**Дисвагинозы при урогенитальной уреамикоплазменной инфекции у женщин репродуктивного возраста.**

Несмотря на большой прогресс в исследованиях, посвященных проблемам инфекционно - воспалительных заболеваний половой сферы, удельный вес этой патологии в структуре акушерско- гинекологической заболеваемости продолжает расти. Воспалительные заболевания влагалища занимают первое место по обращаемости женщин репродуктивного возраста в амбулаторные учереждения, и число их продолжает возрастать.

Среди возбудителей хронических воспалительных процессов мочеполовой сферы, в настоящее время, большое внимание исследователей привлекают Mycoplasma hominis и Ureaplasma urealiticum. Позиции различных медицинских школ в вопросе о патогенности микоплазм для человека противоречивы. Часть специалистов относит микоуреаплазмы к числу абсолютных патогенов, ответственных за развитие определенных патологических состояний - цервицита, вульвовагинита, послеродового эндомиометрита, патологии беременности и плода, цистита, уретрита, пиелонефрита. Установлено, что микоплазмы способны вызывать специфические проблемы во время беременности - привычное невынашивание беременности, неразвивающаяся беременность, многоводие, внутриутробное заражение плода и интранатальное заражение новорожденных при прохождении через инфицированные родовые пути матери. Другие исследователи считают, что микоуреаплазмы являются коменсалами нижнего этажа мочеполовой системы и способны лишь при определенных условиях вызывать патологические процессы, чаще в ассоциациях с другими микроорганизмами.

Данные о распространенности микоуреаплазменной инфекции различны. Показатели инфицированности населения репродуктивного возраста колеблются в опубликованных работах от 4% до 50 %.

Целью настоящего исследования являлось изучение состояния микрофлоры половых путей у женщин с урогенитальным микоуреаплазмозом, оценка проводимого лечения с учетом коррекции дисбиотических расстройств. Под наблюдением находилось 198 женщин - пациенток МНИИЭМ им. Габричевского в возрасте от 17 до 45 лет с верифицированным диагнозом - урогенитальный микоуреаплазмоз.

При первичном обращении были выявлены следующие клинико - анамнестические признаки.

Патологические выделения из половых путей - 182 чел. (92%).

Раздражение, зуд, жжение наружных половых органов - 166 чел. (84%).

Болезненная половая жизнь - 44 чел. (22%).

Нарушения менструальной функции - 37 чел. (19%).

Дизурические явления - 34 чел. (17%).

Тянущие боли внизу живота - 22 чел. (11%).

Невынашивание беременности - 32 чел. (16%).

Бесплодие - 18 чел. (9%).

Цервицит - 190 чел. (96%)

Эрозия шейки матки - 81 чел. (41%).

Хронический сальпингоофорит - 61 чел. (31%).

Нет жалоб - 14 чел. (7%).

Обследование больных включало микроскопическое и микробиологическое исследование флоры половых путей (влагалища, цервикального канала, уретры), обнаружение фрагментов генома микоуреаплазм методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР). Анализ полученных результатов показал, что у 98% пациенток имелась выраженная картина дисбиотических процессов в нижнем этаже урогенитального тракта. У 86% пациенток выявлены различные микробные ассоциации, смостоящие более чем из 3 значимых компонентов.

Процентная частота встречаемости ассоциаций различных микроорганизмов с уреаплазмой и/или микоплазмой во влагалищном отделяемом у женщин до лечения в данном исследовании была такова.

Нормальное количество лактобактерий 21%.

Уменьшение количества лактобацилл 48%.

Отсутствие лактобактерий 31%.

Стафилококки 38%.

Стрептококки 11%.

Другие кокки 62%.

Кишечная палочка 23%.

Клебсиеллы 13%.

Хламидии 21%.

Гарднереллы 69%.

Грибы рода Candida 27%.

Трихомонады 3%.

Гонококки 0.7%.

Среди 86 пациенток, обследованных на наличие вирусной инфекции, у 28% выявлено вирусовыделение вируса простого герпеса, у 19% - вируса папилломы человека, у 9% - цитомегаловируса.

