**Диагностика, лечение и профилактика урогенитальных инфекций**

**Гонорея**

Гонорея - инфекционное заболевание, вызванное грамотрицательным диплококком Neisseria gonorrtioeae, является одним из наиболее широко распространенных инфекционных заболеваний.

Классификация гонококковой инфекции, представленная в Международной статистической классификации болезней Х пересмотра, отличается от таковой, изложенной в методических рекомендациях "Лечение и профилактика гонореи" (1993), и не соответствует в полном объеме статистическим отчетным формам, утвержденным Госкомстатом России. Это обстоятельство затрудняет статистический анализ различных форм гонореи, сравнение эффективности новых лекарственных препаратов и методик лечения, затрудняет публикацию научных материалов в зарубежной печати.

С 1999 г. в стране вводится в практику Международная статистическая классификация болезней Х пересмотра, на основе положений и принципов которой предлагается для обсуждения нижеследующая классификация гонореи.

**Гонококковая инфекция**

- Гонорея нижних отделов мочеполового тракта без осложнений

- Гонорея нижних отделов мочеполового тракта с осложнениями

- Гонорея верхних отделов мочеполового тракта и органов малого таза

- Гонорея других органов

При этом указывается полный топический диагноз.

Настоящие методические материалы не заменяют действующие нормативные документы по лечению, контролю излеченности и профилактике гонореи, но содержат новые научные и практические данные, полученные после утверждения методических рекомендаций 1993 г. и обсужденные на научно-практической конференции дерматовенерологов и акушеров-гинекологов России 14-16 мая 1997 г. в г. Твери.

Учет и регистрация гонореи осуществляются в соответствии с формами, определенными действующими нормативными документами (Приказ МЗ РФ № 286 от 07.12.1993 г.).

Инфицирование мужчин гонореей, как правило, приводит к появлению субъективных симптомов, вынуждающих их обращаться за медицинской помощью. У женщин гонококковая инфекция часто протекает мало- или бессимптомно и выявляется при различных профилактических обследованиях, в том числе в качестве половых партнеров, и при развитии осложнений. По-видимому, данным обстоятельством можно объяснить меньшую самообращаемость за медицинской помощью женщин, чем мужчин. Это обусловливает необходимость скрининга на гонорею женщин, имеющих высокий риск инфицирования.

**Лабораторная диагностика**

Диагноз гонореи подтверждается на основании лабораторного обнаружения гонококка с типичными морфологическими и тинкториальными свойствами, обнаружения антигена гонококка или нуклеиновой кислоты в клинических образцах.

Для выявления гонококка используется микроскопическое и культуральное исследование (у девочек и женщин старше 60 лет - только культуральное, с определением ферментативных свойств гонококка).

Целесообразность использования различных методов провокации в настоящее время вызывает обоснованные сомнения и является предметом проведения специальных научных исследований.

**Рекомендуемые схемы лечения**

Выбор схем лечения гонококковой инфекции зависит от клинической картины и анатомической локализации заболевания, чувствительности штаммов N. gonorrtioeae к противомикробным препаратам и ограничений к их назначению, возможности ассоциации инфекции с другими заболеваниями, передаваемыми половым путем, оценки развития побочных эффектов проводимой терапии.

В связи с высоким риском сочетанной гонорейно-хламидийной инфекции при невозможности проведения диагностики урогенитального хламидиоза больным гонореей следует назначать противомикробные препараты, эффективные и в отношении Chlamydia trachomatis.

**Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполовой системы без осложнений**

Под неосложненной гонококковой инфекцией понимают первичную инфекцию слизистой оболочки нижних отделов мочеполовых путей (уретрит - у мужчин и женщин, цервицит, цистит, вульвовагинит - у женщин).

Основное внимание при изложении данного раздела уделено методикам однократного лечения неосложненной гонореи нижних отделов мочеполового тракта.

• Цефиксим - 400 мг перорально однократно

• Цефтриаксон - 250 мг внутримышечно однократно

• Офлоксацин - 400 мг перорально однократно

• Ципрофлоксацин - 500 мг перорально однократно

Альтернативные методы лечения

• Азитромицин -1 г перорально однократно

• Ломефлоксацин - 600 мг перорально однократно

• Норфлоксацин - 800 мг перорально однократно

• Пефлоксацин - 600 мг перорально однократно

•Спектиномицин - 2,0 г (мужчины), 4,0 г (женщины) внутримышечно однократно. Препарат показан при непереносимости хинолонов и цефалоспоринов.

