

■ СОЧЕТАННЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕВОЧЕК С ХРОНИЧЕСКИМ ГРАНУЛЯРНЫМ ЦИСТИТОМ

Руденко Д.Н., Строцкий А.В.,
Рубаник Л.В.*, Полецук Н.Н.*

Белорусский государственный медицинский
университет

*РНПЦ эпидемиологии и микробиологии

Мочевыделительная и половая системы анатомически тесно связаны, что является анатомической основой частого сочетания урологических и гинекологических заболеваний.

За последнее десятилетие частота заболеваний гениталий воспалительного характера у девочек увеличилась в 5,4 раза. Это касается не только заболеваний, передаваемых половым путем, но и неспецифических вульвовагинитов у девушек, не живущих половой жизнью. Публикации последних лет свидетельствуют о значительном росте распространенности гинекологической патологии у детей, в том числе инфекционных заболеваний вульвы и влагалища [Гуркин Ю.А., Михайлова Л.Е., 1998; Богданова Е.А., 1999; Ананина С.В., 2003; Жуманова Е.Н., 2005].

Воспалительные заболевания гениталий являются самой распространённой гинекологической патологией у детей. В структуре гинекологической заболеваемости доля вульвовагинитов колеблется, от 42,3% до 85%. Более 60% вульвовагинитов имеют рецидивирующее течение [Малова И.О., 2005; Чеботарёва Ю.Ю.; Яценко Т.А., 2003; Гуркин Ю.А., 2008; Beigi R.H., 2008]. Сочетанная мочеполовая инфекция в будущем может

приводить к серьёзным расстройствам репродуктивной системы, ухудшает прогноз генеративной функции [Зайцева Е.С., 2007; Deligeoroglou E., Salakos N., Marakis E., 2004; Nickel J.K., 2005]. Возникновение и рецидивирование вульвовагинитов чаще всего протекает на фоне рецидивирующего течения экстрагенитальной патологии, такой как инфекции мочевыводящих путей, обструктивные уропатии, хронический тонзиллит, заболевания гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта. Это указывает на взаимосвязь состояния макроорганизма и его различных микросистем с микробиотой влагалища [Гоман Д.Н., Коновалов С.А., Замалова В.А., 1996; Малова И.О., 1999; Beolchi S., 1993; Chua KB, Ngeow Y F, Ng K B et al, 1998]. С другой стороны наличие инфекционных заболеваний женских половых органов, происходит декомпенсации факторов антиинфекционной резистентности и создаются условия для инвазии микроорганизмов в мочевой пузырь, и поддержания рецидивирующего воспаления в мочевыводящей системе с созданием «порочного круга» [Е.А. Богданова, 2008, Зайцева Е.С., 2008].

Сочетание инфекций мочевыводящих путей и половых органов у девочек встречается от 23 до 56% [Зайцева Е.С., 2008, Гусева 2008]. Сочетанная мочеполовая инфекция в будущем может приводить к серьёзным расстройствам репродуктивной системы, ухудшает прогноз генеративной функции. [Зайцева Е.С., 2007; Deligeoroglou E., Salakos N., Marakis E., 2004; Nickel J.K., 2005].

Проведя анализ литературных данных, следует отметить, что недостаточно изученными остаются вопросы диагностики и лечения сочетанной урогинекологической патологии.

Существующие данные о лечении вульвитов и вульвовагинитов, возникших в детском возрасте, нуждаются в переосмыслении, а вопросы диагностики и тактики лечения в усовершенствовании, так как в доступной литературе совершенно недостаточно уделяется внимания проблеме взаимосвязи уропатий и инфекционных заболеваний вульвы и влагалища.

Клиническая реализация ряда моментов данной проблемы должна занимать одно из ведущих мест в системе профилактических и лечебных мероприятий, направленных на подготовку девочки к будущему материнству [Богданова Е.А., 1999, Гуркин Ю.А., Михайлова Л.Е., 1998, Зубакова О.В., 2001, Коколина В.Ф., 2001, Коровина Н.А., Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б., Заплатников А.Л., 2000, Куликов А.М., Кротин П.Н., 2001, Сметник В.П., Тумилович Л.Г., 1998].

