

Гонорея и негонококковые уретриты

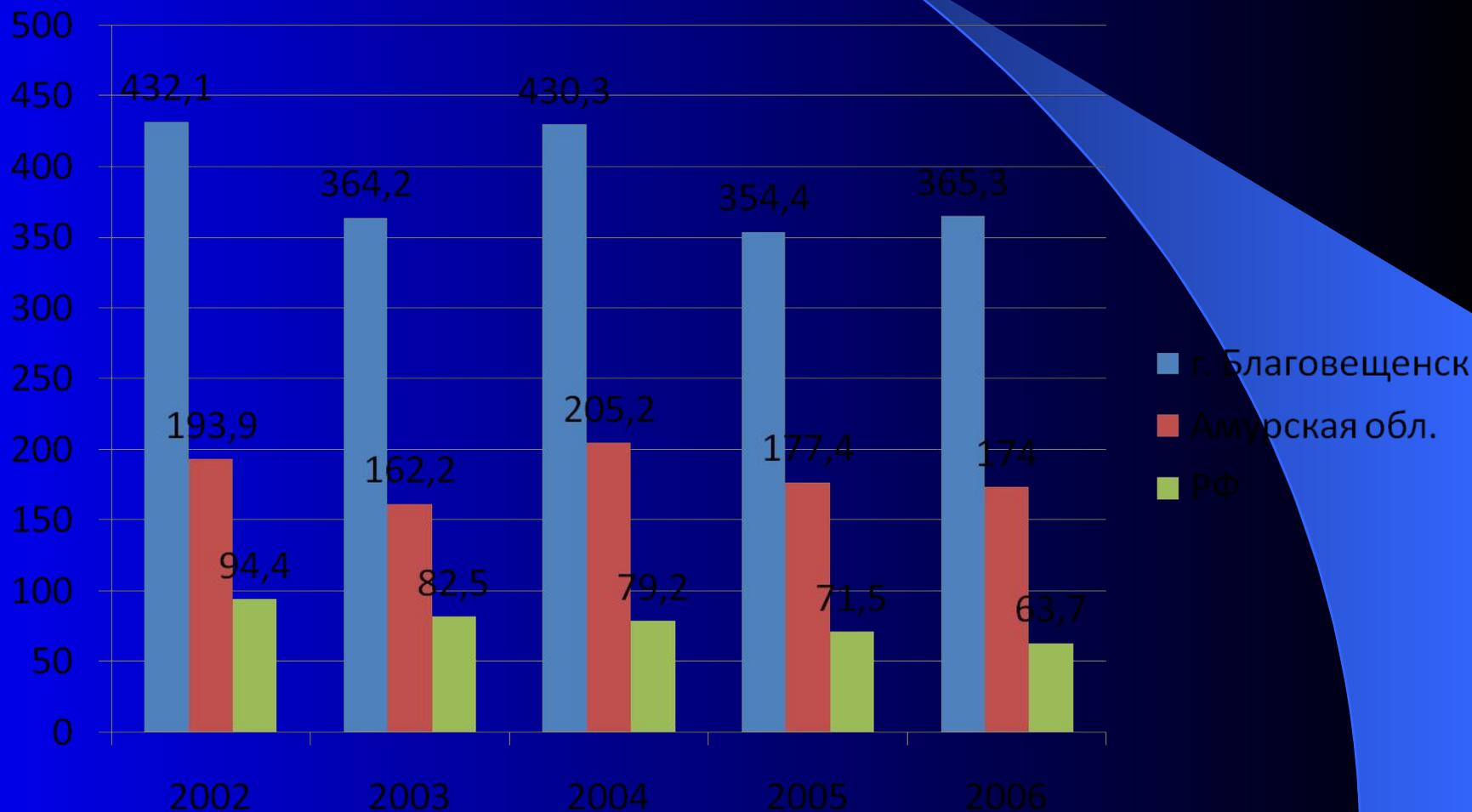
**ЗАВ.КАФ.КОЖНЫХ И
ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ
доц.Мельниченко Н.Е.**

- Гонорея – инфекционное заболевание, вызываемое гонококками, передающееся, как правило, половым путем, и обычно поражает слизистые оболочки глаз, полости рта, глотки (при орогенитальном контакте) и прямой кишки (при гомосексуальных контакте) и изредка обуславливают генерализованную инфекцию.

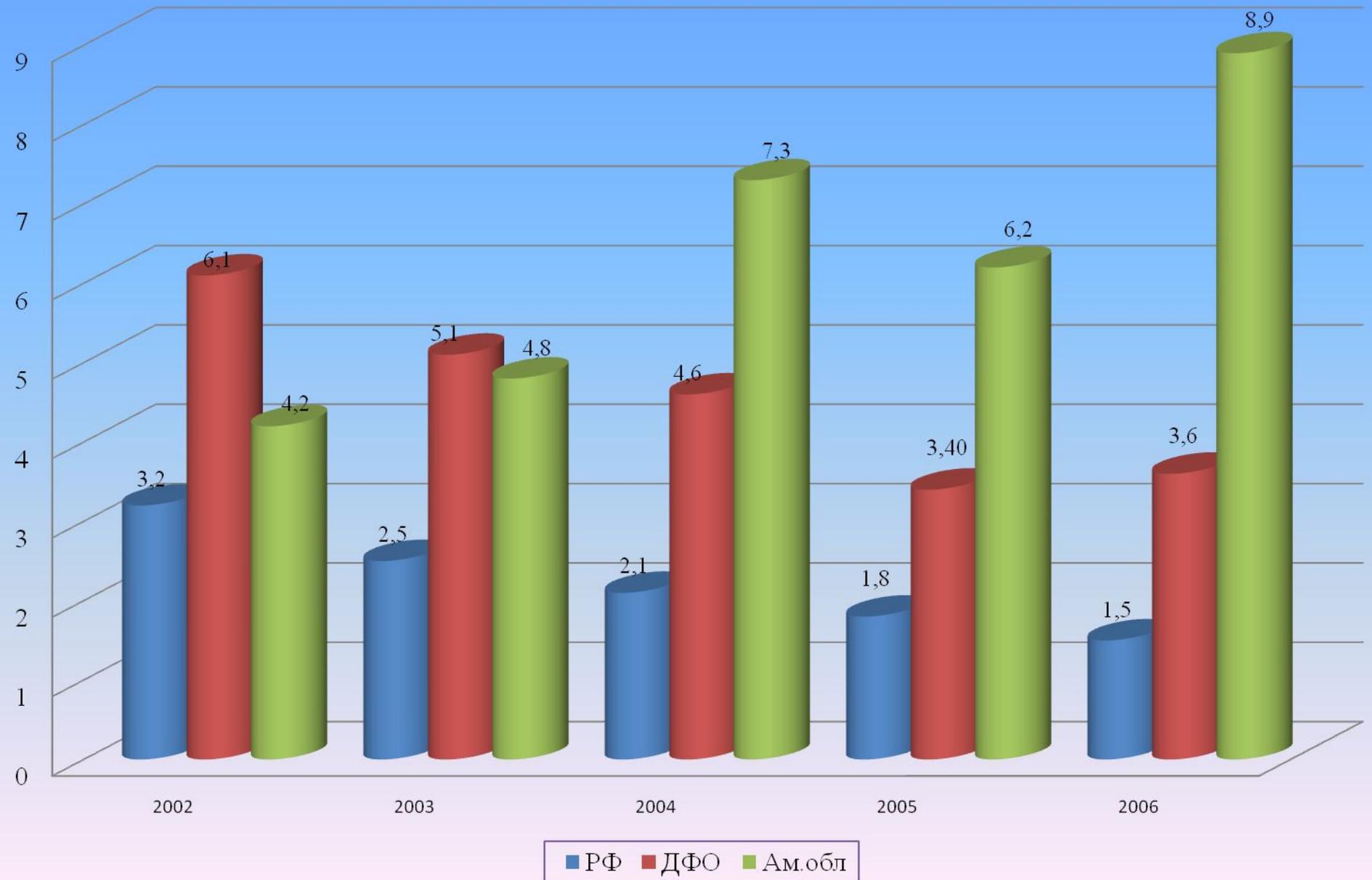
Показатели заболеваемости гонореей Амурской области в сравнении с
Российскими показателями и ДФО за период с 2002-2006г.г.
(на 100 тыс. нас.)



Показатели заболеваемости гонореей в г. Благовещенске в сравнении с показателями в Амурской области и РФ (на 100 тыс. населения).



