

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕВОЧЕК -12 ЛЕТ С МИКРОБНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВОЙ И ПОЛОВОЙ СИСТЕМ

ЗАЙЦЕВА Е.С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Резюме. В основу работы положены результаты наблюдений и обследования 232 девочек в возрасте от 4 до 12 лет: 72 пациентки с сочетанной урогенитальной патологией (инфекция мочевой системы и вульвовагинит), 73 девочки с изолированной инфекцией мочевой системы и 57 пациенток с неспецифическими вульвовагинитами на базе 2-ой детской клинической больницы г. Минска в период с 2002 по 2006 год. Контрольная группа -30 здоровых детей 4-12 лет.

Методом прямой иммунофлюоресценции («Хламислайд», Россия) и иммуноферментного анализа («Хлами Бест-IgM, IgG –стрип», Россия) хламидийная инфекция была выявлена у 55 ($37,9 \pm 4,0\%$) пациенток с инфекцией мочевой системы, наибольший удельный вес ХИ приходился на девочек с сочетанной патологией – 43 ребёнка- ($79,6 \pm 3,3\%$), ($p < 0,05$). В группе 57 девочек лет с вульвовагинитами – урогенитальный хламидиоз диагностирован у 16 ($28,1 \pm 5,9\%$).

Из анамнеза детей с ХИ достоверно ($p < 0,05$) установлено:- родители чаще имели урогенитальную патологию;- детей из неполных семей было в 1,5 раза больше, чем в сравниваемой группе;- раньше срока родилось $25,4 \pm 5,8\%$ детей от беременности протекавшей с угрозой прерывания в $43,6 \pm 6,7\%$ случаев;- длительный конъюнктивит в периоде новорождённости отмечен у $55,0 \pm 6,7\%$ детей;- основная сопутствующая патология - лимфаденопатия ($58,2 \pm 6,7\%$).

Клиническая симптоматика инфекции мочевой системы, ассоциированной с ХИ, лишена специфичности и характеризуется «стертой» клиникой.

Использование азитромицина в комплексном лечении урогенитального хламидиоза у девочек позволило добиться элиминации *Chl.trachomatis* в $94,3 \pm 2,8\%$ случаев. Сравнительная характеристика течения ИМС, ассоциированной с ХИ в течение 2-х лет до и после антихламидийной терапии выявила, что

-среднее количество обострений инфекции мочевой системы после выявления и лечения ХИ достоверно уменьшилось в 1,6 раза; - число госпитализаций в нефрологическое отделение за год достоверно снизилось в 1,9 раза; -: средняя частота использования антибиотиков до и после терапии ХИ составила $2,92 \pm 0,63$ и $0,95 \pm 0,21$ случая в год ($P < 0,05$), уроантисептиков – $3,2 \pm 0,92$ и $1,54 \pm 0,46$ ($P < 0,05$);

-полученные данные улучшают прогноз ИМС и имеют социально-экономический эффект.

Ключевые слова: девочки, урогенитальный хламидиоз, азитромицин.

Abstract. The basic of the work is the results of observations and examinations of 232 girls in the age of 4-12: 72 patients with combined urogenital pathology (urinary tract infection and vulvovaginitis), 73 girls with isolated urinary tract infection and 57 patients with unspecific vulvovaginitis. The observations were made on the base of the 2nd Minsk children clinical hospital during the period 2002 – 2006. Control group was 30 healthy children from 4 till 12 years old.

Chlamydia infection was found at 55 patients with urinary tract infection ($37,9 \pm 4,0\%$) by the method of immunochemiluminescence («Chlamyslaid», Russia) and immunoenzyme analyses («Chlamy Best-IgM, IgG-strip», Russia), the most suffered the girls with combined pathology – 43 children ($79,6 \pm 3,3\%$), ($p < 0,05$). There were 57 girls with vulvovaginitis, urogenital chlamydiasis was found at 16 ($28,1 \pm 5,9\%$).

From anamnesis of children with Chlamydia infection was determined ($p < 0,05$): - the parents had urogenital pathology more often; - there were 1,5 times more children from incomplete families than in compared group; - $25,4 \pm 5,8\%$ children were born earlier from the pregnancy with the interruption danger in $43,6 \pm 6,7\%$ cases; - long-time conjunctivitis during infant period determined at $55,0 \pm 6,7\%$ children; - the basic pathology was lymphadenopathy ($58,2 \pm 6,7\%$).

