**Введение**

Венерические болезни перестали вызывать страх. Во всяком случае, у большинства. Если даже и заразишься вылечиться - пара пустяков. Заблуждение опасное - не только не пройдет, но может перейти в более тяжелую стадию и проявиться, когда сделать что-нибудь станет очень трудно, а порой и невозможно. Половым путем передаются не только сифилис и гонорея и менее известные венерические заболевания. Болезни эти распространены во всем мире и знакомы врачам, но в отношении некоторых из них только недавно установлено, что они передаются путем половых контактов.

Гонорея - самая древняя и одна из самых распространенных БППП. В Ветхом завете Моисей упоминал о контагиозности этой болезни (Левит, 15); о ней писали также ученые Древней Греции - Платон, Аристотель и Гиппократ.

Ежегодно в мире регистрируется свыше 200 млн больных гонореей. Высокому уровню заболеваемости способствуют особенности современного течения: увеличение количества асимптомных, малосимптомных, хронических форм, сопровождающихся иммунопатологией и разнообразными осложнениями; в 80% случаев у женщин встречается смешанная инфекция, удлинение инкубационного периода; устойчивость к антибактериальным препаратам; увеличение числа рецидивов. В 75% случаев у женщин гонорея протекает бессимптомно, поэтому заболевание чаще выявляется при необходимом обследовании их в качестве половых партнеров либо при развитии осложнений (воспалительные, деструктивные изменения внутренних половых органов, приводящие к бесплодию; невынашивание беременности, внематочная беременность, заболевания шейки матки и др.). Это самая распространенная венерическая болезнь, от которой страдают как мужчины, так и женщины.

**Гонорея.**

Гонорея - инфекционное венерическое заболевание человека, возбудитель которого вызывает воспаление, обычно ограничивающееся мочеполовыми органами, сопровождающееся выделениями и субъективными расстройствами. Также возможна гонорея прямой кишки, редко - глаз, глотки, миндалин, еще реже - генерализация инфекции.

Современное название впервые употребил Гален во II в. н. э., который ошибочно принял выделения из уретры мужчин за семятечение (от греч. gonos - семя, rhoia - истечение). Гонококки (лат. Neisseria gonorrhoeae) - вид грамотрицательных диплококков рода Neisseria (грамотрицательный гонококк Нейссера, обнаруженный им в 1879 г.).

Гонококки имеют бобовидную форму и располагаются в отделяемом попарно вогнутой стороной друг к другу, они разделены между собой перегородкой (как вне-, так и внутриклеточно), сохраняя тем самым жизнеспособность. Хорошо окрашиваются всеми анилиновыми красителями. Размножаются чаще поперечным делением. Гонококки мало устойчивы к внешним воздействиям: гибнут при высушивании, в мыльной среде, под действием антисептиков и антибиотиков, при нагревании выше 56 С, под влиянием прямых солнечных лучей. Поэтому половой путь передачи инфекции составляет 99%. Гонококки сохраняют жизнеспособность в гное и слизи (пока не высохнет субстрат), что делает возможным и неполовое заражение. В крови они погибают под влиянием бактерицидной активности сыворотки, поэтому генерализация инфекции бывает крайне редко (при устойчивости гонококков к бактерицидным свойствам сыворотки и резких нарушениях иммунитета), при этом 70 - 80% случаев регистрируются у женщин (после менструации, во время беременности).

На поверхности гонококков обнаружены трубчатые нити - пили, которым приписывают вирулентные свойства и передачу генетической информации, а также капсулоподобные субстанции, которые препятствуют внутриклеточному перевариванию гонококков. Энтеробиоз типичен внутри лейкоцитов, эпителиальных клеток, а также внутри простейших трихомонад. Серологически различают 4 типа гонококков, из них только у 1 и 2-го типов имеются пили. Гонококки, имеющие пили, могут претерпевать трансформацию в L- и спороподобные формы, вырабатывать бета-лактамазу, разрушающую пенициллин, что приводит к антибиотикорезистентности и хронизации процесса.