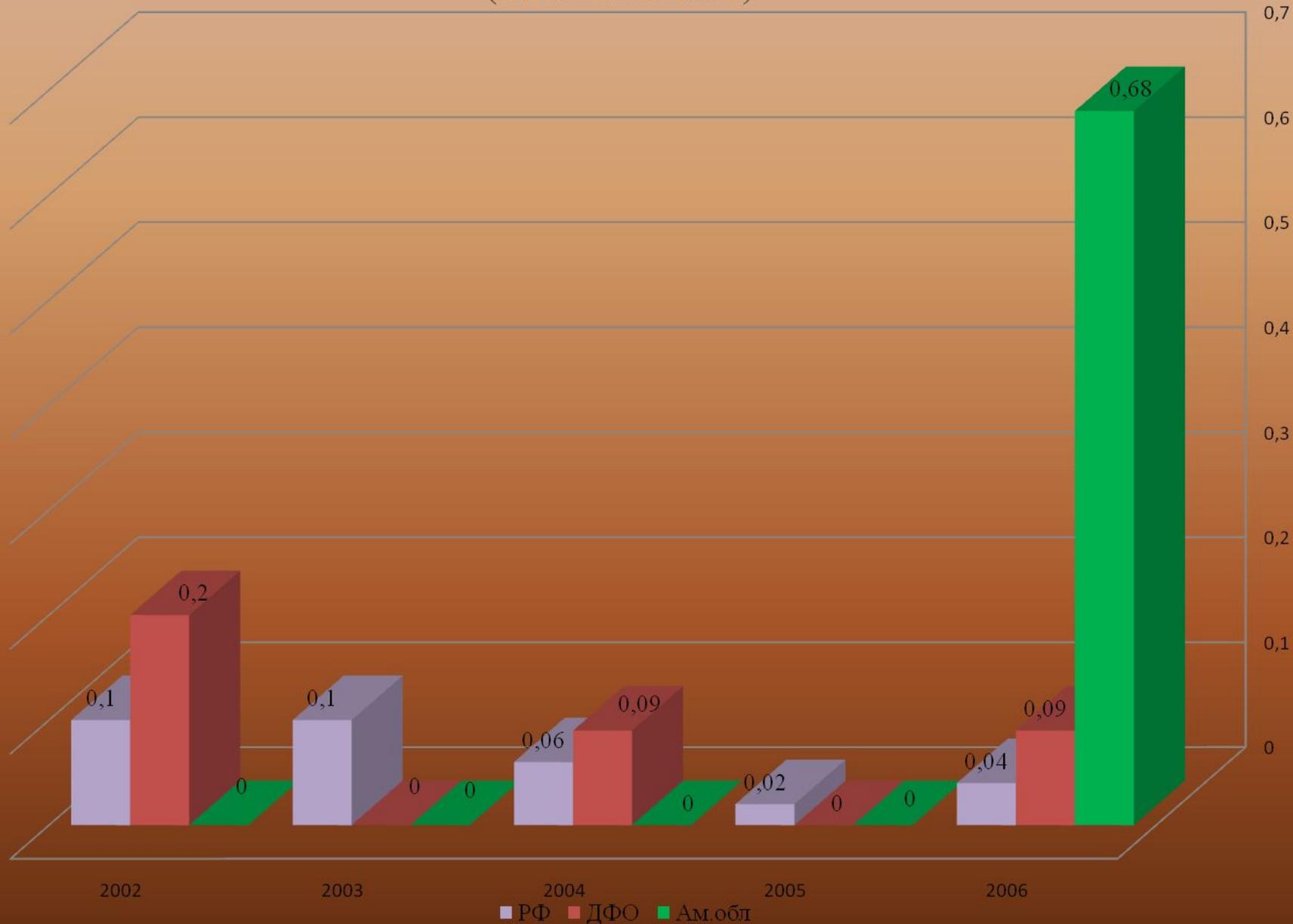
Показатели заболеваемости осложненной гонореей Амурской области в сравнении с Российскими показателями и ДФО за период с 2002-2006г.г. (на 100 тыс. нас.)



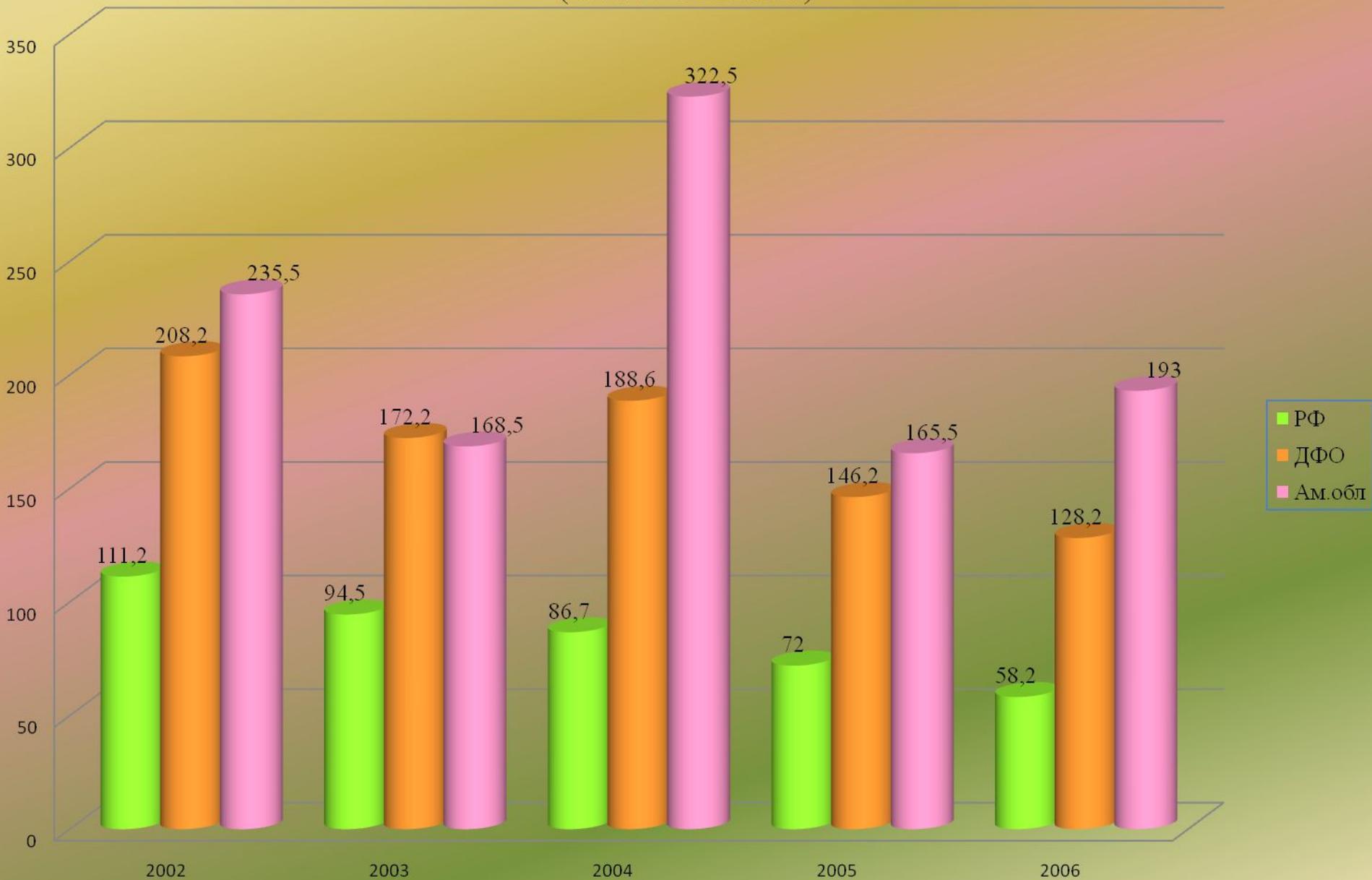
Показатели заболеваемости гонореей у детей в Амурской области в сравнении с Российскими показателями и ДФО за 2002-2006 г.г.
(на 100 тыс. нас.)



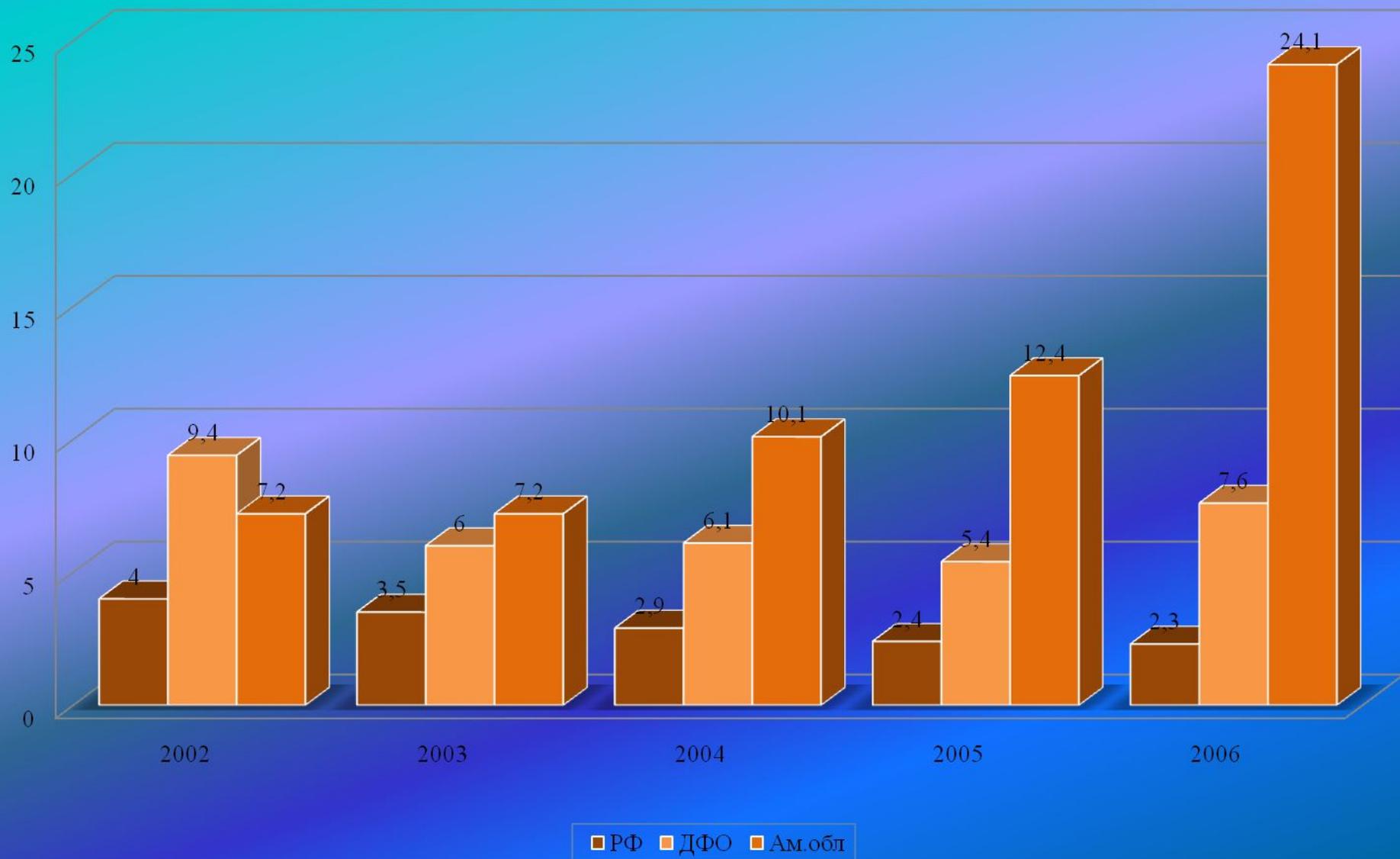
Показатели заболеваемости гонореей осложненной у детей в Амурской области в сравнении с Российскими показателями и ДФО за 2002-2006 г.г.
(на 100 тыс. нас.)



