

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 женщин.**

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 женщин >

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: 20.12.2018

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Оглавление

1. Актуальность проблемы	4
2. Клиника гонококковой инфекции мочеполовых органов у женщин.....	4
2.1 Гонорейный вульвовагинит, вестибулит, бартолинит	5
2.2 Гонорейный уретрит, парауретрит	7
2.3 Гонорейный вагинит (кольпит), эндоцервицит.....	10
3. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин.....	11
4. Гонорея и беременность.....	21
Список литературы	24

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).

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. Клиника гонококковой инфекции мочеполовых органов у женщин

Женская гонорея протекает, как правило, вяло субъективно, мало- или асимптомно. Такое течение встречается у 75 - 77,6% больных, когда даже объективные изменения минимальны.

Еще одной особенностью женской гонореи является частая ассоциация гонококка с другими возбудителями ИППП, что в значительной мере затрудняет диагностику, предрасполагает к развитию осложнений, снижает эффективность лечения. Например, гонорейно-хламидийная инфекция склонна к распространению на верхние отделы гениталий. Гонорейно-трихомонадная нередко протекает торпидно, дает восходящие процессы,

эрозию шейки матки.

Третьей отличительной чертой гонореи у женщин является ее многоочаговость. Инкубационный период несколько длительнее, чем у мужчин, может равняться 10 - 14 дням. Распространяется инфекция каналикулярным, лимфогенным, гематогенным путем. Для нижней гонореи характерны местные, очаговые симптомы (бели, зуд, жжение в области вульвы и влагалища, дизурия). При восходящем процессе на первый план выходят боли в низу живота, перитонеальные симптомы, дисменоррея, умеренное нарушение общего состояния, изменение картины крови.

2.1. Гонорейный вульвовагинит, вестибулит, бартолинит

В норме многослойный плоский эпителий не поражается гонококком, поэтому вульвовагинит и вестибулит развиваются обычно вторично, этиологическим агентом является пиогенная флора. Первичный гонорейный вульвовагинит и вестибулит встречается редко, как правило, у девочек, беременных, пожилых женщин. Это связано с незрелостью, ранимостью, рыхлостью эпителия вульвы, влагалища и преддверия. Способствует развитию вульвовагинита длительная мацерация обильным гнойным отделяемым из шейки матки и уретры, неопрятность, смачивание мочой, длительная ходьба.

При остром вульвовагините больные жалуются на зуд и жжение в промежности, гнойное отделяемое раздражает кожные покровы, оставляет пятна на белье. Слизистая вульвы отечна, гиперемирована, покрыта гнойными корочками, болезненна при надавливании. Особенно сильно воспаление выражено на внутренней поверхности больших половых губ, здесь же могут наблюдаться явления фолликулита. Малые губы отекают и склеиваются. Под гнойными корками и в местах, где эпителий слущен формируются множественные поверхностные эрозии. В паховых складках наблюдаются явления дерматита и экзематизации. Может быть паховый лимфаденит.

Примерно через неделю при отсутствии лечения острые явления постепенно стихают, и процесс принимает торпидное или хроническое течение. Сохраняются жалобы на зуд, умеренное количество гнойного отделяемого. Отек и гиперемия вульвы уменьшаются, присутствует гиперплазия сальных желез и воспаление отдельных фолликулов, незначительное количество слизисто-гнойного отделяемого.

Преддверие нередко поражается первично при смешанной гонорейно-хламидийной инфекции. Обычно в воспаление вовлекается луковица преддверия, бороздки между половыми губами, спайка луковицы, остатки девственной плевы. Слизистая диффузно гиперемирована, отечна, болезненна. Позднее при отсутствии лечения появляются трещины, изъязвления, покрытые гнойными корками. Во время месячных воспаление усиливается. Больные жалуются на зуд, жжение в области преддверия, выделения. При затяжном течении развивается фолликулярный вестибулит.

При хроническом вестибулите жалобы практически отсутствуют, гиперемия, отек, выделения значительно уменьшаются. В основном воспаление локализовано в лакунах, криптах, в устьях желез в виде ограниченной эритемы, небольших возвышений на месте воспаленных фолликулов и крипт. Иногда длительно сохраняется диффузная гиперемия.

После цервикального канала и уретры следующей по частоте поражения является бартолиниева железа, особенно ее выводной проток. Одностороннее воспаление бартолиниевой железы должно навести клинициста на мысль о наличии гонорейной инфекции.

Развитие бартолинита обычно приходится на вторую, третью неделю заболевания. Хроническое уплотнение железы происходит на втором месяце. Важную роль в развитии острого процесса может играть сопутствующая флора. Клинически выделяют 6 форм бартолинита:

1. Поверхностный каналикулит (*mascula gonorrhoeica*). Поражается устье выводного протока железы. При этом в области точки Зенгера определяется красное, возвышающееся пятнышко. Аналогичное явление наблюдается при

трихомониазе.

