

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. Фромилид 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-

болезнями, и 60 – с уретровигинальным рефлюксом. Все больные с воспалительными мочеполовыми заболеваниями были условно разделены на 3 клинические группы: 1 группа – дети с изолированным вульвовагинитом, 2 группа – дети с изолированным поражением мочевыводящих путей, 3 группа – дети с сочетанием половых и мочеполовых воспалительных заболеваний. Были использованы следующие методы исследования: вагиноскопия, бактериоскопический и бактериологический метод, цистоскопия, цистография, радиоизотопная реноцистография, экскреторная урография. Среди биохимических методов использованы определение остаточного азота, мочевины, сиаловых кислот, общего белка и белковых фракций.

В результате исследований получены следующие данные. Вульвовагинит и инфекции мочеполовых путей протекают в большинстве случаев, как сочетанные заболевания. У одной трети больных с клинически изолированным вульвовагинитом обнаруживается бактериурия, в то же время у 48% детей с пиелонефритом диагностируется значительная бактериальная обсемененность половых путей. При сочетанной урогенитальной инфекции отмечается более выраженное нарушение всех функций почек, чем при изолированном пиелонефрите. Длительно протекающая сочетанная мочеполовая инфекция оказывает влияние на физическое и половое развитие детей. У каждой третьей больной (31,9%) отмечается от-

ставание полового и физического развития. Уретро-вагинальный рефлюкс является патологическим состоянием и наблюдается в 13,1% случаев среди всей патологии, обнаруженной при микционной цисторетрографии. Сочетание уретро-вагинального и пузырно-маточного рефлюкса создает при наличии вульвовагинита условия для развития восходящего пиелонефрита. Изолированное лечение вульвовагинита, как и воспалительных заболеваний мочевыводящих путей дает непостоянный, кратковременный эффект, ведет к хронизации заболеваний и рецидивам. Необходима одновременная комплексная терапия инфекции мочевыделительных путей и гениталий.