Гонококки поражают преимущественно клетки цилиндрического эпителия (у женщин - уретры, канала шейки матки, прямой кишки). Они не размножаются в многослойном плоском эпителии и в кислой среде влагалища. Поэтому вульвовагиниты более характерны для девочек и женщин после наступления менопаузы (в связи с низким уровнем эстрогенов и истонченной слизистой).

Благодаря пилям гонококки быстро фиксируются на поверхности эпителиальных клеток, в течение 24 - 28 ч проникают в межклеточные щели и внутрь эпителиальных клеток, а затем - в субэпителиальные ткани, где образуют микроколонии, вызывают деструкцию эпителия и развитие воспалительной реакции, сопровождающейся появлением выделений и образованием подэпителиального инфильтрата. В результате каналикулярного и лимфогенного распространения воспаление постепенно вовлекает новые участки слизистых оболочек гениталий. В возникновении восходящей инфекции придается значение антиперистальтическим сокращениям матки при недостаточности внутреннего зева, повреждению слизистого барьера во время менструации; сперматозоидам, использованию ВМС, искусственному прерыванию беременности, внутриматочным вмешательствам.

**Источники заражения и пути инфицирования.**

Источники заражения - больные асимптомными и малосимптомными формами заболевания.

Гонорея, как она передается? В 99% заражение гонореей происходит при половом акте, как традиционном - вагинальном, так и нетрадиционном - анальном и оральном сексе. Заражение от половых партнеров при генитально-оральных контактах приводит к развитию гонорейного тонзиллита, генитально-анальные контакты приводят к гонорейному проктиту.

Вероятность инфицирования после однократного полового акта с больной женщиной у мужчин 30-40%, женщина же при таких же условиях заболевает в 85% случаев.

Такое разное распределение объясняется анатомическими особенностями строения мочеполовой сферы и гормональными особенностями организма женщины и мужчины.

Внеполовое заражение возможно при прямом контакте (вследствие попадания или затекания отделяемого в глаза, вызывая бленнорею, или у девочек затекая в половую щель при прохождении через родовые пути, на слизистую полости рта и прямой кишки; дискутируется возможность внутриутробного инфицирования). Непрямое внеполовое заражение встречается редко при очень тесном бытовом контакте маленького ребенка с больной матерью (девочек через общую с матерью постель). Заражение может произойти также от ухаживающих, через загрязнённую выделениями общую постель, полотенце, горшки

Несмотря на наличие при гонорее гуморальных и клеточных реакций, постинфекционный иммунитет не возникает, т. е. каждый человек может заражаться гонореей. И притом много раз (реинфекция). Хотя несомненно участие иммунных механизмов при формировании асимптомной инфекции, когда гонококки размножаются лишь на поверхности слизистых, не внедряясь в глубокие ткани и не вызывая воспаления. Кроме реинфекции, возможна и суперинфекция (добавочная). и т. п.

По наследству гонорея не передаётся.

**Клинические проявления.**

Длительность инкубационного периода (скрытого) колеблется от одних суток до 2-3-х недель (чаще 3-5 суток).

Гонорея мужчин. Гонококки поражают вначале слизистую оболочку мочеиспускательного канала, воспалительные явления нарастают постепенно. Из мочеиспускательного канала появляются мутноватые выделения; через 3 - 5 суток после заражения развивается острое воспаление (уретрит). Губки наружного отверстия канала краснеют, отекают; возникает боль при мочеиспускании; появляются обильные гнойные выделения (передний уретрит). При переходе воспаления на заднюю часть мочеиспускательного канала у больного появляются учащённые позывы и сильные боли к концу акта мочеиспускания, частые и болезненные эрекции, поллюции, иногда с примесью крови к сперме. Наиболее частым осложнением является воспаление предстательной железы (простатит), семенных пузырьков, придатков яичек (одно- или двусторонний эпидидимит), что также может быть причиной мужского бесплодия.

Клинические проявления гонореи у женщин. Инкубационный период колеблется от 3 - 5 дней до 15 дней - 1 мес. Женщины часто не могут указать дату инфицирования. Гонококк поражает первично слизистую оболочку шейки матки - процесс протекает вяло, не вызывая болезненных ощущений, и долгое время остаётся нераспознанным. (онорея нижнего отдела (уретры, шейки матки, прямой кишки) ) Не зная о своём заболевании, женщина не обращается за медицинской помощью и, продолжая половую жизнь, является источником заражения.

