

JACEK BOROCH¹, GRAŻYNA JARZĄBEK-BIELECKA¹, MAŁGORZATA MIZGIER², MARIOLA PAWLACZYK³, MAGDALENA PISARSKA-KRAWCZYK⁴, PAULINA WOJTYŁA-BUCIORA⁴, ANDRZEJ WOJTYŁA⁴, MAREK CHUCHRACKI⁴, WITOLD KĘDZIA⁵

Wybrane problemy dermatologiczno-ginekologiczne z uwzględnieniem niektórych aspektów dietetycznych u dziewcząt

Selected dermatological and gynecological problems with regard to some dietary aspects in girls

¹Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii, Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Zakład Dietetyki, Katedra Nauk Biomedycznych i Nauk o Zdrowiu, Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

³Katedra Geriatrii i Gerontologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁴Państwową Wyższą Szkołą Zawodową im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu

⁵Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

KEYWORDS

gynaecology, dermatology, girls

SUMMARY

Dermatological-gynaecological problems in girls are an important issue also in the practice of a family doctor. In the case of girls before menarche, vulvovaginal inflammation accounts for 75% of all gynaecology reports. However, there is a need to differentiate inflammatory diseases of the vulva from dermatoses. Symptoms of vulval diseases, which are reported by patients, often require consultation and dermatological treatment. Since dermatoses are not limited to genitals, the vulva is only one of possible locations of the disease process; therefore, the whole skin of the patient should be inspected. Vaginal and vaginal inflammation is a gynaecological problem in patients of all ages – from neonatal period to old age. In developmental age gynaecology, it is often found in 3-10-year-old patients. The etiopathogenesis of vulvovaginitis in girls depends on child's age, systemic diseases, and often dermatological problems. For example, such factors as diabetes, long-term antibiotic therapy, immunosuppression, congenital immunodeficiency, allergic diseases and allergic rhinitis predispose to infections in girls. Lactobacillus plays an important role in bacterial protection against infection and inflammation. A balanced diet is also important.

Jednymi z częstych objawów problemów dermatologiczno-ginekologicznych u dziewcząt są uporczywy, nierzadko graniczący z bólem świąd sromu, a także okolicy odbytu, przy współwystępujących często nawracających infekcjach dróg moczowych, oraz upławy. Objawy takie nasilają się w stanach spadku odporności, np. po antybiotykoterapii stosowanej w związku z innymi infekcjami. W badaniu klinicznym zazwyczaj stwierdza się zmiany skóry warg sromowych większych, często także pośladków. Jeśli są to zmiany skóry typowe dla chorób przenoszonych drogą płciową, zawsze należy wdrożyć diagnostykę, w tym konsultację psychologiczno-seksuologiczną, czy dziecko nie jest ofiarą molestowania seksualnego. Zazwyczaj jednak zmiany skóry

sromu u dziewczynki mają charakter zmian alergicznych lub dystroficznych, np. o charakterze liszaja twardzinowego. Stwierdza się też nierzadko wtórne do tych zmian skórnych obrzęk, ślady zadrapań, zaczerwienienie. Może wystąpić jednocześnie częściowy lub całkowity wzrost warg sromowych mniejszych. Bywa, że stan zapalny powodując drapanie narządów płciowych przez dziecko, staje się przyczyną wczesnodziecięcej masturbacji (7-11).

W badaniu należy ocenić stadium rozwoju dziewczynki według skali Tannera – czy jest rozwinięta stosownie do płci i wieku. Należy ocenić wzrost i masę ciała, dokonuje się też oceny narządów płciowych wewnętrznych palpacyjnie i ultrasonograficznie.

Przeprowadza się badania mikrobiologiczne.

Przed podjęciem specjalistycznego leczenia dermatologicznego niekiedy trzeba pacjentkom wykonać, w warunkach szpitalnych, w znieczuleniu ogólnym, biopsję sromu – leczenie dermatologiczne według wyniku histopatologicznego.

