

TRAHUNR

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Impact Factor: 5.878

**JOURNAL OF
REPRODUCTIVE
HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY
RESEARCH**



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3, ISSUE 1

2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

N^o 3
2020

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Obstetrics
and Gynecology Department No. 2 of the
Samarkand State Medical Institute

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental Institute

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana

профессор, руководитель Вильнюсского центра
перинатологии, профессор и руководитель клиники
акушерства и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic of
Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Аюпова Фариди Мирзаевна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии №1
Ташкентской медицинской академии.

Зокирова Нодира Исламовна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского
Государственного медицинского института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич

доктор медицинских наук, профессор заведующий
кафедрой Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №2, Бухарского
медицинского института.

Окулов Алексей Борисович

доктор медицинских наук, профессор кафедры
медицинской репродуктологии и хирургии
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна

ассистент кафедры Акушерства и гинекологии
факультета последипломного образования
Самаркандского Государственного медицинского
института (**ответственный секретарь**)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin

MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural

Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович

доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна

доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Локшин Вячеслав Нотанович

доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна

доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна

доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals on www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Абдуллаева Л.М., Негматшаева А.Р.
ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ –КАК ПРИЧИНА СИНДРОМА ПОТЕРИ ПЛОДА (ОБЗОР).....5

2. Камалов Н.А., Негмаджанов Б.Б., Шодмонова З.Р.
МИКРОФЛОРА ВЛАГАЛИЩА И НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН СО
СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ (ОБЗОР).....8

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

3. Агабабян Л.Р., Махмудова С.Э.
РЕСПИРАТОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У БОЛЬНЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.....11

4. Аллазов С.А.
МЕТОДОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ ИЗЫСКАНИЙ В УРОЛОГИИ14

5. Мамажонova Н.М.
ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
СТАДИИ И ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.....18

6. Насирова З.А.
СОНОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДИНАМИКЕ ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ
ВВЕДЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ23

7. Негмаджанов Б.Б., Махмудова С.Э.
МАТЕРИНСКИЕ И НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.....26


8. Сафаров А.Т., Уринов М.Я.
АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА
ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ.....30

9. Султонова Н.С.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ВСКАРМЛИВАНИЯ
В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ.....34

10. Хамраев Х.Х.
ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ
ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ.....37



УДК 616.62–022

Камалов Нодир АловaddinovichМагистр курса урологии
Самаркандского государственного
медицинского института, Самарканд, Узбекистан**Негмаджанов Баходур Болтаевич**доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2
Самаркандского государственного
медицинского института, Самарканд, Узбекистан**Шодмонова Зебунисо Рахимовна**к.м.н. доц, зав курсом урологии
Самаркандского государственного
медицинского института, Самарканд, Узбекистан**МИКРОФЛОРА ВЛАГАЛИЩА И НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****For citation:** Kamalov Nodir Alovaddinovich, Negmadjanov Baxodur Boltaevich, Shodmonova Zebiniso Raximovna, microflora of the vagina and lower urinary tract of women with the stress urinary incontinence (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol.3, issue 1, pp. 18-22 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-3-5>**Kamalov Nodir Alovaddinovich**Master's degree in urology
Samarkand state medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan**Negmadjanov Bahodur Boltaevich**doctor of medical Sciences, Professor,
head of the Department of Obstetrics and gynecology No. 2
Samarkand state medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan**Shodmonova Zebiniso Rahimovna**Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
head of course of urology
Samarkand State Medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan**MICROFLORA OF THE VAGINA AND LOWER URINARY TRACT OF WOMEN WITH THE STRESS URINARY
INCONTINENCE (LITERATURE REVIEW)****Kamalov Nodir Alovaddinovich**Samarqand Davlat Tibbiyot instituti
Urologiya kursi magistri
Samarqand, O'zbekiston**Negmadjanov Bahodur Boltaevich**tibbiyot fanlari doktori, professor,
2-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrasi mudiri
Samarqand Davlat Tibbiyot instituti,
Samarqand, O'zbekiston

Shodmonova Zebuniso Rakhimovna
Samarqand Davlat Tibbiyot instituti
urologiya kursi mudiri, dotsent
Samarqand, O'zbekiston