При умеренно выраженном заболевании устье уретры, цервикального канала (и иногда влагалища) гиперемированы и покрыты ровным слоем сливкообразных выделений. При остром процессе наблюдается отечность тканей, боли, зуд. Гонорейный проктит чаще всего протекает асимптомно, хотя возможны жалобы на выделения, боли при дефекации, зуд. К гонореи нижнего отдела относят заболевание мочеиспускательного канала, парауретральных ходов, бартолиниевых желёз, шейки матки и прямой кишки.

Гонорея верхнего отдела, так называемая восходящая гонорея (когда процесс переходит за внутренний зев на тело матки и ее придатки) обычно сопровождается нарушениями общего состояния (болями внизу живота, повышением температуры до 390С, нарушениями менструального цикла, кровотечением) и проявляется эндометриозом, метроэндометриозом, аднекситом, пельвиоперитонитом. Эта форма гонореи даже при современных методах лечения может привести к женскому бесплодию.

Системные проявления гонореи (артрит и др.) встречаются редко.

Рецидив возникает обычно в первые 2 нед - 1 мес после окончания лечения. Клинические проявления его связаны с течением заболевания ранее. Чаще встречаются асимптомные и малосимптомные формы. Гонококки преимущественно локализуются внутриклеточно и склонны к трансформации.

Реинфекция возникает чаще через 2 - 3 мес после окончания лечения и сопровождается острым или подострым воспалением. Гонококки преимущественно локализуются внеклеточно в виде больших скоплений.

Смешанная инфекция. Микстинфекция приводит к изменению клинической картины, к удлинению инкубационного периода, к рецидивам и увеличивает патогенность каждого из возбудителей. Большинство возбудителей микстинфекций или совсем не поддаются терапии противогонорейными препаратами (грибы рода кандида, гарднереллы, трихомонады, вирус простого герпеса 2-го типа) или малочувствительны к ним (хламидии, уреаплазмы).

Гонорея у детей встречается главным образом у девочек (чаще от 3 до 8 лет) и исключительно редко - у мальчиков. У девочек в воспалительный процесс вовлекаются, как правило, влагалище, мочеиспускательный канал, реже прямая кишка; матка и придатки не поражаются. Заболевание начинается остро. Слизистая оболочка малых половых губ, входа во влагалище и клитора отёчная, покрасневшая; из влагалища обильные гнойные выделения. Кожа больших половых губ покрывается засохшими гнойными корочками. Появляются болезненные, частые позывы на мочеиспускание, наружное отверстие мочеиспускательного канала краснеет. При поражении прямой кишки кожа вокруг заднего прохода отёчна, ярко-красного цвета, иногда между складками кожи возникают трещины.

Гонореей глаз наиболее часто страдают новорожденные дети, которые были заражены в период естественных родов от инфицированной матери. Это серьезное заболевание, в ходе которого ребенок может лишиться зрения, если не провести своевременное лечение. Взрослый человек может заболеть этим, в случае если дотронется до глаз руками, на которых остались бактерии. Это возможно при несоблюдении правил личной гигиены.

Гонорея во рту встречается преимущественно у женщин и является инфекционным заболеванием. В большинстве случаев заболевание проходит скрыто и не имеет активных симптомов, однако иногда гонорея напоминает ангину по признакам заболевания.

То есть в этом случае пациент жалуется на болевые ощущения во время приема пищи, охриплость голоса и воспаление лимфатических узлов, повышение температуры тела, озноб и чувство слабости. Головные боли также являются признаком заболевания. Первоначальные симптомы могут проявиться в течение нескольких часов после заражения слизистой оболочки горла. Это связано с тем, что слизистая оболочка не может противостоять этой инфекции. Возникает обычно после нетрадиционного полового акта и поражает горло. Если вирус поразил горло, то симптомов может не быть вовсе. Однако если вас что-то малейшее беспокоит, то стоит немедленно попросить врача взять мазок из горла и сделать анализ. В некоторых случаях достаточно посмотреть анализ под микроскопом и сразу обнаружить инфекцию. Это заболевание может вызвать фарингит. Такое проявление возникает не часто и может быть как у мужчин, так и у женщин.

