

# Гонорея



Работу выполнила  
студентка 517 группы  
лечебного факультета  
Басова К.Н.

Гонорея – инфекционное заболевание, вызываемое гонококком (*Neisseria gonorrhoeae*), с преимущественным поражением мочеполовых органов. Заболевание относят к группе венерических.

## Классификация:

- Гонорея нижних отделов мочеполовых путей без осложнений.
- Гонорея нижних отделов мочеполовых путей с осложнениями.

(Поражения уретры, парауретральных желез, желез преддверия влагалища, слизистой оболочки цервикального канала, влагалища)

- Гонорея верхних отделов мочеполовых путей и органов малого таза. (Восходящая. Поражения матки, придатков и брюшины.)

## По характеру течения:

1. Свежая гонорея (с длительностью заболевания до 2 месяцев)
  - острая;
  - подострая;
  - торпидная (малосимптомная или асимптомная со скудным экссудатом, в котором обнаруживаются гонококки);
2. Хроническая гонорея (продолжительностью более 2 месяцев или с неустановленной давностью заболевания), которая может протекать с обострениями;
3. Гонококконосительство (наличие возбудителя при отсутствии клинических проявлений).

# Этиология

- Возбудитель заболевания — *Neisseria gonorrhoeae*, грамотрицательный диплококк, представляющий собой бобовидной формы, неподвижный, не образующий спор гноеродный микроорганизм.



# Патогенез

- Гонококки поражают преимущественно отделы мочеполовых путей, выстланные цилиндрическим эпителием, — **слизистую оболочку цервикального канала, маточных труб, уретры, парауретральные и большие железы преддверия.**
- При генитально-оральных контактах возможны гонорейный фарингит, тонзиллит и стоматит, при генитально-анальных — гонорейный проктит.
- Стенка влагалища, покрытая многослойным плоским эпителием, устойчива к гонококковой инфекции. В некоторых ситуациях (беременность, гипоэстрогенные состояния), когда эпителий истончается или становится рыхлым, возможно развитие гонорейного вагинита.
- Гонококки после фиксации к поверхности эпителия проникают внутрь клеток, межклеточные щели и подэпителиальное пространство, вызывая деструкцию тканей и воспаление. Гонорейная инфекция чаще всего распространяется каналикулярно из нижних отделов мочеполовых путей в верхние. Более быстрому продвижению способствуют адгезия гонококка к поверхности сперматозоидов и энтеробиоз внутри трихомонад.
- Иногда гонококки попадают в кровяное русло (обычно они гибнут под действием бактерицидной активности сыворотки), приводя к генерализации инфекции и появлению экстрагенитальных очагов поражения. Чаще всего поражаются суставы, реже развиваются гонорейный эндокардит и менингит.
- Иммунитет не стойкий.

# ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

*У взрослых лиц:*

- половой контакт (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонококковой инфекцией).

*У детей:*

- перинатальный;
- половой контакт;
- контактно-бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми).

# Клиническая картина

## Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез

Более чем у 50% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания.

При наличии клинических проявлений могут быть следующие *субъективные симптомы*:

- гнойные или слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей;
- зуд, жжение в области наружных половых органов;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт или боль в области нижней части живота.

*Объективные симптомы*:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные или гнойные уретральные выделения;
- гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища; слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища;
- отечность, гиперемия и эрозии слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала.

## **Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез -**

Гонококковый вульвит.

*Субъективные симптомы:*

- незначительные гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- болезненность и отечность в области вульвы.

*Объективные симптомы:*

- гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез;
- незначительные гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- болезненность и отечность в области протоков вестибулярных желез при пальпации.

Гонококковое поражение парауретральных желез.

*Субъективные симптомы:*

- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- гнойные или слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- болезненность в области наружного отверстия уретры.

*Объективные симптомы:*

- гнойные или слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала;
- наличие плотных болезненных образований величиной с просыное зерно в области выводных протоков парауретральных желез.

## **Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (воспалительные заболевания органов малого таза)**

Заболевания, как правило, сопровождаются симптомами общей интоксикации:

- повышением температуры тела;
- общей слабостью, утомляемостью;
- повышением СОЭ при клиническом исследовании крови.

### *Субъективные симптомы:*

- **сальпингоофорит**: боль в нижней части живота схваткообразного характера, гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла;
- **эндометрит**: боль в нижней части живота, как правило, тянущего характера, гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, нередко отмечаются пост- и межменструальные скудные кровянистые выделения;
- **пельвиоперитонит**: резкая боль в животе, тошнота, рвота, нарушение дефекации, слабость, тахикардия.

