

На правах рукописи

МИХАЙЛЕНКО
ЕКАТЕРИНА ЛЕОНИДОВНА

**КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК, БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ.**

14.01.09. – Инфекционные болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2010

**РАБОТА ВЫПОЛНЕНА В ФГУН «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО –
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ЭПИДЕМИОЛОГИИ»
РОСПОТРЕБНАДЗОРА**

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Горелов Александр Васильевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Чешик Святослав Георгиевич

доктор медицинских наук, профессор Роговская Светлана Ивановна

Ведущая организация: ГОУВПО «Российский университет Дружбы народов»
Рособразования

Защита диссертации состоится « » мая 2010 года в час. мин. на заседании диссертационного совета Д 208.114.01 в ФГУН «Центральный научно – исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора по адресу: 111123, Москва, ул. Новогиреевская, д. 3а.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора.

Автореферат разослан « » мая 2010 года.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор Горелов Александр Васильевич

Актуальность проблемы

Острые кишечные инфекции являются одними из наиболее частых инфекционных заболеваний у детей. [Покровский В.И., 1993; Онищенко Г.Г., 2002; Феклисова Л.В., 2002; Учайкин В.Ф., 2003]. Несмотря на усовершенствование диагностики и лечебной тактики, согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно в мире ОКИ переносят около 2 млрд. человек, при этом 60-65% всех случаев ОКИ регистрируется среди детей раннего возраста. В исходе ОКИ у детей высока вероятность развития постинфекционного синдрома раздражённого кишечника, мальабсорбции, нарушения полостного пищеварения, обострения хронических заболеваний ЖКТ, аллергических заболеваний. [Парфенов А.И., Ручкина И.Н., 2007; Урсова Н.И., 2009]. Важной остаётся проблема нарушения состава нормальной микрофлоры кишечника, которые регистрируются у 95-97% больных ОКИ [Феклисова Л.В и соавт., 1995; Запруднов А.М., 2001; Тихомирова О.В., 2005; Новокшенов А.А., 2007].

Микроэкологическая система человека, создающая естественный барьер защиты организма от инфекции едина. Микрофлора гениталий- лишь составная часть этой системы, главным звеном которой является желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), и находится во взаимодействии и соподчинении с последним [Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б.А., 1999; Анкирская А.Е., Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р., 1999; Кира Е.Ф., 2001; Redondo-Lopez V., R.L.Cook, J.D.Sobel, 1990; Larsen B., 1993]. К настоящему моменту накоплено немало данных, свидетельствующих о тесной взаимосвязи микрофлоры всего организма, важным звеном которого является микрофлора ЖКТ как наиболее многочисленная и разнообразная. В то же время состояние микробиоценоза биотопа наружных гениталий у детей раннего возраста, больных ОКИ в острый период и период реконвалесценции практически не исследовано.

Некоторыми учеными доказано, что развитие воспалительных заболеваний наружных гениталий связано с дисбиотическими нарушениями в ЖКТ [Локун М.В., 2005]. Несмотря на использование в лечении данной патологии новых терапевтических схем, воспалительные заболевания гениталий не имеют тенденции к снижению и занимают первое место в структуре детской гинекологической заболеваемости, составляя 70-93%, причем более 60% из них имеют рецидивирующий характер [Плиева З.А., 2000]. Клиническое значение воспалительных заболеваний наружных гениталий определяется не только частотой, но и тем, что они могут явиться причиной серьезных нарушений репродуктивной системы в дальнейшем. [Бугрова О.Г., 1993; Гуркин Ю.А., 2000]. Все это определяет актуальность совершенствования диагностики, реабилитационно-оздоровительных мероприятий и разработки новых лечебных и профилактических подходов ведения девочек и имеющих воспалительные заболевания наружных гениталий, страдающих ОКИ.

Цель и задачи исследования

Цель исследования- оптимизация терапии и профилактики воспалительных заболеваний наружных гениталий у девочек раннего возраста, больных острыми кишечными инфекциями.

Задачи исследования

1. Изучить частоту выявления воспалительных заболеваний наружных гениталий (ВЗНГ) и особенности их клинических проявлений у больных ОКИ разной этиологии и у практически здоровых.
2. Установить влияние разных факторов (преморбидного фона, уровня поражения ЖКТ, средств гигиены) на особенности микробиоценоза кишечника и влагалища у девочек, больных ОКИ.
3. Изучить метаболический статус микрофлоры кишечника и гениталий у девочек раннего возраста, больных острыми кишечными инфекциями вирусной и бактериальной этиологии в динамике и у практически здоровых.

4. Определить взаимосвязь нарушений микрофлоры кишечника и наружных гениталий у девочек, больных острыми кишечными инфекциями разной этиологии.

5. Оценить терапевтический эффект комбинированного пробиотика (Линекс) в комплексном лечении ВЗНГ у девочек, больных ОКИ разной этиологии.

6. Оценить профилактический эффект комбинированного пробиотика (Линекс) на восстановление нормальной микрофлоры биотопов кишечника и наружных гениталий у девочек раннего возраста, больных ОКИ разной этиологии.

Научная новизна исследования

Установлено, что острые кишечные инфекции разной этиологии способствует изменению микроэкологии не только биотопа кишечника, но и биотопа наружных гениталий, при этом изменения носят сочетанный однонаправленный характер.

Впервые определены частота и спектр ВЗНГ у девочек раннего возраста, больных ОКИ.

Впервые установлено содержание короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) одновременно в копрофильтратах и в вагинальных смывах у практически здоровых девочек и больных ОКИ вирусной и бактериальной этиологии возраста 1-3 лет, отработаны нормативные показатели метаболитов микрофлоры биотопа наружных гениталий.

Выявлены различия в содержании метаболитов нормофлоры одновременно в обоих биотопах у девочек без клинических проявлений и с клиническими проявлениями воспалительных заболеваний наружных гениталий в разные периоды острой кишечной инфекции на фоне этиотропной терапии с применением и без применения пробиотика.

Обоснована целесообразность применения перорального комбинированного пробиотика (Линекс) в комплексной терапии и профилактике воспалительных заболеваний наружных гениталий у девочек, больных острыми кишечными инфекциями.

Практическая значимость работы

Разработаны рекомендации по своевременной диагностике и лечению воспалительных заболеваний наружных гениталий (ВЗНГ) у девочек, больных острыми кишечными инфекциями разной этиологии. Клинико-лабораторно обоснована необходимость и эффективность применения перорального комбинированного пробиотика (Линекс) в комплексном лечении и профилактике ВЗНГ.

Внедрение полученных результатов

Результаты работы внедрены в практическую деятельность ДИБ № 5 г. Москвы.

Апробация материалов диссертации

Основные положения работы доложены и обсуждены на: научно-практической конференции «Совершенствование педиатрической практики в свете реализации национального проекта «Здоровье». От простого к сложному» (Москва, 2007); Российской научно-практической конференции «Инфекции, вызываемые условно патогенными микроорганизмами» (Москва, 2007); I Ежегодном Всероссийском конгрессе по инфекционным болезням (Москва, 2009); научно-практической конференции молодых ученых «Диагностика, профилактика и лечение инфекционных болезней» (ФГУН ЦНИИЭ, Москва, 2009); II Ежегодном Всероссийском конгрессе по инфекционным болезням (Москва, 2010); на XVII Конгрессе детских гастроэнтерологов России (Москва, 2010), врачебной конференции в ДИБ № 5.

По материалам диссертации опубликовано 5 работ, в том числе 1 - в издании, поименованном в перечне ВАК.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 140 листах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, содержащего 164 литературных источников (128 - отечественных и 36 - зарубежных). Иллюстративный материал представлен 30 таблицами, 7 рисунками, выписками из историй болезни.

Материалы и методы исследования

Общая характеристика исследуемой группы

Для решения поставленных задач в 2006-2009 г.г. было обследовано 620 девочек в возрасте от 1 года до 3 лет. Из них 500 находились на стационарном лечении по поводу ОКИ в ДИБ №5 СВАО г. Москва (главный врач Золотавин С.В.), при этом воспалительные заболевания наружных гениталий обнаружены у 118 детей (23,6%).

Группу сравнения составили 382 девочки, больные ОКИ, не имеющих клинических проявлений воспалительных заболеваний наружных гениталий. Отбор детей в исследование проводился методом случайной выборки. При сборе анамнеза соблюдались все необходимые условия для составления выборок: однородность, отсутствие предварительного отбора наблюдаемых, использование одних и тех же методов обследования. Критериями включения в основную группу и группу сравнения было наличие или отсутствие ВЗНГ, а также отсутствие антибактериальной и пробиотической терапии за 2 месяца до исследования. Дети, состоящие на учете у нефролога, гастроэнтеролога, инфекциониста в исследование также не включались.