КИН VA PASTKI SIYDIK YO'LLARINING MIKROFLORASI AYOLARDA STRESSLI SIYDIK TUTA OLMASLIKGA (ADABIYOTLAR SHARHI)

Стрессовое недержание мочи у женщин - одна из наиболее часто встречаемое актуальных и трудных проблем в современной урогинекологии [1, 3, 4]. Особое место занимает стрессовое недержание мочи (СНМ) на фоне гинекологических пролапсов [ГП], частота которого составляет от 38,0% до 67,5% и не имеет тенденции к снижению [2,26].

СНМ у женщин - неконтролируемая потеря мочи при физическом усилии (кашель, смех, натуживание, физическое усилие и т.п.), когда давление в мочевом пузыре превышает давление закрытия сфинктера уретры. Из-за постоянного ношения прокладок, неприятного запаха нарушается качество жизни женщины со стрессовым недержанием мочи (СНМ). Эта патология, не угрожая жизни больных, делает их частично или полностью нетрудоспособными, вызывает тяжелые физические и моральные страдания, является, помимо медицинской, важнейшей социальной проблемой, затрагивает психоэмоциональную сферу пациентов, из-за невозможности полноценного пребывания их в обществе [1,3,4].

Принимая во внимание уровень заболеваемости, тенденцию к омоложению данной патологии, часто встречающейся в репродуктивном возрасте и годами прогрессирующиеся, стрессовое недержание мочи в сочетании с ГП, несомненно, является одной из самых актуальных проблем в урогинекологии.

Основным фактором риска развития стрессового недержания мочи

является слабость мышц тазового дна и пролапс (выпадение) тазовых органов (стенки влагалища, матки, мочевого пузыря и прямой кишки), возникающие после травматичных родов или тяжелого физического труда.

Известно, что стрессовое недержание мочи у женщин часто возникает вследствие тяжелых родов, после разных гинекологических операций (удаление опухолей располагающихся в связках, после экстирпации матки), при которых происходит повреждение мышц тазового дна и изменение анатомо-функциональных строений органов малого таза, а так же при длительном тяжелом физическом труде, травмах промежности, возрастном ослаблении мышц, дефектах соединительной ткани. [13,14,15].

Вместе с тем, до настоящего времени вопросы изменения микробиота уретры и влагалища женщин со стрессовым недержанием мочи на фоне ГП освещены недостаточно и требуют дальнейшего изучения [16, 17].

Анатомическое строение и функциональная активность влагалища способствуют поддержанию нормального биоценоза, что, в свою очередь, создает систему защиты половой системы от внедрения возбудителей специфической и неспецифической инфекции и последующего их распространения по половым путям. Вагинальный биоценоз в норме на 95–98% состоит из постоянно облигатных микроорганизмов и на 2–5% факультативных. Таким образом, нормальная микрофлора влагалища обеспечивает так называемую колонизационную резистентность половых путей [5,7].

Состояния микробиота нижних мочевых путей (мочевого пузыря и уретры) и влагалища у женщин до сих пор до конца еще не изучены. Установлено, что в последние годы наметилась тенденция к омоложению пациенток с нарушением микробиота нижних мочевых путей и влагалища [19,24].

Для нормоценоза характерно лактобактерий (ЛБ), отсутствие гр. микрофлоры, спор и мицелия дрожжеподобных грибов, наличие единичных лейкоцитов и «чистых» эпителиальных клеток. Подобная картина характерна для

нормального биотопа нижних мочевых путей (мочевой пузырь и уретра) и влагалища. [5,6,10].

Основным представителем нормобиоты урогенитального тракта у здоровых женщин репродуктивного возраста являются представители рода Лактобактерии (ЛБ). ЛБ оцениваются как в абсолютных, так и относительных показателях. *Lactobacillus* составляют основу нормальной микрофлоры влагалища у женщин репродуктивного возраста. В норме ЛБ являются главной составляющей ОБМ, поэтому абсолютный показатель уровня *Lactobacillus* (ЛБ) практически не отличается от абсолютного показателя ОБМ и соответствует 10^6 – 10^8 для вагинальных соскобов. Для уретры и цервикального канала на порядок меньше – 10^5 – 10^7 [6,7,10].