Гортанная гонорея встречается у людей, которые практикуют оральный секс. Вирус попадает на слизистую оболочку и парализует ее. Первыми признаками является то, что на оболочке миндалин образуется гнойный налет, и появляются болевые чувства при глотании воды или употреблении пищи, осиплость голоса, как при простудном заболевании, неприятный запах, увеличение лимфатических узлов в области шеи, при прикосновении болевой эффект. Во время гонореи может обостриться стоматит. В таком случае на слизистых оболочках появляется серый налет, и образуются гнойные язвочки

Проблема проявит себя в течение недели после заражения. Однако существуют случаи, когда симптомы не проявились, и болезнь протекала в скрытой форме.

**Лабораторная диагностика.**

В связи с тем, что клиническое течение гонореи мало отличается от клиники других воспалительных заболеваний мочеполовых органов, основное значение в выявлении этого заболевания придается лабораторной диагностике, в основу которой положено обнаружение гонококка. Повсеместно используется бактериоскопический метод. Однако для выявления асимптомных и малосимптомных форм, установления излеченности, выявления бактериоскопически атипичных гонококков, а также для подтверждения диагноза у детей необходимо использование бактериологического метода.

Материал для исследования обоими методами получают у женщин со слизистой оболочки уретры, цервикального канала, прямой кишки, у девочек - влагалища и прямой кишки. Также исследуют все материалы, подозрительные на наличие гонококков.

Материал из уретры берут перед мочеиспусканием за 3 - 4 ч после обтирания губок стерильной ватой и массажа уретры, вводя ложку Фолькмана на глубину 1 - 1,5 см. После предварительной обработки шейки матки сухим стерильным тампоном удаляют слизистую пробку. Затем вводят бактериологическую петлю на 1 - 2 см в канал и производят соскоб, слегка надавливая петлей на слизистую. Для получения материала из анального отверстия ложку Фолькмана вводят на глубину 3 см и производят соскоб или промывание ампулы прямой кишки изотоническим раствором хлорида натрия с помощью катетера с двойным током жидкости. Со слизистой миндалин и глотки материал берут ватным тампоном, импрегнированным активированным углем

Для бактериологических исследований используют искусственные питательные среды, обогащенные ростовыми свойствами. При посеве материала, загрязненного посторонней флорой, выделение гонококков становится затруднительным, поэтому необходимо применять среды с добавлением антибиотиков (селективную среду), посев на питательные среды, содержащие нативные белки крови, сыворотки или асцитической жидкости; используют безасцитные среды (например, среда КДС-1 с гидролизатом казеина, дрожжевым аутолизатом и нативной сывороткой); оптимум роста в атмосфере 10-20 % углекислого газа, при рН 7,2-7,4 и температуре 36-37 °C в течение 24 - 48 ч. Выросшие культуры исследуют макро- и микроскопически, учитывая при этом морфологические и тинкториальные свойства гонококка. Бактериологический метод: Позволяет оценить чувствительность гонококков к антимикробным препаратам.

В случаях, когда невозможно сразу произвести посев, применяют транспортные среды с последующим посевом на питательную среду не позднее 16 - 24 ч.

Методы определения чувствительности к антибиотикам делятся на две группы: методы диффузии в агар с применением стандартных бумажных дисков, пропитанных антибиотиками, и методы серийных антибиотиков в жидкой или плотной питательной среде.

Существуют и другие методы диагностики гонореи: иммунофлюоресцентный, комбинация бактериологического исследования и иммунофлюоресцентного окрашивания, иммуноферментный метод, метод лигазной цепной реакции, различные скрининг-методы (внутрикожные пробы, метод гибридизации нуклеиновых кислот), но их применение ограничено.

Бактериоскопический (микроскопический) метод - окраска двух мазков: по Граму; Материал наносят тонким слоем на два предметных стекла, которые высушивают, фиксируют 96% этиловым спиртом в течение 3 мин, окрашивают 1% водным раствором метиленового синего (1-е стекло) и по Граму (2-е стекло). Идентификацию гонококка проводят на основании его морфологии, расположения и отношения к окраске по способу Грама.