Clinical symptomatica of urinary tract infection, associated with urogenital pathology, has not any specification.

Azythromycin therapy on schedule 1, 2, 3, 7, 14 days has leaded to elimination of Chlamydia in $94,3 \pm 2,8\%$ cases. Compared characteristic of urinary tract infection, associated with urogenital chlamydiasis, determined:

the number of recurrence of urinary tract infection decreased 1,6 times after elimination of Chlamydia; - the number of hospitalization in nephrological clinic decreased 1,9 times for the year. The average use of antibiotics till and after therapy of Chlamydia infection was in $2,92 \pm 0,63$ and $0,95 \pm 0,21$ cases per year, uroantiseptic was $3,2 \pm 0,92$ and $1,54 \pm 0,46$ ($P < 0,05$). It does improve the prognosis of urinary tract infection and has social-economy effects.

Адрес для корреспонденции: 220005, г.Минск, пр. Независимости, д.44, кв34, д.тел.: 2-84-40-07, р. Тел. 2-50-37-61, моб. 8- 029 -6-84-40-07. - Зайцева Е.С.

С проблемой хламидийной инфекции (ХИ) сталкиваются врачи многих специальностей [2, 4, 9]. Помимо полиморфизма клинических проявлений, тяжести течения, осложнений и неблагоприятных исходов, ХИ трудно диагностируется и не всегда эффективно лечится. Инфекция эта широко распространена в мире. Она часто встречается в условиях санитарно-гигиенического и материального неблагополучия. Особое беспокойство вызывает «семейный хламидиоз», поскольку возникает реальная опасность постоянного реинфицирования членов семьи [2, 6]. Длительно протекающая сочетанная мочеполовая инфекция ведет в дальнейшем к более серьезным расстройствам репродуктивной системы и ухудшает прогноз генеративной функции, что является социальной и экономической проблемой.

В нашей республике из-за недостаточно развитой бесплатной диагностической базы роль ХИ в соматической патологии детей остается мало изученной. Поэтому мы уделили внимание диагностике и лечению ХИ у девочек с микробно-воспалительными заболеваниями мочевой и половой систем. В доступной литературе мы не нашли сведений о подобных работах в Беларуси.

Методы

В соответствии с целью нашего исследования в основу работы положены результаты наблюдений и обследования 232 девочек в возрасте от 4 до 12 лет: 72 пациентки с сочетанной урогенитальной патологией (инфекция мочевой системы (ИМС) и вульвовагинит (ВВ)), 73 девочки с изолированной ИМС и 57 пациенток с изолированными неспецифическими вульвовагинитами. Контрольная группа (30 здоровых детей 4-12 лет) была составлена методом случайной выборки с отсутствием признаков воспалительного заболевания на момент обследования, хронических очагов инфекции, аллергических заболеваний. Все наблюдаемые пациентки с ИМС находились на стационарном лечении во 2-ой детской клинической больнице г. Минска (главный врач Сечко Л.П.) в период с 2002 по 2006 год. Гинекологическое обследование девочек выполнялось на базе детского гинекологического центра г. Минска (1-я детская поликлиника г. Минска).

Диагностика ХИ проводилась следующими методами:

1) цитологический метод- обнаружение цитоплазматических включений образуемых хламидиями (телец Провачека) в поражённых клетках при окрашивании мазков – отпечатков по Романовскому-Гимзе;

2) иммунохимический метод - выявление антигенов хламидий с помощью меченых антител в реакции прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) с моноклональными антителами против основного белка наружной мембраны возбудителя («Хламислайд», Россия). Результат считали положительным при наличии более 10 элементарных телец в поле зрения или хотя бы одного внутриклеточного включения;

3) серологическую диагностику – определение противохламидийных антител в сыворотке крови путём иммуноферментного анализа (ИФА) (коммерческие наборы «Хлами Бест-IgM-стрип» и «Хлами Бест-IgG-стрип»

ЗАО “Вектор-Бест”, Россия) – на базе биохимической лаборатории городского детского диагностического центра г. Минска.

