

Вульвовагиниты в детском возрасте: дифференциальная диагностика для педиатра и детского гинеколога

СИБИРСКАЯ Е. В.^{1,2,3}, КАРАЧЕНЦОВА И. В.^{1,2}, НИКИФОРОВА П. О.^{1,2}, ДАНИЛКО Д. Д.², БОГАТЫРЁВА С. С.²

¹ Российская детская клиническая больница — филиал ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (Пироговский университет)» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

² ФГАОУ ВО РНИМУ «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Пироговский университет)» Минздрава России, Москва

³ ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Вульвовагиниты являются наиболее распространенной гинекологической патологией у девочек препубертатного возраста, отличаются высокой частотой встречаемости (до 93%) и склонностью к рецидивированию (до 60%). Полиэтиологичность заболевания и неспецифичность клинической картины создают существенные трудности для дифференциальной диагностики. **Цель:** Систематизация современных алгоритмов дифференциальной диагностики вульвовагинитов у девочек для оптимизации работы педиатра и детского гинеколога на амбулаторно-поликлиническом этапе. **Материалы и методы:** Проведен обзор современных отечественных и зарубежных литературных источников, клинических рекомендаций и протоколов по ведению вульвовагинитов в детском возрасте. **Результаты:** В статье детально рассмотрены патофизиологические основы развития вульвовагинитов, обусловленные анатомо-физиологическими особенностями девочек. Представлена классификация этиологических факторов с выделением неспецифических (70–80% случаев) и специфических причин. Для основных нозологий в формате сравнительной таблицы выделены патогномичные клинические признаки и рекомендуемые методы диагностики. **Заключение:** Эффективная диагностика вульвовагинитов у детей требует комплексного междисциплинарного подхода. Четкое следование структурированному диагностическому алгоритму позволяет установить причину воспаления, назначить адекватную терапию и избежать диагностических ошибок.

Ключевые слова: вульвовагинит, девочки, дифференциальная диагностика, педиатр, детский гинеколог, алгоритм обследования, препубертатный период

Vulvovaginitis in childhood: differential diagnosis for pediatricians and pediatric gynecologists

Sibirskaya E. V.^{1,2,3}, Karachentsova I. V.^{1,2}, Nikiforova P. O.^{1,2}, Danilko D. D.², Bogatyryova S. S.²

¹ Russian Children's Clinical Hospital — a Branch of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

² N.I. Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

³ Russian University of Medicine of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

Vulvovaginitis is the most common gynecological pathology in prepubertal girls, characterized by a high incidence rate (up to 93%) and a tendency to recur (up to 60%). The multifactorial nature of the disease and the non-specific clinical presentation create significant challenges for differential diagnosis. **Objective:** To systematize modern algorithms for the differential diagnosis of vulvovaginitis in girls to optimize the work of pediatricians and pediatric gynecologists at the outpatient stage. **Materials and Methods:** A review of current domestic and foreign literature sources, clinical guidelines, and protocols for the management of vulvovaginitis in childhood was conducted. **Results:** The article details the pathophysiological basis of vulvovaginitis, which are determined by the anatomical and physiological characteristics of girls. A classification of etiological factors is presented, distinguishing between non-specific (70–80% of cases) and specific causes. For the main disease entities, pathognomonic clinical features and recommended diagnostic methods are summarized in a comparative table. **Conclusion:** Effective diagnosis of vulvovaginitis in children requires a comprehensive multidisciplinary approach. Strict adherence to a structured diagnostic algorithm makes it possible to identify the cause of inflammation, prescribe adequate therapy, and avoid diagnostic errors.

