ГОНОРЕЯ

ГОНОРЕЯ (gonorrhoea). Гонореей называется венерическая болезнь, вызываемая гонококком Нейсера (Neiseria gonorrhoeae). Гонококк паразитирует преимущественно на слизистых оболочках, покрытых циллиндрическим эпителием. Гонорейный процесс большей частью ограничивается мочеполовыми органами, но нередко поражает прямую кишку, глотку, иногда конъюнктиву глаз. В отдельных случаях инфекция может приобретать генерализованный характер (гонококковый сепсис с бактериальными метастазами в суставы и др. органы). В последние годы описаны гонорейные поражения нервной системы (психозы, хорея, поражение зрительного, слухового и др. нервов). Наблюдается патология висцеральных органов (эндо- миоперикардиты, плеврит, пневмония, перигепатит), патология опорно-двитательного аппарата (артрит, остеомиелит, синовиит, бурсит, миозит). Встречаются и поражения глаз у новорожденных.

В настоящее время в клинической картине гонореи произошли значительные изменения (патоморфоз), которые выражаются:

1) в увеличении торпидно протекающих асимптомных форм гонореи (что представляет большую эпидемиологическую опасность, так как половая активность при этом не снижается);

2) в увеличении средней продолжительности инкубационного периода;

3) смягчении воспалительной реакции.

В последние годы наблюдаются случаи гонококковой септицемии с проявлениями в суставах, коже, внутренних органах. Выделяют доброкачественную гонококковую септицемию, когда общее состояние больных ухудшается незначительно и на первый план выступают суставные изменения, и тяжелые формы сепсиса, где доминируют симптомы общего тяжелого заболевания.

Пути передачи инфекции. Гонорея передается, в основном, половым путем, но может и неполовым. При половом пути заражение, как правило, происходит при непосредственном контакте здорового человека с больным. Мужчины практически всегда заражаются половым путем.

При неполовом пути заражение происходит через инфицированные губки, пеленки, ночные горшки, полотенце, что обычно бывает у маленьких девочек.

Входными воротами для гонококка у мужчин, как правило, является уретра, у женщин – уретра и шейка матки. Попав на слизистую оболочку уретры гонококки распространяются в организм следующими путями:

1) континуитатным (по протяжению),

2) антиперистальтическим;

3) лимфогенным;

4) гематогенным.

Наиболее частым путем является континуитатный, при котором гонококки, не обладающие собственными движениями, медленно проникают и поражают все новые участки слизистой оболочки. Постепенно возбудитель попадает из передней уретры в заднюю и по многочисленным выводным протокам проникает в предстательную железу, вызывая ее воспаление.

Антиперистальтический путь. При нем гонококки из задней части уретры, не поражая семявыносящий проток, забрасываются в придаток яичка и вызывают его воспаление. У женщин из плости матки гонококки могут попадать в брюшную полость, благодаря антиперистальтике фаллопиевых труб. Данный путь передачи гонококковой инфекции осуществляется за счет антиперистальтических сокращений, которые свойственны трубчатым органам мочеполовой системы: семявыносящие протоки, мочеточники, матка, фаллопиевы трубы. Эти сокращения возникают только при определенных условиях: езда на велосипеде, половой акт, тяжелый физический труд и др.

Лимфогенный путь. Гонококковая инфекция может распространятся по лимфатическим путям. Доказательством этого являются случаи вовлечения простаты без поражения задней уретры или фаллопиевых труб, минуя эндометрий.

Гематогенный путь. Обильная васкуляризация уретры, шейки матки и др. половых органов способствует проникновению гонококков в кровяное русло и возникает гонококковый сепсис.

Классификация гонореи. В зависимости от длительности заболевания и интенсивности реакции организма на внедрение возбудителя различают:

А) свежую гонорею (с давностью до 2-х месяцев);

Б) хроническую гонорею (свыше 2-х месяцев);

В) латентную гонорею.

По характеру течения свежую гонорею делят на: острую, подострую и торпидную.

Гонорея у мужчин представляет собой специфическое воспаление мочеиспускательного канала.