Метод полимеразно-цепной реакции нами не использовался из-за высокой стоимости, необходимости специального оборудования и возможности выполнения исследования только в коммерческих медицинских центрах. Материалом для исследования служили мазки-соскобы со слизистой уретры, вульвы, носоглотки а при серологических исследованиях – венозная кровь.

Результаты и обсуждение

Положительные результаты цитологического метода оказались гораздо ниже других и не превышали 1,5% при исследовании соскобных препаратов. Такие результаты наших исследований обуславливаются, видимо недостаточным уровнем подготовленности и опытом работы нашего лаборанта. Метод может применяться только для диагностики свежих, активно протекающих и не леченых случаев ХИ [4].

Результаты сравнительного анализа диагностики ХИ представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты диагностики Chl. Trachomatis различными методами лабораторного исследования у девочек 4-12 лет (абс,%)

Группы девочек, n	Положительные результаты, n /%	Метод и материал для исследования		
		ПИФ, соскоб со слизистой		ИФА, сыворотка крови
		вульвы	уретры	
Сочетанная урогенитальная патология, n=72	43 59,7±4,7%	43 59,7±4,7%	42 58,3±	38 52,7±5,2%
Изолированная ИМС, n=73	12 16,4±4,3%	3 4,1±2,3%	10 13,7±4,0	12 16,4±4,3
Вульвовагинит, n=57	16 28,1±5,9%	16 28,1±5,9%	16 28,1±5,9%	10 17,5±5,0%
Всего n=202	71 35,1±3,2%	62 30,7±3,3	68 33,7±3,3%	50 24,7±3,0

ПИФ сегодня остаётся одним из наиболее распространенных методов диагностики хламидиоза [2, 4, 5, 7]. Мы провели исследование влагалищного соскоба этим методом у каждой пациентки, и диагноз ХИ был установлен у 62 (30,7±3,3%) девочек. Параллельно исследовался соскоб со слизистой уретры и у 82,5% из них получили совпадение положительных результатов, причём у 43% из них отсутствовали клинические проявления уретрита.

Диагностические титры противохламидийных иммуноглобулинов были выявлены всего у 50 (24,7±3,0%) девочек, причём преимущественно за счёт возрастной группы 8-12 лет- 38 результатов. В основном выявлялся диагностический титр антител класса IgG (выше 1:200)- 50 проб. Антитела

класса IgM в диагностическом титре (выше 1:20) определялись в 12 исследованиях: 6 проб сыворотки у девочек с острым течением пиелонефрита, 5- обострение хронического пиелонефрита рецидивирующего течения и 1- у девочки с вульвовагинитом. Параллельное обнаружение антител класса IgG и IgM зарегистрировано лишь у 5 пациенток с обострением хронического пиелонефрита. У пациенток в возрасте 4-7 лет при одновременно положительном результате методом ПИФ титры иммуноглобулинов были ниже диагностического порога. У 35 девочек с высокими титрами противохламидийных Ig G метод использовался в комплексе лабораторного исследования при контроле излеченности [5, 7, 8]. При «локализованных» хламидиозах (уретрит, вульвовагинит) у 14 пациенток титр противохламидийных антител был невелик и составлял для класса IgG 1:200, что являлось нижней границей диагностического титра и не позволяло установить диагноз методом ИФА.

При сравнении диагностических титров уровень антител класса IgG был в 1,5-2 раза выше у девочек, страдающих хроническим пиелонефритом ассоциированным с ХИ, по сравнению с группой с вульвовагинитами и инфекцией мочевыводящих путей.

Таким образом, положительные результаты при использовании метода ПИФ были получены в $33,7 \pm 3,3\%$ случаев (68 девочек из 202 обследованных). Методом ИФА положительные результаты зарегистрированы для $24,7 \pm 3,0\%$ образцов (50 человек из 202). Доля положительных результатов, полученных при использовании обоих методов, составила $35,1 \pm 3,2\%$ (71 пациентка из 202). Положительные результаты совпали у 75% девочек.

