

Федеральное государственное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
им. проф. В.И. Прохоренкова

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Карачева Ю.В.

Реферат:

**Клиника гонококковой инфекции
мочеполовых органов у мужчин**

Выполнила:
ординатор 2-го года обучения
Иванова Е.В.

Проверила:
к.м.н., доцент
Яковлева Т.А.

Красноярск 2019г.

Рецензия <доц., к.м.н. кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И. Прохоренкова Яковлевой Татьяны Александровны> на реферат ординатора второго года обучения специальности Дерматовенерология <Ивановой Елены Валерьевны> по теме: < Клиника гонококковой инфекции мочеполовых органов у мужчин>

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения специальности Дерматовенерология:

Основные критерии	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	
2. Наличие орфографических ошибок	
3. Соответствие текста реферата по его теме	
4. Владение терминологией	
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	
6. Логичность доказательной базы	
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	
8. Круг использования известных научных источников	
9. Умение сделать общий вывод	

Итоговая оценка: положительная/отрицательная.

Комментарии рецензента

Дата: 22.11.2018

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Оглавление

1.Актуальность проблемы	4
2. Гонорея мочеполовых органов у мужчин	5
2.1 Гонорейный уретрит.....	8
3. Осложнения гонорейного уретрита у мужчин.....	9
3.1 Баланопостит, фимоз, парафимоз.....	10
3.2 Гонорейный лимфангит, лимфаденит.....	11
3.3 Гонорейный парауретрит.....	11
3.4 Литтреит, тизонит, периуретрит, гонорейный кавернит.....	12
3.5 Гонорейный куперит.....	13
4. Гонорейный простатит.....	14
5. Гонорейный везикулит.....	15
6. Стриктуры уретры.....	16
Список литературы	20

1. Актуальность проблемы

В Российской Федерации, начиная с 2001 года и по настоящее время, отмечается снижение заболеваемости гонококковой инфекцией: в 2010 году ее уровень составил 42,7 случая на 100 000 населения, в 2011 году – 38,4 случаев на 100 000 населения. Вместе с тем, он значительно превышает показатели заболеваемости стран Западной Европы.

Наиболее высокий уровень заболеваемости гонококковой инфекцией в Российской Федерации регистрируется на территориях Дальнего Востока и Сибири как среди взрослого населения (72,8 и 87,7 на 100000 населения соответственно), так и среди подростков в возрасте от 15 до 18 лет (71,7 и 86,1 на 100 000 населения соответственно).

Хорошо известна роль гонореи в развитии вторичного бесплодия, что связано с восходящим процессом. Даже использование высокоэффективных антибактериальных препаратов не уменьшило ее значения, 30-50 % бесплодных браков обусловлены перенесенной в прошлом гонореей. В связи с естественным патоморфозом инфекции, более глубоким пониманием ее патогенеза и этиологии практическому венерологу часто приходится сталкиваться именно с этими проблемами.

2. Гонорея мочеполовых органов у мужчин

2.1 Гонорейный уретрит

Гонорея мужчины, как правило, первично проявляется в виде специфического уретрита. Остальные проявления инфекции в основном вторичны и являются осложнением первичного процесса в уретре. Инкубационный период в среднем равняется 2 -7 дням, у больных с иммунодефицитом или при наличии смешанной гонорейно-трихомонадной инфекции время инкубации может удлиняться до 10 дней и более. Затем появляются первые признаки воспаления: отечность, эритема губок уретры, незначительные слизисто-гнойные выделения по утрам, болезненность при мочеиспускании, зуд и жжение в области наружного отверстия мочеиспускательного канала. Полностью клиника разворачивается через 24-48 часов от начала заболевания.

