**Микоплазменная инфекция у мужчин и женщин**

В настоящее время повысилась роль микоплазменной инфекции в этиологии ряда заболеваний мочеполовой системы человека. Роль микоплазм как первичного этиологического фактора при поражениях урогенитального тракта однозначно не определена. Это связано со сложностью лабораторной диагностики и отсутствием четких клинических симптомов, типичных для данных поражений.

Нет достоверных критериев участия микоплазм в урогенитальной патологии. Микоплазмы выделяются из мочеполовых органов у здоровых людей, хотя и реже, чем у больных. Кроме того, отсутствуют лабораторные различия между патогенными иммунотипами урогенитальных штаммов микоплазм.

Вместе с тем нет оснований совершенно игнорировать микоплазмы как возбудителей воспалительных заболеваний мочеполовой системы. При изучении экспериментальной генитальной микоплазменной инфекции М. hominis была инокулирована прямо в маточные трубы 5 обезьян, и у всех животных через несколько дней развились ограниченные сальпингиты и параметриты. Урогенитальная инфекция у людей воспроизводится чистыми культурами микоплазм.

Часто микоплазмы обнаруживаются в мочеиспускательном канале мужчин, и прежде всего при негонококковых уретритах, а также во влагалище и шейке матки при воспалительных заболеваниях мочеполовых органов у женщин, часто меняющих половых партнеров. Наряду с этим имеются сообщения о выделении микоплазм при простатитах, эпидидимитах, при осложненной беременности, болезни Рейтера и пиелонефритах. Согласно данным Gnarpe, Friberg генитальные штаммы микоплазм могут быть причиной бесплодия.

**Клинические проявления**

Урогенитальные микоплазменные инфекции бывают острыми, хроническими и бессимптомными. К числу хронических форм заболеваний, ассоциирующихся с инфекцией микоплазмами, относят негонококковые уретриты. Микоплазмы часто выделяются при хронических гинекологических заболеваниях – вагинитах, цервицитах, воспалительных процессах маточных труб, яичников, сальника. Бессимптомные формы или микоплазмоносительство не сопровождаются реактивными воспалительными явлениями в слизистой оболочке мочеполовых органов. Микоплазмоз классифицируют и по локализации (уретрит, баланит, простатит, эпидидимит, цервицит, бартолинит, эндометрит, сальпингит и т. д.).

Урогенитальные микоплазмозы у мужчин

У мужчин микоплазмы могут вызывать поражения мочеиспускательного канала, предстательной железы, семенных пузырьков, придатков яичек, мочевого пузыря. Допускают воспаление верхних мочевых путей и почек в связи с восходящей микоплазменной инфекцией.

Микоплазменный уретрит, подобно уретритам другой этиологии, может с самого начала протекать с острыми, подострыми или вялыми симптомами воспаления. Острые формы встречаются редко. По данным Siboulet, острый микоплазменный уретрит отмечался у 5% больных.

В воспалительный процесс может быть вовлечен либо весь мочеиспускательный канал, либо передняя его часть. По клиническому течению острый микоплазменный уретрит не отличается от острого гонорейного уретрита (гиперемия и отечность губок наружного отверстия уретры, обильное гнойное отделяемое из уретры, мутная моча в первой порции при переднем уретрите и в обеих порциях – при тотальном). Субъективные ощущения у таких больных аналогичны таковым при острой гонорее.

При подострой, торпидной форме воспалительные явления в мочеиспускательном канале выражены значительно слабее: отделяемое в небольшом количестве, слизистое или слизисто-гнойное, появляется только при выдавливании из уретры или при длительной задержке мочеиспускания. Моча в первой порции может быть мутноватой, опалесцирующей или даже прозрачной, со слизистыми или слизисто-гнойными нитями.

При хроническом микоплазменном уретрите симптомы заболевания весьма слабо выражены. Субъективные ощущения, как правило, сводятся к небольшим зуду, щекотанию, жжению в уретре. Воспалительные явления в области губок уретры отсутствуют, но иногда губки слипаются. Скудные выделения в виде слизистой капли видны лишь при выдавливании, порой только по утрам, можно отметить слизистые нити в моче.

Урогенитальные микоплазмозы у женщин

Урогенитальные микоплазмозы у женщин по локализации классифицируют на микоплазмоз наружных женских половых органов (вульвовагинит, уретрит, парауретрит, бартолинит и др.) и микоплазмоз внутренних женских половых органов (аднексит, эндометрит, сальпингит, воспаление и абсцессы яичников и др.).

Микоплазмоз наружных женских половых органов. Наиболее часто инфекция проникает во влагалище, мочеиспускательный канал, преддверие влагалища, поражает малые железы преддверия и бартолинову железу. Микоплазменные поражения наружных половых органов у женщин не сопровождаются субъективными симптомами микоплазмоза, объективные проявления слабо выражены и кратковременны.

По аналогии с другими болезнями (гонорея, трихомониаз), которые передаются половым путем, микоплазмоз наружных женских половых органов делится на свежий торпидный и хронический (вульвовагинит, цервицит, уретрит, парауретрит, бартолинит).

