**Гонорея у мужчин**

Гонококковая инфекция у мужчин чаще всего протекает в форме поражения мочеиспускательного канала (уретрит). Заболевание развивается после скрытого периода, составляющего в среднем 5-7 дней (иногда от 1 до 23 нед и более).

Обследование больного

Обследование больного начинают с изучения анамнеза. Выясняют характер половой жизни, дату последней половой связи, время появления выделений из уретры и других симптомов. Следует уточнить, получал ли больной какие-либо лекарственные препараты во время вероятной инкубации или после начала болезни. Одновременно собирают сведения о предполагаемом источнике и других половых партнерах. Необходимо выяснить, болел ли пациент в прошлом венерическими заболеваниями, в том числе гонореей, и другими мочеполовыми инфекциями, насколько полноценными были лечение, последующее диспансерное наблюдение.

Топическая диагностика начинается с осмотра полового члена и его пальпации. Обращают внимание на состояние крайней плоти, уздечки, наличие парауретральных ходов, аномалий развития уретры, воспалительных изменений в области ее наружного отверстия, кожи головки и крайней плоти. Пальпацией определяют наличие инфильтратов и узелковых уплотнений в уретре, в коже полового члена и паховых лимфатических узлах. Учитывают количество, цвет, консистенцию отделяемого из уретры и берут материал для микроскопии, а при необходимости и для посева на гонококки. Осматривают область заднего прохода.

После взятия мазков больной выпускает мочу в два стакана. Помутнение, гнойные нити и хлопья только в первом стакане, как правило, свидетельствуют об изолированном поражении переднего отдела уретры (передний уретрит). При тотальной пиурии (высокий лейкоцитоз в обоих стаканах) необходимо выяснить ее источник (предстательная железа, семенные пузырьки, воспаление верхних мочевых путей). Если моча мутная при скудных выделениях из уретры или при их отсутствии, это может быть связано, как и помутнение только второй порции мочи, с нарушением солевого обмена. В последнем случае подогреванием мочи и добавлением к ней разведенной хлористоводородной кислоты легко устраняют помутнение.

Чаще всего в амбулаторных условиях применяют двухстаканную пробу Томпсона. Нужно соблюдать два правила, чтобы она дала достоверные результаты. Во-первых, больной должен мочиться последовательно в два стакана, не прерывая мочеиспускания. Во-вторых, количество мочи, выпускаемой в первый стакан, должно быть тем больше, чем больше гноя имеется в переднем отделе уретры. При малосимптомных, торпидных и хронических уретритах с незначительным отделяемым первый стакан нельзя наполнять более чем на четверть (около 40-50 мл), иначе патологические включения будут разбавлены слишком сильно и не вызовут помутнения мочи. Двухстаканная проба пригодна для топической диагностики только при относительно большом количестве отделяемого в уретре.

Гонорея у мужчин, как правило, представляет собой специфическое воспаление мочеиспускательного канала. Все остальные виды гонорейных поражений, за небольшим исключением, следует расценивать как осложнения уретрита.

Гонорейный уретрит (Urethritis)

Свежий гонорейный уретрит подразделяют в зависимости от течения на следующие формы: острый, подострый и торпидный.

*Острый свежий гонорейный уретрит* характеризуется выраженными воспалительными изменениями: губки наружного отверстия уретры резко гиперемированы, отечны и слегка выворочены. Уретра инфильтрирована, при пальпации отмечается ее болезненность, иногда в ней прощупываются мелкие болезненные узелки размером с просяное зерно.

Довольно часто гиперемия и отечность распространяются на кожу головки полового члена и крайнюю плоть. Из уретры свободно вытекают обильные гнойные выделения желто-зеленого цвета, оставляющие пятна на белье. На головке полового члена могут образовываться поверхностные эрозии. Гнойный экссудат скапливается в препуциальном мешке, к нему присоединяется вторичная бактериальная флора, что при узкой и длинной крайней плоти нередко приводит к воспалительному фимозу.

