

Н. Б. Сербенюк, О. О. Зелінський, І. О. Фортуна

КОНГЛЮТИНАЦІЯ ВУЛЬВИ ЯК МЕХАНІЧНИЙ ФАКТОР РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ДІВЧАТОК

Одеське відділення асоціації акушерів-гінекологів України

Синехії малих статевих губ найчастіше виникають у дівчат нейтрального віку. Малі статеві губи у дівчаток препубертатного віку розвинуті недостатньо, вкриті тонким шаром плоского епітелію, тому незначний запальний процес або явища ексудативного діатезу призводять до злущування не тільки поверхневих, але й більш глибоких шарів епітелію. Відновлення епітеліальної тканини у маленьких дівчаток призводить до виникнення «епітеліального моста» між лівою та правою статевими губами [1; 2; 4].

Найчастіше конглотинація вульви неповна, тобто спайки малих статевих губ можуть бути в ділянці переднього, центрального або заднього країв малих статевих губ [7]. Досить часто трапляється повна конглотинація вульви, і тоді виділення сечі відбувається через невеликий отвір в синехії малих статевих губ, тобто виникають умови для затримки сечі в «новоутвореній порожнині» між малими статевими губами і синехією — з одного боку та вульвою — з другого. Саме в цьому «застійному резервуарі» сечі виникають сприятливі умови для розмноження мікроорганізмів і висхідного інфікування сечовивідних шляхів [5].

За даними J. Winberg [8], інфекція сечової системи у дівчаток віком до 11 років виявляється у 3 % випадків, у хлопчиків — у 1,1 % випадків, а головним фактором, що сприяє інфікуванню сечовивідних шляхів, вважають саме механічний

фактор (різного роду обструкції, рефлюкси) [3; 6].

Вивчення наявності взаємозв'язку між повною конглотинацією вульви та виникненням інфекції сечовивідних шляхів і обумовило мету нашого дослідження.

Матеріали та методи дослідження

Під динамічним спостереженням у гінеколога та нефролога перебувало 28 дівчаток віком від 2 до 9 років з наявністю синехій малих статевих губ та клінічними ознаками циститу або пієлонефриту.

Усім дівчаткам було проведено такі обстеження: загальний аналіз крові та сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, ультразвукове дослідження нирок та сечового міхура на апараті Sonoline Versa Pro Siemens (Німеччина) та за показаннями — екскреторна урографія за допомогою рентгенконтрастного препарату ультравіст-300, мікційна цистографія за допомогою 30%-ї суміші цього препарату на рентгенапараті Pantoscop 3 Mulfix Heliophos 4S Siemens (Німеччина).

Проведено бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень з піхви та бактеріологічне дослідження сечі (до та після лікування) з верифікацією мікрофлори та визначенням ступеня бактеріурії. Взяття сечі проводилося традиційним мікційним способом за допомогою одноразового катетера. Взяття мазків для дослідження флори здійснювалося за допомогою ложечки Фолькмана. Матеріал для бак-

теріологічного дослідження брали із вагіни та вульви за допомогою стерильного ватного тампона. Усі діти були оглянуті педіатром з метою визначення екстранефроурологічної патології. У разі необхідності дітей було консультовано ЛОР-лікарем, гастроентерологом з призначенням додаткових обстежень.

Усіх дівчаток розподілено на дві групи за тактикою їх ведення, яка залежала від локалізації синехій малих статевих губ. Група А — 17 (60,7 %) дівчаток, у яких повна синехія малих статевих губ закривала зовнішній отвір уретри, і тому цим дітям було проведено одномоментне розведення синехій з призначенням антибактеріальної терапії. Група Б — 11 (39,3 %) дівчаток з неповними синехіями малих статевих губ, які були розташовані вище або нижче зовнішнього отвору уретри. Цим дівчаткам були призначені естрогенвімісні мазі на фоні відповідного лікування у нефролога.

Дівчаткам обох груп було проведено повторний огляд у гінеколога та нефролога через тиждень.

Результати дослідження та їх обговорення

Група А. У 10 (58,8 %) дівчаток було констатовано гострий пієлонефрит, у решти 7 (41,2 %) — явища гострого циститу. У двох дівчаток цієї групи було визначено природжені аномалії нирок: підковоподібна нирка у однієї дівчинки та подвоєння нирки — у другій. При виконанні бактеріологічного



Бактеріологічний «мікробний пейзаж» сечі та вмісту піхви у дівчаток груп А і Б, абс. (%)

Група	Сеча			Вагіна		
	Кишкова паличка	Протей	Стрепто-, стафілококи	Кишкова паличка	Протей	Стрепто-, стафілококи
А	8 (47,1 %)	5 (29,4 %)	4 (23,5 %)	8 (47,1 %)	5 (29,4 %)	4 (23,5 %)
Б	5 (45,4 %)	4 (36,4 %)	2 (18,2 %)	5 (45,4 %)	4 (36,4 %)	2 (18,2 %)