Свежий передний гонорейный уретрит, острое течение. Клиника максимально выражена. Больные предъявляют жалобы на выделения из уретры, боли при мочеиспускании, больше в его начале, болезненные эрекции по утрам в постели. Объективно: губки уретры отечны, как бы вывернуты, гиперемированы. Нередко гиперемия переходит и на головку полового члена, которая также выглядит отечной. В случае врожденной узости крайней плоти может развиваться фимоз. Отделяемое гнойное, зеленоватого цвета, обильное, оставляет пятна на белье. Мацерация кожи головки из крайней плоти может привести к развитию баланопостита с образованием поверхностных эрозий. При двухстаканной пробе первая порция мочи мутная. В ней при микроскопическом исследовании обнаруживают лейкоциты, иногда гонококки. Уретра инфильтрирована, при пальпации болезненна, в ее толще определяются болезненные узелки (литтреит, парауретральные псевдоабсцессы). Быстрое вовлечение в процесс желез Литтре с развитием открытого и закрытого уретрального аденита, псевдо - и истинных парауретральных абсцессов характерно для гонореи. При вовлечении в воспалительный процесс лимфатической системы может

развиваться лимфангит, который проявляется в виде плотного, гиперемизированного тяжа на спинке полового члена, и паховый лимфаденит. В случае бурного течения уретрита развивается выраженная инфильтрация периуретральной ткани - периуретральный кавернит. При этом половой член постоянно находится в полуэректированном состоянии. Боли при мочеиспускании настолько выражены, что пациент произвольно задерживает мочу. Иногда развивается состояние «*horda venerea*» - половой член в полуэректильном состоянии, вогнутостью вниз, что связано со значительной инфильтрацией уретры, из-за чего кавернозное тело последней не может следовать за увеличением объема кавернозных тел полового члена. Иногда ухудшается общее состояние, появляется общее недомогание, головная боль, субфебрильная температура. Все эти симптомы исчезают спонтанно.

Подострая форма. Имеет значительное распространение. Отделяемое из уретры незначительное, слизисто-гнойное. Боли при мочеиспускании умеренные. Губки уретры отечны, гиперемизированы. В первой порции мочи опалесценция или гнойные нити.

Торпидная форма. Субъективные и объективные симптомы слабо выражены или отсутствуют. Диагноз подтверждается многократными бактериоскопическими и бактериологическими исследованиями. Отделяемое слизистое, выявляется в виде утренней капли. Микроскопически умеренный лейкоцитоз, гонококки. В первой порции мочи единичные гнойные нити (не всегда). Имеется в наличии инфицированный половой партнер.

Естественное развитие переднего уретрита идет по двум направлениям: распространение на задний (предстательный) отдел уретры и хронизация процесса. Свежий задний гонорейный уретрит в связи с лимфогенным путем распространения может довольно быстро осложнить передний уретрит. При этом болевые ощущения, выделения несколько уменьшаются, уступая место дизурическим расстройствам. Появляются императивные, учащенные позывы к мочеиспусканию, никтурия. При этом объем выделенной мочи небольшой. В конце акта мочеиспускания отмечаются боли. Вовлечение в

процесс семенного бугорка приводит к болезненным эрекциям и поллюциям, гемо- и пиоспермии. В двухстаканной пробе тотальная пиурия. Иногда при незначительном количестве гнойного отделяемого обе порции прозрачны. В случае заброса гноя в мочевой пузырь может отмечаться помутнение лишь второй порции. Как правило, задний уретрит осложняется воспалением добавочных половых желез.

Хронический гонорейный уретрит. Примерно через 3 - 4 недели после начала острого гонорейного уретрита, клиническая картина значительно меняется без лечения. Уретрит принимает торпидное течение. Еще через 3- 4 недели в подэпителиальном слое уретры формируются отграниченные инфильтраты; наступает хронизация процесса. Инфильтраты склонны к фиброзу. Эпителий уретры метаплазирует, замещается многослойным плоским, склонен к кератинизации. Фактически бывает сложно определить, хронический это уретрит или торпидная форма свежего. Некоторые авторы считают что торпидный уретрит с самого начала склонен к хронизации. В этой ситуации подчас единственным методом дифференциальной диагностики является уретроскопия.