Инкубационный период при гонорейном уретрите колеблется от 1 дня до 3-х недель и более. Средняя продолжительность инкубации составляет 7 дней. Установлено, что более короткая инкубация имеет место при острых формах уретрита, а более продолжительная – при торпидных.

Острая форма свежего гонорейного уретрита. Она характеризуется значительными воспалительными изменениями: губки наружного отверстия уретры резко гиперемированы и отечны, сама уретра инфильтрирована; при пальпации болезненна. Гиперемия и отечность могут распространятся на кожу головки полового члена и крайнюю плоть. Из уретры свободно вытекают обильные гнойные выделения желтовато-зеленоватого цвета. Количество гноя так велико, что он быстро накапливается после мочеиспускания и оставляет характерные пятна на белье. Обильные выделения нередко мацерируют внутренний листок крайней плоти. На головке полового члена могут образовываться поверхностные эрозии, которые часто принимают за сифилис. Может возникать фимоз в результате скопления гнойного экссудата в препуциальном мешке и присоединения вторичной бактериальной флоры.

При двухстаканной пробе моча в первом стакане мутная от примеси гноя, а во втором – чистая, прозрачная. Если же воспалительный процесс распространяется на задний отдел уретры, возникают симптомы заднего уретрита:

1) учащенное мочеиспускание с императивными позывами;

2) резкие боли в конце мочеиспускания (вследствие судорожного спазма внутреннего сфинктера);

3) тотальная пиурия (моча в обоих стаканах мутная) и нередко

4) терминальная гематурия, приводящая к окрашиванию мочи в цвет мясных помоев.

При тотальном уретрите поражаются слизистая оболочка заднего отдела уретры, шейка мочевого пузыря и семенной бугорок. При этом могут возникнуть симптомы колликулита: учащенные и болезненные эрекции и поллюции, иногда гемоспермия.

Несмотря на острое течение уретрита, общее состояние больного, как правило, не страдает, температура тела остается нормальной. Даже без лечения воспаление в уретре постепенно затихает, уменьшается количество отделяемого, ослабевают субъективные расстройства, и уретрит спустя 2 – 3 недели принимает подострый характер, а в дальнейшем переходит в вялотекущую хроническую форму. Если своевременно начато лечение антибиотиками, то наступает выздоровление в течение нескольких дней.

Подострая форма гонорейного уретрита. Она отличается от острой тем, что гиперемия и отек губок наружного отверстия уретры выражены слабее, гиперемия не распространяется на кожу головки полового члена и крайней плоти. Отделяемого меньше, оно накапливается только после длительной задержки мочи (например, после сна). Выделения могут быть даже не чисто гнойными, а гнойно-слизистыми, беловатого цвета. При двухстаканной пробе моча в первом стакане бывает мутной или опалесцирующей, с тяжелыми гнойными нитями. Болевые ощущения также заметно слабее, чем при острой форме.

Торпидная форма свежего гонорейного уретрита (ее называют также малосимптомной формой гонореи). Она с самого начала протекает с незначительными субъективными и объективными расстройствами. В области наружного отверстия уретры воспалительных изменений нет или едва заметны. Имеются лишь скудные слизисто-гнойные или слизистые выделения и только по утрам. Свободных выделений вообще нет. Моча большей частью прозрачная, с единичными гнойными нитями и хлопьями в первом стакане. Болевые ощущения минимальны или их нет и тогда многие мужчины не замечают своего заболевания. Этот факт имеет важное эпидемиологическое значение. Торпидный уретрит протекает монотонно и без резких границ переходит в хроническую форму гонореи.

Хронический гонорейный уретрит. Он отличается малосимптомностью. Больные часто не обращаются за медицинской помощью, оставаясь потенциальными распространителями инфекции.

Симптомы хронического гонорейного уретрита сводятся к так называемой утренней капле, т.е. небольшому скоплению уретрального экссудата, выдавливаемому утром после сна; свободных выделений нет. Субъективные расстройства незначительны или отсутствуют. Жалобы больных чаще обусловлены наличием осложнений, среди которых на первом месте стоит хронический простатит.

НЕГОНОКОККОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ТРИХОМОНИАЗ. Трихомониазом называют поражение мочеполовых органов, обусловленное урогенитальной трихомонадой. Трихомониаз – широко распространенное паразитарное заболевание, поражающее одинаково часто как мужчин, так и женщин. Ежегодно в мире трихомониазом заражается ~ 180 млн. человек. Некоторые ученые полагают, что трихомониазом страдает ~ 10 % населения земного шара.

Этиология. Возбудителем трихомониаза является Trichomonas vaginalis (влагалищная трихомонада), которая относится к семейству трихомонадид, роду трихомонад (коротко дать описание трихомонады).

Источником инфекции служат только больные трихомониазом. Заражение происходит, как правило, при половом контакте здорового человека с больным. Внеполовое заражение встречается крайне редко, преимущественно у девочек.

Классификация. Различают свежий трихомониаз (при давности заболевания до 2-х месяцев) с острым, подострым и торпидным течением, хронический трихомониаз ( при давности заболевания свыше 2-х месяцев) и асимптомный трихомониаз. Инкубационный период составляет в среднем 5 – 10 дней.

Основными очагами трихомонадной инвазии у мужчин является уретра, у женщин – влагалище, цервикальный канал и уретра. Трихомониаз протекает по типу многоочагового заболевания.

Трихомониаз у мужчин. Уретрит самая частая клиническая форма трихомониаза у мужчин. Другие органы мочеполовой системы обычно инфицируются вторично из уретры.

Свежий трихомонадный уретрит. Для острой формы характерны гнойные выделения из уретры и дизурические явления. Трихомонадный уретрит часто принимают за острую гонорею.

При подостром трихомонадном уретрите субъективные симптомы незначительные, выделения из уретры в небольшом количестве серого цвета, моча в 1 порции мутная с умеренным количеством хлопьев. Выделения при острой и подострой формах уретрита за 1 – 2 недели самопроизвольно уменьшаются и заболевание становится малосимптомным.

Для торпидной формы характерна скудность объективных и субъективных симптомов или полное их отсутствие. Иногда торпидный уретрит вообще не привлекает внимание больного до возникновения обострения или каких либо осложнений.

При хронических формах трихомонадная инфекция распространяется в заднюю уретру, в результате чего возникает тотальный уретрит, симптомы которого аналогичны симптомам тотального гонорейного уретрита (учащенные, с повелительными позывами мочеиспускания, рези и жжение в конце мочеиспускания, тотальная пиурия, терминальная гематурия).

Клиническая картина трихомониаза у женщин в основном характеризуется симптомами кольпита, к которому могут присоединиться вестибулит, уретрит, эндоцервицит, эндометрит и др.

При острой форме заболевания женщины жалуются на:

1) обильные, раздражающие кожу, выделения,

2) значительный зуд наружных половых органов,

3) жжение и болезненность при мочеиспускании.

При осмотре больной видна резкая гиперемия кожи и слизистых оболочек наружных половых органов. Слизистая оболочка влагалища и влагалищной части шейки матки резко гиперемирована, легко кровоточит при дотрагивании. Выделения жидкие, гнойные, в большом количестве скапливаются в заднем своде влагалища и стекают наружу. Присоединяются явления эндоцервицита.

При торпидной форме трихомониаза субъективные ощущения могут полностью отсутствовать.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ – это инфекционное заболевание, передающееся половым путем, возбудителем которого являются хламидии. Хламидии – грамотрицательные бактерии с облигатным клеточным паразитированием. Имеется 2 вида хламидий: Chlamidia psittaci и Chlamidia trachomatis. Патогенна для человека Chlamidia trachomatis.

По данным литературы, хламидиозом поражено от 30 до 60 % женщин и до 50 % мужчин, страдающих негонококковыми воспалительными заболеваниями мочеполовых органов. В США, например, страдает 3 – 4 млн. человек хламидиозом. Источником инфекции служат больные, страдающие хламидийной инфекцией.

