

Клинические маркеры проявлений рецидивирующих вульвовагинитов в допубертатном возрасте

Юлия Игоревна Щитенко ✉, Наталия Петровна Жукова

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Республика Беларусь

Аннотация. Цель исследования – изучить клинические особенности рецидивирующих вульвовагинитов у девочек допубертатного возраста на фоне экстрагенитальных заболеваний. Обследовано 110 девочек с рецидивирующими вульвовагинитами, состоящих диспансерном учете у врача-гинеколога, разделенных на три группы в зависимости от экстрагенитальной патологии: I группа – 38 пациенток с хроническими заболеваниями мочевыводящих путей; II – 36 девочек с аллергическими заболеваниями; III – 36 девочек с патологией желудочно-кишечного тракта, энтеробиозом. Установлено, что при обострении воспалительного процесса вульвы и влагалища для девочек с патологией органов мочевыделительной системы характерны жалобы на болезненное мочеиспускание и неприятные ощущения при нем, дискомфорт в области гениталий, выделения из половых путей; для девочек с аллергической патологией – жалобы на зуд и жжение в области гениталий, беспокойное поведение, дизурические явления; для девочек с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и энтеробиозом – жалобы на дискомфорт в генитальной области, выделения из половых путей на фоне запоров, вздутия живота. Выявлены особенности клинической картины рецидивирующего вульвовагинита у девочек допубертатного возраста с экстрагенитальной патологией по данным объективного и инструментального исследований вульвы.

Ключевые слова: вульвовагинит, девочки, экстрагенитальная патология, вульвоскопия

ORIGINAL RESEARCHES

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/1994-9480-2023-20-2-147-152>

Clinical features of recurrent vulvovaginitis in prepubertal age girls with extragenital diseases

Yulia I. Shchitenko ✉, Natalia P. Zhukova

Vitebsk State Order of Friendship of Peoples Medical University, Vitebsk, Republic of Belarus

Abstract. The purpose of the study is to investigate the clinical features of recurrent vulvovaginitis in prepubertal age girls with extragenital diseases. We examined 110 girls with recurrent vulvovaginitis, which were registered with the dispensary of pediatric gynecologist. We divided them into three groups depending on extragenital pathology: I group – 38 patients with chronic urinary tract diseases; II – 36 girls with allergic diseases; III – 36 girls with gastrointestinal pathology, enterobiasis. Girls with chronic diseases of the urinary system complain of the pain and discomfort during urination, malaise in the genital area, discharge from the genital tract. Girls with allergic pathology complain of itching and burning in the genital area, restless behavior, dysuric phenomena. Girls with diseases of the gastrointestinal tract and enterobiasis complain of discomfort in the genital region, discharge from the genital tract because of constipation and bloating. The results of examination of the external genitalia, vulvoscopy also differed in girls. They depended on the acuity of the inflammatory process and predisposing factor. The clinical features of recurrent vulvovaginitis in prepubertal age girls with extragenital pathology were determined by the data of objective and instrumental examination of vulva.

Keywords: vulvovaginitis, girls, extragenital pathology, vulvoscopy

Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек допубертатного возраста в настоящее время не имеют тенденции к снижению и занимают ведущее место в структуре их гинекологической патологии [1, 2, 3]. В 60–70 % случаев они служат причиной обращаемости к врачам-гинекологам детского возраста и до 90 % случаев выявляются впервые при проведении профилактических осмотров дошкольников, а более 60 % их них имеют рецидивирующий характер [4].

Сегодня некоторые исследователи рассматривают вульвовагинит как следствие фоновых заболе-

ваний, которые приводят к развитию иммунодефицитного состояния с нарушением антимикробных механизмов, действующих на клеточном уровне [5]. Предрасполагающими факторами развития воспалительных процессов нижнего отдела половых органов у девочек допубертатного возраста могут быть экстрагенитальные заболевания: инфекции мочевыводящих путей, атопический дерматит, заболевания рото-, носоглотки и верхних дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта (колит, дисбактериоз кишечника и др.), нарушения обмена веществ, транзиторные

иммунодефицитные состояния, детские вирусные инфекции и другие, которые отмечаются у 80 % дошкольников [6]. При этом на фоне обострения экстрагенитальной патологии рецидивы неспецифического бактериального вульвовагинита возникают в 82 % случаев [7].