Zapalenie sromu i pochwy jest problemem ginekologicznym u pacjentek w każdym wieku – od okresu noworodkowego po starość (1-7). W ginekologii wieku rozwojowego szczególnie często zdarza się u dziewczynek w wieku 3-10 lat. Etiopatogeneza *vulvovaginitis* u dziewcząt ma związek z wiekiem dziecka i chorobami ogólnoustrojowymi. Podkreśla się znaczenie przedwczesnej aktywności seksualnej czy problemu molestowania seksualnego. Przed menarche zmiany zapalne występują częściej w okolicy zewnętrznych narządów płciowych, natomiast po menarche obejmują głównie wewnętrzne narządy płciowe. Według piśmiennictwa u 25-60% dziewcząt z zapaleniem sromu i pochwy nie stwierdza się w badaniu bakteriologicznym żadnego patogenu (przyczyną objawów może być np. atopowe zapalenie skóry), a w 60% infekcje narządów płciowych współistnieją z infekcjami układu moczowego (badanie moczu powinno stanowić nieodłączny element diagnostyki STI u dziewcząt) (2, 4, 7-11).

W etiopatogenezie znaczenie mają drogi transmisji, do których zalicza się: układ oddechowy – infekcje górnych dróg oddechowych, angina (*Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp.), przewód pokarmowy – zanieczyszczenia kałowe (*Enterococcus* spp., *E. coli*), układ moczowy – infekcje, wady wrodzone (pałeczki Gram (-), *Pseudomonas* spp.), środowisko domowe (procesy pielęgnacyjne), drogę płciową (u dziewcząt aktywnych seksualnie) oraz drogę wertykalną.

Grzybicze zakażenia narządów płciowych występują bardzo rzadko u dziewcząt (ok. 0,5-1,5% przypadków), zwłaszcza przed pokwitaniem, w okresie tzw. ciszy hormonalnej. Przeważnie mają charakter inwazji wieloogniskowych. Jednakże takie czynniki, jak: cukrzyca, długotrwała antybiotykoterapia, immunosupresja, wrodzone niedobory odporności, choroby alergiczne oraz alergiczny nieżyt błony śluzowej nosa predysponują do występowania zakażeń grzybiczych u dziewczynek.

Nie bez znaczenia jest także nieprawidłowa dieta pacjentek, bogata w cukry proste (słodycze, pieczywo cukiernicze, słodzone napoje, słodzone produkty mleczne, także nadmiar owoców zawierających fruktozę, w tym szczególnie suszonych), pieczywo z mąki rafinowanej (białej), biały ryż, przetworzoną żywność, w tym zupy instant, produkty fast-food, konserwy. Uboga natomiast w pełnoziarniste produkty zbożowe, naturalne, niesłodzone produkty mleczne (ukwaszone), warzywa, w tym ukwaszone ogórki, kapustę (źródło pałeczek kwasu mlekowego) itd.

Czynnikami etiologicznymi zapaleń sromu i pochwy u dziewcząt są też infekcje pasożytnicze, m.in.: owsiki, glista ludzka, wesz łonowa, świerz b drążący oraz mięczak zakaźny (w 9-12% przypadków infekcji narządów płciowych u dziewcząt stwierdza się zakażenie owsikami).

Terapia zapalenia sromu i pochwy u dziewcząt powinna być adekwatna do wyniku badania bakteriologicznego z antybiogramem. U dziewczynek z nasilonymi objawami miejscowymi i/lub uogólnionym i przetrwałym zakażeniem zaleca się stosowanie antybiotykoterapii ogólnej, zgodnej z wynikiem antybiogramu; natomiast przy łagodnym przebiegu klinicznym infekcji proponuje się antybiotykoterapię miejscową (maści, kremy, krople, pręciki, globulki dopochwowe). Istotne znaczenie w terapii mają: stosowanie leków przeciwhistaminowych (doustnie i miejscowo), unikanie produktów alergizujących – w przypadku schorzeń alergicznych (np. owoce morza, czekolada, orzechy), częste przemywanie sromu, unikanie długich kąpeli, gorącej wody, utrzymywanie higieny osobistej, dbanie o higienę kroczka, stosowanie nasiadówek, irygacje pochwy (2-3 razy w tygodniu), stosowanie miejscowych środków łagodzących (emulsje oliwkowe), glikokortykosterydów, noszenie luźnej bawełnianej bielizny, unikanie odzieży wełnianej, odzieży znacznie przylegającej z tworzyw sztucznych (np. rajstopy, getry), eliminacja wszelkich czynników drażniących (płyny do higieny intymnej, mydła zapachowe, płyny do kąpieli), pranie bielizny w gorącej wodzie oraz odbudowa flory fizjologicznej pochwy po leczeniu u dziewcząt w okresie dojrzewania (1, 2, 4, 6, 8).

