

И.В. Караченцова¹, Е.В. Сибирская^{1, 2, 3, 4}, М.М. Фомина⁵¹ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация² МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Российская Федерация³ РДКБ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация⁴ Долгопрудненская центральная городская больница, Москва, Российская Федерация⁵ ГБУЗ ТГБ ДЗМ, Москва, Троицк, Российская Федерация

Вульвовагиниты в практике гинеколога детского и юношеского возраста

Автор, ответственный за переписку:

Фомина Мария Михайловна, кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог ГБУЗ «Троицкая городская больница Департамента здравоохранения города Москвы»

Адрес: 108840, Москва, г. Троицк, Октябрьский пр-т, д. 5, **тел:** +7 (906) 619-02-77, **e-mail:** fominadoc@yandex.ru

Обоснование. Научный интерес представляет изучение этиологии и патогенеза развития вульвовагинитов у девочек в различные возрастные периоды с целью сохранения их репродуктивного здоровья. **Цель исследования** — выявление факторов риска развития вульвовагинитов у девочек в различные возрастные периоды. **Методы.** Ретроспективный анализ сведений из электронных медицинских карт 100 девочек различных возрастов с воспалительными заболеваниями вульвы и влагалища, получавших лечение в амбулаторных условиях. **Результаты.** Выявлены факторы риска: у детей в периоде новорожденности и младенчества это неправильное проведение гигиенических мероприятий в силу недостаточной осведомленности родителей; в периоде нейтрального детства — аллергические реакции, перенесенные соматические заболевания, лечение антибиотиками, энтеробиоз и детский онанизм, дети в период острых респираторных инфекций (ОРИ), неумение ухаживать за половыми органами; у девочек-подростков — наличие хронических соматических заболеваний воспалительного характера, антибиотикотерапия, раннее начало половой жизни, отсутствие контрацепции, несоблюдение правил личной гигиены, нарушение менструальной гигиены, запоздалое обращение к врачу. Основными возбудителями вульвовагинитов в периоде нейтрального детства были представители кокковой флоры и кишечная палочка, в подростковом возрасте — грибы рода кандиды и микробные ассоциации. **Заключение.** Профилактические беседы с пациентами и их родителями о выявленных факторах риска развития вульвовагинитов необходимы с целью предотвращения развития воспалительных заболеваний половых органов и сохранения репродуктивного здоровья.

Ключевые слова: вульвит, вульвовагинит, девочка, факторы риска, гигиена**Для цитирования:** Караченцова И.В., Сибирская Е.В., Фомина М.М. Вульвовагиниты в практике гинеколога детского и юношеского возраста. *Педиатрическая фармакология.* 2023;20(3):247–251. doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v20i3.2583>

ОБОСНОВАНИЕ

Сохранение репродуктивного здоровья детей и подростков — одна из приоритетных задач современной медицины и демографической политики [1–3]. В настоящее время в России утверждены националь-

ные проекты, определяющие вектор развития социальной сферы. Основная цель проекта «Демография» — сохранение здоровья и благополучия людей, оказание поддержки семьям с детьми на государственном уровне. Большое значение имеет национальный проект

Irina V. Karachentsova¹, Elena V. Sibirskaia^{1, 2, 3, 4}, Mariya M. Fomina⁵¹ Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation² Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russian Federation³ Russian Children's Clinical Hospital of Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation⁴ Dolgoprudnenskaya Central City Hospital, Moscow, Russian Federation⁵ Troitskaya City Hospital of Moscow City Health Department, Moscow, Troitsk, Russian Federation

Vulvovaginitis in childhood and adolescence in a gynecologist practice

Background. The study of the etiology and pathogenesis of vulvovaginitis in different age periods of girls in order to preserve their reproductive health. **Objective. The aim of the study is** — to identify risk factors for the development of vulvovaginitis at different girls age periods. **Methods.** Retrospective analysis of information from electronic medical records of 100 girls of various ages with inflammatory diseases of the vulva and vagina treated on an outpatient basis. **Results.** Risk factors identified: children in the period of neonatality and infancy this is an incorrect conduct of hygiene measures due to insufficient awareness of parents; in the period of neutral childhood — allergic reactions, somatic diseases, antibiotic treatment, enterobiosis and childhood masturbation, children in the period of acute respiratory viral infections, inability to take care of the genitals; in adolescent girls — the presence of chronic somatic inflammatory diseases, antibiotic therapy, early onset of sexual activity, lack of contraception, non-compliance with personal hygiene rules, violation of menstrual hygiene, belated access to a doctor. The main causative agents of vulvovaginitis in the period of neutral childhood were representatives of coccal flora and E. coli, in adolescence — Candida and microbial associations. **Conclusion.** Preventive conversations with patients and their parents about the identified risk factors for vulvovaginitis are necessary in order to prevent the development of inflammatory diseases of the genitals and to preserve reproductive health.