Keywords: vulvovaginitis, girls, differential diagnosis, pediatrician, pediatric gynecologist, diagnostic algorithm, prepubertal period

Для цитирования: Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Никифорова П.О., Данилко Д.Д., Богатырёва С.С. Вульвовагиниты в детском возрасте: дифференциальная диагностика для педиатра и детского гинеколога. *Детские инфекции.* 2026; 25(1):48-52. doi.org/10.22627/2072-8107-2026-25-1-48-52

For citation: Sibirskaya E.V., Karachentsova I.V., Nikiforova P.O., Danilko D.D., Bogatyryova S.S. Vulvovaginitis in childhood: differential diagnosis for pediatricians and pediatric gynecologist. *Detskie Infektsii = Children Infections.* 2026; 25(1):48-52. doi.org/10.22627/2072-8107-2026-25-1-48-52

Информация об авторах:

Сибирская Елена Викторовна (Sibirskaya E.V.), д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины Российского университета медицины; профессор кафедры акушерства и гинекологии имени академика Г.М. Савельевой ИМД РНИМУ им. Н.И. Пирогова; заведующая хирургическим гинекологическим отделением РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, elsibirskaya@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4540-6341>

Караченцова Ирина Васильевна (Karachentsova I.V.), к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии имени академика Г.М. Савельевой ИМД РНИМУ им. Н.И. Пирогова; врач акушер-гинеколог отделения детской гинекологии РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, 5053104@list.ru

Никифорова Полина Олеговна (Nikiforova P.O.), аспирант кафедры акушерства и гинекологии имени академика Г.М. Савельевой ИМД РНИМУ им. Н.И. Пирогова; врач гинекологического отделения РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, pol_nikiforova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5046-9016>

Данилко Дарья Дмитриевна (Danilko D.D.), студент 5 курса ИМД ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (Пироговский университет), Москва, dariadanilko12@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0007-5764-7066>

Богатырёва София Сергеевна (Bogatyryova S.S.), студент 5 курса ИМД ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (Пироговский университет), Москва, sofika070@gmail.com

Вульвовагиниты занимают лидирующую позицию в структуре гинекологической патологии у девочек дошкольного и младшего школьного возраста. Данное заболевание, по разным источникам, встречается в 12–93% случаев, причем в 60% случаев вульвовагинит переходит в рецидивирующую форму [1,2]. Высокая распространенность и склонность к рецидивированию превращают эту проблему в одну из наиболее значимых для практического здравоохранения, требующую пристального внимания как со стороны педиатров, так и детских гинекологов.

Основой для развития воспалительного процесса служат уникальные анатомо-физиологические особенности детского возраста: тонкость и ранимость слизистой оболочки, нейтральная или щелочная реакция влагалищного секрета (в отличие от кислой у женщин репродуктивного возраста), что снижает защитный барьер и создает благоприятные условия для размножения микроорганизмов, близость анального отверстия, а также функциональная незрелость иммунной системы [2]. Ключевым фактором риска в препубертатном периоде является физиологический гипоэстрогенизм. Низкий уровень эстрогенов обуславливает истонченность и легкую ранимость слизистой вульвы и влагалища, скудное содержание гликогена в эпителиоцитах, отсутствию лактобацилл и, как следствие, к снижению резистентности к инфекциям [1]. Эти факторы создают предпосылки для возникновения заболевания, которое характеризуется полиэтиологичностью. Причины вульвовагинитов крайне разнообразны — от инфекционных агентов (бактерии, вирусы, грибы, гельминты) до механических, химических и аллергических факторов (табл. 1) [3,4].

Ключевой проблемой является сложность дифференциальной диагностики. Клиническая картина зачастую неспецифична и проявляется гиперемией вульвы, выделениями из половых путей различного характера, зудом, жжением и дискомфортом при мочеиспускании [5]. Эта однотипность симптомов и является основной причиной диагностических ошибок [4,6]. В этой связи критически важным представляется комплексный междисциплинарный подход, основанный на последовательном алгоритме обследования.

В связи с вышеизложенным, **целью** данной обзорной статьи является структурирование и анализ современных алгоритмов дифференциальной диагностики вульвовагинитов у девочек для оптимизации работы педиатра и детского гинеколога на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Вульвовагинит у детей — это воспаление слизистой оболочки вульвы и влагалища, являющееся наиболее распространенной гинекологической проблемой у девочек препубертатного возраста (примерно от 2 до 8 лет) [3,7].