Показатели заболеваемости гонореей у подростков в Амурской области в сравнении с Российскими показателями и ДФО за 2002-2006 г.г.
(на 100 тыс. нас.)



Показатели заболеваемости осложненной гонореей у подростков в Амурской области в сравнении с Российскими показателями и ДФО за 2002-2006 г.г. (на 100 тыс. нас.)

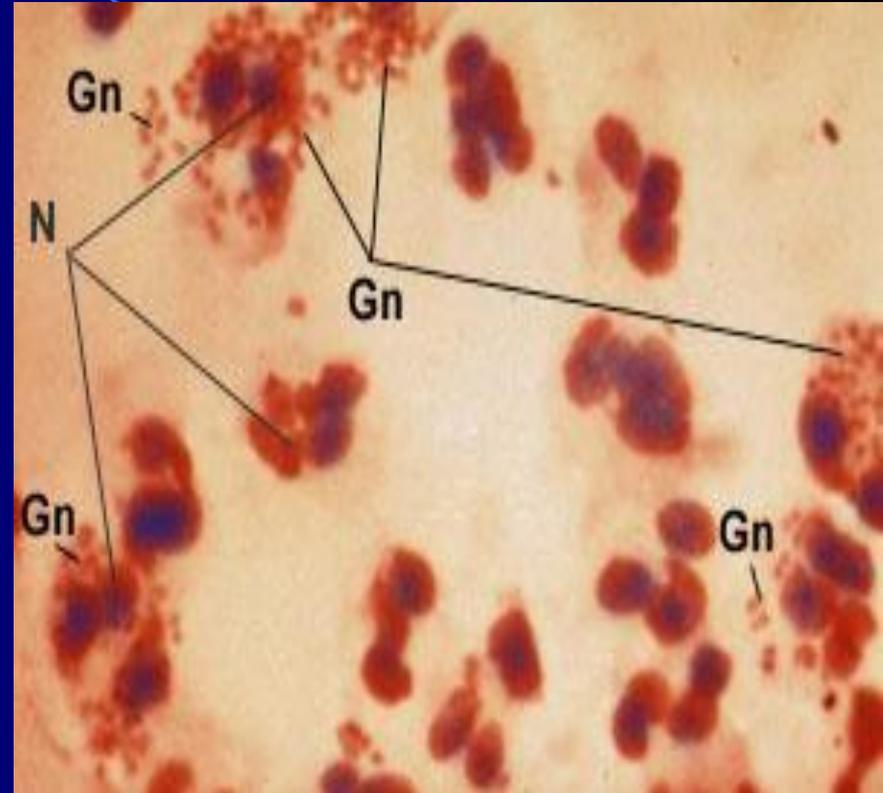


- Наметившийся в последние годы спад статистических показателей гонококковой инфекции, как и других ИППП, не отражает истинной заболеваемости, так как увеличивается число стертых форм, так и ухудшилась выявляемость заболеваний. Специалисты других смежных специальностей (гинекологи, урологи и др. вплоть до стоматологов) берутся лечить ИППП не проводя полного комплекса обследования забывая о трудностях диагностики гонореи, назначают антибиотики, к которым инфекции не чувствительны, не учитывают наличие микст-инфекций, не проводят всех контролей излеченности. Что в дальнейшем ведет к переходу инфекции в асимптомное течение и в дальнейшем развитию тяжелых осложнений при рецидивах.

- Не стоит забывать о таких осложнениях гонорейной инфекции, как бесплодие, которое в дальнейшем потребует больших усилий и средств, в том числе материальных, на лечение.

ЭТИОЛОГИЯ

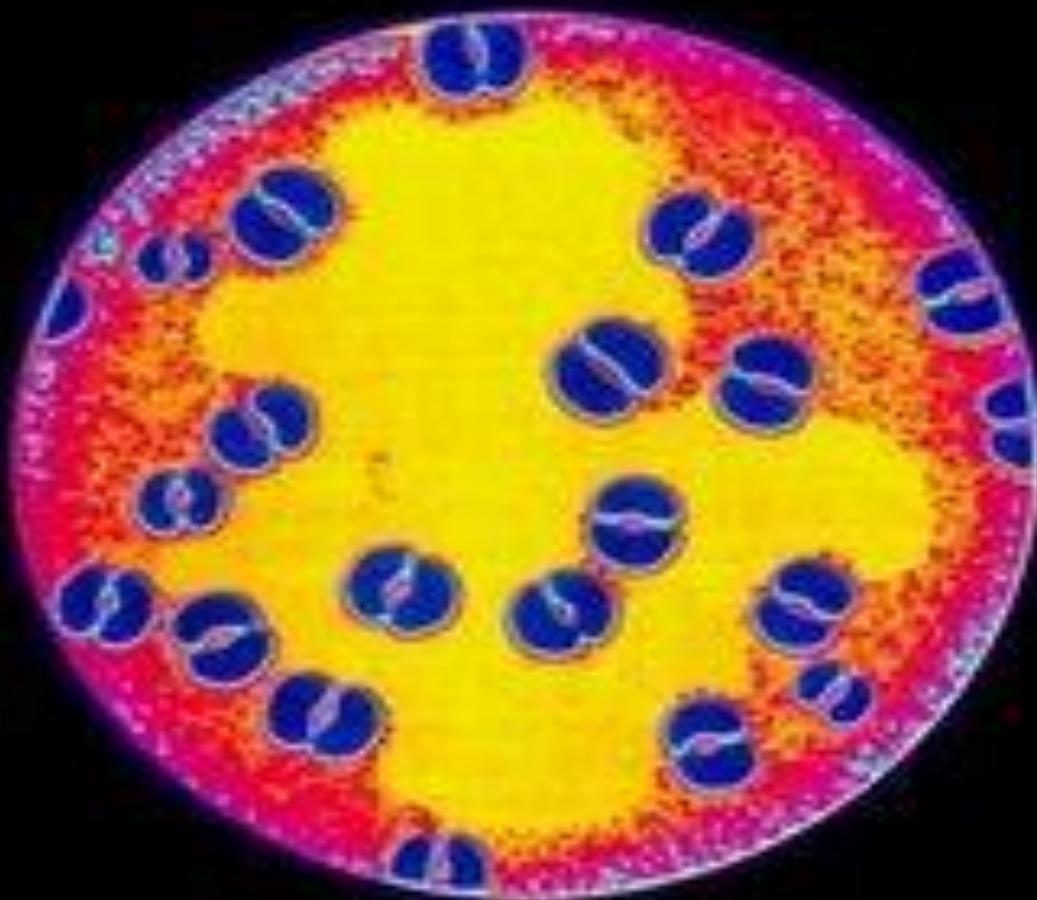
- возбудитель - *Neisseria gonorrhoeae* - грамотрицательный диплококк. Выглядит в виде двух кофейных зерен, сложенных вогнутыми концами друг к другу. У части штаммов микроорганизмы окружены полисахаридной капсулой, которая защищает их от фагоцитоза лейкоцитами и становится возможным незавершенный фагоцитоз и явления эндоцитобиоза, при котором гонококки находят благоприятные условия для внутриклеточной персистенции.



Гонококки при электронной микроскопии



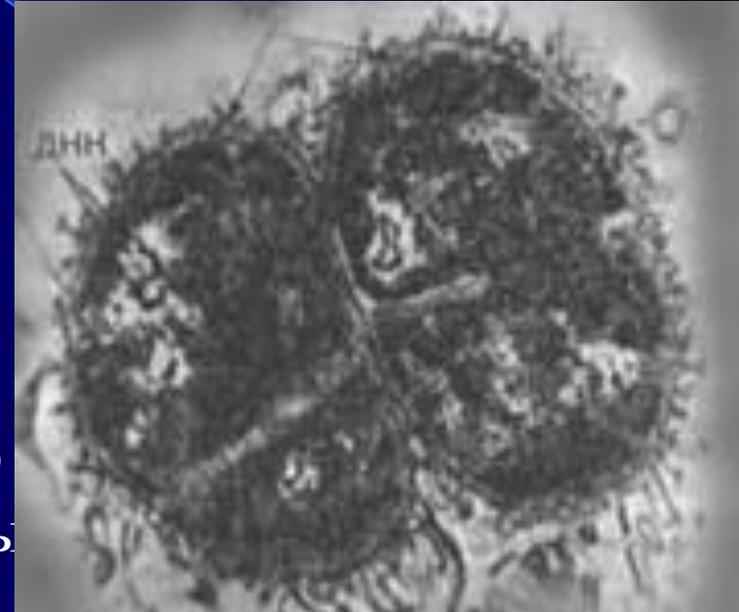
Гонококки



Мазок больного с гонореей



- Гонококки способны к L-трансформации, формы с выраженной полирезистентностью ко многим антибиотикам. Вирулентность гонококков во многом определяется наличием пилей. С их помощью гонококки прочно фиксируются к эпителиальным клеткам, а также возможна передача генетической информации посредством плазмид — это внехромосомные генетические элементы могут нести детерминанты резистентности к лактамным антибиотикам.



Пути передачи инфекции

- преимущественно половой,
- реже инфекция передается не половым путем при прямом контакте (через поцелуи, загрязненные руки) или непрямом (через предметы личной гигиены или общую постель).
- Новорожденные заражаются при прохождении родовых путей больной матери.

- профилактика гонобленореи проводится в родильном зале сразу после рождения 30% сульфацилом натрия или 1% нитрата серебра, девочкам одновременно обрабатывают половые органы).



