мав свої особливості: у 63 (61,7%) пацієнток захворювання виникло на фоні хронічного рецидивуючого вульвовагініту, у 24 (23,5%) пацієнток захворювання діагностовано під час маніфестного перебігу, у 15 (14,7%) пацієнток відмічено латентний перебіг захворювання.

У 63 (61,7%) дівчат із краурозом вульви діагностовано хронічний рецидивуючий вульвовагініт мікотичної етіології, з приводу якого, за даними анамнезу, неодноразово проводилось місцеве лікування. Рецидиви вульвовагініту спостерігались більше 5 разів на рік. У 24 (23,5%) дівчат крауроз вульви діагностовано під час звернення до дитячого гінеколога зі скаргами на печію, свербіж та відчуття дискомфорту в ділянці зовнішніх геніталій (маніфестний перебіг захворювання), виділення з піхви. У 15 (14,7%) захворювання виявлене під час профілактичного огляду або консультації дитячого гінеколога з метою виключення гінекологічної патології, тобто захворювання перебігало у латентній формі.

Проведення клінічного аналізу розвитку краурозу вульви у дівчат показало наявність наступних ознак: печія та свербіж в ділянці зовнішніх геніталій, дизуричні ускладнення, помірні виділення із статевих шляхів у вигляді білей, які посилювались після загострення хронічної соматичної патології, емоційних та фізичних навантажень, наявність на шкірі та слизовій поверхні зовнішніх геніталій білуватих плям, злитих у бляшки із закругленими чи фестончатими краями.

На початку захворювання у 38 (37,2%) дівчат основної групи при огляді шкіри та слизової поверхні зовнішніх геніталій виявлені дрібні (від 1 до 5 мм) плями, злиті у бляшки із закругленими чи фестончатими краями. Шкіра у ділянці плям була потоншена та білувата. Дистрофічні зміни розпочинались з верхньої третини вульви охоплюючи слизову клітора та малих статевих губ.

У 64 (62,7%) обстежених дівчат основної групи патологічні зміни визначались у верхній третині вульви, які розповсюджувались на великі статеві губи, слизову присінку піхви, ділянку задньої спайки. При цьому клітор був зменшений у розмірах, великі та малі статеві губи виглядали сплюсненими. Спостерігались потоншеність, сухість, підвищена вразливість шкірно-слизових покривів зовнішніх геніталій. Відмічався набряк та гіперемія слизової вульви. Слід відмітити, що така клінічна картина характерна при наявності в анамнезі хронічного рецидивуючого вульвовагініту. У 30 (29,4%) обстежених дівчат спостерігались рясні білуваті виділення з піхви, у 34 (33,3%) – сирковаткові білі.

Під час вульвоскопії при 30-кратному збільшенні проводився огляд малих та великих статевих губ, клітора, слизової присінки піхви, ділянки задньої спайки.

У дівчат із краурозом вульви спостерігалась наступна вульвоскопічна картина: крізь потоншену слизову спостерігалось розгалуження тонких судин, білуваті елементи у вигляді манкоподібних зерен, дрібні тріщини слизової, явища запалення слизової присінка вульви (посилений судинний малюнок). Потоншений епітелій шкіри та слизової зовнішніх статевих органів переважно не містив глікогену і при обробці розчином Люоголю у 64 (62,7%) обстежених дівчат забарвлювався слабо та нерівномірно.

У дівчат з латентним перебігом краурозу вульви при проведенні вульвоскопії у 96,0% спостерігалась гіперемія та набряк слизової оболонки вульви, потоншення шкіри на внутрішній поверхні великих статевих губ – у 89,0%, лінійні тріщини в ділянці передньої та задньої спайок – у 21,0% обстежуваних.

