

ПАКИРДИНОВ АДХАМЖОН БЕГИШЕВИЧ

**ГОНОКОККОВЫЕ И НЕГОНОКОККОВЫЕ
УРЕТРИТЫ У БОЛЬНЫХ ЖЕНЩИН**

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

АНДИЖАН – 2022



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIV VA O‘RTA MAXSUS
TA‘LIM VAZIRLIGI**

GUVOHNOMA



Toshkent shahri

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2022 yil "1" noyabrdagi
"683-sh"–sonli buyrug'iga asosan

A.Б.Пакирдинов

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

5510100 - лечебное дело, 5510200-педиатрическое дело,

5510400 стоматология

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

_____ ning
_____ talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

*Гонококковые и негонококковые уретриты у больных
женщин. nomli o'quv qo'llanmasi*

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

_____ ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat berildi.



Rektor *M.M. Madazimov*

(imzo)

Ro'yxatga olish raqami:



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
УЧЕБНО – МЕТОДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ПО ВЫСШЕМУ И СРЕДНЕМУ
МЕДИЦИНСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**ГОНОКОККОВЫЕ И НЕГОНОКОККОВЫЕ
УРЕТРИТЫ У БОЛЬНЫХ ЖЕНЩИН**

**(ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА ЛЕЧЕБНОГ ФАКУЛЬТЕТА, ОРДИНАТОРОВ И МАГИСТРОВ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И ГИНЕКОЛОГОВ)**

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

АНДИЖАН - 2022

СОСТАВИТЕЛИ:

1. Пакирдинов Адхамжон Бегишевич – Заведующий кафедры дерматовенерологии Андижанского Государственного медицинского института, доктор медицинских наук, профессор.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

1. Гаджимурадов Марат Нурмухамедович – Заведующий кафедрой кожных и венерических болезней Дагестанского государственного медицинского университета, Доктор медицинских наук, профессор.

2. Салихиддинов Зухриддин Салохиддинович – Заведующий кафедрой ВОП – 1, доктор медицинских наук, профессор.

Учебное пособие была рассмотрена и утверждена на заседании Центрального методического совета Андижанского Государственного Медицинского Института от “ ____ ” _____ 2022 г. за № ____.

Проректор по учебной работе,

Д.м.н., профессор:-

Абдуллажонов Б.Р.

Учебное пособие была утверждена на Учёном Совете Андижанского Государственного Медицинского Института от “ ____ ” _____ 2022 г. за № ____.

Учёный секретарь Совета,

доцент:-

Насритдинова Н.А.

ВВЕДЕНИЕ

ГОНОКОККОВЫЕ И НЕГОНОКОККОВЫЕ УРЕТРИТЫ - весьма многочисленны, - от простых вагинитов до угрожающих жизни состояний, таких как синдром приобретённого иммунодефицита (СПИД). Половым путём передаётся свыше 20 возбудителей. Постоянный рост этой патологии привёл к повышенной настороженности среди врачей и пациентов, а в некоторых случаях – к изменению стандартов сексуального поведения. Влияние ИППП на жизнь отдельного человека и на общество в целом нельзя недооценивать, ни переоценивать. Хотя некоторыми из этих болезней можно заразиться и неполовым путём, половой путь передачи является основным способом их распространения.

Сексуальная революция имела далеко идущие последствия, не последним из которых явился резкий рост числа и разнообразия ИППП. Например, в последнее время на 30% увеличилась частота зарегистрированных случаев гонореи и негонекокковые уретриты. Каждый врач должен помнить о возможности ИППП у всех своих пациентов, своевременно проводить диагностику и при необходимости начинать соответствующее лечение. Следует пытаться объяснить существующие в отношении ИППП опасности, которые присущи современному, сексуально открытому обществу.

КРАТКАЯ АНАТОМО–ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНСКИХ ГЕНИТАЛИЙ И МЕТОДЫ ИХ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ.

КРАТКАЯ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНСКИХ ГЕНИТАЛИЙ И МЕТОДЫ ИХ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ.

Половая система развивается из эмбриональной промежуточной мезодермы. С формированием эмбриона промежуточная мезодерма располагается в виде двух продольных тяжей по обеим сторонам первичной аорты. В области туловища эти тяжи называются нефрогенными хордами (рис. № 1-А).

