# ГОНОРЕЯ

**Гонорея - это инфекционное заболевание, вызываемое специфическим возбудителем, гонококком, передающееся преимущественно половым пу­тём и характеризующееся, в основном, поражением слизистых оболочек мочеполовых органов. Наблюдаются также гонококковые поражения сли­зистой полости рта и прямой кишки, что выявляется после орогенитальных или гомосексуальных контактов. Источником заражения являются, глав­ным образом, больные хронической гонореей, преимущественно женщины, так как у них хронический процесс протекает почти незаметно, более дли­тельно, труднее диагностируется. Больные острой и подострой гонореей при наличии островоспалительного процесса обычно избегают половых связей. Гонорея передаётся почти исключительно половым путём. В от­дельных случаях возможно внеполовое заражение через бельё, губки, поло­тенца, на которых сохранился невысохший гонорейный гной. Заражение новорождённого может произойти во время родов при прохождении плода через родовые пути больной матери.**

**Этиология**

**Возбудителем гонореи является Neisseria gonorrhoeae - грамотрицатель-ный диплококк, имеющий форму кофейных зёрен, обращенных своей во­гнутой поверхностью друг к другу. Гонококки имеют хорошо выраженные трёхслойную наружную стенку и цитоплазматическую мембрану, цито­плазму с рибосомами и ядерной вакуолью. Гонококки обычно располага­ются внутриклеточно в протоплазме лейкоцитов, обычно группами, но ино­гда можно видеть и внеклеточных гонококков. Исследования гонококков в последние годы указывают на изменения их биологических свойств (нали­чие капсул, фагосом, р-лактамазы, снижение чувствительности к антибио­тикам, появление L-форм). Гонококки поражают слизистые оболочки, в ча­стности мочеиспускательного канала, влагалища, прямой кишки, полостей рта, носа, гортани. Процесс может распространяться на предстательную железу, семенные пузырьки, придатки яичек, яичко, семявыносящие протоки, а у женщин - на матку, яичники, маточные трубы. Распространяясь по кровяному руслу, гонококки могут иногда вызывать гонококковый сепсис и метастазы в различные органы. При гонококковой бактериемии поража­ются суставы, глаза, плевра, эндокард, мышцы, кости, нервы. У новорож­дённых поражаются глаза, развиваются конъюнктивит, кератит.**

**ТЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ У МУЖЧИН**

**Гонорейный уретрит - первичная и наиболее распространённая форма гонококковой инфекции у мужчин, протекающая в разнообразных формах. С клинической точки зрения оправдано выделение переднего уретрита и заднего уретрита. По давности заболевания и выраженности клинической картины выделяют следующие формы гонореи:**

**♦ свежая гонорея (давность заболевания до 2-х месяцев)**

* **острая**
* **подострая**
* **торпидная**

**♦ Хроническая гонорея (давность заболевания свыше 2-х месяцев
или неустановленная давность заболевания).**

* **Свежий острый передний гонорейный уретрит. Инкубацион­
ный период составляет 3-5 дней. Первичные симптомы - лёгкий зуд и жже­ние в области наружного отверстия мочеиспускательного канала, особенно при мочеиспускании. Затем наступает отёчность, а при надавливании на мочеиспускательный канал из наружного отверстия появляются скудные слизисто-гнойные выделения. Через 1-2 дня резко усиливаются симптомы болезни: наружное отверстие гиперемировано, отделяемое становится гнойным. Крайняя плоть и головка полового члена гиперемированы и отёч­ ны. Мочеиспускательный канал инфильтрирован, при пальпации болезнен­ный. Пациенты жалуются на режущую, жгучую боль при мочеиспускании по всей уретре, болевые ощущения при эрекции. При двустаканной пробе первая порция мочи мутная, вторая - прозрачная. Объясняется тем, что первая порция мочи смывает весь гной в канале и становится мутной. Вто­рая порция мочи, проходя по очистившейся от гноя уретре, остаётся про­
зрачной. Это свидетельствует о переднем уретрите.**
* **Свежий острый задний гонорейный уретрит. Часто гонококко­
вый процесс может перейти на заднюю уретру. Это происходит при сни­
женной сопротивляемости организма, частых половых возбуждениях, при­ёме алкоголя, неправильной местной терапии (уретроскопия, бужирование, катетеризация). С развитием заднего уретрита течение заболевания осложняется. Кроме клинических симптомов переднего уретрита, у больных поя­вляются новые признаки и субъективные ощущения:**