Как известно, влагалище представляет собой динамическую экосистему. При рождении оно стерильно, затем в течение нескольких дней заселяется преимущественно грамположительной флорой, состоящей из анаэробных бактерий, стафилококков, стрептококков и дифтероидов. Со слов Назарова Е.К. до начала менструации pH влагалища нейтрален — 7,0. В период полового созревания начинает меняться *Lactobacillus*, а pH снижается до 4,4. Кроме (ЛБ) в состав влагалищного биотопа входят более 40 видов других бактерий. У здоровых небеременных женщин ранговая последовательность бактериальных видов следующая: лактобактерии, бифидобактерии, пептококки, пептострептококки, бактероиды, эпидермальные стафилококки, дифтероиды и др.

Реже в составе нормальной микрофлоры обнаруживаются гарднереллы, мобилунгус и микоплазмы. Влагалищная флора может изменяться в различные фазы менструального цикла.

Всякий воспалительный процесс с присутствием микробиоценоза во влагалище должен сопровождать уретрит, вернее уретроцистит - воспалительный процесс в нижних мочевых путях. Последняя концепция - отдельно взятое присутствие микробов в уретре у женщин в отличие от мужчин, не представляется возможным (короткая уретра, отмывание её просвета мочой из мочевого пузыря и др.).

Как известно, возбудителями инфекционных уретритов являются гонококки и другие микроорганизмы- влагалищные трихомонады, стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, диплострентобациллы, фильтрующиеся вирусы.

Дальнейшее изучение этих заболеваний, задержалось почти на три столетия в связи с ошибочным отождествлением гонорей с сифилисом.

В 1937 г L. Dienes и E.Edsall выделили из абсцесса бартолиновой железы культуру микоплазмы. Это послужило началом изучения роли микоплазм в патологии мочевого тракта человека.

Более ста лет назад, в 1836 г. французский врач A.Donne открыл в гнойных белях женщин вагинальную трихомонаду. Почти через полвека Kunster обнаружили в моче у мужчин.

Особое значение представляет собой исследование Hoeschne(1916), выявившее вопреки существующему в то время мнению патогенную роль влагалищных трихомонад. Влагалищная трихомонада- паразит, патогенный только для человека, в естественных условиях обитающий лишь в мочеполовых органах человека. Патогенность урогенитальных трихомонад не абсолютна, при проникновении в уретру они не во всех случаях вызывают заболевание- организм способен противостоять этой инфекции. Существование трихомонадоносительства, когда в моче совершенно здоровых

людей мужчин обнаруживается трихомонады, подтверждает это положение.

И.И. Ильин (1962) отмечает, что они, по-видимому, в ряде случаев ведут себя, как тканевые паразиты, о чем свидетельствуют рубцовые стриктуры, образующиеся вследствие трихомонадных уретритов.

В настоящее время для установления диагноза используют традиционные методы клинической и лабораторной диагностики. Клиническое обследование направлено на выявление жалоб, объективных клинических симптомов воспаления, получение результатов бимануального исследования. Другими словами клинический диагноз подразумевает установление формы течения заболевания, топики процесса, наличия или отсутствия осложнений. Обследование женщин целесообразно проводить в период овуляции (при наличии выраженности симптомов воспаления в день обращения).

На первичном приеме большинство женщин предъявляют разнообразные жалобы, (учащение мочеиспускания, недержание мочи, боли при мочеиспускании, зуд и чаще всего на выделения из влагалища). Однако, почти треть женщин расценивают имеющиеся у них выделения, как вариант своей физиологической нормы [5,6,7].

