

МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВУЛЬОВОАГІНІТУ В ПУБЕРТАТНОМУ ПЕРІОДІ – ТЕРАПІЯ ВИБОРУ

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2016.32.8-24-28>



О.В. КРАВЧЕНКО

д. мед. н., професор, завідувачка кафедрою акушерства, гінекології і перинатології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці
ORCID: 0000-0001-8085-8637

Контакти:

Кравченко Олена Вікторівна

Буковинський ДМУ, кафедра акушерства, гінекології та перинатології

58002, Чернівці, Театральна площа, 2
тел.: +38 (03722) 4 44 01

e-mail: akusherstvo2@bsmu.edu.ua

ВСТУП

В останні роки простежується чітка тенденція до зниження рівня репродуктивного здоров'я населення і, що вкрай важливо, зростає патологія пубертатного періоду.

В свою чергу, захворювання жіночих статевих органів у дівчат-підлітків, які виникають ще до першої вагітності, обумовлюють високу частоту ускладнень в пологах, зростання перинатальної захворюваності та смертності.

Інфекції статевої сфери, зокрема вульвовагініти, займають провідне місце в структурі гінекологічної захворюваності пубертатного періоду.

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

З моменту активації функції яєчників і накопичення в організмі дівчат власних естрогенів спостерігається потовщення шару вагінального епітелію і збільшення в ньому концентрації глікогену [9, 11]. Починаючи з цього часу, бактерії, які ферментують глікоген, набувають домінуючого положення в складі вагінального мікробіома і зберігають його протягом усього репродуктивного періоду здорової жінки. Естрогенозалежний механізм регуляції складу вагінального мікробіома призводить до змін умов існування різних груп мікроорганізмів в різні фази менструального циклу (МЦ). Ризик дисбіотичних порушень є особливо високим під час менструації, коли вагінальний секрет залужнюється, а концентрація глікогену знижується, що негативно позначається на кількості та активності фізіологічної мікрофлори. Встановлено, що в цей період на тлі зменшення концентрації лактобацилярної флори і зниження кислотності вагінального секрету значно зростає частота виділення з піхви умовно-патогенної флори.

Вагінальний мікробіом являє собою динамічну систему. На його склад впливає фізіологічний стан, вік, гормональний статус організму жінки [1, 6, 7]. Саме в пубертатному періоді стресове навантаження, гормональна нестабільність в період становлення МЦ створюють умови для розвитку нетипової мікрофлори, часто асоційованої із захворюваннями.

Значний вплив на мікробіоценоз піхви здійснюють екогенні фактори, зокрема прийом антибіотиків, імуномодуляторів, контрацептивних засобів, які дівчата-підлітки часто

приймають безконтрольно, не звертаючись до лікаря, що обумовлено вкрай низькою медичною обізнаністю та культурою.

Недотримання правил гігієни, паління та інші шкідливі звички, поширені в підлітково-му середовищі, також можуть бути причиною стійких порушень вагінального мікробіома [8]. Особливу роль у розвитку патології вагінального біотопу відіграє рання активна статевая поведінка молоді. При цьому захворювання статевих органів характеризуються зростанням ролі в їхньому розвитку умовно-патогенної флори, резистентністю збудника до медикаментозної терапії, високою частотою рецидивів та хронізації, що створює значні труднощі в лікуванні пацієнтів.

Основними причинами рецидивів інфекційних запальних захворювань у підлітків є:

- неповна санація піхви (помилки діагностики, вибору антибактеріального засобу, недостатній контроль виліковування);
- низька санітарна та медична культура (самолікування, невиконання всіх призначень лікаря тощо);
- дисбактеріоз піхви як ускладнення неадекватної антибактеріальної терапії.

Порушення стану вагінального мікробіома найчастіше асоціюють із розвитком бактеріального вагінозу, неспецифічного (аеробного) та мікотичного вагінітів. Сучасні дослідники вважають, що «аеробний» вагініт порівняно з бактеріальним вагінозом створює більші ризики розвитку таких акушерських ускладнень, як хоріоамніоніт, передчасний розрив плідних оболонок та передчасні пологи [4]. Тому ефективне лікування даного захворювання має велике значення, особливо у підлітків, оскільки обумовлює збереження репродуктивного здоров'я до настання першої вагітності.