Keywords: vulvitis, vulvovaginitis, girl, risk factors, hygiene**For citation:** Karachentsova Irina V., Sibirskaia Elena V., Fomina Mariya M. Vulvovaginitis in childhood and adolescence in a gynecologist practice. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology.* 2023;20(3):247–251. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v20i3.2583>

«Здравоохранение», в состав которого входит федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям». Основной задачей этого проекта является обеспечение доступности современной медицинской помощи детям в условиях поликлиники.

Воспалительные заболевания наружных половых органов — наиболее распространенная гинекологическая патология на амбулаторном приеме гинеколога детского и юношеского возраста, при этом клиническая картина многообразна [4, 5]. В настоящее время активно изучается человеческий микробиом, доказано влияние микрофлоры на здоровье человека. Состав бактерий, заселяющих влагалище, меняется в зависимости от возраста и гормонального фона [6, 7].

Частота выявления вульвитов и вульвовагинитов достигает 37–70% [7–9]. Признаками воспалительного процесса являются покраснение слизистых оболочек и кожи наружных половых органов, выделения из половых путей, субъективные жалобы на зуд или жжение в области наружных половых органов, дискомфорт при мочеиспускании и дефекации. Даны определения: «вагинит» — это воспаление стенок влагалища инфекционной и неинфекционной природы; «вульвит» — это воспалительное заболевание слизистых оболочек и кожных покровов вульвы [10, 11]. Существует классификация воспалительных процессов в области вульвы и влагалища. По этиологии выделяют неинфекционные и инфекционные вульвовагиниты; по происхождению возбудителя — вызванные инфекциями, передающимися половым путем, неспецифическими инфекциями и ятрогенным вмешательством; по таксономии возбудителя — бактериальные, вирусные, грибковые и протозойные; по наличию осложнений — осложненные и неосложненные; по клиническому течению — острые и хронические [12].

В детском и подростковом возрасте с разной частотой встречаются аэробный вульвовагинит, смешанный вагинит и кандидозный вульвовагинит. Острые воспалительные заболевания наружных половых органов в детстве при несвоевременной диагностике или неправильном лечении могут стать причиной хронического воспаления гениталий или другой гинекологической патологии, формируя порочный круг [13].

Вульвовагиниты следует дифференцировать с заболеваниями влагалища невоспалительного генеза, иногда имеющими сходные черты. В обоих случаях могут наблюдаться выделения из половых путей с неприятным запахом, дискомфорт в области наружных гениталий, дизурия. Известно, что бактериальный вагиноз — это инфекционный невоспалительный синдром полимикробной этиологии, связанный с дисбиозом вагинальной микробиоты. Проведение дифференциальной диагностики необходимо и осуществляется с помощью лабораторных методов исследования [11, 12].

Существуют различные методы диагностики вагинальной микрофлоры. Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого является наиболее простым, низкокзатратным и быстрым методом, позволяет визуализировать дрожжевые клетки, псевдомицелий дрожжеподобных грибов, «ключевые клетки» и оценить степень воспаления. Кроме того, при микроскопическом исследовании возможно оценить соотношение морфотипов бактерий, лейкоцитов, эпителиальных клеток [14, 15]. В настоящее время не рекомендовано проведение микробиологического (культурального) исследования отделяемого женских половых органов на аэроб-

ные и факультативно-анаэробные микроорганизмы без клинических и микроскопических признаков аэробного вульвовагинита. Это исследование показано только в случае рецидивирующего аэробного вульвовагинита, при неэффективности эмпирической терапии местными противомикробными препаратами [12].