С целью выявления распространенности воспалительных заболеваний наружных гениталий среди практически здоровых детей от 1 года до 3 лет обследовано 120 девочек в день здорового ребенка в медицинском центре «Интергрупп» (главный врач Варнавских Е.В). Среди них воспалительными заболеваниями наружных гениталий выявлены у 18 девочек (15%).

Для определения клинических форм и характеристики инфекционного процесса использовалась классификация ОКИ, предложенная А.В. Гореловым и Л.Н. Милютиной (2005). Анализ клинических наблюдений детей позволил установить, что ОКИ протекали в форме гастроэнтерита у 242 пациентов(48,4%), гастроэнтероколита- у 136 (27,2%), энтероколита- у 74(14,8%), гастрита- у 34 (6,8%), энтерита-у 14(2,8%). Течение ОКИ у большинства больных было гладким с преобладанием среднетяжелых форм заболевания – у (480 из 500). Тяжелые формы отмечены у 20 больных с развитием эксикоза II-III степени. Этиология ОКИ расшифрована у 135 пациенток (27%). Ротавирусная инфекция установлена у 67 (49,6 %), Норо-вирусная-у 24(17,8 %), S.enteritidis- выделены у 26 (19,3 %) детей, S.typhimurium-10(7,4%), S.infantis-2 (1,5 %), шигеллы Зонне-4(3,0 %), кампилобактер-2 (1,5 %). При неустановленной этиологии ОКИ дети по характеру диареи и течения болезни были условно разделены на бактериальные и вирусные. Группа с бактериальными диарейми составила 220 человек, группа с вирусными -280 человек.

Все дети были госпитализированы в стационар в первые 3 суток от начала заболевания. Наблюдения за всеми детьми проводили в остром периоде заболевания на 1-3 сутки с момента поступления в стационар, на 7-10 день и на 30-35 день от начала заболевания с согласия родителей.

Все больные ОКИ получали традиционную базисную терапию, включавшую диету, пероральную регидратацию (по показаниям- парентеральную инфузионную терапию), энтеросорбенты (смекта, энтеросгель и др.), в период реконвалесценции -ферментные препараты (мезим-форте, креон), симптоматическую терапию. На первом этапе обследованы 60 детей без клинических проявлений ВЗНГ: среди них 30 детей, больных вирусными диарейми и 30 девочек, больных бактериальными диарейми. Группу сравнения составили 30 практически здоровых девочек.

В свою очередь, каждая группа в зависимости от вида терапии разделена на 2 подгруппы по 15 человек. В обеих группах одна из подгрупп, наряду с традиционной терапией ОКИ получала пробиотический препарат Линекс. Профилактический курс лечения Линексом в возрастных дозах составил 21 день.

На втором этапе нашего исследования изучали клиническую эффективность пробиотиков у детей, больных ОКИ и имеющих воспалительные заболевания наружных гениталий. Все случаи ОКИ по характеру диареи разделены на 2 группы: 58 человек составили группу с бактериальными диарейми, 60 человек составили группу с вирусными диарейми. В свою

очередь каждая подгруппа разделена на 2 подгруппы: по 29 человек , больных бактериальными диареями и по 30 человек, больных вирусными диареями. Все дети получали базисную терапию ОКИ, местное лечение воспалительных заболеваний гениталий включало: фенистил-гель в сочетании с кремом бепантен плюс. Оба препарата смешивали в пропорции 1:1 и обрабатывали слизистую гениталий 2 раза в день. Предварительно слизистую наружных гениталий обрабатывали раствором 1:5000 фурациллина. Пробиотикотерапию получали 29 детей, больных бактериальными диареями и 30 человек, больных вирусными диареями.

Методы

С целью выяснения этиологии ОКИ проводился бактериологический анализ кала и промывных вод желудка, серологическое исследование крови в РПГА с дизентерийными, сальмонеллезными, иерсиниозным антигенами, использовались молекулярно-генетические методы (ПЦР), иммуноферментный анализ (ротатест) для определения вирусной природы болезни совместно с врачом-бактериологом ДИБ № 5 Косоротиковой А.И. (зав.лаб. Гулид Е.П.) и сотрудниками молекулярно-генетического центра ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора (зав. отделом к.м.н. Шипулин Г.А.) Методом РПГА обследовано 147 пациентов (29,4%), методом ИФА-157 (31,4%). ПЦР и бактериологические методы были использованы у всех пациентов.

Бактериоскопическое исследование влагалищного содержимого было проведено 500 девочкам, больным ОКИ и 120 девочкам на амбулаторном приеме в медицинском центре

«Интергруп», исследование проводилось в медицинском центре «Интергруп» лаборатории поликлиники № 1 РАН (зав. лабораторией Харламов И.В.). При исследовании состояния влагалищного микробиоценоза использовали методику окрашивания вагинальных мазков по Грамму с последующей микроскопией с иммерсией $\times 900$. Исследование включало в себя определение количества лейкоцитов, эпителиальных клеток в поле зрения, фагоцитоз, дегенеративно и реактивно измененных клеток, определение флоры. Результаты данного метода оценивались по типам мазка, предложенным М.Л. Коршуновым (1990). На основе микроскопического исследования выделяли 3 варианта интерпретации влагалищных мазков, отражающих нормоценоз, вульвовагинит, переходный тип мазка. Оценка бактериоскопических показателей мазка проводилась дважды: в момент поступления и на 7-8 день лечения.

Методом ГЖХ-анализа (совместно с д.м.н., проф. Ардатской М.Д.) определяли в кале и в вагинальных смывах количественное и качественное содержание метаболитов нормофлоры - короткоцепочечных жирных кислот. ГЖХ-анализ проводили на хроматографе «Хроматек-Кристалл-5000» производства России.

Материалом для исследования служили смывы вагинального отделяемого и фекальные массы. Вагинальные смывы получали путем орошения влагалища дистиллированной водой из одноразового шприца без инъекционной иглы, в объёме 2 мл и помещали в стерильную бакпечатку. Кожу промежности и больших половых губ предварительно обрабатывали 0,01% раствором мирамистина. Забор материала проводили до туалета наружных половых органов. Затем замораживали при $t-22^{\circ}\text{C}$ и хранили до исследования. В этот же день кал собирали в стерильную бакпечатку и замораживали при $t-22^{\circ}\text{C}$. (вес образца около 2г). Повторное замораживание образцов не допускалось.

Определение короткоцепочечных жирных кислот (С2-С6) методом ГЖХ-анализа было проведено больным ОКИ: 60 пациентам с переходным типом вагинального мазка и 80 пациентам, имеющим ВЗНГ, а также 30 практически здоровым девочкам.

На первом этапе у девочек, больных острыми кишечными инфекциями , а также у здоровых методом ГЖХ-анализа было одновременно определено количественное и качественное содержание короткоцепочечных жирных кислот в копрофильтратах и в вагинальных смывах на 1-3 сутки заболевания до начала этиотропной и пробиотической терапии и на 30-35 день после курса лечения, не ранее 10-14 дней после отмены всех препаратов. Методом ГЖХ-анализа обследованы 80 девочек с ВЗНГ: по 40 человек с

вирусными и бактериальными диареями в острый период кишечной инфекции (1-3) день и в период ранней реконвалесценции (30-35 день). Критериями оценки эффективности терапии ВЗНГ у больных на втором этапе являлись: динамика клинических симптомов, динамика бактериоскопических и КЖК показателей. Длительность курса лечения составила, в среднем, 14 дней.

Статистическая обработка цифрового материала результатов исследования проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0 (StatSoft, USA). При этом вычисляли следующие величины: среднюю арифметическую «М»; среднюю ошибку средней величины «m» (ошибку репрезентативности). Достоверность различий «р» результатов исследования оценивали по критерию Фишера, критерий достоверности - χ^2 .

Результаты исследования и их обсуждение

Частота, структура и клинические проявления воспалительных заболеваний наружных гениталий у девочек, больных ОКИ, и у здоровых.

Указанная патология у больных ОКИ нами выявлена у 118 детей(23,6%), в том числе, у 58(26,36%) при бактериальных и 60(21,43%)- при вирусных диареях. В группе «здоровых» детей воспалительные заболевания наружных гениталий выявлены у 18 человек (15%).

