

составил 42,4 года (от 37 до 62 лет). В качестве диагностического критерия использовали шкалу NIDDK и гидравлическое растяжение мочевого пузыря под анестезией с проведением биопсии мочевого пузыря. Стандартная лечебная схема включала внутривезикулярные инстилляции димексидом и гепарином, с дальнейшим пероральным применением амитриптилина и ранитидина.

**Результаты:** При гидравлическом растяжении мочевого пузыря петехиальные кровоизлияния, характерные для ИЦ выявлены у 32 (68,1%) из 47 пациенток. Объем мо-

чевого пузыря в среднем составил 680 мл (от 120 до 1300 мл). Язва Ниппер'а не обнаружена ни в одном из наблюдений. Биопсийные данные в основном свидетельствовали о неспецифических воспалительных изменениях слизистой и различной степени неспецифической миопатии. Симптоматическое улучшение после данной процедуры отмечали 42 (89,4%) пациентки при наблюдении в среднем 3-6 месяцев. Стандартная лечебная схема позволяла купировать симптомы заболевания в среднем на протяжении 5-6 месяцев (от 4 до 12 месяцев). В дальней-

шем всем пациенткам проводились повторные терапевтические курсы.

**Выводы:** Данные нашей работы позволяют заключить, что ИЦ имеет достаточно высокий процент среди пациенток с синдромом нижних мочевых путей. Основными критериями диагноза данного заболевания являются цистоскопические находки, данные общего и бактериологического анализа мочи. Биопсийные исследования не обладают абсолютными параметрами в диагностике заболевания. Имеющиеся лечебные подходы приводят лишь к симптоматическому улучшению.

ЯРОСЛАВСКИЙ В.К.,  
РОССИХИН В.В.

ХМАПО,  
Харьков, Украина

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С УРЕТРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ И ЕГО АССОЦИАЦИЯМИ

Особенностью хронической урогенитальной патологии хламидийной этиологии является преимущественно малосимптомное и бессимптомное течение. При этом у женщин нередко возникает дизурический синдром при неизменном клиническом анализе мочи и отсутствии бактериальной флоры в посевах.

Нами проведено обследование 46 женщин с уретральным синдромом (чаще всего фигурировал диагноз - "цисталгия") и сопутствующим вагинитом, цервицитом. С целью выявления этиологического фактора определяли полимеразную цепную реакцию, иммуноферментный и иммуофлюоресцентный методы.

Выявлена значительная распространенность *S. trachomatis* в ассоциации с *T. vaginalis* (31,8%),

вирусом простого герпеса (19,2%), *U. urealyticum* (13,9%), *M. hominis* (8,8%), цитомегаловирусом (2,1%). Моноинфекция обнаружена в 1,4% случаев. Результаты исследований позволяют сделать вывод о том, что при обнаружении *S. trachomatis* необходимы углубленные лабораторные исследования с целью верификации других урологических инфекций.

Клиническая картина при вышеуказанной патологии с обнаружением микст-инфекции характеризовалась широким спектром клинических проявлений и осложнений не только со стороны гениталий, но и экстрагенитальной локализации. При моноинфекции чаще всего отмечалась микросимптоматика местного дискомфорта типа приходящей дизурии.

Всем пациенткам проводилась

терапия фромилдом (после санации сопутствующего трихомоноза) в комбинации с иммуномодулятором - ликолидом. Фромилд назначался по 500 мг в два приема в течение 3 недель. Препарат переносился хорошо. Положительный клинический эффект был достигнут после первого курса лечения в 89,8%. Стойкая этиологическая излеченность после первого курса лечения достигнута в 86,2% случаев. Полученные данные позволяют рекомендовать в терапии инфекционного уретрального синдрома фромилд, как эффективное противохламидийное средство, причем как при моно-, так и микстинфекции. Фармацевтический эффект фромилда целесообразно потенцировать иммуномодулятором ликолидом.

ЯРОСЛАВСКИЙ В.К.

Кафедра акушерства и гинекологии  
СПбГПМА, Санкт-Петербург

## СОЧЕТАННАЯ МОЧЕПОЛОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕВОЧЕК ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

У девочек препубертатного периода до настоящего времени остается высокой частота как генитальной, так и экстрагенитальной инфекции, и в первую очередь, это

касается мочевыводящих путей. Тесная анатомо-физиологическая связь мочевого тракта, частое выделение идентичной микрофлоры из мочи и половых органов косвенно

подтверждают этиопатогенетическую связь пиелонефрита, цистита и вульвовагинита. Под наблюдением находились 314 девочек с воспалительными мочеполовыми за-