

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ 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  
имени профессора В.И.Прохоренкова

Куратор клинической ординатуры  
профессор Карачева Ю.В.

Реферат на тему :

Гонорея .Этиология и патогенез.Классификация .

Клиника. Диагностика

**Специальность : дерматовенеролог**

Выполнила:клинический ординатор 1 года

Фамилия: Сиротова

Имя :Александрина

Отчество :Михайловна

2018 год

## Содержание

1. Введение .....	3
2. Этиология и патогенез.....	3
3. Классификация .....	4
4. Клиника .....	6
5. Диагностика .....	11
6. Заключение.....	13
7.Список литературы....	14

## Введение

Гонореей называется венерическая болезнь, вызываемая гонококком Нейсера (*Neisseria gonorrhoeae*). Гонококк паразитирует преимущественно на слизистых оболочках, покрытых цилиндрическим эпителием. Гонорейный процесс большей частью ограничивается мочеполовыми органами, но нередко поражает прямую кишку, глотку, иногда конъюнктиву глаз. В отдельных случаях инфекция может приобретать генерализованный характер (гонококковый сепсис с бактериальными метастазами в суставы и др. органы). В последние годы описаны гонорейные поражения нервной системы (психозы, хорей, поражение зрительного, слухового и др. нервов). Наблюдается патология висцеральных органов (эндо-миокардиты, плеврит, пневмония, перигепатит), патология опорно-двигательного аппарата (артрит, остеомиелит, синовит, бурсит, миозит). Встречаются и поражения глаз у новорожденных.

В связи с этим изучение гонореи актуально.

## Этиология и патогенез

Гонококк представляет собою парный кокк (диплококк) бобовидной формы, не окрашиваемый по Граму, размещается непременно внутриклеточно (в цитоплазме лейкоцитов). Гонококки высокочувствительны к факторам внешней среды: погибают при температуре выше 55 С, при высыхании, обработке растворами антисептиков, под влиянием прямых лучей солнца. Гонококк сохраняет жизнеспособность в свежем гное до высыхания. В связи с этим инфицирование случается в основном половым путем (от зараженного партнера). Контагиозность инфекции для женщин составляет 50-70 процента, для мужчин - 25-50 процента. Намного более редко бывает инфицирование бытовым путем (ч/з грязное белье, полотенца, мочалки), в основном у девочек. Возможность внутриутробного инфицирования остается спорной. Гонококк неподвижен, не образует спор, при помощи тонких трубчатых нитей (пили) закрепляется на поверхности эпителиальных клеток, сперматозоидов, красных кровяных клеток. Снаружи гонококки покрыты капсулоподобной субстанцией, затрудняющей их переваривание. Возбудитель может проживать внутри лейкоцитов, трихомонад, эпителиальных клеток (незавершенный фагоцитоз), что осложняет лечение. При неадекватном лечении могут образовываться L-формы гонококков различной величины и окраски. Они нечувствительны к препаратам, вызвавшим их образование, антителам и комплементу в итоге потери части антигенных свойств. Персистенция L-форм затрудняет диагностику и лечение, способствует выживанию инфекции в организме. В связи с широким использованием антибиотиков возникло большое число штаммов гонококка, вырабатывающих фермент р-лактамазу и соответственно устойчивых к действию антибиотиков, содержащих р-лактаманное кольцо.

Гонококки поражают по большей части отделы мочеполовой системы, выстланные цилиндрическим эпителием - слизистую цервикального канала, маточных труб, уретры, парауретральные и крупные вестибулярные железы. При генитально-оральных контактах могут развиваться гонорейный фарингит, тонзиллит и стоматит, при генитально-анальных - гонорейный проктит. При попадании инфекции на слизистую глаз, в т.ч. и при прохождении плода ч/з инфицированные родовые пути, возникают симптомы гонорейного конъюнктивита.

Стена влагалища, покрытая многослойным плоским эпителием, устойчива к гонококковой инфекции. Хотя, если эпителий истончается или становится рыхлым, вероятно развитие гонорейного вагинита (при беременности, у девочек и у женщин в постменопаузе).