В вагинальных мазках здоровых девочек до 8 лет лейкоциты определяются в небольшом количестве (до 5–8 в поле зрения), выявляют единичные эпителиальные клетки (1–3 в поле зрения), микрофлора представлена в скудном количестве, чаще кокковая, лактобациллы отсутствуют. У менструирующих девочек влагалищная флора идентична по составу и количеству микрофлоре женщин репродуктивного возраста [5, 16].

По мере взросления ребенок проходит этапы физического, психологического и социального развития, на каждом из которых меняются факторы, способные оказать влияние на развитие воспалительных заболеваний наружных половых органов [16, 17].

Исходя из изложенного, особый научный интерес представляет изучение этиологии и патогенеза развития вульвовагинитов у девочек в различные возрастные периоды с целью профилактики репродуктивного неблагополучия в будущем.

Цель исследования

Выявление факторов риска развития вульвовагинитов у девочек в различные возрастные периоды.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Осуществлен ретроспективный анализ сведений из электронных медицинских карт 100 пациенток с воспалительными заболеваниями вульвы и влагалища, получавших лечение в амбулаторных условиях. Особое внимание уделено изучению анамнеза в зависимости от возраста, а также выявлению основных возбудителей рецидивирующих вагинитов. Исследование проведено ретроспективно, выполнен анализ имеющихся медицинских документов; все участники исследования обследованы согласно стандартам оказания медицинской помощи и не могут быть идентифицированы.

Условия проведения исследования

Набор материала для исследования проведен на базе кабинета акушера-гинеколога ГБУЗ «ТГБ ДЗМ» путем анализа данных медицинской документации в системе ЕМИАС.

Критерии соответствия

Критерием для включения пациентки в исследование было наличие у нее воспалительного заболевания наружных половых органов, подтвержденного клинически и лабораторно (наличие в системе ЕМИАС диагноза по МКБ-10 N76.0 – N76.3, N77.1). Подбор осуществлен на индивидуальном уровне.

Целевые показатели исследования

Особое внимание уделено изучению анамнеза в зависимости от возраста, а также выявлению основных возбудителей рецидивирующих вагинитов. Сведения получены путем ретроспективного изучения данных из электронной медицинской документации.

Статистические процедуры

Математический расчет — подсчет процентного соотношения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристики групп исследования

Сформированы три группы в соответствии с возрастом девочки:

1) до 1 года (период новорожденности и младенчества) — 17;

2) от 1 года до начала препубертата (нейтральное детство) — 51;

3) от начала препубертатного периода до 17 лет 11 мес 29 дней включительно (период полового созревания) — 32.

Большинство девочек, обратившихся в поликлинику по поводу воспалительного заболевания наружных половых органов, относились ко второй группе.

Основные результаты исследования

Родители девочек первой группы предъявляли жалобы на покраснение вульвы в 100% случаев. У 13 пациенток в возрасте до года (76%) был выявлен вульвит, в том числе кандидозный у 3 детей (17%), в остальных случаях — вульвовагинит. При вульвовагинитах наблюдались выделения из половых путей и воспалительные изменения в мазках, в то время как при вульвитах их не было. При анализе анамнестических данных все дети в течение суток находились в подгузнике. У всех обследованных была нарушена гигиена: наблюдались как чрезмерное подмывание с мылом, так и недостаточное удаление загрязнений. Следует отметить, что после проведения беседы с родителями девочки в возрасте до года о правилах ухода за половыми органами и профилактике воспалительных процессов, а также своевременном лечении рецидивов заболеваний не наблюдалось.

