



Клинический случай

# Вульвит и инфекция мочевыводящих путей у девочек

Н.А. Чеkeneва ✉

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия

✉ [4ekeneva@gmail.com](mailto:4ekeneva@gmail.com)

## Аннотация

Вульвит – одно из самых частых заболеваний при обращении на прием врача акушера-гинеколога. У девочек до 3 лет чаще встречаются неспецифический бактериальный, атопический, инфекционный вульвит и вульвит на фоне глистной инвазии. Для клинической картины специфичны гиперемия слизистой оболочки наружных половых органов, боль, жжение, зуд при мочеиспускании и в покое, а также возможны различные патологические выделения из половых путей. Часто вульвит сочетается с дерматитом промежности и перианальной области. Осложнениями неспецифического воспаления нередко являются сращение малых половых губ и инфекции мочевыводящих путей. Диагностику, лечение, реабилитацию и дальнейшее ведение таких девочек рекомендовано осуществлять врачам акушерам-гинекологам совместно с другими смежными специалистами, привлекать детского уролога, гастроэнтеролога, педиатра; при необходимости – дерматовенеролога, оториноларинголога, стоматолога, инфекциониста.

**Ключевые слова:** вульвит, уретрит, цистит, пиелонефрит, дерматит, атопический, бактериальный, инфекция, мочевыводящие пути, цистоскопия, синехии, сращение малых половых губ.

**Для цитирования:** Чеkeneва Н.А. Вульвит и инфекция мочевыводящих путей у девочек. Клинический разбор в общей медицине. 2023; 4 (11): 35–37. DOI: 10.47407/kr2023.4.11.00301

Clinical Case

## Vulvitis and urinary tract infection in girls

Natalia A. Chekeneva ✉

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Moscow, Russia

✉ [4ekeneva@gmail.com](mailto:4ekeneva@gmail.com)

## Abstract

Vulvitis is one of the most common disorders with which people come to visit obstetrician-gynecologist. Nonspecific bacterial, atopic, infectious vulvitis and vulvitis associated with helminthiasis are most often found in girls under the age of 3 years. Hyperemic mucous membrane of the external genitalia, pain, burning, itching while urinating and at rest are specific clinical features of the disorder; abnormal genital discharge of various types can be also found. Vulvitis often comes along with perineal and perianal dermatitis. Labial fusion and urinary tract infections are common complications of nonspecific inflammation. Obstetricians-gynecologists are recommended to conduct diagnosis, treatment, rehabilitation and further follow-up of such girls in cooperation with other related experts, involve pediatric urologist, gastroenterologist, pediatrician; if necessary – dermatovenerologist, ENT physician, dentist, infectious disease specialist.

**Key words:** vulvitis, urethritis, cystitis, pyelonephritis, dermatitis, atopic, bacterial, infection, urinary tract, cystoscopy, synechiae, labial fusion.

**For citation:** Chekeneva N.A. Vulvitis and urinary tract infection in girls. *Clinical review for general practice*. 2023; 4 (11): 35–37 (In Russ.).

DOI: 10.47407/kr2023.4.11.00301

Вульвит – это воспалительное заболевание наружных половых органов, в частности всей области преддверия влагалища. Вагинит – это воспалительное заболевание слизистой оболочки стенок влагалища. Клиническая картина при вульвовагинитах включает комплекс симптомов: дискомфорт в области наружных (преддверие влагалища, малые половые губы, гимен) и внутренних (влагалище) половых органов, зуд, жжение, гиперемия слизистой, эрозии, язвы, патологические выделения из половых путей разной степени интенсивности.

Длительный неспецифический воспалительный процесс может привести к формированию сращений малых половых губ (синехий) [1, 2].

Ввиду анатомического расположения наружного отверстия уретры у девочек крайне важно проводить дифференциальную диагностику между воспалительными заболеваниями наружных половых органов и органов мочевыделительной системы [1, 3], особенно при наличии болезненности и дискомфорта при мочеиспускании, подозрении на уретрит, цистит, наличие восходящей инфекции мочевыводящих путей. Частым осложнением/сопутствующим заболеванием вульвитов, вульвовагинитов является инфекция мочевыводящих путей.

Представленный клинический случай подтверждает актуальность и необходимость междисциплинарного подхода при лечении патологии анатомически смежных систем органов.

## Клинический случай

Пациентка Р., 7 мес, 1-я из тройни. Обратились на амбулаторный прием врача акушера-гинеколога в лечебно-диагностическое отделение ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) с жалобами на покраснение и высыпания в области промежности, беспокойство ребенка во время мочеиспускания.

