

© Коллектив авторов, 2010

В.И. Морозов¹, Н.Н. Пантелеева², Л.Ф. Рашитов¹

ВЛАГАЛИЩНЫЙ РЕФЛЮКС МОЧИ И ВТОРИЧНЫЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ У ДЕВОЧЕК С МЕАТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ УРЕТРЫ

¹Кафедра детской хирургии с курсом ФПК и ППС (зав. д.м.н., доцент Л.М. Миролюбов)

ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Росздрава,

²Детская республиканская клиническая больница МЗ Республики Татарстан (гл. врач Р.Ф. Шавалиев), г. Казань, РФ

В ходе проведенного комплексного уронефрологического и гинекологического обследования 42 детей в возрасте от 2 до 14 лет с клиникой инфравезикальной обструкции, обусловленной меатальным стенозом уретры, установлена тесная связь данной патологии с воспалительными заболеваниями вульвы и влагалища. Представленный опыт диагностики и комбинированного лечения вульвовагинитов (ВВ) у данной группы детей позволил добиться длительной ремиссии заболевания. Показана необходимость расширения алгоритма обследования девочек с клиническими симптомами ВВ с целью уточнения причин их возникновения и комплексного подхода к лечению.

Ключевые слова: меатальный стеноз уретры, вульвовагинит, микция, уронефрологическое и гинекологическое обследование, девочки.

An over-all uronephrological and gynecological study of 42 girls aged 2–14 with infravesicle obstruction caused by meatal stenosis revealed close connection between this pathology and inflammatory vulvar and vaginal disease. Diagnostic measure and combined vulvovaginites treatment in the given group of children resulted in a long term remission. It stresses the necessity of examination algorithm extension in the girls with clinical symptoms of vulvovaginitis to elaborate the nature of their origin and complex approach to treatment.

Key words: meatal urethral stenosis, vulvovaginitis, uronephrological examination, girls.

Воспалительные заболевания гениталий у девочек являются распространенной гинекологической патологией детского возраста. Частота вульвовагинитов (ВВ) у девочек в возрасте от 1 года до 8 лет занимает в ее структуре первое место [1]. Рецидивы заболевания и хронизация воспалительного процесса значительно ухудшают прогноз в отношении репродуктивной функции девочек в будущей взрослой жизни, что является социальной и экономической проблемой.

Лечение любого заболевания можно считать этиопатогенетическим только в том случае, если правильно диагностирована его причина. В связи с этим достаточно обобщенное упоминание («...заболевания мочевыводящих путей...») во II разделе классификации воспалительных урогенитальных заболеваний у девочек (см. таблицу) требует уточнения их нозологии [1].

В детской урологической практике ВВ у девочек довольно часто диагностируется как сопутст-

вующее заболевание меатального стеноза уретры (МСУ), который у них, по данным литературы, встречается в 37,1% случаев среди всех анатомических вариантов врожденной инфравезикальной обструкции (ИВО) [2, 3]. Мы решили уточнить взаимообусловленность этиологических факторов этих двух нозологических форм заболевания урогенитальной сферы у девочек.

Материалы и методы исследования

Обследованы 42 девочки в возрасте от 2 до 14 лет с клиническими проявлениями ИВО, обусловленной МСУ. У всех обследованных детей визуально были выявлены различные воспалительные изменения в области наружных половых органов. Проводили комплексное уронефрологическое и гинекологическое обследование. При оценке характера мочеиспускания отмечалось затрудненное мочеиспускание и «разбрызгивание» мочи во время микции.

Контактная информация:

Морозов Валерий Иванович – д.м.н., доц. каф. детской хирургии с курсом ФПК и ППС ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Росздрава

Адрес: 420012 г. Казань, ул. Бутлерова, 49

Тел.: (843) 236-00-58, E-mail: rashlen@gmail.com

Статья поступила 23.03.10, принята к печати 26.01.11.