($p < 0,001$), т.е достоверно реже. (рис.1).



Рис. 1. Структура различных воспалительных изменений наружных гениталий у детей больных ОКИ различной этиологии и без ОКИ.

Вульвит и вульвовагинит у больных ОКИ разной этиологии встречались примерно с одинаковой частотой. Однако в группе сравнения вульвовагинит зарегистрирован достоверно реже, что свидетельствует о менее распространённом воспалительном процессе.

Обращала на себя внимание большая доля обнаружения синехий как в группах больных ОКИ, так и у амбулаторной группы девочек.

Синехии малых половых губ были выявлены у 11,6% девочек, больных ОКИ, причем у 4,6% девочек данная патология выявлена впервые. Среди «здоровых» детей 10% имели синехии малых половых губ, причем у 1,7% они выявлены впервые. Это наглядно свидетельствует о необходимости активного планового осмотра девочек раннего возраста при диспансерном наблюдении. Согласно последним исследованиям, синехии вульвы и влагалища формируются на фоне вульвовагинита, преимущественно, неспецифической

этиологии в каждом четвертом случае, с большей вероятностью возникновения в возрасте 3-6 лет [Миннигулова Г.М., 2009].

Проведен сравнительный анализ клинических проявлений болезни у 58 девочек с ВЗНГ, больных бактериальными диареями (1 группа), у 60 девочек с вирусными диареями (2 группа) и 18 девочек без ОКИ (3 группа).(табл. 1).

Таблица 1

Клинические признаки воспалительных заболеваний наружных гениталий у девочек разных групп.

Клинические признаки ВЗНГ	1 группа, n=58	2 группа, n=60	3 группа, n=18	P 1-2	P 1-3	P 2-3
Жалобы:						
гиперемия	55(94,8%)	53(93,3%)	3 (16,6%)		*	*
выделения	15 (25,8%)	18 (30%)	12 (66,66%)		*	*
опрелости	42 (72,4%)	35 (58,3%)	2 (11,11%)		*	*
нет жалоб	3(5,17%)	5 (8,3%)	1(5,5%)			
Характер выделений:						
серозный	20 (34,48%)	13(21,66%)	-		*	
водянистый	13(22,41%)	14(23,33%)	-			
слизистый	23(39,65%)	33(55%)	8(44,44%)			
слизисто-гнойный	2(3,44%)	-	10(55,55%)		*	*
Интенсивность выделений:						
скудные	45(77,58%)	35(58,33%)	-			
обильные	-	-	2(11,11%)	*	*	*
умеренные	13(22,42%)	25(41,67%)	16(88,88%)		*	*
Гиперемия и отечность:						
больших половых губ	58(100%)	60(100%)	18(100%)			
малых половых губ	58(100%)	60(100%)	18(100%)			
гимена	29(50%)	25(41,67%)	5(27,7%)			
клитора	52(89,65%)	48(80%)	12(66,66%)			
передней спайки	18(31%)	15(25%)	6(33,33%)			
задней спайки	58(100%)	60(100%)	12(66,66%)			
влагалища	32(55,17%)	28(46,66%)	5(27,7%)			
уретрит	2(3,44%)	-	-			
анусит	34(58,6%)	15(25%)	-	*	*	*
опрелости	42(72,4%)	35(58,3%)	2(11,11%)		*	*

*p<0,05.

В группах с бактериальными и вирусными диареями основными жалобами у больных достоверно чаще были гиперемия наружных гениталий и опрелости, тогда как в амбулаторной группе- выделения из половых путей. При объективном осмотре в группах детей с диареями у всех (100%) пациентов выявлены фекальные массы в области вульвы и

влагалища. В указанных группах характер выделений более разнообразный, но преобладал слизистый характер. В амбулаторной группе серозных и водянистых выделений не отмечено ни у одной из пациенток. Интенсивность выделений в группе больных ОКИ достоверно чаще была скудной (67,8% и 0% соответственно), чем в амбулаторной группе, что, скорее всего, связано с дегидратацией организма при диареях и уменьшением трансудации слизистыми. Умеренные и обильные выделения достоверно чаще встречались у детей в амбулаторной группе, чем в группах, имеющих диареи. Анусит и опрелости достоверно чаще регистрировались в группах больных ОКИ. Таким образом, воспалительный процесс наружных половых органов у девочек, больных ОКИ, характеризуется большим полиморфизмом клинической симптоматики и более выраженными изменениями, чем у девочек без ОКИ.

Микроскопия вагинальных мазков у пациентов наблюдаемых групп представлена в табл.2. Нормоценоз достоверно чаще зарегистрирован в группе девочек без ОКИ. Следует отметить, что воспалительный характер и переходный тип с высокой долей вероятности встречался у больных ОКИ. Таким образом, можно предположить, что ОКИ способствует изменению микроценоза гениталий.

Таблица 2

Микроскопические типы вагинальных мазков у больных ОКИ и без таковой.

Тип мазка	Больные ОКИ n=500(100%)	Девочки без ОКИ n=120(100%)	P
Нормоценоз	322(64,4%)	102(85%)	<0,05
Воспалительный характер	118(23,6%)	18(15%)	=0,05
Переходный тип	60(12%)	0	<0,05

Как видно из таблицы 3, наиболее значительное количество лейкоцитов (более 15 в п/зр) было в группе детей с бактериальными диареями, что, скорее всего, связано с особенностями иммунного ответа на внедрение микробного агента в организм. Также и более выраженный фагоцитоз отмечен в этой группе, что подтверждает значение фагоцитоза, который обеспечивает основную защиту слизистых гениталий в детском возрасте. Скорость репаративных процессов, характеризующаяся количеством эпителиальных клеток в поле зрения, была наиболее высокая в амбулаторной группе, а наиболее низкая в группе с вирусными диареями, что, по-видимому, изначально связано с более выраженной иммуносупрессией при вирусной инфекции. Наибольшее количество слизеобразования зарегистрировано в амбулаторной группе, наименьшее – в группе больных вирусными диареями. Это обусловлено, скорее всего, также общей обезвоженностью организма.

Таблица 3.

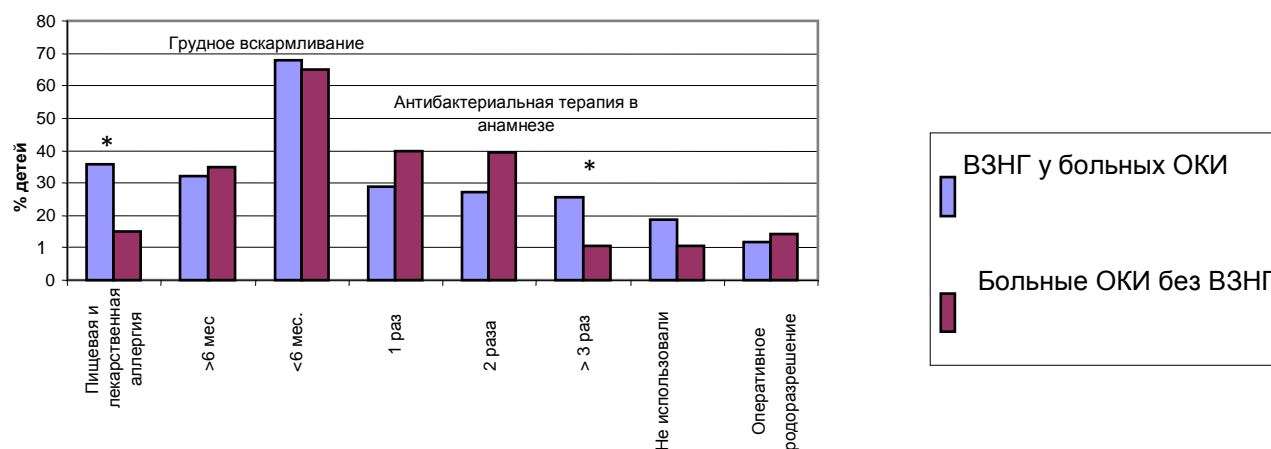
Бактериоскопическая характеристика вагинальных мазков при ВЗНГ у девочек больных ОКИ и без таковых.

