

## ПРИМЕНЕНИЕ Геля «Фламена®» В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Лапочкина Н.П., Джалалова П.М.

*ГБОУ ВПО "Ивановская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России"*

*Факультет дополнительного последипломного и профессионального образования*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*ОБУЗ "Ивановский областной онкологический диспансер"*

В структуре гинекологических заболеваний у девочек воспаление наружных половых органов занимает первое место. Частота вульвовагинитов по данным разных авторов колеблется от 12 до 93 %, причем, 60 % патологии имеет рецидивирующий характер [2, 10]. Максимальная доля вульвовагинитов приходится на возраст 3 и 7 лет. Первый подъем заболеваемости объясняется уменьшением внимания родителей к туалету наружных гениталий у детей, выраженной аллергизацией детей 2-3 лет. Второй подъем обусловлен недостаточными гигиеническими навыками девочек, увеличением количества простудных заболеваний и энтеробиоза в возрасте 3-7 лет [8, 9, 12].

Одним из осложнений хронического рецидивирующего вульвовагинита является формирование синехий (*synechiae labiorum minorum subtotalis*) - слипчивое воспаление малых половых губ, «спайки» вульвы: сращение малых и больших половых губ друг с другом, возникающее в раннем детстве: от 1 года до 6 лет [1, 11]. К развитию синехий у детей предрасполагает интимно прилегающие друг к другу малые половые губы в нижней трети, которые имеют хорошую васкуляризацию и тонкий эпителий [3, 4]. Сращение малых половых губ в настоящее время является наиболее распространенной гинекологической патологией у девочек младенческого и раннего детского возраста.

Однако, бывают случаи, когда к детскому гинекологу с подобным диагнозом обращаются девочки старшего возраста, вплоть до подросткового. По нашим данным частота встречаемости вульвовагинитов у девочек в возрасте 3-6 лет составила 68% от числа обследованных, по данным Э.Б. Яковлевой, Сергиенко М.Ю. - 75,3% (2008).

Наиболее частой причиной развития синехий у девочек является мацерация малых половых губ при повторяющихся аллергических реакциях на пищевые ингредиенты, косметические средства, лекарства, а также в резуль-

тате раздражения промежности и вульвы мочой и влагалищными выделениями [6, 8].

До настоящего времени нет единого мнения по поводу метода лечения синехий у детей: ряд авторов отдает предпочтение только оперативному лечению, другие - настаивают на дальнейшем назначении в течение нескольких дней эстрогенсодержащих мазей с целью профилактики рецидивов заболевания [1, 5, 11, 12]. В последнее время все больше специалистов высказываются в пользу консервативного лечения, заключающегося в местном применении эстрогенсодержащих кремов и мазей, поскольку, с одной стороны, оперативное лечение не является гарантией отсутствия рецидивов, с другой - выступает в качестве тяжелой психотравмирующей ситуации.

Альтернативой хирургическому лечению синехий является консервативное ведение с использованием мазей или кремов, содержащих эстрогены, которые дают отрицательные системные эффекты в виде увеличения молочных желез в 5,5 % случаев, менструальноподобные выделения в 1% [14], гиперпигментации вульвы в 25 % случаев в течение 1 - 1,5 месяцев после прекращения воздействия эстрогенами [13].

В настоящее время при лечении синехий мы используем гель «Фламена®», действующим веществом которого является дигидрокверцетин. В отличие от других препаратов, даже при использовании массивных доз более длительными курсами, отсутствует стимуляция эстроген-зависимых тканей в организме, кроме слизистой оболочки влагалища. Мы рекомендуем наносить крем на зону сращения малых половых губ один – два раза в день, осторожными массирующими движениями с легким надавливанием в течение 2-3 минут, проводить еженедельный контроль эффективности лечения и продолжать его 3-5 дней после расхождения синехий.

Показанием для хирургического лечения синехий является острая задержка мочи. После операции с целью улучшения эпителизации и профилактики рецидивов в течение нескольких дней проводится обработка половых губ гелем, содержащим дигидрокверцетин.

Цель исследования:

Оценить эффективность применения липосомального антиоксидантно – фосфолипидного геля «Фламена®» для лечения вульвовагинитов и синехий у девочек.

#### **Материалы и методы:**

При профилактическом осмотре детей детских дошкольных учреждений выполнено комплексное обследование - осмотрены врачами педиатром, акушером-гинекологом, анамнез развития ребенка оценен по

индивидуальной карте и в беседе с матерью, мазки на флору. Выполнено тупое разъединение синехий с назначением местной терапии.

