

отсутствии эффекта в результате данных мероприятий консилиумом врачей выставлялся диагноз некроз яичка и производилась орхфуникулэктомия.

У 5 пациентов оперативное лечение проводилось в 2 этапа: первый этап – ревизия, устранение перекрута, мероприятия для восстановления васкуляризации яичка; второй этап проводился на следующие сутки, если во время ревизии признаки жизнеспособности яичка были сомнительны, также в случаях, если сохранялся сильный болевой синдром, нарастал отёк мошонки, пациент лихорадил. При повторной ревизии в 2 случаях яичко было жизнеспособным и сохранялось, в 3 случаях был выявлен его некроз – яичко удалялось. При сохранении яичка назначались медикаменты улучшающие его васкуляризацию: ацетилсалициловая кислота, дротаверин, пентоксифиллин, антибиотики (амикацин, цефотаксим), аевит, вобензим.

При гистологическом исследовании удалённого яичка у всех 11 пациентов был выявлен геморрагический некроз.

Срок пребывания пациентов в стационаре варьировал от 3 до 19 суток, в среднем 8 койко-дней.

Выводы:

1. Чаще всего перекрут яичка наступает в периоде полового созревания, в возрасте 13-14 лет.
2. Ревизия мошонки является единственным достоверным методом диагностики перекрута яичка.
3. При отсутствии признаков жизнеспособности яичка показано его удаление незамедлительно.
4. При сохранении яичка обязательной является терапия, направленная на улучшение его васкуляризации.
5. Достоверных признаков перекрута яичка не существует, поэтому у детских хирургов, урологов должна быть настороженность в отношении больных с синдромом отёчной и гиперемированной мошонки.

Список литературы:

1. Баиров, Г.А. Острые заболевания яичка: Неотложная хирургия детей / Г.А. Баиров. – Медицина, 1983 – С. 347-349.
2. Катько, В.А. Острая мошонка: Детская хирургия / В.А. Катько. – Высшая школа, 2009 – С. 273- 76.
3. Тиктинский, О.Л. Заболевания половых органов у мужчин / О.Л. Тиктинский. – Л., 1985 – С. 85-104.
4. Острые заболевания органов мошонки у детей. / Я.Б. Юдин [и др.]. – М.: Медицина, 1987. – С. 144.

ВУЛЬВОВАГИНИТЫ У ДЕВОЧЕК В ГРОДНО И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ: ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

Милош Т.С., Гутикова Л.В.¹, Разина С.А.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра акушерства и гинекологии, Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский клинический областной перинатальный центр», Гродно, Беларусь

Введение. Значимость проблемы охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, профилактики и лечения гинекологических заболеваний в

детском возрасте всегда актуальна. Являясь самой распространенной гинекологической патологией воспалительные заболевания гениталий являются фактором риска развития инфекций мочевой системы, их рецидивы и хронизация ухудшают прогноз в отношении генеративной функции, что является социальной и экономической проблемой.

При этом в структуре детской гинекологической заболеваемости доля вульвовагинитов колеблется от 60-85% в возрастной группе до 8 лет и около 45-53% в группе от 8 до 14 лет [1]. Хотя распространенность данной патологии среди девочек высока, многие вопросы, этиопатогенеза, клиники и лечения этого заболевания, остаются невыясненными.

Однако, урбанизация, ухудшение экологической обстановки, бесконтрольное применение лекарств, особенно антибиотиков, оказывают пагубное действие на формирование репродуктивной системы девочки, ее резистентность к инфекционным агентам, состояние биоценоза половых путей.

Известно, что к развитию воспалительного процесса наружных половых органов у юных пациенток предрасполагают индивидуальные анатомические особенности: отсутствие задней спайки, низкое расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала, неполные синехии, аномалии развития наружных половых органов и влагалища. Кроме того, из-за сниженной функции яичников, обусловленной влиянием половых гормонов, не функционирует защитный механизм – физиологическая десквамация и цитолиз поверхностных клеток эпителия влагалища. Защитная роль иммуноглобулина А, лизоцима, системы комплимента, фагоцитоза минимальна, поскольку находится в периоде становления. Вышеприведенные факторы существенно повышают риск развития вульвовагинитов, способствуют их рецидивирующему либо хроническому течению [2].

По нашим данным в 2014 году вульвовагинитов у девочек до 15 лет выявлено в Гродно 258 случаев, в Гродненской области – 526, в 2015 году соответственно 221 и 503 случая.

Целью нашего исследования явилось изучение микробного пейзажа вульвовагинитов у девочек до 15 лет и возможности его нормализации.

Объект и методы исследования. Под наблюдением в «Центрах репродуктивного здоровья девочек и девочек-подростков» на базе городского учреждения здравоохранения «Детская поликлиника № 2» и городского учреждения здравоохранения «Детская поликлиника № 1 г. Гродно» находилось 89 девочек от одного года до 15 лет с наличием вульвовагинита.

Диагноз этого заболевания ставился на основании анамнеза, осмотра наружных половых органов, микроскопического и бактериологического исследования отделяемого из влагалища, а также анализов на глистную инвазию. В процессе комплексного обследования пациенток проводился подробный анализ анамнестических данных начала и течения данного заболевания, соблюдения правил ухода за гениталиями, питание девочки, перенесенные заболевания, связь с патологией других органов и систем.

Клинические проявления неспецифических вульвовагинитов были схожи, отмечался воспалительный процесс вульвы и влагалища независимо от этиологического фактора. Ведущими жалобами пациенток были периодически

возникающее чувство дискомфорта в области гениталий, иногда жжение в области вульвы в покое или после мочеиспускания, дизурические явления, зуд, выделения, гиперемия кожи больших половых губ, бедер, боли в промежности, паховых областях, чаще при ходьбе.