Ключевая патофизиологическая особенность, согласно руководствам, научным статьям и учебной литературе, заключается в том, что у девочек этого возраста отсутствует гормональная стимуляция (эстрогены), что приводит к анатомическим и физиологическим особенностям, предрасполагающим к воспалению [1,7,8,9]: тонкая и ранимая слизистая влагалищного эпителия; щелочная или нейтральная среда влагалищного секрета, что снижает защитные барьеры; близость анального отверстия, что облегчает попадание кишечной флоры; недостаточное развитие половых губ; отсутствие лобкового оволосения; недостаточное развитие местных механизмов защиты, а точнее секреторного иммуногло-

булина А и лизоцима, продуцируемых эндоцервиксом шейки матки.

Клиническая картина. Симптомы могут варьироваться от легких и периодических до выраженных и постоянных (табл. 1).

1. Основные симптомы [3,7] — выделения из половых путей, это наиболее характерный признак. Они могут быть по цвету: желтоватыми, зеленоватыми, серовато-белыми; по характеру: скудными или обильными, водянистыми или густыми; по запаху: часто с неприятным запахом, особенно при бактериальной инфекции. Другие симптомы: гиперемия (покраснение) и отек в области вульвы и преддверия влагалища; зуд и жжение в области половых органов, девочка может постоянно трогать или расчесывать эту область; дискомфорт, боль или болезненность при мочеиспускании (дисурия), при ходьбе, при подмывании.

2. Дополнительные симптомы и поведенческие признаки: следы на белье: желтые или зеленоватые пятна на нижнем белье; жалобы на боль внизу живота (редко, но возможно); изменение поведения: девочка становится беспокойной, капризной, ухудшается сон из-за дискомфорта [4]; страх перед мочеиспусканием или дефекацией из-за болезненности.

Этиология. Вульвовагиниты у девочек препубертатного возраста имеют полиэтиологичную природу. Все причины можно разделить на две основные группы: неспецифические и специфические, обусловленные конкретными инфекционными агентами, дерматологическими заболеваниями или иными патологическими состояниями [2,7,9,10].

I. Неспецифические причины (70–80% случаев).

Физиологические особенности: недостаточное развитие половых губ; тонкая слизистая оболочка вследствие дефицита эстрогена; более щелочная pH (> 7,0); местные механизмы защиты, а точнее секреторный иммуноглобулин А и лизоцим, продуцируемые эндоцервиксом шейки матки, еще недостаточно развиты.

Внешние факторы: плохая гигиена, особенно при возрастающей самостоятельности в пользовании туалетом.

Внешние раздражители: пена для ванн, шампуни, дезодорирующее мыло; тесная одежда (трико, колготки, облегающие джинсы); ожирение.

Хронические раздражающие действия: мастурбация, езда на велосипеде, верховая езда.

II. Специфическая этиология [1,9,10].

Инфекционные причины.

Бактериальные: *Streptococcus pyogenes* (стрептококк группы А) — 20% случаев; *Shigella spp.* (преимущественно *S. flexneri*); *Staphylococcus aureus*; *Haemophilus influenzae*; *Escherichia coli*; *Gardnerella vaginalis* (требует исключения сексуального насилия).

Паразитарные: энтеробиоз (острицы).

Грибковые: *Candida spp.* (редко у здоровых детей).

Инфекции, передающиеся половым путем (всегда требуют исключения сексуального насилия): *Neisseria gonorrhoeae*; *Chlamydia trachomatis*; *Trichomonas vaginalis*; *Treponema pallidum*; вирус простого герпеса.

Неинфекционные причины: инородные тела (туалетная бумага, батарейки, игрушки).

Дерматозы: склерозирующий лишай; псориаз; экзема; атопический дерматит; системные заболевания с генитальными проявлениями.