При маніфестній формі клінічного перебігу крауроза вульви, який виник на тлі хронічного рецидивуючого вульвовагініту, відмічалась зміна кольору шкірно-слизових покривів вульви, періанальної ділянки в 100,0% випадків, потоншення шкіри на внутрішній поверхні великих статевих губ та наявність вогнищ яскраво-червоного кольору при відсутності епітеліального покриву спостерігалось у 95,0%.

Слід зазначити, що у 15 (14,7%) дівчат розвиток захворювання був відмічений через 1-2 місяці після загострення гастроуденіту та проведення антибактеріальної терапії з приводу загострення хронічного тонзиліту; наявність дистрофічних змін вульви супроводжувалось вираженим набряком, дифузною гіперемією вульви, свербіжем, який посилювався вночі, печією під час сечовиділення, виділеннями у вигляді сироваткових білей.

Таким чином, крауроз вульви у дівчат розвивався в переважній більшості випадків на спровокованому преморбідному тлі (соматичні захворювання, гострі інфекційні захворювання, хронічний рецидивуючий вульвовагініт) в результаті негативного впливу екзо- та ендогенних факторів.

Отже, перебіг краурозу вульви у дівчат характеризувався симптомокомплексом клінічних ознак та схильністю до хронізації процесу з частими рецидивами. Можна припустити, що на спровокованому преморбідному фоні мікробні чинники проникають у піхву з інфекційних вогнищ, які мають місце в організмі, або ж із зовні і спричиняють виникнення запалення зовнішніх геніталій через 1-3 місяці з моменту первинного соматичного захворювання. Запалення слизової вульви, в свою чергу, є одним із

чинників, які призводять до утворення дистрофічних змін шкіри та слизової зовнішніх геніталій у дівчат.

ВИСНОВКИ

1. На спровокованому преморбідному фоні (дитячі інфекційні захворювання, респіраторно-вірусні інфекції, захворювання дихальної системи, хронічний тонзиліт, захворювання шлунково-кишкового тракту, інфекції сечовивідних шляхів, гельмінтози, наявність хронічного рецидивуючого вульвовагініту) частота розвитку краурозу вульви у дівчат зростає.

2. Хронізація запалення слизової вульви призводить до утворення дистрофічних змін шкіри та слизової зовнішніх геніталій у дитячому віці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Скрипкин Ю. К. Поражения кожи при болезнях соединительной ткани / Ю. К. Скрипкин, Т. А. Главинская // Кожные и венерические болезни : руководство для врачей : [в 2 томах], Т. 2 ; под ред. Ю. К. Скрипкина. – М., 1999. – С. 481–493.

2. Караулов А. В. Клиническая иммунология и аллергология : учебное пособие / Караулов А. В. – М., 2002. – 651 с.

3. Новикова Л. А. Структурно-клинические особенности склеродермии / Л. А. Новикова, А. А. Бахметьев : материалы научно-практической конференции [«Актуальные вопросы дерматологии, косметологии и ИППП», посвященной 10-летию кафедры кожных и венерических болезней с курсом дерматокосметологии ФУВ РГМУ], (Москва, 2003). – М., 2003. – С. 49–50.

4. Scleroderma en coup de sabre with central nervous system and ophthalmologic involvement: treatment of ocular symptoms with interferon gamma / G. Obermoser, B. E. Pfausler, D. M. Binder [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 2003. – № 49 (3). – P. 543–546.

5. Treatment of atrophies secondary to trilinear scleroderma en coup de sabre by autologous tissue cocktail injection / C. K. Oh, J. Lee, B. S. Jang [et al.] // Dermatol. Surg. – 2003. – № 29 (10). – P. 1073–1075.

6. Костоева З. А. Лечение воспалительных заболеваний вульвы и влагалища у девочек применением низкоэнергетического лазера : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец 14.00.01 / З. А. Костоева. – Ростов-на-Дону, 2004. – 27 с.

7. Бурова Е. А. Склероатрофический лишай вульвы у детей, особенности клиники, патогенеза, лечения : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Е. А. Бурова. – М., 1989. – 110 с.