Патогенез

- После попадания на слизистую оболочку гонококки своими ворсинками (пили) и «зонами прикрепления», т.е. участками локализации протеина II наружной оболочки возбудителя, прочно фиксируются на эпителиальных клетках, это происходит так быстро, что мочеиспускание после полового акта не предотвращает возможности заболевания. Гонококки проникают внутрь клеток эпителия и в межклеточные пространства.

- Фагоцитоз гонококков эпителиальными клетками носит незавершенный характер, и возбудители проникают в субэпителиальную ткань, где образуют микроколонии, в эпителии происходят деструктивные изменения и метаплазия (замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским, а местами и ороговевающим) и доступ к кровеносным и лимфатическим сосудам.

- Хемотаксис вызывает миграцию нейтрофилов, лимфоцитов и плазматических клеток к месту локализации гонококков, в результате чего в уретре появляется экссудат – выделения, а в подэпителиальном слое – инфильтрат. Инфильтрат может длительно сохраняться даже при гибели гонококков и замещаться рубцовой тканью и формируются сужения – стриктуры.

- Гонококки не способны к активному движению, но вызванный ими воспалительный процесс постепенно распространяется по поверхности слизистой оболочки, в воспалительный процесс вовлекаются железы и лакуны уретры, которые в основном располагаются в губчатой части, иногда они располагаются глубоко до 8 мм в пещеристых телах полового члена. Устья этих желез нередко закупориваются продуктами воспаления, и гной накапливается в просвете железы, образуя псевдоабсцессы (литтриты), но могут сформироваться и периуретральные абсцессы. В быстром распространении инфекции велика роль лимфогенного пути, а также способность гонококков прикрепляться к мигрирующим клеткам (нейтрофилы, сперматозоиды и др.)

- При гонококковой инфекции страдают показатели естественной резистентности организма:
- - снижение бактерицидной способности СЛИЗИСТЫХ.
- - снижение лизоцима.
- - снижение местного иммунитета (увеличение популяции сенсibilизированных лимфоцитов).
- увеличение иммуноглобулинов классов А, М и G. Антитела появляются впервые 5-7 дней заболевания и в течение 2 недель достигают своего пика. Уже через 6 месяцев их невозможно определить.

В соответствии с международной классификацией болезней X

пересмотра выделяют:

- гонококковую инфекцию нижнего отдела МПТ без осложнений (цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит)
- - гонококковая инфекция н/о МПТ с абсцедированием парауретральных и придаточных желез
- - гонококковая инфекция в/о МПТ: эпидидимит, орхит, простатит, воспалительные заболевания тазовых органов у женщин.
- - гонококковая инфекция других органов с указанием топического диагноза (глаз, костно-мышечной системы, фарингит, аноректальной области, сепсис, поражения кожи, абсцесс мозга, эндокардит, менингит, миокардит, перикардит, перитонит, пневмония).

В зависимости от интенсивности реакции организма и длительности:

1. Свежая (острая, подострая, торпидная) до 2 месяцев
2. Хроническая когда время заболевания неизвестно или после начала прошло более 2 месяцев.
3. Латентная, или гонококконосительство, когда у больных отсутствуют клинические признаки, но обнаруживаются возбудители болезни.

Гонококковая инфекция может протекать без осложнений и с осложнениями (баланопостит, фимоз, парафимоз, кавернит, колликулит и др.)

Клинические проявления гонорей у мужчин

- Инкубационный период обычно 3-5 дней до 3 недель.
- У мужчин гонококковый уретрит по топической диагностике: передний, задний и тотальный.
- Острый свежий передний гонококковый уретрит проявляется зудом и жжением в области наружного отверстия мочеиспускательного канала, отделяемое из уретры вначале слизисто-гнойное, быстро сменяется гнойным обильным, наружное отверстие уретры гиперемированное, отечное.



- При двухстаканной пробе мочи первая порция мутная, вторая прозрачная.
- Проведение пробы Томпсона: больной 4-6 ч. не мочится, затем собирает 50-60 мл мочи в 1-ый стакан, и остальную во 2-ой.

- При вовлечении в воспалительный процесс задней части уретры появляются частые позывы к мочеиспусканию, в конце акта мочеиспускания появляется боль и несколько капель крови (терминальная гематурия). Могут присоединиться частые эрекции, болезненные и преждевременные эрекции, преждевременная эякуляция, гемоспермия, что характеризует наличие воспаления в семенном бугорке (колликулит). При пробе Томпсона тотальная пиурия мутные обе порции мочи.

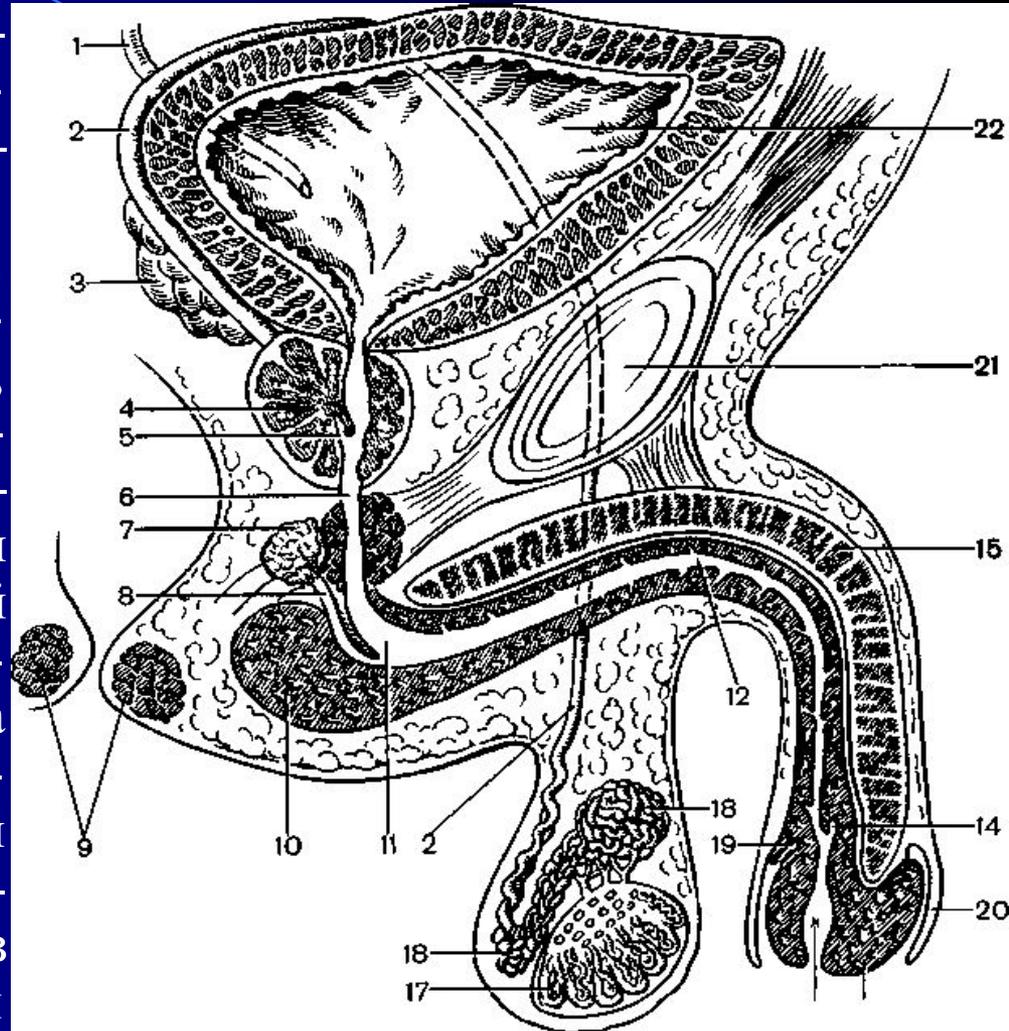
Распространению воспалительного процесса с передней части уретры на задние отделы способствует:

- нерациональное лечение, перерывы в лечении, самолечение, нарушение режима во время лечения (погрешности в диете, употребление алкоголя, половые сношения и др.),
- аномалии мочеиспускательного канала (гипоспадия, сужение наружного отверстия уретры и др.),
- ассоциированные половые инфекции,
- сопутствующие заболевания (сахарный диабет, туберкулез, анемия и др.).

Субъективные ощущения при этом становятся менее выраженными, наблюдаются расстройства мочеиспускания и половые дисфункции.

Рис. 1. Нижний отдел мочеполовых органов мужчины (схема)

1 - мочеточник, 2 - семявыносящий проток, 3 - семенной пузырек, 4 - предстательная железа, 5 - предстательная маточка, 6 - перепончатая часть уретры, 7 - бульбоуретральная железа Купера, 8 - проток бульбоуретральной железы, 9 - сфинктер заднего прохода, 10 - луковица кавернозного тела уретры, 11 - луковичная часть уретры, 12 - висячая часть уретры, 13 - ладьевидная ямка, 14 - большая лакуна и заслонка ладьевидной ямки (заслонка Герена), 15 - кавернозное тело, 16 - головка полового члена, 17 - яичко, 18 - придаток яичка, 19 - железа крайней плоти (тизониева железа), 20 - крайняя плоть, 21 - симфиз лобковой кости, 22 - мочевого пузыря



Осложнения гонококковой инфекции

Баланопостит возникает в результате инфицирования выделениями из уретры внутреннего листка крайней плоти (постит) и головки полового члена (баланит). Больные испытывают зуд и жжение в области головки полового члена, при осмотре головка и внутренний листок крайней плоти гиперемированны, отечны, эрозированы, часто покрыты гнойным отделяемым.



125. Острый уретрит, осложнившийся баланопоститом

Осложнения гонококковой инфекции

- Фимоз формируется при распространении воспалительного процесса на всю крайнюю плоть при этом не возможно обнажить головку полового члена.



Осложнения гонококковой инфекции

- **Парафимоз** возникает, если отечная воспаленная крайняя плоть оттянута за пределы головки и ущемляет ее, головка при этом отекает, нарушается трофика тканей вплоть до некроза без своевременного лечения.