Бактериоскопические показатели	1 группа, n=58	2 группа, n=60	3 группа, n=18	P1-2	P1-3	P2-3
Лейкоциты:						
5-6 в п/зр	0	0	0			
7-8 в п/зр	23(39,65%)	48(80%)	5(27,77%)	*		*
10-15 в п/зр	12(20,6%)	12(20%)	6(33,33%)	*		*
>15 в п/зр	23(60,2%)	0	7(38,9%)	*		*
Слизь:						
+	0	0	0			
++	38(65,5%)	51(85%)	9(50%)	*		*
+++	20(34,48%)	9(15%)	9(50%)	*		*
Эпителий:						
4-5 в п/зр	46(79,3%)	51(85%)	11(61,1%)			
5-6 в п/зр	12(20,7%)	8(13,3%)	4(22,2%)			
7-8 в п/зр	0	1(1,6%)	3(16,66%)		*	*
Дегенеративно и реактивно измен. клетки:						
скудно	0	0	0			
умеренно	0	0	0			
значительно	100%	100%	100%			
Флора:						
Смешанная	50(86,2%)	54(90%)	17(94,4%)			
Кокковая	8(13,8%)	6(10%)	1(5,6%)			
Палочковая	0	0	0			
Фагоцитоз						
+++	58(100%)	30(50%)	7(38,8%)	*	*	
++	0	30(50%)	11(61,2%)	*	*	

*p<0,05

Оценка влияния разных факторов на возникновение ВЗНГ у больных ОКИ.

С целью выявления возможных факторов риска развития ВЗНГ у детей, больных ОКИ, был проведен анализ некоторых показателей преморбидного фона у девочек, имеющих воспалительные заболевания наружных гениталий и без таковых (рис.2).



*p<0,05

Рис. 2. Сравнительная оценка частоты разных преморбидных факторов у сравниваемых групп детей.

Из представленных на рис. 2 данных видно, что в группах с воспалительными заболеваниями наружных гениталий у больных ОКИ и без воспалительных заболеваний, достаточно часто встречались аллергические реакции в анамнезе, однако в сравнении между группами у больных ОКИ с воспалительными заболеваниями гениталий аллергические реакции отмечены достоверно чаще. Наибольшая кратность применения антибиотиков (свыше 3 раз) отмечена в группе с воспалительными заболеваниями гениталий у больных ОКИ. Таким образом, аллергические реакции и многократное использование антибактериальных препаратов можно отнести к фактору риска возникновения воспалительных заболеваний гениталий.

Нами была проанализирована частота воспалительных заболеваний наружных гениталий в зависимости от уровня поражения ЖКТ у больных ОКИ.

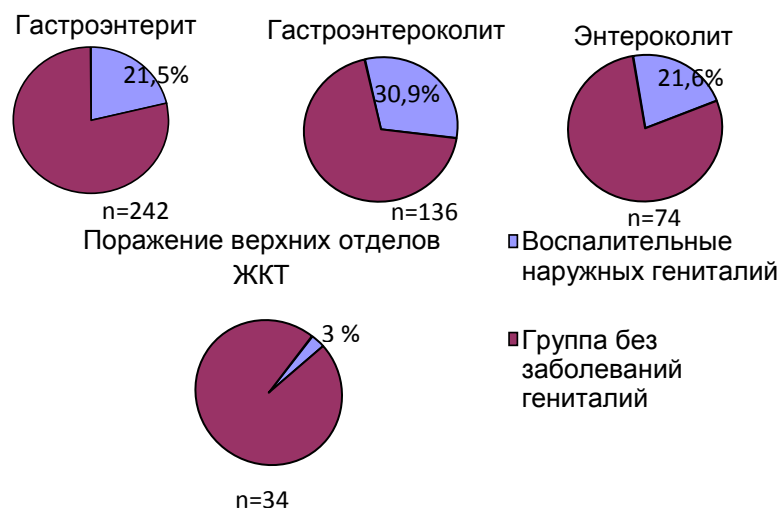


Рис.3. Частота ВЗНГ при различных уровнях поражения ЖКТ у больных ОКИ

Как видно из рисунка 3, доля воспалительных заболеваний, достоверно выше у детей в группе с распространенным воспалительным процессом ЖКТ, тогда как при поражении верхних отделов ЖКТ (гастрит, энтерит) воспалительные заболевания наружных гениталий зарегистрированы достоверно в меньшем проценте случаев.

В связи с изменением гигиенического ухода за промежностью, половых органов за последние 10-15 лет, появлением новых средств ухода, а также увеличением частоты воспалительных заболеваний наружных гениталий решено проанализировать влияние детских одноразовых подгузников и различных средств ухода на возможное возникновение указанной патологии у девочек в возрасте 1,5-2,5 лет.

Таблица 4.

Использование одноразовых подгузников в разные возрастные периоды у детей с ОКИ и ВЗНГ.

Одноразовые подгузники	ВЗНГ у больных ОКИ		Без ВЗНГ у больных ОКИ		P1-2
	n=40	1	n=128	2	
Регулярность					
3 и более раз в день	24(60%)		38(29,68%)		*
2 раза	10(25%)		40(31,25%)		
1 раз	5(12,5%)		40(31,25%)		*
Не используют	1(2,5%)		10(7,8%)		

*p<0,05

Как видно из таблицы 4, в группе больных ОКИ и имеющих ВЗНГ, регулярность использования одноразовых подгузников была более 3 раз за сутки, что достоверно чаще по сравнению с группой, не имеющих ВЗНГ.

Таблица 5.

Сравнительная оценка различных средств гигиены, применяемых у детей с воспалительными заболеваниями наружных гениталий и без таковых у больных ОКИ и в амбулаторной группе.

Средства гигиены	ВЗНГ у больных ОКИ n=118 1	Группа без ВЗНГ у больных ОКИ n=382 2	Группа без ВЗНГ (амбулаторная группа) n=102 3	P 1-2	P 1-3	P 2-3
Детский крем	83(70,3%)	182(47,6%)	41(40,2%)	*	*	
Декспантенол и средства на его основе(монокомпонентные)	21(17,8%)	150(39,26%)	40(39,2%)	*	*	
Не используют ничего	14(11,9%)	50(13,14%)	21(20,6%)			
Детское мыло	65(55%)	153(40%)	36(35,2%)	*	*	
Детские гели и пенки с нейтральным рН	38(32,2%)	211(55,2%)	56(54,9%)	*	*	
Проточная и кипяченая вода	15(12,7%)	18(4,7%)	10(9,8%)			

*p<0,05

Из представленных данных в таблице 5 видно, что специальные средства ухода, имеющие нейтральный рН, декспантенол, достоверно чаще применялись в группах детей без воспалительных заболеваний наружных гениталий. Хотя детские крема тоже содержат указанное вещество, но в группе больных с вульвовагинитами чаще применялись детские крема, мы предположили, что консистенция крема, а именно густота, а следовательно плохая резорбция слизистой гениталий влияет на появление воспаления, т.к. остатки крема являются хорошей питательной средой для условно патогенной флоры.

Характеристика состояния микрофлоры кишечника и гениталий у девочек, больных ОКИ не имеющих клинических признаков ВЗНГ.

С целью выяснения метаболического статуса кишечника при вирусных и бактериальных диареях был определен спектр КЖК в кале у девочек 1-3 лет (табл.7,10).

В группы вошли девочки без клинических проявлений ВЗНГ, но имеющие переходный тип мазка, свидетельствующий, что колонизационная резистентность слизистой генитального тракта снижена и создаются условия для его заселения патогенной флорой и

развития воспалительного процесса. Группу сравнения составили 30 практически здоровых девочек.

Качественный состав КЖК при бактериальных диареях в кишечнике и в биотопе гениталий выглядит следующим образом: повышены доли уксусной (С2) и пропионовой (С3) кислот при снижении доли масляной (С4) кислоты, что свидетельствует об активации как аэробной (факультативной), так и анаэробной (бактероиды и пропионибактерии) флоры. При этом активность факультативной аэробной флоры повышается, подтверждением чему является смещение АИ в область слабо отрицательных значений. Снижение уровня изокислот и индекса изокислот в кишечном биотопе исходно может быть обусловлено как повышением экскреции слизи с каловыми массами и истончением приэпителиального слоя, так и изменением моторно-эвакуаторной функцией кишечника и его воспалением. (рис.4).

