



ГОНОРЕЯ У МУЖЧИН

ГОНОРЕЯ (gonorrhoea) – распространенное инфекционное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем, возбудителем которого является гонококк.

По данным ВОЗ, заболеваемость гонореей составляет около 200 млн случаев в год. В настоящее время течение гонорейной инфекцией приобрело ряд особенностей: снижается чувствительность гонококка к традиционным антибактериальным средствам, бесконтрольный прием антибиотиков приводит к возникновению устойчивых микроорганизмов, участились случаи выявления смешанных инфекций, возрастает частота выделения продуцирующих пенициллиназу штаммов гонококка, что ведет к возрастанию тяжести течения заболевания. Социальная значимость гонореи обусловлена высоким уровнем заболеваемости, быстрым развитием осложнений, приводящим к увеличению частоты мужского и женского бесплодия.

Гонорея относится к заболеваниям, лечение которых подкреплено законодательными актами, включающими ответственность за заражение полового партнера и принудительное лечение.



ОКК
ЫЙ

относится к

Neisseria.

1,6 мкм и

сечении имеет форму кофейных зерен, обращенных вогнутой поверхностью друг к другу. Гонококки поражают преимущественно слизистую оболочку урогенитального тракта, выстланного цилиндрическим эпителием (уретра, цервикальный канал), реже – слизистые оболочки выстланные многослойным плоским эпителием.

Гонорея является антропонозной инфекцией: вне человеческого организма возбудитель быстро погибает. Заражение происходит

ЭТИОЛОГИЯ И

Возбудитель гонореи –
диплококк

А. Нейссером в 1879 г. Он
семейству *Neisseriaceae*, роду

Парный кокк длиной от 1,25 до

0,7 – 0,8 мкм в поперечном

Инкубационный период в среднем составляет 3-10 дней. Далее возникают клинические признаки инфекции, основное из которых – гнойные выделения. Гонококки по протяжению слизистой оболочки лимфо- или гематогенно могут обусловить распространение инфекции с поражением органов малого таза, брюшной полости, вплоть до развития гонококкового сепсиса с септициемией и септикопиемией. Фагоцитарная реакция при гонорее зависит от реактивности организма и интенсивности выработки гонококками эндотоксина. Течение инфекционного процесса определяется соотношением завершеного и незавершеного фагоцитоза. В фагоцитарной реакции принимают участие полинуклеары, макрофаги, лимфоциты, эпителиальные клетки. Для острой гонореи характерен незавершенный фагоцитоз. Специфические антитела, появляющиеся в процессе формирования иммунной реакции, не являются защитными, поэтому возможно развитие реинфекции и суперинфекции.



Классификация

По длительности заболевания:

- свежая (до 2 мес.)
- хроническая (свыше 2 мес.)

Свежая гонорея в зависимости от клинических проявлений

делится на:

- острую;
- подострую;
- торпидную.

Также выделяют латентную гонорею (гонококконосительство), при которой наличие возбудителя на слизистой оболочке не вызывает никакой воспалительной реакции.

По наличию осложнений:

- осложненная;
- неосложненная.

По локализации:

- генитальная;
- экстрагенитальная.

В соответствии с Международной классификацией болезней МКБ-10 учитывают различные формы гонококковой инфекции с учетом локализации процесса.

■ Клиника

- Гонорея у мужчин выражается преимущественно уретритом — воспалением мочеиспускательного канала. Если в процесс вовлечена только передняя часть уретры, болезнь проявляется только гнойными выделениями и болезненными или просто неприятными ощущениями в мочеиспускательном канале в начале акта мочеиспускания. В случае же распространения воспаления на всю уретру к выделениям присоединяется болезненность в уретре в конце мочеиспускания, учащенные мочеиспускания, ложные позывы на мочеиспускание, может появиться кровь в моче. Иногда болезнь протекает без каких-либо проявлений (это зависит от индивидуальных особенностей больного) или проявления ее настолько незначительны, что больной не придает им значения и не принимает никаких мер.
- Изменениями общего состояния болезнь, как правило, не сопровождается. При этом при отсутствии лечения проявления болезни со временем стихают, болезненные ощущения пропадают, выделения становятся все менее и менее обильными. Многие больные радуются такой положительной динамике, расценивая ее как признак выздоровления. Но в этом-то и заключается коварство болезни, исчезает не болезнь, а только ее признаки, а сама болезнь продолжает развиваться.





Осложнения

Осложнения гнойного уретрита у мужчин связаны с поражением периуретральных и придаточных желез. При распространении инфекции восходящим путем развиваются следующие осложнения.

Литтреит – воспаление находящихся в уретре альвеолярных трубчатых желез.