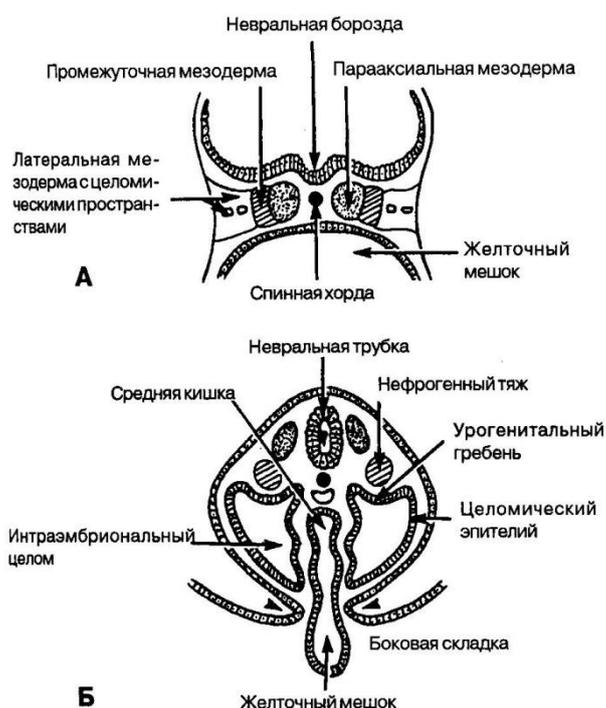


Рисунок № 1. **РАННЯЯ СТАДИЯ РАЗВИТИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ.**

На каждой хорде образуется вырост в дорсальном направлении, который выбухает в целомическую полость. Эти бугорки, называемые **урогенитальными гребнями**, покрываются целомическим эпителием.

Урогенитальные гребни дают начало элементам мочевой и репродуктивной системе (рис. № 1-Б).

В общем, элементы репродуктивной системы проходят в раннем эмбриональном развитии через недифференцированную стадию. Поэтому на этом этапе развития мужской и женской особей идентичны. Позднее происходит специфическая дифференцировка.

РАЗВИТИЕ ЯИЧНИКОВ

Генетически пол закладывается при оплодотворении в зависимости от того, каким сперматозоидом (содержащим X или Y хромосому) оплодотворена яйцеклетка с X-хромосомой. Однако на ранней стадии развития гонады недифференцированы, то есть по их внешнему виду невозможно определить пол плода.

Гонады начинают формироваться на 5 неделе, когда участок урогенитального гребня, на медиальной стороне первичной почки утолщается и формирует *гонадный гребень*. Целомический эпителий делится и образует пальцеобразные скопления клеток (*первичные половые хорды*), которые внедряются в подлежащую мезодермальную мезенхиму гонадного гребня. У женской особи в зрелой гонаде доминирует кортикальная область. Кортикальная ткань содержит фолликулы. Результатом роста целомического эпителия является формирование коркового и мозгового веществ индифферентной (недифференцированной) гонады.

В течение 4-й недели в желточном мешке могут быть распознаны *примордиальные зародышевые клетки* (которые со временем дадут начало гаметам). По мере формирования эмбриона в него инкорпорируется часть желточного мешка. В течение 6 недели примордиальные зародышевые клетки мигрируют в мезенхиму гонадного гребня, где присоединяются к первичным половым хордам. У женской особи примордиальные зародышевые клетки превращаются в оогонии, которые в период внутриутробного развития плода делятся путём митозов. После рождения оогонии не образуются.

Если в оплодотворённой яйцеклетке присутствует Y - хромосома, в течение 8-й недели из мезенхимальной ткани мозгового вещества начнёт формироваться белочная оболочка яичка. Это является первым отличительным признаком пола эмбриона. При отсутствии Y – хромосомы недифференцированная гонада будет превращаться в яичник, который можно распознать на 10-й неделе. В яичнике первичные половые хорды дегенерируют и появляются вторичные (кортикальные) хорды, которые простираются от покровного эпителия вглубь, внедряясь в подлежащую мезенхиму. В них внедряются *оогонии* и, приблизительно на 16-й неделе развития, кортикальные хорды преобразуются в *примордальные фолликулы*. По окончании своего развития каждый фолликул состоит из оогонии, развившейся из первичной зародышевой клетки, окружённой одним слоем сквамозных, фолликулярных клеток – дериватов кортикальных хорд. *Созревание фолликула* начинается, когда оогония вступает в первую фазу мейотического деления (на данном этапе она называется *ооцитом*). Дальнейшее развитие ооцита затем прекращается до начала периода полового созревания, с наступлением которого один или более фолликулов ежемесячно получают стимул к дальнейшему развитию.