Диагностика включала микроскопию влагалищного мазка, окрашенного по Грамму, посев содержимого на факультативно-анаэробную группу микроорганизмов.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы «Statistica 6,0» [3]. После проверки данных на нормальность распределения по критерию Шапиро-Уилка рассчитывали среднее арифметическое значение и стандартное отклонение или процент от анализируемой группы. Использовался однофакторный дисперсионный анализ данных. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У 59 (66,3%) пациенток патология была выявлена впервые, 30 (33,7%) – носила рецидивирующий характер. Рецидивы неспецифических бактериальных вульвовагинитов у девочек возникают на фоне обострения экстрагенитальной патологии. Каждая четвертая пациентка относилась к группе часто и длительно болеющих, состояла на диспансерном учете по поводу атопического дерматита, у каждой третьей наблюдались явления дисбиоза микрофлоры кишечника, инфекция мочевыводящих путей установлена у 15 (16,9%) обследованных.

Среди осмотренных девочек 27 (30,3%) пациенток были в возрасте до 3-х лет, от 4 до 6 лет – 52 (58,4%), от 7 до 10 лет – 10 (11,2%).

В ходе изучения анамнеза матерей юных пациенток выяснено, что каждая третья из них родилась от патологически протекавшей беременности, 22 (24,7%) – путем операции кесарева сечения. Выяснено, что 11 (12,4%) больных девочек находилось на искусственном и 28 (31,5%) – на смешанном вскармливании.

При выяснении вопроса соблюдения личной гигиены у обследованных пациенток, отмечено, что неправильное подмывание девочек встречается у 80 (89,9%) из них, при этом с ежедневным использованием мыла у – 49 (55,1%), не под проточной водой, в тазике у – 35 (39,3%). Установлен факт длительного ношения подгузников у 5 (5,6%) обследованных, многократного использования в течение одного дня гигиенических салфеток у 12 (13,5%) девочек, а также ношения ежедневных прокладок у 25 (28,1%) пациенток.

При исследовании гениталий в микробном пейзаже обследованных пациенток наблюдались у 18 (20,2%) *Escherichia coli*, у 36 (40,4%) – *Staphylococcus epidermidis*, у 26 (29,2%) – *Gardnerella vaginalis* и у 9 (10,1%) – *Candida albicans*.

Лечение девочек осуществлялось в амбулаторных условиях и состояло из нескольких этапов. Вначале лечения вульвовагинитов местно использовали сидячие ванночки с настоями и отварами (ромашки, фиалки). Рекомендовалась гипоаллергенная диета, богатая белком. У юных пациенток применяли препарат Гексикон®Д в виде суппозиторий в половинной дозе от взрослой формы [4]. Назначались витамины А, В₆, Е и адаптогены экстракт элеутерококка в суточных возрастных дозировках в течение 2-4-х недель. Затем

использовали антибактериальные препараты местно и перорально, с учетом выделенного возбудителя и его чувствительности к противомикробным препаратам курсами 10-14 дней, в сочетании с антигистаминными препаратами, эубиотиками и постоянным увлажнением слизистой, наряду с терапией экстрагенитальной патологии. Для профилактики рецидивов рекомендовалась иммуннобиокоррекция.

Выводы:

1. У обследованных пациенток максимальное число вульвовагинитов встречается в возрасте от 4-х до 6-ти лет. При этом установлен фактор перинатального инфицирования, склонность к рецидивированию и дисбиоз кишечника. Выяснено, что в развитии воспалительного процесса гениталий имеет значение нарушение аэрации наружных гениталий, чрезмерный «сверхуход» за половыми органами, сопровождающийся вымыванием нормальной микрофлоры влагалища, наряду с ее высушиванием из-за частого подмывания с мылом). В свою очередь, низкий санитарный уровень культуры в семьях, снижение иммунологической реактивности организма и несбалансированное питание, дефицитное по белку и основным микронутриентам, микроэлементам с преобладанием или большим количеством углеводов, приводят к осложненному течению данной патологии.

2. Большинство факторов, обуславливающих вульвовагинит, управляемые. Необходимы слаженные обоюдные действия акушеров-гинекологов, педиатров и родителей детей для выявления и лечения воспалительного процесса гениталий на амбулаторном этапе. Чтобы сохранить репродуктивное здоровье подрастающих девочек, необходимо повышать знания родителей по вопросам, касающимся правил ухода за гениталиями, соблюдения правил личной гигиены, необходимости их регулярного осмотра.

Список литературы:

1. Коколина, В.Ф. Урогенитальный хламидиоз: пособие для врачей / В.Ф. Коколина. – М., 2007. – 26 с.
2. Кохреидзе, Н.А. Становление вагинальной микрофлоры в возрастном аспекте / Н.А. Кохреидзе, М.Е. Кравченко // Детская больница. – 2002. – Т. 3. – С. 45-47.
3. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – Москва: Медиа Сфера, 2003. – 312 с.
4. Уварова, Е.В. Применение препарата «Гексикон» в лечении воспалительных заболеваний влагалища неспецифической этиологии / Е.В. Уварова, Н.Х. Латыпова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2007. – № 4. – С. 11-16.

ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ МЛАДЕНЦЕВ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мирончик А.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

Введение. Проблема синдрома внезапной смерти младенца (СВСМ) остается актуальной и в наше время. По данным ВОЗ на долю СВСМ в