Гонококки с высокой скоростью фиксируются на поверхности эпителиальных клеток с помощью пилей, а после проникают в глубь клеток, в межклеточные щели и подэпителиальное пространство, вызывая деструкцию эпителия и воспалительную реакцию.

Гонорейная инфекция распространяется чаще по протяжению (каналикулярно) из нижних отделов мочеполовой системы в верхние. Продвижению часто способствуют адгезия гонококка к

поверхности сперматозоидов и энтеробиоз внутри трихомонад, являющихся активными переносчиками инфекции.

Временами гонококки попадают в кровяное русло (как правило они гибнут из-за бактерицидных свойств сыворотки), приводя к генерализации инфекции и появлению экстрагенитальных очагов поражения, прежде всего поражения суставов. Более редко развиваются гонорейный эндокардит и менингит.

В ответ на введение гонорейной инфекции в организме вырабатываются антитела, однако иммунитет при этом не развивается. Человек может заразиться и болеть гонореей неоднократно. Это объясняется антигенной вариабельностью гонококка.

Инкубационный период гонореи колеблется от 3 до 15 суток, более редко до 1 месяц.

## Классификация

Входными воротами для гонококка у мужчин, как правило, является уретра, у женщин – уретра и шейка матки. Попав на слизистую оболочку уретры гонококки распространяются в организм следующими путями:

- 1) континуитатным (по протяжению),
- 2) антиперистальтическим;
- 3) лимфогенным;
- 4) гематогенным.

Наиболее частым путем является континуитатный, при котором гонококки, не обладающие собственными движениями, медленно проникают и поражают все новые участки слизистой оболочки. Постепенно возбудитель попадает из передней уретры в заднюю и по многочисленным выводным протокам проникает в предстательную железу, вызывая ее воспаление.

Антиперистальтический путь. При нем гонококки из задней части уретры, не поражая семявыносящий проток, забрасываются в придаток яичка и вызывают его воспаление. У женщин из полости матки гонококки могут попадать в брюшную полость, благодаря антиперистальтике фаллопиевых труб. Данный путь передачи гонококковой инфекции осуществляется за счет антиперистальтических сокращений, которые свойственны трубчатым органам мочеполовой системы: семявыносящие протоки, мочеточники, матка, фаллопиевы трубы. Эти сокращения возникают только при определенных условиях: езда на велосипеде, половой акт, тяжелый физический труд и др.

Лимфогенный путь. Гонококковая инфекция может распространяться по лимфатическим путям. Доказательством этого являются случаи вовлечения простаты без поражения задней уретры или фаллопиевых труб, минуя эндометрий.

Гематогенный путь. Обильная васкуляризация уретры, шейки матки и др. половых органов способствует проникновению гонококков в кровяное русло и возникает гонококковый сепсис.

Классификация гонореи. В зависимости от длительности заболевания и интенсивности реакции организма на внедрение возбудителя различают:

А) свежую гонорею (с давностью до 2-х месяцев);

Б) хроническую гонорею (свыше 2-х месяцев);

В) латентную гонорею.

В настоящее время используется Международная статистическая классификация X пересмотра, на основе положений и принципов которой предлагается следующая классификация гонореи:

#### A54 Гонококковая инфекция

A54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных и придаточных желез

Гонококковый:

- цервицит БДУ
- цистит БДУ
- уретрит БДУ
- вульвовагинит БДУ

A54.1 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных и придаточных желез

Гонококковый абсцесс бартолиниевых желез

A54.2 Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов

Гонококковый (оо);

- эпидидимит
- воспалительное заболевание тазовых органов у женщин
- орхит
- простатит

A54.3 Гонококковая инфекция глаз

Гонококковый

- конъюнктивит
- иридоциклит

Гонококковая офтальмия новорожденных

A54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы

Гонококковый:

- артрит
- бурсит
- остеомиелит
- синовит
- теносиновит

A54.5 Гонококковый фарингит

A54.6 Гонококковая инфекция аноректальной области

A54.8 Другие гонококковые инфекции

Гонококковый (ая) (оё):

- абсцесс мозга
- эндокардит
- менингит
- миокардит
- перикардит
- перитонит
- пневмония
- сепсис
- поражение кожи