Клинически хронический уретрит проявляется незначительным зудом и жжением при мочеиспускании, периодическим слизисто-гнойным отделяемым по утрам. Двухстаканная проба малоинформативна. Половые эксцессы, употребление алкоголя, простудные заболевания приводят к обострению процесса. Часто на первый план выходят симптомы поражения добавочных половых желез. Умеренно выражены дизурические и половые расстройства (усиление и учащение позывов к мочеиспусканию, боль в конце мочеиспускания, болезненные эякуляции, пиоспермия). При длительно текущем уретрите иногда формируются стриктуры, с этим может быть связано затруднение мочеиспускания вплоть до полной задержки. Микроскопически могут выявляться лейкоциты, гонококки, часто большое количество эпителиальных клеток как признак десквамозного уретрита.

Уретроскопия при хронической гонорее позволяет четко определить

локализацию и характер морфологического субстрата в слизистой уретры. Для хронического гонорейного уретрита характерна очаговость эндоскопических изменений, наличие мягких, переходных и твердых инфильтратов. При мягком инфильтрате слизистая гиперемирована, разрыхлена, сосуды не видны, складчатость груба, неравномерно выражена или вовсе сглажена. Дотрагивание до инфильтрата болезненно и вызывает кровоточивость. Твердый инфильтрат — слизистая бледна, складчатость груба, радиарность отсутствует. Устья литтреевских желез и морганиевых крипт при их воспалении окружены венчиком гиперемии, зияют либо закупорены и возвышаются над уровнем слизистой в виде кратера или ограниченного узелка. При десквамозном уретрите слизистая покрыта небольшими участками плоского ороговевающего и неороговевающего эпителия. Для грануляционного уретрита характерно наличие бляшек Перина — это ярко красные, кровоточащие участки слизистой, покрытые грануляциями. Как правило, при хроническом уретрите выявляются сочетанные изменения.

Клиническая и уретроскопическая картина не специфична для гонорейного уретрита, поэтому диагноз должен быть обязательно подтвержден обнаружением гонококка.

3. Осложнения гонорейного уретрита у мужчин

Баланопостит, фимоз, парафимоз, фимоз, парафимоз, лимфангит, лимфаденит, парауретрит, литтрит, периуретрит, кавернит, куперит

3.1 Баланопостит, фимоз, парафимоз. Воспаление кожи головки полового члена - баланит и внутреннего листка крайней плоти постит встречаются при гонорее не часто. Обычно поражение сочетанное - баланопостит. Предрасполагающими к развитию факторам относятся: узость крайней плоти, нечистоплотность, мацерация кожи головки обильным

гнойным отделяемым из уретры. Вызывается обычно сопутствующей гноеродной флоре. У больного возникает зуд, чувство жара, покраснение головки и внутреннего листка крайней плоти. Затем образуются немногочисленные, болезненные, поверхностные, покрытые гнойнными корками эрозии, трещины. Эти повреждения чаще локализуются в области уздечки. Количество гноиногo отделяемого увеличивается, в основном оно скапливается в венечной борозде. Если воспалительный отек крайней плоти выражен значительно, может развиться фимоз, а при насильственном оттягивании такой крайней плоти - парафимоз. В связи с затрудненным оттоком гноя процесс нередко осложняется лимфангитом и паховым лимфаденитом.

3.2 Гонорейный лимфангит, лимфаденит. Встречается при гонорее редко. Часто сопутствует фимозу, парафимозу, баланопоститу, каверниту. Вызывается гноеродной флорой, иногда гонококком. При лимфангите определяется гиперемизованный, уплотненный тяж по спинке, либо по уретральной поверхности полового члена. Паховые лимфоузлы умеренно увеличены, болезненны.