Метод обладает высокой чувствительностью и специфичностью (90-100 %) только при исследовании уретрального отделяемого у мужчин с манифестными проявлениями. Метод микроскопии характеризуется низкой чувствительностью (45-64 %) при исследовании цервикальных, фарингеальных и ректальных проб, а также при бессимптомной инфекции.

Серологический метод: РСК (реакция Борде-Жангу) или РИГА с сывороткой крови больного.

Молекулярно-биологический метод - (амплификация нуклеиновых кислот при помощи ПЦР). Отличается наиболее высокими показателями чувствительности и специфичности. Особенно рекомендован для проб из экстрагенитальных локусов.

**Лечение.**

Известны десятки антибактериальных препаратов для этиотропного лечения гонореи. Однако далеко не всегда лечение бывает удачным. Рост устойчивости гонококка к антибиотикам, наблюдающийся в последнее время, связывают с изменчивостью микроорганизма, возникновением у него различных дефектов клеточной стенки, вплоть до образования L-форм; способностью образовывать микрокапсулы, препятствующие фагоцитозу, с возможностью продуцировать бета-лактамазу и др. Причиной неудачного лечения может быть смешанная инфекция, иммунопатология, недооценка методов местного воздействия и др.

Выбор схем лечения зависит от клинической картины (длительность заболевания и интенсивность реакции организма), топографии заболевания, наличия осложнений, чувствительности штаммов к антибиотикам и ограничений к их назначению, возможности существования микстинфекции, оценки возможных побочных проявлений и поэтому должен быть строго индивидуальным.

При свежей острой гонореи достаточно проведения этиотропного лечения. При торпидной и хронической, при наличии осложнений, гонококконосительстве и после неудачного лечения антибиотиками терапия должна быть комплексной, включающей средства иммунотерапии, препараты местного воздействия, протеолитические ферменты; используется также физиотерапия и при необходимости - хирургические методы лечения. При этом в стационарных условиях антибиотики назначают всегда после окончания иммунной терапии, в амбулаторных - иммунную и местную терапии начинают раньше антибиотикотерапии или все три вида лечения проводятся одновременно.

После неудачной терапии каким-либо антибиотиком повторное лечение следует проводить антибиотиком другой группы после определения чувствительности штаммов.

При свежей острой гонорейно-трихомонадной инфекции антибиотики и трихомонадные препараты назначают одновременно, а при хронической и торпидной - противотрихомонадное лечение проводят одновременно с иммунотерапией до назначения антибиотиков.

При гонорейно-кандидозной инфекции одновременно назначают антибиотики и противомикотические препараты.

При сочетании гонореи с хламидийной и уреаплазменной инфекциями назначают антибиотики, активные по отношению ко всем возбудителям.

Лечение половых партнеров проводится одновременно, даже если у одного из них не выявлен возбудитель. Во время лечения и до снятия с учета следует воздерживаться от половой жизни. В процессе терапии не рекомендуется употреблять алкоголь. Больные с острыми осложнениями (абсцесс бертолиниевой железы), восходящей гонореей, дессеминированной инфекцией, рецидивами, а также больные дети и беременные подлежат госпитализации.

Например: Этиологическое лечение свежей гонореи нижних отделов мочеполовой системы без осложнений:

Цефтриаксон - 250 мг внутримышечно однократно

Азитромицин - 1 г внутрь однократно

Офлоксацин - 400 мг внутрь однократно

Ципрофлоксацин - 500 мг внутрь однократно

Спектиномицин - 4 г внутримышечно однократно

Цефуроксим - 1,5 г внутримышечно однократно

Цефуроксим аксетил - 1 г внутрь однократно

Пефлоксацин - 600 мг внутрь однократно

Ломефлоксацин - 600 мг внутрь однократно

Норфлоксацин - 800 мг внутрь однократно

Фторхинолоны противопоказаны детям и подросткам до 14 лет, женщинам в периоды беременности и кормления грудью.