Среди 145 пациенток, страдающих ИМС, хламидийная инфекция была выявлена у 55 ($37,9 \pm 4,0\%$), наибольший удельный вес ХИ приходился на девочек с сочетанной патологией (ИМС и ВВ) – 43 ребёнка- ($79,6 \pm 3,3\%$), ($p < 0,05$). В группе 57 девочек с вульвовагинитами – урогенитальный хламидиоз диагностирован у 16 ($28,1 \pm 5,9\%$).

Наибольший процент ($70,9 \pm 6,1\%$) страдающих ИМС, ассоциированной с ХИ наблюдался в возрасте 4-7 лет- 9 пациенток. В то время как при неассоциированной с ХИ, ИМС наибольшее число детей ($64,8 \pm 6,4\%$) было в возрасте 8-12 лет. Хламидийный ВВ также чаще выявлен в возрасте 4-7 лет- 12 девочек ($75,0 \pm 10,8\%$).

Родители в группе с выявленной ХИ достоверно чаще имели урогенитальную патологию: гинекологическая отмечалась у $72,7 \pm 6,0\%$ матерей, урологическая у $64,3 \pm 9,1\%$ отцов, в то время как родители детей групп сравнения чаще имели патологию мочевой системы.

При изучении эпидемиологии инфекционных заболеваний указывается, что частота и распространенность ХИ зависят от материального благополучия, образовательного уровня, жилищно-бытовых условий пациента [1, 2, 3, 6, 9]. Нами установлено, что в группе детей, с установленной ХИ неполных семей было $53,5 \pm 6,7\%$, это практически в 1,5 раза больше, чем в сравниваемой группе - $35,1 \pm 5,0\%$ ($p < 0,05$). Семей с повторными браками – $22,0 \pm 5,6\%$, девочек из

социально-неблагополучных семей $11 \pm 4,2\%$, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия были у $23 \pm 5,7\%$, в сравниваемой группе эти показатели были - $19 \pm 4,1\%$, $6,0 \pm 2,5\%$ и $17,0 \pm 3,9\%$.

В анамнезе обращало на себя внимание следующее: 46 ($83,6 \pm 4,9\%$) детей с выявленной ХИ и 60 ($66,7 \pm 4,9\%$) сравниваемой группы рождались от неблагоприятно протекавшей беременности. Раньше срока родилось 14 ($25,4 \pm 5,8\%$) детей первой группы, во второй - 7 ($7,8 \pm 2,8\%$) детей ($p < 0,05$). В периоде новорожденности длительный конъюнктивит у отмечен 30 ($55,0 \pm 6,7\%$) против 20 ($22,2 \pm 4,4\%$) детей в группе сравнения ($p < 0,05$). Конъюнктивит появлялся на 2-3 недели жизни и отличался длительным течением, неэффективностью наружных антисептических средств.

При анализе сопутствующей патологии у девочек с ИМС, ассоциированной с урогенитальным хламидиозом достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечались лимфаденопатия - 32 ($58,2 \pm 6,7\%$) и хроническая ЛОР патология - 21 ($38,2 \pm 6,6\%$), а в группе без ХИ 18 ($20,0 \pm 4,2\%$) и 21 ($33,3 \pm 4,9\%$) соответственно.

За время наблюдения мы не отмечали острого течения ХИ. Даже во время обострения хронической ИМС и вульвовагинитами не видели ярких клинических симптомов у наших пациенток. Характерным для девочек с ХИ оказалось постепенное начало ИМС ($78,0 \pm 5,6\%$), и в большинстве случаев явный провоцирующий фактор установить не удалось. У детей без ХИ в $60,0 \pm 5,2\%$ случаев начало болезни было острым, после переохлаждения, перенесенной респираторной инфекции. Анализ рецидивирующего течения ИМС, ассоциированной с ХИ, выявил более частое обострение процесса - у $80,0 \pm 5,4\%$ детей обострение ИМС наблюдалась каждые 3 месяца. При этом в $75,0 \pm 5,8\%$ случаев не удавалось выявить причину возникновения обострения и проследить его сезонность.

Клинические проявления ИМС, ассоциированной с ХИ, не имели значимых особенностей. Интоксикационный синдром встречался одинаково часто среди девочек с ИМС, ассоциированной - 28 ($50,9 \pm 6,7\%$) и неассоциированной с ХИ 48 ($53,3 \pm 5,3\%$). Боли в животе различной локализации, рецидивирующего характера наблюдались в $54,5 \pm 6,7\%$ случаев (30 детей) в период обострения ИМС, ассоциированной с ХИ, и у 54 девочек ($60,0 \pm 5,2\%$) без ХИ. Достоверных различий по продолжительности, локализации болевого синдрома между обследуемыми группами девочек мы не обнаружили.