Микрофлора влагалища изменяется в течение всей жизни (препубертатный период, репродуктивные годы и постменопауза), менструального цикла, а также ежедневно и ежечасно. При бактериологическом исследовании материала из цервикального канала у обследованных женщин был выявлен полимикробный пейзаж. Чаще всего ассоциации микроорганизмов были представлены различным

сочетанием факультативных анаэробов и аэробов. У женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий эпидермальные стафилококки, бифидобактерии, Пептострептококи *E. coli* высевались в 2,5-3 раза чаще по сравнению с нормоценозом. По данным Гаджимурадова Д. Г. [3]. на фоне условно-патогенной флоры только у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий выявлены: трихомонады в (12,3%), хламидии - (17,3%), *Klebsiella spp* (8,6%) случаев.

По данным Ордынец И.М. этиологически значимыми возбудителями хронических воспалительных заболеваний гениталий следует считать *Chlamydia trachomatis* (19,8%), стафилококки (0,98%), кишечная палочка (19,8%), *Trichomonas vaginalis* (7,4%). [2, 26].

При хронических воспалительных заболеваниях гениталий с наибольшим постоянством идентифицируются уреаплазменная [5,7] (0,6%), хламидийная (43,2%), микоплазменная (35,8%), а также сочетания уреаплазменной, хламидийной, микоплазменной и грибковой флоры (39,5%).

У (79%) обследованных женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий выявлены различной степени выраженности нарушения микробиоценоза влагалища, сопровождающиеся повышением pH, отсутствием или снижением кислотопродуцирующих представителей — лактобактерий [13,14].

Патогенез развития бактериального вагиноза обусловлен двумя взаимосвязанными и взаимообусловленными процессами: ощелачиванием влагалищного содержимого и снижением концентрации *Lactobacillus*. При этом в экосистеме влагалища утрачивается контроль за размножением условно патогенных микроорганизмов, количество которых возрастает в десятки раз, вплоть до 10^9 КОЕ/мл. Ввиду повышения pH более комфортные условия создаются для размножения анаэробных микроорганизмов. Происходит естественное замещение лактобактерий другой микрофлорой, чаще всего *G. vaginalis*, а также *Mobiluncus spp.*, *Pr. melaninogenica*, *P. magnus*, *P. productus* и *M. hominis* [9, 10].

В последние годы появились сообщения о высокой частоте выделения в составе полимикробного биотопа облигатно-анаэробной gr+ бактерии энтеробактерии, стрептококки, стафилококки являются компонентами нормальной флоры

урогенитального тракта у женщин. Могут быть этиологической причиной аэробного вагинита.

По данным В.Е. Радзинский и соавт. *A. vaginalis* близок к представителям рода *Corynebacterium* и часто выделяется в ассоциации с *G. vaginalis*. Последняя в больших количествах выделяет пировиноградную кислоту и аминокислоты, которые декарбоксилируют анаэробы, что приводит к росту концентрации летучих аминов во влагалищном секрете и является причиной появления неприятного запаха влагалищных белей, а также прогрессивного повышения pH влагалищного секрета.

Принадлежащий к семейству *Corinobacteriaceae* микроорганизм *Atopobium vaginae*, который включается в патогенез БВ, по мнению некоторых авторов, является более специфическим маркером заболевания, чем *G. vaginalis*.

По данным Бенькович А.С. В 60,0% случаев из отделяемого уретры была выделена факультативноанаэробная микрофлора (стафилококки, стрептококки, *E. coli* и др.), в 40% - возбудители инфекции передающейся половым путем. Наиболее частыми возбудителями уретрита среди возбудителей инфекции передающейся половым путем оказались *S. trachomatis* и *M. genitalium*, доля которых составила 34,0% и 24,0% , соответственно. Спектр микроорганизмов, выявляемый у женщин с цервицитом и мужчин с уретритом, был примерно одинаковым, *S. trachomatis* у мужчин и женщин выявлялись с частотой 13,6% и 12,1% соответственно; *M. genitalium* - 9,6% и 7,5%, 9 соответственно. Распространенность *M. genitalium* среди пациентов с воспалительными заболеваниями мочеполового тракта составляет 9,6% у мужчин и 7,5% у женщин.