дослідження сечі та вагінального вмісту спостерігався збіг мікробного пейзажу вульви, вагіни та сечі в усіх дівчаток. Мікроскопічна картина мазка була відповідною для неспецифічного вульвовагініту. При проведенні бактеріологічного дослідження сечі та вмісту піхви у дівчаток цієї групи спостерігався такий мікробний паспорт (таблиця): у 8 (47,1 %) випадках було виявлено *E. coli*, у 5 (29,4 %) — протей, у цих дітей було діагностовано дисбактеріоз кишечника; у решти 4 (23,5 %) — стрепто-, стафілококову бактерію, ці дівчатка спостерігались у ЛОР-лікаря з приводу хронічного компенсованого тонзиліту або аденоїдиту.

Після одномоментного розведення синехій та відповідного етіопатогенетичного лікування інфекцій сечовивідних шляхів у 4 (23,5 %) дітей з часом спостерігався рецидив синехій та постійна рецидивна бактеріурія з хронізацією пієлонефриту (у 2 дівчаток з природженою аномалією нирок та у 2 — з наявністю хронічної ЛОР-патології без ознак загострення процесу).

Група Б. У 11 дівчаток цієї групи було визначено такі нефрологічні проблеми: у 1 (9,1 %) дитини — природжений гідронефроз нирки, у 7 (63,6 %) — гострий пієлонефрит, у 3 (27,3 %) — гострий цистит.

У мазках усіх дівчаток спостерігалася підвищення кількості лейкоцитів. При виконанні бактеріологічного дослідження сечі та піхви наявний збіг мікробного пейзажу сечі та піхви. У 9 (81,8 %) дівчаток

визначалася кишкова паличка або протей за наявності дисбактеріозу кишечника, у двох (18,2 %) дівчаток — стрепто-, стафілококи за наявності ознак хронічного етмоїдиту, декомпенсованого тонзиліту та декомпенсованого аденоїдиту (див. таблицю).

Після закінчення лікування у 8 (72,7 %) дівчаток відзначено регрес синехій малих статевих губ після їх консервативного лікування та ліквідація клініко-лабораторних ознак інфікування сечовивідних шляхів, вульви та піхви, решта (троє пацієнток) потребували дорозведення повних щільних синехій малих статевих губ, від чого їх батьки відмовилися.

У дівчаток групи Б було ліквідовано хронічні осередки інфекції: у двох дітей оперативним шляхом проведено лікування декомпенсованого тонзиліту та аденоїдиту, у однієї дівчинки — дисбактеріозу кишечника, але ще тривалий час вони спостерігались у нефролога з приводу персистуючої бактеріурії без наявності загострення ренальної патології з подальшою хронізацією пієлонефриту.

Висновки

1. Виявлено, що в усіх дівчаток обох груп з гострим пієлонефритом і санованою хронічною екстраренальною патологією за наявності повних синехій малих статевих губ або при їх рецидиві спостерігалася персистуюча або рецидивна бактеріурія з подальшим загостренням пієлонефриту і переходом у хронічну форму.

2. Лікування синехій малих статевих губ приводить до ліквідації «штучного» резервуара сечі та додаткового фактора висхідного інфікування сечовивідних шляхів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богданова Е. А. Применение овестина в практике детского и подросткового гинеколога // Вестн. акуш.-гин. — 1999. — № 2. — С. 72-74.
2. Богданова Е. А. Гинекология детей и подростков. — М.: Мед. информ. агентство, 2000. — 332 с.
3. Гриценко В. А., Бухарин О. В., Вялкова А. А. Факторы риска развития пиелонефрита у детей // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. — 1999. — № 6. — С. 34-40.
4. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков: Рук. для врачей. — СПб.: Фолиант, 2000. — 574 с.
5. Зелинский А. А., Сербенюк Н. Б. Этиопатогенез синехий малых половых губ и их лечение кремом «Овестин» у девочек // Буковин. мед. вісник. — 2001. — № 2-3. — С. 78-79.
6. Игнатова М. С. Распространенность заболеваний органов мочевой системы у детей // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. — 2000. — № 1. — С. 24-29.
7. Чайка В. К., Матыцина Л. А. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний у девочек и девушек. — Донецк, 1998. — 138 с.
8. Winberg J. Clinical aspects of urinary tract infection // Pediatric Nephrology. — 2 ed. / M. Eds. Holliday, M. Barratt, R. Vernier. — Williams, Wilkins, Baltimore — London — Sydney, 1987. — P. 626-646.