В последние годы отмечаются изменения в клиническом течении воспалительных заболеваний вульвы и влагалища: снижается частота острых заболеваний, возрастает число заболеваний со стертым началом и течением, рецидивированием и последующим восходящим распространением, что, несомненно, оказывает неблагоприятное влияние на здоровье растущего организма. Рецидивирующие вульвовагиниты могут способствовать образованию синехий, рубцовых изменений во влагалище и в наружном зеве шейки; возникновению полипов, кондилом [8], изменению психического состояния ребенка, развитию воспалительного процесса матки и придатков, а в дальнейшем – серьезным нарушениям репродуктивной системы (первичное бесплодие, невынашивание беременности и др.), что имеет особую медико-социальную значимость [9].

Все вышеизложенное определяет актуальность изучения особенностей клинического течения сочетанной патологии нижнего отдела генитального тракта для совершенствования диагностики и разработки новых лечебно-профилактических подходов к ведению девочек с вульвовагинитами для предотвращения рецидивирования заболевания и последующего нарушения менструальной и репродуктивной функций.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить клинические особенности рецидивирующих вульвовагинитов у девочек допубертатного возраста на фоне экстрагенитальных заболеваний.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

С целью выявления клинических особенностей рецидивирующих вульвовагинитов у девочек допубертатного возраста на фоне экстрагенитальной патологии нами обследовано 110 девочек, состоящих на диспансерном учете у врача-гинеколога в областной детской клинической поликлинике учреждения здравоохранения «Витебский областной детский клинический центр». В зависимости от экстрагенитальной патологии, на фоне которой у девочек отмечались рецидивирующие вульвовагиниты, они были разделены на три группы: в первую группу вошли 38 пациенток с хроническими заболеваниями мочевыводящих путей; во вторую – 36 девочек с аллергическими заболеваниями; в третью – 36 девочек с патологией желудочно-кишечного тракта, энтеробиозом.

Обследование, лечение и сбор фотоматериалов детей проводились после получения письменного

добровольного информированного согласия родителей и в их присутствии с соблюдением правил асептики и антисептики, с учетом психологических особенностей возраста детей, этических норм.

Диагноз вульвовагинита ставили на основании жалоб девочки, данных визуального осмотра наружных половых органов, кожи аноректальной области, микроскопического и микробиологического исследований вагинального секрета, вульвоскопии.

Средний возраст обследованных девочек I группы составил 4,3 (2,5; 6,2) года, длительность заболевания – от 2,5 месяцев до 3,5 лет. Все девочки состояли на диспансерном учете у детского уролога, в том числе 7 – с хроническим первичным пиелонефритом, 18 – с вторичным хроническим пиелонефритом, 9 – с хроническим рецидивирующим циститом и уретритом, 4 – с интерстициальным нефритом.

Девочки II группы имели средний возраст 3,6 (2,8; 4,6) года, длительность заболевания – от 3 месяцев до 3,2 лет. На диспансерном учете у педиатра 11 девочек данной группы состояли с полинозом, 18 – с атопическим дерматитом, 7 – с астматическим бронхитом. Аллергическая реакция на пищевые (коровье молоко, яйца, орехи, какао, ароматизированные напитки, леденцы) аллергены отмечалась у 24 (66,7 %) девочек, на бытовые (ароматизированные гели для душа, шампуни, домашняя пыль) аллергены – у 12 (33,3 %).

У обследованных девочек III группы средний возраст составил 4,4 (2,9; 6,2) года, длительность заболевания – от 9 месяцев до 2,2 лет. В структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта преобладали функциональные нарушения по гипо-, гипермоторному и смешанному типам (12 девочек), у 2 пациенток в анамнезе имели место кишечные инфекции по типу энтероколита, у 6 – хронический гастрит и гастроудоденит. Энтеробиоз был диагностирован у 16 девочек данной группы. Кроме того, 26 (72,2%) из 36 детей неоднократно имели в анамнезе указания на перенесенные острые кишечные (ротавирусная, аденовирусная, энтеровирусная) инфекции с преимущественным поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Статистическая и аналитическая обработка полученного в ходе исследования материала проводилась с помощью пакета STATISTICA 10.0 (StatSoft, США). При этом были использованы модули Basic Statistic/Tables. Для проверки нулевой статистической гипотезы об отсутствии различий между относительными частотами в двух группах использовали t-тест (модуль «Основные статистики и таблицы», процедура «Различие между двумя пропорциями» программы Statistica 10.0). Сравнение групп по качественным признакам проводилось с использованием двустороннего точного критерия Фишера. Во всех процедурах

статистического анализа критический уровень значимости p принимали равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Рецидив хронического вульвовагинита у девочек обследованных групп, как правило, совпадал с воздействием аллергена или с началом обострения экстрагенитального заболевания. Результаты сравнительного анализа жалоб обследованных девочек допубертатно-

го возраста в период обострения хронического вульвовагинита представлены в табл. 1.