### *Объективные симптомы:*

- **сальпингоофорит**: при остром течении воспалительного процесса - увеличенные, резко болезненные маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, гнойные или слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания - незначительная болезненность, уплотнение маточных труб;
- **эндометрит**: при остром течении воспалительного процесса - болезненная, увеличенная матка мягкой консистенции, гнойные или слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания - плотная консистенция и ограниченная подвижность матки;
- **пельвиоперитонит**: характерный внешний вид – *facies hypocratica*, гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность в нижних отделах живота при поверхностной пальпации, напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины.

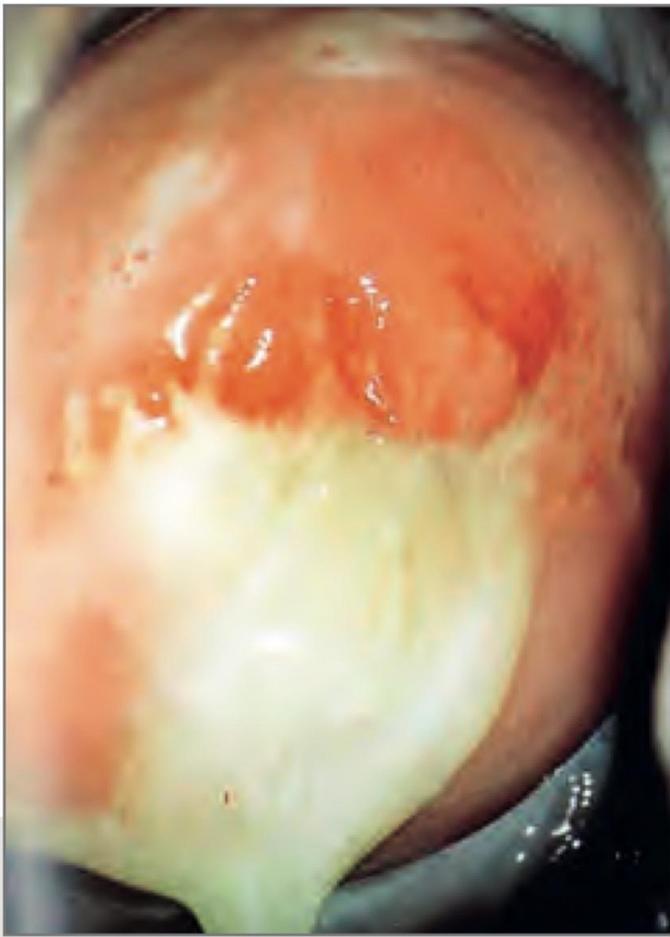


Рис. 2.2.2. Гонококковый эндоцервицит. Гиперемия и отечность влагалищной части шейки матки, эрозия наружного зева, гнойные выделения из цервикального канала

Симптомы воспаления  
больших вестибулярных желез  
при гонорее

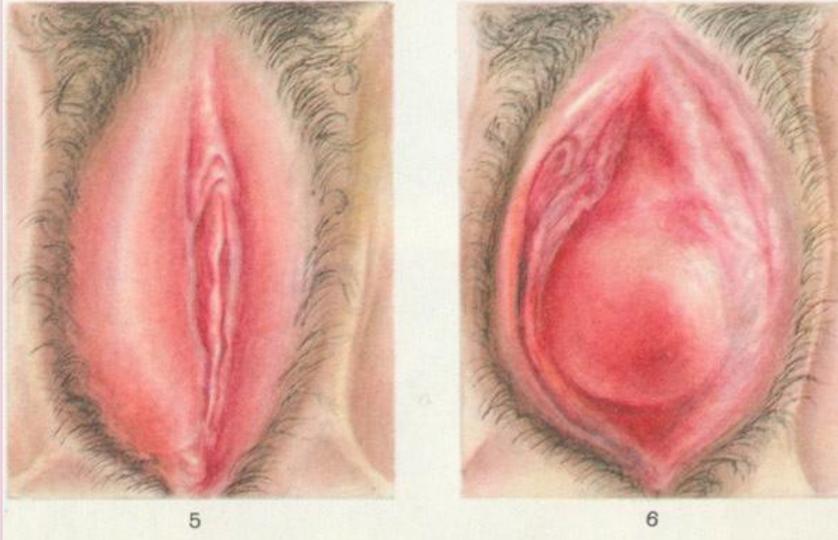


Рис. 99. Гонорея. Вульвовагинит.