**- частые позывы к мочеиспусканию (каждый час, а в тяжёлых случаях каждые 15-20 минут);**

**- болезненность и появление нескольких капель крови к концу мочеис­пускания (терминальная болезненность и гематурия);**

**-частые эрекции и поллюции с примесью крови в сперме (гемоспер-мия), что связано с наличием воспалений в семенном бугорке;**

**- моча во всех порциях мутная в связи с поступлением гноя из предста­тельной части уретры в мочевой пузырь.**

* **Свежий подострый гонорейный уретрит - признаки такие,
как и при остром гонорейном уретрите, но слабее выражены.**
* **Свежий торпидный гонорейный уретрит характеризуется незна­-
чительными субъективными ощущениями Больные жалуются на чувство зуда в мочеиспускательном канале, давящую боль в промежности, иногда у них возникают болезненные поллюции. Выделения из мочеиспусательного канала скудные или совсем отсутствуют.**
* **Хронический гонорейный уретрит наступает после стихания вос­-
палительных процессов при остром и подостром гонорейном уретрите. Пе­ реходу свежего острого гонорейного уретрита в хроническую форму спо­собствуют следующие причины:**

**- нерациональное лечение, перерывы в лечении, самолечение;**

**- нарушение режима во время лечения (употребление алкоголя, погреш­ности в диете, половые сношения);**

**- аномалии мочеиспускательного канала (парауретральные железы, гипоспадия, сужение наружного отверстия);**

**- смешанные мочеполовые инфекции (гонококковые и хламидийные, микоплазменныые, трихомонадные, вирусные);**

**- различные хронические заболевания (сахарный диабет, туберкулёз, анемии, алкоголизм).**

## Схема обследования больного хронической гонореей

1. **Анамнез - жалобы на зуд, жжение в мочеиспускательном канале, но менее выраженные, чем при остром заднем уретрите. При поражении пред­стательной части мочеиспускательного канала наблюдаются расстройства мочеиспускания и половых функций (учащение и усиление позывов к мо­чеиспусканию, боль к концу мочеиспускания, болезненные эякуляции, при­месь гноя и крови в сперме).**

**Осмотр выделений - обычно незначительные и появляются по утрам;
могут полностью отсутствовать, под влиянием различных причин выделения могут усилиться и симулировать картину острого уретрита, однако вскоре самопроизвольно проходят.**

1. **Осмотр полового члена - обнаруживаются поражённые парауретральные ходы в виде красных точек на головке полового члена, из которых вы­давливаются капельки гноя.**
2. **Двухстаканная проба применяется для суждения о состоянии предста­тельной части мочеиспускательного канала: отделяемое в этой части незна­чительно и смывается первой порцией мочи, поэтому вторая порция может оставаться прозрачной и не содержать нитей.**
3. **Пальпация уретры на буже - определяют наличие или отсутствие в
уретре плотных узелков (литтреитов).**
4. **Пальпация органов мошонки (придаток, яичко, семенной канатик) с
целью выявления инфильтратов, спаек, болезненности.**
5. **Пальпаторное исследование простаты и определение величины, фор­
мы, консистенции, болезненности, уплотнений.**
6. **Массаж простаты и семенных пузырьков; микроскопическое исследо­вание секрета на лейкоциты, лецитиновые зёрна, гонококки, трихомонады, флору.**

**9. Бактериоскопическое исследование выделений из уретры.
10.Бактериологическое исследование выделений из уретры.
Уретроскопия производится с целью установления характера изменений слизистой мочеиспускательного канала при наличии выделений после антибиотикотерапии. Возможные патологоанатомические изменения в урет­ре: мягкий инфильтрат, твёрдый инфильтрат, переходный инфильтрат, вос­паленные Морганиевы пазухи и устья выводных протоков Литтреивых же­лез.**

