

ВУЛВОВАГИНИТИ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Диагностичен и терапевтичен подход

Вулвовагинитите (възпаление на вулвата и влагалището) са най-честата причина за появата на гинекологични оплаквания при децата. Предразполагащи фактори за възникването им са ниските нива на ендогенни естрогени в детския организъм, анатомичната близост на ануса и по-голямата възможност за грешки в хигиената в тази възраст. Вулвитите се разделят на две основни групи – бактериални и алергични, в зависимост от етиологичната причина. Възпалителните процеси, обхващащи влагалището, могат да бъдат последица от грешка в хигиената, възпалителни заболявания на горните дихателни пътища, чуждо тяло и в редки случаи – на неопластични процеси в тази област. Причинители са най-често неспецифични бактерии. Диагностичният процес обхваща щателно снета анамнеза (от родителя и детето), физикален преглед, микробиологично изследване на влагалищен секрет, вагиноскопия и биопсия, където това е показано. Терапевтичното поведение е насочено спрямо етиологичния причинител.



г-р Диана
Христова, гм
СБАЛАГ "Матчин
дом", гр. София

Честота

Вулвовагинитите се срещат в около 62-75% от всички деца, при които се налага преглед от специалист по детско-юношеска гинекология^[1,2].

Етиопатогенеза

Анатомофизиологичните особености на детските гениталии и намалената им биологична защита (ниска естрогенизация, липса на млечнокисели бактерии, оскъдно влагалищно съдържимо с неутрално или леко алкално рН) способстват за развитието на различна микробна флора. Непосредствени причинители на възпалението са най-често неспецифични бактерии – стафилококи (*Staphylococcus aureus*), стрептококи (най-често *Streptococcus pyogenes*), *E. coli*, *Proteus*, *Enterococcus faecalis*, *Haemophilus influenzae*, като по-често се наблюдава смесен растеж на бактериални култури, отколкото на изолиран причинител. Процентът на изолирана интестинална флора (*E. coli*, *Proteus*, *Enterococcus faecalis*) е висок (около 62%) при пациенти с нарушения в личната хигиена^[1,3-5].

Предразполагащи фактори за възникване на вулвовагинити са инфекции на горните дихателни пътища (ринити, тонзилити и др.), както и на кожата и нейните придатъци (фоликулити, фурункули, панарициуми). Децата неволно пренасят патогените посредством ръцете си.

Вулвовагинитите вследствие на уроинфекция са рядкост и обичайно има подлежаща анатомична патология, отклоняваща част от урината

към влагалището.

В детска възраст оксиуриазата (*Enterobius vermicularis*) е сравнително често срещана инфекция. Заразяването става чрез поглъщане на зрели яйца, намиращи се в почвата, домашния прах, по замърсени играчки и предмети. Сърбежът, съпровождащ оксиуриазата, води до разчесване и нарушаване целостта на кожата в тази област, което от своя страна благоприятства възникването на вулвовагинит^[1,9].

Специфични причинители се срещат изключително рядко в тази възраст, както е *Candida albicans* например. За растежа си *Candida albicans* изисква кисела среда на влагалището, а в детска възраст – тя е неутрална или слабо алкална. Този причинител може да бъде изолиран, само ако детето е било подложено

на дълга антибиотична терапия преди това или има нарушения във въглехидратната обмяна (Diabetes mellitus). Рядко се срещат и инфекции с анаеробни причинители^[1,6,7].

Във възрастта около 3-5 години децата активно започват да изучават околния свят, включително и човешкото тяло. Сравнително често се случва да поставят чужди тела във влагалището, в носа и ушите, като най-често това са гребни предмети от бита или части от играчки. Обикновено не споделят с родителите си. Присъствието на чуждо тяло води до реактивно възпаление на влагалището, гранулом тип "чуждо тяло" и в последствие на насложена неспецифична инфекция^[1,8].

Втората основна група вулвити в детска възраст са алергичните. Най-честите причини за алергични прояви са перилни препарати, измиващи гелове и сапуни, както и тъканта на бельото или пелената (памперс дерматит)^[1,10].

В редки случаи в детска възраст могат да се развият възпалително-трофични заболявания като Lichen sclerosus et atrophicans vulvae (където се предполага различна етиопатогенеза – вирусна бактериална, психогенна и др.), Vitiligo и Synchia labiorum minorum^[11,12].