3.3 Гонорейный парауретрит. Парауретральные ходы - каналы идущие параллельно уретре. Открываются вокруг наружного отверстия уретры, вблизи уздечки, на внутреннем листке крайней плоти, в коже полового члена. Другим концом с уретрой, как правило, не сообщаются и заканчиваются слепо. Могут быть прямыми и извитыми. Длина 5 - 10 см. Часто парауретральные ходы обнаруживаются с другими аномалиями развития уретры, особенно с гипоспадией. Инфицируются одновременно с уретрой, либо изолированно. При изолированном поражении ходы могут явиться причиной длительной инкубации и рецидивов после лечения. Пораженный гонококком парауретральный ход имеет вид красного точечного отверстия, окруженного инфильтрированной тканью. При надавливании из отверстия хода выделяется капля гноя. Пальпаторно в коже полового члена прощупывается плотный, извитой тяж. Иногда при нарушении оттока гноя на

месте наружного отверстия образуется угреподобный узелок с корочкой засохшего гноя на верхушке. В случае отсутствия лечения может сформироваться абсцесс парауретрального хода. Субъективно изолированный гонорейный парауретрит протекает практически бессимптомно.

3.4 Литтреит, тизонит, периуретрит, гонорейный кавернит.

Железы Литтре расположены в подслизистом слое уретры, иногда достаточно глубоко в пещеристом теле полового члена. Выводные протоки, несколько изгибаясь, открываются в просвет уретры. Большая их часть расположена в губчатом отделе уретры. При гонорейном уретрите поражаются практически всегда. Осложнением можно считать только образование абсцесса и хронического псевдоабсцесса железы. Эти осложнения возникают в случае закупорки просвета железы и нарушении оттока гноя из ее просвета. При этом может произойти гнойное расплавление железы с переходом воспаления на кавернозное тело уретры, развивается ограниченный, либо диффузный кавернит. При абсцессе в стенке уретры определяется округлое болезненное образование, либо болезненная, веретенообразная опухоль различной величины, переходящая без четких границ в здоровую ткань. При диффузном каверните вся уретра представлена в виде плотного, болезненного тяжа. Развивается *horda venerea*. Мочеиспускание затруднено. Общее состояние может умеренно нарушаться. Без лечения иногда происходит расплавление кавернозного тела уретры и формирование свища, открывающегося в просвет уретры, либо на коже полового члена. Под воздействием лечения инфильтрат, как правило, рассасывается. В случае хронического кавернита инфильтрат замещается рубцовой тканью, что приводит к деформации полового члена и нарушению сексуальной функции вплоть до полной невозможности нормальной эрекции.

Хронический псевдоабсцесс литтреевской железы может быть постоянным источником инфекции и приводит к рецидивам гонореи, также он способствует развитию стриктур уретры. Факторы, предрасполагающие к

развитию вышеперечисленных осложнений: половые эксцессы во время болезни, механические, химические, термические повреждения слизистой.

Тизоновы железы расположены в подкожной клетчатке по обоим сторонам уздечки и открываются по средней линии двумя точечными отверстиями, которые в норме не видны. При гонорейном поражении они выглядят как два отграниченных узелка, величиной до горошины, окруженные венчиком гиперемии и инфильтрированной ткани, при надавливании из выводных протоков выделяется капля гноя.

3.5 Гонорейный куперит.

Куперова железа поражается редко. Чаще с левой стороны. При катаральном и фолликулярном куперите субъективных жалоб может не быть. Пальпаторно в месте их локализации определяется болезненность. При паренхиматозном куперите появляются жалобы на чувство давления и боль в промежности, усиливающиеся при мочеиспускании, дефекации, ходьбе, сидении на твердой поверхности. Иногда боль иррадирует в прямую кишку, медиальную поверхность бедра. Кожа над железой гиперемирована, слегка отечна. При пальпации может определяться, увеличенная до размеров боба, болезненная железа. Поверхность гладкая или шероховатая. В случае нагноения узел увеличивается, появляется флюктуация и абсцесс может самопроизвольно вскрыться в уретру, промежность, реже в прямую кишку. Если процесс принял хроническое течение, в паренхиме железы формируется инфильтрат или псевдоабсцесс, где может длительно сохраняться гонококк, вызывая рецидив инфекции. Субъективных жалоб либо нет, либо они незначительны (боль в промежности после активной ходьбы, сидении на твердом). Характерно выделение капли секрета железы после ходьбы или физических упражнений. Пальпаторно определяется небольшой, плотный, умеренно болезненный или безболезненный узелок. В секрете железы добытого путем массажа – лейкоциты, гонококки.