Местное лечение проведено 150 девочкам с вульвовагинитом и синехиями в возрасте от 3 до 6 лет. Из них 30 девочкам применяли липосомальный антиоксидантно-фосфолипидный гель «Фламена®», который наносили тонким слоем на внутреннюю поверхность малых и больших половых губ два раза в день утром и вечером после подмывания наружных половых органов ребенка раствором теплой кипяченой воды (исследуемая группа) и 120 – ванночки с отваром ромашки с последующим нанесением 10% метилурациловой мази (контрольная группа). Курс лечения детей обеих групп составил 10 дней. Осмотр девочек проводили трижды – исходный, после 5 и 10 проведенных процедур.

### **Результаты исследования:**

При первичном осмотре у всех детей выявлены боль и зуд в области наружных половых органов, гиперемия, гнойные выделения, синехии. Возбудителями воспалительных процессов вагинальной полости у девочек обеих групп в 96% случаев была условно-патогенная флора.

Матери девочек исследуемой группы отмечали улучшение общего самочувствия детей в виде исчезновения болей в области наружных половых органов к 3 дню лечения, тогда как в контрольной – к 7-10 дню. Через пять дней лечения гелем «Фламена®» у всех девочек исследуемой группы отмечалось полное исчезновение признаков воспаления, тогда как у 100% девочек контрольной группы - незначительное уменьшение гиперемии, сохранение боли в области наружных половых органов. При осмотре детей через 10 дней после проведенного лечения у всех девочек исследуемой группы отмечалось полное купирование признаков воспаления, отсутствие синехий (100%, 36%, соотв.  $P < 0,05$ ). У 64% девочек контрольной группы лечение оказалось недостаточно эффективным. Им дополнительно назначали лечение мазь левомиколь, мазь малавит. Положительный эффект от лечения детей контрольной группы отмечали через 14-21 день. Рецидив синехий, обусловленный перенесенным острым респираторным заболеванием, имел место через 1,5-2 месяца после проведенного лечения только у девочек контрольной группы (0%, 30%,  $P < 0,05$ , соотв.). Гель «Фламена®» ни у одного ребенка не вызвал аллергической реакции.

Таким образом, инновационный гель «Фламена®», основой которого является дигидрокверцетин в липосомальной форме, обладает противовоспалительным эффектом, улучшает микроциркуляцию, стимулирует регенерацию тканей, является высоко эффективным средством профилактики и лечения вульвовагинитов у детей.

### **Литература**

1. Богданова Е.И. Гинекология детей и подростков. М., 2000. - 332с.
2. Вовк І.Б., Білоченко А.М. Вульвовагініт у дітей: сучасний погляд на проблему // ПАГ. - 2004. - № 4. - С. 94-97.
3. Вольф А.С., Миттаг Ю.Э. Атлас детской и подростковой гинекологии: Пер. с нем. / Под ред. В.И. Кулакова. - М., 2004. - 304с.
4. Гуркин Ю.А., Михайлова Л.Е. Здоровье девочки. - СПб, ГПМА, 2003. - 96с.
5. Руководство по гинекологии детей и подростков / Под ред. В.И. Кулакова, Е.А. Богдановой. - М.: Триада-Х, 2005. - 336с.
6. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития / Под ред. В.И. Кулакова, Е.В. Уваровой. - М., 2004. - 136с.
7. Султанова Ф.Ш. Состояние влагалища и шейки матки у девочек пубертатного возраста с различным уровнем стероидных гормонов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2003.
8. Уварова Е.В. Применение геля «Контрактубекс» в практике детского гинеколога / Репродуктивное здоровье детей и подростков. - №4. - 2005. - С. 44-47.
9. Уварова Е.В., Латыпова Н.Х. Применение препарата Гексикон в лечении воспалительных заболеваний влагалища неспецифической этиологии // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2007. - № 4. - С. 48-54.
10. Уварова Е.В., Султанова Ф.Ш., Латыпова Н.Х. Влагалище как микроэко-система в норме и при воспалительных процессах различной этиологии // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2005. - № 2. - С.26-38.
11. Яковлева Э.Б. Семиотика и диагностика в гинекологии детей и подростков. - Донецк, 2001. - 377с.
12. Яковлева Э.Б., Сергиенко М.Ю. Вульвовагинальная патология у девочек: современный взгляд на проблему.// Жіночий лікар. - 2008. - №6. - С. 32.
13. Leung A.K. et al. Treatment of labial fusion with topical estrogen therapy. Clin. Pediatr (Phila). - 2005 Apr 44(3): 245-7.
14. Schober J. et al. Significance of topical estrogens to labial fusion and vaginal introital integrity.// J. Pediatr. Adolesc Gynecol. - 2006, Oct. - 19(5):337-9.