В связи с тем, что микоплазмы часто обнаруживаются у здоровых лиц, большинство авторов рассматривают эти микроорганизмы как условно патогенную микрофлору, способную при определенных условиях к реализации патогенных свойств. Вместе с тем, *M. genitalium* обнаруживается у 23-25% больных негонококковым уретритом и лишь у 6% здоровых мужчин, что свидетельствует в пользу патогенной роли *M. genitalium*.

Возбудитель мочеполового трихомоноза способен паразитировать в различных отделах мочеполовых органов не только женщин (вагиналище, цервикальный канал, уретра, бартолиновой железы, сеновой железы, мочевой пузырь и др.), но и мужчин (уретра, предстательная железа, купровой железы и др.). В случае распространения инфекционного процесса у женщин на мочевые пути, здоровое носительство трихомонад становится редким явлением (до 5%) (Palazzetti, 1959). В первые дни после рождения во влагалищном секрете новорожденных, можно обнаружить различные микроорганизмы, чаще стрептококки, стафилококки, кишечную палочку и др., которые заносятся им от матери во время родов. Спустя 4-5 дней происходит освобождение влагалища от кокковой флоры и заселение его лактобациллами Деберлейна.

Считается, что подобный состав микрофлоры представляет собой естественный защитный барьер, предохраняющий половые органы от заражения другими бактериями.

Гинекологические аспекты интерстициального цистита. Пациентки отмечают также симптомы гинекологических заболеваний, которые могут быть параллельными или маскировать такими урологическими симптомами как поллакиурия, никтурия и императивные позывы. Болевой симптом может наблюдаться в виде надлобковой боли, хронической тазовой боли или диспареунии.

«Интраитальная» диспареуния ассоциируется с вульводонией и вестибулитом. Наличие связи между вульводонией и интерстициальный цистит (ИЦ) впервые предположил McCormack (1990), поскольку вульва и мочевой пузырь имеют общее онтогенетическое происхождение из уrogenитального синуса. Вместе с тем G.Sant(1998) наблюдал вульводонию и вестибулит лишь у 3,5% пациенток с ИЦ.

По механизму действия основные виды консервативного лечения ИЦ могут быть разделены на три категории:

- 1) Лекарства, которые прямо или косвенно изменяют нервную функцию- такие препараты как наркотические и ненаркотические анальгетики, антидепрессанты, антигистаминные, противовоспалительные, антихолинергические средства, спазмолитики.
- 2) Цитодеструктивные методики, разрушающие зонтичные клетки мочевого пузыря и после их регенерации приводящие к ремиссии. К этим видам лечения относятся гидробуживание мочевого пузыря, инстилляцией диметилсульфоксида, хлорпактина, нитрата серебра и вакцины БЦЖ.
- 3) Цитопротективные методики, защищающие и восстанавливающие слой муцина в мочевом пузыре. К этим препаратам относятся полисахариды- такие как: гепарин, пентозанполисульфат и гиалуриновая кислота.

Лекарственные средства, применяемые в лечении больных интерстициальным циститом

У женщин основная масса простейших паразитирует в области сводов влагалища (94%), несколько реже (52,4%)- одновременно в области сводов и входа во влагалище и в единичных случаях (6%)-только в области его входа (Ember).

При I степени чистоты в вагинальном секрете наблюдают чистую культуру неподвижной грамположительной палочки Дедерлейна, единичные эпителиальные клетки, а иногда и лейкоциты. При II степени чистоты наряду с влагалищными палочками обнаруживается сапрофитная микрофлора, преимущественно нежная, слегка изогнутая грамотрицательная *comma variabile*. Лейкоцитов и клеток плоского эпителия несколько больше, чем в первом случае. При III степени чистоты выявляются многочисленные гнойные клетки и лишь единичные влагалищные палочки, которые замещает пестрая гнойевидная флора, как аэробная, так и анаэробная. И наконец, при IV степени чистоты влагалища секрет становится почти чисто гнойным. Лактобациллы целиком вытеснены гнойеродной флорой.