4. Гонорейный простатит

Простатит остается самым частым осложнением хронической гонореи и обнаруживается у 20 - 50% больных. Обычно такой простатит протекает вяло, первично - хронически, гонококк в секрете железы редко удается обнаружить. Основными этиопатогенетическими факторами в развитии простатита являются: сопутствующая флора (*E.Coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, хламидии, микоплазмы, *St.aureus*, энтерококки), нервно-трофические нарушения, фиброз паренхимы простаты, сенсibilизация ткани железы к микробным антигенам, аутоиммунные процессы, камни простаты.

Острый простатит. По патологоанатомической картине и клиническому течению выделяют катаральный, фолликулярный, паренхиматозный простатит, абсцесс железы, парапростатит. Задний уретрит практически всегда сопровождается простатитом.

Катаральный простатит. В воспалительный процесс вовлечена часть устьев выводных протоков простаты. Железистые дольки практически не затронуты воспалением. Субъективных жалоб может не быть. Иногда больной отмечает незначительные боли, чувство тяжести в промежности. На первый план выходят симптомы заднего уретрита: дизурия, никтурия, боль в конце мочеиспускания. Моча мутная в обеих порциях. Иногда во второй порции появляются нити гноя, внешне напоминающие запятые — это слепки закупоренных выводных протоков железы. Пальпаторно изменений не выявляется, либо определяется незначительная болезненность.

Фолликулярный простатит. Воспаление распространяется на железистую дольку. Выводные протоки закупориваются воспалительным экссудатом, в связи с чем гной скапливается в дольках железы с образованием псевдоабсцессов. При регрессе такого фолликула формируется рубец. Больной предъявляет жалобы на тяжесть и боли в промежности с иррадиацией в крестец, прямую кишку, половой член, симптомы заднего уретрита. Временами гнойный фолликул прорывается в просвет уретры, после чего моча заметно мутнеет, субъективные жалобы уменьшаются.

Общее состояние умеренно изменено, субфебрильная температура. Пальпаторно железа несколько увеличена, болезненна. Консистенция простаты не гомогенная, пальпируются отдельные, резко болезненные уплотнения. На фоне лечения через 7-8 дней железа уменьшается, на месте атрофированных долек железы определяются рубцовые втяжения.

Острый паренхиматозный простатит. Наиболее тяжелое и редкое осложнение. Может быть исходом фолликулярного простатита или возникает первично. В любом случае кроме железистых долек в воспаление вовлекается интерстициальная ткань железы. Если происходит ее гнойное расплавление, формируется абсцесс простаты. Клиническое течение тяжелое, состояние больного значительно ухудшается. Жалобы на резкие боли в промежности иррадиирующие в крестец, головку полового члена, прямую кишку, внутреннюю поверхность бедер. Иногда больной принимает вынужденное положение лежа на спине с приведенными к животу бедрами, при этом несколько снижается интенсивность болей. Выражены дизурические расстройства. В связи с увеличением объема железы и инфильтрацией простатической части уретры нарастает затруднение мочеиспускания (стронгурия) вплоть до острой задержки. Если инфильтрат локализован ближе к прямой кишке, на первый план выходят боли при дефекации, ощущение инородного тела в прямой кишке, рефлексорная задержка стула в связи с болью. В случае формирования абсцесса все вышеупомянутые симптомы усугубляются, нарушается общее состояние: повышается температура, появляется озноб, общее недомогание, жажда, потеря аппетита, частичная или полная задержка мочи, кала. Абсцесс может самопроизвольно прорваться в уретру, при этом моча заметно мутнеет, либо сразу после мочеиспускания одномоментно выделяется много гноя, также возможен прорыв в прямую кишку, промежность. Сразу после этого состояние больного значительно улучшается. Крайне редко происходит прорыв гнойника в брюшную полость с развитием перитонита. Абсцесс может отграничиваться от здоровой ткани фиброзной капсулой, при этом также

наблюдается улучшение общего состояния, но у больного остается скрытый источник инфекции.