2. Каналикулит - частая форма бартолинита. При этом на разном протяжении поражается выводной проток железы. Нередко процесс двухсторонний. В точке Зенгера эритематозное возвышающееся пятнышко с отверстием на верхушке. Из отверстия может выделяться гной. Пальпаторно определяется овоидная или веретенообразная, болезненная опухоль размером от просяного зерна до горошины. При надавливании выделяется секрет. В случае хронизации процесса стенки протока уплотняются, развивается периканаликулит.

3. Ложный абсцесс (псевдоабсцесс). Формируется в случае закупорки выводного протока железы продуктами воспаления и из-за выраженного отека. При этом в протоке скапливается гной, но ткань самой железы в процесс не вовлекается. Псевдоабсцесс иногда развивается в течение нескольких часов. Сначала увеличивается и отекает задняя часть большой и малой половых губ. Затем опухоль увеличивается, и сглаживая борозду между губами, выходит из половой щели в виде красного или фиолетового, эластичного, флюктуирующего, подвижного, болезненного образования. Величина его от вишни до куриного яйца. Общее состояние страдает мало, температура нормальная или субфебрильная. Больные жалуются на болезненные ощущения в области половых органов. Гнойный или серозно-гнойный секрет часто самостоятельно прорывается через устье железы или самое тонкое место в стенке псевдоабсцесса, как правило, это внутренняя поверхность малой половой губы, реже - большой губы. В гное можно обнаружить гонококк.

4. Истинный абсцесс. Развивается в случае присоединения гноеродной флоры. При этом стенка протока, капсула, паренхима железы, перигландулярная клетчатка подвергаются гнойному расплавлению. Кожа над воспаленной железой гиперемирована, отечна. Сама железа увеличена в размерах, резко болезненна, спаяна с подлежащими тканями. Паховые лимфоузлы увеличены, болезненны. Общее состояние больного нарушено,

температура 38 – 39°C. Постепенно абсцесс размягчается, определяется флюктуация. Прорыв гноя происходит в тех местах, что и при псевдоабсцессе. После этого состояние больной значительно улучшается.

5. Ретенционная киста выводного протока. Асептический процесс, связанный с закупоркой устья железы и скоплением "стерильного", желтого, вязкого секрета. Киста округлой формы, безболезненна, упруго-эластичной консистенции, может определяться флюктуация. Размер от лесного ореха до куриного яйца. Субъективных жалоб нет.

6. Нодозная форма (хроническая индурация железы). Развивается при хроническом бартолините. когда происходит соединительнотканное замещение воспалительного инфильтрата в выводном протоке и в самой железе. Визуально *macula gonorrhoeicae*, пальпаторно увеличенная, безболезненная железа с плотными стенками, либо узелок в области протока железы. Иногда выделяется небольшое количество секрета, в котором можно обнаружить лейкоциты и гонококки.

2.2 Гонорейный уретрит, парауретрит

Одна из самых частых локализаций инфекционного процесса при гонорее. Женская уретра короткая (3.5 - 4 см) и широкая (в 1,5 раза шире мужской). Железистый аппарат расположен в основном в передней части уретры, на переднебоковой поверхности. В общем, патологические изменения в эпителии уретры у женщин аналогичны изменениям у мужчин. Также появляются субэпителиальные и перигландулярные инфильтраты, эпителий частично слущивается, метаплазирует, замещается многослойным плоским. При свежем переднем гонорейном уретрите лишь 20 - 30% больных жалуются на боли или жжение в начале мочеиспускания, зуд в области наружного отверстия уретры. Когда процесс переходит на заднюю уретру и шейку мочевого пузыря, на первый план выходят жалобы на дизурические расстройства. При хроническом уретрите жалоб также может не быть. Литтреит может осложниться псевдоабсцессом, а в случае присоединения

гноеродной флоры, и истинным абсцессом. Такой парауретральный абсцесс может самостоятельно вскрываться в уретру или влагалище с образованием свища.

Объективно на 3 - 5 день заражения определяется гиперемия и отек наружного отверстия уретры, губки уретры иногда вывернуты в виде валика. Пальпаторно стенки уретры инфильтрированы и болезненны, после массажа выделяется гной. Через 2-3 недели процесс принимает торпидное течение, отделяемое слизисто-гнойное или отсутствует. При хроническом процессе отделяемого нет или его очень мало, переднебоковая стенка уретры плотная, шероховатая. Информативна при хроническом или асимптомном процессе уретроскопия. При диффузном уретрите вся слизистая ярко-красной, матовой окраски, складки сглажены, слизистая легко кровоточит, определяются эрозии, трещины. Для очаговых форм характерны мягкие и твердые инфильтраты. При мягком инфильтрате обнаруживается гиперемированная, отечная слизистая, складчатость неравномерная, сосуды плохо различимы, видны гиперемированные ободки лакун и выводные протоки литтреевских желез. Стриктуры уретры у женщин встречаются крайне редко.