## Клиника

### Течение гонореи у мужчин

Гонорейный уретрит - первичная и наиболее распространённая форма гонококковой инфекции у мужчин, протекающая в разнообразных формах. С клинической точки зрения оправдано выделение переднего уретрита и заднего уретрита. По давности заболевания и выраженности клинической картины выделяют следующие формы гонореи:

◆ свежая гонорея (давность заболевания до 2-х месяцев)

- Острая
- Подострая
- Торпидная

◆ хроническая гонорея (давность заболевания свыше 2-х месяцев или неустановленная давность заболевания).

- Свежий острый передний гонорейный уретрит. Инкубационный период составляет 3-5 дней. Первичные симптомы - лёгкий зуд и жжение в области наружного отверстия мочеиспускательного канала, особенно при мочеиспускании. Затем наступает отёчность, а при надавливании на мочеиспускательный канал из наружного отверстия появляются скудные слизисто-гнойные выделения. Через 1-2 дня резко усиливаются симптомы болезни: наружное отверстие гиперемировано, отделяемое становится гнойным. Крайняя плоть и головка полового члена гиперемированы и отёчны. Мочеиспускательный канал инфильтрирован, при пальпации болезненный. Пациенты жалуются на режущую, жгучую боль при мочеиспускании по всей уретре, болевые ощущения при эрекции. При двустаканной пробе первая порция мочи мутная, вторая - прозрачная. Объясняется тем, что первая порция мочи смывает весь гной в канале и становится мутной. Вторая порция мочи, проходя по очистившейся от гноя уретре, остаётся прозрачной. Это свидетельствует о переднем уретрите.
- Свежий острый задний гонорейный уретрит. Часто гонококковый процесс может перейти на заднюю уретру. Это происходит при сниженной сопротивляемости организма, частых половых возбуждениях, приёме алкоголя, неправильной местной терапии (уретроскопия, бужирование, катетеризация). С развитием заднего уретрита течение заболевания осложняется. Кроме клинических симптомов переднего уретрита, у больных появляются новые признаки и субъективные ощущения:

- частые позывы к мочеиспусканию (каждый час, а в тяжёлых случаях каждые 15-20 минут);

- болезненность и появление нескольких капель крови к концу мочеиспускания (терминальная болезненность и гематурия);

- частые эрекции и поллюции с примесью крови в сперме (гемоспермия), что связано с наличием воспалений в семенном бугорке;

- моча во всех порциях мутная в связи с поступлением гноя из предстательной части уретры в мочевой пузырь.

- Свежий подострый гонорейный уретрит - признаки такие, как и при остром гонорейном уретрите, но слабее выражены.
- Свежий торпидный гонорейный уретрит характеризуется незначительными субъективными ощущениями больные жалуются на чувство зуда в мочеиспускательном канале, давящую боль в промежности, иногда у них возникают болезненные поллюции. Выделения из мочеиспускательного канала скудные или совсем отсутствуют.
- Хронический гонорейный уретрит наступает после стихания воспалительных процессов при остром и подостром гонорейном уретрите. Переходу свежего острого гонорейного уретрита в хроническую форму способствуют следующие причины:

- нерациональное лечение, перерывы в лечении, самолечение;

- нарушение режима во время лечения (употребление алкоголя, погрешности в диете, половые сношения);

- аномалии мочеиспускательного канала (парауретральные железы, гипоспадия, сужение наружного отверстия);

- смешанные мочеполовые инфекции (гонококковые и хламидийные, микоплазменные, трихомонадные, вирусные);

- различные хронические заболевания (сахарный диабет, туберкулёз, анемии, алкоголизм).

Осложнения гонореи у мужчин

Без лечения больные гонореей длительное время являются источниками заражения. Кроме того, у них часто развиваются осложнения, которые приводят к тяжёлым последствиям. Различают следующие осложнения гонореи у мужчин: баланопостит, фимоз, парафимоз; лимфангит; кавернит; колликулит; стриктуры уретры; эпидидимит; деферентит и фуникулит; орхит; простатит; везикулит.