Учащённое мочеиспускание (поллакиурия) было выявлено у 8 ($14,5 \pm 4,7\%$) больных ИМС на фоне ХИ, против 30 ($33,3 \pm 4,9\%$) без ХИ. В фазу стихания обострения ИМС оно сохранялись у 6 ($10,9 \pm 4,2\%$) девочек с ХИ и у 1 ($1,1\%$) без хламидиоза ($p < 0,05$). Возможно, это связано с инфицированием *Chl. Trachomatis*, способствующим формированию устойчивых воспалительных и уродинамических нарушений [2]. Ночной энурез отмечался у 5 ($9,1 \pm 3,9\%$) больных на фоне хламидиоза и у 6 ($6,6 \pm 2,6\%$) девочек сравниваемой группы. Все случаи энуреза были в возрастной группе 4-7 лет.

Мочевой синдром, при ИМС ассоциированной с ХИ, определялся лейкоцитурией, которая была выявлена на момент поступления в клинику в 49 ($89,1 \pm 4,2\%$) исследований (по данным общего анализа мочи) и в 53 ($96,4 \pm 2,5\%$) (по данным пробы Нечипоренко). В сравниваемой группе соответственно 76 ($84,4 \pm 3,8\%$) и 79 ($87,8 \pm 3,4\%$). Достоверно чаще ($p < 0,05$) в группе пациенток на фоне ХИ определялась умеренная и незначительная степени лейкоцитурии, выраженная лейкоцитурия достоверно преобладала в сравниваемой группе ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что на фоне урогенитального хламидиоза, лейкоцитурия, по данным амбулаторных карт больных с хроническим течением ИМС, имела стойкий, «упорный» характер. Возможно, терапия антибиотиками и уросептиками способствовала уменьшению воспалительных изменений мочевой системы у детей без ХИ, чего не наблюдалось в группе с выявленным хламидиозом без соответствующей этиотропной терапии. При анализе степени, частоты протеинурии и гематурии мы не обнаружили достоверных различий у детей по группам.

В результате бактериологического исследования мочи положительные результаты были получены у 20 ($36,4 \pm 6,5\%$) и у 40 ($54,4 \pm 5,3\%$) пациенток изучаемых групп ($p < 0,05$). В анализах с диагностическими тирами у детей обеих групп выделение *E. Coli* было преобладающим (78% и 83% соответственно). Вследствие устойчивых изменений анализов мочи дети с урогенитальным хламидиозом чаще получали терапию уросептиками, что объясняет более низкий процент посева бактерий из мочи в данной группе.

Среди девочек с диагностированным хламидийным ВВ у 4 ($25 \pm 10,8\%$) было бессимптомное течение ХИ урогенитального тракта. Воспалительный процесс при ХИ носил чаще хронический характер у пациенток, причём изначально вялое течение было характерно для 12 ($75 \pm 10,8\%$) девочек с ВВ, а у 6 ($37,5\% \pm 12,1$) больных клинические ремиссии чередовались с периодами обострений. Остро хламидийный ВВ протекал у 4 ($25 \pm 10,8\%$) пациенток. Длительность хламидийного вульвовагинита составила от 4 месяцев до 3 лет. При исследовании сопутствующей микрофлоры влагалища у девочек с ХИ выявлялась в основном грам-положительная и грам-отрицательная кокковая флора.

Сами пациентки с урогенитальным хламидиозом предъявляли жалобы на выделения из половых путей, зуд в области вульвы и болезненное мочеиспускание, причём последних два симптома встречались только при обострениях заболевания. Вульвит характеризовался гиперемией и отёчностью вульвы, но даже при обострении хронического процесса отёчность была выражена незначительно, а гиперемия в области вульвы не имела яркой, «сочной» окраски. С другой стороны, гиперемия была основным симптомом даже при клинической ремиссии, сохраняя застойный характер у больных с ХИ. Характер выделений из половых путей отличался тем, что ни у одной пациентки обильных выделений не было, умеренные встречались в основном при обострении, а скудные – чаще при вялотекущих формах. У 14 ($87,5 \pm 8,3\%$) больных выделения были слизистыми. Симптомы уретрита выявлялись у 7

(43,7±5,9%) больных. Достоверных отличий по жалобам и данным гинекологического осмотра в группах девочек с хламидийным и неспецифическим ВВ не получено.

