

ТЕРМІН	ВИЗНАЧЕННЯ
Гонорея	загальне інфекційне захворювання з переважними проявами специфічного запалення на слизових оболонках сечостатевих органів. Запальні явища можуть розвиватися також на слизовій оболонці прямої кишки, кон'юнктиви, порожнини рота й глотки
Збудник гонореї:	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> – грамнегативний нерухомий диплокок, що має форму кавових зерен, складених увігнутими сторонами усередину, і розділених вузькою щілиною, розміром 1,25мк у довжину і 0,7мк у ширину, аероб чи факультативний анаероб. Гонококи відкриті А. Нейсером у 1879 р. Вони добре забарвлюються усіма аніліновими барвниками і знебарвлюються за умови використання методу Грама (грамнегативні), що відрізняє їх від інших диплококів. Гонококи паразитують лише в організмі людини і уражають органи, вкриті переважно циліндричним епітелієм. Гонококи досить стійкі у людському організмі, але поза організмом швидко гинуть. Під впливом несприятливих чинників (особливо антибіотиків) гонококи можуть змінювати свою форму, тинкторіальні та біологічні властивості, інколи трансформуються в L-форму, повертаючись знову в типову форму за сприятливих умов.
Шляхи передачі	Гонорея передається звичайно статевим шляхом. Позастатеве інфікування буває рідко, переважно у маленьких дівчаток (через постіль, рушники, забруднені гнійними виділеннями). Можливе гонорейне ураження очей, піхви під час проходження дитини через пологові шляхи хворої на гонорею матері. Ураження глотки, слизової оболонки, порожнини рота, мигдаликів і прямої

	кишки зустрічається у разі спотворених статевих стосунків.
Епідеміологія і загальна патологія	Гонорея — розповсюджене інфекційне захворювання. Інфекційність гонококів така, що однократний контакт з інфікованим партнером приводить у 30 % випадків (чи частіше) до зараження. Для вікових груп з найбільшою сексуальною активністю (половина зареєстрованих хворих — особи у віці до 25 років). Тому одна з важливих мір у загальному комплексі профілактичних заходів щодо боротьби з гонореєю — поліпшення санітарно-гігієнічного і морального виховання молоді. Факторів, що сприяють росту захворюваності гонореєю безліч. Особливе значення надають посиленню міграції населення, урбанізації, зміні співвідношення вікових груп, більш раннім термінам статевої зрілості, збільшенню тривалості життя, зменшенню впливу суспільної думки, ослабленню сімейних зв'язків, позашлюбним статевим зв'язкам, росту числа осіб, що ведуть безладне статеве життя. Небезпеку у зараженні гонореєю представляють короткочасні статеві зв'язки, легковажне відношення до гонококової інфекції внаслідок помилкової впевненості у дуже високій ефективності засобів лікування, відсутність у жінок страху перед вагітністю, збільшення числа жінок, що користуються протизаплідними засобами, зневажливе відношення до профілактичних мір проти венеричних хвороб, поширення пияцтва.
Імунітет	Сприйнятливість людей до гонококової інфекції досить висока. Природженого або набутого імунітету до гонококів не існує, тому можливі повторні зараження (реінфекція).

Інкубаційний період	у разі гонореї триває у середньому 3— 5 днів, але може коливатися від одного до 10 днів і більше.
Розрізняють такі форми гонорейної інфекції	свіжу (давність не більше як 2 міс.), хронічну (більше як 2 міс. або давність не встановлена) та гонококоносійство. За умови свіжого гонорейного процесу виділяють <i>гостру, підгостру та торпідну</i> (малосимптомну, в'ялу) форми .
Гонорея чоловіків	У разі статевого зараження гонококи, що потрапляють на слизову оболонку сечівника, зумовлюють запальний процес сечовивідного каналу—уретрит. Інфекція може розповсюджуватися шляхом безпосереднього просування по слизовій оболонці або лімфатичних судинах у віддаленні від місця проникнення збудника відділи сечостатевих органів (передміхурова залоза, сім'яні пухирці, придатки яєчок тощо
Свіжий гострий гонорейний уретрит	спочатку виникає відчуття свербіжу, паління або печіння у сечівнику. Протягом першої доби запальний процес наростає, виникає різучий біль під час сечовипускання, із сечівника вільно витікають гнійні виділення. Краї зовнішнього отвору сечівника припухлі і червоні. Іноді хворі скаржаться на загальні розлади та нездужання, головний біль тощо. Для гострої стадії характерне те, що перша порція сечі каламутна, містить багато гнійних ниток і пластівців. Приблизно через 3 тижні запальні явища звичайно стихають, больові відчуття значно зменшуються, виділення стають незначними, гнійно-слизовими - підгостра стадія.