Неспецифічний «аеробний» вагініт супроводжується збільшенням рівня умовно-патогенних бактерій видів *Streptococcus agalactiae*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus spp.* і грамнегативних ентеробактерій, переважно виду *Escherichia coli*. Всі ці мікроорганізми мають кишкове походження, і вульвовагініт, що виникає, тісно асоційований із дисбіозом кишечника. На відміну від бактеріального вагінозу, неспецифічний вульвовагініт супроводжується запальними процесами в слизовій оболонці та активною імунною відповіддю, високим рівнем прозапальних інтерлейкінів. Збудники

вувьовагініту формують полівидові біоплівки, чим визначається їх висока стійкість до антибактеріальної терапії та хронічний рецидивуючий перебіг захворювання [2, 13].

В свою чергу, масивний протимікробний вплив на організм є фактором ризику серйозних пошкоджень мікріобіома та формування мультирезистентних біоплівок умовно-патогенними мікроорганізмами. Усвідомлення важливості мікріобіома у формуванні і підтримці жіночого репродуктивного здоров'я великою мірою визначило зростаючий інтерес до питання збереження та відновлення мікробної екології жінки, тому в сучасних умовах багатьма спеціалістами пропонується використання комплексного підходу до лікування хворих, спрямованого не тільки на ліквідацію збудника захворювання, але й на відновлення порушеного мікріобіома.

При неспецифічному бактеріальному вагініті змішаної етіології підбір ефективної терапії завжди непростий, тим паче в пубертатному періоді. На нашу думку, при лікуванні вувьовагінітів у дівчат-підлітків слід надавати перевагу місцевому застосуванню препаратів, які ефективно деконтамінують слизову оболонку піхви [3]. Системне застосування антибіотиків підвищує фармакологічне навантаження на організм дівчат. До того ж, втрачаючи високу частоту безсистемного, неконтрольованого медиками самолікування в пубертатному періоді, призначення цих лікарських засобів стає неприпустимим, оскільки значно ускладнює дисбіотичні розлади, причому не тільки в піхві, а й у кишечнику.

Все вищезазначене формує вимоги, яким має відповідати препарат вибору для лікування інфекційно-запальних захворювань піхви, а саме: сучасний антимікробний препарат повинен бути високоефективним відносно основних збудників запальних захворювань органів малого таза, мінімально впливати на стан нормального біотопу піхви, не мати обмежень до застосування в підлітковому віці та відомостей про формування резистентних до діючих речовин штамів мікроорганізмів [10, 12]. Цим критеріям сьогодні відповідає препарат Депантол у вигляді вагінальних супозиторіїв, який містить діючу речовину хлоргексидін (16 мг) і декспантенол (100 мг), основа свічок – поліетиленоксид. Препарат чинить антисептичну, регенеруючу, метаболічну дію. Хлогексидин активний по відношенню до грам-позитивних і грамнегативних бактерій, включаючи *Treponema pallidum*, *Chlamidia spp.*, *Ureaplasma spp.*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides fragilis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, дріжджі, дерматофіти, прості (*Trichomonas vaginalis*). Слід відзначити, що хлоргексидін не порушує функціональну ак-

тивність лактобацил. Декспантенол сприяє регенерації слизової оболонки піхви і шийки матки, нормалізує метаболізм клітин, посилює проліферативну активність епітелію та підвищує міцність колагенових волокон. Поліетиленоксидна основа має осмотичні та поглинаючі властивості, усуває набряклість, сорбує продукти запалення, здійснює «ефект спринцювання», що полегшує симптоми кольпіту.