Wśród chorób sromu u dziewcząt znaczenie ma także sklejenie warg sromowych mniejszych, które występuje najczęściej pomiędzy 1. a 7. rokiem życia (1-6%). Bywa, że może współwystępować ono ze stanem zapalnym narządów płciowych i/lub układu moczowego. Tendencja do sklejenia warg sromowych jest wyraźna w okresach fizjologicznego hipostrogenizmu – w czasie wspomnianej ciszy estrogenowej. W okresie pokwitania, pod wpływem estradiolu pH pochwy zmienia się na bardziej kwaśne, dzięki czemu zanika ta nawracająca tendencja u predysponowanych dziewczynek. Według wytycznych NASPAG, postępowanie lecznicze w przypadku sklejenia warg sromowych mniejszych zależy przede wszystkim od nasilenia objawów klinicznych: w przypadku sklejenia niewielkiego stopnia i braku objawów klinicznych nie istnieje potrzeba zastosowania farmakoterapii, a jedynie obserwacja dziewczynki. Samoistna remisja zmian w ciągu 12 miesięcy sięga 70-80%. Jeżeli występują objawy kliniczne (np. objawy infekcji narządów płciowych, układu moczowego, trudności w oddawaniu moczu), optymalnym leczeniem jest estrogenoterapia miejscowa (stosowana maksymalnie przez kilka tygodni), która powoduje samoistne rozdzielenie warg sromowych (follow-up po 2-4 tygodniach). Zalecane estrogeny miejscowe to 0,01% estradiol i estriol. Po zakończonym leczeniu, w postępowaniu profilaktycznym zaleca się utrzymywanie właściwej diety i higieny osobistej, stosowanie emolientów i maści obojętnych zawierających m.in. witaminy A, D i kwasy tłuszczowe, zapobiegających ponownemu sklejeniu warg sromowych. Niestety, bez względu na sposób leczenia obserwuje się częste nawroty objawów (ok. 10-15% przypadków).

Etiologia zmian dystroficznych, np. liszaja twardzino-owego, nie jest w pełni poznana; ma charakter przewlekły

i postępujący. Czynniki predysponujące stanowią fizjologiczny hipostrogenizm, dlatego pojawia się u dziewcząt również w okresie tzw. ciszy estrogenowej (już nawet w wieku 6 miesięcy). Objawy imitują nawracające stany zapalne narządów płciowych. Trudno określić częstość występowania liszaja twardzinowego, gdyż wiele dziewczynek z tym problemem przed okresem dojrzewania nie trafia do specjalistów – uważa się, że około 1 na 900 dziewczynek może mieć ten problem. Bywa, że pełna diagnoza jest ustalana późno, około 10. roku życia dziewczynki. Niektórzy opiekunowie dzieci z tym problemem błędnie uznają, że jest to skutek molestowania seksualnego.

Według piśmiennictwa w 10% przypadków choroba może przebiegać bezobjawowo (u opisywanej dziewczynki wystąpiło dodatkowo nadkażenie bakteryjno-grzybicze po stosowanej wcześniej na infekcję dróg oddechowych antybiotykoterapii). Autorzy podają, że w 8-10% przypadków zmiany LS u dziewcząt występują również poza okolicą narządów płciowych – na skórze klatki piersiowej, podbródka, szyi, nadgarstkach i twarzy (1-5). Optymistyczne jest rokowanie co do liszaja twardzinowego u dziewczynek: często w okresie dojrzewania następuje samoistna remisja zmian i rzadko dochodzi do onkogenezy. Rokowanie u kobiet dorosłych nie jest już tak dobre – zazwyczaj istnieje konieczność przewlekłego leczenia.