При остром переднем гонорейном уретрите больные обычно жалуются на режущие боли в начале мочеиспускания, когда сильная струя мочи растягивает воспаленную и местами эрозированную слизистую оболочку уретры. У некоторых больных отмечаются болезненные эрекции, а при ярко выраженном воспалении половой член все время находится в полуэрегированном состоянии. В таких случаях появляются кровянисто-гнойные выделения, так называемый геморрагический вариант течения острого гонорейного уретрита (в настоящее время встречается довольно редко). Если воспалительный процесс ограничен лишь слизистой оболочкой передней уретры, то при двухстаканной пробе моча в первом стакане, смывая из уретры гной, будет мутной, а во втором стакане - чистой, прозрачной.

При вовлечении в процесс заднего отдела уретры возникают учащенное мочеиспускание с императивными позывами, резкие боли в конце его вследствие судорожного спазма воспаленного внутреннего сфинктера, тотальная пиурия (моча мутная в обоих стаканах), терминальная гематурия, приводящая к окрашиванию мочи в цвет мясных помоев. При тотальном уретрите поражаются не только слизистая оболочка заднего отдела уретры и шейка мочевого пузыря, но и расположенный в задней уретре семенной бугорок; в таком случае могут возникнуть симптомы колликулита, выражающиеся в учащенных и болезненных эрекциях, иногда гемоспермии. Общее состояние больного не нарушается. Даже без лечения через 2-3 нед острые воспалительные явления постепенно стихают, уменьшается количество отделяемого, субъективные расстройства ослабевают, уретрит принимает подострый характер, а в дальнейшем переходит в хроническую форму.

*Подострая форма гонорейной инфекции* в настоящее время встречается очень часто, поэтому ее нередко считают "классической" острой гонореей. Подострый гонорейный уретрит с самого начала характеризуется менее выраженными воспалительными изменениями.

При подостром свежем переднем гонорейном уретрите гиперемия и отек губок наружного отверстия уретры выражены слабее, гиперемия не распространяется на кожу головки и крайней плоти. Отделяемого меньше, оно чаще накапливается после длительной задержки мочи, например после сна, хотя стекающий гной оставляет небольшие пятна на белье. Выделения бывают гнойного, гнойно-слизистого характера беловатого цвета. При двухстаканной пробе моча в первом стакане мутная или опалесцирующая, с тяжелыми гнойными нитями. Режущие боли и жжение в начале мочеиспускания также значительно меньшие, чем при острой форме. В том случае, когда воспалительный процесс переходит в задний отдел уретры, субъективные расстройства усиливаются и появляются типичные симптомы заднего уретрита, однако они выражены слабее, чем при острых формах. Изменение мочи отмечается в первом и втором стаканах.

Термин "торпидная форма гонорейного уретрита" предложен И.М. Порудоминским в 1952 г. Ее называют также малосимптомной, субклинической формой гонореи. При этом с самого начала уретрит характеризуется небольшими субъективными и объективными расстройствами: умеренная боль в начале мочеиспускания или зуд в области уретры. Иногда никаких субъективных расстройств свежий торпидный уретрит не вызывает и больные могут даже не заметить своего заболевания. Этот факт имеет важное эпидемиологическое значение. Область наружного отверстия может быть слегка воспалена или даже не изменена. Отделяемое из уретры скудное, слизисто-гнойного характера, иногда оно бывает заметным только по утрам после ночного перерыва в мочеиспускании или при выдавливании из уретры. В ряде случаев бывает так мало отделяемого, что свободных выделений вообще нет, а экссудат засыхает в виде корочки на губках наружного отверстия или остается на стенках в глубине уретры. Моча в первом стакане прозрачная с небольшим количеством тяжелых, оседающих на дно гнойных нитей и хлопьев или слегка мутноватая (опалесцирующая).