Анамнез заболевания: первое обращение к педиатру в возрасте 4 мес, когда впервые были обнаружены изменения в клинических анализах мочи – лейкоцитоз до 10–20–30 клеток в поле зрения, эритроциты до 5–7 клеток в поле зрения, мутность, увеличение плотности, отсутствие прозрачности, бактерии до 3+/большое количество, оксалаты, аморфные фосфаты, нитриты. На протяжении последующих 3 мес ребенок несколько раз осмотрен педиатром и получал лечение: длительно применялись уроантисептики, диуретические средства растительного происхождения, противомикробные средства (нитрофуран); проведено 2 курса системной антибактериальной терапии (пенициллины, цефалоспорины) при наличии фебрильной температуры тела и признаках острого респираторного заболевания.

Status genitalis: интимная гигиена нарушена; наружные половые органы развиты правильно, клитор не увеличен; кожа промежности, больших и малых половых губ тонкая, атрофична, умеренно депигментирована, с мелкими папулами до 1–2 мм в диаметре (до 20 элементов на коже промежности и перианальной области, ягодич). Сращение малых половых губ между собой в области их уздечки на протяжении 7–8 мм, нежное, образует глубокий анатомический карман. Доступная осмотру область слизистой вульвы: выраженная гиперемия, наличие множественных мелких эрозий.

При бактериологическом исследовании посева средней порции мочи выявлены стафилококковая ( $10^6$  КОЕ/мл), стрептококковая ( $10^5$  КОЕ/мл), грибковая (*Candida* spp.  $10^5$  КОЕ/мл) инфекции; семейство энтеробактерий (кишечная палочка  $10^7$  КОЕ/мл). При проведении ультразвукового исследования органов мочевыделительной системы (проводились неоднократно) признаков патологии не обнаружено. Запланировано проведение цистоскопии.

При бактериологическом исследовании посева соскоба с области вульвы выявлены стафилококковая ( $10^7$  КОЕ/мл), стрептококковая ( $10^5$  КОЕ/мл) инфекции, семейство энтеробактерий (кишечная палочка  $10^7$  КОЕ/мл; клебсиелла  $10^5$  КОЕ/мл).

Диагноз: «Острый инфекционный вульвит. Сращение малых половых губ. Дерматит. Инфекция мочевыводящих путей».

Рекомендовано нормализовать гигиену, а именно – проведена подробная беседа для всех членов семьи, осуществляющих уход за девочкой. Назначено лечение: нестероидные противовоспалительные препараты для местного применения (бензидамина гидрохлорид 0,1%), местное и системное применение антимикотиче-

ских препаратов, местное применение крема клотриазола пропионата 0,05%, в том числе на область сращения малых половых губ.

Дополнительно ребенок был проконсультирован смежными специалистами – дерматовенерологом, аллергологом, инфекционистом, оториноларингологом. Сопутствующий диагноз: «Атопический дерматит. Полливалентная аллергия».

Длительность терапии до достижения стойкого клинического эффекта составила 3 нед.

На этапе реабилитации – коррекция гигиены, смена средств для стирки белья, максимальный отказ от одноразовых подгузников. Из местной терапии применялись наружно косметический крем на основе гиалуроновой кислоты, фитоэстрогены. Проведена коррекция рациона питания мамы, поскольку ребенок на грудном вскармливании. Динамическое наблюдение врачом акушером-гинекологом проводилось каждые 3 мес.

За время наблюдения в возрасте 1 года 4 мес был однократно рецидив сращения малых половых губ, по поводу которого проводилось кратковременное (в течение 7 дней) местное лечение препаратами эстриола 0,1%. На момент выхода статьи в печать девочке 2 года, жалоб нет, status genitalis – без патологических особенностей.

## Обсуждение

Цель данной публикации – привлечь внимание специалистов детского возраста к проблеме вульвитов и инфекции мочевыводящих путей.

По данным литературы, основной причиной воспалительного процесса наружных половых органов у девочек до 3 лет является условно-патогенная флора, представленная *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pyogenes*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* и др. [4]. Этиология и патогенез вульвитов и вагинитов обусловлены в том числе физиологическими анатомическими особенностями и факторами риска возникновения воспалительных процессов наружных половых органов. Особое значение имеют нарушение защитной функции кожи и слизистой, отсутствие нормальной влажной микрофлоры матери во время беременности и родов; нарушение адаптации девочки в периоде новорожденности; низкое качество потребляемой пищи; общее экологическое неблагополучие; гипотрофия половых губ; физиологический недостаток эстрогенов; щелочная pH; анатомическая близость ануса и уретры, что увеличивает шанс бактериальной контаминации [1, 4, 5]; нарушение общей и интимной гигиены; частое и длительное купание в ванне; ношение тесной/грубой одежды; опорожнение мочевого пузыря при нефизиологичных условиях (прижимая колени к груди); частое использование дезодорирующего мыла, других раздражающих и агрессивных веществ; ожирение; длительное нахождение в одноразовых подгузниках, мокром белье, купальниках; хроническая мастур-

бация; наличие инородного тела, в том числе на области вульвы, промежности (остатки туалетной бумаги, салфеток и т.д.).