Скеновы ходы располагаются по нижней полукружности уретрального канала в виде точечных отверстий. При остром процессе могут быть жалобы на болезненность в области уретры. Объективно определяется гиперемия и отек на нижней полукружности уретры, пальпаторно определяется парауретрально расположенный болезненный узелок или тяж, после массажа которого выделяется капля гноя. В случае закупорки устья формируется парауретральный псевдоабсцесс, редко при наличии гноеродной флоры - истинный абсцесс. Эти образования прорываются в уретру или влагалище. При хроническом скенеите отделяемого обычно нет, стенки хода склерозированы, устье расширено, зияет. Как и у мужчин, парауретрит может стать причиной рецидива гонореи после лечения.

2.3 Гонорейный вагинит (кольпит), эндоцервицит

У взрослой здоровой женщины влагалище покрыто многослойным плоским ороговевающим эпителием, в клетках содержится много гликогена, влагалищная рН 4,5-5,5. Все эти условия неблагоприятны для жизнедеятельности гонококка. Как и в случае с вульвитом, вагинит обычно встречается у девочек, пожилых, беременных. Способствует развитию вагинита мацерация слизистой обильным гнойным отделяемым из канала шейки матки и сопутствующая флора, в частности хламидийная инфекция. Если вагинит развился первично, вскоре после заражения, следует заподозрить гонорейно - трихомонадную или гонорейно - кандидозную инфекцию. Клиника гонорейного вагинита не отличается от вагинитов другой этиологии. Острый вагинит сопровождается жалобами на зуд, жжение, выделения из влагалища. Объективно определяется отек, гиперемия, болезненность, кровоточивость стенок влагалища, гнойное отделяемое. Эти изменения особенно выражены в области заднего свода и задней стенки влагалища. Может развиваться вагинизм. Примерно через 3 недели симптомы спонтанно стихают и происходит постепенная хронизация процесса. При этом определяется утолщение, гиперемия слизистой, зернистые возвышения и (или) беловато-желтые налеты. В основном данные изменения локализованы на заднем своде и задней стенке влагалища.

Гонорейный эндоцервицит. Частота поражения при острой гонорее 85 - 89%, при хронической 94 - 98%. Проникая через слизистую пробку наружного маточного зева гонококки активно заселяют цилиндрический эпителий канала шейки матки. Этому способствует щелочная рН среды в канале. Поражаются обычно нижние 2/3 канала, верхняя треть считается стерильной и инфицируется лишь в 7% случаев эндоцервицита. Наибольшие повреждения слизистой наблюдаются в нижней трети канала. Патологические изменения эпителия сводятся к его дегенерации, пролиферации и метаплазии в многослойный плоский. В подслизистом слое формируются очаговые или диффузные мелкоклеточные инфильтраты. Они

состоят из круглых и плазматических клеток. Со временем происходит их соединительнотканное перерождение. Поражение цервикальных желез с формированием пери- и интрагландулярных инфильтратов приводит к гиперплазии желез и увеличению выработки ими слизи, нарушение ее оттока обуславливает образование кист и псевдоабсцессов, которые в свою очередь могут стать закрытыми очагами сохранения гонококков в организме.

Субъективные жалобы при эндоцервиците сводятся к появлению болей. Иногда могут быть незначительные тянущие боли внизу живота. Часто жалоб нет вообще. Объективно влагалищная часть шейки отечна, гиперемирована. У нерожавших шейка на всем протяжении становится вишнево-красной, у рожавших покрыта малинового цвета возвышениями, эпителий местами слущен, формируются множественные язвочки. Вокруг зева нередко образуется поверхностная эрозия, покрытая гнойным налетом. Из канала в виде ленты стекает слизисто-гнойное отделяемое. Через 1-2 недели острота процесса спонтанно снижается. Отек спадает. Вокруг наружного зева венчик гиперемии, более выраженный на нижней губе. В связи с мацерацией стекающим гноем образуется истинная эрозия. У рожавших может выявляться эктопия слизистой цервикального канала. Иногда видны кисты шеечных желез, везикулы с мутным содержимым, размером с просынное зерно. Отделяемое гнойное или слизисто-гнойное, менее обильное. Хронический эндоцервицит характеризуется бессимптомным течением. Объективно определяется венчик гиперемии вокруг зева, слизистое отделяемое. На нижней губе может локализоваться псевдоэрозия, которая дает незначительные кровотечения при дотрагивании или после полового акта. Могут быть умеренные меноррагии. Цикличность месячных не нарушена.

3. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин

Включают в себя поражение матки, фаллопиевых труб, яичников, тазовой брюшины. Перигепатит практически всегда сопровождается

гонореей нижнего отдела гениталий. Восходящий процесс встречается у 6 - 9% больных свежей и 28 - 30% больных хронической гонореей. Способствует развитию восходящей гонореи смешанная инфекция, низкая реактивность организма, повышенная вирулентность возбудителя. Пусковым механизмом часто становится менструация, роды, аборт. С восходящей гонореей напрямую связана проблема бесплодия.

Гонорейный эндометрит

Развивается при каналикулярном заносе гонококка из канала шейки матки, иногда ретроградно из придатков, если придатки инфицировались ранее лимфогенным путем. Если гонококк проник в матку в межменструальный период, когда эндометрий максимально развит, происходит размножение возбудителя на поверхности и в субэпителиальной зоне функционального слоя эндометрия. Воспаление приводит к набуханию и частичной дегенерации функционального слоя. Наблюдаются перигландулярные и периваскулярные инфильтраты. В нижнем сегменте матки, где толщина функционального слоя минимальна, гонококк проникает до базального слоя. Во время и сразу после менструации, когда происходит отторжение функционального слоя эндометрия, гонококк активно заселяет базальный слой. Это приводит к развитию воспаления и значительному повреждению базальных клеток. По окончании менструации в норме начинается регенерация функционального слоя. При гонорее этого не происходит, так как нарушен базальный слой, в связи с чем продолжительность менструального кровотечения увеличивается. Регенерированный функциональный слой местами истончен, эрозирован, метаплазирован. В тяжелых случаях регенерация нового слоя вообще не происходит в связи с чем менструальный цикл нарушается, появляются межменструальные кровотечения.

Практически у всех имеются маточные гнойные и слизисто-гнойные выделения, которые, смешиваясь с шеечными, делают их более жидкими и

обильными. 40% женщин жалуются на умеренные тянущие боли внизу живота, у не рожавших эти боли могут быть выраженными. У 30,5% больных меноррагии, у 40% общее недомогание, головные боли, иногда субфебрилитет. В крови ускоренное СОЭ, иногда лейкоцитоз. Матка увеличена, тестоватой консистенции, при пальпации болезненна, больше в области дна.

При хроническом эндометрите наблюдаются боли внизу живота, часто после физической нагрузки или полового контакта, дисменорея, метроррагии, меноррагии. Матка увеличена, слегка болезненна, плотноватой консистенции. Выделения незначительны, слизисто-гнойные, гнойно-кровянистые. В случае проникновения гонококка в миометрий развивается метроэндометрит. Симптомы при этом аналогичны симптомам эндометрита, но несколько более выраженные и продолжительные. Предрасполагают к развитию метроэндометрита аборты, роды, пониженная сопротивляемость организма.

Гонорейный сальпингит

Одно из самых частых и серьезных, в плане прогноза, осложнений восходящей гонореи. По патологоанатомическому строению и клинической картине можно выделить 8 форм сальпингита:

1. Эндосальпингит. Характеризуется минимальным воспалением слизистой придатков. Трубы гиперемированы. Ампулярный конец трубы открыт, из него выделяется немного серозной или серозно-гнойной жидкости. Под эпителием трубных складок лейкоцитарные инфильтраты. Труба не утолщена.

2. Катаральный сальпингит. Труба немного утолщена, гиперемирована. Фибрин и складки отечны, частично склеены между собой. Эпителий складок местами слущивается с образованием эрозий, что способствует склеиванию складок. Из ампулярного конца трубы выделяется значительное количество серозной или серозно-гнойной жидкости, дающей начало

пластическому процессу в полости малого таза.

3. Гнойный сальпингит. Поражаются более глубокие слои труб (мышечный, субсерозный). Этот процесс наиболее выражен в ампулярном конце придатков. Обильный гнойный секрет заполняет просвет придатков. Идут процессы, подготавливающие запаивание ампулярного конца. Складки и фибрин склеены между собой. Придатки утолщены, гиперемированы. Гной, попадая в полость малого таза, приводит к развитию воспалительной реакции со стороны брюшины, сальника, активно идет пластическое и механическое отграничение гнойного очага, что приводит впоследствии к образованию множественных спаек, конгломератов, развивается адгезивный перисальпингит.

4. Нодозный сальпингит. Может быть исходом катарального или гнойного сальпингита при переходе их в хроническую стадию. При этом склеенные между собой складки образуют закрытые полости заполненные серозной или гнойной жидкостью. Изнутри эти полости выстланы цилиндрическим или кубическим эпителием, снаружи капсула из инфильтрированной соединительной ткани и мышечного слоя.