Одной из задач нашего исследования была оценка эффективности терапии сочетанной (43 девочки) и изолированной (12 девочек) ИМС при проведении антихламидийного лечения. Результаты лечения урогенитального хламидиоза анализировались также среди 16 пациенток с вульвовагинитом, у которых была диагностирована ХИ.

Лечение девочек с ИМС, ассоциированной с хламидийной инфекцией было комплексным и включало: соответствующий заболеваниям мочевой системы режим, диетотерапию, антибактериальные, иммуномодулирующие средства, витамины и физиотерапию, фитотерапию.

Этиотропная терапия ИМС и ВВ, ассоциированных с ХИ обязательно включала средство с антихламидийной активностью – азитромицин. Этот препарат обладает высокой биодоступностью и переносимостью, хорошо проникает в ткани и имеет длительный период полувыведения, благодаря чему способен подавлять развитие хламидий в течение недели после окончания приёма [1, 2]. Режим дозирования: 1 день 10 мг/кг, затем во 2, 3, 7 и 14 дни по 5 мг/кг/сутки, один раз в день за 1 час до или через 2 часа после еды. С нашей точки зрения использование схемы дробного приёма азитромицина позволит не проводить повторные курсы антибиотикотерапии и получить элиминацию возбудителя при уменьшении медикаментозной нагрузки на ребёнка.

У пяти пациенток младшей возрастной группы на фоне лечения азитромицином в 1-2 сутки приёма появился учащённый стул до 3-4 раз в сутки без патологических примесей и признаков кишечной инфекции.

Лечение вульвовагинитов включало разъяснения родителям и медперсоналу необходимости тщательного соблюдения правил гигиены половых органов. На ночь выполнялись аппликации марлевых прокладок с 0,01% раствором мирамистина, активным в отношении грамположительных и грамотрицательных, аэробных и анаэробных бактерий, гонококков, хламидий, вирусов герпеса в течение 10 суток. Как показали исследования, использование мирамистина при лечении вульвовагинита было более эффективным, чем применение стандартных ванночек и орошений другими антисептиками. Нормализация клинической картины ВВ отмечалась уже с 3 дня лечения, а в контрольных мазках, взятых на 5-6 день лечения, отмечено достоверное снижение уровня лейкоцитов, эпителия, слизи.

Динамическое наблюдение пациенток с ИМС и ВВ, ассоциированных урогенитальным хламидиозом, включало общепринятые методы диспансерного наблюдения, определение хламидийной инфекции и оценку эффективности терапии через 1 и 2 года.

Контроль излеченности проводился через 1-1,5 мес. после окончания терапии, т.к. в более ранние сроки существует высокий риск получения ложноположительных результатов, обусловленных не полной элиминацией

погибших хламидий, а в более поздние – не исключено реинфицирование [2, 4, 7].

Через 1-1.5 месяца после проведенной антихламидийной терапии была обследована 71 пациентка, у 67 из них ($94,3 \pm 2,73\%$) были получены отрицательные результаты, у 4 ($5,63 \pm 2,73\%$) - положительные. При анализе возможных причин повторного обнаружения хламидий, оказалось, что 2 девочки с изолированным вульвовагинитом вместо азитромицина получила эритромицин (по материальным причинам), у 2 пациенток с ИМС был нарушен режим приёма этого препарата.

Одним из условий профилактики и успешного лечения УХ у детей считается ликвидация семейного очага инфекции [1, 2, 6, 8]. Для исключения реинфицирования девочек хламидийной инфекцией мы проводили разъяснительно-рекомендательные беседы с родителями о необходимости одновременного обследования и в случае необходимости - лечения хламидиоза у членов семьи. Из всего количества родителей девочек с выявленной ХИ, гинекологическая патология отмечалась 56 ($72,7 \pm 6,0\%$) матерей. Обследование прошли 38 матерей ($53,5 \pm 5,9\%$), 2 отца, 6 сестер. Положительные результаты получены у 21 женщины ($71,1 \pm 7,35\%$), 2 отцов и 3 сестер.