**Диагноз гонореи, независимо от типичности клиничес­ких признаков, может быть поставлен только при лабо­раторном обнаружении гонококков.**

**При наличии клинических и анамнестических данных, но при отсутствии гонококков таких лиц учитывают как подозрительных на гонорею и прово­дят лечение, как при гонорее. Также поступают с выявленными источника­ми заражения и контактами даже при отсутствии у них клиники и гонокок­ков.**

**ОСЛОЖНЕНИЯ ГОНОРЕИ У МУЖЧИН**

**Без лечения больные гонореей длительное время являются источниками заражения. Кроме того, у них часто развиваются осложнения, которые при­водят к тяжёлым последствиям. Различают следующие осложнения гонореи у мужчин: баланопостит, фимоз, парафимоз; лимфангиит; кавернит; колликулит; стриктуры уретры; эпидндимит; деферентит и фуникулит; орхит; простатит; везикулит.**

* **Гонорея осложняется воспалением головки полового члена - балани-
том и внутреннего листка крайней плоти - поститом. Обычно эти воспале­ния сочетаются, проявляясь баланопоститом. При усилении воспалитель­ных явлений вовлекается вся крайняя плоть, которая отекает и увеличива­ется так, что не удаётся её оттянуть назад и обнажить, развивается фимоз.
Иногда воспалённая и отёчная крайняя плоть ущемляет головку полового члена - развивается парафимоз.**
* **В ряде случаев гонококки проникают в лимфатические сосуды полово­го члена и вызывают их воспаление - лимфангиит. Клинически заболева­ние проявляется плотными набухшими тяжами в области уретральной по­верхности полового члена. Кожа над ними иногда гиперемирована и отёч­на. Лимфангииты могут протекать с повышением температуры тела, озно­бом.**
* **Кавернит (воспаление пещеристых тел полового члена) развивается
при распространении гонококкового процесса за пределы околожелезистойклетчатки уретральных желез в пещеристое тело мочеиспускательного ка­нала. У больных возникает боль в половом члене при эрекции, а в пещери­стом теле прощупываются плотные узелки. При острых кавернитах появля­ются резко болезненная инфильтрация, боль и искривление полового члена
при эрекции, затруднённое мочеиспускание.**
* **Колликулит (поражение семенного бугорка) характеризуется клиничес­кими симптомами заднего уретрита - незначительные выделения из канала, позывы к мочеиспусканию, терминальная гематурия. Нередко колликулит протекает асимптомно и диагностируется только при уретроскопии. Кол­ликулит может привести к преждевременной эякуляции, импотенции, нев­растении.**
* **Стриктуры - сужения мочеиспускательного канала. Наиболее важным симптомом стриктуры является затруднение мочеиспускания. Струя мочи тонкая, а в тяжёлых случаях моча выделяется по каплям. Диагноз ставят на основании анамнеза, жалоб больного, инструментального исследования ка­нала головчатым бужом или эластическими бужами, а также рентгеногра­фии мочеиспускательного канала.**
* **Эпидидимит (воспаление придатков яичек) наблюдается довольно час­
то и возникает вследствие проникновения гонококков в придаток из пред­стательной части мочеиспускательного канала через семявыносящий про­ток. Заболевание начинается внезапно с появления боли в области придат­ка яичка и в паховой области. У больных наблюдаются повышение темпе­ратуры тела до 39-40°С, озноб, головная боль, слабость. При пальпации придаток увеличен, плотный и болезненный. Кожа мошонки напряжена, гиперемирована. Гонококковые поражения придатков приводят к образова­нию рубцов в протоках придатков яичек. В результате этого наступают азо­оспермия и бесплодие.**

**♦Деферентит (поражение семявыносящего протока) и фуникулит (пора­жение семенного канатика) наблюдаются одновременно с поражением придатков яичек. Семявыносящий проток пальпируется в виде плотного, болезненного тяжа. В ряде случаев включаются фасции и мышцы семенно­го канатика, образуя болезненный тяж толщиной с палец.**