5. Пиосальпинкс. Развивается в случае полного запаивания ампулы при гнойном или катаральном сальпингите. Маточный конец запаивается еще раньше. При этом складки практически полностью исчезают, просвет трубы растягивается гнойным экссудатом. Со временем стенка пиосальпинкса приобретает характер толстого каркаса из грануляционной ткани (*membrana pyogenica*). Трубный гной содержит много лейкоцитов и плазмócитов. Гонококк чаще можно выделить в начале заболевания, впоследствии преобладает сопутствующая флора: стафилококк, кишечная палочка и др. Крайне редко при неполностью запаянном маточном конце трубы гной временами проникает в полость матки, вызывая рецидив заболевания и временное уменьшение опухоли придатка.

6. Аднекстумор. Развивается в случае массивного спаечного процесса, когда формируется однородный конгломерат, включающий в себя придаток,

яичник, брюшину, сальник, петли кишечника (тонкого справа и сигмовидной слева).

7. Гидросальпинкс. Мешотчатая опухоль трубы с серозным содержимым. Поражение хроническое. Механизм образования не до конца ясен. Может сформироваться из пиосальпинкса или первично.

8. Перисальпингит. Хронический воспалительный процесс, связан с изменениями серозной оболочки трубы и клетчатки вокруг нее. После попадания серозно-гнойного экссудата в полость малого таза образуются пластинчатые перепонки, свертки, спайки, которые под влиянием перемещения подвижной трубы превращаются в паутинные перепонки и тяжи, окружающие всю трубу, яичник и частично матку. Эти спайки являются причиной хронических болей внизу живота после перенесенного острого сальпингита.

Часто острый сальпингит начинается незаметно. Больные жалуются на появление схваткообразных или тянущих болей внизу живота, крестце, пояснице. Количество выделений увеличивается, они становятся более жидкими, появляется дисменорея, метроррагии. В течение нескольких дней могут отмечаться диспептические расстройства, тошнота, рвота, метеоризм, общее недомогание. Температура в 70% случаев субфебрильная, у 30% может превышать 39°C. Перитонеальные симптомы слабopоложительные или положительные, быстро идут на убыль. Иногда эти симптомы резко выражены. Боли резкие, спастического характера, часто двухсторонние, при этом практически всегда боль на одной из сторон интенсивнее, чем на другой. Передняя брюшная стенка ниже пупка болезненна при пальпации, напряжена, может выявляться положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Такие спастические боли характерны для пиосальпинкса, в то время как глубокие с иррадиацией в нижние конечности - для сальпингоофорита. Вообще же при тяжелом течении восходящей гонореи в первую очередь следует думать о пельвиоперитоните и сальпингоофорите.

Если в воспаление вовлечена стенка мочевого пузыря, могут появиться и

дизурические расстройства. Они же могут являться естественным следствием уретрита. В крови выявляется лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Нормальная картина крови может быть при эндосальпингите, хроническом изолированном пиосальпинксе, нодозном сальпингите, гидросальпинксе и хроническом перисальпингите. Важнейшим этапом диагностики сальпингита остается бимануальное исследование.

Эндосальпингит: трубы не утолщены, умеренно болезненны, больше в области маточных углов.

Катаральный сальпингит: труба пальпируется как извитое, утолщенное, болезненное образование. Если процесс изолированный, можно отдельно прощупать яичник. В случае сальпингоофорита - умеренно болезненный конгломерат. Симптом Щеткина - Блюмберга слабopоложительный. Температура субфебрильная, держится 2-5 дней. СОЭ 20 - 30 мм/час.

Гнойный сальпингит: пальпируется утолщенная, весьма болезненная труба. Утолщение более выражено в ампулярном отделе, труба может провисать, но не опускаться в заднее дугласово пространство. Температура в первые дни часто достигает 39°C. Симптом Щеткина - Блюмберга положительный. В крови умеренный лейкоцитоз, СОЭ 40-70 мм/час.

Нодозный сальпингит: пальпируется как ограниченное, четкообразное, болезненное утолщение трубы близь маточного угла. Пальпацию лучше проводить после опорожнения кишечника, максимально расслабив мышцы передней брюшной стенки, глубоко. Могут быть жалобы на периодические или постоянные ноющие боли внизу живота. Картина крови без патологии, СОЭ 18-30 мм/час.

