

# ГОНОРЕЯТА

## Една от неунищожимите болести

Гонореята (гонококция, трипер), тази инфекциозна остро възпалителна болест на урогениталната система, предаваща се главно по полов път, изглежда е „най-старата“ полово-предавана болест.

Описания на възпаление на пикочния канал у мъжа и болезнено бяло течение у жената се намират още в древноегипетските папируси, в библията, в трудове на Хипократ, Аристотел, Платон, Сенека и др. Във II в.н.е. Гален дава названието „Гонорея“, т.е. „семеизтичане“.

Разбира се, 17 века ще изминат след това, докато Алберт Найсер през 1879 г. открива причинителя (диплокок) и го нарича „гонокок“.



доц. д-р Георги  
Пехливанов

МБАЛ ВИТА,  
гр. София

В епидемиологичен аспект заболеваемостта от гонорея се определя от управляеми (социално-икономически и гр.) и неуправляеми (биологични промени в микроорганизма) фактори. От тяхното съчетаване и превалиране на едните спрямо другите се определя и характерната вълнообразна крива на заболеваемостта. В географско отношение естествено се наблюдава специфична заболеваемост сред отделните континенти и гържави. Най-общо пикове на заболеваемостта от гонорея в световен мащаб се наблюдават на всеки 10-15 години.

По съвременни данни над 200 млн. случая на гонорея се регистрират ежегодно в света. Заразяването става не само чрез класическия полов контакт между мъжа и жената, но и само чрез орален или аногенитален контакт. Последната възможност поради незнание се пренебрегва, което допълнително затруднява диагнозата. Понятието „сезонност на заболеваемостта“ в настоящем почти е изгубило стойност, поради безпрепятствената вътреш-

на и външна миграция на големи контингенти във всички сезони.

При мъжа уретритът е най-честият симптом. Обикновено уретралното течение и дизурията се наблюдават още в първата седмица след заразяването. Само при 1-3% от пациентите липсва симптоматика. В не малко случаи уретралното течение не е знойно, а белезникаво или слuzесто, което заблуждава клинициста и го подвежда да започне емпирично лечение за негонококов уретрит без никакво изследване. Не напразно гонококовата инфекция е известна още като „специфична инфекция“ във венерологията. С този термин се означава специфичният характер на микроорганизма *Neisseria gonorrhoeae*, който има строго специфична биология и изисква строго специфично лечение.

Повечето от жените с гонорея са асимптоматични. Най-често при гинекологичния преглед този факт се пренебрегва, диагнозата „гонорея“ не се поставя своевременно, което води до многобройни усложнения от всякакво естество за сексуалните

партньори и други контактни лица.

Усложненията на гонореята при мъжа и при жената включва конюнктивит, фарингит, проктит.

Инкубационният период на женската гонококция е трудно да се определи поради честата безсимптомност. Много рядко се наблюдава остър уретрит и цервицит.

Гениталните усложнения у жената са скенеит, бартолинит, ендометрит, салпингофорит. Те могат да се предизвикат и от самостоятелно съществуваща или съпътстваща хламидиална инфекция.

Гонококовата и хламидиалната инфекции са основните причинители на тазово-възпалителната болест.

Най-сигурният белег на женската гонококция е уретритът при партньора.

Диференциалната диагноза на гонококовия уретрит се прави с хламидиалния уретрит или негонококовия уретрит (НГУ), дължащ се на нехламидиална етиология. НГУ често може да се диференцира от гоноко-

ковия уретрит чрез грамово оцветяване, което има много по-висока чувствителност и специфичност.

Дисеминираната гонококова инфекция (ДГИ); (Гонококова септицемия) в нашето съвремие е изключително рядко усложнение, което все пак добре подготвеният дерматолог трябва да има предвид. Суспектна е при млади сексуалноактивни индивиди, при които са налични температура, дерматит и ревматологични симптоми. Диференциалната диагноза включва друга септична етиология като *S. aureus*, *N. meningitidis*. Доказва се с хемокултура, но трябва да се сравни с резултатите от гениталните култури. ДГИ може да доведе до ендокардит или менингит.

**Класическата диагностика** на гонококовия уретрит трябва да се осъществява с оцветена намазка. Тя е първи и задължителен диагностичен метод при всеки пациент с уретрит. Целта е да се потвърди или отхвърли диагнозата „гонококов уретрит“.

От всяка локализация се прави отделна намазка в тънък слой на предметно стъкло, фиксира се на спиртна лампа и се оцветява с метиленово синьо и/или по Грам. Грамовото оцветяване има по-висока диагностична стойност. Предпочита се при хроничната гонококция, където гонококите са оскъдни, а също при жената, където е налице и друга флора. В последните години за съжаление, с масовото въвеждане на PCR диагностиката, микроскопското изследване се подценява. Това е във вреда на клиничните познания на всеки дерматолог и ограничава възможността бързо да се диагностицира гонококов и негонококов уретрит.

Културелната диагностика на гоноореята е известна като „златен стандарт“. В последните години по-малко се използва. Има място при жената, при хронични случаи и за идентификация на гонокока. Базира се на селективната среда на Thayer и Martin (1962).

## Амплификационни методи (NAAT'S)

Най-известни са PCR и LCR. Амплификационните техники в някои случаи показват чувствителност до 98%. Предимство е, че изследването може да се извърши с урина.

При доказана гонококова инфекция, особено при по-млади пациенти, е необходимо да се направи изследване за хламидии.