**♦ Орхит (поражение яичка) встречается редко. Клинически при этом боль в мошонке значительная, а ухудшение общего состояния более выра­жено, чем при эпидидимите. Иногда воспалительный процесс переходит на оболочки яичка, вызывая в их полости скопление экссудата, который паль­пируется как флюктуирующее образование.**

**♦Простатит (воспаление предстательной железы) протекает остро или хронически. По характеру и степени поражения различают простатит:**

* **катаральный,**
* **фолликулярный,**
* **паренхиматозный*.***

 **При катаральном простатите протоки прилегающих железистых долек предстательной железы воспалены, инфильтрированы, в их просвете име­ется значительное количество лейкоцитов, слизи, эпителия, гонококков. Больные при этом жалуются на учащённые позывы к мочеиспусканию. От­мечается лёгкое жжение или щекотание в области промежности, незначи­тельное ощущение давления в области заднего прохода. Моча прозрачная с примесью единичных нитей и хлопьев. Пальпаторно в предстательной же­лезе никаких изменений не выявляется. Простатит может быть распознан только при микроскопическом исследовании секрета, в котором выявляет­ся повышенный лейкоцитоз, а также иногда гонококки.**

 **Фолликулярный простатит развивается вследствие дальнейшего рас­пространения воспалительного процесса с закупоркой выводных протоков желез и образованием наполненных гноем изолированных фолликулов. У больных в области промежности появляется чувство жара, болезненность в конце акта мочеиспускания. При пальпации предстательная железа может быть увеличена, прощупываются отдельные болезненные шаровидные уп­лотнения.**

**Паренхиматозный простатит возникает при вовлечении в процесс мы-шечно-эластической стромы предстательной железы. Отдельные воспали­тельные инфильтраты, разрушая паренхиму железы, сливаются между со­бой и образуют вначале ограниченные гнойные полости. Сливаясь между собой, гнойники могут образовывать один большой абсцесс, который за­хватывает целую долю и даже всю железу. Субъективные и объективные**

**симптомы паренхиматозного простатита соответствуют симптомам заднего уретрита. Возможно затруднение мочеиспускания и даже полная задержка мочи. У больных появляются ощущения давления и полноты в заднем про­ходе, боль при дефекации. Боль нередко иррадиирует в половой член, кре­стец, таз. При пальпации обнаруживается увеличение предстательной же­лезы за счёт поражённой доли или всей железы.**

**Хронический простатит часто приобретает затяжное течение. Появляют­ся различные функциональные расстройства мочеполового аппарата; ос­лабление эрекции, преждевременная эякуляция, снижение оргазма. Неред­ко больные отмечают быструю утомляемость, снижение работоспособно­сти, становятся раздражительными. В секрете предстательной железы от­мечается повышенное содержание лейкоцитов, уменьшение числа липоидных зёрен, а иногда их полное отсутствие. Гонококки в секрете предста­тельной железы больных хроническим простатитом содержатся редко. Простатит може быть вызван и смешанной гонококковой инфекцией: гоно­кокковой и хламидийной, микоплазменной, трихомонадной или другой ба­ктериальной.**

**♦Везикулит (воспаление семенных пузырьков) часто сочетается с про­статитом и эпидидимитом. Клинические проявления везикулита обычно за­вуалированы симптомами заднего уретрита, эпидидимита или простатита. Больные жалуются на выделения, зуд и боль в мочеиспускательном канале, боль в конце акта мочеиспускания. Возможны терминальная гематурия, по­вышенная половая возбудимость, частые поллюции и эрекции, болезнен­ные эякуляции, а также гной и кровь в сперме. Семенные пузырьки при ве­зикулите пальпируются выше долей предстательной железы в виде продол­говатых болезненных образований.**