- Гонорея осложняется воспалением головки полового члена - баланитом и внутреннего листка крайней плоти - поститом. Обычно эти воспаления сочетаются, проявляясь баланопоститом. При усилении воспалительных явлений вовлекается вся крайняя плоть, которая отекает и увеличивается так, что не удаётся её оттянуть назад и обнажить, развивается фимоз. Иногда воспалённая и отёчная крайняя плоть ущемляет головку полового члена - развивается парафимоз.
- В ряде случаев гонококки проникают в лимфатические сосуды полового члена и вызывают их воспаление - лимфангит. Клинически заболевание проявляется плотными набухшими тяжами в области уретральной поверхности полового члена. Кожа над ними иногда гиперемирована и отёчна. Лимфангиты могут протекать с повышением температуры тела, ознобом.
- Кавернит (воспаление пещеристых тел полового члена) развивается при распространении гонококкового процесса за пределы околожелезистой клетчатки уретральных желез в пещеристое тело мочеиспускательного канала. У больных возникает боль в половом члене при эрекции, а в пещеристом теле прощупываются плотные узелки. При острых кавернитах появляются резко болезненная инфильтрация, боль и искривление полового члена при эрекции, затруднённое мочеиспускание.
- Колликулит (поражение семенного бугорка) характеризуется клиническими симптомами заднего уретрита - незначительные выделения из канала, позывы к мочеиспусканию, терминальная гематурия. Нередко колликулит протекает асимптомно и диагностируется только при уретроскопии. Колликулит может привести к преждевременной эякуляции, импотенции, неврастении.
- Стриктуры - сужения мочеиспускательного канала. Наиболее важным симптомом стриктуры является затруднение мочеиспускания. Струя мочи тонкая, а в тяжёлых случаях моча выделяется по каплям. Диагноз ставят на основании анамнеза, жалоб больного, инструментального исследования канала головчатым бужом или эластическими бужами, а также рентгенографии мочеиспускательного канала.
- Эпидидимит (воспаление придатков яичек) наблюдается довольно часто и возникает вследствие проникновения гонококков в придаток из предстательной части мочеиспускательного канала через семявыносящий проток. Заболевание начинается внезапно с появления боли в области придатка яичка и в паховой области. У больных наблюдаются повышение температуры тела до 39-40°С, озноб, головная боль, слабость. При пальпации придаток увеличен, плотный и болезненный. Кожа мошонки напряжена, гиперемирована. Гонококковые поражения придатков приводят к образованию рубцов в протоках придатков яичек. В результате этого наступают азооспермия и бесплодие.

◆деферентит (поражение семявыносящего протока) и фуникулит (поражение семенного канатика) наблюдаются одновременно с поражением придатков яичек. Семявыносящий проток пальпируется в виде плотного, болезненного тяжа. В ряде случаев включаются фасции и мышцы семенного канатика, образуя болезненный тяж толщиной с палец.

◆ орхит (поражение яичка) встречается редко. Клинически при этом боль в мошонке значительная, а ухудшение общего состояния более выражено, чем при эпидидимите. Иногда воспалительный процесс переходит на оболочки яичка, вызывая в их полости скопление экссудата, который пальпируется как флюктуирующее образование.

◆простатит (воспаление предстательной железы) протекает остро или хронически. По характеру и степени поражения различают простатит:

- Катаральный,
- Фолликулярный,
- Паренхиматозный.

При катаральном простатите протоки прилегающих железистых долек предстательной железы воспалены, инфильтрированы, в их просвете имеется значительное количество лейкоцитов, слизи,

эпителия, гонококков. Больные при этом жалуются на учащённые позывы к мочеиспусканию. Отмечается лёгкое жжение или щекотание в области промежности, незначительное ощущение давления в области заднего прохода. Моча прозрачная с примесью единичных нитей и хлопьев. Пальпаторно в предстательной железе никаких изменений не выявляется. Простатит может быть распознан только при микроскопическом исследовании секрета, в котором выявляется повышенный лейкоцитоз, а также иногда гонококки.