Этиологическое лечение асимптомной, малосимптомной, хронической гонореи нижних отделов мочеполовой системы с осложнениями; верхних отделов; органов малого таза; гонорейного проктита:

Цефтриаксон - 1 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 ч

Цефотаксим - 1 г внутривенно каждые 8 ч

Канамицин - 1 млн ЕД внутримышечно каждые 12 ч

Ципрофлоксацин - 500 мг внутривенно каждые 12 ч

Терапия данными препаратами должна продолжаться не менее 48 ч после исчезновения клинических симптомов. При необходимости лечение может быть продолжено в течение 7 дней следующими препаратами:

Ципрофлоксацин - 500 мг внутрь через каждые 12 ч

Пефлоксацин - 400 мг внутрь через каждые 12 ч

Офлоксацин - 400 мг внутрь через каждые 12 ч

Ломефлоксацин - 400 мг внутрь через каждые 12 ч

Доксициклин - 0,1 г внутрь каждые 12 ч

Метациклин - 0,3 г внутрь каждые 6 ч

Иммунотерапия: специфическая (вакцинотерапия) и неспецифическая терапия. Вакцинотерапия назначается при торпидной и хронической гонорее. Начальная доза взрослым 300 - 400 млн микробных тел (м.т.). Инъекции делают с интервалом 1 - 2 дня, увеличивая дозу каждый раз на 150 - 300 млн м.т. Максимальная разовая доза взрослым 1,5 - 2 млрд м.т. Число инъекций - 6 - 8. Детям до трех лет вакцинотерапия не проводится.

Неспецифическая терапия: пирогенал, продигиозан, метилурацил, биогенные стимуляторы, аутогематотерапия.

Также назначают протеолитические ферменты (например, химотрипсин парентерально 10 мг), которые разрушают пеницилллиназу, повышают концентрацию антибиотика, оказывают иммунокоррегирующее действие.

Используют различные комбинации специфической и неспецифической иммунотерапии.

Местная терапия: для местного лечения применяют инстилляции лекарственных препаратов в уретру, влагалище; микроклизмы с препаратами серебра; каталитин, терридеказу в виде свечей; лигентен (содержит гентамицина сульфат, лидокаин и этоний); различные физиотерапевтические процедуры (токи низкой частоты в сочетании с нитратом серебра, эуфиллином; гелий-неоновый лазер, магнитно-лазеротерапия и др.). После лечения антибиотиками для восстановления микробиоценоза влагалища назначают эубиотики в свечах интравагинально (бифидумбактерин и ацилакт).

Лечение беременных осуществляется в стационаре на любом сроке гестации антибактериальными препаратами, не оказывающими влияния на плод.Препараты выбора: цефалоспорины, макролиды. Противопоказаны тетрациклины, фторхинолоны, аминогликозиды.

Критерии излеченности: продолжительность наблюдения составляет 2 мес. За это время проводят не менее трех контрольных обследований.

К установлению излеченности приступают через 7 - 10 дней после окончания лечения. Критериями излеченности являются: отсутствие субъективных и объективных симптомов, стойкие отрицательные результаты микроскопических и культуральных исследований.

Применяют различные методы провокаций: химическую (1 - 5% раствор нитрата серебра), биологическую (внутримышечно гоновакцина, пирогенал); алиментарную (соленая, острая пища), термическую (индуктотермия), физиологическую (менструация).

Бактериоскопическое и бактериологическое исследования проводят через 24, 28 и 72 ч после комбинированной провокации и во время менструации. При отсутствии гонококков и воспалительного процесса проводят клиническое, гинекологическое и троекратное лабораторное исследование после провокаций во время очередной и следующей менструаций. Лица, у которых не обнаружены гонококки и клинические признаки заболевания, снимаются с учета.

До назначения антибактериальной терапии проводят серологическое исследование на сифилис. Если источник заражения не выявлен, переболевшие гонореей подлежат ежемесячному клинико-серологическому контролю на сифилис в течение 6 мес. Если невозможно обеспечить клинико-серологический контроль, то проводят превентивное противосифилитическое лечение.

Половые партнеры подлежат обследованию и лечению, если половой контакт имел место за 30 дней до появления симптомов заболевания у партнера. В случае субъективно асимптомного течения гонореи обследованию и лечению подлежат половые партнеры, имевшие контакты в течение 60 дней до установления диагноза.