Po potwierdzeniu histopatologicznym liszaja twardzinowego zaleca się, jako terapię pierwszego rzutu, stosowanie miejscowych preparatów sterydowych (maści, emulsje). Dane z piśmiennictwa wskazują na znaczenie stosowania 0,05% propionianu klobetazolu, który cechującego się najwyższą skutecznością. Oczywiście ważne są: higiena osobista, noszenie bawełnianej bielizny, unikanie ciasnej bielizny i urazów okolicy sromu i krocza. Według piśmiennictwa błędem w leczeniu liszaja twardzinowego u dziewcząt jest stosowanie subterapeutycznych dawek miejscowych sterydów, co wiąże się z nieskutecznością leczenia i koniecznością wydłużenia terapii. Autorzy podają, że w przypadku braku efektów leczenia pierwszego rzutu, można podjąć próbę zastosowania metod alternatywnych: terapię fotodynamiczną, która daje szczególnie dobre efekty w tej grupie wiekowej, oraz takrolimus – inhibitorem kalcyneuryny (0,1% Protopic) stosowanym 2 razy dziennie przez 4 miesiące, następnie 2 razy w tygodniu przez 6 miesięcy jako leczenie podtrzymujące. Jak podkreślają autorzy, zastosowanie preparatów zawierających takrolimus w leczeniu LS u dziewcząt znajduje się dopiero w fazie badań klinicznych, jednak skuteczność jest znacznie wyższa niż w przypadku miejscowych preparatów sterydowych, zwłaszcza u małych dzieci. Stosowanie tej terapii nie powoduje – jak przy miejscowej terapii sterydowej – objawów niepożądanych, takich jak atrofia warg sromowych (1, 2, 6-10).

Rekomendacje leczenia LS u dziewcząt obejmują miejscowe substancje przeciwzapalne (średnio 3-4 miesiące) i długotrwały follow-up (min. 1 raz /rok) ze względu na wysokie ryzyko nawrotu i ewentualność rozwoju raka sromu w wieku dorosłym. Generalnie rokowanie w leczeniu LS u dzieci jest

dobre. Przy szybkiej diagnostyce i prawidłowej terapii często uzyskuje się całkowitą remisję. Uważa się również, że jeżeli w przebiegu LS u dzieci nie uda się uzyskać remisji do czasu menarche, to rokowanie staje się mniej korzystne (trudności w uzyskaniu całkowitej remisji) (1-7).

Anatomiczne i fizjologiczne warunki narządów płciowych – nawilgocenie oraz bliskość ujścia cewki moczowej i odbytu – sprzyjają rozwijaniu się stanów zapalnych.

Innym problemem (niezapalnym) związanym z okresem dojrzewania jest pojawianie się u nastolatków epizodów bakteryjnej waginozy, które dotyczą 3-7% niewspółżyjących i 4-15% współżyjących seksualnie dziewcząt w wieku 13-18 lat. Jest to o tyle istotne, że mikroorganizmy budujące florę pochwy w stanie bakteryjnej waginozy są źródłem zapalenia szyjki macicy i błony śluzowej macicy (w tym często w postaciach subklinicznych) oraz zapalenia narządów miednicy mniejszej (PID) (1, 2).

Zapalenie narządów płciowych powstaje najczęściej na skutek zaniedbań higienicznych, urazów mechanicznych lub zakażeń (wirusy, chlamydie, bakterie, grzyby, pierwotniaki). Pewna grupa tych zapaleń występuje też na podłożu alergicznym (np. uczulenie na środki czystości).

Niektóre czynniki sprzyjające stanom zapalnym występują szczególnie u dziewcząt, np. budowa anatomiczna, czyli bliskie sąsiedztwo sromu i odbytu, nie w pełni rozwinięte wargi sromowe mniejsze, brak owłosienia łonowego, niskie stężenie estrogenów wpływające na wrażliwość błony śluzowej pochwy na czynniki drażniące i zakaźne, narażenie na środki drażniące, takie jak płyny do kąpieli czy szorstkie ręczniki, ciała obce w pochwie, brak staranności w dbaniu o higienę u dziecka po 1. roku życia (niemowlęta zgodnie z tradycją są kąpane codziennie, ale starsze dzieci już nie).

Objawy zapalenia sromu i pochwy u dziewcząt:

- świąd,
- obrzęk i zaczerwienienie warg sromowych,
- nieprawidłowa wydzielina z pochwy,
- szczeliny – cecha charakterystyczna zapaleń przewlekłych,
- ślady zadrapań i otarć skóry sromu,
- objawy dyzuryczne (zakażenie cewki moczowej i gruczołów okołocewkowych),
- zakażenie wstępujące układu moczowego.