Таблица 1. Патогномоничные клинические признаки и рекомендуемые методы диагностики
Table 1. Pathognomonic clinical signs and recommended diagnostic methods

Синдром/ Группа заболеваний	Конкретный диагноз	Характерные черты	Отличия от неспецифического вульвовагинита	Методы диагностики
Бактериальные инфекции	Неспецифический вульвовагинит	<ul style="list-style-type: none"> — Самый частый диагноз (70–80% случаев) — Скудные прозрачные слизистые выделения — Легкая эритема вульвы — Зуд, раздражение 	<ul style="list-style-type: none"> — Эталон для сравнения — Нет патогенных микроорганизмов — Хорошо реагирует на гигиенические меры — Хроническое рецидивирующее течение 	<ul style="list-style-type: none"> — Тщательный сбор анамнеза (гигиена, тесное белье) [1] — Осмотр вульвы: легкая гиперемия, скудные выделения — Микроскопия влагалищного мазка: лейкоциты в норме, преобладание эпителия, отсутствие специфической флоры — Посев на флору: отсутствие патогенных микроорганизмов, рост сапрофитной флоры [3,7]
	Стрептококки группы А (<i>S. pyogenes</i>)	<ul style="list-style-type: none"> — Острое начало — Яркая («пылающая») эритема вульвы и периаанальной области — Выделения желтоватые, могут быть кровянистыми — Часто сопровождается острым фарингитом, скарлатиной 	<ul style="list-style-type: none"> — Яркая эритема — Связь с инфекцией ВДП (или может отсутствовать) — Возможны кровянистые выделения (или прозрачные) — Требуется антибактериальной терапии 	<ul style="list-style-type: none"> — Мазок из влагалища и заднего свода для бактериологического посева — Экспресс-тест на стрептококковый антиген — Мазок из зева при наличии симптомов — Микроскопия: большое количество лейкоцитов, кокковая флора [4,5,6]
	<i>Staphylococcus aureus</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Гнойные, желто-зеленые выделения — Возможны явления пиодермии на коже — Может быть ассоциирован с ношением тесного белья 	<ul style="list-style-type: none"> — Гнойный характер выделений (или слизистые) — Часто сопутствующие кожные проявления (или отсутствуют) 	<ul style="list-style-type: none"> — Бактериологический посев влагалищного отделяемого — Микроскопия мазка: большое количество лейкоцитов, грамположительные кокки [4,5,6]
	<i>Haemophilus influenzae</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Слизисто-гнойные выделения — Эритема и отек вульвы — Может протекать с субфебрилитетом 	<ul style="list-style-type: none"> — Слизисто-гнойный характер выделений (или прозрачные) — Чаще острое начало (или хроническое) 	<ul style="list-style-type: none"> — Бактериологический посев (требует специальных сред) — ПЦР-исследование [4,5,6]
	<i>Shigella spp.</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Водянистые или гнойные выделения, часто с примесью крови — Выраженные дизурические явления — Связь с кишечной инфекцией (диарея) 	<ul style="list-style-type: none"> — Кишечный синдром в анамнезе (или отсутствует) — Кровянистый компонент выделений (или отсутствует) 	<ul style="list-style-type: none"> — Посев влагалищного отделяемого и кала — Связь с перенесенной дизентерией в анамнезе [4,5,6]
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Обильные гнойные, зеленоватые выделения — Резкая гиперемия, отек, болезненность — Часто бессимптомное течение 	<ul style="list-style-type: none"> — Обильные гнойные выделения (или скудные) — Требуется обязательного исключения НСВ 	<ul style="list-style-type: none"> — Микроскопия мазка: грамотрицательные диплококки внутри и вне лейкоцитов — Бактериологический посев на селективные среды — ПЦР — Обязательное проведение полного комплекса на ИППП и юридическое оформление случая [2,3,7,8,9]
<i>Chlamydia trachomatis</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Часто бессимптомное течение — Скудные слизистые или слизисто-гнойные выделения — Умеренная гиперемия 	<ul style="list-style-type: none"> — Частое бессимптомное носительство (или всегда есть симптомы) — Требуется обязательного исключения НСВ 	<ul style="list-style-type: none"> — ПЦР (предпочтительный метод) — ИФА (менее чувствителен) — Культуральный метод (сложен в исполнении) — Обязательное обследование на все ИППП [2,3,7,8,9] 	
Паразитарные инфекции	<i>Trichomonas vaginalis</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Обильные, пенистые, желто-зеленые выделения с неприятным запахом — Выраженная гиперемия, зуд — Могут быть петехии на слизистой («клубничная шейка») 	<ul style="list-style-type: none"> — Обильные пенистые выделения (или скудные) — Резкий неприятный запах (или отсутствует) — Требуется обязательного исключения НСВ 	<ul style="list-style-type: none"> — Микроскопия нативного препарата («висячая капля»): подвижные трихомонады — ПЦР (наиболее чувствительный метод) — Посев на среду (при необходимости) [2,3,7,9,10]
	Энтеробиоз (острицы)	<ul style="list-style-type: none"> — Зуд усиливается ночью — Периаанальный зуд — Могут мигрировать из ануса во влагалище 	<ul style="list-style-type: none"> — Четкий циркадный ритм симптомов (или постоянный зуд) — Периаанальный компонент — Требуется антигельминтной терапии 	<ul style="list-style-type: none"> — Соскоб на энтеробиоз (утром до подмывания) — Визуальный осмотр периаанальной области — Обнаружение яиц остриц или самих гельминтов [2,3,7,9,10]