Осложнения гонококковой инфекции

- **Кавернит** – воспаление пещеристых тел полового члена проявляется болью и искривлением полового члена при эрекции, также затруднением мочеиспускания.
- **Стриктуры** – сужения мочеиспускательного канала. Основным симптомом является затруднение мочеиспускания, тонкая струя мочи. Диагностика стриктур осуществляется по данным анамнеза, бужированием, рентгенографией и уретроскопией

Осложнения гонококковой инфекции

- Эпидидимит – воспаление придатков яичек. Инфицирование происходит в результате антиперистальтических сокращений семявыносящих протоков при воспалении семенного бугорка (это осложнение мы рассматривали выше). Больного беспокоит боль в придатке яичка и паховой области, повышение температуры до 39-40°, озноб, головная боль, слабость. Придаток увеличен в размере, плотный, болезненный.



Осложнения гонококковой инфекции

- Деферентит — воспаление семявыносящего протока, фуникулит - семенного канатика.
- Орхит, везикулит (семенные пузырьки).



Простатиты.

- **Катаральный простатит** - протоки железистых долек предстательной железы воспалены, инфильтрированы в просвете лейкоциты, слизь, слущенный эпителий, гонококки.
- **Фолликулярный простатит** - воспалительный процесс охватывает отдельные дольки железистой паренхимы, возникают изолированные абсцессы, заключенные в соединительнотканную оболочку.
- **Паренхиматозный простатит** - при вовлечении в процесс мышечно-эластической ткани железы. Развитию простатита способствуют эндоуретральные манипуляции (бужирование, промывания) при остром переднем уретрите, антиперистальтические движения семявыносящих протоков (при выбросе адреналина: стрессы, половой акт).

Клинические проявления гонореи у женщин.

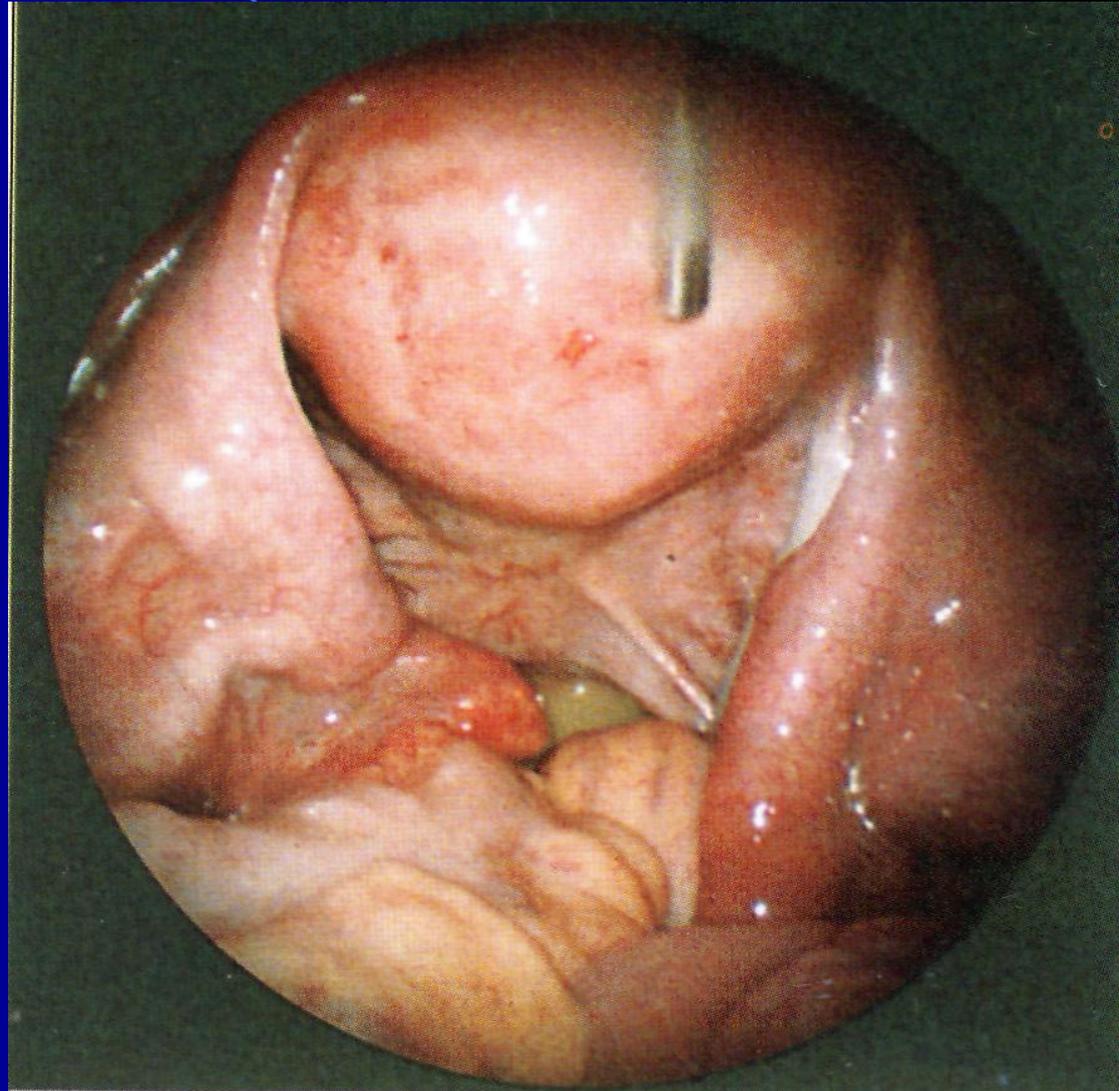
- У женщин гонококковая инфекция чаще изначально протекает бессимптомно от 53 до 94% в то время как у мужчин на асимптомные формы приходится 7-48%, микст-формы инфекции также встречаются чаще, отмечается многоочаговые поражения.



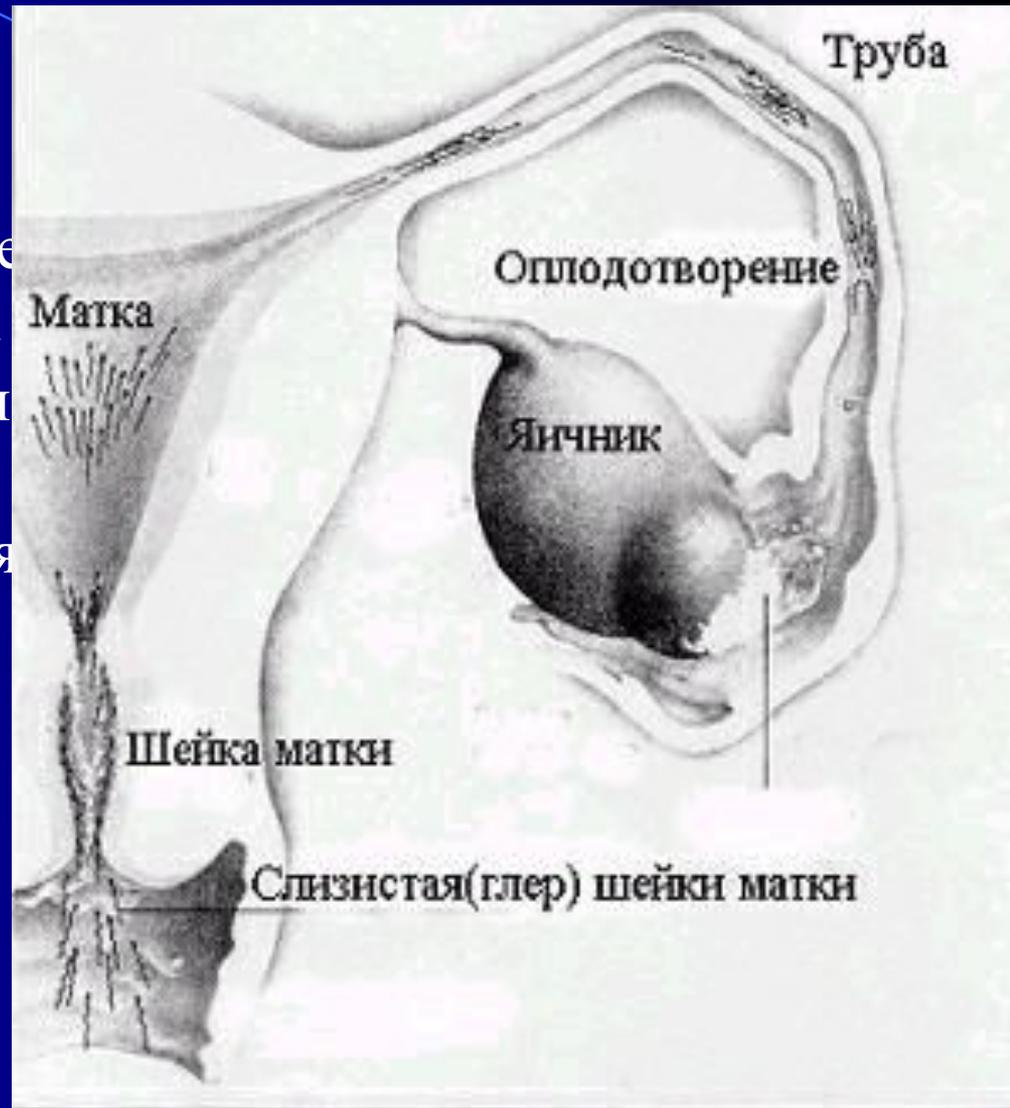
- Гонококковая инфекция нижнего отдела МПТ:
уретрит, вульвит,
цервицит,
эндоцервицит.
парауретрит,
бартолинит



- Гонококковая инфекция верхнего отдела МПТ или восходящая: эндометрит, сальпингит, сальпингоофорит.



- Гонококковая инфекция верхних отделов ведет к бесплодию. При эндометрите нарушается децидуальная функция – беременность может наступить, но прерывается на ранних сроках. При поражении маточных труб, яичников и тазовой брюшины образуются спайки, которые нарушают трубопроводную функцию яйцепровода. Поражение яичников ведет к нарушению синтеза гормонов.