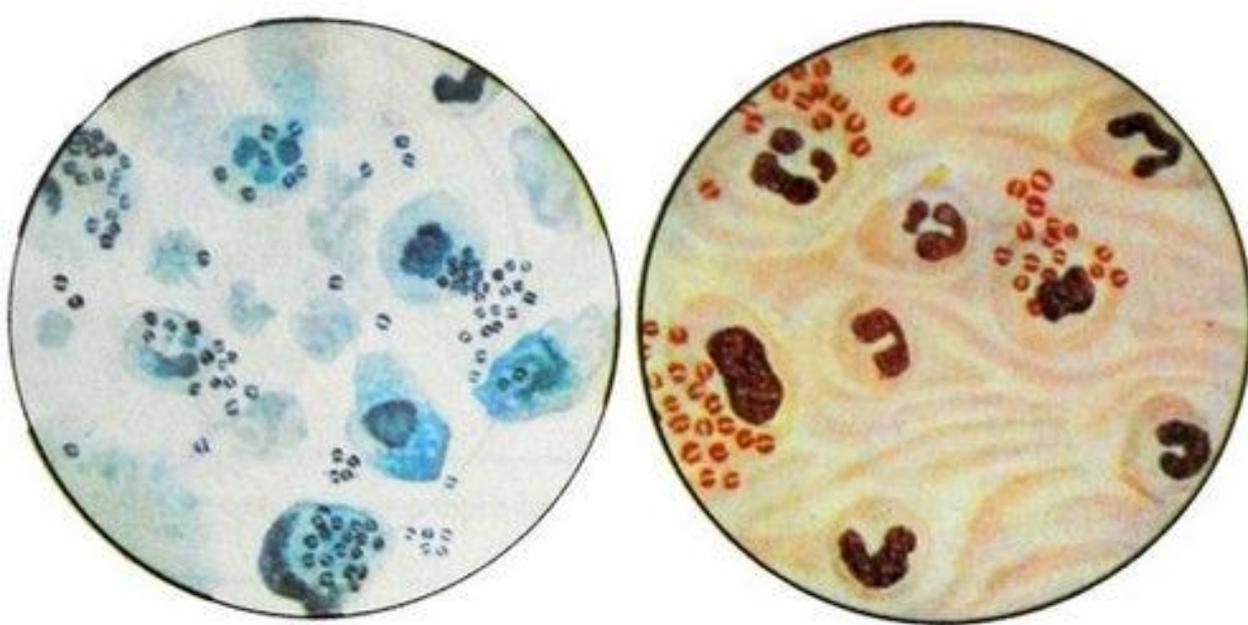
# Диагностика

1. Анамнез
2. Объективный осмотр
3. Лабораторные исследования

Клиническим материалом для лабораторных исследований является: **отделяемое (соскоб) уретры, цервикального канала, влагалища.**

Верификация диагноза гонококковой инфекции базируется на результатах лабораторных исследований — обнаружении *N. gonorrhoeae* или генетического материала возбудителя с помощью одного из методов:

- 1) **Микроскопического** исследования препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму. Характеризуется низкой чувствительностью (45—64%) при исследовании цервикальных, фарингеальных и ректальных проб, а также при бессимптомной инфекции;
- 2) **Культурального** исследования с использованием селективных питательных сред и определением ферментативных свойств *N. Gonorrhoeae* (оксидазный тест и тесты ферментации сахаров). Метод позволяет определять чувствительность гонококков к антибактериальным препаратам;
- 3) **Молекулярно-биологического** метода исследования, направленного на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *N. gonorrhoeae*, с использованием тест-систем.



а

б

Гонококки в отделяемом влагалища  
а - окраска метиленовым синим; б - окраска по Граму



*Neisseria gonorrhoeae*

# Лечение

- **Лечению подлежат половые партнёры при обнаружении хотя бы у одного из них гонококков** бактериоскопическим и/или культуральным исследованием и/или молекулярно-биологическими методами.
- **Одновременное** лечение половых партнеров является обязательным.
- Цели лечения — устранение симптомов заболевания, эрадикация возбудителя, предупреждение инфицирования других лиц.
- Госпитализации подлежат больные с тяжелым течением гонорейной инфекции.

# Медикаментозное лечение

*Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез.*

- **Цефтриаксон** 500 мг внутримышечно однократно или
- **Цефиксим** 400 мг перорально однократно.

Альтернативный препарат:

- **Спектиномицин** 2,0 г внутримышечно однократно.

*Лечение гонококковой инфекций нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез.*

- **Цефтриаксон** 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течение 14 дней или
- **Цефотаксим** 1,0 г внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней.

Альтернативный препарат:

- **Спектиномицин** 2,0 г внутримышечно каждые 12 часов

Через 24-48 часов после начала парентеральной антибактериальной терапии, при условии исчезновения клинических симптомов заболевания, возможно продолжение терапии по схеме:

- **Цефиксим** 400 мг перорально 2 раза в сутки с общей продолжительностью терапии - 14 дней.

## Требования к результатам лечения

- Эрадикация *N. gonorrhoeae*;
- Клиническое выздоровление.
- Установление излеченности гонококковой инфекции проводится на основании культурального метода исследования или метода амплификации РНК (NASBA) через 14 дней после окончания лечения. На основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) - не ранее, чем через месяц после окончания лечения.
- При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.