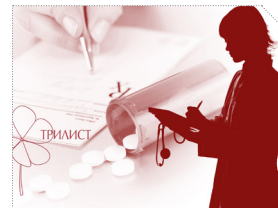
Мета дослідження: оцінити ефективність застосування препарату Депантол для лікування неспецифічного вувьовагініту в пубертатному періоді в молоді із сексуально активною поведінкою.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під спостереженням перебувало 30 дівчат у віці 16–18 років, які живуть нерегулярним статевим життям. Діагноз неспецифічного вувьовагініту верифікований за даними клініко-лабораторних методів дослідження. Критеріями виключення з дослідження були гострі та хронічні захворювання органів малого таза специфічної етіології (гонорея, трихомоніаз, хламідіоз), анормальні маткові кровотечі, індивідуальна непереносимість препарату. Всім пацієнткам призначався препарат Депантол по 1 супозиторію 2 рази на добу протягом 10 днів. Ефективність лікування оцінювали за даними клінічного обстеження до лікування, на 5 і 10 день спостереження, а також за лабораторними (бактеріоскопічними, бактеріологічними) даними до лікування та через 1 і 3 місяці після його закінчення. Критеріями ефективності лікування була повна клінічна та бактеріальна санація: відсутність суб'єктивних клінічних симптомів, запальних змін слизової оболонки піхви, від'ємний результат мікроскопічного дослідження вагінального вмісту, відсутність рецидивів протягом 3 місяців після завершення лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Всі обстежені дівчата-підлітки були студентками коледжів. Середній вік обстежених становив $17,2 \pm 0,2$ роки. Аналіз даних менструального анамнезу показав, що в переважній більшості обстежених (80%, 24 пацієнтки) менструація почалася у 13–14 років, пізні менархе (після 15 років) було відмічено у 6 (20%) дівчат. Становлення регулярних менструацій відбулося у 19 (63,3%) дівчат в терміні до 1 року, у 11 (36,7%) МЦ став регулярним протягом 1,4 року. Всі дівчата ведуть нерегулярне статеве життя. У 2 (6,7%) пацієнток в анамнезі була вагітність малого терміну, перервана медикаментозно. 80% (24) пацієнтки використовують контрацептивні засоби, 63,3% (19) дівчат хоча б раз застосовува-



Масивний протимікробний вплив на організм є фактором ризику серйозних пошкоджень мікріобіома та формування мультирезистентних біоплівок умовно-патогенними мікроорганізмами. Усвідомлення важливості мікріобіома у формуванні і підтримці жіночого репродуктивного здоров'я великою мірою визначило зростаючий інтерес до питання збереження та відновлення мікробної екології жінки, тому в сучасних умовах багатьма спеціалістами пропонується використання комплексного підходу до лікування хворих, спрямованого не тільки на ліквідацію збудника захворювання, але й на відновлення порушеного мікріобіома

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

ли невідкладну гормональну контрацепцію. 53,3% (16) дівчат віддавали перевагу сперміцидним засобам, 13,3% (4) – гормональній контрацепції, 13,3% (4) – презервативам.

Аналіз гінекологічного анамнезу показав, що 60% (18) обстежених відзначали в минулому патологічні виділення з піхви. Із них 6,7% (2) дівчат звертались до дитячого гінеколога студентської поліклініки та проводили відповідне лікування, 53,3% (16) досліджуваних лікувались без медичного та бактеріального контролю.

Соматичний анамнез був обтяжений у 26,7% (8) дівчат, 6,7% (2) обстежених хворіли на хронічний пієлонефрит, у 10% (3) верифікований гастрит, у 13,3% (4) – вегето-судинна дистонія.

Основною скаргою учасниць нашого дослідження були патологічні виділення з піхви (96,7%). Свербіж турбував 80% (24) пацієнток, набряки слизової піхви спостерігалися у 90% (27) дівчат, гіперемія – у 70% (21). Звертає на себе увагу дещо відмінна динаміка змін клінічних проявів неспецифічного вульвовагініту в пацієнток у процесі терапії. Так, якщо свербіж і набряки в ділянці піхви після проведеного лікування перестали турбувати 100% пацієнток, то пато-

логічні виділення та гіперемія піхви збереглися у 2 дівчат (6,7% випадків). Через 1 місяць після лікування відсутність клінічних проявів вульвовагініту відзначалася у 86,6% пацієнток, 4 (13,4%) дівчини знову скаржилися на наявність виділень та свербіж у ділянці піхви, об'єктивно в них була виявлена гіперемія слизової оболонки піхви. Через 3 місяці спостереження клінічні прояви інфекційного запального процесу піхви були відзначені у 20% (6) дівчат (рис.).

При мікроскопічному дослідженні піхвових виділень до початку лікування переважала змішана флора, значна кількість лейкоцитів, епітелій піхви визначався в невеликій кількості.

Результати бактеріологічного дослідження представлені в таблиці.