Во второй группе пациенток чаще встречались жалобы на дискомфорт при мочеиспускании и проведении гигиенических процедур, зуд в области вульвы, покраснение, выделения из половых путей. Диагнозы «вульвит» и «вульвовагинит» поставлены примерно с одинаковой частотой: 24 (47%) и 27 (53%) случаев соответственно. Необходимо отметить, что в младшем детском возрасте поводом для обращения на прием к гинекологу нередко служили сложности, связанные с осмотром половых органов и гигиеной детей по причине категорического отказа ребенка; 5 детей были направлены урологом после исключения патологии со стороны мочевыводящей системы; у 5 (10%) пациенток родители отмечали проявления детского онанизма. При беседе с девочкой или ее родителями особое внимание уделялось вопросам гигиены, так как дети этой возрастной группы учатся самостоятельно ухаживать за собой. Среди наиболее частых ошибок, выявленных при сборе анамнеза и осмотре, можно отметить отсутствие приучения к горшку и длительное ношение подгузника, неправильные направления движений при пользовании туалетной бумагой, раздражение вульвы мочой, страх касания половых органов при осуществлении гигиенических мероприятий, которые являлись причинами острого неспецифического вульвита и вульвовагинита в 32 (63%) случаях. У 8 (16%) девочек наблюдались пищевая аллергия (со слов родителей, чаще — на сладости) и атопический дерматит, сопровождающиеся покраснением кожи перианальной зоны и половых губ. В этой возрастной группе можно отметить сезонность воспалительных изменений наружных половых органов и увеличение частоты данной патологии в тесной связи с подъемом заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями. У 2 пациенток (4%) диагностирован кандидозный вульвит после длительной антибактериальной терапии по поводу соматического заболевания.

Пациентки третьей группы чаще предъявляли жалобы на выделения из половых путей, зуд и дизурические явления, на прием они приходили как самостоятельно, так и в сопровождении мамы. Вульвовагинит наблюдался у 27 (84%) девочек, лишь у 5 (16%) — вульвит. У 23 (72%) девочек в анамнезе были менструации, у 5 (16%) присутствовала регулярная половая жизнь. С целью контрацепции 2 девочки использовали презерватив, 3 пациентки отмечали чередование барьерного метода с прерванным половым контактом. Известно, что использование барьерного метода контрацепции защищает от инфекций, передающихся половым путем. Следует отметить, что у 2 (6%) юных пациенток наблюдалась аллергическая реакция на латекс, входящий в состав презерватива, приводящая к повторяющимся неспецифическим воспалительным процессам во влагалище. После лечения и смены метода контрацепции рецидива заболевания не наблюдалось.

Особенностью этой возрастной группы является то, что по мере взросления изменяется эмоциональное состояние, общение с окружающими людьми, восприятие своего организма, девочки имеют доступ к получению информации о здоровье из сети интернет. По мере заселения влагалища лактобактериями в норме появляются слизистые выделения из половых путей, которые нередко воспринимаются как патология. У 5 (16%) пациенток вульвовагинит выявлен на фоне дефицита гигиенических мероприятий. При длительном использовании ежедневных прокладок у 2 (6%) девочек наблюдался вульвит, у 2 (6%) — вульвовагинит.

Известно, что у части подростков присутствует страх перед посещением гинеколога, приводящий к несвоевременному обращению за медицинской помощью. Следует помнить, что первый прием гинеколога в жизни юной пациентки имеет большое значение в формировании приверженности лечению и профилактике патологии репродуктивной сферы. К сожалению, в настоящее время есть тенденция к уменьшению количества детей с 1-й группой здоровья и к подростковому возрасту многие имеют сопутствующую соматическую патологию [1]. Так, у 8 (25%) девочек вульвовагинит манифестировал на фоне обострения хронических заболеваний мочевыводящих путей, патологии ЛОР-органов и кишечника. У 3 (9%) острый вульвовагинит имел место после оперативного лечения и антибактериальной терапии. Известно, что начало половой жизни без контрацепции нередко приводит к дебюту инфекций, передаваемых половым путем. У одной пациентки после коитархе развился генитальный герпес, имевший картину язвенного вульвита, сопровождавшегося выраженными болями и задержкой мочеиспускания, потребовалась госпитализация в стационар.

При рецидивирующем вульвовагините, который наблюдался у 10 (20%) девочек второй и 7 (22%) пациенток третьей группы, помимо микроскопии мазка, был применен культуральный метод исследования.

Во второй группе у 7 пациенток были выявлены следующие возбудители: бета-гемолитический стрептококк, золотистый стафилококк, кишечная палочка и фекальный энтерококк. Это можно объяснить тем, что в большинстве случаев причиной вульвовагинита в детском возрасте являются условно-патогенные микроорганизмы. Развитие рецидивирующего воспалительного процесса может быть связано с банальной контаминацией слизистых оболочек наружных половых органов микрофлорой, обитающей в кишечнике и в области ротоглотки [4, 16].