Свіжий торпідний гонорейний уретрит	Процес з самого початку протікає в'яло, виділення слизу та гною незначні, запальні зміни у ділянці зовнішнього вічка сечівника відсутні або маловиражені, суб'єктивних розладів немає або майже немає. Свіжий гонорейний уретрит часто поширюється на задню частину сечівника та шийку сечового міхура і тоді хворі відзначають нестримний потяг до сечовипускання і біль під час його закінчення. Інколи наприкінці сечовипускання з'являється кілька крапель крові — «термінальна» гематурія. Гнійні виділення поступово зменшуються, але сеча лишається каламутною, а через домішки крові інколи набуває вигляду м'ясних помийів. Задній уретрит звичайно супроводжується ураженням передміхурової залози та придатків яєчок.
Для визначення глибини ураження сечівника використовують двосклянкову пробу сечі	якщо хворий буде випускати сечу послідовно в дві склянки, не перериваючи струменя, то за умови гострого запалення лише переднього відділу сечівника сеча буде каламутною лише у першій склянці. У разі гострого запалення всього сечівника (тотальний уретрит) обидві порції сечі будуть каламутними (у першій порції сеча завжди каламутніша). Якщо перебіг гонорейного уретриту підгострий або торпідний, сеча залишається прозорою з гнійними нитками і пластівцями відповідно у першій чи обох склянках.
Із ускладнень гострої та хронічної гонореї у чоловіків	слід відзначити запалення передміхурової залози (простатит), придатків яєчка (епідидиміт), куперової залози (куперит), сім'яних міхурців (везикуліт), прямої кишки (проктит), цистит тощо. Частота цих ускладнень різна, але загалом невелика, особливо нині, коли використовують високоефективні засоби для лікування

	гонореї
Хронічний гонорейний уретрит	розвивається внаслідок відсутності або недостатності лікування гострого процесу. Запальний процес за умови хронічної гонореї має дифузний або, частіше, обмежений характер, причому найзначніші зміни відбуваються в передній частині сечівника. Спочатку у підслизовому шарі сечівника розвивається запальний інфільтрат (м'який інфільтрат), який згодом може заміщуватися сполучною тканиною (твердий інфільтрат) з наступним розвитком рубцевих змін, що зумовлює звуження просвіту сечівника (стриктура). Часто процес супроводжується запаленням сечівникових залоз та сечівникових лакун, що спричинює тривалий перебіг захворювання (так звані літреїти та морганіти). Хронічний гонорейний уретрит протікає в'яло, з періодичними загостреннями. Хворі звичайно скаржаться на мізерні слизисто-гнійні виділення із сечівника, переважно зранку до сечовипускання, склеювання зовнішнього вічка сечівника та періодичні відчуття свербіжу або печіння. Іноді спостерігають розлади статевої функції, тупий біль у промежині тощо. Сеча у першій порції при двосклянковій пробі може бути каламутною або прозорою, але завжди містить певну кількість слизових, слизисто-гнійних або гнійних ниток; друга порція або прозора, або містить невелику кількість ниток чи пластівців.
Гонорея у жінок	Гонорею у жінок звичайно поділяють на <i>гонорею нижнього відділу статевих</i>