Многочисленные наблюдения свидетельствуют о том, что у некоторых больных, страдающих трихомонозом нижнего отдела половых органов, могут оказаться пораженными также мочевые пути –уретра, парауретральные ходы и мочевой пузырь. Так, в литературе сообщается, что уретре женщин трихомонадная инвазия обнаружена у 10-50% больных. Проявляется данная форма трихомоноза либо в виде выраженного данная форма трихомоноза либо в виде выраженного патологического процесса, либо в виде асимптомной инфекции. Большинство больных жалуются на дизурические явления. Часто их безуспешно лечат от гонорейного уретрита. Иногда при поражении мочевых путей наблюдается весьма тяжелые клинические формы течения инфекционного процесса. Возникшая в уретре воспалительная реакция распространяется в этих случаях на мочевой пузырь и другие области мочевых путей.

При уретроскопии у больных обнаруживается та или иная степень воспаления слизистой оболочки мочеиспускательного канала, реже – мочевого пузыря и еще реже – почечных лоханок (Н.А Левенсон, 1939).

Клинически трихомоноз мочевых органов способен проявляться в виде уретрита, парауретрита, цистита и других форм.

Как изолированное воспалительное заболевание мочеполового тракта трихомонадный уретрит диагностируется относительно редко. Такую форму инфекции, например, Palazzetti (1959) обнаружил лишь 6% пораженных трихомонадами женщин. Чаще всего его выявляют одновременно с трихомонадным кольпитом. Следует также учитывать, что клиника трихомонадного уретрита не всегда характерна и по своему течению нередко напоминает гонорейный уретрит, что может служить источником диагностических ошибок, а следовательно, и неправильного лечения больных.

В случае возникновения трихомонадного воспаления в области парауретральных ходов и протоков Скене в начальной стадии процесса можно наблюдать у больных незначительную гиперемию выводных отверстий. Впоследствии инфекция способна принять более острое течение. Больные в этих случаях обычно жалуются на неприятные ощущения и чувство жжения при мочеиспускании. При остром течении воспалительной реакции определяются болезненность и раздражение в области наружного отверстия уретры. Резкая болезненность влагалища и гнойные выделения наблюдаются также при пальпации. У большинства больных парауретриты и скениты, однако протекают по типу малосимптомно процесса, что следует учитывать при лечении мочеполового трихомоноза у женщин.

В более поздний период имевшие место гиперемия и отечность в области парауретральных ходов и лакун постепенно уменьшаются, а выделения становятся жидкими и скудными. В остальных случаях может произойти закупорка выводного протока парауретрального хода.

Установлено, что при однократном употреблении внутрь 0.25 г флагила сыворотка крови в разведении 1: 10 обладает трихомонадоцидными свойствами в течение 3 часов, а моча в разведении 1: 100 – 1: 400 – в течение 4 часов. О протистоцидном действии крови и мочи больных, принимающих флагил, сообщают также другие исследователи.

Лечением стрессового недержания мочи занимаются урологи и

гинекологи. В большинстве случаев стрессового недержания мочи, особенно при безуспешности консервативных мероприятий, эффективным способом

является хирургическое лечение (Лоран О.Б.,2001). Предложено достаточно

большое количество операций, включая эндоскопические (введение объемных агентов в подслизистый слой уретры для лучшего смыкания ее стенок), лапароскопические (например, лапароскопическая кольпосуспензия по Burch) малоинвазивные методы подвешивания шейки мочевого пузыря и slingовые операции с использованием свободной синтетической петли TVT (Tension free Vaginal Tape) и ее модификаций, имплантация искусственного мочевого сфинктера (Краснопольский В.И.,2010). Хирургическое лечение стрессового недержания мочи в подавляющем большинстве случаев, возвращает больных женщин к нормальной повседневной жизни, физической и сексуальной активности [3, 4, 6].

Выводы:

1.Стремительное развитие лабораторных технологий в последние годы привело в практическое здравоохранение метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) с детекцией результатов по окончании реакции (по конечной точке), который, не являясь количественным, используется преимущественно для обнаружения облигатных патогенов. Количественнокачественные взаимоотношения микроорганизмов (более 100 видов) которые могут участвовать в патологическом процессе, делает невозможным достоверное установление этиологического значения последних и дифференцирования состояния нормобиоты и дисбаланса и , соответственно, решение вопроса о необходимости лекарственного воздействия.