Доказано, что возникновение вульвовагинита у девочек до начала полового созревания обусловлено рядом анатомо-физиологических особенностей репродуктивной системы. До пубертатного периода из-за низкой эстрогенной насыщенности влагалище девочки имеет щелочную реакцию, отсутствуют молочнокислые бактерии, что является благоприятной средой для существования и размножения патогенных микроорганизмов [7, 18]. При опросе удалось выяснить, что 5 девочек второй группы с рецидивирующим вульвовагинитом накануне заболевания перенесли острый воспалительный процесс или обострение хронического заболевания в области носа и ротоглотки, а 2 пациентки — острые кишечные инфекции. Таким образом, необходимо обращать внимание на таких пациенток и рекомендовать расширенное обследование у гинеколога и наблюдение у смежных специалистов сразу после обращения с целью профилактики рецидивов.

Необходимо отметить, что у 3 девочек второй группы с рецидивирующими вульвовагинитами и жалобами на зуд в области половых органов был выявлен и пролечен энтеробиоз. Глистные инвазии не редкость в настоящее время, чаще наблюдаются в детском возрасте. Следует помнить, что они могут протекать под маской гинекологической патологии и требуют своевременной правильной диагностики. Для выявления энтеробиоза рекомендованы стандартные в педиатрической практике обследования: взятие соскоба с перианальных складок в утренние часы и исследование кала на яйца гельминтов.

Следует также помнить, что у детей младшего возраста при повторяющихся воспалительных процессах, сопровождающихся обильными выделениями из половых путей, причиной может быть инородное тело во влагалище. В рамках проведенного ретроспективного анализа таких случаев не наблюдалось.

У подростков третьей группы с рецидивирующими вульвовагинитами при проведении культурального метода исследования выявлены грибы рода кандиды — как в отдельности, так и в сочетании с кокковой флорой. В последние годы все большее значение в генезе вульвовагинитов приобретают микробные ассоциации с участием нескольких возбудителей. По данным литературы, к 25 годам более чем половине современных женщин хотя бы один раз ставили диагноз «вагинальный кандидоз» [19, 20]. При сборе анамнеза у этих пациенток удалось выяснить, что 4 подростка страдали постоянными запорами и не обращались за лечением к педиатру или гастроэнтерологу, а у 1 наблюдалось иммунодефицитное состояние; 2 девочки пытались лечиться самостоятельно на протяжении нескольких месяцев, прежде чем обратиться к врачам. Таким образом, следует помнить, что подростки могут испытывать стеснение и страх, желание скрыть факт коитархе. Это приводит к запоздалому обращению к гинекологу, а значит, при осмотре клиническая картина не всегда будет яркой. На амбулаторном приеме стоит прицельно, но тактично проводить опрос, выявлять факторы риска гинекологических заболеваний, не всегда отраженные в истории болезни. При правильно выстроенном диалоге удается достичь верного установления диагноза, добиться выздоровления и проводить профилактику гинекологической патологии.

ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования удалось установить, что основным фактором риска развития вульвовагинитов у детей в периоде новорожденности и младенчества является

неправильное проведение гигиенических мероприятий в силу недостаточной осведомленности родителей. Поэтому всем девочкам в первый год жизни с профилактической целью так необходимо информирование со стороны педиатров о правильной гигиене половых органов, консультация гинеколога.

В периоде нейтрального детства выявленными факторами риска вульвовагинитов были аллергические реакции, перенесенные острые респираторные и соматические заболевания, лечение антибиотиками, энтеробиоз и детский онанизм. Не меньшее значение имели личная гигиена детей, неумение ухаживать за половыми органами самим ребенком или недостаточные знания его мамы. Основными возбудителями воспалительных процессов наружных гениталий в этом возрасте были представители кокковой флоры и кишечная палочка.

У девочек-подростков среди факторов риска развития вульвовагинитов можно отметить наличие хронических соматических заболеваний воспалительного характера, антибиотикотерапию, раннее начало половой жизни, отсутствие контрацепции, несоблюдение правил личной гигиены, нарушение менструальной гигиены и режима ношения ежедневных прокладок, запоздалое обращение к врачу. В этой возрастной группе возбудителями вульвовагинитов были грибы рода кандиды и микробные ассоциации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Беседы акушеров-гинекологов с девочками разных возрастов и их родителями о факторах риска развития вульвовагинитов необходимы и позволят предотвратить развитие воспалительных заболеваний половых органов и сохранить репродуктивное здоровье.