Воспаление уретры иногда диагностируется только по увеличению числа лейкоцитов в соскобах со слизистой оболочки уретры и по патологическим включениям в моче. Переход воспаления на заднюю уретру происходит малосимптомно. Поставить диагноз заднего уретрита можно лишь на основании обнаружения патологических примесей (гнойных нитей и хлопьев) во второй порции мочи при двухстаканной пробе. Переходу процесса на задний отдел уретры способствуют половое возбуждение, нерациональное лечение, употребление алкоголя. При поражении заднего отдела уретры довольно часто отмечаются осложнения со стороны половых желез. Торпидный уретрит постепенно переходит в хроническую стадию гонореи. Бывает довольно сложно провести дифференциальную диагностику между торпидным течением свежей и хронической гонореи, так как не всегда больные знают о начале заболевания.

В основном внешние симптомы хронического гонорейного уретрита сводятся к так называемой утренней капле - небольшому скоплению уретрального экссудата, выдавливаемому утром после сна; иногда свободные выделения вообще отсутствуют. Постановке диагноза помогают анамнез (давность заболевания более 2 месяцев) и уретроскопия. При хронической гонорее выявляются инфильтраты (мягкие и твердые), метаплазированные участки слизистой оболочки, иногда рубцовые сужения уретры. Очень часто развиваются осложнения, среди которых первое место принадлежит хроническому простатиту.

**Осложнения гонорейного уретрита**

Кожа поражается редко. Острый гонорейный уретрит может усложняться воспалением внутреннего листка, крайней плоти, головки полового члена (баланопостит) и воспалительным фимозом. На коже полового члена появляются эрозии и изъязвления, обусловленные гонококками. Они немногочисленны, почти безболезненны, локализуются чаще в области уздечки. При расположении их на коже полового члена и прилегающих участках (бедра, лобок) могут покрываться корками, напоминая шанкриформную пиодермию или эктиму.

Возможно гонорейное воспаление срединного шва полового члена. Вероятно, возникновению первичных гонококковых воспалений кожи способствуют случайные травмы.

Иногда гонококки проникают в тизоновы железы. Тизонит, как правило, остается незамеченным, пока не произойдет закупорка выводного протока железы. С одной стороны уздечки образуется умеренно болезненная флюктуирующая припухлость, покрытая покрасневшей кожей. Абсцесс может самопроизвольно вскрыться, но чаще всего его приходиться вскрывать хирургическим путем. В полученном гное содержатся гонококки.

*Парауретрит.* Воспаление парауретральных ходов носит название парауретрита (paraurethritis). Чаще всего парауретрит остается незамеченным больными, поскольку не дает субъективных расстройств. Устье пораженного парауретрального хода гиперемировано, отечно, при надавливании из него выделяется капля гноя, в котором содержатся гонококки. Воспаленные парауретральные ходы в толще крайней плоти или в коже полового члена прощупываются плотными длинными тяжами. С пораженных парауретральных ходов возможна реинфекция гонореи. Иногда из-за закупорки воспалительным инфильтратом узкого и извилистого парауретрального хода в нем образуются один или несколько абсцессов размером с лесной орех. Абсцесс парауретрального хода и абсцесс тизониевой железы следует дифференцировать от периуретрального абсцесса.

*Периуретральный абсцесс* возникает в результате внедрения гонококков в периуретральную клетчатку и кавернозное тело уретры. Плотный, болезненный, без четких границ воспалительный инфильтрат образует припухлость, которая может затруднять мочеиспускание или приводить к болезненным эрекциям с искривлением полового члена кпереди при локализации в кавернозном теле (кавернит). В дальнейшем инфильтрат подвергается гнойному расплавлению, вскрываясь в уретру или через кожу полового члена. При своевременном лечении антибиотиками и назначении тепловых процедур инфильтрат может бесследно рассосаться.

*Лимфангит полового члена и паховый лимфаденит* наблюдаются, как правило, при остром течении уретрита, который осложнен фимозом или парафимозом.