При динамическом наблюдении 67 пациенток через 12- месяцев после проведенной терапии по поводу урогенитального хламидиоза у 4 девочек ($5,97 \pm 2,9\%$) *Chl.trachomatis* были вновь обнаружены, что возможно связано с реинфицированием. Все 4 девочки младшего возраста и родители от рекомендуемого обследования на ХИ отказались.

Оценка комплексного лечения ИМС, ассоциированной с ХИ, выявила положительную динамику ряда клинико-лабораторных симптомов заболеваний (таблица 2).

Таблица 2

Сравнительный анализ характера течения инфекции мочевой системы, ассоциированной с хламидийной инфекцией до и после антихламидийной терапии

Показатель	Группа обследованных детей		Р
	До лечения в течение 2-х лет n=55	После лечения в течение 2-х лет n=53	
Количество обострений за год	$3,68 \pm 0,75$	$1,34 \pm 0,36$	$<0,05$
Госпитализации: число случаев в год:	$2,33 \pm 0,21$	$1,21 \pm 0,19$	$<0,05$
длительность, койко-дни	$16,7 \pm 2,44$	$13,4 \pm 1,36$	—
Лейкоциурия постоянная (абс.ч./%)	32 ($58,2 \pm 6,6\%$)	3 ($5,7 \pm 3,1$)	$<0,01$

Показатель	Группа обследованных детей		Р
	До лечения в течение 2-х лет n=55	После лечения в течение 2-х лет n=53	
Гинекологическая патология (абс.ч./%)	43(78,2±5,6)	5(9,4±4,0)	
Получено лекарственных средств, на 1 пациентку в год: антибиотиков уросептиков	2,92±0,63 3,2±0,92	0,95±0,21 1,54±0,46	<0,05 <0,05

Данные, приведенные в табл. свидетельствуют, что среднее количество обострений инфекции мочевой системы после выявления и лечения ХИ в течение двух лет достоверно уменьшилось в 1,6 раза в сравнении с данными до антихламидийной терапии ($3,68 \pm 0,75$ и $1,34 \pm 0,36$ случая, $P < 0,05$).

Число госпитализаций в нефрологическое отделение за год также достоверно снизилось и в среднем составило $1,21 \pm 0,19$ случая после элиминации ХИ, в противовес $2,33 \pm 0,21$ случаю до лечения ($P < 0,05$). Причём 87% госпитализаций ранее было связана с обострением ИМС, а после целенаправленной терапии у 76% пациенток стационарное лечение носило плановый характер.

Как отмечалось ранее, лейкоцитурия, по данным амбулаторных карт больных с хроническим течением ИМС, на фоне урогенитального хламидиоза постоянно регистрировалась у 32 девочек ($58,2 \pm 6,6\%$). В динамике после лечения отмечалась лишь эпизодическая, незначительной степени лейкоцитурия. Показательным оказалось уменьшение гинекологической патологии- с $78,2 \pm 5,6\%$ до $9,4 \pm 4,0\%$.

Медикаментозная нагрузка в динамике достоверно снижалась: средняя частота использования антибиотиков (пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды) до и после терапии ХИ составила $2,92 \pm 0,63$ и $0,95 \pm 0,21$ соответственно ($P < 0,05$), уроантисептиков– $3,2 \pm 0,92$ и $1,54 \pm 0,46$ ($P < 0,05$).

Таким образом, сравнительный анализ результатов клинического обследования больных до и после элиминации *Chl.trachomatis* позволяет сделать заключение, что ХИ оказывала отрицательное влияние на течение ИМС. Этиотропная терапия в этой группе детей привела к сохранению полной клинико-лабораторной ремиссии, что безусловно улучшает прогноз ИМС и имеет социально-экономический эффект.

Среди девочек с изолированным ВВ, излечившихся от хламидийной инфекции, рецидивы неспецифического вульвовагинита с частотой 1-2 раза в год регистрировались у 3 пациенток на фоне обострения atopического дерматита. Болевой синдром, дизурические явления, зуд, патологические

выделения из половых путей – не отмечались ни одной девочки. Родители всех детей отмечали положительную динамику в состоянии ребёнка.