Диагностика

- Бактериоскопия мазков из уретры, цервикального канала, прямой кишки окрашенных метиленовым синим или по способу Грамма.
- Бактериологический – посев.
- ПЦР.
- Клинический ан. крови и мочи, б/х ан.крови
- Проба мочи двустаканная
- Уретроскопия, уретрография
- УЗИ органов малого таза
- Кольпоскопия, вагиноскопия, ректоскопия
- Обязательное обследование на сифилис, ВИЧ, хламидиоз, вирусные гепатиты В и С

Лечение

- При лечении гонококковой инфекции основной является этиотропная терапия, применяют антибиотики и сульфаниламиды.
- Если раньше широко и успешно применяли антибиотики пенициллинового ряда, то в настоящее время в связи со способностью гонококков выделять бета-лактамазу, стоит отказаться от их применения, отдавая предпочтение антибиотикам других групп и сульфаниламидным препаратам.

- Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует 4 схемы лечения локализованной терапии гонорее:
- 1) ципрофлоксацина 500 мг перорально;
- 2) цефтриаксона 250 мг внутримышечно;
- 3) офлоксацин 400 мг перорально;
- 4) спектиномицина 2 г внутримышечно.
- При гонококковой инфекции с системными проявлениями курс лечения составляет 14 дней.

- Лечение простатитов:
- - массаж предстательной железы через день в течение 1-2 мин № 10
- - микроклизмы
- -физиолечение (грязевые аппликации, диатермия и лазер на промежность, парафиновые аппликации, электрофорез с ферментами)

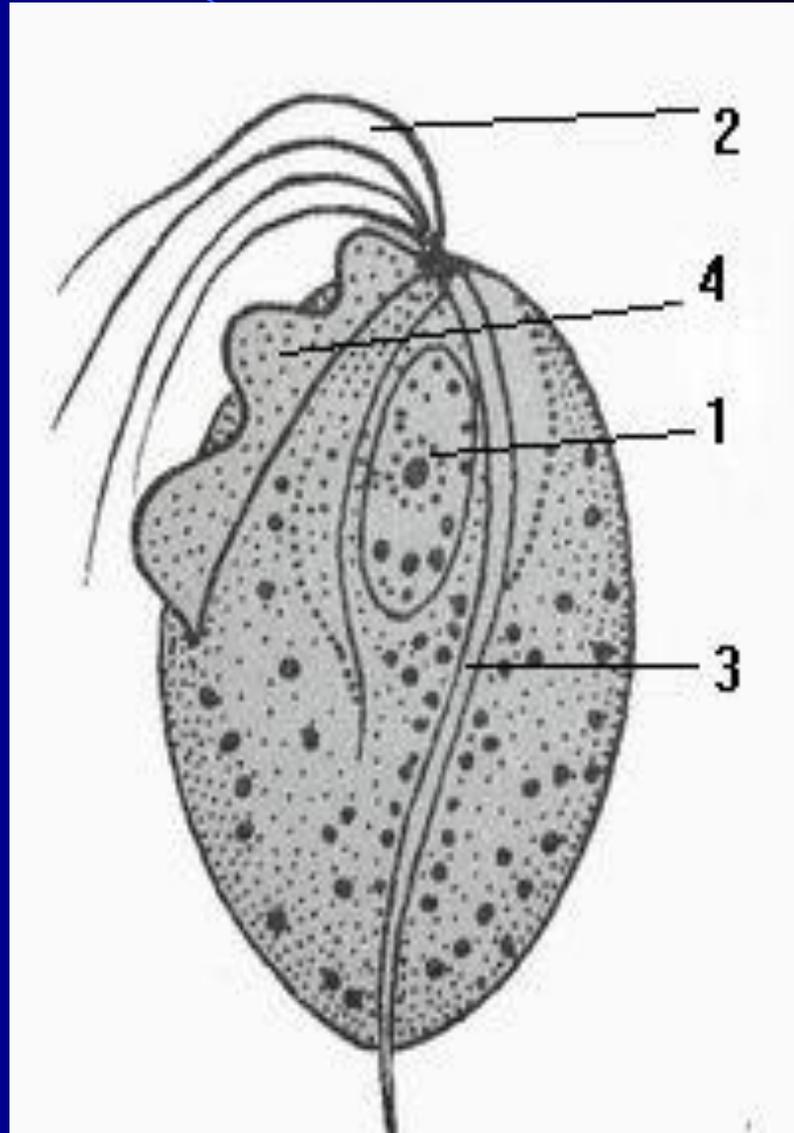
После лечения проводят контроли излеченности на 2 день после лечения осмотр и мазок, на 14 день мазок, посев

- При сочетании гонококково-трихомонадной инфекции необходимо помнить о способности трихомонад фагоцитировать гонококки. Поэтому первые 1-2 суток противотрихомонадные препараты, затем начинают лечить гонорею.



Строение трихомонады

- 1 Ядро
- 2 Жгутики
- 3 Аксостиль
- 4 Ундулирующая мембрана



*Электронная микрофотография
Trichomonas vaginalis x7000*



Трихомонада



Диагностика проводится следующими методами:

- Микроскопия нативного препарата. Метод позволяет четко верифицировать возбудитель по характерным толчкообразным движениям. Однако «хрупкость» трихомонад и их требовательность к факторам внешней среды для сохранения жизнеспособности ограничивают использование этого вида исследований.
- Микроскопия окрашенного препарата. Достоинством метода является простота и доступность. К недостаткам следует отнести более низкую в сравнении с другими методами чувствительность, зависимость от некоторой степени субъективности оценки результатов лаборантом.

ДИАГНОСТИКА

- Культуральная диагностика. «Золотой стандарт» лабораторных исследований для данного возбудителя. Отличается высокой чувствительностью и специфичностью. Ограничительными факторами являются дороговизна метода, необходимость качественных сред, длительность сроков инкубации.
- Методы ДНК диагностики. Обладают высокой чувствительностью и специфичностью, позволяют получить результат в течение короткого срока. Стоимость данных видов достаточно высока.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ.

- Урогенитальный хламидиоз – наиболее распространенная ИППП, встречающееся в 2-4 раза чаще чем гонорея и в 7,5 раз чаще, чем сифилис. В мире ежегодно регистрируется 89 млн больных урогенитальным хламидиозом.

- Источником заражения урогенитальным хламидиозом чаще всего являются больные, не знающие о наличии у них этой инфекции, практикующие частые половые связи с постоянной сменой половых партнеров и не использующие средств индивидуальной профилактики вен.заболеваний (презервативы и т.д.).

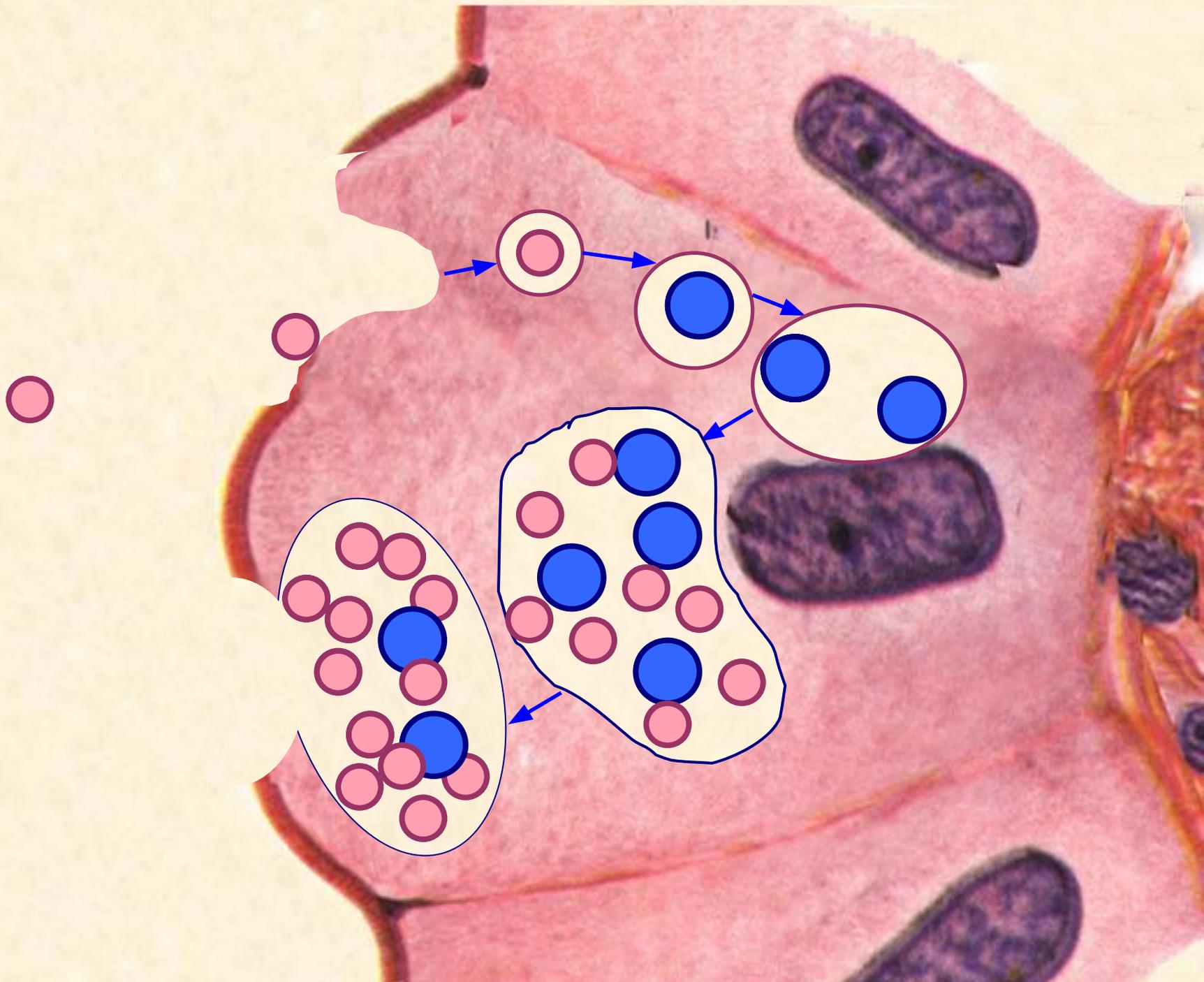
- В настоящее время *Chlamidia trachomatis* (СТ) является самой частой причиной негонококковых уретритов у мужчин, хронических воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин, болезни Рейтера, хронического простатита, острого эпидидимита у лиц моложе 35 лет, трубного бесплодия и большого процента внематочной беременности. УГ хламидиоз ведет к привычному невынашиванию беременности, внутриутробному инфицированию плода, инфицированию новорожденного и тем самым ведет к повышению антенатальной смертности, возникновению конъюнктивита и пневмонии новорожденных.