Хламидийная урогенитальная инфекция передается половым путем. Внеполовой путь передачи (загрязненные инфицированным отделяемым руки, белье, предметы туалета) существенного эпидемиологического значения не имеет, хотя в настоящее время требует учета.

Хламидийная инфекция у мужчин и женщин проявляется после инкубационного периода продолжительностью от 20 до 30 дней.

Заболевания, вызываемые хламидиями: уретриты, простатиты, эпидидимиты, вульвовагиниты, цервициты, проктиты, сальпингоофориты, бесплодие, болезнь Рейтера, конъюнктивиты, отиты, бронхопневмонии, эндокардиты, перигепатиты, гибель плода.

Клиническая картина хламидийного поражения урогенитального тракта во многом напоминает течение гонококковой инфекции, отличаясь от последней:

1) меньшей остротой воспалительного процесса,

2) резистентностью по отношению к целому ряду антибиотиков (пенициллин, канамицин и др.),

3) большей частотой развития осложнений.

Диагностика. Диагноз гонореи и негонококковых заболеваний основывается на 1) данных анамнеза, 2) клинического обследования и 3) результатов лабораторных исследований. Диагноз во всех случаях должен быть подтвержден обнаружением возбудителя.

Основными методами лабораторной диагностики гонореи являются бактериоскопический и культуральный. Серологические исследования (реакция Борде-Жангу) имеют значение только при распознавании осложнений гонореи, особенно при артритах неясной этиологии.

Диагноз трихомониаза подтверждает микроскопия нативных и окрашенных препаратов. При диагностике хламидиоза используют микроскопический метод, метод иммунофлюоресценции, метод культавирования и др.

Принципы лечения. Для лечения гонореи применяются в основном препараты группы пенициллина: бензилпенициллин натриевую или калиевую соль, бициллин – 1, 3, 5 и др. При непереносимости антибиотиков назначают сульфаниламидные препараты: сульфамонометоксин, сильфадиметоксин, бисептол. Вспомогательными методами лечения гонореи является иммунотерапия: специфическая и неспецифическая.

Для лечения трихомониаза применяются препараты общего действия – производные нитроимидазола – метронидазол, флагил, трихопол, тинидазол (фазижин). Местно можно применять Клион – Д – влагалищные таблетки. Лечение трихомониаза необходимо проводить обоим супругам (половым партнерам) одновременно даже при отсутствии у одного из них трихомонад.

Для лечения урогенитального хламидиоза применяют препараты тетрациклинового ряда: доксициклин, окситетрациклин гидрохлорид, эритромицин, сумамед и др.

Литература:

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.

2. 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.

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

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

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

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

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

8. Значение генитальных инфекций в формировании распространенных гинекологических заболеваний и их современное лечение. Информационное письмо для врачей-гинекологов и венерологов. Москва. 1997;18 с.

9. Диагностика, лечение и профилактика ЗПП. Метод материалы. Москва. 1997;72с.

10. Antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae Lind. WHO Collaborating centre for reference and Research in Gonococci Neisseria Dept. Statens Seruminstitut, Copenhagen, Denmark. Clin Inf Dis 1997;24(Suppl.1):93-7.

11. Increasing resistance of Neisseria gonorrhoeae in West and central Africa. Consequence on therapy of gonococcal infection. Van Dyck E, et al. Sex Transm Dis 1997;24(1):32-7.

12. Neisseria gonorrhoeae: RNA/DNA hybridixtion and culture for screening of gonococcal infection in a lowprevalence population. Sednaoni P, et al. Laboratoire de Microbiologie, Inst. Alfred Fournier, Paris, France. Eur J Epidemiol 1996;12(6):651-4.

13. Comparison of ligase chain reaction and culture for detection of Neisseria gonorrhoeae in genital and extragenital specimens. Stary A, et al. Outpatients center for Diagnosis of Infect. Venero-Dermatol. Dis., Vienna, Austria. J Clin Microbiol 1997;35(1):239-42.