РАЗВИТИЕ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ

И у мужской, и у женской особей вначале формируется две пары протоков: мезонефральные (вольфовы) и парамезонефральные (мюллеровы). Как и в случае развития гонад, в развитии половых путей отмечается индифферентная (недифференцированная) стадия. В это время присутствуют оба типа протоков.

У мужской особи *мезонефральный проток*, который дренирует эмбриональную первичную почку, в конечном счёте, формирует *эпидидимус, семявыносящие и выделительные протоки*. У женской особи мезонефральные протоки почти полностью исчезают.

У женской особи сохраняется *парамезонефральный (мюллеров) проток*, из которого формируются основные части репродуктивных путей

(*фаллопиевы трубы, матка и часть влагалища*). Парамезонефральные протоки начинают развиваться в начале 6 недели, сначала в виде тнвагинаций целомического эпителия в ближайшие участки первичных почек (рис. № 2-А). Инвагинаты сливаются, образуя трубки. Краниальные концы протоков открываются в целомическую (будущую перитониальную) полость. Протоки растут в каудальном направлении и нижние их отделы сливаются в виде Y – образного *маточно – влагалищного примордиума или канала* (рис. № 2-Б).

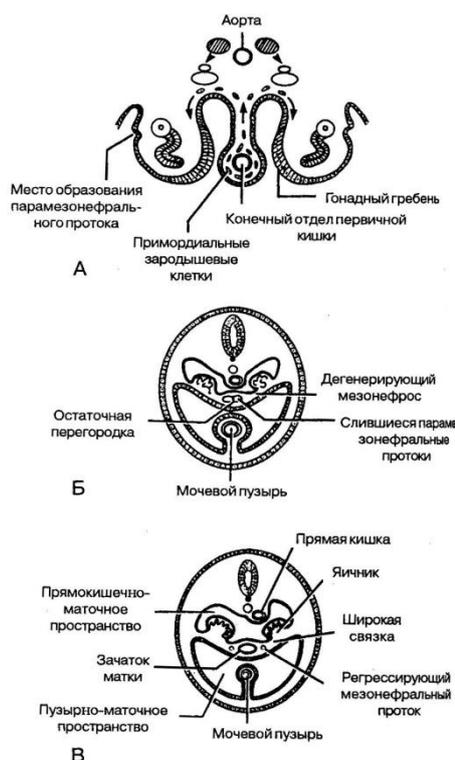


Рисунок № 2. ФОРМИРОВАНИЕ МАТКИ.

Краниальные (неслившиеся) отделы протоков превращаются в фаллопиевы трубы, а слившиеся отделы формируют матку и часть влагалища. Эти превращения не зависят от этапа развития яичников.

Когда два парамезонефральных протока сливаются, соединяются два перитонеальных листка. Таким образом, формируются широкие связки матки (рис. № 2-В).

РАЗВИТИЕ ВЛАГАЛИЩА

Между 5 и 7-й неделями *примитивная клоака* (мешкообразное расширение каудального конца задней кишки) разделяется на

урогенитальный синус (вентрально) и **аноректальный канал** (дорсально). В результате слияния растущего в каудальном направлении утеровагинального зачатка с уrogenитальным синусом образуется плотный массив клеток, называемый вагинальной пластиной. Вагинальная пластина простирается от уrogenитального синуса до каудального окончания утеровагинального зачатка. Центральные клетки вагинальной пластины исчезают, формируя просвет влагалища. Периферические клетки пластины сохраняются в качестве влагалищного эпителия. Помимо участия в формировании влагалища, уrogenитальный синус даёт начало **эпителию мочевого пузыря, уретре, большим вестибулярным железам и гимену**.

РАЗВИТИЕ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ

Наружные гениталии в своём развитии также проходят через индифферентную стадию. В начале 4-й недели на краниальном окончании клоачной перепонки образуется **генитальный бугорок**, или фаллус. Чуть позже по обеим сторонам клоачной перепонки возникают лабиоскротальные припухлости и уrogenитальные складки (рис. № 3-А). Генитальный бугорок увеличивается и у мужской, и у женской особей (рис. № 3-Б).

Уроректальная перегородка делит клоаку, клоачную мембрану на дорсальную анальную и вентральную уrogenитальную мембраны. Приблизительно на 7-й недели развития эти мембраны разрываются. Примерно на 9-й неделе начинают появляться первые половые различия, но полное формирование наружных половых органов происходит к 12-й неделе. В отсутствие андрогенов наружные гениталии феминизируются (рис. № 3-В). Фаллус превращается в относительно маленький **клитор**. Неслившиеся уrogenитальные складки образуют **малые половые губы**, а лабиоскротальные припухлости становятся **большими половыми губами** (рис. № 3-Г).