Выявление общих закономерностей в развитии инфекционных осложнений генитальной сферы у девочек с уронефрологическими заболеваниями является актуальным и требует дальнейших исследований.

Вместе с хламидиями, микро- и уреоплазмами часто выявляются *Trichomonas vaginalis* [Копылов В.М. и др., 2001], которые способствуют поддержанию хламидийной инфекции [Козлюк В.С., Козлюк В.А., 2001, Копылов В.М. и др., 2001, Щербакова Н.И., Брагина Е.Е., 1982].

Целью данной работы являлось определение частоты встречаемости *T. vaginalis* у пациенток с хроническим гранулярным циститом и сопутствующим вульвовагинитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В урологическом отделении УЗ «2 городская детская клиническая больница» г. Минска (главный врач Л.П. Сечко) обследовано 120 девочек с хроническим гранулярным циститом ассоциированного с хламидийной инфекцией в возрасте от 1 года до 17 лет. Пациентки предъявляли жалобы на боли и рези при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание, периодическое возникновение императивных позывов на мочеиспускание,

неудержание мочи, а также боли, тяжесть внизу живота. Пациентки с признаками рецидивирующего вульвовагинита (с жалобами на выделения беловатого или зеленовато-желтого цвета, иногда боли и зуд в области наружных половых органов) были осмотрены детским гинекологом. Учитывая, что данные анамнеза и гинекологического осмотра не всегда позволяют уточнить причину вульвовагинита, были использованы дополнительные методы исследования: микроскопия влагалищных мазков с окраской по Романовскому - Гимзе, культуральный (рост на среде «СВТ - Ж»). ИФА для обнаружения трихомонадных антител IgG. Для постановки ИФА использовали диагностическую тест-систему «ТрихомоноБест-IgG - стрип» («Вектор - Бест», РФ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

У 24 из 120 пациенток (20%) с хламидий-индуцированным хроническим гранулярным циститом и клиническими проявлениями вульвовагинита была выявлена трихомонадная инфекция. Из них у 13(54%) пациенток выявлено сочетание трихомонадной и хламидийной инфекции, а у 11(46%) - сочетание неспецифической бактериальной, хламидийной и трихомонадной инфекций. Возраст пациенток составил от 5 до 10 лет. При исследовании соскобов из влагалища отмечается повышенное количество лейкоцитов от 10 - 20 до 100 - 150 в поле зрения. Учитывая, что обследуемый контингент - девочки, не живущие половой жизнью, всем 24 пациенткам было проведено комплексное обследование. Положительными результатами считали подтверждение трихомонадной инфекции не менее, чем двумя методами. У 24 (100%) девочек трихомонадная инфекция диагностирована при росте культуры клеток на среде СВТ - Ж и микроскопически. У 1 пациентки трихомонадная инфекция выявлена методом ПЦР в коммерческом центре, которая была подтверждена культуральным методом и микроскопией соскоба слизистой влагалища. У 6 (25%) девочек из 24 трихомонадная инфекция была подтверждена тремя методами: ростом культуры клеток на среде

СВТ - Ж, микроскопией соскоба, окрашенного по Романовскому – Гимзе, а также ИФА титр 1:10 – 1: 20 (отрицательный результат при титре <1:5). Обнаруженные в соскобах *T. vaginalis* морфологически отличались от классических возбудителей отсутствием жгутиков [Полещук Н.Н. и др., 2004].

Выводы

1. У 24 из 120 девочек (20%) с хроническим гранулярным циститом выявлен рецидивирующий вульвовагинит.
 2. Сочетанная хламидийно-трихомонадная инфекция диагностирована у 20% пациенток с хроническим гранулярным циститом и сопутствующим вульвовагинитом.
-