Фолликулярный простатит развивается вследствие дальнейшего распространения воспалительного процесса с закупоркой выводных протоков желез и образованием наполненных гноем изолированных фолликулов. У больных в области промежности появляется чувство жара, болезненность в конце акта мочеиспускания. При пальпации предстательная железа может быть увеличена, прощупываются отдельные болезненные шаровидные уплотнения.

Паренхиматозный простатит возникает при вовлечении в процесс мышечно-эластической стромы предстательной железы. Отдельные воспалительные инфильтраты, разрушая паренхиму железы, сливаются между собой и образуют вначале ограниченные гнойные полости. Сливаясь между собой, гнойники могут образовывать один большой абсцесс, который захватывает целую долю и даже всю железу. Субъективные и объективные

Симптомы паренхиматозного простатита соответствуют симптомам заднего уретрита. Возможно затруднение мочеиспускания и даже полная задержка мочи. У больных появляются ощущения давления и полноты в заднем проходе, боль при дефекации. Боль нередко иррадирует в половой член, крестец, таз. При пальпации обнаруживается увеличение предстательной железы за счёт поражённой доли или всей железы.

Хронический простатит часто приобретает затяжное течение. Появляются различные функциональные расстройства мочеполового аппарата; ослабление эрекции, преждевременная эякуляция, снижение оргазма. Нередко больные отмечают быструю утомляемость, снижение работоспособности, становятся раздражительными. В секрете предстательной железы отмечается повышенное содержание лейкоцитов, уменьшение числа липоидных зёрен, а иногда их полное отсутствие. Гонококки в секрете предстательной железы больных хроническим простатитом содержатся редко. Простатит может быть вызван и смешанной гонококковой инфекцией: гонококковой и хламидийной, микоплазменной, трихомонадной или другой бактериальной.

◆везикулит (воспаление семенных пузырьков) часто сочетается с простатитом и эпидидимитом. Клинические проявления везикулита обычно завуалированы симптомами заднего уретрита, эпидидимита или простатита. Больные жалуются на выделения, зуд и боль в мочеиспускательном канале, боль в конце акта мочеиспускания. Возможны терминальная гематурия, повышенная половая возбудимость, частые поллюции и эрекции, болезненные эякуляции, а также гной и кровь в сперме. Семенные пузырьки при везикулите пальпируются выше долей предстательной железы в виде продолговатых болезненных образований.

### Гонорея у женщин

Особенностями гонорейной инфекции у женщин являются:

- вялое, бессимптомное течение (связано с пониженной функцией яичников; неадекватной дозой сульфаниламидов, которые снижают вирулентность гонококков; образованием I-форм гонококка);
- инфекция часто протекает как смешанная (гонорейно-трихомонадная, гонорейно-хламидийная, гонорейно-микоплазменная, гонорейно-кандидозная);
- инфицируется несколько органов (многоочаговое поражение).

Выделяют гонорею нижнего отдела половых органов (уретрит, парауретрит, бартолинит, вестибулит, цервицит, эндоцервицит) и гонорею верхнего отдела половых органов, или восходящую гонорею (эндометрит, сальпингит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит).

◆гонококковый процесс у женщин при поражении уретры локализуется в эпителии слизистой оболочки мочеиспускательного канала. Уретрит сопровождается зудом в уретре, болью в начале мочеиспускания и учащёнными позывами к нему, а также незначительными, слизистыми, почти бес-

цветными выделениями. При уретроскопии определяют изменения слизистой оболочки мочеиспускательного канала в виде мягкого инфильтрата.