## Лечение

Векове наред лечението е било предимно локално чрез уретрални промивки и спринцования, напр. с калиев перманганат (1:8000), сребърен нитрат (0.25-1%), Mercurochrome-220, сулфонамиди. Използва се спринцовката на Janet.

С настъпване на антибиотичната ера след Втората световна война се въвеждат множество нови препарати и схеми на лечение. Прилаганите до този момент сулфонамиди постепенно са забравени. Пеницилинът се въвежда с ентузиазъм през 1943 г. и променя радикално предишните методи на лечение. Основните терапевтични подходи при антибиотичната терапия на гонококцията са два – едномоментен и фракциониран.

**Едномоментният режим** е подходящ при остра инфекция, по епидемиологични показания и при невъзможност за контрол след лечението.

**Фракционираният режим** е препоръчителен при данни за хронична инфекция, при съпътстваща бактериална инфекция и когато се налага болнично лечение по медицински и социални индикации.

**Пеницилинът** е най-старият и изпитан антибиотик в борбата с гонококовата инфекция. За период от 30 години след Втората световна война той беше антибиотична терапия на първ избор. В последните 30 години много венеролози го избягват поради риска от алергични реакции, повишаващата се пеницилинова резистентност на гонококите, липса на активност срещу *C. Trachomatis*. През 1976 г. *Phillips* и *Aschford* откриват първите пеницилиназопродуциращи гонококи (PPNG) и разпространението им в много страни доведе до игнорирането на пеницилина от схемите на лечение.

**Полусинтетичните пеницилини** се прилагат като алтернативно средство. Съчетанието им с клавуланова киселина или пробенецид разширява техните възможности.

**Тетрациклините** заедно с пеницилина до края на 70<sup>те</sup> години на миналия век бяха класическо терапевтично средство. През 80<sup>те</sup> години чувствително нарасна плазмидно-медицираната тетрациклинова резистентност (TRNG) в световен мащаб. Те останаха препоръчвано средство единствено за лечение на хламидиалната инфекция. **Аминогликозидните антибиотици** Kanamycin и Spectinomycin няколко десетилетия бяха най-широко прилагани за лечение на гонококовата инфекция. В

началото на XXI<sup>ви</sup> век приложението им е преустановено.

**Флуорхинолоните** стават популярни в терапията на гонококцията в средата на 80-те години на миналия век, но винаги са били алтернативно средство. Най-широко е прилаган Ciprofloxacin. Хинолоните са контраиндицирани при бременни и деца. В средата на 90-те години в САЩ и Югоизточна Азия добива разпространение хинолон антибиотичната резистентност (QRNG).

**Цефалоспорините** от трета генерация вече повече от 30 години показват висока ефективност при лечението на гонококцията, включително при PPNG и хромозомно медирана пеницилинова резистентност.

През 90-те години на миналия век Ceftriaxon в еднократна мускулна инжекция от 250 mg се наложи като ново противогаококово средство за едномомента терапия с висока активност спрямо *N. gonorrhoeae* и нейните PPNG-щамове.

За пръв път в България през 1985-1989 г. въз основа на голям контингент изследвани пациенти с остра и хронична гонококова инфекция ние въведохме Ceftriaxon в еднократната мускулна доза от 1 g при остра инфекция и две последователни инжекции в два последователни дни при жени и при хронични случаи. Процентът на постгонококовите уретрити след приложението на Ceftriaxon е най-нисък.

В последните години, заедно с промяната в клиниката на гонококовия уретрит – увеличаване на субакутните и безсимптомни форми у нас и в Европа, се увеличава *in vivo* и *in vitro* резистентността на *N. gonorrhoeae* към Ceftriaxon.

Това наложи да променим схемите на лечение с Ceftriaxon, а именно като приложение на две мускулни инжекции от 1 g дневно за 2 дни при острите случаи и 3 до 5 дни при жени и хронични случаи.

**Въпреки развиващата се резистентност на *N. gonorrhoeae* Ceftriaxon продължава да бъде антибиотик на пръв избор при лечение на различните форми на гонококова инфекция.**

## Критерии за излекуване

При мъжа критерий за излекуване е спиране на уретралното течение, липса на отклонение в седимента на урината, негативна микробиология от уретрата, простатния секрет и/или от еякулата.

За по-висока достоверност – да се контролира и с PCR, минимум 20 дни след приключване на лечението. Контролно изследване да се прави и на постоянния партньор!

Като генерално заключение може да изведем следното: при всеки мъж с уретрит и при всяка жена с рецидивиращо вагинално течение трябва да се мисли за гонорея! ■

### Книгопис:

1. A. Bonev, J. Nikolov, Sexually transmitted diseases, "Medicine and physical education", Sofia, 1978.
2. G. Pehlivanov, Study on modern epidemiology, clinic, treatment and organization of the fight against gonococcus in Bulgaria, Dissertation, Sofia, 1991.
3. G. Pehlivanov, Ch. Slavov, Urethritis and related conditions, Agora, Sofia, 2007.
4. N. Zlatkov and team, Sexually transmitted diseases and non-venereal genital pathology, Arso, Sofia, 2002.
5. D. Danielsson, L. Juhlin, Per-Anders Mardh., Genital infections and their complications., A Wellcome Foundation Symposium, October, 9-11, 1974, Stockholm, Sweden.
6. Lawrence R. Stanberry and David I. Bernstein., Sexually Transmitted Disease. Vaccines, Prevention and control., Academic Press, 2000.
7. P.S. Pelouze., Gonorrhoea in the male and female., W.B.Saunders Company, 1943.