При висівах переважно спостерігалось поєднання різних умовно-патогенних мікроорганізмів, грамнегативних ентеробактерій. У 16,6% (5) дівчат висівалась *Gardnerella vaginalis* у діагностично значущих концентраціях. Слід також зазначити, що в переважній більшості пацієнток (93,3%) кількість лактобацил була знижена до 10^2 – 10^3 КОЕ/мл.

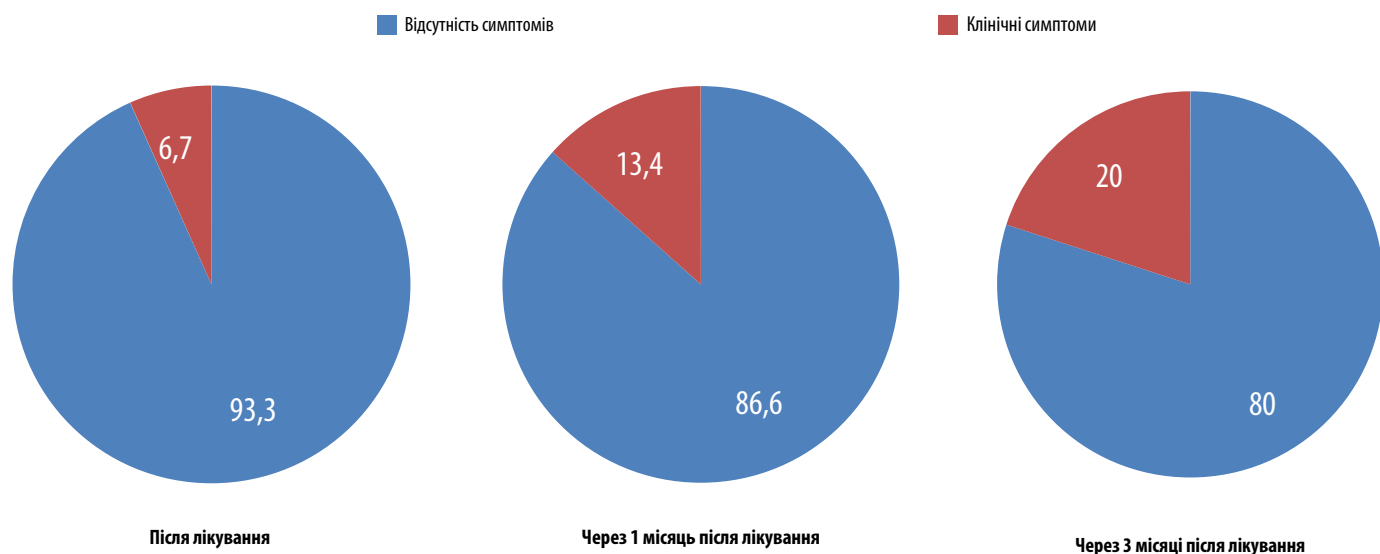


Рисунок. Клінічна оцінка ефективності лікування (%)

Таблиця. Результати бактеріологічного дослідження дівчат у динаміці лікування

Мікроорганізм	До лікування		Після лікування		
	КОЕ/мл	%	КОЕ/мл	Через 1 міс. (%)	Через 3 міс. (%)
<i>Lactobacillus spp.</i>	10^2	93,3	10^7	86,7	76,7
<i>Gardnerella vaginalis</i>	10^7	16,6	10^2	–	3,3
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	10^6	40	–	–	–
<i>Corynebacterium spp.</i>	10^9	33,3	10^3	3,3	6,7
<i>Staphylococcus spp.</i>	10^7	36,7	10^5	3,3	10
<i>Streptococcus spp.</i>	10^7	33,3	10^5	3,3	3,3
<i>Enterobacteriaceae</i>	10^6	26,7	10^5	6,7	13,3

Бактеріальне дослідження через місяць після лікування підтвердило ефективність запропонованої терапії у 90% (27) дівчат. Причому слід відзначити, що рівень лактобацил у кількості 10^7 КОЕ/мл відзначався у 86,7% (26) обстежених, що свідчить про швидке та якісне відновлення нормально-го мікробіоценозу піхви. Клінічні і бактеріологічні дослідження, проведені через 3 місяці після лікування, показали наявність клінічних ознак рецидиву захворювання у 20% пацієнток, які водночас супроводжувалися позитивними результатами висівів. У порівнянні з даними літератури, де рецидиви спостерігались у 50% пацієнтів, це є досить хорошим показником [5].