- Парауретрит часто сочетается с уретритом гонококковой этиологии. Воспалительный процесс в протоках определяется по гиперемии их устьев и слизистым или слизисто-гнойным выделениям, которые появляются при выдавливании в виде капли. В выделениях обнаруживаются гонококки.
- Вестибулит (поражение преддверия влагалища) обусловлен гонорейным процессом в ямке и луковице преддверия влагалища, мелких желёзках в области клитора, в бороздках между малыми половыми губами и в промежуточной части луковицы преддверия влагалища. Слизистая оболочка преддверия влагалища гиперемирована, отёчна, покрыта слизисто-гнойными выделениями. В области ямки, луковицы и выводных протоков малых преддверных желёз имеются воспалительные явления.
- Бартолинит (поражение больших желёз преддверия влагалища). Гонококки обычно размножаются в цилиндрическом эпителии выводных протоков больших желёз преддверия. Признаком поражения протока является гиперемированное пятно величиной с горошину с тёмно-красной точкой в центре, соответствующей устью выводного протока железы. При пальпации воспалённой большой железы преддверия из устья выводного протока удается выдавить каплю слегка мутной слизи. Если выводной проток закрывается, образуется различной величины болезненная киста, наполненная патологическим секретом и набухшая по направлению к преддверию влагалища. Иногда в воспалительный процесс вовлекаются окружающие ткани, что приводит к образованию болезненного инфильтрата, который располагается сбоку у отверстия влагалища. Вокруг воспалённой железы возникают отёк, гиперемия, болезненность. Наиболее тяжёлые формы бартолинита возникают при смешанной инфекции - гонококковой и хламидийной.

◆ цервицит и эндоцервицит (воспаление шейки и шейного канала матки) - наиболее распространенное проявление гонококковой инфекции у женщин. У больных обнаруживается слизистогнойное отделяемое из канала шейки матки. При осмотре влагалищной части шейки матки с помощью зеркала обнаруживают отек, гиперемию, эрозии вокруг наружного отверстия шейки матки в виде "красного венчика". Хронический эндоцервицит может протекать без выраженных клинических симптомов и местных воспалительных процессов.

◆ эндометрит (воспаление слизистой оболочки матки) может быть острым или хроническим. При остром течении гонорейного эндометрита по-

вышается температура тела, наблюдается лейкоцитоз. У больных постепенно усиливается боль внизу живота, нарушаются сроки менструации. Наблюдаются слизисто-гнойные или кровянистые выделения из канала шейки матки. Матка увеличена, тестоватой консистенции, болезненна. При хроническом процессе жалобы менее выражены, боли внизу живота появляются лишь при физических напряжениях и половых сношениях, отмечаются нарушения менструального цикла. При хроническом процессе матка несколько увеличена и плотна.

◆ сальпингит является наиболее частым проявлением восходящей гонококковой инфекции. Различают следующие виды гонококкового поражения труб матки: катаральный сальпингит, глубокий гнойный сальпингит, нодозный сальпингит, пиосальпинкс, гидросальпинкс, аднекстумор. При катаральном сальпингите поражается слизистая оболочка труб матки (гиперемия, отек слизистой оболочки и умеренная секреция); труба отёчная, равномерно утолщённая, пальпируется при исследовании. В ее просвете скапливается серозно-гнойная жидкость, нередко образуются внутренние спайки. Глубокий гнойный сальпингит характеризуется переходом воспалительного инфильтрата глубже в подсерозный и мышечный слои трубы, которая утолщается и стенки её уплотняются. При прогрессировании процесса складки труб отекают, препятствуя прохождению секрета, который при закрытии воронки растягивает стенки трубы, развиваются гидросальпинкс или пиосальпинкс с гнойным содержимым. Через брюшной конец трубы гной может вытекать в полость тазовой брюшины, где под воздействием гонотоксина выделяется транссудат с большим количеством фибрина. Между воспалённой трубой, яичником, маткой, кишечными петлями, сальником образуются спайки, что приводит к образованию конгломератной опухоли, в которой невозможно различить отдельные органы (аднекстумор) гонококковые сальпингиты протекают

подостро, вяло, с незначительными симптомами. Больные предъявляют жалобы на ноющие боли внизу живота, иногда схваткообразные, усиливающиеся при физическом напряжении, во время менструации, при дефекации. Заболевание периодически обостряется вследствие употребления алкоголя и после половых сношений.

◆ при гонококковом сальпингоофорите больные жалуются на ноющую боль внизу живота и в области крестца, усиливающуюся при напряжении брюшной стенки. Иногда повышается температура тела до 38-39°С, отмечается озноб. Нарушаются ритм, интенсивность и длительность менструаций. Гонококки на поверхности яичника вызывают слушивание эпителия, что в последующем из-за слипчивого воспаления между маточной трубой и яичником приводит к образованию спаек. Вследствие гонококкового сальпингоофорита может развиваться непроходимость маточных труб, приводящая к бесплодию женщин, внематочной беременности, ограниченному перитониту.

