**Микоплазмы**

Микоплазмы различные по форме бактериальные клетки (мелкие шары, короткие нити), лишенные клеточной стенки, имеющие небольшие размеры (125-250 нм). Микоплазмы адсорбируются на поверхности клеток хозяина и внедряются в нее. Вирусы урогенитальных и респираторных заболеваний могут располагаться на мембранах микоплазм, обитающих в мочеполовой или дыхательной системах. Классификация Микоплазмы относятся к семейству Mycoplasmataceal. Это семейство разделяется на 2 рода:

Род Mycoplasma включает около 100 видов. Основные 4 вида:

Mycoplasma hominis

Mycoplasma genitalium

Mycoplasma species

Mycoplasma pneumonia

Род Ureaplasma (2 вида)

ureaplasma urealiticum

ureaplasma parvum

Ныне известно 6 видов микоплазм, вызывающих болезни человека: Mycoplasmapneumoniae, Mycoplasmagenitalium, Mycoplasmahominis, Mycoplasmaspecies, Ureaplasmaurealticum, Mycoplasmaincognita(выделена у больных СПИДом). В настоящее время количество заболеваний, вызванных микоплазмами, существенно увеличилось. Микоплазма гениталиум (Mycoplasmagenitalium) обладает наиболее выраженным патогенным потенциалом. С помощью специальной структуры (органеллы) клетки микоплазмы прикрепляются к эритроцитам и другим клеткам. У гомосексуалистов Mycoplasmagenitalium обнаруживается чаще (30%), чем у гетеросексуальных мужчин (11%). Микоплазма хоминис (Mycoplasmahominis) является менее патогенной, но встречается значительно чаще при инфекционных процессах мочеполовой системы. Mycoplasmahominis значительно чаще обнаруживается при воспалительных процессах у женщин, чем у мужчин. Микоплазма пневмония (Mycoplasmapneumoniae) возбудитель первичной атипичной пневмонии человека служит причиной внутриутробной инфекции. Пути передачи Микоплазмы, вызывающие заболевания урогенитальной системы, передаются преимущественно половым путем. Возможен непрямой путь заражения женщин, особенно девочек. Инфекция может быть занесена различными предметами домашнего обихода (постельное белье, ночной горшок, медицинским инструментарием в акушерско-гинекологических и урологических кабинетах в случае несоблюдения правил его обеззараживания. Микоплазмы могут попасть в верхние отделы генитального тракта (инфицирование цервикального канала, эндометрия, фаллопиевых труб) со сперматозоидами носителями микоплазм. Установлено внутриутробное инфицирование плода и заражение новорожденных при прохождении через инфицированные микоплазмами родовые пути матери. Микоплазмоз встречается повсеместно. Значительно распространена смешанная микоплазменная инфекция при трихомонадных, гонококковых и хламидийных поражениях мочеполового аппарата, острых и хронических воспалениях женских наружных половых органов. Существуют бессимптомные формы заболевания в виде микоплазмозоносительства. Группы риска составляют:

женщины детородного возраста

лица с повышенной сексуальностью

лица с воспалительными заболеваниями гениталий

беременные

Микоплазмы могут прикрепляться к сперматозоидам, к эритроцитам, фибробластам, макрофагам, эпителию трахеи. Клинические проявления Микоплазмозы классифицируются по локализации (микоплазменный уретрит, простатит, цервицит, эндометрит, сальпингит и т.д.) Мочеполовые микоплазменные инфекции могут быть острыми, хроническими и бессимптомными. Обычно малосимптомные вульвовагиниты, уретриты, цервициты переходят в хроническую форму мочеполового микоплазмоза (например, воспалительные процессы в маточных трубах, яичниках, негонококковые уретриты). Больные жалуются на: зуд в области мочеполовых органов, незначительные слизистые выделения, которые могут и исчезать, а спустя некоторое время вновь появляться и усиливаться. Острый урогенитальный микоплазмоз наблюдается редко. При правильном лечении пациент полностью выздоравливает. У мужчин: микоплазмозы вызывают поражение мочеиспускательного канала, предстательной железы, семенных пузырьков, придатков яичек, мочевого пузыря, почек и мочевыводящих путей. При мужском бесплодии целесообразно исследовать сперму микробиологическим методом (бактериальный посев) на микоплазму и уреаплазму. У женщин: женщины наиболее часто являются бессимптомными носителями микоплазм. Под воздействием стрессовых факторов скрытая инфекция может перейти в хроническую или острую инфекцию. К таким факторам относятся:

присоединившаяся инфекция (например, бактериальная, в том числе хламидийная, вирусная, грибковая)

изменение гормонального фона в связи с созреванием яйцеклетки, беременностью и др.

Различают микоплазмоз наружных женских половых органов (вульвовагинит, уретрит и др.) и микоплазмоз внутренних женских половых органов (аднексит, эндометрит, сальпингит, воспаление и абсцессы яичников и др.) Например, микоплазменный эндометрит протекает так же, как и эндометриты, вызванные другими инфекциями. Основными симптомами его являются нарушения менструального цикла, кровотечения. Осложнениями микоплазменного эндометрита могут быть бесплодие и самопроизвольные выкидыши. Микоплазма хоминис (Mycoplasmahominis) выделена у больных пиелонефритом и циститом. Вызванная Mycoplasmahominis скрытая инфекция представляет большую потенциальную опасность, т.к. при некоторых условиях она может активизироваться и явиться причиной тяжелых септических процессов (перитонит, послеродовой и послеабортный сепсис и др.) Наличие Mycoplasmahominis у гинекологических больных и беременных женщин представляет особую опасность из-за возможного инфицирования плода. В этом случае возрастает перинатальная смертность детей. Микоплазмоз у детей По данным зарубежных авторов внутриутробный микопламоз развивается у 8-25% детей. Нередко клиническая картина носит крайне тяжелый характер и прогноз не всегда благоприятный. Поражаются органы дыхания (бронхопневмония), глаза, печень, почки, ЦНС, отмечается снижение массы тела новорожденного. При этом микоплазмы могут распространяться как из наружных половых органов (восходящий характер инфекции), так и передаваться через кровь матери. Отмечено, что у детей, матери которых были инфицированы микоплазмами и прошли курс лечения, масса тела при рождении была больше, чем у детей не леченных матерей. Микоплазмы при носительстве у новорожденных исчезают в течение непродолжительного времени. Однако, около 5 % детей в возрасте до одного года остаются инфицированными. Течение микоплазменного урогенитального заболевания у детей различно, с частыми ремиссиями и обострениями. Микоплазменная инфекция у них может протекать бессимптомно, наблюдаются случаи микоплазмоносительства, затем микоплазма может проявиться после полового созревания, даже если не было половых контактов. Взять материал для исследования из влагалища или цервикального канала у детей до периода полового созревания очень трудно. Профилактика микоплазмоза Большое профилактическое значение имеет целенаправленное обследование беременных женщин на разных стадиях беременности. В случаях выявления у них микоплазменной инфекции для предупреждения внутриутробной микоплазменной инфекции следует санировать беременную и ее супруга.

**Список литературы**

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