*Куперит (Cowperitis).* Поражение гонококками выводных протоков бульбоуретральных желез (желез Купера) - куперит - может протекать незаметно для больного или, наоборот, остро. Различают четыре формы куперитов: катаральную, когда воспалительный процесс локализуется в выводных протоках и отчасти в поверхностных слоях самой железы; фолликулярную, когда в результате закупорки воспалительным отеком отдельных ходов железы образуются псевдоабсцессы; паренхиматозную, когда из-за задержки продуктов воспаления в железистых ходах в патологический процесс вовлекаются паренхима и межуточная ткань железы; паракуперит, когда воспалительный процесс распространяется на окружающую клетчатку.

Катаральный и фолликулярный купериты не вызывают значительных субъективных нарушений. О воспалительном процессе в куперовой железе свидетельствует болезненность при надавливании на область железы. При паренхиматозной форме поражения больного беспокоят боли в промежности, усиливающиеся при дефекации и движении. Если воспалительный процесс распространяется на клетчатку, окружающую железу, появляются затруднения во время мочеиспускания, а на промежности сбоку от средней линии определяется болезненный узелок.

В процессе паракуперита опухоль без резких границ распространяется до мошонки, кожа над нею гиперемирована, опухоль флюктуирует. Общее состояние больного ухудшается, температура тела у него становится 38 градусов С и выше. Если острый куперит переходит в хронический, в железе образуются ограниченные инфильтраты, в которых довольно часто обнаруживаются гонококки. Могут образовываться также ретенционные кисты, псевдоабсцессы, содержащие гонококки. Обычно хронический паракуперит протекает без неприятных ощущений, реже у больных отмечается болезненность в области промежности, особенно во время сидения, появляются выделения из уретры. Хронический куперит обусловливает длительный гонорейный уретрит и его рецидивы. В таких случаях выявляются ограниченное болезненное уплотнение величиной с горошину в куперовой железе, а в ее секрете - лейкоциты и гонококки. Диагноз гонорейного куперита ставится на основании анамнеза, пальпации куперовой железы, бактериоскопии ее секрета, в котором отмечаются лейкоциты. При остром куперите массаж железы противопоказан.

*Эпидидимит (Epididymitis).* Гонорейный эпидидимит бывает односторонним или двусторонним. Его развитию способствуют различные физические напряжения, половое возбуждение и сношения, массаж предстательной железы, инструментальное исследование задней уретры или действие других неблагоприятных факторов. Развивается, как правило, остро. Появляются боли в пораженном придатке яичка, повышается температура тела до 38-40 градусов С, отмечаются головные боли, недомогание. Явления острого или подострого гонорейного уретрита в это время стихают. В течение 2-3 дней все болезненные явления нарастают, а затем постепенно за 3-4 нед уменьшаются. Процесс чаше односторонний. Кожа пораженной половины мошонки гиперемирована, отечная и горячая на ощупь. В пораженном придатке определяется плотный болезненный инфильтрат с гладкой поверхностью. Обычно он располагается в хвосте придатка, иногда захватывает его тело и голову. Иногда эпидидимиту сопутствует выпот в оболочке яичка (гидроцеле, острый периорхит).

Инфильтрат в придатке яичка, как правило, полностью не разрешается, а частично замещается рубцовой тканью, сдавливающей проток придатка яичка. Если воспаление было двусторонним, то наступающая азооспермия приводит к бесплодию.

В 80-85% случаев одновременно с придатками яичек поражаются предстательная железа и семенные пузырьки.

*Простатит (Prostatitis).* Воспаление предстательной железы - простатит - наиболее частое осложнение гонореи у мужчин. Простатит подразделяется на острый и хронический. Различают простатит катаральный, когда воспалительный процесс распространяется на выводные протоки предстательной железы и отчасти на слизистую оболочку прилегающих железистых долек; фолликулярный, когда в результате воспаления в железистых дольках устья выводных протоков закупориваются воспалительным инфильтратом или слизисто-гнойными пробками и появляются наполненные гноем фолликулы (псевдоабсцессы); паренхиматозный, возникающий либо первично, либо в результате дальнейшего прогрессирования воспалительного процесса, когда поражается вся ткань железы; абсцедирование предстательной железы, когда расплавляется ткань на месте инфильтратов и образуются многочисленные ограниченные гнойники, которые, сливаясь между собой, формируют большие гнойные полости.