Клинична картина

Вулвовагинитът се характеризира с външно възпаление, оток, зачервяване, обхващащо вулвата и с изтичане на флуор от влагалището. Влагалищният флуор може да бъде слюзест, слюзесто-гноен или кръвено-гноен в зависимост от етиологичния причинител и давността на инфекцията^[1]. Могат да се наблюдават

дават и сърбеж, болка, парене при уриниране, като тези симптоми са с различен интензитет на проява^[1,7].

Наличието на чуждо тяло обикновено е съпроводено с изтичане на обилен гноен или кръвено-гноен флуор с неприятна миризма (на развалени зъби)^[1,8].

При изолирано засягане на вулвата обривът и зачервяването обикновено са разположени предимно по изпъкналата повърхност (гънките са интактни), когато става въпрос за алергични вулвити, докато при бактериалните – възпалението и зачервяването е предимно в гънките^[1,10].

При оксиуриза обичайно има характерно зачервяване, обхващащо вулвата и ануса на детето, както и следи от разчесване^[1,9].

При Lichen sclerosus et atrophicans vulvae се наблюдават бели папуларни изменения, наподобяващи левкоплакия. Няма флуор и не се изолира патологична флора. Пациентите с Vitiligo имат участъци на депигментация и на други части от тялото. Кожата в тези участъци е с нормална дебелина и еластичност. Липсват субективни оплаквания. Synchia labiorum minorum обикновено е случайна находка, когато става въпрос за частично срастване на малките срамни устни. При появата на симптоми те най-често са свързани с възпаление на пикочните пътища при наличие на тотална синехия, при която образуват се „джоб“ представлява предразполагащ фактор за асцендиране на инфекция^[11,12].

Диагностично и терапевтично поведение

Щателно събрани анамнестични данни, както от родителя, така и от детето, могат в голяма част от случаите да спомогнат за поставяне на диагноза. Родителите трябва да бъдат разпитани за скорошно боледуване от инфекции на горните дихателни пътища, кожни инфекции, прием на медикаменти и наличие на съпътстващи заболявания при техните деца. Давността на симптомите и предхождащата терапия са от изключителна важност^[1,2,5-7].

Физикалният преглед целъ да се установи наличие на външни симптоми на възпаление, като при наличие на вагинален флуор е необходимо да се вземе влагалищен секрет (от влагалището на детето, а не от интроитуса) с помощта на памучен щифт. Важно е щифтът да бъде поставен във влагалището през хименалния отвор, като се внимава да не се докоснат околните тъкани (химен, перинеум), за да се избегне контаминация на взетата проба^[1,7].

При данни за възпалителни заболявания на горните дихателни пътища обикновено се изчаква седмица след края на лечението на основното заболяване и ако симптомите (влагалищно течение) персistirат, се взема влагалищен секрет за микробиологично изследване^[1].

Терапевтичният подход при наличие на бактериален вулвовагинит е винаги съобразен с изолираните причинители и антибиограмата. Предпочита се локално лечение с приготвени свещички, като големината им се съобразява с големината на детското влагалище. Необходимо е лечението да продължи десет дни, като свещичките се поставят през хименалния отвор във влагалището вечер преди сън. При невъзможност за приложение на локална терапия се

предписва перорална антибиотична терапия, която е съобразена с антибиограмата, наличие на алергии при детето, както и с възрастта и телесното му тегло. Една седмица след приключване на лечението се взема контролен влагалищен секрет^[1,5].

При неповлияване на клиничните оплаквания от терапията трябва да се направи вагиноскопия и да се търси евентуално наличие на чуждо тяло или неопластичен процес. Вагиноскопията може да бъде извършена в амбулаторни условия, като самото изследване не предизвиква неприятно усещане у децата. При дълго престояло във влагалището чуждо тяло обаче и при липса на съдействие от страна на детето се налага манипулацията да бъде извършена под обща анестезия. След екстрахиране на чуждото тяло трябва да бъде взет материал за микробиологично изследване и да бъде приложена антибиотична терапия^[1,2,8].

При съмнение за неопластичен процес е необходимо да се пристъпи към биопсия и хистологично изследване на взетия материал. В детска възраст най-често срещаната туморна патология е *Sarcoma botrioides* (от злокачествените заболявания в детско-юношеска възраст 90% са саркоми и само 10% карциноми), който представлява нежно полиповидно разрастване, лесно трошливо и лесно кървящо^[11].