Моча мутная в обеих порциях, периодически светлеет в связи с полной закупоркой выводных протоков железы. Посев мочи иногда дает положительные результаты. Пальпация промежности резко болезненна. Часто провести пальпацию простаты не удастся из-за выраженных болей. В случае если это удалось, пальпаторно простата увеличена, плотная, резко болезненная, срединная борозда сглажена. При наличии абсцесса, в толще железы определяется:

1. Заметная ассиметрия и болезненность железы, что указывает на начало гнойно-воспалительного процесса.
2. Баллотирование (легкая пружинистость) при надавливании на одну из боковых долей простаты при наличии глубоко залегающей ограниченной полости.
3. Определяемая пульсация, передающаяся с тазовых сосудов через долю простаты (ректальный пульс Гюйона).
4. Флюктуирующая или явно определяемая полость.

Абсцесс простаты, как правило, процесс односторонний. Задача венеролога вовремя распознать эти тяжелые осложнения и срочно направить такого больного в специализированное урологическое отделение, так как паренхиматозный простатит и абсцесс требуют хирургического вмешательства.

Парапростатит развивается либо как исход других форм острого простатита, когда инфекция распространяется из пораженных железистых долек и (или) интерстициальной ткани, либо при распространении инфекции на парапростатическую клетчатку лимфогенным путем из уретры, не поражая самой железы. Пальпаторно границы железы не четкие, вокруг определяется инфильтрат, стенка прямой кишки фиксируется к подлежащим тканям и становится неподвижной.

Хронический простатит. Может быть исходом острого, но чаще

является первично-хроническим процессом. В воспалительной реакции преобладают процессы пролиферации и замещения рубцовой тканью. Хронический простатит включает в себя три основных синдрома: болевой, дизурический и сексуальных расстройств. Они могут встречаться по отдельности, могут сочетаться, один из них может быть доминирующим.

Болевой синдром включает в себя умеренные или незначительные боли в промежности, с характерной простатической иррадиацией. Боли могут усиливаться после активных движений, ходьбы, полового акта, переохлаждения. Эти провоцирующие факторы могут дать толчок к появлению жжения, зуда в уретре, боли при мочеиспускании. После ходьбы могут появиться незначительные выделения. Моча в обеих порциях прозрачная, могут выявляться единичные гнойные нити, иногда в форме запятых.

Дизурические расстройства - частое и болезненное мочеиспускание, никтурия (для молодых больных достаточно 1 раз за ночь, постоянно), вялая струя мочи, императивные позывы к мочеиспусканию. Иногда выделение секрета простаты сразу после мочеиспускания или дефекации (простаторея).

Сексуальные расстройства во многом связаны с сопутствующим везикулитом и неврозом. Проявляются частыми и (или) слабыми эрекциями, поллюциями, преждевременными и болезненными эякуляциями, гемоспермией. Снижается интенсивность ощущений, получаемых при оргазме. К общим симптомам относятся быстрая утомляемость, общая слабость, снижение работоспособности, апатия, раздражительность, нарушение сна, периодически субфебрильная температура. Эти симптомы гормонально-невротической природы, и часто бывают связаны с длительным малоэффективным лечением.

Атипичные формы хронического простатита. Под этим понимается хронический простатит с нетипичной локализацией боли: только в яичках, пояснично-крестцовой области, изолированно в прямой кишке, нижних конечностях.

Пальпаторные изменения при хроническом простатите аналогичны таковым при катаральной и фолликулярной форме острого простатита. В железе часто выявляются рубцовые втяжения, болезненность менее выражена, чем при остром процессе. Гонококк обнаруживается в секрете железы крайне редко. Возбудитель может находиться здесь в виде L - форм. Дифференцировать хронический гонорейный простатит следует с такими схожими по клинике заболеваниями как аденома простаты, конгестивный простатит, неспецифический простатит, туберкулез простаты.