ВИСНОВКИ

1. Препарат Депабол є високоефективним по відношенню до основних збудників запального неспецифічного вульвовагініту. Депабол не порушує функціональну активність лактобацил, що сприяє підтримці нормального біоценозу піхви.

2. Місцеве лікування неспецифічного вульвовагініту в сексуально активній молоді до 18 років є ефективним, безпечним і може розглядатися як терапія вибору.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Плотко, Е.Э.
Биоценоз влагалища с точки зрения количественной ПЦР: что есть норма? / Е.Э. Плотко, А.Е. Донников, Е.С. Ворошилина и др. // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 1. – С. 66–70.
Plotko, E.E., Donnikov, A.E., Voroshilina, E.S., et al.
“Vaginal biocenosis in terms of quantitative PCR: what is the norm?” *Obstetrics and Gynecology* 1 (2011): 66–70.
- Инфекции в акушерстве и гинекологии / Под ред. О.В. Макарова, В.А. Алешкина, Т.Н. Савченко. – М.: МЕДпресс-информ. – 2007. – С. 177–189.
Infections in obstetrics and gynecology.
Ed. by O.V. Makarov, V.A. Aleshkin, T.N. Savchenko. Moscow. MEDpress-inform (2007): 177–89.
- Кира, Е.Ф.
Неспецифический вагинит и его влияние на репродуктивное здоровье женщины (обзор литературы) / Е.Ф. Кира, С.З. Муслимова // Проблемы репродукции. – 2008. – № 5. – С. 8–13.
Kira, E.F., Muslimova, S.Z.
“The non-specific vaginitis and its impact on women’s reproductive health (the literature review).” *Problems of reproduction* 5 (2008): 8–13.
- Кира, Е.Ф.
Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с дисбиотическими нарушениями влагалища / Е.Ф. Кира, И.В. Берлев, О.Л. Молчанов // Журнал акушерства и женских болезней. – 1999. – Вып. 2, Т. XLVII. – С. 8–11.
Kira, E.F., Berlev, I.V., Molchanov, O.L.
“The course of pregnancy, childbirth and the postpartum period in women with dysbiotic vaginal disorders.” *Journal of obstetrics and gynecological diseases* 2 Vol. XLVII (1999): 8–11.
- Радзинский, В.Е.
Коррекция нарушений биоценоза влагалища: марш на месте или движение вперед? / В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, Л.А. Кайгородова и др. // Репродуктивная эндокринология. – 2014. – № 4 (18). – С.92–100.
Radzinskiy, V.E., Khamoshina, M.B., Kaigorodova, L.A., et al.
“Correction of vaginal biocenosis: march in place or move forward?” *Reproductive Endocrinology* 4.18 (2014): 92–100.
- Коршунов, В.М., Володин, Н.Н., Ефимов Б.А. и др.
Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах / Учебное пособие. – М., 1999. – 79 с.
Korshunov, V.M., Volodin, N.N., Efimov, B.A., et al.
Microecology of vagina. Correction of microflora at vaginal dysbacteriosis. Tutorial. Moscow (1999): 79 p.
- Савицкая, К.И.
Нормальная микрофлора генитального тракта здоровых женщин репродуктивного возраста / К.И. Савицкая, А.А. Воробьев, В.А. Молочков, Н.В.Зур // Вестник РАМН. – 2003. – № 9. – С. 48–52.
Savitskaya, K.I., Vorobyov, A.A., Molochkov, V.A., Zur, N.V.
“The normal flora of the genital tract of healthy reproductive age women.” *Herald of RAMS* 9 (2003): 48–52.
- Ромащенко, О.В.
Переоценка подходов к диагностике и лечению воспалительных заболеваний гениталий, обусловленных микст-инфекцией / О.В. Ромащенко, Л.А. Лебедь, Л.Ф. Яковенко и др. // Здоровье женщины. – 2009. – № 5. – С. 161–168.
Romashchenko, O.V., Lebed, L.A., Yakovenko, L.F., et al.
“Reevaluation of approaches to diagnosis and treatment of inflammatory diseases of the genitals caused by mixed infection.” *Health of woman* 5 (2009): 161–8.
- Радзинский, В.Е.
Коррекция микробиоценоза урогенитального тракта / В.Е. Радзинский // Фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – 2009. – № 4. – С. 44–46.
Radzinskiy, V.E.
“Correction of microbiocenosis of urogenital tract.” *Pharmacotherapy in obstetrics and gynecology* 4 (2009): 44–6.
- Радзинский, В.Е.
Эффективная коррекция нарушений биоценоза влагалища вне и во время беременности: почему это важно и что нового? / В.Е. Радзинский и др. // Доктор.Ру. – 2010. – Т. 58, № 7. – Ч. 1. – Гинекология. – С. 20–26.
Radzinskiy, V.E., et al.
“Effective correction of vaginal biocenosis disorders out and during pregnancy: why it is important and what’s new? *Doktor.Ru* 58.7 Part 1 *Gynecology* (2010): 20–6.
- Yamamoto, T., Zhou, X., Williams, C.J., et al.
“Bacterial populations in the vaginas of healthy adolescent women.” *J Pediatr Adolesc Gynecol* 22 (2009): 11–18.
- Brown, C.J., et al.
“Preliminary characterization of the normal microbiota of the human vulva using cultivation independent methods.” *J Med Microbiol* 56.2 (2007): 271–6.
- Workowski, K.A., Berman, S.
“Sexually transmitted diseases treatment guidelines.” *MMWR Recomm Rep* 59 (2010): 101–10. □

МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВУЛЬВОВАГІНІТУ В ПУБЕРТАТНОМУ ПЕРІОДІ – ТЕРАПІЯ ВИБОРУ

О.В. Кравченко, д. мед. н., професор, зав. кафедрою акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Інфекції статеві сфери, зокрема вульвовагініти, займають провідне місце в структурі гінекологічної захворюваності пубертатного періоду. Захворювання жіночих статевих органів у дівчат-підлітків, які виникають ще до першої вагітності, обумовлюють високу частоту ускладнень в пологах, зростання перинатальної захворюваності та смертності.

Метою дослідження була оцінка ефективності застосування препарату Депантол для лікування неспецифічного вульвовагініту в пубертатному періоді в молоді із сексуально активною поведінкою.

Під спостереженням перебувало 30 дівчат у віці 16–18 років, які живуть нерегулярним статевим життям. Діагноз неспецифічного вульвовагініту верифікований за даними клініко-лабораторних методів дослідження. Всім пацієнткам призначався препарат Депантол по 1 суппозиторию 2 рази на добу протягом 10 днів. Ефективність лікування оцінювали за даними клінічного обстеження до лікування, на 5 і 10 день спостереження, а також за лабораторними даними до лікування та через 1 і 3 місяці після його закінчення.

Основною скаргю учасниць дослідження були патологічні виділення з піхви (96,7%). Свербіж турбував 80% пацієнток, набряки слизової піхви спостерігалися у 90% дівчат, гіперемія – у 70%. Після проведеного лікування свербіж і набряки в ділянці піхви перестали турбувати 100% пацієнток, однак у 6,7% випадків збереглися патологічні виділення та гіперемія піхви. Бактеріальне дослідження через місяць після лікування підтвердило ефективність запропонованої терапії у 90% дівчат. Клінічні і бактеріологічні дослідження через 3 місяці після лікування показали наявність клінічних ознак рецидиву захворювання у 20% пацієнток, які водночас супроводжувалися позитивними результатами висівів. У порівнянні з даними літератури, де рецидиви спостерігалися у 50% пацієнтів, це є досить хорошим показником.

Результати дослідження свідчать, що препарат Депантол є високоєфективним по відношенню до основних збудників запального неспецифічного вульвовагініту. Депантол не порушує функціональну активність лактобацил, що сприяє підтримці нормального біоценозу піхви. Таким чином, місцеве лікування неспецифічного вульвовагініту в сексуально активній молоді до 18 років є ефективним, безпечним і може розглядатися як терапія вибору.

Ключові слова: неспецифічний вульвовагініт, пубертатний період, місцеве лікування, Депантол.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ – ТЕРАПИЯ ВЫБОРА

Е.В. Кравченко, д. мед. н., профессор, зав. кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы

Инфекции половой сферы, в частности вульвовагиниты, занимают ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости пубертатного периода. Заболевание женских половых органов у девочек-подростков, которые возникают еще до первой беременности, обуславливают высокую частоту осложнений в родах, рост перинатальной заболеваемости и смертности.