Жалобы на зуд и жжение в области гениталий одинаково часто ($p = 0,85$) встречались у пациенток I и II групп и статистически значимо чаще ($p = 0,02$ и $p = 0,02$ соответственно), чем у пациенток III группы. Выделения из половых путей встречались с достаточно высокой частотой, но одинаково часто ($p = 0,16$) в I и III группах пациенток и статистически значимо чаще ($p < 0,001$ и $p = 0,03$ соответственно), чем во II группе пациенток.

Таблица 1

Основные жалобы обследованных девочек при обострении хронического вульвовагинита

Жалобы	Обследованные девочки					
	I группа ($n = 38$)		II группа ($n = 36$)		III группа ($n = 36$)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Зуд и жжение в области гениталий	31	81,6 $p^* = 0,85$ $p^{**} = 0,02$	30	83,3 $p^{**} = 0,02$	21	58,3
Выделения из половых путей	27	71,1 $p^* < 0,001$ $p^{**} = 0,16$	11	30,6 $p^{**} = 0,03$	20	55,5
Болезненное мочеиспускание, неприятные ощущения	32	84,2 $p^* < 0,001$ $p^{**} < 0,001$	17	47,2 $p^{**} = 0,03$	8	22,2
Повышение температуры	24	63,2	—	—	—	—
Боли в поясничной области	12	31,6	—	—	—	—
Вздутие живота, запоры	—	—	—	—	17	47,2
Слабость, утомляемость	16	42,1 $p^* = 0,04$ $p^{**} < 0,001$	7	19,4 $p^{**} = 0,17$	3	8,3
Беспокойное поведение	7	18,4 $p^* < 0,001$ $p^{**} = 0,20$	23	63,9 $p^{**} = 0,002$	10	27,8
Нарушения сна	8	21,1 $p^* = 0,02$ $p^{**} = 0,69$	17	47,2 $p^{**} = 0,049$	9	25,0

Примечание: p – справедливость вероятной гипотезы: * при сравнении с пациентками II группы; ** при сравнении с пациентками III группы.

Болезненное мочеиспускание, неприятные ощущения при мочеиспускании отмечались у девочек I группы в 1,8 раза чаще ($p < 0,001$), чем у девочек II группы и в 3,8 раза чаще ($p < 0,001$), чем у пациенток III группы. Данные симптомы также статистически значимо чаще ($p = 0,03$) имели место у девочек с обострением вульвовагинита на фоне аллергических заболеваний, чем у девочек с обострением воспаления вульвы и влагалища на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта, энтеробиоза.

Кроме ведущих клинических симптомов вульвовагинита, мы оценивали наличие общей симптоматики, свидетельствующей о нарушении адаптации. Так, слабость, утомляемость отмечались статистически значимо чаще у девочек I группы по сравнению с де-

вочками II и III групп ($p = 0,04$ и $p < 0,001$ соответственно), а беспокойное поведение проявлялось с высокой частотой у девочек II группы, при этом в 3,5 раза чаще ($p < 0,001$), чем у девочек I группы и в 2,3 раза чаще ($p = 0,002$), чем у девочек III группы. Нарушения сна отмечались статистически значимо чаще ($p = 0,02$ и $p = 0,049$ соответственно) у пациенток II группы по сравнению с пациентками I и III групп и одинаково часто ($p = 0,69$) у пациенток I и III групп. Следует отметить, что боли в поясничной области, повышение температуры отмечали только пациентки I группы, а вздутие живота, запоры – пациентки III группы, что обусловлено обострением основного заболевания, послужившего причиной возникновения рецидива хронического вульвовагинита.