Свежие торпидные урогенитальные микоплазменные поражения у женщин наблюдаются редко. Они проявляются кратковременным, слабым зудом в области наружных половых органов и скудными скоропреходящими выделениями из влагалища или мочеиспускательного канала, которые не вызывают беспокойства. За медицинской помощью больные не обращаются, они выявляются во время обследования как источники заражения или половые партнеры, болеющие урогенитальным микоплазмозом.

Как правило, торпидные микоплазменные вульвовагиниты, уретриты, цервициты переходят в хроническую форму урогенитального микоплазмоза. Согласно наблюдениям, больные жалуются на периодический зуд в области мочеполовых органов, незначительные слизистые выделения, которые могут спонтанно исчезать, а спустя некоторое время вновь появляться и усиливаться.

У значительной части пациенток наружное отверстие мочеиспускательного канала слегка набухшее. При ощупывании уретры пальцем через переднюю стенку влагалища иногда определяется ее утолщение, в некоторых случаях уплотнение. В области шейки матки и ее наружного зева слизистая оболочка набухшая, а иногда и эрозированная.

Нередко урогенитальный микоплазмоз у женщин не имеет субъективных и объективных клинических признаков, и только исследование отделяемого или соскобов со слизистой оболочки мочеполовых органов выявляет микоплазмы. Такие женщины являются микоплазмоносителями и резервуаром микоплазменной инфекции.

При действии неблагоприятных факторов (понижение защитных сил организма, гормональные нарушения и др.) могут возникать различные осложнения вульвовагинита, уретрита – абсцесс бартолиновой железы, восходящие микоплазменные поражения внутренних женских половых органов, мочевого пузыря, почечных лоханок и почек.

Микоплазмоз внутренних женских половых органов. Восходящая микоплазменная инфекция у женщин проявляется в форме эндометрита, сальпингита и аднексита. Микоплазмы, проникающие в полость матки через шеечный канал, могут вызывать эндометрит. Роль микоплазм при эндометритах подтверждается нахождением этих микроорганизмов в полости матки при медицинских абортах (и самопроизвольных выкидышах) и мертворождении. Клинически микоплазменный эндометрит протекает так же, как и эндометриты, вызванные другими инфекционными агентами. Одними из основных симптомов эндометрита являются нарушения менструального цикла, кровотечения. Менструация удлиняется, к ней присоединяются кровотечения. При микоплазменных эндометритах нередко наблюдаются бесплодие и самопроизвольные выкидыши.

Лечение

Специфическая противомикоплазменная терапия быстро и энергично воздействует на все стадии развития микоплазм. Терапия должна быть комплексной и включать не только средства воздействия на возбудителя, но и меры повышения защитных сил организма.

Опыт лечения больных урогенитальным микоплазмозом в клинике Харьковского НИИ дерматологии и венерологии показал, что комплексное лечение, включающее препараты, стимулирующие не специфическую сопротивляемость организма, дает лучший терапевтический эффект тогда, когда лечение только антибиотиками оказалось безуспешным. При урогенитальном микоплазмозе, как и при других воспалительных заболеваниях мочеполовых органов инфекционной природы, терапия должна соответствовать клиническому топическому диагнозу, стадии болезни и особенностям патологии у конкретного пациента. Необходимы тщательное изучение анамнеза и всестороннее обследование общего состояния больного.

Лечение урогенитальных микоплазмозов проводится с учетом фазы воспалительного процесса; терапия должна быть комплексной и патогенетически обоснованной; этиотропное лечение обеспечивают антибиотики, активные в отношении микоплазм; при составлении плана комплексной терапии следует учитывать, что микоплазмоз – многоочаговое заболевание; необходимо добиваться не только освобождения организма от микоплазм, но и ликвидации последствий их воздействия – клинического излечения; в затянувшихся случаях наряду с этиотропным лечением следует применять меры для повышения неспецифической сопротивляемости организма; активное лечение урогенитального микоплазмоза должно сопровождаться диспансерным обслуживанием (обследование и лечение лиц, находившихся в половом контакте с больным).

Профилактика урогенитального микоплазмоза должна исходить из современных взглядов на этиологию и эпидемиологию этого заболевания. Методы профилактики те же, что и для других болезней, передающихся половым путем.

Наряду с этим следует иметь в виду, что при тесных контактах с больными в семье частота, например, микоплазменных вульвовагинитов у девочек составила 3–30%. На каждый случай явного вульвовагинита приходится несколько случаев более легких урогенитальных заболеваний. Микоплазменная инфекция передается при тесном непосредственном контакте (общая постель, пользование общими предметами туалета, ночными горшками, полотенцами и др.). Иногда источником инфицирования микоплазмами в детских садах или яслях становится обслуживающий персонал. Определенная роль в заболевании детей урогенитальным микоплазмозом принадлежит играм с половыми органами и онанизму.

Активное выявление и привлечение больных к лечению остается одним из методов успешной борьбы с урогенитальными микоплазмозами, поскольку у большинства мужчин и женщин заболевание протекает хронически или в латентной форме без клинических проявлений и субъективных ощущений. Естественно, что такие лица считают себя здоровыми, самостоятельно не обращаются к врачу и остаются потенциальными источниками микроплазменной инфекции.

**Список литературы**

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