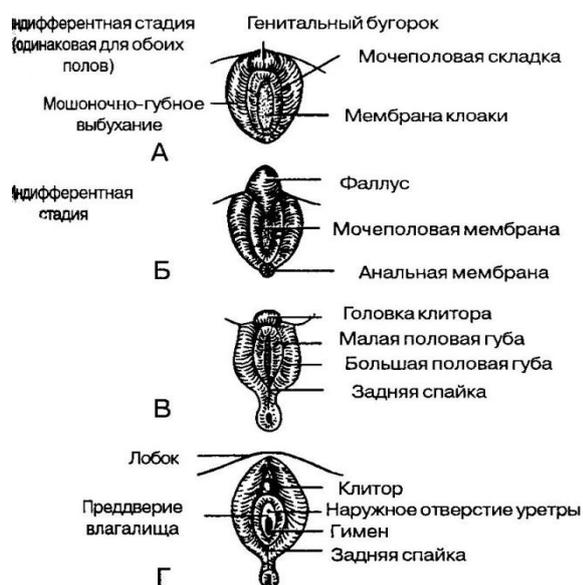


Рисунок № 3. РАЗВИТИЕ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

АНАТОМИЯ

В этом разделе вначале описывается нормальная анатомия женской репродуктивной системы. Далее рассматриваются аномалии развития половых органов.

КОСТНЫЙ ТАЗ

Костный таз состоит из парных *безымянных костей* и *крестца*. Впереди безымянные кости соединяются, образуя лонный симфиз, а сзади каждая из костей соединяется с крестцом через подвздошнокрестцовое сочленение (рис. № 4).

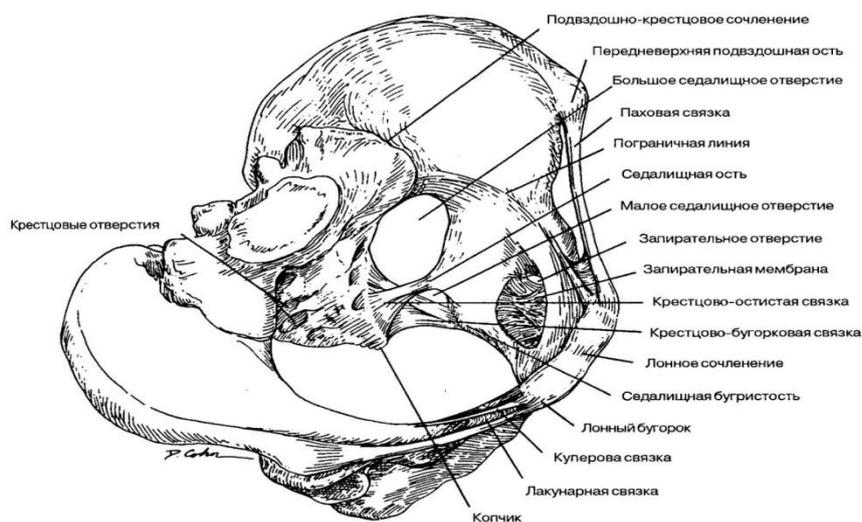


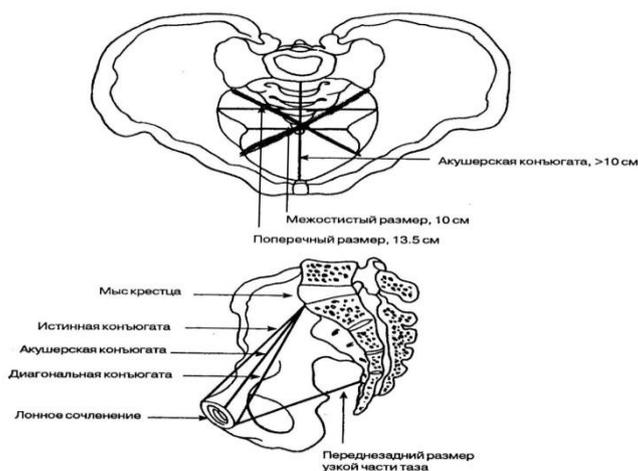
Рисунок № 4. ВИД ТАЗА СВЕРХУ. ПОКАЗАНЫ КОСТИ, СУСТАВЫ, СВЯЗКИ И ОТВЕРСТИЯ