При осмотре наружных половых органов у обследованных девочек установлено, что в период обострения хронического вульвовагинита гиперемия вульвы статистически значимо чаще выявлялась у пациенток II группы по сравнению с пациентками I и III групп: в 3,5 раза ($p < 0,001$) и в 1,5 раза ($p < 0,001$) соответственно (табл. 2).

Кроме того, покраснение вульвы в 2,3 раза чаще ($p = 0,001$) отмечалось у пациенток III группы по сравнению с пациентками I группы. Следует отметить, что при обострении вульвовагинита характер гиперемии

вульвы определялся фоновой патологией: при аллергических заболеваниях отмечалась умеренная гиперемия слизистой и кожи промежности с эритематозными пятнами, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, энтеробиозе – диффузная гиперемия различной степени выраженности, при заболеваниях мочевыделительной системы – диффузная, но незначительная гиперемия. У 8 (21,1 %) девочек с хроническими заболеваниями органов мочевыделительной системы встречалась гиперемия в области уретры, в то время как у девочек других групп она не отмечалась ($p = 0,004$).

Таблица 2

**Данные осмотра наружных половых органов у обследованных девочек
в период обострения хронического вульвовагинита**

Состояние вульвы	Обследованные девочки допубертатного возраста					
	I группа (n = 38)		II группа (n = 36)		III группа (n = 36)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гиперемия вульвы	11	28,9 $p^* < 0,001$ $p^{**} = 0,001$	36	100,0 $p^{**} < 0,001$	24	66,7
Отек вульвы	11	28,9 $p^* = 0,37$ $p^{**} = 0,003$	14	38,9 $p^{**} = 0,03$	23	63,9
Гиперемия уретры	8	21,1 $p^*, ** = 0,004$	–	–	–	–
Петехиальные высыпания	14	36,8 $p^* = 0,003$ $p^{**} = 0,001$	3	8,3 $p^{**} = 0,65$	2	5,6
Расчесы промежности, внутренних поверхностей бедер и вульвы	2	9,2 $p^* < 0,001$ $p^{**} = 0,006$	22	61,1 $p^{**} = 0,03$	14	38,9
Выделения из половых путей	38	100,0 $p^* < 0,001$ $p^{**} = 0,002$	13	36,1 $p^{**} = 0,002$	26	72,2

Примечания: p – справедливость вероятной гипотезы; * при сравнении с пациентками II группы; ** при сравнении с пациентками III группы.

Отек вульвы у пациенток III группы отмечался в 2,2 раза чаще ($p = 0,003$) по сравнению с пациентками I группы и в 1,6 раза чаще ($p = 0,03$) по сравнению с пациентками II группы. При этом у пациенток I и II групп отек вульвы диагностировался одинаково часто ($p = 0,37$). Петехиальные высыпания в области вульвы статистически значимо чаще отмечались у девочек I группы по сравнению с девочками II ($p = 0,003$) и III ($p = 0,001$) групп и одинаково часто у пациенток II и III групп ($p = 0,65$). Следы от расчесов промежности, внутренних поверхностей бедер и вульвы у девочек II группы были выявлены статистически значимо чаще, чем у девочек I группы ($p < 0,001$) и у девочек III группы ($p = 0,03$). Кроме того, данные клинические проявления обострения вульвовагинита в 4,2 раза чаще ($p = 0,006$) отмечались у пациенток III группы по сравнению с пациентками I группы.

Выделения из половых органов диагностированы у всех девочек I группы, в то время как у пациенток II группы – в 2,8 раза реже ($p < 0,001$), у пациенток III группы – в 1,4 раза реже ($p = 0,002$). У девочек с обострением хронического вульвовагинита на фоне аллергических заболеваний выделения из половых путей отмечались в 2,0 раза реже ($p = 0,002$), чем у девочек с обострением хронического вульвовагинита на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта и энтеробиоза.

В структуре белей у пациенток I группы отмечались сукровичные (47,4 %), слизисто-гнойные (29,0 %) или «творожистые» (23,6 %) выделения; у пациенток II группы – преимущественно серозные (16,7 %) и значительно реже сукровичные (8,3 %) или гнойные (5,6 %); у пациенток III группы – серовато-беловатые, мутные, с неприятным запахом (38,9 %) или серозные

(25,0 %), в единичных случаях водянистые (5,6 %) или гнойные (2,8 %).