5. Гонорейный везикулит

Выделяют острый и хронический гонорейный везикулит. По патологоанатомическому строению различают катаральный, глубокий, эмпиема, паравезикулит. В настоящее время глубокий везикулит и эмпиема практически не встречаются. Катаральный и паравезикулит осложняют хроническую гонорею, простатит и эпидидимит. Везикулит всегда сочетается с простатитом, простатит осложняется везикулитом лишь в 66% случаев. Клиника везикулита маскируется симптомами присутствующего одновременно простатита и (или) заднего уретрита. Как правило, течение вялое, первично-хроническое.

Уретральные симптомы: выделения, зуд, покалывание и боли в уретре, капля гноя после ходьбы или физического напряжения.

Дизурические расстройства: частое и болезненное мочеиспускание, терминальная гематурия. Очень характерен симптом Пиккера выражающийся в спазмах мочевого пузыря и прямой кишки, периодически наступающих вне зависимости от акта дефекации и мочеиспускания.

Нервно-сексуальные расстройства: болезненные эрекции и поллюции, гемо - и пиоспермия, болезненные оргазмы. Очень характерны нарушения копулятивной и репродуктивной функций: слабые эрекции, преждевременная эякуляция, азооспермия.

Болевые симптомы: коликообразные боли в тазу при половом

возбуждении, отдающие в пах, лобок, промежность, прямую кишку, крестец.

Общие симптомы: недомогание, вялость, раздражительность. Редкими стали случаи тяжелого течения при эмпиеме семенного пузырька, паравезикулите с лихорадкой до 39 -40⁰С.

Пальпаторно определяются продолговатые болезненные образования над простатой. При эмпиеме - грушевидная, флюктуирующая болезненная опухоль.

В случае если отток воспалительного экссудата затруднен и часть его сохраняется в семенном пузырьке, гонококк может длительно персистировать в виде атипичных и (или) L- форм, давая начало рецидивам заболевания.

Гонорейный орхоэпидидимит, деферентит, фуникулит

Эпидидимит может встречаться у 5 -10% мужчин с нелеченой гонореей. В 70 - 80% случаев сочетается с везикуло-простатитом. В зависимости от пути инфицирования выделяют континуитатный и метастатический эпидидимит. В первом случае преобладает каналикулярный путь, при этом в первую очередь поражается семявыносящий проток. Во втором случае - лимфогенный занос, семенной канатик поражается вторично. При метастатическом эпидидимите клиника заболевания развивается неожиданно и резко, при континуитатном медленно и постепенно. Развитию осложнения способствуют грубые внутриуретральные манипуляции, массаж простаты, половые контакты при остром заднем уретрите, простатите. Обычно клиника развивается быстро. Характерны дергающие боли в области паха на пораженной стороне, боль постепенно усиливается и распространяется по ходу семенного канатика. Боли иррадиируют в крестец и поясницу. Через 1 - 2 дня появляется небольшая припухлость в хвосте придатка, которая постепенно увеличивается. Кожа мошонки отечна, растянута, лишена складок и представляется красной, напряженной и горячей на ощупь. Пальпаторно придаток резко болезненный, инфильтрат охватывает яичко

снизу и сзади, захватывает область хвоста, тело и реже головку придатка, но всегда больше в хвосте. Общее состояние часто нарушено: температура тела до 39 – 40°C, слабость, озноб, головные боли. Одновременно с развитием эпидидимита ослабевают или почти полностью исчезают симптомы острого уретрита.

Для подострого эпидидимита характерны симптомы менее выраженные. Острый орхит, а точнее орхоэпидидимит клинически выявляется очень редко. При этом гистологические признаки неспецифического орхита практически всегда определяются при гонорейном эпидидимите. Орхоэпидидимит встречается чаще в подострой форме. Пусковым моментом может стать травма в широком смысле этого слова. Симптомы аналогичны подострому или острому эпидидимиту, но более выражены. Пальпаторно в отличие от эпидидимита придаток и яичко не дифференцируются. Вовлечение в воспалительный процесс оболочек яичка приводит к развитию периорхоэпидидимита, появлению выпота. Пальпаторно при этом определяется флюктуирующая опухоль, в которой не удастся отграничить яичко от придатка.