Симптомы катарального и фолликулярного простатита протекают с симптомами заднего уретрита: учащенные повелительные позывы к мочеиспусканию, боль в конце мочеиспускания, признаки тотальной пиурии, а иногда и терминальной гематурии. У больных катаральным простатитом при пальпации изменения предстательной железы не определяются, а у лиц, страдающих фолликулярным простатитом, в железе можно обнаружить более или менее болезненные узелки различной величины. Клиника острого паренхиматозного простатита зависит от расположения очагов воспаления в железе: если они находятся вблизи уретры, появляются симптомы заднего уретрита (частое и болезненное мочеиспускание, чаще в ночное время, болезненные эрекции); если же ближе к прямой кишке - боли в промежности, запоры и боли при дефекации. При образовании абсцесса в железе все патологические явления резко усиливаются, вплоть до задержки мочи. Появляется общее недомогание, температура тела повышается до 38- 39 градусов С.

Диагностика острого катарального простатита представляет собой сложную задачу, так как пальпаторно невозможно обнаружить изменения в железе, а исследовать ее секрет в острой стадии противопоказано. Острый паренхиматозный и фолликулярный простатиты определяются на основании пальпаторных данных: болезненность, уплотнение и увеличение всей железы или доли (паренхиматозный простатит) либо немногочисленные болезненные узлы величиной с горошину и более (фолликулярный простатит). Диагноз абсцесса предстательной железы ставится на основании ухудшения общего состояния больного, повышения температуры тела, определения флюктуации в пораженной доле железы и задержки мочи.

Хронический простатит может начаться первично или же возникнуть после острого простатита. Патогенез хронического простатита при гонорее сложен. Гонококки в секрете пораженной простаты даже у нелеченых больных обнаруживаются очень редко. После применения антибактериальных препаратов воспалительный процесс в железе обычно не купируется. Правда, иногда простата служит как бы резервуаром латентной инфекции.

Низкую эффективность противогонорейной терапии при хронических простатитах, возникших у больных гонореей, вероятно, можно объяснить тем, что гонококки лишь приводят в действие "пусковой механизм" воспалительного процесса в предстательной железе, который затем поддерживается другими факторами - инфекционными и неинфекционными. Во многих случаях хронический простатит протекает субъективно бессимптомно. Только при пальпации - и анализе секрета обнаруживаются патологические изменения: в секрете количество лейкоцитов превышает 10-15 в поле зрения, лейкоциты скапливаются кучками, уменьшается количество липидных зерен, нарушается кристаллизация секрета.

В других случаях появляются зуд и жжение в уретре, скудные выделения из нее, нити и хлопья в моче, иногда боли, отдающие в крестец, поясницу, ощущение давления в области заднего прохода и промежности. Если поражена задняя уретра, учащаются позывы к мочеиспусканию, особенно в ночное время. Моча прозрачная, но в первой или в обеих порциях мочи обнаруживаются нити и хлопья. Для хронического простатита характерно наличие нитей в виде запятых во второй порции мочи.

В ряде случаев развивается простаторея: свободное выделение нескольких капель секрета железы в виде мутноватой жидкости после мочеиспускания или дефекации вследствие нарушения тонуса гладкой мускулатуры выводных протоков. У больных с длительными воспалительными процессами часто наступают половые дисфункции: частые эрекции, поллюции, преждевременные эякуляции, иногда боли при эякуляции и снижение оргазма. Поскольку хронический простатит часто бессимптомен, необходимо у всех больных хронической гонореей исследовать железу. Рецидивы уретрита и неудачи в лечении иногда зависят от сохранения очага инфекции в предстательной железе.