◆ гонорейный пельвиоперитонит возникает вследствие инфицирования брюшины гонококками из брюшного отверстия маточной трубы, из вскрывшихся пиосальпинкса, пиовариума, а также проникновения их из подсерозной основы маточной трубы по лимфатическим сосудам. Клиническая картина вначале развивается на фоне симптомов, характерных для сальпингита. Больных беспокоят резкие, схваткообразные боли внизу живота, метеоризм, запоры, тошнота, рвота, повышение температуры тела до 38-40°С. Брюшная стенка напряжена, положительный симптом щёткина-блумберга. При бимануальном исследовании в прямокишечном пространстве определяется выпот, выпячивающий задний свод влагалища и смещающий матку вперёд и вверх. Над симфизом чётко определяется верхняя граница выпота. Гнойный выпот может самостоятельно вскрыться в соседние органы (прямую кишку, мочевой пузырь, влагалище). Диагноз восходящей гонореи и пельвиоперитонита ставится на основании данных анамнеза, клиники и после обязательного обнаружения гонококков в мазках или в посевах отделяемого мочеполовых органов. Одним из последствий гонококкового пельвиоперитонита является первичное или вторичное бесплодие.

## Диагностика

Диагностика основана на данных анамнеза, физикального исследования. Основные методы лабораторной диагностики гонореи -- бактериоскопический и бактериологический, направлены на обнаружение возбудителя. Идентификацию гонококка осуществляют по трём признакам: диплококк, внутриклеточное расположение, грамотрицательный микроорганизм. В связи с высокой способностью к изменчивости под влиянием неблагоприятных воздействий окружающей среды гонококк не всегда можно обнаружить при бактериоскопии, чувствительность и специфичность которой составляют 45-80% и 38% соответственно. Для диагностирования стёртых и асимптомных форм гонореи, а также у детей и беременных, более подходящим является бактериологический метод. Посев материала производят на специально созданные искусственные питательные среды. При загрязнённости материала посторонней сопутствующей флорой выделение гонококка становится затруднительным, поэтому для его обнаружения используют селективные среды с добавлением антибиотиков. При невозможности произвести посев незамедлительно, материал для исследования помещают в транспортную среду. Выросшие на питательной среде культуры подвергают микроскопии, определяют их свойства и чувствительность к антибиотикам. Чувствительность бактериологического метода -- 90-100%, специфичность -- 98%. Материал для микроскопии и посева берут ложечкой Фолькмана или бактериологической петлёй из цервикального канала, влагалища, уретры, при необходимости -- из прямой кишки или любого другого места, где предположительно может находиться гонококк. Из прямой кишки берут соскоб или смывы изотоническим раствором натрия хлорида.

Другие методы лабораторной диагностики гонореи (иммунофлюоресцентный, иммуноферментный, ДНК диагностика) используют редко, они не являются обязательными.

Порядок диагностики гонореи:

1. Бактериоскопия (анализ свежеекрашенного мазка, взятого из 3-х точек: U, V, C), при остром течении гонореи возбудитель располагается в основном внутри лейкоцитов, а при хроническом --

внеклеточно. 2. Бактериологическое исследование, с определением чувствительности к антибактериальным препаратам. Показания: \* неоднократное получение отрицательного результата бактериоскопии; \* наличие в мазках из патологического материала подозрительных на гонококк микроорганизмов; \* при клиническом или эпидемиологическом подозрении на гонорею.