При этом у девочек I группы при обострении хронического вульвовагинита при осмотре наружных половых органов гнойные выделения диагностированы в 5,2 раза чаще ($p = 0,008$), чем у девочек II группы и в 10,4 раза чаще ($p = 0,002$), чем у девочек III группы, сукровичные выделения – в 5,7 раза чаще ($p < 0,001$), чем у девочек II группы, «творожистые» выделения отмечались практически у каждой пятой пациентки и отсутствовали у пациенток других групп. У пациенток с обострением вульвовагинита на фоне аллергической патологии статистически значимо чаще ($p = 0,009$), чем у пациенток с заболеваниями мочевыводящих органов отмеча-

лись бели серозного характера, а у пациенток с обострением вульвовагинита на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта, энтеробиоза – серозные ($p = 0,001$) или серовато-белые мутные выделения с неприятным запахом ($p < 0,001$).

У 53 обследованных девочек в период обострения воспалительного процесса вульвы и влагалища произведена вульвоскопия, в том числе у 18 пациенток I группы, у 16 пациенток II группы, у 19 пациенток III группы. При вульвоскопии у большинства девочек определялась гиперемия вульвы различной степени выраженности, статистически значимо чаще преобладающая у пациенток II и III групп по сравнению с пациентками I группы ($p = 0,03$ и $p = 0,04$ соответственно) (табл. 3).

Таблица 3

Данные вульвоскопии у обследованных девочек в период обострения хронического вульвовагинита

Картина вульвы и влагалища при вульвоскопии	Обследованные девочки		
	I группа (n = 18)	II группа (n = 16)	III группа (n = 19)
	абс.	абс.	абс.
Выраженная гиперемия вульвы	3	16 $p_1 = 0,03$	10 $p_1 = 0,04$ $p_2 = 1,0$
Отек многослойного плоского эпителия вульвы и усиление сосудистого рисунка	6	7 $p_1 = 0,73$	5 $p_1 = 0,73$ $p_2 = 0,31$
Гиперемия уретры	4	–	–
Гиперемия и отечность слизистой влагалища	15 $p_2 < 0,001$	–	4 $p_1 < 0,001$ $p_2 = 0,11$

Примечание: p – вероятность справедливости нулевой гипотезы при сравнении числа пациенток из групп с соответствующим номером (двусторонний точный критерий Фишера).

Одинаково часто ($p > 0,05$) у всех обследованных девочек имели место отек многослойного плоского эпителия вульвы и усиление сосудистого рисунка. Гиперемия в области уретры встречалась только у девочек с хроническими заболеваниями органов мочевыделительной системы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, по результатам исследования сделаны следующие выводы:

1. Экстрагенитальная патология, на фоне которой обостряется вульвовагинит у девочки допубертатного возраста, обуславливает особенности клинической картины рецидива хронической воспалительной патологии нижнего отдела половых путей.

2. Основными симптомами хронических рецидивирующих воспалительных заболеваний вульвы и влагалища у девочек допубертатного возраста с экстрагенитальной патологией являются:

- зуд и жжение в области гениталий – в 1,4 раза чаще отмечаются при вульвовагинитах на фоне патологии органов мочевыделительной системы и аллергических заболеваний, чем при вульвовагинитах на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта, энтеробиоза;

- выделения из половых путей – в 2,3 раза чаще имеют место при заболеваниях органов мочевыделительной системы, в 1,3 раза чаще – при патологии желудочно-кишечного тракта, энтеробиозе, чем при аллергических заболеваниях;

- болезненное мочеиспускание, неприятные ощущения при мочеиспускании – чаще определяются у девочек при патологии органов мочевыделительной системы, чем у девочек с аллергическими заболеваниями и заболеваниями желудочно-кишечного тракта, энтеробиозом (в 1,8 раза и в 3,8 раза соответственно); у пациенток с аллергическими заболеваниями в 2,1 раза чаще, чем у пациенток с патологией желудочно-кишечного тракта, энтеробиозом.