	<i>органів і висхідну гонорею</i> (гонорею верхнього відділу статевих органів). Межею між нижнім і верхнім відділом є внутрішнє маткове вічко. Із самого початку гонорейним процесом уражається найчастіше цервікальний канал шийки матки та сечівник. Нерідко у процес втягуються великі та малі присілкові залози, парауретральні протоки. Зважаючи на особливість будови епітелію, піхва гонококами не уражається (епітелій багатопшаровий плоский).
Гонорейний вагініт	може виникати у вагітних жінок, а також у жінок у клімактеричний період, за умови лужної реакції середовища та стоншення епітелію піхви, а також у дівчаток з дуже пухким епітелієм, що не містить глікогену, і реакція вагінального вмісту в яких слаболужна. Ураження шийки матки – ендоцервіцит - у гострий період характеризується великою кількістю жовтувато-зеленкуватих гнійних або слизисто - гнійних виділень із шийки матки, які звисають у вигляді «бороди цапа». Виділення стікають на присінки піхви, малі та великі соромітні губи, внаслідок чого зовнішні статеві органи набрякають, стають червоними (вульвіт). Хворі відзначають відчуття печіння, свербіжу і болю. Приблизно через 1—1,5 місяці гострий ендцервіцит переходить у хронічну стадію, підсилюючись перед менструацією і відразу після неї; шийка матки менш набрякла. Спостерігається ерозія фолікулярного характеру, іноді помітні кісти залоз шийки. Хронічна гонорея шийки матки може тривати роками, доки не виникають ускладнення у вигляді висхідного процесу: внаслідок проникнення гонококів у порожнину матки виникає її запалення — ендометрит.

Гонорейний уретрит	у жінок рідко супроводжується дизуричними явищами, але може спостерігатися помірне печіння та різь під час сечовипускання, збільшення частоти сечовипускання, а також почервоніння й набряк зовнішнього вічка сечівника. Під час натискання пальцем уздовж сечовивідного каналу з боку піхви із його отвору виділяється крапля густого гною. У хронічній стадії гонорейного уретриту із сечівника виділяється звичайно незначна кількість слизу. У подальшому процес може поширюватися на маткові труби (<i>сальпінгіт</i>), яєчники (<i>оофорит</i>), очеревину (<i>пельвіоперитоніт</i>). Гонорейний оофорит виникає вслід за сальпінгітом, тому в клінічній практиці звичайно спостерігається сальпінгоофорит. Унаслідок хронічного процесу формується запальна тубооваріальна пухлина, частіше у вигляді зрощення піосальпінксу з яєчником — останній замуrowаний у спайках і функціонально неповноцінний. Унаслідок таких процесів можливий розвиток позаматкові вагітності або безплідності. У жінок внаслідок затікання виділень із піхви в пряму кишку часто розвивається гонорейний проктит. Хворі скаржаться на свербіж у задньому проході та біль під час дефекації.
Гонорея у дівчаток	характеризується переважним ураженням зовнішніх статевих органів (вульви) і піхви з одночасним втягуванням у процес сечівника і (часто) прямої кишки. У разі гострої гонореї - гострий вульвовагініт - великі й малі соромітні губи гіперемійовані, набряклі, інколи ерозовані або мацеровані гноєм, із піхви витікають гнійні виділення. Зовнішнє вічко сечівника набрякле, під час натискання з боків виділяється крапля густого

	гною. Хворих непокоїть біль під час сечовипускання та свербіж статевих органів. У підгострий період запальні явища затихають, виділень стає менше. У хронічній стадії виділення стають мізерними, слизисто-гнійними або їх немає, спостерігаються сліди запалення пристінок піхви.
Гонорея у хлопчиків	зустрічається дуже рідко, перебіг її сприятливий. Гонорейний процес обмежується звичайно переднім відділом сечівника і не розповсюджується на статеві залози.
Діагностика гонореї	<i>Бактеріоскопічне дослідження</i> — найбільш розповсюджений метод лабораторної діагностики гонореї. <i>Бактеріологічне дослідження</i> проводять з метою виділення чистої культури гонокока, найчастіше використовують м'ясопептонний агар з додаванням асцитичної чи гідроцильної рідини. Для швидкого виявлення нейсерій, у тому числі гонококів, у виділеннях сечостатевого апарата застосовують метод <i>прямої імунофлюоресценції</i> . Більш достовірні результати при прямій імунофлюоресценції одержують, коли фіксовані над полум'ям спиртівки препарати попередньо зафарбовують 1% спиртовим розчином еозину і метиленового синього, а потім обробляють флюоресцентною антисироваткою. При такому методі виходить більш характерне світіння, що дозволяє відрізняти гонококи від інших мікроорганізмів. Для більш раннього виявлення гонококів у виділеннях хворих на гонорею, особливо жінок, використовують <i>уповільнений імунофлюоресцентний метод</i> . На відміну від звичайного бактеріологічного дослідження, цей метод дозволяє розпізнати гонококки