*Везикулит (Vesiculitis).* Воспаление семенного пузырька ( везикулит, сперматоцистит) редко бывает изолированным, в основном оно сочетается с простатитом и эпидидимитом. Протекает остро или хронически. Различают четыре формы везикулитов: катаральную, глубокую, эмпиему семенного пузырька и паравезикулит.

У больных катаральной формой изменена только слизистая оболочка, в которой отмечаются признаки де- сквамации и пролиферации эпителия. В просвете семенных пузырьков обнаруживают лейкоциты и эритроциты, эпителиальные клетки и гонококки.

При глубокой форме воспалительный процесс поражает подслизистый и мышечный слои семенного пузырька. Пузырек увеличен, стенки его уплотнены, просвет заполнен гнойным содержимым. В дальнейшем мелкоклеточный инфильтрат рассасывается или замещается соединительной, а затем и рубцовой тканью.

*Эмпиема семенного пузырька* образуется как результат частичного или полного сдавления семявыносящего протока воспалительным инфильтратом, и продукты воспаления накапливаются в полости пузырька.

Если воспалительный инфильтрат не ограничивается стенкой семенного пузырька и распространяется на окружающую клетчатку, развивается паравезикулит. Симптомы везикулитов весьма разнообразны и делятся на уретральные (зуд, покалывание и боли в уретре, иногда учащенные позывы к мочеиспусканию, боли в конце мочеиспускания, терминальная гематурия); нервно-половые расстройства (частые и болезненные эрекции и поллюции, гемо- и пиоспермия, боли при эякуляции, болезненный оргазм в результате сокращения инфильтрированной стенки семенного пузырька, в более поздних стадиях воспаления слабые эрекции, преждевременная эякуляция, сперматорея); болевые симптомы (боли в промежности при половом возбуждении, прямой кишке, пояснице, иррадиирующие в уретру, яички); общие проявления заболевания (общее недомогание, вялость, апатия в результате всасывания гонотоксина из воспаленного семенного пузырька в кровь).

Везикулиты могут протекать и без неприятных ощущений и выявляться только при пальпации и исследовании секрета. У больных катаральным везикулитом пальпаторно изменения семенных пузырьков не выявляются, но в секрете обнаруживают большое количество лейкоцитов. У лиц, страдающих глубокой формой везикулита, на месте воспаленного семенного пузырька прощупывается плотный тяж. При эмпиеме семенной пузырек представляет болезненную грушевидную или колбасовидную флюктуирующую опухоль. В результате развития паравезикулита в области пузырька определяется инфильтрат без границ, который распространяется на окружающую клетчатку.

*Деферентит (Deferentitis).* Воспаление семявыносящего протока нередко сочетается с гонорейным эпидидимитом. При вовлечении в патологический процесс он прощупывается в виде плотного болезненного тяжа, отходящего от пораженного придатка яичника.

*Фуникулит (Funiculitis)* - воспаление семенного канатика. Пораженный канатик пальпируется в виде толстого болезненного шнура диаметром 1-2 см тестоватой консистенции, в котором нельзя различить составные части.

*Стриктура уретры* - рубцовое сужение уретры, развивающееся при длительном течении хронической гонореи под влиянием эндотоксина гонококка, обладающего склерозирующим действием. В основном локализуется в луковичной части уретры, но может быть у наружного отверстия или в любом другом месте уретры. Процесс обычно множественный и приводит к циркулярному сужению просвета уретры на ограниченном участке или на протяжении целого сегмента. Клинически проявляется выделениями, постепенным истончением струи мочи, снижением ее напора, более длительным опорожнением мочевого пузыря, потребностью натужиться при мочеиспускании. Постепенно дистальнее стриктуры образуются участки расширения, в которых вторично развивается хроническое воспаление. В запущенных случаях развиваются периуретральные абсцессы, мочевые свищи, цистопиелиты, пиелонефриты.