Дисвагиноз - это дисбиоз влагалищного биотопа, характеризующийся резким снижением или отсутствием лактобактерий и высокой концентрацией патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, размножением анаэробной флоры. По современным представлениям, влагалищную микрофлору нельзя рассматривать только как показатель состояния влагалища. Нормальный влагалищный микробиоценоз является сложной динамической системой, состояние которой определяется иммунологическими и гормональными статусами, наличием в организме абсолютных патогенов. В свою очередь вагинальной микрофлоре присуща ферментативная, витаминообразующая, иммуномодулирующая функции. Пероксидобразующие лактобациллы играют основную антагонистическую роль, препятствуя размножению и инвазии патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

По нашим данным, дисбиотические процессы во влагалище создают благоприятный фон для инвазии и размножения микоуреаплазм. В свою очередь, микоуреаплазмы, колонизируя человеческий организм, сами создают дисбиоз мочеполового тракта, формируя порочный круг. Поэтому представдяется необходимым при лечении микоуреаплазмоза помимо этиотропной антибактериальной терапии в обязательном порядке проводить коррекцию микробиологических расстройств кишечника и влагалища, иммуномодулирующую терапию.

В нашем исследовании больным было проведено комплексное лечение. Как правило, начало курса антибактериальной терапии сочеталось с началом менструального цикла и продолжалось от 7 до 14 дней одним антибактериальным препаратом. Более длительное применение антибиотиков или сочетание нескольких антибактериальных препаратов в неосложненных случаях, на наш взгляд, нецелесообразно, так как длительное и массивное применение антибиотиков ведет к уничтожению нормальной микрофлоры кишечного и урогенитального трактов, что приводит к резкому снижению антигенной стимуляции пейеровых бляшек и падению уровней секреторных иммуноглобулинов, то есть к иммунному срыву. Более обоснованным и лучше переносимым является назначение, при необходимости, иных антибиотиков в последующих менструальных циклах при необходимости продолжения лечения.

В нашем исследовании наиболее эффективными при лечении микоуреаплазмозов были современные макролиды. В группе женщин, получивших один курс антибиотиков из этой группы, частота рецидивов заболевания, при контроле через 3 менструальных цикла, составила 21%. Фторхинолоны, более предпочтительные в урологической практике, оказались менее приемлемыми - 37% рецидивов через 3 менструальных цикла. Терапия обязательно включала назначение иммуномодуляторов как системного, так и местного воздействия (интерфероногены, т-активин, свечи КИП и КИП-ферон). Пациенткам, per os, проводилась коррекция и/или профилактика дисбиоза кишечника и влагалища препаратами типа кефира Бифилайф, Бифидок, сухого Бифидумбактерина, Примадофилюса. Местное лечение включало свечи с КИПом, КИП-фероном, Бифидумбактерином. Назначение препаратов типа ацилакта, как системно, так и местно, осложнялось размножением грибов рода Candida, в отличие от препаратов Бифидобактерий, на фоне которых кандидозные процессы развивались только в 4% наблюдений.

В результате 1 курса лечения этиотропное выздоровление наступило в 71% случаев (клиническая картина, исследование отделяемого половых путей через 4 недели и через 3 месяца после лечения). 89% женщин отмечали улучшение клинической симптоматики, у 52% пациенток отсутствовали жалобы спустя 3 месяца. Результатом комплексного лечения была нормализация влагалищного микробиоценоза у 38% больных спустя 1 месяц и у 66% - спустя 3 месяца. Нормализация микрофлоры коррелировала с регрессом клинической симптоматики и с лабораторными подтверждениями излеченности.

Таким образом, при уреамикоплазмозе нарушения влагалищного биоценоза имеют 98% больных, и, следовательно, схемы лечения уреамикоплазмоза должны включать в себя обязательную коррекцию дисвагинозов.

**Список литературы**

А. Ф. Микушевич. Дисвагинозы при урогенитальной уреамикоплазменной инфекции у женщин репродуктивного возраста.

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://med-lib.ru/>