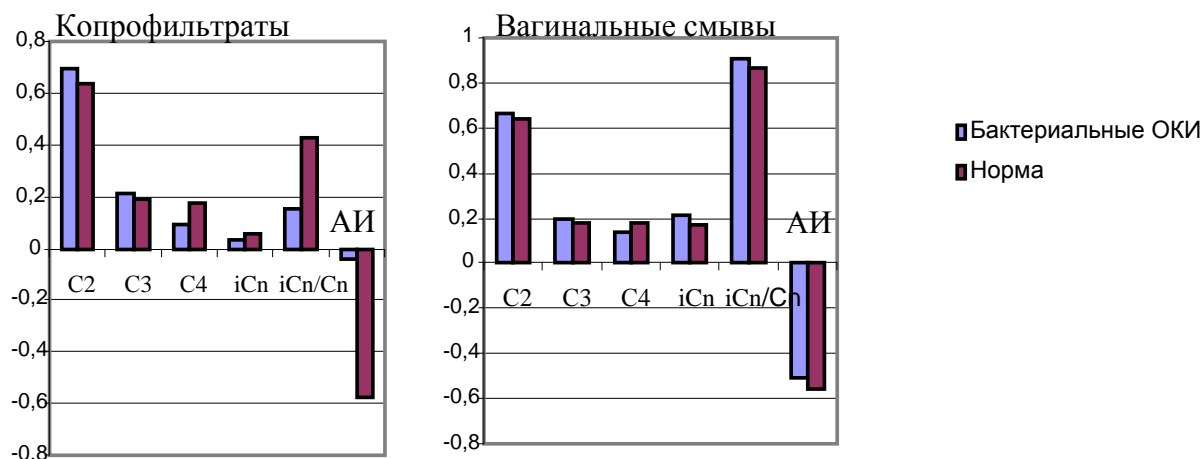


Рис. 4. Профили КЖК в копрофильтратах и вагинальных смывах у девочек, больных ОКИ бактериальной этиологии и в норме

Качественный состав КЖК в кишечнике и в биотопе гениталий при вирусных диареях: повышена доля уксусной (С2) кислоты при снижении долей пропионовой (С3) и масляной (С4), что свидетельствует об угнетении облигатно-анаэробной флоры. АИ смещен в область слабоотрицательных значений, что подтверждает активацию аэробной флоры. При вирусных диареях соотношение отдельных КЖК указывает на то, что угнетение облигатно-анаэробной флоры более выражено, чем при бактериальных. Повышенный уровень изокислот в обоих биотопах свидетельствует об усилении протеолитической активности микрофлоры. Как известно, наиболее выраженными протеолитическими свойствами обладают аэробы (стрептококки, стафилококки, кишечная палочка) (рис.5).

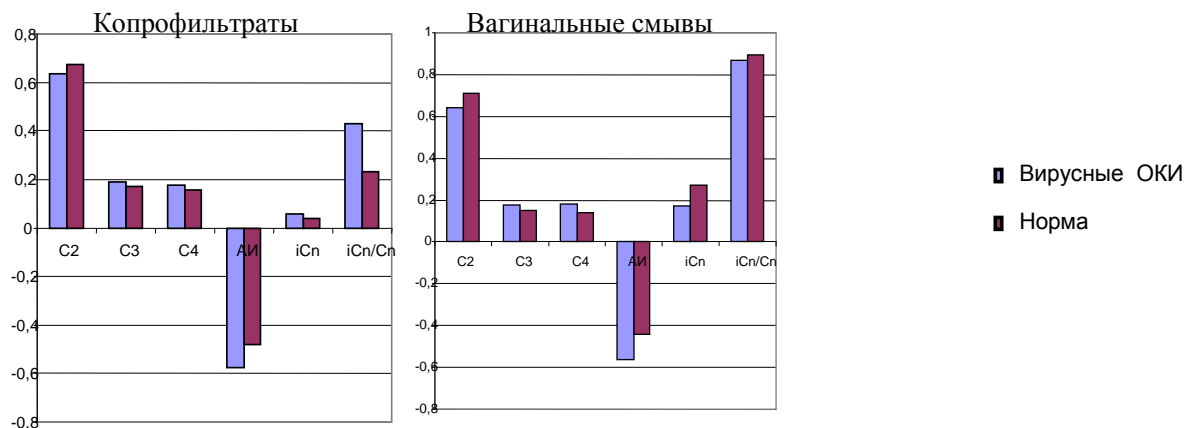


Рис.5. Профили КЖК в копрофильтратах и вагинальных смывах у девочек, больных ОКИ вирусной этиологии и в норме

Нами было проведено изучение взаимосвязи состава микробиоты кишечника и наружных гениталий у детей, больных острыми кишечными инфекциями различной этиологии.

Была установлена высокая корреляционная связь (индекс корреляции во всех случаях приближается к 1) между показателями КЖК в кале и вагинальных смывах у больных ОКИ вирусной и бактериальной этиологии, что свидетельствует о сочетанных однонаправленных изменениях микробного спектра в обоих биотопах и подтверждает необходимость терапевтических подходов с учетом выявленной корреляционной связи между микрофлорой кишечника и наружных гениталий (рис.6).

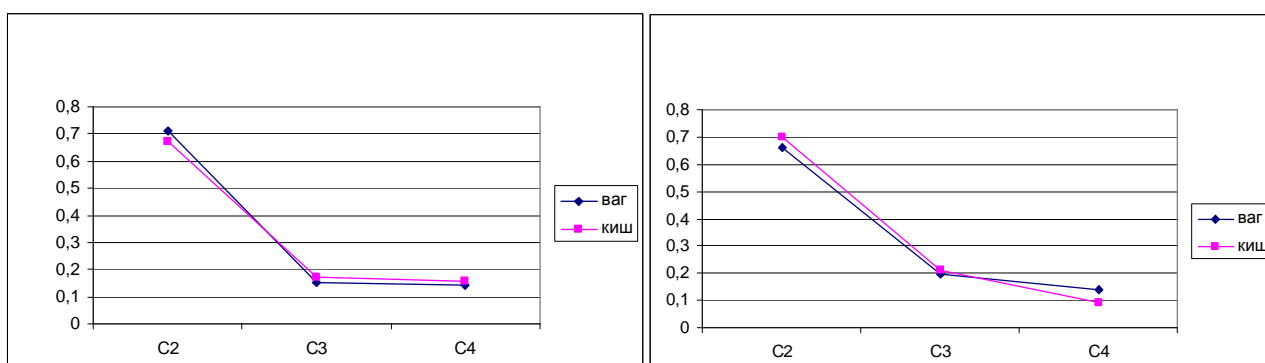


Рис. 6. Корреляционная связь между КЖК с неразветвленной цепью атомов в вагинальных смывах и копрофильтратах у больных ОКИ вирусной (слева) и бактериальной (справа) этиологии (при переходном типе вагинального мазка).

Нами проанализирована степень микробиологических нарушений в биотопах кишечника и наружных гениталий у больных ОКИ имеющих ВЗНГ и без таковых.

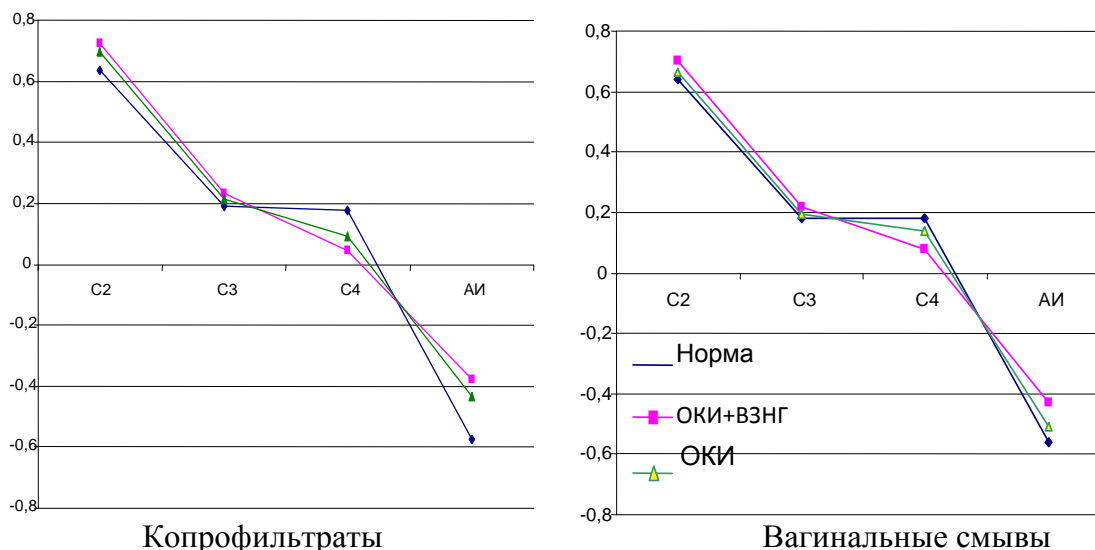


Рис. 7. Микробиологические изменения в ЖКТ и наружных половых органах у девочек в сравниваемых группах, больных ОКИ бактериальной этиологии.