• Цефодизим - 0,250-500 мг внутримышечно однократно

• Цефуроксим -1,5 г внутримышечно однократно

• Цефуроксим аксетил -1,0 г перорально однократно

Все указанные препараты (кроме спектиномицина) также высоко эффективны при аноректальной гонорее. При гонорейном поражении гортани наиболее эффективными препаратами (излечение более чем у 90% пациентов) являются цефтриаксон, ципрофлоксацин в указанных дозах, доксициклин по 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней, сочетание офлоксацина (400 мг перорально) и азитромицина (1 г перорально) однократно.

Фторхинолоны противопоказаны детям и подросткам до 14 лет, беременным и кормящим женщинам.

Существует ряд других антибиотиков, эффективных в отношении гонококковой инфекции, однако в задачи данного руководства не входит перечисление всех известных активных лекарственных средств.

При одновременном выявлении С. trachomatis назначается азитромицин 1 г однократно перорально или доксициклин по 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 7 дней.

Из многоразовых схем терапии остаются методики, представленные в действующих "Методических рекомендациях по лечению и профилактике гонореи", М.,1993 г.

Целесообразным является организация региональных центров по контролю за изменением чувствительности выделенных штаммов гонококков к основным группам антибиотиков (пенициллинам, тетрациклинам, цефалоспоринам, хинолонам и спектиномицину).

При обнаружении в регионах бета-лактамазопродуцирующих штаммов N. gonorrtioeae целесообразно назначать препараты, не содержащие бета-лактамного кольца или подавляющие активность бета-лактамазы (потенцированные клавуланатом - аугментин, амоксиклав).

**Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполовой системы с осложнениями, верхних отделов и органов малого таза**

Лечение больных следует осуществлять в стационарных условиях. Тактика терапии зависит от характера клинического течения гонореи. Так, при абссцедировании парауретральных и больших вестибулярных желез наряду с противомикробными препаратами, эффективными в отношении N. gonorrtioeae, необходимо использовать соответствующие патогенетические, физиотерапевтические и хирургические методы лечения.

Этиологическое лечение осложненной гонококковой инфекции мочеполовой системы и органов малого таза

• Цефтриаксон -1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа

Альтернативные схемы лечения

• Канамицин -1 000 000 ЕД внутримышечно каждые 12 часов

• Спектиномицин - 2,0 г внутримышечно каждые 12 часов

• Цефотаксим -1,0 г внутривенно каждые 8 часов

• Ципрофлоксацин - 500 мг внутривенно каждые 12 часов

Терапия данными препаратами должна продолжаться не менее 24-48 часов после исчезновения клинических симптомов, после чего при необходимости лечение может быть продолжено в течение 7 дней нижеприведенными препаратами.

• Доксициклин - 0,1 г перорально каждые 12 часов

• Ломефлоксацин - 400 мг перорально каждые 12 часов

• Метациклин (рондомицин) - 0,3 г перорально каждые 6 часов

• Офлоксацин - 400 мг перорально каждые 12 часов

• Пефлоксацин - 400 мг перорально каждые 12 часов

• Ципрофлоксацин - 500 мг перорально каждые 12 часов

Наряду с этим, при наличии показаний не исключается проведение патогенетической, симптоматической, иммуномодулирующей терапии.

**Лечение гонококкового конъюнктивита**

• Цефтриаксон -1.0 г внутримышечно однократно. Местное лечение: 1%-ный раствор нитрата серебра, 1%-ная тетрациклиновая, 0,5%-ная эритромициновая глазные мази.

**Гонококковая инфекция у новорожденных**

Инфицирование новорожденных происходит при прохождении через родовые пути матери, больной гонореей.

Клинические проявления гонококковой инфекции выявляются у ребенка на 2-5-й день жизни и включают офтальмию новорожденных, ринит, вагинит, уретрит, септические состояния, в том числе артрит и менингит.

**Лечение офтальмии новорожденных**

• Цефтриаксон - 25-50 мг/кг массы тела (но не более 125 мг) внутримышечно или внутривенно 1 раз в сутки в течение 2-3 дней.