- *C. Trachomatis* - патогенная грамотрицательная бактерия, открытая в 1903 году Л. Гельбершtedтером и С.Провачеком, входит в род *Chlamidia*. Помимо *C.trachomatis* в него входят еще 3 вида: *C.psittaci*, *C.pecorum*, *C.pneumoniae*. Все хламидии сходны по морфологическим признакам, имеют общий родоспецифический антиген, характерный для грамотрицательных бактерий и представленный липолполисахаридом (LPS) наружной мембраны клеточной стенки, а также различные видо-, подвидо- и типоспецифические антигены. Около 60% всех мембранных белков хламидии составляет главный белок наружной мембраны - МОМР.

Хламидии при электронной микроскопии



- Цикл развития хламидий включает две формы существования: инфекционную (элементарные тельца) и вегетативную (ретикулярные тельца). Элементарные тельца- внеклеточные, обладают высокой инвазивностью, контагиозностью, антигенреактивны, устойчивы к антибиотикам и ферментам, гибнут под действием антибактериальных сывороточных факторов (интерфероны, ФНО-альфа, интерлейкин-1 и др.). Ретикулярные тельца (РТ): неинфекционные, внутриклеточные, метаболически активны. РТ чувствительны к антибиотикам разных групп, ферментам и разрушаются ультразвуком. Продолжительность внутриклеточного существования составляет около 72 часов.



- Фагоцитоз при хламидийной инфекции непродуктивный. В результате этого в макрофагах и фагоцитах рост хламидий приостанавливается на промежуточной стадии между ЭТ и РТ. Такие «аберрантные» ретикулярные тельца способны сохраняться в течении месяца и более, те персистируют. «Аберрантные» ретикулярные тельца образуются при поражении верхних отделов МПТ. Персистентные формы хламидий перестают продуцировать основной белок наружной мембраны (МOMP), который является основным антигеном и синтезируют БТШ-60 (hps-60).

- Хламидийный БТШ-60 на 50% гомологичен человеческому БТШ-60. Он является иммуногеном, вызывает выработку антител, в том числе и аутоантител, что приводит к разрушению эпителиальных клеток и стимуляции фиброобразования, что ведет к рубцовым и склеротическим изменениям в мочеполовой системе. Персистирующие формы присутствуют не только в эпителиальных клетках, но и в клетках моноцитарно-макрофагальной системы, при этом они распространяются по организму оседают в тканях (суставах, сосудах) и служат антигенным стимулятором, что приводит к развитию фиброза в пораженных органах и нарушению функции органа.

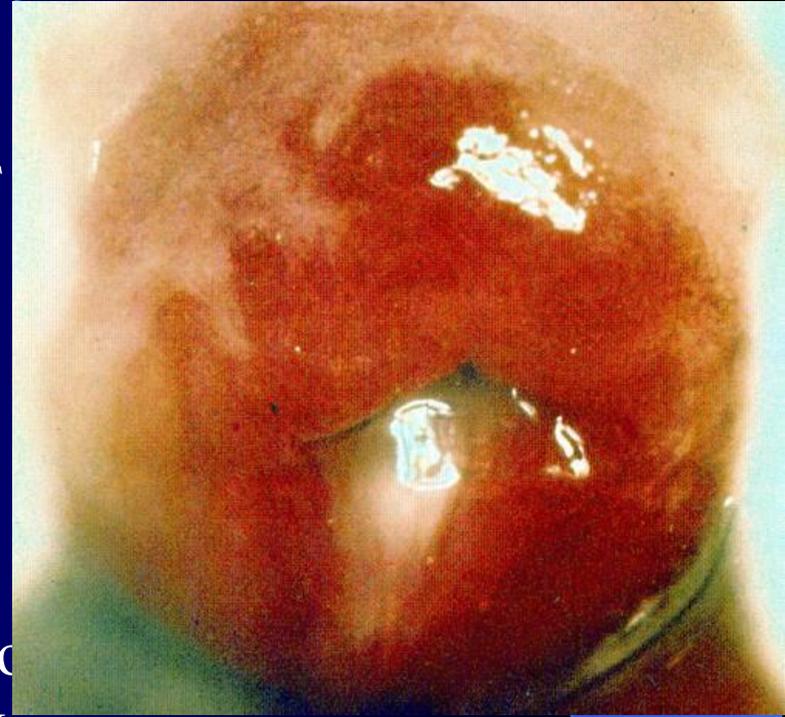
- Течение УГХ чаще мало и бессимптомное, т.е. без субъективных ощущений и диагностируется чаще при появлении осложнений в виде воспалительных заболеваний верхних отделов МПТ или нарушения репродукции. Так у 40% супружеских пар с бесплодием выделяют хламидийную инфекцию. Интересен тот факт, что до 70% хламидийная инфекция протекает в виде микст-форм, пациенты обращаются за медицинской помощью при появлении жалоб, связанных с ассоциированной инфекцией (н-р: высыпания в области половых органов вирусной этиологии – герпес генитальной локализации, зуд и жжение при кандидозе, обильные гнойные выделения, связанные с гонококковой или трихомонадной инфекцией).

- Момент заражения установить практически невозможно, поэтому как такового деления на острый и хронический процесс нет и хламидиоз принято всегда рассматривать как хроническое заболевание.

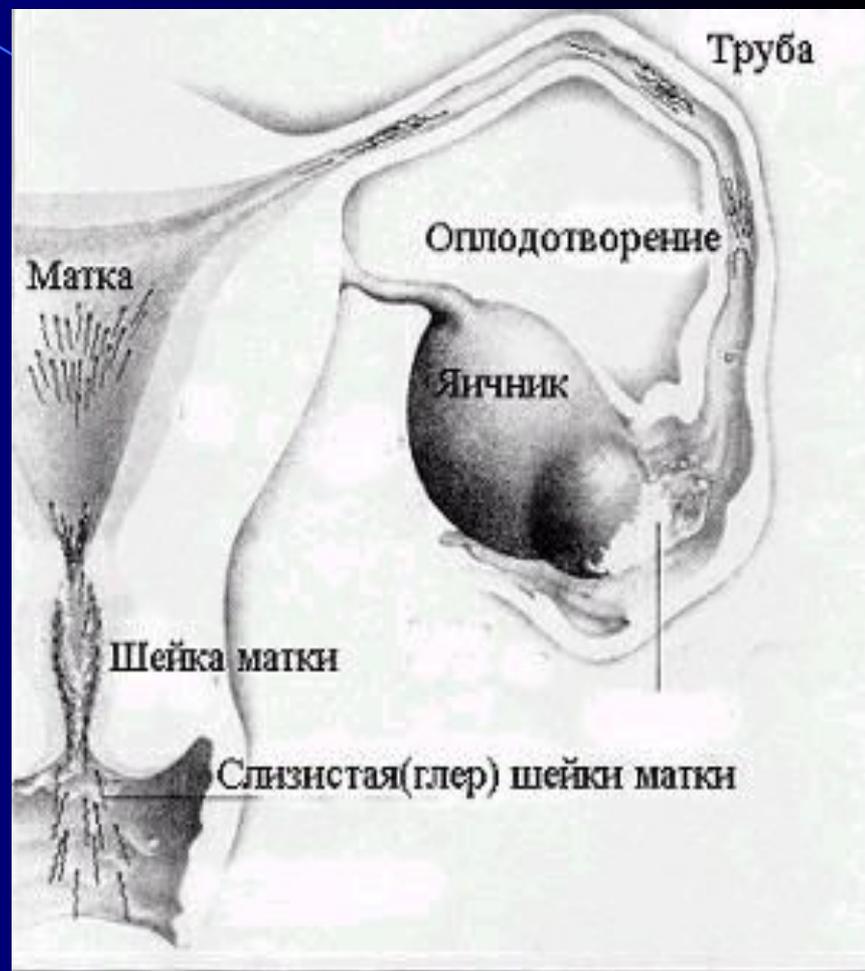
- Проявления уретрита у мужчин протекают в виде умеренных слизистых, реже слизисто-гнойных выделений из наружного отверстия мочеиспускательного канала. И в основном при первом обращении за помощью уже есть жалобы указывающие на поражение заднего отдела уретры и простаты (нарушение мочеиспускания, половые расстройства, боли в области промежности, мошонки, паховой области и крестца). Изменения в секрете предстательной железы (лейкоцитоз, снижение лецитиновых зерен).



- У женщин также скудные слизистые и слизисто-гнойные выделения из влагалища и уретры. При осмотре в зеркалах у 70% женщин с УГХ отмечают эктопию шейки матки. Какова же причина развития эктопии шейки матки? В основном это нарушение гормонального фона при котором идет замещение многослойного плоского эпителия поверхности шейки на цилиндрический из цервикального канала. Клетки в зоне эктопического эпителия наиболее чувствительны к хламидийной инфекции. Другие исследователи считают, что изначально поражается цилиндрический эпителий цервикального канала, выделения из цервикса инфицируют поверхность шейки матки.