Как видно на рис.7 и 8, степень микробиологических нарушений как в кишечнике, так и во влагалище у больных ОКИ разной этиологии имеющих ВЗНГ выше, чем у больных ОКИ без ВЗНГ, что выражается в более резком изменении всех параметров КЖК, а, следовательно, и в более резкой аэробизации среды, ослаблении активности облигатной микрофлоры в обоих биотопах. Изменения носят сочетанный, однонаправленный характер.

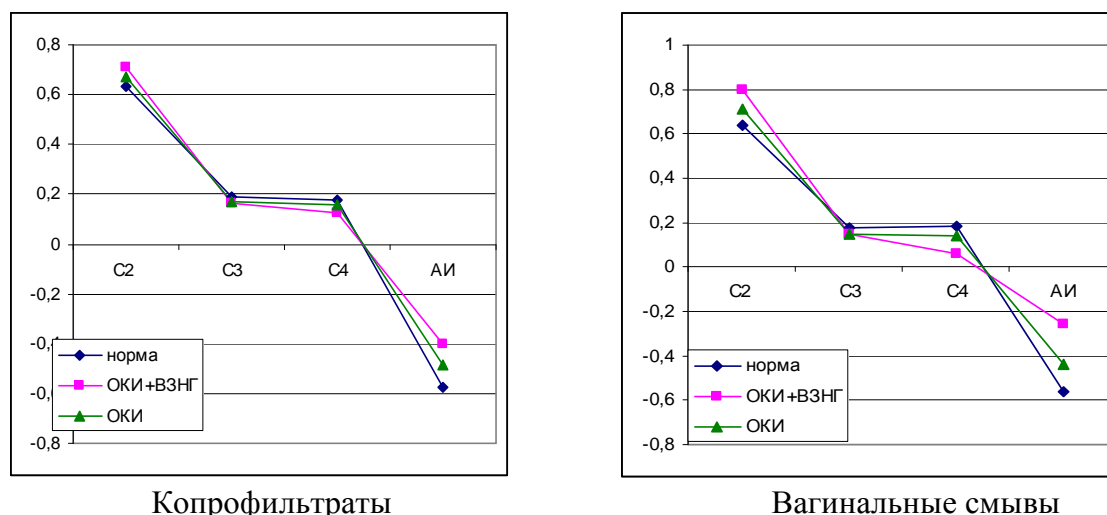


Рис. 8. Микроэкологические изменения в ЖКТ и наружных половых органах у девочек в сравниваемых группах, больных ОКИ вирусной этиологии.

Оценка эффективности различных терапевтических и профилактических подходов воспалительных заболеваний наружных гениталий у девочек, больных ОКИ различной этиологии.

С целью определения изменения микроценоза гениталий на 7-8 день ОКИ исследована микроскопия вагинальных мазков и изучено влияние на её результаты вида терапии (табл.6).

В I подгруппу (15 человек) вошли девочки, которые получали только традиционную терапию бактериальной ОКИ. II подгруппу (15 человек) составили девочки, получавшие традиционную терапию бактериальной ОКИ и пробиотик Линекс. В III подгруппу (15 человек) вошли девочки, которые получали только традиционную терапию вирусной ОКИ. IV подгруппу (15 человек) составили девочки, получавшие традиционную терапию вирусной ОКИ и пробиотик.

Таблица 6.

Микроскопическая картина вагинальных мазков у больных с бактериальными и вирусными диареями с различными видами терапии.

Тип мазка	Этиотропная терапия		Этиотропная терапия+Линекс		P
	Бактериальные	Вирусные	Бактериальные	Вирусные	
Этиология ОКИ	n=15	n=15	n=15	n=15	
	1	3	2	4	
	Переходный	13(86,67%)	11(73,3%)	5(33,3 %)	
Нормоценоз	2 (13,33%)	4(26,7 %)	10(66,7%) 11(73,3%)		* **

* $p < 0,05$ для групп 1-2 **; $p < 0,05$ для групп 3-4

Достоверная разность групп, $p < 0,05$ (критерий достоверности - χ^2)

Как видно из таблицы 6, на 7-8 день ОКИ в группе с использованием только этиотропной терапии доля мазков с нормальной микроскопической картиной достоверно меньше, а доля

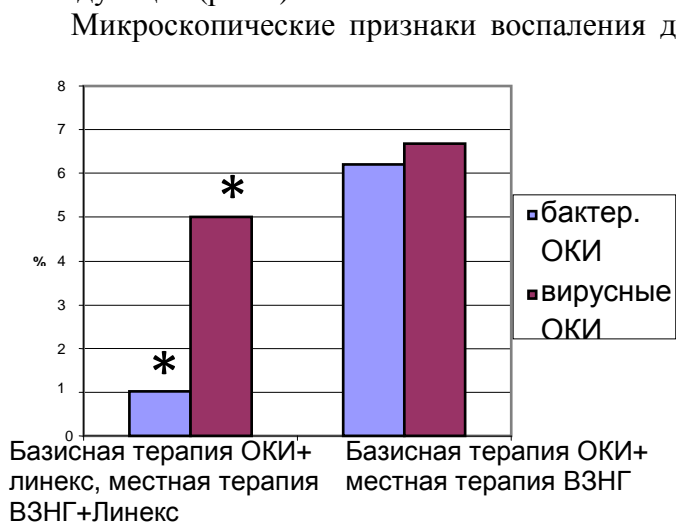
мазков с переходным типом достоверно больше по сравнению с группой с использованием пробиотика Линекс.

С целью выяснения метаболического статуса кишечника и наружных гениталий у тех же групп больных ОКИ бактериальной и вирусной этиологии в периоде реконвалесценции на 30-35 день от начала заболевания на фоне различной терапии был определен спектр КЖК (табл.7 и 10). Все обследованные не имели клинических признаков воспалительных заболеваний наружных гениталий. Анализ данных таблиц 7 и 10 показывает, что изменения биотопов кишечника и гениталий менее выражены у больных ОКИ независимо от этиологии при применении пробиотика. Таким образом, назначения пробиотиков в острый период ОКИ способствует не только нивелированию дисбиотических нарушений, но и является действенной профилактикой ВЗНГ. В периоде реконвалесценции ОКИ достоверная нормализация всех параметров КЖК произошла только в группе больных, получавших пробиотик.

Все 118 девочек больные ОКИ, из них 58 бактериальной и 60 вирусной этиологии, имеющие ВЗНГ, получали традиционную базисную терапию ОКИ и местное лечение. Для определения значимости коррекции дисбактериоза пациенты были разделены на 4 подгруппы, две из которых дополнительно получали Линекс в течение 21 дня. Методом ГЖХ-анализа обследованы по 40 человек, больных ОКИ вирусной и бактериальной этиологии. Результаты ГЖХ-анализа оценивали в 1-3 день и на 30-35 день ОКИ. Клинические проявления ВЗНГ и результаты бактериоскопического исследования дополнительно оценивали на 7-8 день лечения. Критериями эффективности проводимой терапии служили динамика клинических проявлений, динамика КЖК и бактериоскопических показателей.

В группах девочек, страдающих бактериальной диареей независимо от назначения пробиотика клинические проявления ВЗНГ на 7-8 день лечения достоверно не отличались, кроме вагинита, который у больных, получавших пробиотик, не отмечен вообще, у них реже встречались анусит и опрелости.

Микроскопическая картина вагинальных мазков на фоне различной терапии была следующей (рис.9).



Микроскопические признаки воспаления достоверно реже отмечены в группе больных, получавших пробиотик. Также в группе больных, получавших базисную терапию ОКИ и местную противовоспалительную терапию микроскопические признаки воспалительных заболеваний встречаются с одинаковой частотой в обеих группах с диареями. Наиболее значимый эффект отмечен в группе детей, больных бактериальными диареями и получавших пробиотик.

В динамике оценивали исчезновение клинических проявлений на 14-16 день болезни.