ВКЛАД АВТОРОВ

И.В. Караченцова, Е.В. Сибирская — концепция и дизайн исследования.

М.М. Фомина — сбор и обработка материала.

И.В. Караченцова, М.М. Фомина — написание текста статьи.

Е.В. Сибирская — редактирование.

AUTHORS' CONTRIBUTION

Irina V. Karachentsova, Elena V. Sibirskaia — concept and design of the study.

Mariya M. Fomina — collection and processing of material.

Irina V. Karachentsova, Mariya M. Fomina — writing.

Elena V. Sibirskaia — editing.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Отсутствует.

FINANCING SOURCE

Not specified.

РАСКРЫТИЕ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

DISCLOSURE OF INTEREST

Not declared.

ORCID

И.В. Караченцова

<https://orcid.org/0000-0002-0254-690x>

Е.В. Сибирская

<https://orcid.org/0000-0002-4540-6341>

М.М. Фомина

<https://orcid.org/0000-0003-3939-6893>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Богданова Е.А. и др. Репродуктивное здоровье девочек и девушек г. Москвы. Предложения по сохранению репродуктивного потенциала // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. — 2016. — № 2. — С. 13–14. [Adamyan LV, Sibirskaya EV, Bogdanova EA, et al. Reproductivnoe zdorov'e devochek i devushek g. Moskvu. Predlozheniya po sokhraneniyu reproductivnogo potentsiala. *Pediatric and Adolescent Reproductive Health*. 2016;(2):13–14. (In Russ).]
2. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351) [The Concept of demographic policy of the Russian Federation for the period up to 2025 (approved by the Decree of the President of the Russian Federation dated October 9, 2007 No. 1351) (In Russ).]
3. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2022 г. № 4356-р «Об утверждении Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2023–2030 гг.» [Decree of the Government of the Russian Federation dated December 29, 2022 No. 4356-p "Ob utverzhdenii Natsional'noi strategii deistvii v interesakh zhenshchin na 2023–2030 gg." (In Russ).]
4. Dei M, Di Maggio F, Di Paolo G, Bruni V. Vulvovaginitis in childhood. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010;24(2):129–137. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2009.09.010>
5. Богданова Е.А., Сибирская Е.В. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у детей и подростков // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. — 2010. — № 2. — С. 67–70. [Bogdanova EA, Sibirskaya EV. Vospalitel'nye zabolevaniya vul'vy i vlagalishcha u detei i podrostkov. *Pediatric and Adolescent Reproductive Health*. 2010;(2):67–70. (In Russ).]
6. Батырова З.К., Уварова Е.В., Латыпова Н.Х. и др. Клинические и микробиологические особенности вульвовагинита у девочек дошкольного возраста возможности диагностики на ранних этапах развития // *Фарматека*. — 2015. — № 12. — С. 20–23. [Batyrova ZK, Uvarova EV, Latypova NKH, et al. Klinicheskie i mikrobiologicheskie osobennosti vul'vovaginita u devochek doshkol'nogo vozrasta vozmozhnosti diagnostiki na rannikh etapakh razvitiya. *Pharmateca*. 2015;(12):20–23. (In Russ).]
7. Уварова Е.В., Казакова А.В., Артюх Ю.А. Соотношение аэробной и анаэробной микрофлоры влагалища в различные периоды полового развития // *Современные проблемы науки и образования*. — 2017. — № 1. — С. 124. [Uvarova EV, Kazakova AV, Artyukh UA. The correlation of aerobic and anaerobic vaginal microflora at different stages of sexual development. *Modern problems of science and education*. 2017;(1):124. (In Russ).]
8. Кокolina В.Ф. Инновационные аспекты коррекции воспалительных урогенитальных инфекций у девочек и девочек-подростков // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. — 2014. — № 5. — С. 38–42. [Kokolina VF. New methods of genitourinary inflammatory infection correction in young and adolescent girls. *Pediatric and Adolescent Reproductive Health*. 2014;(5):38–42. (In Russ).]