U dziewcząt, które nie podjęły współżycia płciowego, stosunkowo rzadko dochodzi do zapalenia wewnętrznych narządów płciowych, chociaż opisywano w literaturze zakażenie pochwy towarzyszące ropnemu zapaleniu migdałków podniebiennych czy zębów. Może natomiast dojść do penetracji zapalenia przez ciągłość ze zmienionego zapalnie wyrostka robaczkowego na przydatki po stronie prawej, np. pod postacią plastronu. Plastron, czyli ropień okołowyrstkowy spowodowany perforacją wyrostka robaczkowego znajdującego się w fazie ostrego procesu zapalnego, obejmuje okoliczne tkanki, nie rozprzestrzenia się na całą jamę otrzewnej. Objawem powstania ropnia jest żywo bolesny, często wyczuwalny przez powłoki brzuszne guz, w rzucie

punktu McBurneya, z towarzyszącymi objawami zapalenia wyrostka robaczkowego. Leczenie ropnia jest początkowo zachowawcze, stosuje się antybiotyki oraz dietę ubogoresztkową, a po ustąpieniu procesu zapalnego można rozważyć wykonanie appendektomii. Innym schorzeniem o niejasnej etiologii występującym w tej grupie wiekowej jest liszaj twardzinowy, który powoduje świąd skóry i wtórnie przez przymus drapania dziecka w tej okolicy dochodzi do zakażenia sromu, pochwy i pełnoobjawowego *vulvovaginitis*. Leczenie jest objawowe antybiotykami, lekami przeciwhistaminowymi, maścią z witaminą A i kremem z estriolem, co znacznie łagodzi objawy (8).

W zabezpieczeniu narządów płciowych przed zakażeniami i zapaleniami istotną rolę odgrywają bakterie pałeczki kwasu mlekowego:

- zapewniają kwaśny odczyn środowiska, co utrudnia rozprzestrzenianie się mikroorganizmów chorobotwórczych (wytwarzany przez pałeczki kwas mlekowy utrzymuje pH pochwy w granicach 3,8-4,5),
- produkują substancje przypominające bakteriocyny (związki białkowe hamujące rozwój bakterii), stymulują układ odpornościowy,
- współzawodniczą z bakteriami patogennymi o receptory lub miejsca przyłączania się na powierzchni komórek nabłonkowych oraz o składniki odżywcze,
- hamują namnażanie się innych bakterii, potencjalnie chorobotwórczych, poprzez wytwarzanie nadtlenu wodoru (H_2O_2).

Wzrost stężenia estrogenów korzystnie wpływa na kwaśne pH pochwy. Istotna jest też właściwa dieta ograniczająca węglowodany proste, bogata natomiast w jogurty, kefir i warzywa.

Inny lokalny mechanizm zabezpieczający przed rozwojem infekcji wynika z faktu, iż śluz pokrywający nabłonek pochwy zawiera substancje hamujące rozwój patogenów (lizozym, laktoferyna, cynk, fibronektyna, białka dopełniacza).

W odpowiedzi na specyficzne patogeny następuje wzrost stężenia przeciwciał IgA (11-18). W profilaktyce stanów zapalnych narządów płciowych należy stworzyć odpowiednią barierę, w której budowie pomaga dobrze dobrana dieta bogata w nieprzetworzone produkty spożywcze, a jednocześnie, jak wspomniano, uboga w cukry i tłuszcze. Wskazana jest żywność naturalna, bez konserwantów, produkty pełnoziarniste, takie jak pieczywo żytnie lub orkiszowe, płatki owsiane, ciemny niełuskany ryż oraz ziemniaki; niesłodzone jogurty naturalne; chude mięso wołowe lub drobiowe, ryby oraz jaja, warzywa – najlepiej sezonowe, a także kiszzone (ogórki i kapusta poddane fermentacji są naturalnym źródłem pałeczek kwasu mlekowego oraz witaminy C) i liściaste. W utrzymaniu naturalnej równowagi flory bakteryjnej pomagają regularne przyjmowanie probiotyków. Należy podkreślić, że probiotyki zawarte są w: kefirach, jogurtach, serach, naturalnych płatkach śniadaniowych i sokach.