**ГОНОРЕЯ У ЖЕНЩИН**

**Особенностями гонорейной инфекции у женщин являются:**

**- вялое, бессимптомное течение (связано с пониженной функцией яич­ников; неадекватной дозой сульфаниламидов, которые снижают вирулент­ность гонококков; образованием L-форм гонококка);**

**- инфекция часто протекает как смешанная (гонорейно-трихомонадная, гонорейно-хламидийная, гонорейно-микоплазменная, гонорейно-кандидозная);**

**- инфицируется несколько органов (многоочаговое поражение).**

**Выделяют гонорею нижнего отдела половых органов (уретрит, парауретрит, бартолинит, вестибулит, цервицит, эндоцервицит) и гонорею верхнего отдела половых органов, или восходящую гонорею (эндометрит, сальпин­гит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит).**

**♦Гонококковый процесс у женщин при поражении уретры локализуется в эпителии слизистой оболочки мочеиспускательного канала. Уретрит со­провождается зудом в уретре, болью в начале мочеиспускания и учащён­ными позывами к нему, а также незначительными, слизистыми, почти бес­цветными выделениями. При уретроскопии определяют изменения слизи­стой оболочки мочеиспускательного канала в виде мягкого инфильтрата.**

* **Парауретрит часто сочетается с уретритом гонококковой этиологии.
Воспалительный процесс в протоках определяется по гиперемии их устьев и слизистым или слизисто-гнойным выделениям, которые появляются при выдавливании в виде капли. В выделениях обнаруживаются гонококки.**
* **Вестибулит (поражение преддверия влагалища) обусловлен гонорей­
ным процессом в ямке и луковице преддверия влагалища, мелких желёзках в области клитора, в бороздках между малыми половыми губами и в про­межуточной части луковицы преддверия влагалища. Слизистая оболочка преддверия влагалища гиперемирована, отёчна, покрыта слизисто-гнойными выделениями. В области ямки, луковицы и выводных протоков малых преддверных желёз имеются воспалительные явления.**
* **Бартолинит (поражение больших желёз преддверия влагалища). Гоно­кокки обычно размножаются в цилиндрическом эпителии выводных прото­ков больших желёз преддверия. Признаком поражения протока является гиперемированное пятно величиной с горошину с тёмно-красной точкой в центре, соответствующей устью выводного протока железы. При пальпа­ции воспалённой большой железы преддверия из устья выводного протока удается выдавить каплю слегка мутной слизи. Если выводной проток за­крывается, образуется различной величины болезненная киста, наполнен­ная патологическим секретом и набухшая по направлению к преддверию
влагалища. Иногда в воспалительный процесс вовлекаются окружающие ткани, что приводит к образованию болезненного инфильтрата, который располагается сбоку у отверстия влагалища. Вокруг воспалённой железы возникают отёк, гиперемия, болезненность. Наиболее тяжёлые формы бартолинита возникают при смешанной инфекции - гонококковой и хламидийной.**

**♦Цервицит и эндоцервицит (воспаление шейки и шеечного канала мат­ки) - наиболее распространенное проявление гонококковой инфекции у женщин. У больных обнаруживается слизистогнойное отделяемое из кана­ла шейки матки. При осмотре влагалищной части шейки матки с помощью зеркала обнаруживают отек, гиперемию, эрозии вокруг наружного отвер­стия шейки матки в виде "красного венчика". Хронический эндоцервицит может протекать без выраженных клинических симптомов и местных вос­палительных процессов.**

**♦ Эндометрит (воспаление слизистой оболочки матки) может быть ост­
рым или хроническим. При остром течении гонорейного эндометрита по-**

**вышается температура тела, наблюдается лейкоцитоз. У больных постепен­но усиливается боль внизу живота, нарушаются сроки менструации. На­блюдаются слизисто-гнойные или кровянистые выделения из канала шейки матки. Матка увеличена, тестоватой консистенции, болезненна. При хрони­ческом процессе жалобы менее выражены, боли внизу живота появляются лишь при физических напряжениях и половых сношениях, отмечаются на­рушения менструального цикла. При хроническом процессе матка несколь­ко увеличена и плотна.**

