гемолизирующих форм эритроцитов с показателями суточной экскреции мочевой кислоты. Полученные нами данные не исключают, что при синдроме гематурии экстраренального происхождения гиперэкскреция кальция, мочевой и щавелевой кислот влияет на формирование морфологических форм эритроцитов мочи у пациентов данной клинической группы (Roy S. et al., 1981; Белых И.Н., Рогацевич Г.К., 1984).

Таким образом, проведение морфометрии эритроцитов мочи у больных с ИМС выявило преобладание в уроэритрограммах больных с ИМС (пиелонефрит/цистит) дискоцитов (46,36 ± 1,02/51 ± 0,94%) в сочетании с pH мочи 6,4 ± 0,13/5,8 ± 0,14; ОРЭМ 64,5 ± 5,86/67,5 ± 5,71%, что характерно для экстрагломерулярного типа гематурии.

Роль хламидийной и уреамикоплазменной инфекции при заболеваниях органов мочевыводящей системы у детей

В.Н. Лучанинова, Е.Г. Агапов, Е.В. Рыбина
г. Владивосток

В последние десятилетие отмечается рост хронических заболеваний органов мочевой системы, развивающихся на фоне урологической и у девочек – гинекологической патологии. Отмечается рост частоты хламидийной урогенитальной инфекции в этиологии и патогенезе ИМС у детей.

Урогенитальный хламидиоз и уреамикоплазмоз способствуют развитию вульвита, вульвовагинита, уретрита, баланопостита с рубцовым фимозом, хронического цистита и пиелонефрита. Эти заболевания в большинстве случаев имеют латентное течение, что приводит, с одной стороны, к диагностическим трудностям, а с другой – к сложностям терапии.

Пиелонефриту, ассоциированному с вышеуказанной инфекцией, по данным литературы, свойственны хроническое латентное течение, а также наличие аномалий развития почек, пузырно-мочеточникового рефлюкса, обменных нарушений. У больных преобладают невыраженный интоксикационный, рецидивирующий абдоминальный и мочевой синдромы. Умеренная лейкоцитурия, незначительная протеинурия и микрогематурия отмечаются у большинства больных.

Целью нашей работы было изучение роли и частоты встречаемости хламидий, уреаплазм и микоплазм при различных заболеваниях мочевыводящих путей.

Нами обследовано 75 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 15 лет. Из них 51 девочка и 24 мальчика. Преобладали дети пре- и пубертатного периода (10–15 лет) – 33 (44%). Поводом для обследования послужила стойкая и невыраженная лейкоцитурия, не поддающаяся обычной антибактериальной терапии, жалобы детей на зуд, выделения из половых органов, данные осмотра наружных половых органов, при котором у девочек выявлялась гиперемия, умеренная отечность преддверия влагалища, половых губ, а у мальчиков – гиперемия наружного отверстия уретры, выделения из нее, явления баланита, а также дизурические явления, наблюдавшиеся у детей обоих полов.

Специфическую инфекцию мы диагностировали с помощью реакции прямой иммунофлюоресценции со специфическими иммунными телами для выявления антигенов *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* (наборами «urea»- «chlamy- и myco»-слайд, выпущенными научно-производственной фирмой «ЛАБ диагностика», г. Москва). Забор материала проводился из уретры и влагалища строго по рекомендуемым фирмой правилам. Хламидийная инфекция, кроме этого, подтверждалась серологическим исследованием крови.

Специфическая флора обнаружена у 39 детей (52%), хламидийная зарегистрирована у 10 детей (25,6%), из них: мальчиков 4 (10,2%), девочек 6 (15,4%). Микоплазменная инфекция обнаружена у 8 детей (20,5%), из них: мальчиков 1 (2,6%), девочек 7 (17,9%), уреаплазменная инфекция – у 19 исследуемых (48,7%), из них: мальчиков 6 (15,4%), девочек 13 (33,3%). Сочетанная хламидийная и уреаплазменная инфекция регистрировалась у 2 (5,2%) детей, из них: 1 мальчик (2,6%), 1 девочка (2,6%).

У этой группы больных проанализирована имеющаяся патология мочевыделительной системы, которая распределилась следующим образом: 9 детей (23,1%) имели вторичный хронический пиелонефрит, развившийся на фоне врожденной патологии почек (7,6%), пузырно-мочеточникового рефлюкса (15,4%). У 18 детей (46,15%) зарегистрировано сочетание хронического пиелонефрита, нейрогенной дисфункции мочевого пузыря по гиперрефлекторному типу с хроническим циститом и вульвовагинитом (уретритом). Два ребенка (5,2%) имели основной диагноз: дизметаболическая нефропатия (оксалатная кристаллурия). 8 детей (20,5%) имели хронический цистит на фоне нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. У одного больного с диагнозом: острый гломерулонефрит, уретрит обнаружена хламидийная инфекция, а у 1 больного (2,5%) с таким же диагнозом – микоплазменная.

Таким образом, специфическая инфекция встречается более чем у половины детей с заболеваниями мочевыводящей системы. Чаще болеют дети старшей возрастной группы, среди которых преобладают девочки. Чаще выявляется *Ureaplasma urealyticum* (48,7%). Примерно в половине случаев (46,15%) диагностировано поражение всех отделов мочевыделительной системы (пиелонефрит, цистит, уретрит, вульвовагинит). Нередко встречается изолированный хронический цистит на фоне нейрогенной дисфункции мочевого пузыря (20,5%). Наши исследования подтверждают данные литературы о латентном течении воспалительных заболеваниях мочевыделительной системы, высокую частоту врожденных аномалий почек и обменных нефропатий с гипероксалурией, ассоциированных с урогенитальной инфекцией. Это должно служить показанием для комплексного обследования (урологического, иммунологического, бактериологического) детей с уронефрологической патологией на хламидийную, уреамикоплазменную инфекцию и их лечения.