W zapobieganiu zapaleniom żeńskich narządów płciowych istotna też jest właściwa podaż wapnia, gdyż infekcje

częściej występują u kobiet z niską podażą tego składnika mineralnego. Źródłem wapnia są: mleko, produkty mleczne (ser, jogurty), ale także produkty roślinne – fasola, sezam, migdały i brokuły.

Przy osłabieniu układu odpornościowego kobiety prawdopodobieństwo pojawienia się infekcji wzrasta. Dla wzmocnienia procesów immunologicznych dieta powinna być też wzbogacona w produkty zawierające witaminę C, zwłaszcza cytrusy. Wskazane jest spożywanie oliwy z oliwek, pestek dyni i słonecznika (zawierają dużo witamin A, B, C, a także składników mineralnych – wapnia, magnezu, potasu, cynku, żelaza, seleniu i manganu). Także one mają wpływ na układ odpornościowy. Dużą rolę odgrywają także: siemię lniane, czosnek i przyprawy, np. oregano, cynamon, szaflwia czy goździki, które wykazują działanie grzybobójcze. Ważne jest picie mineralnej wody niegazowanej, naturalnych soków warzywnych, a także naturalnych herbat ziołowych.

Cukry proste mają udział w powstawaniu alkoholu (powstaje on z połączenia cukru i drożdży), co wzmacnia rozwój grzybiczy.

Warto w diecie stosować produkty, które wspomagają odporność, np.:

- pomidory – źródło potasu, likopenu, witaminy C i beta-karotenu,
- ciemne pieczywo – bogate w witaminy z grupy B, magnez,
- szczypiorek – zawiera witaminę C, beta-karoten,
- brokuły – bogate w beta-karoten, selen, wapń i kwas foliowy,
- kapusta – źródło dużej ilości witaminy C,
- czosnek – zawiera związki bakterio- i grzybobójcze,
- ryby – bogate w cynk, fosfor, jod, żelazo i nienasycone kwasy tłuszczowe,
- jogurty i fermentowane napoje mleczne – źródło bakterii probiotycznych.

Istotne są też: miód, orzechy i nasiona, cykorja, kasza gryczana czy natka pietruszki.

Nie bez znaczenia jest regularność posiłków. Dzieci powinny jeść 5 wartościowych posiłków dziennie. Organizm wymaga stałego dostarczania energii. Witamina C, istotna w stymulacji procesów związanych z odpornością, szybko ulega rozkładowi w organizmie, dlatego też należy ją ciągle uzupełniać.

Przedstawiony problem jest istotnym zagadnieniem również w praktyce lekarza rodzinnego. U dziewczynek przed menarche 75% wszystkich zgłoszeń do ginekologa stanowią zapalenia sromu i pochwy, czyli *vulvovaginitis*, a niespecyficzne zapalenie sromu i pochwy stanowi 25-75% wszystkich zapaleń pochwy w tej grupie wiekowej. Jednakże istnieje konieczność różnicowania chorób zapalnych sromu od dermatoz. Objawy chorób sromu, z jakimi zgłaszają się pacjentki, wymagają nierzadko konsultacji i leczenia dermatologicznego. Dermatyzmy lokalizują się nie tylko na narządach płciowych – srom jest tylko jednym z miejsc objętych procesem chorobowym, dlatego warto obejrzeć u chorego dziecka całą skórę.

KONFLIKT INTERESÓW
CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

ADRES DO KORESPONDENCJI

Grażyna Jarząbek-Bielecka
Klinika Ginekologii
Katedra Perinatologii i Ginekologii
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
tel.: +48 618-419-278
grajarz@o2.pl