Рис.9. Микроскопические признаки воспалительных изменений наружных гениталий у больных ОКИ различной этиологии и при различных терапевтических подходах

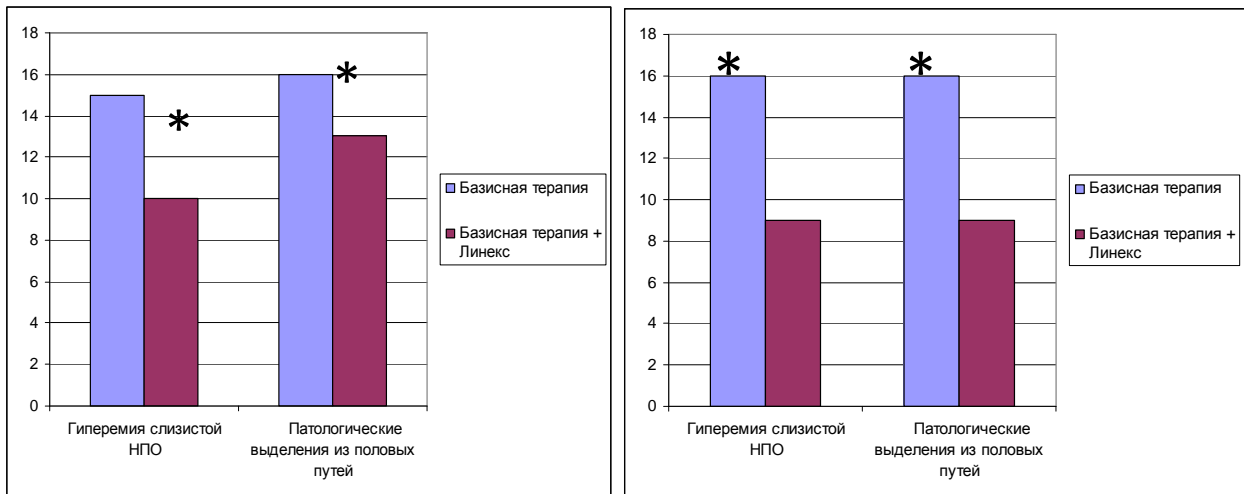


Рис. 10. Средняя длительность симптомов воспаления НПО при разных терапевтических подходах при бактериальных (слева) и вирусных (справа) ОКИ (в днях), достоверная разность средних, $p < 0,05$ (критерий достоверности - χ^2)

Как видно из данных, представленных на рисунке 8 у больных ОКИ бактериальной этиологией, симптомы ВЗНГ в общем сохранялись до $15 \pm 0,5$ дней. причем продолжительность гиперемии и патологических выделений из НПО были достоверно короче на $6 \pm 0,2$ и $2 \pm 0,3$ дня соответственно в группе больных получавших пробиотик. Как видно из данных представленных на рис. 8, у больных ОКИ вирусной этиологии, симптомы ВЗНГ в общем продолжались $15 \pm 0,5$ дней, причем в группе с пробиотиком продолжительность указанных симптомов была достоверно короче на $7 \pm 0,3$ дней.

Все параметры КЖК оценивали на 30-35 день ОКИ. Как видно из представленных данных в таблицах 8 и 9 достоверное изменение величин КЖК как в кишечном, так и в вагинальном биотопах произошло лишь в группе больных, получавших в комплексной терапии пробиотик. Хотя в группе детей не получавших пробиотик, также наметилась положительная динамика, однако нормализация всех профилей КЖК произошла в группе детей, которым в схему лечения был включен пробиотик.

Таблица 7.

Характеристика метаболического профиля КЖК в копрофильтратах (КФ) и в вагинальных смывах (ВС) у девочек в острый период и период реконвалесценции ОКИ бактериальной этиологии на фоне этиотропной терапии и на фоне этиотропной терапии с использованием пробиотика Линекс.

Группа		Субстрат	Е(мг/г)	C2	C3	C4	AI	iCn	iCn/Cn	iC5/C5
Норма N=30	ВС		0,07±0,002	0,641±0,005	0,179±0,004	0,180±0,004	-0,560±0,012	0,173±0,015	0,866±0,020	До 2,8
	КФ		7,5±1,24	0,634±0,008	0,189±0,005	0,176±0,005	-0,576±0,010	0,059±0,005	0,430±0,011	До 2,1
Бак. инф. острый период N=30	ВС		0,05±0,01	0,663±0,004*	0,197±0,003*	0,140±0,004*	-0,510±0,009*	0,210±0,012*	0,910±0,011	2,9±0,4
	КФ		4,2±1,22*	0,698±0,009*	0,212±0,010*	0,090±0,008*	-0,432±0,012*	0,035±0,004*	0,151±0,012*	5,12±0,4*
Период реконвалесценции	На фоне этиотропной терапии+линекс N=15	ВС	0,05±0,01	0,654±0,005*	0,195±0,003*	0,150±0,006*	-0,540±0,009*	0,198±0,011*	0,897±0,012	2,8±0,8
		КФ	4,88±1,25	0,664±0,005*	0,201±0,010*	0,130±0,004*	-0,500±0,009*	0,048±0,011*	0,223±0,012	3,15±0,4
	На фоне этиотропной терапии N=15	ВС	0,07±0,02	0,645±0,004**	0,184±0,003**	0,170±0,011**	0,540±0,009**	0,176±0,012**	0,861±0,011**	1,9±0,1
		КФ	7,04±1,3**	0,640±0,004**	0,194±0,010**	0,161±0,009**	0,560±0,009**	0,056±0,011**	0,418±0,011**	1,85±0,2

Примечание: ВС- вагинальный смыв, КФ-копрофильтрат; * различия в сравнении со здоровыми достоверны при $p < 0,05$; ** -различия между группами достоверны при $p < 0,05$.

Таблица 8

Характеристика метаболитного статуса (КЖК) в вагинальных смывах и копрфильтратах в острый период и период реконвалесценции и ОКИ бактериальной этиологии на фоне этиотропной терапии и на фоне этиотропной терапии с использованием пробиотика Линекс.

группа	Субстрат	Е(мг/г)	С2	С3	С4	АИ	iCn	iCn/Cn	iC5/C5
Нор ма N=3 0	BC	0,07±0,002	0,641±0,005	0,179±0,004	0,180±0,004	0,560±0,012	0,173±0,015	0,866±0,020	До 2,8
	КФ	7,50±1,24	0,634±0,008	0,189±0,005	0,176±0,005	0,576±0,010	0,059±0,005	0,430±0,011	До 2,1
Бак. Инф.о.лер N=40	BC	0,035±0,01	0,701±0,006*	0,220±0,006*	0,079±0,004*	0,427±0,009*	0,221±0,012*	0,912±0,011	4,5±1,4*
	КФ	3,95±1,19*	0,725±0,009*	0,231±0,009*	0,044±0,008*	0,379±0,012*	0,038±0,004*	0,149±0,012*	5,64±1,9*
ВЗНГ N=20 этиотропная тер.	BC	0,04±0,01	0,684±0,005*	0,205±0,005*	0,111±0,006*	0,461±0,009*	0,201±0,011*	0,901±0,012	3,8±1,1*
	КФ	4,75±1,14	0,672±0,005*	0,214±0,007*	0,114±0,004*	0,488±0,009*	0,043±0,011*	0,194±0,012	4,01±1,4*
ВЗНГ N=20 этиотропная тер.+линекс	BC	0,06±0,02	0,651±0,006**	0,183±0,005**	0,166±0,008**	0,536±0,009**	0,189±0,012**	0,881±0,011**	3,0±1,1**
	КФ	6,85±1,23**	0,655±0,007**	0,199±0,008**	0,146±0,009**	0,526±0,009**	0,050±0,007**	0,302±0,011**	2,4±0,7**

Примечание: BC- вагинальный смыв, КФ-копрфильтрат; * различия в сравнении со здоровыми достоверны при $p<0,05$; **-различия между группами достоверны при $p<0,05$.

Таблица 9

Характеристика метаболитного статуса (КЖК) в вагинальных смывах и копрфильтратах в острый период и период реконвалесценции и ОКИ вирусной этиологии на фоне этиотропной терапии и на фоне этиотропной терапии с использованием пробиотика Линекс.