При съмнение за оксиуриза е важно установяване яйца на паразита от влагалището и перинеалната област. Инфекцията не може да бъде изключена до получаване на три последователни отрицателни проби от лабораторно изследване. Терапията при доказване на *Enterobius vermicularis* е с антихелмитни препарати^[9].

При алергични вулвити е достатъчно да бъде отстранен дразнещият агент – да се подменят измиващите препарати, прахът за пране. От начало е необходимо тоалетът да се прави само с вода, като се обърне внимание на родителите, че гелове за интимна хигиена за жени не са подходящи за използване при деца. При установен памперс дерматит е необходима консултация с дерматолог. Известен факт е, че честота подмяна на пелените предпазва от възникване на тази патология. Най-добрият начин за терапевтично повлияване е приучаване на детето да използва гърне^[10].

При наличие на *Lichen sclerosus et atrophicans vulvae* (доброкачествено, самоограничаващо се заболяване в детска възраст) е необходимо да бъде извършена консултация с дерматолог. За облекчаване на сърбежа се прилагат кортикостероидни унгвенти^[2,6,11].

Synechia labiorum minorum не представлява диагностична трудност за специалистите по детско-юношеска гинекология. Терапевтичният подход, приет от нас, е едновременно разлепване на срастването с помощта на жлебовидна сонда. Това е абсолютно показано в случаите на тотална синехия, където срастването е по цялото протежение на двете малки срамни устни, тъй като за формирането се „сдвоб“ се събира урина. Създават се предпоставки за възникване на инфекция, която може да асцендира и да засегне различни отдели на отделителната система. Съществува и друг подход, възприет от западните страни – външно приложение на естриолов крем два пъти дневно за 4-8 седмици в засегнатата област. При този тип терапия може да възникнат неже-

лани реакции като пигментация на третирания участък, кървене, предизвикано от макар и минималната системна резорбция на препарата, чувствителност и болка в гърдите, а и времетраенето на лечението е сравнително продължително, което създава предпоставка за асцендиране на инфекцията към отделителната система^[1,12].

Важно е да се обясни на родителите необходимостта от създаване на хигиенни навици у децата. Правилно избърсване (отпред назад) след дефекация, при липса на възможност за измиване, е важно за предотвратяване на контаминация на влагалището с дебелочревна бактериална флора. Чрез използване на неагресивни измиващи гелове и сапуни с неутрално рНз и нестягащо памучно бельо могат да бъдат избегнати проявите на алергични реакции. Честота подмяна на пелените и ранното приучаване към гърне е необходимо с цел да се намали вероятността за попадане на фекалии във влагалището и поява на алергични дерматити. ■

Книгопис:

1. Сираков М. По-често срещани състояния и заболявания в детско-юношеската гинекология. 2012;1:33-38.
2. Van Eyk N, Allen L, Giesbrecht E, et al. Pediatric vulvovaginal disorder: a diagnostic approach and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31:850-862.
3. Dei M, Di Maggio F, Di Paolo G, Brunni V. Vulvovaginitis in childhood. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24:129-137.
4. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. *Arch Dis Child.* 2003;88(4):324-326.
5. Sharma B, Preston J, Greenwood P. Management of vulvovaginitis and vaginal discharge in prepubertal girls. *Rev Gynaecol Pract.* 2004;4:111-120.
6. Randalović G, Mladenović V, Ristić L, Otašević S, Branković S, Mladenović-Antić S, Bogdanović M, Bogdanović D. Microbiological aspects of vulvovaginitis in prepubertal girls. *Eur J Pediatr.* 2012;171(8):1203-1208.
7. Cemek F, Odabaş D, Şenel Ü, Kocaman AT. Personal Hygiene and Vulvovaginitis in Prepubertal Children. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016;29(3):223-227.
8. Chinawa J, Obu H, Uwaezuoke S. Foreign body in vagina: an uncommon cause of vaginitis in children. *Ann Med Health Sci Res.* 2013;3(1):102-104.
9. Shetty JB, Kulkarni DV, Prabhu V. Eggs containing larvae of *Enterobius vermicularis* in vaginal smear. *J Cytol.* 2012;29(1):94-96.
10. Kellen PE. Diaper dermatitis: differential diagnosis and management. *Can Fam Physician.* 1990;36:1569-1572.
11. Helm KF, Gibson LE, Muller SA. Lichen sclerosus et atrophicus in children and young adults. *Pediatr Dermatol.* 1991;8(2):97-101.
12. Knudtzon S, Haugen SE, Myhre AK. Labial adhesion – diagnostics and treatment. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2017;137(11):31-35.