Следует помнить, что до 80% рецидивов неспецифических вульвовагинитов случается на фоне обострения экстрагенитальных заболеваний, нарушения интимной гигиены. Частота вульвовагинитов выше среди девочек с хроническими заболеваниями ЛОР-органов, частыми острыми респираторными инфекциями, депрессией клеточного иммунитета и наличием в организме реакций гиперчувствительности замедленного типа.

Таким образом, очевидно, что вульва и влагалище девочки являются благоприятной средой для роста патогенной микрофлоры [6, 7].

Пациентки с жалобами на дискомфорт, зуд, жжение и болезненность при мочеиспускании и воспалительные изменения наружных половых органов могут встретиться в практике не только врача акушера-гинеколога, но и педиатра, уролога, дерматолога, аллерголога, поэтому междисциплинарный подход к диагностике, лечению и наблюдению таких девочек очень актуален. Соблюдение этапности обследования и лечения вульвовагинитов в детском возрасте позволит снизить частоту рецидивов и хронизации данной патологии и избежать проблем в будущем.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The author declares that there is not conflict of interests.

## Литература / References

- Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. 2009; с. 79–98. Uvarova E.V. Pediatric and adolescent gynecology. 2009; p. 79–98 (in Russian).
- Laufer MR, Emans SJ. Vulvovaginitis in the prepubertal child: clinical manifestations, diagnosis and treatment. 2021.
- Детская и подростковая гинекология. Под ред. Дж.С. Санфилиппо, Э. Лора-Торре, В. Гомес-Лобо, науч. ред. пер. на рус. яз. Е.В. Уварова. 2023; с. 37–44, 115–29, 157–72. Pediatric and adolescent gynecology. Ed. J.S. Sanfilippo, E. Laura-Torre, V. Gomez-Lobo, sc. ed. E.V. Uvarova. 2023; p. 37–44, 115–29, 157–72 (in Russian).
- Косых С.Л., Мозес В.Г. Диагностика и лечение вульвовагинитов у девочек. Мать и дитя. 2012; 4. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-i-lechenie-vulvovaginitov-u-devochek> (дата обращения: 04.12.2023).
- Kosykh S.L., Moses V.G. Diagnosis and treatment of vulvovaginitis in girls. Mother and child. 2012; 4. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-i-lechenie-vulvovaginitov-u-devochek> (accessed: 04.12.2023) (in Russian).
- Захарова И.Н., Коровина Н.А., Творогова Т.М. Вульвовагиниты в детском и подростковом возрасте. М., 2008. Zakharova I.N., Korovina N.A., Tvorogova T.M. Vulvovaginitis in childhood and adolescence. M., 2008 (in Russian).
- Маркин Л.Б., Яковлева Э.Б. Детская гинекология. Справочник. Киев, 2004; с. 238–9. Markin L.B., Yakovleva E.B. Pediatric gynecology. Directory. Kyiv, 2004; With. 238–9 (in Russian).
- Маслова И.О. Влагалищные выделения у девочек: этиология, клиника, диагностика, лечение. Педиатрия. 2005; 7 (2): 13–8. Maslova I.O. Vaginal discharge in girls: etiology, clinical picture, diagnosis, treatment. Pediatrics. 2005; 7 (2):13–8 (in Russian).

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

**Чекенева Наталья Александровна** – врач акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), соискатель ученой степени канд. мед. наук ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: [4ekeneva@gmail.com](mailto:4ekeneva@gmail.com); ORCID: 0009-0008-6645-6648

Поступила в редакцию: 01.12.2023

Поступила после рецензирования: 05.12.2023

Принята к публикации: 07.12.2023

## INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

**Natalia A. Chekeneva** – obstetrician-gynecologist, ultrasound diagnostics doctor, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: [4ekeneva@gmail.com](mailto:4ekeneva@gmail.com); ORCID: 0009-0008-6645-6648

Received: 01.12.2023

Revised: 05.12.2023

Accepted: 07.12.2023