**♦Сальпингит является наиболее частым проявлением восходящей гоно­кокковой инфекции. Различают следующие виды гонококкового поражения труб матки: катаральный сальпингит, глубокий гнойный сальпингит, нодозный сальпингит, пиосальпинкс, гидросальпинкс, аднекстумор. При ка­таральном сальпингите поражается слизистая оболочка труб матки (гипе­ремия, отек слизистой оболочки и умеренная секреция); труба отёчная, равномерно утолщённая, пальпируется при исследовании. В ее просвете скапливается серозно-гнойная жидкость, нередко образуются внутренние спайки. Глубокий гнойный сальпингит характеризуется переходом вос­палительного инфильтрата глубже в подсерозный и мышечный слои трубы, которая утолщается и стенки её уплотняются. При прогрессировании про­цесса складки труб отекают, препятствуя прохождению секрета, который при закрытии воронки растягивает стенки трубы, развиваются гидросаль-пинкс или пиосальпинкс с гнойным содержимым. Через брюшной ко­нец трубы гной может вытекать в полость тазовой брюшины, где под воз­действием гонотоксина выделяется транссудат с большим количеством фи­брина. Между воспалённой трубой, яичником, маткой, кишечными петля­ми, сальником образуются спайки, что приводит к образованию конгломе­ратной опухоли, в которой невозможно различить отдельные органы (аднекстумор) Гонококковые сальпингиты протекают подостро, вяло, с не­значительными симптомами. Больные предъявляют жалобы на ноющие бо­ли внизу живота, иногда схваткообразные, усиливающиеся при физичес­ком напряжении, во время менструации, при дефекации. Заболевание пери­одически обостряется вследствие употребления алкоголя и после половых сношений.**

**♦ При гонококковом сальпингоофорите больные жалуются на ноющую боль внизу живота и в области крестца, усиливающуюся при напряжении брюшной стенки. Иногда повышается температура тела до 38-39°С, отме­чается озноб. Нарушаются ритм, интенсивность и длительность менструа­ций. Гонококки на поверхности яичника вызывают слущивание эпителия, что в последующем из-за слипчивого воспаления между маточной трубой и яичником приводит к образованию спаек. Вследствие гонококкового сальпингоофорита может развиться непроходимость маточных труб, приводящая к бесплодию женщин, внематочной беременности, ограниченному пе­ритониту.**

**♦Гонорейный пельвиоперитонит возникает вследствие инфицирования брюшины гонококками из брюшного отверстия маточной трубы, из вскрывшихся пиосальпинкса, пиовариума, а также проникновения их из подсерозной основы маточной трубы по лимфатическим сосудам. Клини­ческая картина вначале развивается на фоне симптомов, характерных для сальпингита. Больных беспокоят резкие, схваткообразные боли внизу жи­вота, метеоризм, запоры, тошнота, рвота, повышение температуры тела до 38-40°С. Брюшная стенка напряжена, положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При бимануальном исследовании в прямокишечном простран­стве определяется выпот, выпячивающий задний свод влагалища и смеща­ющий матку вперёд и вверх. Над симфизом чётко определяется верхняя граница выпота. Гнойный выпот может самостоятельно вскрыться в сосед­ние органы (прямую кишку, мочевой пузырь, влагалище). Диагноз восходя­щей гонореи и пельвиоперитонита ставится на основании данных анамне­за, клиники и после обязательного обнаружения гонококков в мазках или в посеве отделяемого мочеполовых органов. Одним из последствий гонокок­кового пельвиоперитонита является первичное или вторичное бесплодие.**

**ЛЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ**

**Основное внимание уделено методикам однократного лечении неосложненной гонореи нижних отделов мочеполового тракта Цефиксим — 400 мг перорально однократно. Цефтриаксон — 250 мг в/м 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) в/м однократно. Препарат показан при непереносимости хинолонон и цефалоспоринов.**