Таблица

Классификация воспалительных урогенитальных заболеваний у девочек*

Заболевания	Признаки
Инфекционные	1) неспецифические: неспецифический бактериальный вульвовагинит, бактериальный вагиноз; 2) специфические: гонорея, трихомониаз, хламидиоз, уреамикоплазмоз, дифтерийный вульвовагинит, генитальный туберкулез, кандидозный вульвовагинит, вирусный вульвовагинит (цитомегаловирус, герпес-вирус)
Первично-неинфекционные	1) инородные тела влагалища; 2) энтеробиоз, глистная инвазия; 3) онанизм; 4) изменение реактивности организма: нарушение обмена веществ, дисметаболическая нефропатия, аллергические заболевания, дисбактериоз кишечника, заболевания мочевыводящих путей, острые вирусные заболевания, «детские инфекции»

*По данным [1].

Результаты и их обсуждение

У 6 из 42 девочек данных за гинекологическую патологию при осмотре не выявлено. По данным уронефрологического обследования диагностирован компенсированный МСУ без признаков микционной недостаточности.

12 из 42 обследованных предъявляли жалобы на боли и гиперемия кожи и слизистых оболочек в области гениталий. При осмотре наружных половых органов гинекологом были выявлены клинические проявления вульвита, по данным вагиноскопии патология не выявлялась или отмечались явления вагинита легкой степени. В общих анализах мочи наблюдалась лейкоцитурия до 20–35 в поле зрения. В бактериологических посевах мочи выделялась разнообразная патогенная аэробная флора в невысоких титрах или условно-патогенная микрофлора в допустимых количествах. Бактериологические исследования отделяемого из влагалища соответствовали возрастной норме. По данным полимеразно-цепной реакции (ПЦР) образцов мочи и мазков из влагалища специфические возбудители не обнаружены. По данным урофлоуметрии (УФМ) у этих детей определялся гиперкинетический и смешанный тип кривых. По данным УЗИ мочевого пузыря после микции определялась остаточная моча в небольшом количестве.

У 18 детей отмечались боли, зуд и обильные выделения из половых путей. При вагиноскопии у этих пациенток диагностированы признаки воспаления легкой и средней степени тяжести. В мазках из влагалища на степень чистоты выявлено от 35 до 60 лейкоцитов в поле зрения. В общих анализах мочи определялась лейкоцитурия от умеренной до выраженной. В бактериологических посевах мочи и мазков из влагалища выделенная патогенная флора оказалась идентичной в 11 наблюдениях. По данным ПЦР образцов мочи возбудитель выявился в 5 наблюдениях, в мазках из влага-

лица – в 3 наблюдениях. Причем в 3 наблюдениях результаты этих исследований совпадали по характеру флоры. Урофлоуметрические кривые у всех этих больных были гиперкинетическими, а по данным УЗИ мочевого пузыря остаточная моча до 10–15% определялась у 16 пациенток.

Еще у 6 детей с жалобами на гиперемия кожи и слизистых оболочек, боли в области наружных половых органов и выделения из половых путей мазки из вагины соответствовали 3-й степени чистоты. При проведении вагиноскопии у них отмечалось воспаление легкой и средней степени тяжести. В общих анализах мочи выявлялась умеренная лейкоцитурия. По результатам бактериологического посева мочи и отделяемого из вагины возбудители оказались идентичными. Данные ПЦР образцов мочи и мазков из уретры и вагины совпали. По данным УФМ определялись гиперкинетические и дискретные кривые. По данным УЗИ мочевого пузыря во всех случаях определялась остаточная моча до 15% и более.

По данным микционной цистоуретрографии у 36 из 42 обследованных детей (85,7%) определялся пузырно-влагалищный рефлюкс мочи, который, по нашему мнению, является одной из основных причин хронического ВВ у девочек с МСУ (см. рисунок).

Таким образом, при выявлении клинических симптомов ВВ у девочек педиатрами или детскими гинекологами необходимо исключить или подтвердить наличие у них МСУ и вторичного влагалищного рефлюкса мочи как основного этиологического фактора заболевания.