9. Чечулина О.В. Основные проблемы репродуктивного здоровья девочек республики Татарстан // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. — 2016. — № 5. — С. 28–33. [Chechulina OV. Main problems of reproductive health of adolescents lived in Tatarstan. *Pediatric and Adolescent Reproductive Health*. 2016;(5):28–33. (In Russ).]
10. Neal CM, Kus LH, Eckert LO, Peipert JF. Noncandidal vaginitis: a comprehensive approach to diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(2):114–122. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.09.001>
11. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н. Акушерство: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020. [Savel'eva GM, Sukhikh GT, Serov VN. *Akusherstvo: natsional'noe rukovodstvo*. Moscow: GEOTAR-Media; 2020. (In Russ).]
12. Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы: клинические рекомендации / ООО «Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ)». — М.: 2021. — 42 с. [Vospalitel'nye bolezni sheiki matki, vlagalishcha i vul'vy: Clinical guidelines. ООО "Russian Society of Obstetricians and Gynecologists (RSOG)". Moscow: 2021. 42 p. (In Russ).]
13. Кохреидзе Н.А., Кулушева Г.Ф. Проблемные аспекты диагностики и терапии вульвовагинита у девочек // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. — 2013. — № 2. — С. 30–36 [Kokhreidze N.A., Kutusheva G.F. Diagnostics and treatment aspects of vulvovaginitis in girls. *Pediatric and Adolescent Reproductive Health*. 2013;(2):30–36. (In Russ).]
14. Donders GG, Vereecken A, Bosmans E, et al. Definition of a type of abnormal vaginal flora that is distinct from bacterial vaginosis: aerobic vaginitis. *Obstet Gynaecol*. 2002;109(1):34–43. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.00432.x>
15. Yilmaz AE, Celik N, Soylu G, et al. Comparison of clinical and microbiological features of vulvovaginitis in prepubertal and pubertal girls. *Clin Obstet Gynecol*. 2012;111(7):392–396. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2011.05.013>
16. Romano ME. Prepubertal Vulvovaginitis. *Clin Obstet Gynecol*. 2020;63(3):479–485. doi: <https://doi.org/10.1097/grf.0000000000000536>
17. Tempera G, Furneri PM. Management of aerobic vaginitis. *Gynecol Obstet Invest*. 2010;70(4):244–249. doi: <https://doi.org/10.1159/000314013>
18. Ткаченко Л.В., Раздабарина И.А., Фролова Н.В. Эффективность вагинального лечения неспецифического вульвовагинита у девочек с atopическим дерматитом // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. — 2010. — № 6. — С. 57–62. [Tkachenko LV, Razdabarina IA, Frolova NV. Effektivnost' vaginal'nogo lecheniya nespetsificheskogo vul'vovaginita u devochek s atopicheskim dermatitom. *Pediatric and Adolescent Reproductive Health*. 2010;(6):57–62. (In Russ).]
19. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Вульвовагинальный кандидоз. Клиника, диагностика, принципы терапии. — М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. — 80 с. [Prilepskaya VN, Bairamova GR. Vul'vovaginal'nyi kandidoz. Klinika, diagnostika, printsipy terapii. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. 80 p. (In Russ).]
20. Уварова Е.В. Кандидный вульвовагинит в практике детского гинеколога // *РМЖ*. — 2002. — № 10 (18). — С. 798–803. [Uvarova EV. Kandidnyi vul'vovaginit v praktike detskogo ginekologa. *RMJ*. 2002;(10 (18)):798–803. (In Russ).]

Статья поступила: 17.03.2023, принята к печати: 16.06.2023

The article was submitted 17.03.2023, accepted for publication 16.06.2023

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Фомина Мария Михайловна, к.м.н. [Mariya M. Fomina, MD, PhD]; **адрес:** 108840, г. Москва, г. Троицк, Октябрьский пр-т, д. 5 [address: 5 Oktyabrsky prospect, Troitsk, Moscow, 108840, Russian Federation]; **телефон:** +7 (906) 619-02-77; **e-mail:** fominadoc@yandex.ru

Караченцова Ирина Васильевна, к.м.н. [Irina V. Karachentsova, MD, PhD]; **e-mail:** 5053104@list.ru; **eLibrary SPIN:** 6520-9747

Сибирская Елена Викторовна, д.м.н., профессор [Elena V. Sibirskaya, MD, PhD, Professor]; **e-mail:** elsibirskaya@yandex.ru; **eLibrary SPIN:** 1356-9252