**Цефодизим — 250-500 мг в/м однократно. Цефуроксим — 1,5 г в/м однократно.**

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

**При обнаружении в регионах бета-лактамазопродуцирующих штаммов *N.gonorrhoeae* целесообразно назначать препараты, не содержащие бета-лактамного кольца или подавляющие активность бета-лактамазы (потенцированные клавуланатом — аугмент и амоксиклав) [К.К. Борисенко, А.А. Аковбян, М.М. Васильев]**

**Для этиологического лечения осложненной гонококковой им фекции мочеполовой системы и органов малого таза назначают Цефтриаксон — 1,0 г в/м или в/в каждые 24 ч. Альтернативные схемы лечения.**

**Канамицин — 1 млн. ЕД в/м каждый 12 ч.**

**Спектиномицин — 2,0 г в/м каждые 12 ч.**

**Цефотаксим — 1,0 г в/в каждые 8 ч.**

**Ципрофлоксацин — 500 мг в/в каждые 12 ч.**

**Терапия данными препаратами должна продолжаться не ме­нее 24 ч 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 ч.**

**Ломефлоксацин — 400 мг перорально каждые 12 ч.**

**Метациклин (рондомицин) — 0,3 г перорально каждые 6 ч.**

**Офлоксацин — 400 мг перорально каждые 12 ч.**

**Пефлоксацин — 400 мг перорально каждые 12 ч.**

**Ципрофлоксацин — 500 мг перорально каждые 12 ч.**

**Цефодизим — 500 мг в/м однократно.**

**Имеются данные об эффектвиности вильпрафена, суметролима, нетромицина, уротрактина.**

**При отсутствии эффекта лечения необходимо определение чувствительности гонококка к антибиотикам, а также определе­ние бета-лактамазной активности гонококка. Назначаются комби­нации препаратов других химических групп.**

**Гонококковая инфекция у новорожденных**

**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**

**Цефтриаксон — 25-50 мг/кг массы тела (но не более 125 мг) в/м или в/в 1 раз в сут. в течение 2-3 дней.**

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

**Нитрат серебра — 1% водный раствор однократно.**

**Эритромицин — 0,5% глазная мазь однократно.**

**Тетрациклин — 1% глазная мазь однократно.**

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Аковбян В.А., Прохоренков В.И.Болезни, передаваемые половым путем: уроки прошлого и взгляд в будущее. // Вестн. дерматол. 2005. № 3. С. 16-20
2. Адаскевич В.П. Заболевания, передаваемые половым путём. - Витебск: Изд-во Витебского медицинского института, 1996. - 280 с.
3. Анчупане И.С. Урогенитальный трихомониаз и смешанные трихомонадно-го-нококко-хламидийные инфекции (особенности эпидемиологии в Латвии, совер­шенствование диагностики и лечения): Автореф. дис. канд мед наук - М 1992.-17 с.
4. Васильев М.М., ДмитриевГА., Газарян И.Ю. и др.Современные ас­пекты терапии гонококковой инфекции // Вестн. дерматол. 1996. № 3. С. 27-32.
5. Васильев М.М., Мелькумое А.В., Масюкова С А., Боровик В.З. Клинические особенности и лечение хронической гонорейно-хламидийно-уреаплазменной инфекции мужчин // Вестн. дерматол. -1988. - № 9. - С. 34-37.
6. Громыко А.И.Эпидемия заболеваний, передаваемых половым путем в странах Восточной Европы // ЗППП. 1996. № 6. С. 22-25.
7. Дмитриев Г.А. Смешанные бактериальные и вирусные инфекции уро-генитального тракта // Вестн. дерматол. 1990. № 2. С, 29-31.
8. Зудин Б.И., Кисина В.И. Максакеин в лечении инфекционных заболева­ний урогенитального тракта // ЗППП. 1994. № 5. С. 5-9.
9. Евстигнеева Н.П. Урогенитальный уреаплазмоэ и смешанная гонореинм уреаплазменная инфекция инфекция у женщин (клинико-лабораторное и электронно-микроскопическое исследование): Автореф. дис. ...канд.мед.наук м 1987.
10. Инструкция по лечению и профилактике гонореи. - Минск, 2003. – 59с.