Сам по себе МСУ является причиной микционной недостаточности и неполного опорожнения мочевого пузыря (остаточная моча после микции по данным УЗИ). При этом, как правило, имеет место ретроградный заброс мочи из уретры в мочевой пузырь. Все это предрасполагает к разви-

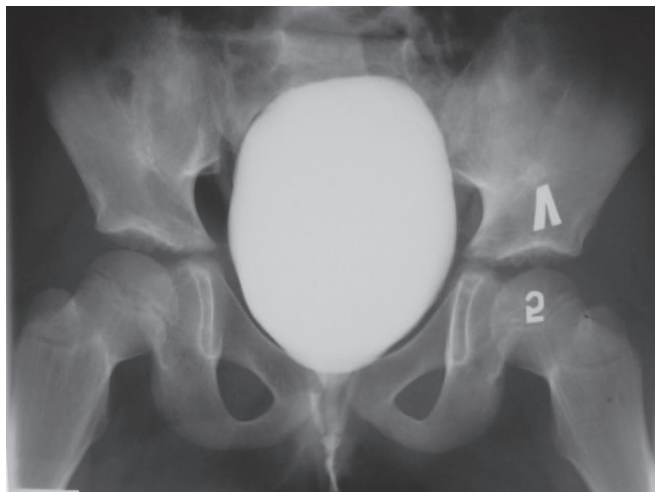


Рисунок. Влагалищный рефлюкс мочи по данным цистоуретрографии.

тию вторичной инфекции мочевыводящих путей. Инфицированная моча при забросе во влагалище провоцирует развитие вторичного ВВ, который в свою очередь (учитывая анатомическую близость органов, особенность крово- и лимфообращения) «поддерживает» воспалительный процесс в нижних отделах мочевыводящих путей. Таким образом формируется своеобразный «порочный круг», поддерживающий инфицирование и воспалительные изменения в соседних органах.

При диагностированном ВВ лечение назначалось гинекологами по стандартной схеме, при выявлении рефлюкса мочи и вторичного характера ВВ лечение проводилось при участии детского уролога.

Необходимо расширить алгоритм обследования больных этой группы с целью уточнения

характера уродинамики нижних отделов мочевыводящих путей [4, 5]. Прежде всего важно визуально оценить характер струи мочи ребенка во время микции (монологичная струя или разбрызгивается в виде веера), провести урофлоуметрическое исследование (графическая запись скорости потока мочи) с целью определения максимальной и средней скорости потока мочи. УЗИ мочевого пузыря (после осмотра почек) до и после микции позволяет выявить остаточную мочу в процентах от исходного ее объема, что объективно подтверждает микционную недостаточность мочевого пузыря при наличии ИВО. Алгоритм диагностики МСУ завершается цистоскопией с предварительной калибровкой меатуса и уретры и последующей кольпоскопией при участии детского гинеколога.

В случае выявления МСУ и пузырно-влагалищного рефлюкса мочи у девочек с ВВ, необходимо, наряду с консервативной терапией заболевания, провести оперативное устранение меатальной обструкции при участии детских урологов.

После устранения МСУ при повторном урогинекологическом обследовании у большинства пациенток (91,3%) была выявлена нормализация показателей анализов мочи и вагиноскопии. При длительном наблюдении отмечалось снижение частоты рецидивов ВВ.

Заключение

Наш опыт диагностики и комбинированного (гинекологического и урологического) лечения ВВ у данной группы детей позволил добиться не только длительной ремиссии заболевания, но и полного его излечения даже у девочек с 3-й степенью чистоты влагалищного мазка.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Коколина В.Ф.* Диагностика и лечение урогенитальных инфекций: Метод. рекомендации. М.: РГМУ, 2006: 1–2.
2. *Ахунзянов А.А.* Хирургия врожденных обструктивных заболеваний органов мочевого выведения у детей: Автореф. дисс... докт. мед. наук. М., 1994.
3. *Campbell's Urology.* 9 ed. Saunders, 2007.

4. *Детская урология.* Руководство. Под ред. А.Г. Пугачева. М.: ГЭОТАР-Мед, 2009: 207–242.

5. *Державин В.М., Казанская И.В., Вишневецкий Е.Л., Гусев Б.С.* Диагностика урологических заболеваний у детей. Л.: Медицина, 1984: 214.