При визуальном осмотре наружных половых органов у девочек с рецидивом хронического вульвовагинита ведущими клиническими признаками были:

- на фоне аллергических заболеваний – гиперемия вульвы, расчесы промежности, внутренних поверхностей бедер, вульвы;
- на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта и энтеробиоза – отек вульвы, выделения из половых путей;
- на фоне заболеваний мочевыделительной системы – гиперемия уретры, петехиальные высыпания на слизистых, выделения из половых путей.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Батырова З.К., Уварова Е.В., Кумыкова З.Х. и др. Современный подход в лечении острого бактериального вульвовагинита у девочек периода детства. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2017;6:40–44.
2. Кириллова Е.Н., Павлюкова С.А., Акулич Н.С. Вульвовагинит у детей. *Медицинский журнал*. 2017;60(2): 151–153.
3. Beyitle I., Kavukcu S. Clinical presentation, diagnosis and treatment of vulvovaginitis in girls: a current approach and review of the literature. *World Journal of Pediatrics*. 2017;13(2):101–105.
4. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Колтунов И.Е. и др. Вульвовагинит у девочек в препубертатном и пубертатном периодах развития. *Проблемы репродукции*. 2018; 24(3):49–54.
5. Казакова А.В., Уварова Е.В., Лимарева Л.В. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек: прогнозирование и профилактика: монография. Под ред. Е.В. Уваровой. Чебоксары: ИД «Среда», 2020. 184 с.
6. Косых С.Л., Мозес В.Г. Оптимизация ведения детей и подростков с неспецифическим бактериальным вульвовагинитом: руководство для врачей. М.: Адамант, 2011. 28 с.
7. Бансова Б.И., Бижанова Д.А., Богинская Л.Н. Гинекология. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Информация об авторах

Ю.И. Щитенко – аспирант 3-го года обучения, ассистент кафедры акушерства и гинекологии, Витебский государственный орден Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Республика Беларусь; t-e-m-a@mail.ru

Н.П. Жукова – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии, Витебский государственный орден Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Республика Беларусь; jukovka1@yandex.ru

Статья поступила в редакцию 28.06.2022; одобрена после рецензирования 22.10.2022; принята к публикации 12.05.2023.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Information about the authors

Yu.I. Shchitenko – Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, Vitebsk State Order of Friendship of Peoples Medical University, Vitebsk, Republic of Belarus; t-e-m-a@mail.ru

N.P. Zhukova – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Vitebsk State Order of Friendship of Peoples Medical University, Vitebsk, Republic of Belarus; jukovka1@yandex.ru

The article was submitted 28.06.2022; approved after reviewing 22.10.2022; accepted for publication 12.05.2023.

8. Миннигулова Г.М. Медико-социальные аспекты возникновения синехий вульвы у девочек нейтрального периода: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2009. 26 с.

9. Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология. М.: МИА, 2009. 698 с.

REFERENCES

1. Batyrova Z.K., Uvarova E.V., Kumykova Z.Kh. et al. Modern approach in the treatment of acute bacterial vulvovaginitis in girls during childhood. *Reproduktivnoe zdorov'e detey i podrostkov = Pediatric and adolescent reproductive health*. 2017;6:40–44. (In Russ.).
2. Kirillova E.N., Pavlyukova S.A., Akulich N.S. Vulvovaginit at children. *Meditinskiy zhurnal = Medical journal*. 2017;60(2):151–153. (In Russ.).
3. Beyitle I., Kavukcu S. Clinical presentation, diagnosis and treatment of vulvovaginitis in girls: a current approach and review of the literature. *World Journal of Pediatrics*. 2017;13(2):101–105.
4. Adamyan L.V., E Sibirskaia V., Koltunov I.E. et al. Vulvovaginitis in prepubertal and adolescent girls. *Problemy reproduksii = Russian Journal of Human Reproduction*. 2018; 24(3):49–54. (In Russ.).
5. Kazakova A.V., Uvarova E.V., Limareva L.V. Inflammatory diseases of the vulva and vagina in girls: prediction and prevention. Monograph Ed. by E.V. Uvarova. Cheboksary, Sreda Publ., 2020. 184 p. (In Russ.).
6. Kosykh S.L., Mozes V.G. Optimizing the management of children and adolescents with nonspecific bacterial vulvovaginitis: a guide for physicians. Moscow, Adamant Publ., 2011. 28 p. (In Russ.).
7. Bansova B.I., Bizhanova D.A., Boginskaya L.N. Gynecology. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014. (In Russ.).
8. Minnigulova G. M. Medico-social aspects of the occurrence of vulvar synechia in girls of the neutral period. Dissertation abstract of the Candidate of Medical Sciences. Samara, 2009. 26 p. (In Russ.).
9. Gurkin Yu.A. Children's and Adolescent Gynecology. Moscow: MIA Publ., 2009. 698 p. (In Russ.).