Грибковые инфекции	Кандидоз	<ul style="list-style-type: none"> — Редко у здоровых детей препубертатного возраста — Только при факторах риска 	<ul style="list-style-type: none"> — Факторы риска: антибиотики, иммуносупрессия (или отсутствуют) — Творожистые выделения (или слизистые) — Требуется противогрибковой терапии 	<ul style="list-style-type: none"> — Микроскопия влагалищного мазка: псевдомицелий, почкующиеся клетки — Посев на питательные среды (Sabouraud agar) — Отсутствие лактобацилл в мазке [2,3,7,9,10]
Инородные тела	Инородное тело во влагалище	<ul style="list-style-type: none"> — Туалетная бумага — наиболее частая причина — Хронические выделения с неприятным запахом — Периодические кровянистые выделения 	<ul style="list-style-type: none"> — Неприятный запах (или обычно без запаха) — Кровянистый компонент (или прозрачные) — Требуется удаления инородного тела 	<ul style="list-style-type: none"> — Осмотр вульвы и преддверия влагалища — Вагиноскопия для визуализации и извлечения инородного тела — При рецидивирующих воспалениях — УЗИ органов малого таза [2,3,7]
Дерматологические заболевания	Склерозирующий лишай	<ul style="list-style-type: none"> — Белые участки кожи в форме «песочных часов» — Зуд, дискомфорт, кровотечение — Точечные кровоизлияния 	<ul style="list-style-type: none"> — Специфические кожные изменения (или только эритема) — Хроническое прогрессирующее течение — Требуется местной гормональной терапии 	<ul style="list-style-type: none"> — Визуальный осмотр: характерная локализация и вид поражений — Дерматоскопия — В сомнительных случаях — биопсия кожи [2,3,10]
	Другие дерматозы (псориаз, экзема)	<ul style="list-style-type: none"> — Зуд, эритема, шелушение — Поражения на других участках тела 	<ul style="list-style-type: none"> — Системный характер поражений (или только гениталии) — Специфические кожные элементы — Требуется дерматологического лечения 	<ul style="list-style-type: none"> — Осмотр всего кожного покрова — Консультация детского дерматолога — В сложных случаях — биопсия кожи [2]
	<i>Treponema pallidum</i> (сифилис)	<ul style="list-style-type: none"> — Первичный сифилис: безболезненная язва (твердый шанкр) с плотным основанием и чистым дном, регионарный склераденит — Вторичный сифилис: полиморфная сыпь, кондиломы 	<ul style="list-style-type: none"> — Безболезненная язва (или болезненные при герпесе) — Полиморфные системные проявления (или локальные) — Требуется обязательного исключения НСВ 	<ul style="list-style-type: none"> — Исследование отделяемого с язвы на бледную трепонему (темнопольная микроскопия) — Нетрепонемные тесты: RPR, РМП — Трепонемные тесты: ИФА, РПГА, РИФ — Обязательное обследование на все ИППП [2,3,7,9,10]
	Вирус простого герпеса (ВПГ)	<ul style="list-style-type: none"> — Сгруппированные везикулы ? эрозии ? язвы — Болезненные поражения 	<ul style="list-style-type: none"> — Язвенные элементы (или отсутствие изъязвлений) — Везикулы как первичный элемент — Требуется противовирусной терапии 	<ul style="list-style-type: none"> — Клиническая картина — ПЦР-исследование содержимого везикул/соскоба с язвы — Серологическая диагностика (IgM, IgG) имеет второстепенное значение [2,3,9,10]
Системные инфекции с генитальными проявлениями	Корь, ветряная оспа	<ul style="list-style-type: none"> — Генитальные проявления системной инфекции — Везикулы, язвы, экзантема 	<ul style="list-style-type: none"> — Системные проявления (лихорадка, сыпь на теле) — Острое начало с конституциональными симптомами — Эпидемиологический анамнез 	<ul style="list-style-type: none"> — Клиническая картина и анамнез — Серологическая диагностика (IgM) — ПЦР-исследование содержимого везикул [3,6]
Спаечные процессы	Спайки половых губ	<ul style="list-style-type: none"> — Сращение малых половых губ — Частичное или полное — Бессимптомные или затруднение мочеиспускания 	<ul style="list-style-type: none"> — Анатомическое изменение (или только функциональные симптомы) — Нарушение оттока мочи (или дизурия от раздражения) — Требуется местного лечения 	<ul style="list-style-type: none"> — Визуальный осмотр — Оценка степени сращения и его влияния на мочеиспускание [2,3,7]