Основным путем распространения инфекции является трансканаликулярный восходящий, при котором инфекция постепенно поражает эпителиальные клетки от нижних отделов мочеполовой системы к верхним. Вслед за цервицитом может развиваться эндометрит, эндосальпингит и затем тазовый перитонит. Именно с инфицированием верхних отделов МПТ связан иммунный ответ на хламидийный БТШ-60, который приводит к развитию деструкции маточных труб, спаечного процесса в малом тазу, бесплодия, привычного невынашивания беременности и тд..



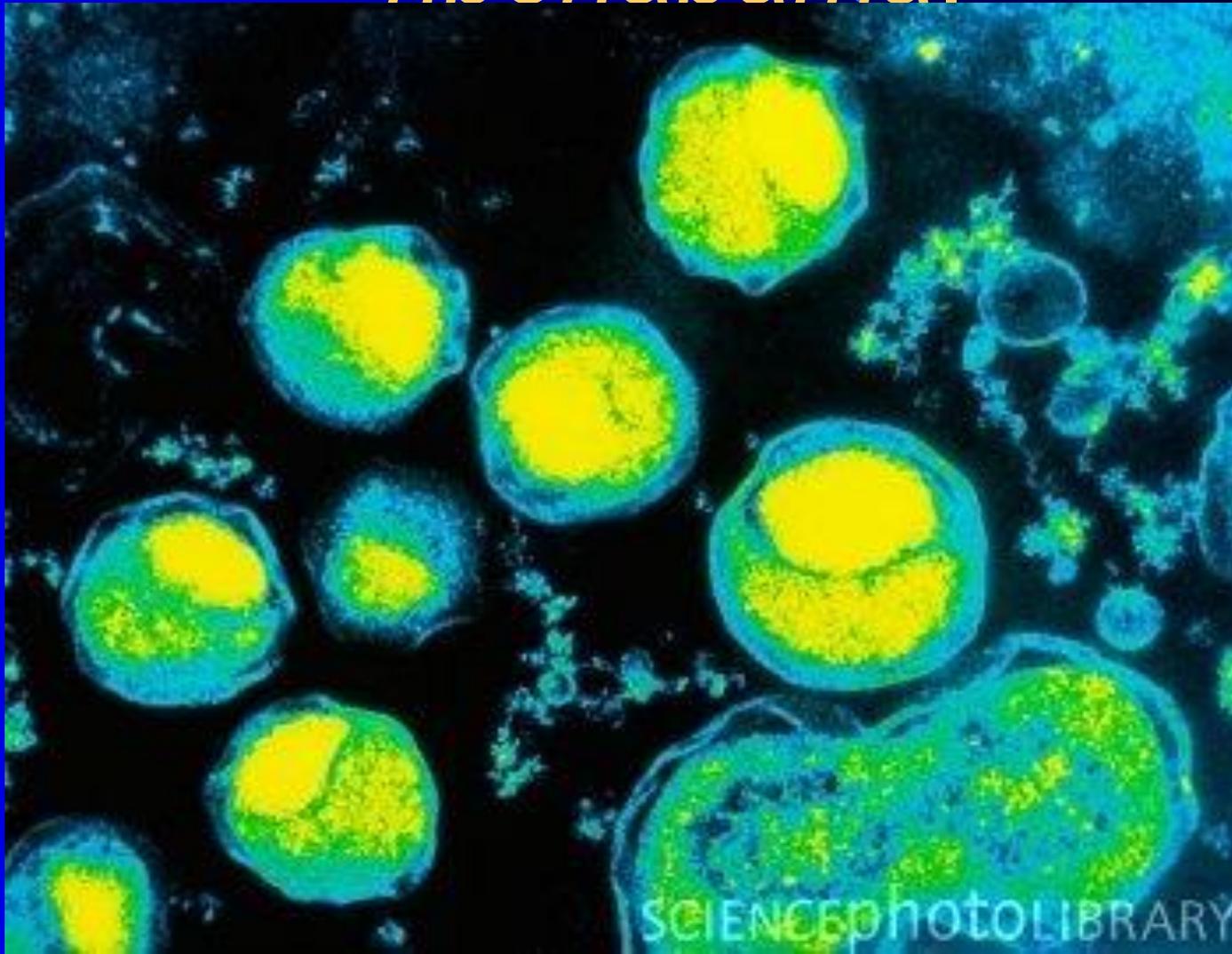
Диагностика хламидиоза

- **Методы прямого выявления**
- Микроскопия окрашенного препарата. Окраска цитологического мазка по методу Романовского – Гимза.
- Культуральная диагностика Выделение культуры клеток возбудителя на среде McCoу или He La (229). Достоинством метода является высокая чувствительность и специфичность.
- Методы ДНК диагностики. Обладают высокой чувствительностью и специфичностью.
- Метод прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) Позволяет выявить хламидийные включения по характерному желто-зеленому свечению.

Диагностика хламидиоза

- **Методы непрямого выявления**
Иммуноферментный анализ (ИФА) Широко используемый метод. Основан на выявлении антител, которые вырабатывает организм человека в ответ на внедрение возбудителя. Значимость ИФА велика при экстрагенитальных поражениях хламидийной этиологии и невозможности произвести забор материала непосредственно из предполагаемого очага поражения. По наличию сочетания антител классов А, М и G метод позволяет судить о стадии заболевания.

Микроскопия окрашенного препарата.



Лечение хламидиоза

- Микроорганизмы чувствительны к тетрациклинам, макролидам и фторхинолонам. Данные антибиотики способны проникать и накапливаться внутри клетки, подавляя различные стадии развития хламидий. Применение препаратов пенициллинового ряда приводит к появлению антибиотикоустойчивых видов возбудителя и затрудняет последующие диагностику и лечение. При необходимости проводят коррекцию сопутствующих нарушений.

- **Тетрациклиновые препараты: Окси- и хлортетрациклин 2000 мг/сут внутрь; Доксциклин (вибрамицин) 200 мг/сут внутрь**
- **Макролидные антибиотики: Эритромицин 2000 мг/сут внутрь; Рокситромицин (рулид) 300 мг/сут; Азитромицин (сумаamed) 500-1000 мг/сут; Спирамицин (ровамицин) 9,0 г/сут 1,5 млн ед/сут; Кларитромицин (клацид, клабакс) 500 мг/сут**
- **Фторхинолоны: Офлоксацин (заноцин) 600-800 мг/сут; Ломефлоксацин (максаквин) 800 мг/сут**
- **При поражении нижнего отдела МПТ продолжительность лечения 7-10 дней, при поражении верхних отделов 14-21 дни.**
- **Половых партнеров обязательно обследуют и лечат.**

БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА

Болезнь Рейтера характеризуется сочетанным поражением мочеполовых органов в форме негнококкового уретропростатита, воспалением глаз и суставов по типу асимметричного реактивного артрита. Возникает, как правило, вследствие инфицирования половым путем у лиц с генетической предрасположенностью, большей частью у носителей антигена гистосовместимости HLA-B27.

● Фазы Болезни Рейтера:

● 1 – инфекционно-токсическая (ранняя);

● 2 – аутоиммунная (поздняя).

Воспаление предстательной железы и, нередко, семенных пузырьков рассматривается не только как хронический очаг инфекции, но и как фактор, ведущий к аллергизации организма. У больных выявляют антитела к тканям предстательной железы, синовиальной оболочке, коже, конъюнктиве.

- Первым признаком заболевания, как правило, является уретрит, через 1-3 недели появляются другие симптомы.



- Поражение опорно-двигательного аппарата начинается остро, с болевым синдромом, повышение температуры. В большинстве случаев суставы вовлекаются поочередно с интервалом несколько дней, недель, характерна асимметрия поражения, симптом «лестницы». Поражаться могут любые суставы, в среднем 4-6. наиболее часто поражаются суставы пальцев стоп, плюсны, голеностопные и коленные. Артриты с выраженными экссудативными явлениями выпотом в полость сустава и преиартикулярной инфильтрацией тканей (сосискообразные пальцы).



- Суставы резко болезненны, отечны. Относительно типичные рентгенологические признаки рыхлые пяточные «шпоры» с эрозиями и «пушистые» периостальные пролиферации в местах прикрепления сухожилий, шпоры в виде перевернутой запятой на телах позвонков.



- Конъюнктивит, чаще односторонний. Могут быть эписклерит, кератит, ирит, иридоциклит, увеит.



- Кроме классической триады имеются поражения кожи и слизистых (баланит, кератодермия, псориазиформные высыпания, поражение ногтей и др.)





- Поражение внутренних органов. В остром периоде признаки миокардита, эндокардит с поражением клапана аорты. Гломерулонефрит, плеврит, флебиты, гастро-интестинальные нарушения.

- При лабораторном исследовании повышение СОЭ, острофазовые показатели (СРБ, фибриноген, серомукоид. Ревматоидная проба отрицательная.

Лечение

- На первой стадии этиотропная терапия антибактериальная терапия 1-1,5 месяца и иммунотерапия.
- Дезинтоксикационная терапия (гемодез, плазмоферез)
- Десенсибилизирующая терапия (антигистаминные препараты)
- НПВС (бутадион, реопирин, индометацин).

- -На второй стадии иммуносупрессирующая терапия: ГКС (преднизолон 30-50 мг/сутки), цитостатики (метотрексат), препараты хины (делагил, плаквенил), препараты золота (кризанол, ауранофин).
- -Улучшение микроциркуляции.
- -Внутрисуставное введение глюкокортикостероидных препаратов при значительном выпоте в суставную полость, после удаления синовиальной жидкости — гидрокортизон или кеналог.
- -При суставных процессах, склонных к склерозированию внутрисуставное введение цитостатиков (метотрексат, проспидин и др.)

- Физиолечение: диатермия, фонофорез, магнитотерапия, парафино- и озотокеритотерапия.
- Больным противопоказан покой. Рекомендуются активные движения в суставах для предупреждения контрактур. ЛФК. Массаж.
- Рекомендуется избегать переохлаждений, половых связей без презерватива. Обязательное лечение полового партнера!
- Целесообразно санаторно-курортное лечение — курорты с грязелечением (Пятигorsk, Сочи).