Обследованию подлежат дети, если их матери больны гонореей.

**Заключение**

гонорея инфекционный гонококк

Хочется отметить, в первую очередь, безопасность своего здоровья должно начинаться с личной гигиены. Кроме того, периодические осмотры в специальных медицинских заведениях помогут обнаружить заболевание на ранних стадиях, поэтому не стоит отказываться от периодического обследования организма.

Личная профилактика гонореи - исключение случайных половых связей, пользование презервативом, а также в первые часы после подозрительного полового сношения специальная обработка мочеиспускательного канала у мужчин и влагалища у женщин и сдача анализов. В случае незащищенного полового контакта не рекомендуется проводить антибактериальную профилактику, за исключением случаев контакта с партнёром, имеющим высокую вероятность инфицирования. С целью профилактики гонореи возможно, хотя и не описано ни в одном руководстве, применение антибактериальных препаратов до или вскоре после полового акта. Основным условием, в какой-то мере оправдывающим применение средств антибактериальной профилактики является контакт с предположительно инфицированным партнером и невозможность, по ряду причин, ожидания развития/отсутствия инфекции. Основным таблетированным препаратом, применение которого возможно при гонорее или риске её развития, является цефиксим, предпочтительно - диспергируемая таблетка 400 мг однократно.

Планомерное применение антибиотиков после каждого незащищенного контакта чревато развитием устойчивости микроорганизмов, что приведет, в последующем, к неудачам терапии и тяжёлым осложнениям.

Из всего сказанного, следует что пути заражения бывают не только половым способом, но и бытовым. Следует отметить, что такой вариант встречается очень редко. Этот вирус, находясь вне организма очень быстро погибает. Наиболее частой причиной бытовой гонореи являются предметы быта. Это может быть посуда или постельное белье. Обычно именно женщины могут подхватить бытовую гонорею. При этом около 70% женщин не имеют понятие о том, что являются переносчиками этого заболевания ,потому что болезнь никак не проявляется себя. Латентная гонорея - означает скрытое протекание болезни без особых симптомов. Такой вариант заболевания распространен среди женщин, ведь в большинстве случаев проходит именно такой вариант гонореи, при котором женщина даже не подозревает, что является носителем инфекционного заболевания. Заболевание бессимптомной формы опасно тем, что человек ничего не чувствует, а болезнь постоянно прогрессирует.

Скрытая гонорея может привести женщину к бесплодию, при том, что она не чувствует никаких неприятностей.

Если болезнь не проявляется, то через пару месяцев она переходит в хроническую стадию, которую лечить не так просто.

Вот почему очень важно проходить периодические обследования. Ведь болезнь проще излечить на начальном этапе, нежели в хронической форме.

**Список использованной литературы**

1. Антибактериальные препараты в терапии женщин, больных гонореей. С.В. Батыршина, Н.В. Щербакова и соавт. Актуальные вопросы дерматологии и венерологии. Екатеринбург. 1993;121-128.

. Борисенко К.К., Беднова В.Н., Делекторский В.В. и др. Основные итоги работы и перспективы исследований в ЦКВИ в области венерологии. Вестн. дерматол. 1991;7:55-8.

. Васильев М.М., Дмитриев Г.А., Газарян И.Ю. и др. Современные аспекты терапии гонококковой инфекции. Вестн. дерматол. 1996;3:27-32.

. Воронина Л.Г. Совершенствование диагностики, прогнозирования и лечения под контролем антилизоцимного признака гонококков. Дисс. док. мед. наук. Оренбург. 1998;222 с.

. Газарян И.Ю. Азитромицин в терапии гонореи. Дисс. канд. мед. наук. Москва. 1996;185 с.

. Глухонький Б.Т., Гирин В.Н. Кирин (спектимицин) в лечении гонореи. Вестн. дерматол. 1997;6:66-7.

. Дмитриев Г.А., Васильев М.М., Липова Е.В. Современные аспекты изучения и подхода к терапии гонококковой инфекции. МРЖ. 1990;3:19-23.

. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями (РОДВК, 2012)