Морганит – воспаление лакун лакун Морганьи. Так же как и литтреит, является наиболее частым осложнением при гонорее.

Тизонит – воспаление тизониевых желез, расположенных латерально от уздечки полового члена с обеих сторон. При пальпации определяются воспалительные узелки. Может сформироваться абсцесс железы.

Парауретрит – воспаление парауретральных каналов, которое в острый период маскируется проявлениями уретрита. Изоляция возбудителя в парауретральных каналах может послужить причиной рецидива болезни.

Периуретрит развивается вследствие внедрения гонококков в периуретральную клетчатку и кавернозное тело уретры при слиянии нескольких микроабсцессов желез Литтре. Может приводить к абсцедированию, искривлению полового члена, нарушению мочеиспускания, формированию стриктур уретры.

Колликулит возникает при распространении воспалительного процесса на область семенного бугорка и проявляется болевым синдромом различной степени выраженности с иррадиацией в поясничную область, бедра, низ живота, половой член.

Куперит – воспаление бульбоуретральных желез. Характеризуется пульсирующими болями в промежности, учащенным или затрудненным мочеиспусканием, сопровождается ознобом, повышением температуры тела свыше 38°C.

Простатит – наиболее распространенное осложнение при гонорее. Инфицирование простаты происходит при поражении гонококками задней уретры. Может протекать в острой и хронической форме.

Везикулит - это воспаление семенных пузырьков, которое часто сопровождает простатит.

Эпидидимит – воспаление придатка яичка, которое носит односторонний процесс.

Фимоз и баланопостит чаще возникают при наличии удлиненной и узкой крайней плоти.

Поражение кожи проявляется в виде слегка болезненных эрозий или язв, покрытых корочкой, с венчиком гиперемии по периферии.



Диагностика

Включает сбор анамнеза и жалоб, осмотр, решающее значение имеют лабораторные исследования.

Этиологический диагноз устанавливается на основании бактериоскопического и бактериологического методов исследования. Материалом для исследования может быть отделяемое уретры, конъюнктивы, секрет половых желез, смывы из прямой кишки. Диагностика свежих форм основана на результатах бактериоскопии (окрашивание мазков метиленовым синим и по Граму), при хронических формах заболевания дополнительно проводят культуральное исследование. Посев проводится не ранее чем через 7-10 дней после окончания антибактериальной терапии.

Современным методом диагностики является ПЦР.

Серологические методы в диагностике гонорее существенного значения не имеют.

Топическая диагностика проводится в целях определения локализации процесса. У мужчин применяется двухстаканная проба Томпсона, уретероскопия, исследование состояния предстательной железы и семенных пузырьков с микроскопией секрета, а также УЗИ.

Лечение

Успех лечения гонореи зависит от правильности установленного этиологического и топического диагноза и своевременно начатой терапии. Объем и продолжительность лечения зависит от длительности заболевания и наличия осложнений. Антибиотик, применяемый для лечения, должен обеспечивать клиническую эффективность в однократной дозе ко всем штаммам возбудителя. Определяются показания к проведению патогенетического лечения, данные методы включают иммунотерапию, местное лечение и физиотерапию.

Для лечения гонококковой инфекции применяются препараты: цефтриаксон, ципрофлоксацин, офлоксацин, спектомицин, бензилпенициллина натриевая и калиевая соли.

Критериями излеченности гонореи служат контрольные анализы, которые проводятся через 7-10 дней после окончания лечения. Используется трехкратное бактериоскопическое и однократное бактериологическое исследования мазков со слизистой оболочки уретры, также исследуется секрет предстательной железы.



Профилактика

Основные принципы профилактики гонореи – это своевременное выявление и лечение половых контактов, источников заражения, обследования членов семей, проведения контроля излеченности и т.д.

Разъяснительная работа должна проводиться среди больных гонореей в целях предотвращения половых контактов во время заразного периода. Профилактика должна быть направлена на снижение вероятности реинфекции. Важную роль играют разъяснительные беседы и лекции медицинского персонала, наличие в медицинских учреждениях доступной литературы по профилактике гонореи и других ИППП.

Важную роль в профилактике гонореи играет умение врача собрать анамнез сексуальной жизни пациента, грамотно провести сан.-просвет. работу, а также дать рекомендации по профилактике ИППП согласно идентифицированным факторам риска.

Список литературы:

1. Дерматовенерология: Учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений / Е. В. Соколовский, Е.Р. Аравийская, К.Н. Монахов и др.; Под ред. Е.В. Соколовского. – М.: Издательский центр «Академия», 2005.

2. Короткий Н.Г., Шарова Н.М.

Кожные и венерические болезни: Учебник. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.