Пиосальпинкс: труба пальпируется в виде округлой или овоидной болезненной опухоли, либо в виде почтового рога или реторты, так как более всего расширен ампулярный конец. Опухоль всегда подвижна, плотноэластической консистенции. При остром пиосальпинксе опухоль более фиксирована в тазу и более чувствительна, чем при гидросальпинксе. Часто сопровождается повышением температуры. По величине пиосальпинкс

обычно меньше гидросальпинкса и имеет тенденцию опускаться в заднее дугласово пространство. При хроническом пиосальпинксе опухоль может спаиваться с телом матки. В острую стадию в крови лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.

Гидросальпинкс: дает ощущение эластичной опухоли, мало болезненной, по очертаниям напоминает пиосальпинкс, но с более четкими контурами и выраженными изгибами. Может довольно быстро (в течение нескольких часов) сформироваться, но затем долго и медленно регрессирует на фоне проводимого лечения. В отличие от пиосальпинкса при гидросальпинксе почти всегда удастся отдельно прощупать яичник.

Перисальпингит: придатки малоподвижны, при смещении болезненны. Вместе с этим наблюдаются метеоризм, дисменоррея, боли внизу живота при резких движениях, половых контактах, дефекации. Характерно трубное бесплодие.

Гонорейный офорит (аднексит). Сальпингоофорит

При гонорее аднексит почти всегда вторичен и сопутствует сальпингиту, поэтому правильнее говорить о сальпингоофрите. Воспалительный экссудат, вытекая из трубы в брюшную полость, попадает на поверхность яичника, вызывая лейкоцитарную реакцию и раздражение зародышевого эпителия яичника. Это приводит с одной стороны к слущиванию брюшинного эпителия, серозно-фибринозной экссудации и образованию спаек между трубой и яичником, а также сетевидных, паутинных сращений, окутывающих яичник. С другой стороны раздражение зародышевого эпителия приводит к одновременному, множественному созреванию фолликулов и учащению менструаций. В это время создаются благоприятные условия для проникновения гонококка в полость фолликула или желтое тело с образованием псевдоабсцесса. При этом яичник увеличивается до размеров куриного яйца. Процесс строго односторонний, так как в этот момент выделение гноя из противоположной трубы прекращается. В ряде случаев

процесс из желтого тела или фолликула переходит на паренхиму яичника с образованием истинного абсцесса (pyoovarium). Часто в процесс включается сопутствующая гноеродная флора. При расплавлении стенки между пиосальпинксом и пиоовариумом формируется общая гнойная полость: tuboовариальный абсцесс. Функция яичника может значительно подавляться, вплоть до аменореи. В случае проникновения гонококка лимфогенно или гематогенно развивается интерстициальный аднексит.

Диагностировать псевдоабсцесс фолликула или желтого тела бывает достаточно сложно, так как яичник спаян с трубой, а в случае пиосальпинкса бывает полностью замурован спайками. Заподозрить их наличие можно в случае выраженной, длительной лихорадки. Боли иррадиируют в крестец и нижнюю конечность соответственно стороне поражения. Пальпаторно определяется болезненная, округлая опухоль, сбоку или выше которой отдельно определяется удлиненная опухоль трубы. Пиоовариум можно заподозрить в случае длительной, гектической лихорадки. Пальпаторно сбоку от матки, на некотором расстоянии определяется округлое, с неясными контурами, малоподвижное, болезненное и флюктуирующее образование. Диагноз более достоверен, если удастся пропальпировать придатки.

Диагностика tuboовариального абсцесса еще более затруднительна, так как ему присущи признаки как пиоовариума, так и пиосальпинкса. Аднекстумор не дает флюктуации, плотен, бугрист, малоподвижен, умеренно болезненный. Из других симптомов при сальпингоофорите наблюдаются: дисменоррея, метро- и меноррагии, температура часто фебрильная. В крови лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Значительную помощь в диагностике сальпингоофоритов может оказать УЗИ.

Воспаление верхнего отдела гениталий у женщин приводит к воспалению брюшины и сальника с развитием адгезивного процесса в малом тазу и заканчивается перисальпингитом, периаднекситом, аднекстумором, массивным спаечным процессом между органами таза и нижнего этажа брюшной полости. Основные последствия таких процессов: трубное

бесплодие, нарушение кишечной проходимости, хронические воспалительные процессы в придатках и яичниках. Больные предъявляют жалобы на дисменоррею, мено- и метроррагии, бесплодие, тянущие или тупые боли внизу живота, крестце, пояснице. Появление болей обычно провоцируется физическими нагрузками, половыми контактами, резкими движениями, злоупотреблением алкоголя, переохлаждением. Периодически у таких больных появляются бели, дизурические, диспептические расстройства, тенезмы.