Лечение проводится с привлечением неонатологов, офтальмологов, невропатологов. Назначение цефтриаксона недоношенным детям и детям с повышенным билирубином осуществляется с особой осторожностью.

**Профилактика офтальмии новорожденных**

Профилактику офтальмии следует проводить всем новорожденным сразу же после рождения одним из нижеуказанных препаратов.

• Нитрат серебра - 1%-ный водный раствор однократно

• Эритромицин - 0,5%-ная глазная мазь однократно

• Тетрациклин -1 %-ная глазная мазь однократно

**Лечение осложнений неонатальной гонококковой инфекции**

К осложнениям неонатальной гонококковой инфекции относятся сепсис, артрит, менингит, для этиологической диагностики, которых необходимо проведение культурального исследования крови, спинномозговой жидкости и другого клинического материала для идентификации N. gonorrboeae с последующим изучением ферментативных свойств выделенных штаммов возбудителя и его чувствительности к антибиотикам.

• Цефтриаксон - 25-50 мг/кг массы тела внутримышечно или внутривенно 1 раз в сутки в течение 7 дней (при менингите 10-14 дней).

• Цефотаксим - 25 мг/кг массы тела внутримышечно или внутривенно каждые 12 часов в течение 7 дней (при менингите 10-14 дней)

**Профилактическое лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонореей**

В связи с высоким риском инфицирования новорожденных рекомендуется проводить лечение даже при отсутствии у них признаков гонококковой инфекции.

• Цефтриаксон - 25-50 мг/кг массы тела (но не более 125 мг) внутримышечно однократно

**Лечение гонококковой инфекции у детей**

Чаще всего гонококковая инфекция у детей до подросткового возраста является результатом сексуального насилия.

Тактика ведения детей и подростков, подвергшихся сексуальному насилию, приведена в соответствующем разделе данных методических материалов.

• Цефтриаксон -125 мг внутримышечно однократно (при массе тела менее 45кг)

**Альтернативная схема лечения**

• Спектиномицин - 40 мг/кг массы (не более 2,0 г) внутримышечно однократно

У детей с массой тела более 45 кг лечение гонореи проводится в соответствии со схемами назначения препаратов у взрослых с учетом соответствующих противопоказаний.

**Лечение беременных**

Лечение беременных осуществляется в условиях стационара на любом сроке гестации антибактериальными препаратами, не оказывающими влияния на плод.

Препаратами выбора при беременности являются некоторые цефалоспорины, макролиды, спектиномицин, бензилпенициллин. Противопоказаны тетрациклины, фторхинолоны, аминогликозиды.

Применение иммуномодулирующих и биостимулирующих препаратов при гонококковой инфекции должно быть строго обоснованным.

К установлению критерия излеченности гонореи приступают через 7-10 дней после завершения курса лечения. Критериями излеченности являются: отсутствие субъективных и объективных симптомов заболевания, отрицательные результаты микроскопического и культурального исследований. При наличии клинико-лабораторных данных, свидетельствующих о сохранении воспалительного процесса, рекомендуется повторное обследование с обязательным культуральным исследованием и исключением сопутствующих инфекций.

Гонококки, обнаруженные после проведенного лечения, чаще всего являются следствием реинфекции. При установлении рецидива гонореи необходимо осуществлять культуральное исследование с определением чувствительности гонококка к антибиотикам.

В последние годы появились данные, свидетельствующие о возможности сокращения сроков клинико-лабораторного наблюдения за женщинами после полноценного лечения гонококковой инфекции.

До назначения антибактериальных препаратов по поводу гонореи следует осуществлять серологическое обследование на сифилис. Учитывая эпидемиологическую ситуацию в стране с заболеваемостью сифилисом, при невозможности серологического обследования на сифилис половых партнеров повторное серологическое обследование больного гонореей проводится через 3 месяца.

При лечении гонореи с неустановленным источником заражения следует преимущественно применять препараты, обладающие активностью и в отношении Т.pallidum. т. е. оказывающие превентивное противосифилитическое действие (цефтриаксон, азитромицин).

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

Обследованию подлежат дети, если у их матерей или у лиц, осуществляющих уход за ними, обнаруживается гонорея.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://medicinform.net/>