Спектр этиологических факторов вульвовагинитов у детей препубертатного возраста чрезвычайно широк — от физиологических особенностей до серьезных инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Заключение

Вульвовагиниты остаются наиболее распространенной гинекологической патологией у девочек препубертатного возраста, характеризующейся высокой частотой встречаемости и значительной склонностью к рецидивированию. Полиэтиологичность заболевания, неспецифичность клинической картины и анатомо-физиологические особенности данного возрастного периода создают серьезные трудности для своевременной и точной диагностики.

Представленная в статье систематизация этиологических факторов и патогномичных клинических признаков основных нозологий в формате сравнительной таблицы служит практическим инструментом для врача. Она позволяет оптимизировать процесс дифференциальной диагностики на амбулаторно-поликлиническом этапе, минимизировать количество диагностических ошибок и, как следствие, назначить адекватную и своевременную терапию.

Таким образом, строгое соблюдение последовательного диагностического алгоритма является залогом успешного выявления причины вульвовагинита, предотвращения его рецидивов и сохранения репродуктивного здоровья девочки в будущем.

Список литературы:

1. Милушкина О.Ю., Сибирская Е.В., Курбанова П.Ф. Актуальные вопросы гигиены девочек и девушек-подростков (обзор литературы). *РМЖ. Мать и дитя*. 2023;6(2):119–125. doi: 10.32364/2618-8430-2023-6-2-119-125
2. Хамадянова У.Р., Тихомиров А.П. Современные подходы к диагностике и лечению вульвовагинитов у девочек препубертатного возраста. *РМЖ. Мать и дитя*. 2021;4(2):156–161.
3. Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В., Смаль Т.А. Этиологическая картина неспецифического вульвовагинита у девочек. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2016;(2):12–13.
4. Евсюкова И.И., Прилепская В.Н., Назарова Н.М. Дифференциальная диагностика вульвовагинитов у девочек: значение лабораторных методов. *Педиатрическая фармакология*. 2022;19(3):234–240.
5. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Глыбина Т.М., Богданова Е.А. Инфекционно-воспалительные заболевания гениталий у детей и подростков. *Акушерство и гинекология*. 2012;(4–1):108–112.
6. Stricker T., Navratil F., Sennhauser F.H. Vulvovaginitis in prepubertal girls. *Archives of Disease in Childhood*. 2003;88(4):324–326. doi: 10.1136/adc.88.4.324
7. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Национальные клинические рекомендации (протоколы) по гинекологии детского и юношеского возраста. Москва; 2021.
8. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Короткова С.А., и др. Современные проблемы диагностики и лечения воспалительных заболеваний органов малого таза у девочек подросткового возраста. *Проблемы репродукции*. 2022;28(1):75–80. doi: 10.17116/repro20222801175
9. Лауфер М.Р., Эманс С.Д. Вульвовагинит у детей препубертатного возраста. *UpToDate*; 2025.
10. Kairys N., Garg M. Pediatric Vulvovaginitis. In: StatPearls [Интернет]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Доступно по ссылке: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559312/>