Целью исследования была оценка эффективности применения препарата Депантол для лечения неспецифического вульвовагинита в пубертатном периоде у молодежи с сексуально активным поведением.

Под наблюдением находилось 30 девушек в возрасте 16–18 лет, которые живут нерегулярной половой жизнью. Диагноз неспецифического вульвовагинита верифицирован по данным клинико-лабораторных методов исследования. Всем пациенткам назначался препарат Депантол по 1 суппозиторию 2 раза в день в течение 10 дней. Эффективность лечения оценивали по данным клинического обследования до лечения, на 5 и 10 день наблюдения, а также по лабораторным данным до лечения и через 1 и 3 месяца после его окончания.

Основной жалобой участниц исследования были патологические выделения из влагалища (96,7%). Зуд беспокоил 80% пациенток, отеки слизистой влагалища наблюдались у 90% девочек, гиперемия – у 70%. После проведенного лечения зуд и отеки в области влагалища перестали беспокоить 100% пациенток, однако в 6,7% случаев сохранились патологические выделения и гиперемия влагалища. Бактериальное исследование через месяц после лечения подтвердило эффективность предложенной терапии у 90% девочек. Клинические и бактериологические исследования через 3 месяца после лечения показали наличие клинических признаков рецидива заболевания у 20% пациенток, которые одновременно сопровождалась положительными результатами посевов. По сравнению с данными литературы, где рецидивы наблюдались у 50% пациентов, это является достаточно хорошим показателем.

Результаты исследования свидетельствуют, что препарат Депантол является высокоэффективным по отношению к основным возбудителям воспалительного неспецифического вульвовагинита. Депантол не нарушает функциональную активность лактобацилл, что способствует поддержанию нормального биоценоза влагалища. Таким образом, местное лечение неспецифического вульвовагинита у сексуально активной молодежи до 18 лет является эффективным, безопасным и может рассматриваться как терапия выбора.

Ключевые слова: неспецифический вульвовагинит, пубертатный период, местное лечение, Депантол.

LOCAL TREATMENT OF NONSPECIFIC VULVOVAGINITIS IN PUBERTY IS THE TREATMENT OF CHOICE

O.V. Kravchenko, MD, professor, Head of the Obstetrics, Gynecology and Perinatology Department, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi

Infection of the sexual sphere, in particular vaginitis occupy a leading place in the structure of gynecological morbidity in puberty. Diseases of the female genital organs, which appear even before the first pregnancy in adolescent girls lead to a high frequency of complications at labor, the increase of perinatal morbidity and mortality.

The aim of the study was to evaluate the efficacy of the Depantol for the treatment of non-specific vulvovaginitis in puberty young people with sexually active behavior.

Under supervision there were 30 girls aged 16–18 who are living an irregular sexual life. The diagnosis of non-specific vulvovaginitis verified according to clinical and laboratory studies. All patients was prescribed the drug Depantol by 1 suppository 2 times a day for 10 days. Treatment efficacy was evaluated according to the clinical examination before treatment, at 5 and 10 days of observation, as well as laboratory data before treatment and at 1 and 3 months after treatment.

The main complaint of the study participants was abnormal vaginal discharges (96.7%). Itching bothered 80% of patients, vaginal mucosa edema were observed in 90% of girls, hyperemia – in 70%. After treatment the itching and swelling in the vaginal area ceased to disturb 100% of patients, but in 6.7% of cases the abnormal vaginal discharges and hyperemia remained. Bacterial investigation at one month after treatment confirmed the efficacy of the proposed treatment for 90% of girls. Clinical and bacteriological studies at 3 months after treatment showed the presence of clinical signs of disease recurrence in 20% of patients who at the same time were accompanied by the positive results of plantings. Compared with literature data where relapses were observed in 50% of patients, it is a fairly good indicator.

The results of study show that the drug Depantol is highly effective to major pathogens of inflammatory non-specific vulvovaginitis. Depantol does not violate the functional activity of lactic acid bacteria, which contributes to the maintenance of normal biocenosis of the vagina. Thus, the local treatment of non-specific vulvovaginitis in sexually active young people under 18 years is an effective, safe and may be considered as therapy of choice.

Keywords: nonspecific vulvovaginitis, puberty, local treatment, Depantol.