Гонорейный периметрит, пельвиоперитонит

Гонорейный пельвиоперитонит и периметрит (разница между ними лишь в распространенности процесса) всегда трубного происхождения. Развиваются в результате непосредственного излияния гноя из ампулярного конца трубы, при прорыве пиосальпинкса, пиоовариума, tuboовариального абсцесса, из субсерозного слоя трубы по лимфатическим путям при гнойном сальпингите. Предрасполагающими факторами к развитию пельвиоперитонита являются: нарушение режима, иммуносупрессия, отсутствие лечения, сопутствующая хламидийная или гноеродная флора, детский возраст. Пусковым моментом могут стать: менструация, аборт, роды, грубые внутришечные и внутриматочные манипуляции. После попадания гонококка на брюшину образуется серозно-фиброзный экссудат, обладающий выраженными пластическими свойствами и склонный к быстрому самоограничению. Гнойный экссудат при гонорейном пельвиоперитоните встречается редко. О периметрите можно говорить, когда экссудата немного, он быстро осумковывается и не распространяется выше дугласова пространства. При гонорейном пельвиоперитоните местные симптомы преобладают над общими. Больные жалуются на резкие боли внизу живота, тошноту, рвоту, метеоризм, задержку стула. Температура 39 – 40°C, ознобов нет. Перитонеальные симптомы резко положительны внизу живота и до пупка. При осторожном одноручном влагалищном исследовании

определяется болезненность, напряженность, конусовидное выпячивание заднего свода влагалища, опухоль в заднем дугласовом пространстве уходит в стороны и вверх, матка смещена экссудатом вперед и вверх. Острый период длится 3-6 дней, затем на фоне лечения, а иногда в связи с прорывом гноя во влагалище, прямую кишку, мочевой пузырь наступает подострая стадия и фаза рассасывания длительностью 2-6 недель. Диагноз ставится на основе анамнеза, клиники и выделения гонококка из шейки матки и (или) уретры. Иногда приходится производить пункцию заднего свода влагалища с последующим исследованием полученного экссудата. В крови ускоренное СОЭ, количество лейкоцитов может быть как повышенным, так и пониженным или нормальным, сдвиг формулы влево. Для пельвиоперитонита, вызванного смешанной флорой, более характерен лейкоцитоз. Исходом пельвиоперитонита является спаечный процесс в полости таза с последующим развитием бесплодия; нарушение кишечной проходимости, стойкий болевой синдром. Иногда развивается хронический пельвиоперитонит. В этом случае к спайкам присоединяется хроническое воспаление мочеполовой системы, "холодный" абсцесс в полости таза.

Диффузный гонорейный перитонит - явление редкое. Чаще встречается в детском и подростковом возрасте. Причиной развития может стать врожденный дефицит фибрина. Поэтому экссудат при пельвиоперитоните не отграничивается. Гонорейный перитонит отличается небольшим количеством экссудата - "сухой" перитонит. Симптомы "острого живота" выражены слабее, чем при гнойном перитоните. Острая фаза длится от 2 - 3 дней до недели. При постановке диагноза приходится прибегать к лапароскопии, лапаротомии.

Гонорейный перигепатит (синдром Фитца-Хью-Куртиса)

Ранее данный синдром связывали почти исключительно с гонорейной инфекцией. Возбудитель попадает на капсулу печени, с развитием псевдомембранозного глиссонита и спаек, непосредственно из малого таза,

либо в результате гонококкемии при ДГИ. Предрасполагающим фактором к развитию является использование внутриматочных спиралей. Чётко доказана связь синдрома Фитца - Хью - Куртиса с хламидийной или гонорейно-хламидийной инфекцией. Схожесть клиники венерического перигепатита и острого холецистита нередко является причиной ошибочной диагностики и госпитализации. Среди больных гонореей женщин перигепатит диагностируется в 0,5% случаев. Страдают перигепатитом почти исключительно женщины, у мужчин такие случаи казуистика.

Самой частой жалобой является боль от умеренной до интенсивной в области правого подреберья. Боли могут иррадиировать в эпигастрий, правое плечо, лопатку. Боли приступообразные, усиливаются при глубоком дыхании, смехе, изменении положения тела и не купируются спазмолитиками. Зачастую пациент принимает вынужденное положение. Страдает общее состояние, от незначительного недомогания до выраженных симптомов интоксикации с лихорадкой и повышением температуры выше 38°C. При объективном обследовании выявляется ригидность мышц и перитонеальные симптомы в правом верхнем квадранте живота. Симптом Ортнера положительный. Симптомы характерные для острого холецистита (Образцова, Кера) отрицательные. Печень не увеличена, край безболезненный. Желчный пузырь не определяется. Венерическому перигепатиту практически всегда сопутствует цервицит, сальпингоофорит, ВЗОМТ или ДГИ, гонококковое поражение кожи.

Клиника хламидийного перигепатита аналогична, но менее выражена. Боли малоинтенсивны, температура не выше 38°C, общее состояние страдает мало.