3. Реакция иммунофлюоресценции (РИФ). 4. Иммунофлюоресцентный анализ (ИФА). 5. Молекулярные методы: полимеразная цепная реакция и лигазная цепная реакция (ПЦР, ЛЦР). 6. При отсутствии гонококков в мазках и посевах проводятся провокационные пробы с использованием иммунологических, химических, термических методов, обязательно учитываются возможные осложнения и последствия при их проведении:

1) химическая -- смазывание уретры на глубину 1--2 см 1--2 % раствором нитрата серебра, прямой кишки на глубину 4 см 1 % раствором Люголя в глицерине, цервикального канала на глубину 1--1,5 см 2--5% раствором нитрата серебра; 2) биологическая -- введение внутримышечно гоновакцины в дозе 500 млн. микробных тел или одновременное введение гоновакцины с пирогеналом в дозе 200 МПД; 3) термическая -- ежедневная диатермия в течение 3-х дней (в 1-й день в течение 30 мин, во 2-й день -- 40 мин, в 3-й -- 50 мин) или индуктотермия в течение 3-х дней по 15--20 мин. Отделяемое для лабораторного анализа берется ежедневно через 1 час после физиотерапевтических процедур; 4) физиологическая -- взятие мазков в дни менструации; 5) комбинированная -- проведение биологической, химической и термической провокационных проб в один день. Отделяемое берётся через 24, 48 и 72 часа, а посевы проводятся через 72 часа после проведения комбинированной пробы.

Дифференциальная диагностика гонореи

Дифференциальную диагностику проводят с другими урогенитальными ИППП, а при восходящей гонорее -- с заболеваниями, сопровождающимися клинической картиной острого живота.

## **Заключение**

В настоящее время в клинической картине гонореи произошли значительные изменения (патоморфоз), которые выражаются:

- 1) в увеличении торпидно протекающих асимптомных форм гонореи (что представляет большую эпидемиологическую опасность, так как половая активность при этом не снижается);
- 2) в увеличении средней продолжительности инкубационного периода;
- 3) смягчении воспалительной реакции.

В последние годы наблюдаются случаи гонококковой септицемии с проявлениями в суставах, коже, внутренних органах. Выделяют доброкачественную гонококковую септицемию, когда общее состояние больных ухудшается незначительно и на первый план выступают суставные изменения, и тяжелые формы сепсиса, где доминируют симптомы общего тяжелого заболевания.

## Литература

1. Антибактериальные препараты в терапии женщин, больных гонореей. С.В. Батыршина, Н.В. Щербакова и соавт. Актуальные вопросы дерматологии и венерологии. Екатеринбург. 1993;121-128.
2. Борисенко К.К., Беднова В.Н., Делекторский В.В. и др. Основные итоги работы и перспективы исследований в ЦКВИ в области венерологии. Вестн. дерматол. 1991;7:55-8.
3. Васильев М.М., Дмитриев Г.А., Газарян И.Ю. и др. Современные аспекты терапии гонококковой инфекции. Вестн. дерматол. 1996;3:27-32.
4. Воронина Л.Г. Совершенствование диагностики, прогнозирования и лечения под контролем антилизоцимного признака гонококков. Дисс. док. мед. наук. Оренбург. 1998;222 с.
5. Гомберг М.А. Вариант терапии неосложненной гонорейно-хламидийной инфекции/ М.А. Гомберг, А.М. Соловьев// ШИШ. 2000. - № 2. - С. 3638.
6. Диагностика, лечение и профилактика урогенитальных инфекций: гонорея/ Под ред. К.К. Борисенко// Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путем. М.: Ассоциация САНАМ, 1998. - С. 93-97.
7. Дерябин Д.Г. Факторы персистенции в биологической характеристике *Neisseria Gonorrhoeae*! Д.Г. Дерябин, Н.Р., Ахунова, О.В. Бухарин// Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 1998. -- № 6. -- С. 33-36.

## Рецензия

Реферат ординатора первого года Сиротовой А.М на тему «Гонорея» освещает непростую проблему, которая актуальна в современном мире, поскольку затрагивает социальную проблему граждан.

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факт, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей. Реферат написан хорошим литературным языком, оформлен в соответствии с требованиями: титульный лист, план-оглавление со страницами, введение, этиология, классификация, клиника, заключение, списки литературы, ссылки на использованную литературу в соответствии со стандартами. Материал представлен в печатной форме на 14 листах.

Работа выполнена на хорошем уровне и заслуживает оценки «отлично».

Проверил: д.м.н. профессор Карачева Ю.В.

Подпись: