**Негонококковые уретриты, ассоциированные с условно – патогенной флорой.**

**Асхаева Т.Л., врач Иркутского**

**консультативно-диагностического отделения**

В настоящее время, несмотря на широкое применение антимикробных препаратов, инфекционные заболевания и осложнения, обусловленные микробными агентами, по-прежнему занимают доминирующее положение в патологии человека. В свою очередь, среди бактериальных заболеваний большой удельный вес составляют патологические состояния, связанные с нарушением нормальной микрофлоры организма – хозяина и, в частности, с развитием бактериальных уретритов у мужчин.

Участие в возникновении бактериальных уретритов принимают патогенные и условно-патогенные бактерии, многие из которых входят в состав нормальной микрофлоры или являются облигатными паразитами человека.. Среди таких возбудителей грамотрицательные, грамположительные микроорганизмы, аэробные и анаэробные бактерии ( такие как стафилококки, стрептококки, коринебактерии, протей, кишечная палочка, гарднереллы и др.) Считается, что с одной стороны, данные микроорганизмы являются представителями нормальной микрофлоры репродуктивной системы и, препятствуя заселению патогенов, обеспечивают колонизационную резистентность экологической ниши. С другой стороны, при определенных условиях приобретая агрессивные потенции, они могут явиться этиологическими факторами воспалительного процесса в уретре, вызывая бактериальные уретриты.

Нормальная микрофлора полостей организма человека, включая мочеиспускательный канал, представляет собой сложную многокомпонентную , строго сбалансированную систему, каждый из сочленов которой составляет важное звено в обеспечении состояния эубиоза и служит естественным защитным механизмом. При нарушении микроэкологии нарушается микробный баланс, то есть количественный и качественный состав микроорганизмов, при котором потенциально патогенные бактерии могут cтать преобладающими в количественном отношении и вызывать заболевание.

В урогенитальный тракт условно патогенные бактерии могут попадать гематогенным путем (что бывает крайне редко), лимфогенным (при уретрите, проктите, колите, трещине заднего прохода) или восходящим уретрогенным путем(при уретрите) и нисходящим уретральным путем( при пиелонефрите, цистите), а также при различных травмах. Но по мнению многих авторов, основным путем инфицирования мочеполового тракта является восходящий уретральный (Авров И.И., 2002; Якубович А.И., 2005; Голубчиков В.А.,2005; Лопаткин Н.А., Аполихин О.И., Козлов Р.С., 2007).

Бактериальный уретрит развивается при попадании неспецифической патогенной флоры в мочеиспускательный канал, чаще всего после случайных половых связей, а также после трансуретральных эндоскопических манипуляций, длительной катетеризации мочевого пузыря. Следует иметь ввиду, что поверхность промежности и кожа половых органов, постоянно загрязнены колиформными бактериями из кишечника. В области ануса, мошонки, промежности многие виды бактерий при определенных условиях ( раздражение, диабет и др.) начинают резко внедряться в эпидермис или распространяться по мочеиспускательному каналу.

Прямой контакт полового члена мужчины с заднепроходным отверстием женщины создает опасность заражения обеих партнеров. Орогенитальные половые связи также могут обуславливать заражение, так как в глотке часто обнаруживаются стафилококки, стрептококки, протей, кишечная палочка и др. По мнению Н.В Сорокиной(2005) сама слюна содержащая ферменты, которые участвуют в переваривании пищи, попадая на поверхность полового члена и в уретру, оказывает первичное повреждение эпителия. Слюна снимает защитный потенциал клеток уроэпителия и ослабляет местную защитную способность эпителия мочеиспускательного канала отталкивать от себя возбудителей.

Возможно занесение инфекции в половые органы руками самих больных при нарушении правил гигиены.

Известно, что при частой смене половых партнеров, в том числе и у лиц, не имеющих половых инфекций, происходит обмен полимикробными ассоциациями, содержащими условно- патогенную микрофлору, что приводит в конечном итоге к повышению её агрессивности. Условиями, предрасполагающими к развитию бактериальных уретритов, по мнению О.Л. Тактинского(1990) являются:

-изменения в соотношении в симбиозе микробов, которое может быть вызвано как общим, так и местным применением антибиотиков.

-изменение слизистой оболочки, возникающие с возрастом, эндокринными нарушениями.

-попадание на слизистую оболочку уретры микробов при половых контактах.

-застойный фактор, приводящий к венозному стазу в подслизистом слое уретры и обусловленный половыми излишествами, приемом алкоголя, недостаточной физической активностью, предрасполагает к развитию инфекционного неспецифического уретрита.

Заражение поверхности мочеполовых путей не всегда приводит к развитию инфекционного процесса. Это зависит от вирулентности микроорганизма и эффективности защитных механизмов макроорганизма. Противомикробная резистентность слизистой мочеиспускательного канала (уровень местного иммунитета) зависит от ее механической целостности (предотвращающей проникновение микроорганизмов с поверхности), выработки достаточного количества слизи клетками секреторного эпителия( которая обеспечивает механическое смывание микроорганизмов с поверхности уретры) и определенным биохимическим составом уретральной слизи, оказывающей непосредственное противомикробное действие.

Большое практическое значение имеет вопрос о том при каких обстоятельствах условно-патогенная флора приобретает патогенные свойства. Это находится в прямой зависимости от перенесенных ранее воспалительных процессов в мочеполовых органах, которые тоже приводят к снижению местного иммунитета, а также сочетание условно-патогенной микрофлоры с половыми инфекциями. Смешанные инфекции могут приводить и к хронизации процесса, клинически протекают тяжелее, что значительно затрудняет лечение.

По мнению ряда авторов, независимо от инфекционного агента , уретриты характеризуются одинаковыми клиническими проявлениями и различаются лишь по интенсивности воспалительной реакции( Кейт Л.Г., 1988; Юнда И.Ф., 1989; Ильин И.И., 1991; Рюмин Д.В., 2005) Бактериальный уретрит , как правило, протекает вяло, малозаметно. Воспалительных явлений со стороны наружного отверстия уретры почти не бывает. Губки уретры обычно сухие, иногда склеиваются. Выделения скудные, появляются только при надавливании, иногда лишь по утрам, они редко бывают гнойными, обычно наблюдаются слизисто-гнойные или стекловидные слизистые выделения. Моча большей частью прозрачна с единичными нитями или слизистыми хлопьями.

Диагноз негонококкового уретрита выставляется на основании жалоб пациента, клинического и лабораторного обследования.

Преимущественно вялое течение, довольно позднее обращение к врачу, несоблюдение необходимого режима приводит к частым осложнениям со стороны мочеполовых и других органов. Из урогенитальных осложнений при бактериальных уретритах наблюдаются простатиты, эпидидимиты, орхоэпидидимиты, циститы, проктиты, стриктуры уретры и реактивные артриты. Хронические воспалительные процессы в мочеиспускательном канале являются основной причиной простатитов, сексуальных нарушений, фертильности.

При комплексном лечении бактериальных уретритов применяют антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам, местную терапию (введение в уретру препаратов, содержащих антибиотики), растительные экстракты, иммуномодулирующие препараты, физиотерапию, витамины, Препараты улучшающие микроциркуляцию.

Будьте здоровы! Спасибо за внимание.