2.Некорректно поставленный клинический и/или этиологический диагноз, неизбежно приводит или к полипрагмазии или к неадекватной терапии (недостаточные суточные и /или курсовые дозы лекарственных препаратов), что , в свою очередь, вызывает или различного рода ятрогении или увеличивает риск рецидивов, хронизации, формирования осложнений с нарушением репродуктивной функции.

Список использованной литературы

1. Болдырева М.Н., Липова Е.В., Трофимов Д.Ю., Витвицкая Ю.Г., Гуськова И.А. Особенности биоты урогенитального тракта здоровых женщин репродуктивного возраста при исследовании методом ПЦР в режиме реального времени. Вестник дерматологии и венерологии.- 2010- №1- 80-84.
2. Ворошилина Е.С. Совершенствование методических подходов к оценке микробиоценоза влагалища у женщин репродуктивного возраста. Автореф. Дисс. Док. Мед. Наук Челябинск 2012; 33с.
3. Гаджиева З. К. Нарушения мочеиспускания. Под ред. Ю. Г. Аляева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 176 с.
4. Ермакова Е.И., Балан В.Е. Урогенитальные нарушения у женщин в климактерии: оптимизация методов лечения. Акуш. и гинекол. 2013; 3: 85– / Ermakova E.I., Balan V.E. Urogenital'nye narusheniia u zhenshchin v klimakterii: optimizatsiia metodov lecheniia. Akush. i ginekol. 2013; 3: 85–9.
5. Ермакова Е.И., Кубицкая Ю.В., Балан В.Е., Аполихина И.А. Биологическая обратная связь в лечении недержания мочи у женщин. Акуш. и гинекол. 2013; 12: 102–5. / Ermakova E.I., Kubitskaia Iu.V., Balan V.E., Apolikhina I.A. Biologicheskaiia obratnaia sviaz' v lechenii nederzhaniia mochi u zhenshchin. Akush. i ginekol. 2013; 12: 102–5. [in Russian].
6. Клинические рекомендации Российского общества урологов. Под ред. Ю. Г. Аляева. М., 2015.
7. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1986; с. 486–95. / Kan D.V. Rukovodstvo po akusherskoi i ginekologicheskoi urologii.
8. Касян Г.Р., Гвозяев М.Ю., Коноплянников А.Г., Пушкаров Д.Ю. Недержание мочи у женщин. М.,2013;45с.
9. Лопаткин Н. А. Урология. Клинические рекомендации. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 416 с.
10. Плотко Е. Э., Донников А. Е., Ворошилина Е. С., Хаютин Л. В., Тумбинская Л. В. Биоценоз влагалища с точки зрения количественной ПЦР: что есть норма? // Акушерство и гинекология. 2011. №1. С. 66–70.
11. Разборская М.В., Неймарк А.И., Мазырко А.В., Шляковникова Н.В. Некоторые особенности предоперационных подготовок у женщин со стрессовым недержанием мочи. Акушерство, гинекология, репродукция. 2013; 1(7); 26-30.
12. Серегин А.В., Довлатов З.А. Симультаные операции у женщин, страдающих стрессовым недержанием мочи. // Проблемы женского здоровья. №3(том 5).-2010.-С.73-78.
13. Серегин А.В., Синякова Л.А., Довлатов З.А. Недержание мочи: возможности консервативной терапии. // Проблемы женского здоровья. №1 (том 5).- 2010.-С. 74-76.
14. Трапезникова М. Ф., Дутов В. В., Бычкова Н. В., Головченко К. В. Эпидемиология и лечение гиперактивного мочевого пузыря. Альманах клинической медицины 2005;8–1:307–10.
15. Шульгин А.С. Хирургическая тактика при пролапсе тазовых органов и стрессовом недержании мочи у женщин. Урология. 2014;4:25-29.
16. Sliker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Symptomatic pelvic organ prolapsed and possible risk factors in a general population. Am J Obstet Gynecol. 2009 Feb;200(2):184.e1-7.
17. Raz S. Vaginal surgery for stress incontinence. J Am Geriatr Soc 1990. 38: 345.