	раніше і переважно у тих випадках, коли в досліджуваному матеріалі збудник знаходиться не в монокультурі, а в асоціації з іншими мікроорганізмами.
Діагноз гонореї встановлюють, якщо виявлені гонококи	У разі підозри на гонорею за відсутності гонококів під час першого дослідження його повторюють після провокації (аліментарної, біологічної, механічної, фізичної, хімічної).
Екстрагенітальні і дисеміновані форми гонореї	Запальні зміни в органах і тканинах, що з'явилися внаслідок заносу гонококової інфекції через кров (метастазування), можуть бути найрізноманітнішими по локалізації (гонококовий артрит, ендокардит; перикардит, міозит, гонококове ураження судин, нервової системи, шкіри і т.п.), ступеню виразності і клінічних проявів хвороби. До екстрагенітальних форм відносять гонорею прямої кишки, сечового міхура, сечоводів, нирок, порожнини рота і носа, глотки, гортані й очей.
Генералізація гонококової інфекції	можлива при будь-якій формі захворювання. Дисемінація патологічного процесу частіше відзначається при малосимптомній і хронічній формах, наявності «замкнених» вогнищ захворювання у випадку ураження передміхурової залози, сім'яних пухирців, матки, глотки та у хворих, які тривало лікувалися.
Дисемінована гонорея	виявляється запаленням суглобів, ураженням шкіри, печінки, нирок, серця, м'язів і нервової системи. Нерідко хворі скаржаться на підвищення температури тіла (до 40 °С), лихоманка, слабкість, біль у м'язах та ін.
Гонококові ураження шкіри	можуть виникати на будь-якій ділянці, але частіше на периферичних частинах

	кінцівок і поблизу уражених суглобів. На шкірі з'являються різні висипання (еритематозні плями, папули, пухирці), але нерідко зустрічаються поодинокі геморагічно-пустульозні елементи. Бувають і дисемінованні висипи. Усі вони проходять різні стадії розвитку протягом 4—5 днів. Після зникнення висипань іноді відзначається нестійка пігментація.
Ураження шкіри патогномонічні для гонококової септицемії	Висипання при гонококовому сепсисі нечисельні і не викликають суб'єктивних відчуттів. Хворі, як правило, не звертають на них уваги. Виявити їх може тільки лікар. Така форма сепсису одержала назву «синдром гонококового дерматиту».
Лікування гонореї	Лікуючи хворих на гонорею, слід урахувувати насамперед форму й стадію захворювання, топіку ураження та особливості організму хворого. Ліквідація гонококової інфекції та відновлення нормального морфофункціонального стану уражених органів і тканин можливі за умови використання високоефективної етіотропної та патогенетичної терапії. Головними протигонорейними засобами є антибіотики, насамперед пеніцилін, його дюрантні препарати, а також препарати тетрациклінового ряду, еритроміцин, канаміцин, цефалоспорини тощо. Широко використовують також сульфаніламід (бактрим, сульфамометоксин, сульфален тощо); їх призначають або в комбінації з антибіотиками, або самотійно (якщо є непереносимість або відсутня ефективність антибіотиків). У разі свіжої гонореї лікування розпочинають антибактеріальними препаратами, а у разі хронічної попередньо проводять імунотерапію, яка поділяється на специфічну

	(гонококова вакцина) та неспецифічну (аутогемо - та лактотерапія, пірогенні препарати, екстракт алое, ФІБС, скловидне тіло тощо).
Визначення вилікованості гонореї	Після закінчення лікування хворі на гонорею чоловіки перебувають на клініко - лабораторному контролі протягом 1,5 міс, жінки - протягом 2—3 менструальних циклів. До встановлення вилікованості приступають через 7—10 днів після закінчення лікування. У процесі диспансерного спостереження бактеріоскопічні та бактеріологічні дослідження проводять після комбінованих провокацій (з метою штучного загострення процесу). Критерієм вилікованості гонореї вважають стійку відсутність гонококів після обстеження і провокацій, запальних змін у сечівнику та в додаткових статевих залозах у чоловіків (передміхурова залоза, сім'яні міхурці), відсутність виділень, порушень менструального циклу, болю і пальпаторних змін з боку статевих органів у жінок. Таких пацієнтів знімають з обліку шкірно-венерологічного диспансеру.