Деферентит - воспаление семявыносящего протока. Пальпаторно проток определяется как болезненный тяж, достигающий толщины карандаша. Он хорошо отграничивается от неизмененных частей семенного канатика. В ряде случаев в воспалительный процесс вовлекаются фасции и мышцы семенного канатика - развивается фуникулит. При этом болезненный тяж достигает толщины пальца, составляющие его образования не прощупываются. Крайне редко в случае скопления гноя в семявыносящем протоке может сформироваться псевдоабсцесс, абсцесс, который в свою очередь может осложниться флегмоной передней брюшной стенки, пельвиоперитонитом.

Исходом орхоэпидидимита, особенно хронического, может стать рубцовая атрофия части слизистой, что приводит к нарушению репродуктивной функции, в частности олиго- и аспермии.

6. Стриктуры уретры

В настоящее время стриктуры уретры встречаются редко. Обычно наблюдается при негонекокковых уретритах. Патологоанатомическая основа стриктуры - это мягкий, переходный или твердый инфильтрат в подслизистой уретры. Локализуются стриктуры обычно в передней уретре, луковичной части, реже в задней уретре. Чаще стриктуры множественные, различные по длине, ширине. По форме обычно встречаются цилиндрические, петлевидные кольцевидные. Гонорейные стриктуры в отличие от посттравматических не отграничены резко от нормальной слизистой, а постепенно переходят в нее. В связи с затруднением оттока мочи центральнее стриктуры формируется расширение, где постоянно скапливается небольшое ее количество и со временем развивается неспецифическое, хроническое воспаление, которое может осложниться восходящей инфекцией мочевыводящих путей (цистит, пиелонефрит). Клинически стриктура проявляется странгурией: струя мочи слабая, вялая, тонкая. Больной вынужден напрягать мышцы брюшной стенки для лучшего опорожнения пузыря, но несмотря на это, остается ощущение не полного опорожнения. Параллельно с этим имеются симптомы хронического уретрита. Без лечения стриктуры, на фоне обострения уретрита и отека слизистой, может наступить острая задержка мочи. Центральное предстриктурное растяжение уретры кроме восходящего процесса может дать парауретральный абсцесс с формированием мочевого свища.

Диагностика стриктур уретры кроме анамнеза и клиники включает в себя уретроскопию и уретрографию.

Рекомендуемая литература

1. Перламутров, Ю.Н. Современные подходы к терапии неосложненной гонококковой инфекции / Ю.Н. Перламутров, Н.И. Чернова // Дерматология. Прил. к журн. Consilium-Medicum. – 2015. – № 2. – Режим доступа: <http://con-med.ru/magazines/dermatology/2572/2555/>.
2. Современные направления и перспективы развития лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем / А.А. Кубанова, Н.В. Фриго, С.В. Ротанов [и др.] // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2015. – № 5. – С. 54-63.
3. Кубанова, А.А. Урогенитальные инфекционные заболевания, вызванные генитальными микоплазмами. Клинические рекомендации / А.А. Кубанова, М.Р. Рахматулина // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2015. – № 3. – С. 78-83.
4. Современные методы идентификации возбудителя гонококковой инфекции / Н.В. Фриго, С.А. Полевщикова, И.А. Волков [и др.] // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2015. – № 3. – С. 45-52.
5. Консультант врача. Дерматовенерология [Электронный ресурс]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - (CD-ROM)
6. Buck, W. H. J. Warts (genital) / W. H. J. Buck // Clin. evid. – 2015. – Vol. 2015. – P. 1602.
7. Diagnosis and treatment of acute uncomplicated urethritis of men: guidelines from the French committee of infectious disease of the French association of urology (CIAFU) / G. Cariou, A. Sotto, H. Bugel [et al.] // Prog. Urol. – 2015. – Vol. 20, № 3. – P. 184-187.
8. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2015-2017: breaking the chain of transmission [Electronic

resource] / World Health Organization. – URL:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563475_eng.pdf. –
(Last access 19, Sept 2015).

9. Workowski, K.A. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015 / K.A. Workowski, S. Berman // MMWR. Recomm Rep. – 2015. – Vol. 60, № 1. – P.