Заключение

1. Положительные результаты при использовании метода ПИФ были получены в $33,7 \pm 3,3\%$ случаев. Методом ИФА хламидийная инфекция зарегистрирована для $24,7 \pm 3,0\%$ образцов. При использовании обоих методов урогенитальный хламидиоз установлен в $35,1 \pm 3,2\%$ исследований.

2. Из 145 пациенток, страдающих ИМС, хламидийная инфекция была выявлена у 55 ($37,9 \pm 4,0\%$). В группе 57 девочек с вульвовагинитами – урогенитальный хламидиоз диагностирован у 16 ($28,1 \pm 5,9\%$).

3. Из анамнеза детей с ХИ достоверно ($p < 0,05$) установлено: - родители чаще имели урогенитальную патологию; - детей из неполных семей было в 1,5 раза больше, чем в сравниваемой группе; - раньше срока родилось $25,4 \pm 5,8\%$ детей от беременности протекавшей с угрозой прерывания в $43,6 \pm 6,7\%$ случаев; - длительный конъюнктивит в периоде новорождённости отмечен у $55,0 \pm 6,7\%$ детей; - основная сопутствующая патология - лимфаденопатия ($58,2 \pm 6,7\%$).

4. Клиническая симптоматика инфекции мочевой системы, ассоциированной с ХИ, лишена специфичности и характеризуется «стертой» клиникой.

5. Достоверно чаще ($p < 0,05$) в группе пациенток на фоне ХИ определялась умеренная и незначительная степени лейкоцитурии, которая имела стойкий характер.

6. Использование схемы дробного приёма азитромицина в комплексном лечении урогенитального хламидиоза у девочек позволило добиться элиминации *Chl. trachomatis* в $94,3 \pm 2,737\%$ случаев.

7. Сравнительный анализ течения ИМС, ассоциированной с ХИ в течение 2-х лет до и после антихламидийной терапии выявил:

- среднее количество обострений инфекции мочевой системы достоверно уменьшилось в 1,6 раза; - число госпитализаций в нефрологическое отделение за год достоверно снизилось в 1,9 раза; - средняя частота использования антибиотиков до и после терапии ХИ составила $2,92 \pm 0,63$ и $0,95 \pm 0,21$ случая в год ($P < 0,05$), уроантисептиков – $3,2 \pm 0,92$ и $1,54 \pm 0,46$ ($P < 0,05$).

Литература

1. Барабанов, Л. Г. Лечение осложнённых форм хламидиоза / Л. Г. Барабанов, И. Г. Шиманская // Здоровоохранение. – 2005. – № 12. – С. 24-28.

2. Хламидиоз у детей / А. М. Запруднов, [и др.]. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 60 с.

3. Малова, И. Г. Особенности течения и принципы лечения урогенитального хламидиоза у девочек // Вестник дерматологии и венерологии. – 1998. – № 6. – С. 44-47.

4. Методы микробиологической диагностики и лечения урогенитальных

хламидиозов: метод.рекомендации; МЗО РБ. – Минск, 1998 – 34 с.

5. Диагностика урогенитального хламидиоза при маловыраженной клинической симптоматике / Н. Н. Полещук [и др.] // Здоровоохранение. – 2003. – № 2. – С. 43-46.

6. Хворик, Д.Ф., Конкин Д.Е. Клинико-эпидемиологические аспекты инфекции, вызванной *C.Trachomatis* у тетей в различных возрастных аспектах / Д. Ф. Хворик, Д. Е. Конкин // Журнал ГГМУ. – 2005. – № 3. – С. 29-32.

7. Хламидиозы: руководство для врачей общей практики / под ред.В. М. Семёнова.–Витебск, 2000 – 50 с.

8. Poleshchuk N., Kapitlets N. // Vaccine. – 2001. – Vol.19. – P. 34-35.

9. Weber, J. T. New treatment for Chlamydia trachomatis genital infection / J. T. Weber, R. E. Johnson // Clin. Infect. Diseases. – 1995. – Vol. 20. – P. 66-71.
Tetra rez