Группа	Субстрат	Е(мг/г)	C2	C3	C4	AI	iCn	iCn/Cn	iC5/C5
Норма N=30	BC	0,07±0,002	0,641±0,005	0,179±0,004	0,180±0,004	-0,560±0,012	0,173±0,015	0,866±0,020	До 2,8
	КФ	7,5±1,24	0,634±0,008	0,189±0,005	0,176±0,005	-0,576±0,010	0,059±0,005	0,430±0,011	До 2,1
Вир.инф.о.ле P. N=40	BC	0,03±0,01*	0,795±0,008*	0,148±0,004*	0,057±0,004*	0,257±0,009*	0,295±0,052*	0,898±0,021	3,12±0,9
	КФ	4,01±1,10*	0,713±0,009*	0,164±0,006*	0,123±0,006*	0,402±0,012*	0,039±0,011*	0,214±0,011*	4,25±1,1*
Этиотропная +местная терапия ВЗНГ N=20	BC	0,05±0,02	0,701±0,007*	0,159±0,004*	0,140±0,005*	0,427±0,009*	0,254±0,012*	0,891±0,015	3,01±0,9
	КФ	6,3±1,09	0,679±0,008*	0,170±0,004*	0,151±0,004*	0,472±0,009*	0,042±0,008*	0,303±0,011	3,53±0,9
Этиотропная +местная тер ВЗНГ+ линекс N=20	BC	0,065±0,040	0,655±0,007**	0,172±0,005**	0,173±0,004**	0,527±0,009**	0,201±0,012**	0,887±0,014	2,8±0,7
	КФ	7,2±1,15**	0,648±0,008**	0,177±0,008**	0,175±0,008**	0,543±0,013**	0,049±0,011**	0,401±0,012**	2,9±0,6

Примечание: BC- вагинальный смыв, КФ-копрфильтрат; * различия в сравнении со здоровыми достоверны при p<0,05; **-различия между группами достоверны при p<0,05.

Таблица 10

Характеристика метаболического статуса (КЖК) в вагинальных смывах и копрфильтратах в острый период ОКИ вирусной этиологии на фоне этиотропной терапии и на фоне этиотропной терапии с использованием пробиотика Линекс.

группа	Субстрат	Е(мг/г)	C2	C3	C4	AI	iCn	iCn/Cn	iC5/C5
<i>Норма</i> N=30	<i>BC</i>	0,07±0,002	0,641±0,005	0,179±0,004	0,180±0,004	-0,560±0,012	0,173±0,015	0,866±0,020	До 2,8
	<i>КФ</i>	7,5±1,24	0,634±0,008	0,189±0,005	0,176±0,005	-0,576±0,010	0,059±0,005	0,430±0,011	До 2,1
<i>Вир.инф.о.пер.</i> N=30	<i>BC</i>	0,04±0,01	0,710±0,004*	0,150±0,003*	0,140±0,004*	0,440±0,009*	0,270±0,052*	0,896±0,021	2,2±0,3
	<i>КФ</i>	4,84±1,11*	0,674±0,009*	0,171±0,003*	0,155±0,007*	0,483±0,012*	0,042±0,011*	0,230±0,011*	2,7±0,2*
<i>На фоне этиотропной терапии</i> N=15	<i>BC</i>	0,058±0,03	0,696±0,005*	0,159±0,003*	0,150±0,002*	0,450±0,009*	0,232±0,012*	0,875±0,011	2,125±0,3
	<i>КФ</i>	6,1±1,11	0,666±0,01*	0,174±0,04*	0,160±0,04*	0,500±0,009*	0,069±0,008*	0,499±0,011	2,5±0,5
<i>На фоне этиотропной терапии + линекс</i> N=15	<i>BC</i>	0,068±0,02	0,651±0,005**	0,170±0,004**	0,180±0,002**	0,540±0,009**	0,195±0,012**	0,870±0,004**	1,98±0,1
	<i>КФ</i>	7,63±1,11**	0,642±0,01**	0,181±0,011**	0,180±0,02**	0,560±0,02**	0,058±0,011**	0,443±0,012**	1,83±0,1

Примечание: BC- вагинальный смыв, КФ-копрфильтрат; * различия в сравнении со здоровыми достоверны при $p < 0,05$; **-различия между группами достоверны при $p < 0,05$

ВЫВОДЫ

1. Частота выявления ВЗНГ у больных ОКИ составила 23,6%, что достоверно чаще по сравнению с группой «здоровых» девочек-15 %. Вульвовагинит в группе «здоровых» детей отмечен достоверно реже- в 27,78%.

2. Факторами риска возникновения ВЗНГ у девочек, больных ОКИ являются: пищевая и лекарственная аллергия, использование антибактериальных средств более 3 раз, распространенность воспалительного процесса ЖКТ (гастроэнтероколит, гастроэнтерит, энтероколит), а также дефекты гигиенического ухода.

3. Клинические проявления ВЗНГ у девочек, больных ОКИ отличаются большей выраженностью, полиморфизмом клинической картины(наличие разнообразных патологических выделений из НПО, более распространенным воспалительным процессом аногенитальной области) по сравнению с клиническими проявлениями ВЗНГ у детей без ОКИ.

4.Изменение метаболической активности микрофлоры (КЖК) как биотопа кишечника, так и биотопа наружных гениталий у больных ОКИ находится в прямой корреляционной зависимости.

5.Микроэкологические нарушения в обоих биотопах при острых кишечных инфекциях различной этиологии, сопровождающиеся ВЗНГ, носят более грубый характер по сравнению с микроэкологическими нарушениями у больных ОКИ без ВЗНГ, что выражается более резким отклонением всех показателей КЖК от нормальных значений.

6. Использование наряду с местной противовоспалительной терапией ВЗНГ у девочек, больных ОКИ разной этиологии, препарата Линекс достоверно сокращает продолжительность основных симптомов воспаления наружных гениталий и нормализует микрофлору обоих биотопов.

7.Включение пробиотика Линекс в комплексную терапию ОКИ в острый период болезни способствует профилактике развития ВЗНГ и меньшей выраженности дисбиоза кишечника и наружных гениталий.

Практические рекомендации.

1. У девочек раннего возраста, больных ОКИ без ВЗНГ, но имеющих микроэкологические нарушения биотопов кишечника и наружных гениталий, назначение Линекса способствует нормализации микрофлоры обоих биотопов и предотвращает развитие вульвовагинитов.

2. У девочек раннего возраста , больных ОКИ разной этиологии, при обнаружении воспалительных заболеваний наружных гениталий целесообразно к местной противовоспалительной терапии добавлять пробиотик Линекс в возрастных дозах курсом на 21 день с первых дней ОКИ.

3. Девочкам, больным ОКИ, при наличии факторов риска возникновения ВЗНГ (аллергозы и частое использование антибактериальных препаратов в анамнезе, многократное использование одноразовых подгузников и дефекты гигиенического ухода) микроскопическое исследование вагинальных мазков для оценки эффективности проводимой терапии и решения вопроса о её продолжении целесообразно проводить при поступлении и на 7-8 день лечения.

4. Для профилактики ВЗНГ также рекомендовано более редкое (не чаще 1 раза в сутки) использование детских одноразовых подгузников и применение специальных средств ухода за промежностью (декспантенол, моющих средств с нейтральным рН).

Список опубликованных работ.

1. Михайленко Е.Л., Горелов А.В., Плоскирева А.А., Ардатская М.Д.

Нарушение метаболитного статуса биотопа гениталий у девочек раннего возраста, больных острыми кишечными инфекциями. // Научно-практическая конференция

«Совершенствование педиатрической практики в свете реализации национального проекта «Здоровье». От простого к сложному» Москва, 2007.-С.21-22.

2. Михайленко Е.Л., Горелов А.В., Ардатская М.Д. Состояние метаболитного статуса биотопа гениталий у девочек, больных ОКИ // Российская научно-практическая конференция « Инфекции, вызываемые условно патогенными микроорганизмами» Москва,2007.-С.15-16.

3. Михайленко Е.Л., Горелов А.В., Усенко Д.В., Мурзина О.Б. Взаимосвязь микрoэкологических нарушений желудочно-кишечного тракта и репродуктивной системы у детей, больных ОКИ.// Инфекционные болезни.- 2008.- т. 6- № 3- С.61-64.

4. Михайленко Е.Л., Горелов А.В., Усенко Д.В., Ардатская М.Д. Изменение метаболитного статуса биотопа гениталий у девочек раннего возраста, больных ОКИ.// I Ежегодный Всероссийский конгресс по инфекционным болезням, Москва, // Инфекционные болезни.- 2009.- т. 7, приложение 1,С.143.

5. Михайленко Е.Л. Оценка эффективности комплексного применения местной терапии воспалительных заболеваний наружных гениталий (ВЗНГ) у девочек раннего возраста, больных ОКИ вирусной этиологии, с использованием пробиотика Линекс // II Ежегодный Всероссийский конгресс по инфекционным болезням, Москва, // Инфекционные болезни.-2010.- т. 8, приложение 1, С. 203.