PIŚMIENNICTWO

- Casey RK, Veronica Gomez-Lobo V: Częste choroby sromu u dziewcząt komentarz dr hab. Agnieszki Droszdol-Cop. *Ginekologia po Dyplomie* 2014; 16(5): 50-58.
- Jarząbek-Bielecka G: Liszaj twardzinowy ze współwystępującym częściowym wzrostem warg sromowych mniejszych oraz zapaleniem sromu, pochwy i okolicy odbytu. [W:] Bręborowicz GH, Nowak-Markwitz E, Rechberger T (red.): *Sytuacje kliniczne w ginekologii, onkologii ginekologicznej i uroginekologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 85-90.
- Komorowska A, Walczak LM: Stany zapalne narządów płciowych. [W:] Komorowska A, Walczak LM (red.): *Ginekologia wieku rozwojowego – wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000: 100-101.
- Verhelst R, Verstraelen H, Claeys G et al.: Comparison between Gram stain and culture for the characterization of vaginal microflora: definition of a distinct grade that resembles grade I microflora and revised categorization of grade I microflora. *BMC Microbiol* 2005; 5: 61.
- Reid G, Bruce AW: Selection of Lactobacillus strains for urogenital probiotic applications. *JID* 2001; 183 (suppl. 1): 77-80.
- Kuczyńska K: Modyfikacja stopni czystości pochwy. *Gin Pol* 1975; 46: 361.
- Garden AS: Vulvovaginitis and other common childhood gynaecological conditions. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2011; 96: 73-78.
- Sowińska E, Lazar W, Menkiszak J et al.: Lichen sclerosus in girls-risk group for development of vulvar neoplasms in women. *Ginekol Pol* 1993; 64: 305.
- Jarząbek-Bielecka G, Pawlaczyk M, Pisarska-Krawczyk M et al.: Sexually transmitted diseases in adolescents. *Curr Gynecol Oncol* 2015; 13(1): 20-26.
- Skłodowska A, Pawlaczyk M, Jarząbek G et al.: Clinical aspects of vulvovaginitis in prepubertal girls. *Prz Derm* 2011; 98(1): 48-49.
- Jarząbek-Bielecka G, Pawlaczyk M, Pawlaczyk M et al.: Problem stanów zapalnych żeńskich narządów płciowych – ocena wiedzy dziewcząt na temat profilaktyki i leczenia. *Med Rodz* 2018; 21(1A): 29-36.
- Pawlaczyk M, Jarząbek G, Pawlaczyk M et al.: Choroby zapalne sromu i pochwy u dziewcząt (*vulvovaginitis*) w różnych okresach rozwojowych. *Ginek Prakt* 2006; 14(1): 16-18.
- Jarząbek G, Pawlaczyk M, Pawlaczyk M et al.: Vulvovaginitis in adolescent girls. [In:] Xth European Pediatric and Adolescent Gynecological Congress. Budapest, 10-13 May 2006; <http://www.new-instant.hu/pag/abstracts.html>.
- Pawlaczyk M, Jarząbek G, Pawlaczyk M et al.: Childhood vulvar dermatoses. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18 (suppl. 2): 153.
- Jarząbek G, Pawlaczyk M, Pawlaczyk M et al.: Vulvar diseases in adolescent girls. [In:] 14th World Congress on Pediatric & Adolescent Gynecology “The Young Athlete Woman”. Athens, Greece, May 8-11, 2004. Final Programme & Book of Abstracts [B.m., 2004]: 163.
- Donders GGG, Grinceviciene S, Bellen G, Ruban K: Is multiple-site colonization with *Candida* spp. related to inadequate response to individualized fluconazole maintenance therapy in women with recurrent *Candida vulvovaginitis*? (dostęp z dnia: 09.10.2018).
- Gonzalez-Burgos E, Gomez-Serranillos MP: Natural products for vulvovaginal candidiasis treatment: evidence from clinical trials. *Curr Top Med Chem* 2018. DOI: 10.2174/1568026618666181002111341 [Epub ahead of print].
- Felix TC, de Brito Röder DVD, Dos Santos Pedrosa R: Alternative and complementary therapies for vulvovaginal candidiasis. *Folia Microbiol (Praha)* 2018 Sep 30. DOI: 10.1007/s12223-018-0652-x [Epub ahead of print] Review.
- Dave CV, Schneeweiss S, Paterno E: Comparative risk of genital infections associated with sodium-glucose co-transporter-2 inhibitors. *Diabetes Obes Metab* 2018 Sep 12. DOI: 10.1111/dom.13531 [Epub ahead of print].

nadesłano: 17.10.2018

zaakceptowano do druku: 7.11.2018