References:

1. Milushkina OYu, Sibirskaia EV, Kurbanova PF. Aktual'nye voprosy gigieny devochek i devushek-podrostkov (obzor literatury) [Current issues of hygiene of girls and adolescent girls (literature review)]. *RMJ. Mat' i Ditya*. 2023;6(2):119–125. (In Russ.) doi:10.32364/2618-8430-2023-6-2-119-125
2. Khamadyanova UR, Tikhomirov AL. Sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu vul'vovaginitov u devochek prepubertatnogo vozrasta [Modern approaches to the diagnosis and treatment of vulvovaginitis in prepubertal girls]. *RMJ. Mat' i Ditya*. 2021;4(2):156–161. (In Russ.)
3. Adamyan LV, Koltunov IE, Sibirskaia EV, Smal TA. Etiologicheskaya kartina nespetsificheskogo vul'vovaginita u devochek [Etiological picture of nonspecific vulvovaginitis in girls]. *Reproduktivnoe Zdorov'e Detey i Podrostkov*. 2016;(2):12–13. (In Russ.)
4. Evsyukova II, Prilepskaya VN, Nazarova NM. Differentsial'naya diagnostika vul'vovaginitov u devochek: znachenie laboratornykh metodov [Differential diagnosis of vulvovaginitis in girls: the importance of laboratory methods]. *Pediatricheskaya Farmakologiya*. 2022;19(3):234–240. (In Russ.)
5. Adamyan LV, Sibirskaia EV, Glybina TM, Bogdanova EA. Infektsionno-vospalitel'nye zabolevaniya genitaliy u detey i podrostkov [Infectious and inflammatory diseases of the genitals in children and adolescents]. *Akusherstvo i Ginekologiya*. 2012;(4–1):108–112. (In Russ.)
6. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. *Arch Dis Child*. 2003;88(4):324–326. doi:10.1136/adc.88.4.324
7. Ministry of Health of the Russian Federation. Natsional'nye klinicheskie rekomendatsii (protokoly) po ginekologii detskogo i yunosheskogo vozrasta [National clinical guidelines (protocols) for pediatric and adolescent gynecology]. Moscow; 2021. (In Russ.)
8. Adamyan LV, Sibirskaia EV, Korotkova SA, et al. Sovremennye problemy diagnostiki i lecheniya vospalitel'nykh zabolevaniy organov malogo taza u devochek podrostkovogo vozrasta [Current problems of diagnosis and treatment of inflammatory diseases of the pelvic organs in adolescent girls]. *Problemy Reproduktsii*. 2022;28(1):75–80. (In Russ.) doi:10.17116/repro20222801175
9. Laufer MR, Emans SD. Vul'vovaginit u detey prepubertatnogo vozrasta [Vulvovaginitis in prepubertal children]. *UpToDate*; 2025. (In Russ.)
10. Kairys N, Garg M. Pediatric Vulvovaginitis. [Updated 2023 May 22]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559312/>

Статья поступила 02.12.2025

Конфликт интересов: Авторы подтвердили отсутствие конфликта интересов, финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest: The authors confirmed the absence conflicts of interest, financial support, which should be reported