ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, СОЧЕТАННЫХ С ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

© *Шапошникова Наталья Федоровна*

Волгоградский государственный медицинский университет. 400131, г. Волгоград, площадь Павших борцов, д. 1
E-mail: nataliashaposhnikova1957@gmail.com

Ключевые слова: инфекция мочевых путей; прогрессирование пиелонефрита; герпетические инфекции; диагностика; лечение.

Введение. Инфекция мочевых путей — воспалительный процесс в мочевой системе без специального указания на локализацию. Самым распространенным уточненным вариантом ИМП является пиелонефрит. В течение многих лет в этиологии пиелонефрита и других вариантов ИМП, в большинстве случаев преобладают грамотрицательные микроорганизмы, но вопрос о роли внутриклеточных инфекций в развитии и прогрессировании пиелонефрита продолжает изучаться. На сегодняшней день установлено, что персистенция некоторых внутриклеточных инфекций способствует возникновению и прогрессированию иммунного воспалительного процесса в паренхиме почек.

Цель исследования. Изучить варианты и значение внутриклеточных инфекций в возникновении, а самое главное прогрессировании пиелонефрита у детей, а так же возможные сочетания внутриклеточных инфекций и бактериальной флоры, способствующей рецидивированию и затяжному течению пиелонефрита.

Материалы и методы. Проведено изучение распространенности внутриклеточных инфекций у 45 детей с вторичным обструктивным пиелонефритом в возрасте от 3 до 6 лет, из них 28 девочек и 17 мальчиков. Давность заболевания от 1,5 до 4-х лет, отмечалось рецидивирующее течение с количеством рецидивов от 1 до 3-х в течении календарного года. Основной причиной обструкции, не зависимо от пола, был пузырно-мочеточниковый рефлюкс 2 или 3 степени и он составил 76% от всех причин обструкций, нейрогенные дисфункции мочевого пузыря отмечались у 15% больных и 9% составили другие причины обструкций. У всех пациентов в катамнезе выявлялся положительный высев, преобладала грамотрицательная флора: E. Coli, Klebsiella, Proteus (который чаще высевался у мальчиков). Наличие инфицирования внутриклеточными микроорганизмами устанавливалось на основании выявления специфических антител (IgM и IgG) методом иммунофлуоресцентного анализа и ДНК возбудителя методом ПЦР в крови, моче и зеве. Мазок из зева выполнялся в тех случаях, когда обострение пиелонефрита было связано с перенесенной ОРВИ.

Результаты. В катамнезе было установлено, что у 38 пациентов (84,4%) диагностически значемый высев из мочи сочетался с наличием герпетической и микоплазменной инфекциями и лишь у 7 пациентов (15,6%) была отмечена моноинфекция, представленная бактериальной флорой, чаще высевалась Klebsiella. Чаще всего отмечалось сочетание бактериальной инфекции с герпетической — у 23 пациентов (60,5%), обследование проводилось на наличие ВПГ 1 и 2 типа и ЦМВ, чаще бактериальная флора сочеталась с ЦМВ — у16 пациентов (69,5%) особенно у детей с пиелонефритом на фоне ПМР 2 или 3 степени. У 12 пациентов (31.5%) отмечало сочетание герпетической и микоплазменной инфекций, чаще ВПГ и микоплазмы и лишь у 3 пациентов (7,8%) отмечено сочетание бактериальной флоры и микоплазменной инфекции. Для пиелонефрита, ассоциированного с внутриклеточными инфекциями характерны более выраженные клинические и лабораторные признаки ИМП. Для ассоциации бактериальной и герпетической инфекций характерны выраженные и длительные дизурические явления, фебрильная лихорадка отмечалась более 5 дней, а также более 7 дней, даже на фоне антибактериальной терапии, сохранялась субфебрильная температура. Мочевой синдром у этой группы больных характеризовался длительной умеренной протеинурией и эритроцитурией. Для пациентом с микст-инфекцией: бактерии, герпис, микоплазма более характерным клиническим симптомом был синдром интоксикации — вялость, снижение аппетита и болевой синдром. Мочевой синдром характеризовался длительной и стойкой, на фоне антибактериальной терапии, лейкоцитурией. Назначение пациентам интерферонотерапии, курсом до 10 дней, в сочетании с традиционной анти-

микробной терапией, в стационара, а затем интермиттирующую схему интерферонов, курсом от 2 до 4 недель, в амбулаторных условиях, привело к стойкой ремиссии пиелонефрита на весь срок катамнестического наблюдения (6 месяцев) у 29 пациентов (76,3%). У 9 пациентов (23,7%) за 6 месячный курс наблюдения отмечалось одно, реже два обострения. Эти дети имели в анамнезе микст-инфекции на фоне ПМР 3 степени, который сохранялся по данным R-урологического обследования и через 6 месяцев наблюдения.

Заключение. Таким образом, детей с активным пиелонефритом с частыми рецидивами и затяжным течением, необходимо обследовать на наличие внутриклеточных инфекций, особенно герпетической (ВПГ и ЦМВ) и микоплазменной. В случае выявления герпетической инфекции необходимо проведение R-урологического обследования для исключения Вторичного пиелонефрита на фоне ПМР, а также своевременно проводить специфическую антимикробную и интерферонотерапию. Учитывая возможность рецидивирования пиелонефрита необходимо назначать длительную противорецидивную терапию, не менее 3 месяцев.