4. Гонорея и беременность.

Гонорея во время беременности всегда представляет прямую угрозу для матери и плода, вне зависимости от клинического течения.

Гонорея до беременности, если протекала с вовлечением придатков, пусть даже минимальным (эндосальпингит), в последующем предрасполагает

к развитию внематочной беременности. В случае поражения эндометрия создаются неблагоприятные условия для имплантации оплодотворённой яйцеклетки. Если же имплантация всё таки произошла, в результате децидуального эндометрита происходят выкидыши в ранние сроки. Если женщина в прошлом перенесла гонорейный эндометрит, даже при условии адекватного лечения остаётся высокий риск ранних выкидышей в связи с дефектами эндометрия. Чрезвычайно опасно сочетание пиоовариума, пиосальпинкса, tuboовариального абсцесса, особенно если полость отграничена плотной капсулой и принимает скрытое, хроническое течение. В этом случае в ходе беременности из-за давления растущей матки на абсцесс происходит его прорыв в брюшную полость с развитием ограниченного или разлитого перитонита. Данное осложнение встречается крайне редко. После перенесенной в прошлом восходящей гонореи, спаечный процесс, охватывающий тазовые органы, может в ходе увеличения размеров матки вызвать стойкий болевой синдром в области матки, придатков с иррадиацией в крестец. В связи с затруднённым оттоком мочи у беременных существует предрасположенность к развитию гонорейного цистита, пиелонефрита, как осложнения уретрита. Сам процесс родов может затягиваться, сопровождаться спастическими болями, что связано со спайками и остаточными воспалительными явлениями в decidua.

Если инфицирование произошло во время беременности, характерно субъективно-асимптомное начало и течение. Больные предъявляют жалобы на дизурию, умеренные тянущие боли внизу живота с иррадиацией в крестец. Эти симптомы быстро исчезают и больные часто не обращают на них должного внимания. Одновременно с этим объективно выявляются признаки цервицита, уретрита, бартолинита, вульвовагинита, проктита. Также характерна многоочаговость поражения. Обильные выделения из цервикального канала приводят к развитию вторичного вульвовагинита, дерматита наружных половых органов. Патология беременности: угрожающие и полные выкидыши, преждевременные роды, преждевременное

излитие околоплодных вод. Нераспознанная своевременно гонорея угрожает женщине развитием восходящего процесса в ранний послеродовой период. После родов внутренний зев матки зияет в течение 3-7 дней, это способствует свободному проникновению гонококка в полость матки и придатки. В полости матки гонококк находит благоприятную среду для размножения в связи с наличием здесь лохий. Гонококк определяется в лохиях на 2-5 день после родов. Считается, что он проникает в полость матки раньше других микроорганизмов. После закрытия внутреннего зева отток отделяемого резко затрудняется и развивается клиника гонорейного эндометрита. Типичный срок развития послеродовой лихорадки гонорейной этиологии 7-9 сутки после родов. Если это происходит на 3-4 день, скорее всего это смешанная инфекция. Процесс протекает тяжелее в случае ассоциации гонококка с другими возбудителями ИППП, а также если заражение произошло во второй половине. Послеродовая гонорея проявляется сальпингитом, эндометритом, пельвиоперитонитом. Гонорейный эндометрит протекает легче септического, температура не превышает 39°C, стабильна. Болезненность матки умеренная. Острая фаза длится не более 7-10 дней, если дольше, вероятно процесс перешел за пределы матки и (или) обусловлен смешанной инфекцией. Сальпингоофорит, пельвиоперитонит протекают без особенностей. Есть тенденция к более частому развитию пиосальпинкса. Послеродовый сальпингит может стать причиной так называемого "бесплодия после одного ребенка".

Рекомендуемая литература

1. Дерматовенерология: нац. рук. / ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1024 с: ил. - (Национальные руководства).
2. Клиническая дерматовенерология: в 2 т.: руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Т. I. – 720 с.
3. Клиническая дерматовенерология: в 2 т.: руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Т. II. – 928 с.
4. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями [Электронный ресурс] / Рос. о-во дерматовенерологов и косметологов. – М.: Деловой экспресс, 2015. – 112 с. – Режим доступа: http://www.cnikvi.ru/files/ippp_patients.pdf.
5. 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/>.
6. 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.
7. 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.

8. 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.
9. Консультант врача. Дерматовенерология [Электронный ресурс]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - (CD-ROM)
10. Buck, W. H. J. Warts (genital) / W. H. J. Buck // Clin. evid. – 2015. – Vol. 2015. – P. 1602.
11. 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.
12. 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).
13. Workowski, K.A. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015 / K.A. Workowski, S. Berman // MMWR. Recomm Rep. – 2015. – Vol. 60, № 1. – P.