Безымянная кость состоит из трёх – *подвздошной, седалишной и лонной*, которые срастаются в период полового созревания. Все три кости вместе формируют вертлужную впадину. Крестец состоит из пяти или шести крестцовых позвонков, срастающихся воедино к окончанию процесса полового созревания. Крестец соединяется с кончиком внизу и с пятым поясничным позвонком вверху. Таз делится на большой (*ложный*) таз и малый (*истинный*) таз, которые разделяются терминальной линией. Ложный таз, основное предназначение которого состоит в поддержании беременной матки, ограничен сзади поясничными позвонками, подвздошными впадинами сбоку и брюшной стенкой спереди. Особое значение имеет несоответствие размеров таза и плода, что препятствует процессу родов через естественные родовые пути.

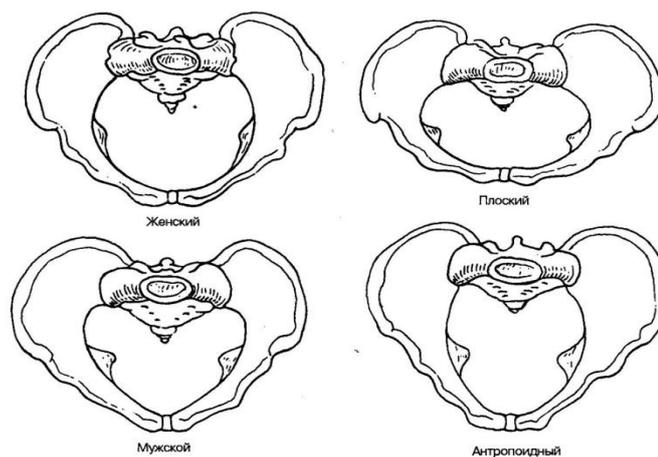
Выделяют четыре плоскости малого таза: плоскость входа, плоскость наибольшего диаметра, плоскость наименьшего диаметра (средняя) и плоскость выхода. Вход в малый таз ограничен сзади мысом и крыльями крестца, сбоку – терминальной линией и спереди – верхней поверхностью лонных костей. Таким образом, плоскость входа разделяет ложный таз и истинный таз. Плоскость наибольшего диаметра ограничена сзади сочленением второго и третьего крестцовых позвонков, сбоку – верхним краем запирающего отверстия и спереди – серединой лона. Плоскость наименьшего диаметра (средняя) распространяется от нижнего края лона спереди до нижних отделов крестца, проходя через седалищные ости. Эта плоскость наиболее важна в клиническом отношении, поскольку наиболее часто остановка продвижения плода в родах происходит именно в этом месте. Плоскость выхода состоит из двух важных треугольников. Она ограничена сзади верхушкой крестца, сбоку – седалищными бугристыми и седалищно – крестцовыми связками и спереди – нижним краем лона. На таблице приведены основные размеры малого таза, которые важны для представления о биомеханизме родов (таблица № 1 и рис. № 5).

РАЗМЕРЫ ПЛОСКОСТЕЙ ТАЗА

Плоскость таза	Размер	Средняя величина (см)
Вход	Истинная конъюгата	10,5 – 11,5
	Акушерская конъюгата	10,0 – 11,0
	Диагональная конъюгата	12,5
	Поперечный размер	13,5
	Косой размер	12,5
Наибольшие размеры	Передне – задний	12,75
	Поперечный	12,5
Средняя плоскость	Передне – задний	11,5 – 12,0
	Биспинальный	10,0
Выход	Передне – задний	11,5
	Межбугорный	8,0 – 11,0

**Рисунок № 5. РАЗМЕРЫ ТАЗА.**

Существуют *четыре основных типа женского таза* согласно классификации Калдвелла и Молоя (Caldwell & Moley) (рис. № 6).

**Рисунок № 6. ТИПЫ ТАЗА (ПО Cadwell – Moley).**

Наиболее распространённым является женский тип (40 – 50%). Он характеризуется округлостью входа, прямизной боковых стенок, умеренной изогнутостью крестца, правильностью формы крестцово – седалищной вырезки. В целом это формирует цилиндрическую форму таза, которая имеет нормальные размеры на всём своём протяжении. **Плоский** тип таза встречается только у 2 – 5% женщин. Для него характерны овальная форма входа, нормальный крестец, прямые боковые стенки, суженные крестцово – седалищные вырезки и увеличенные интерспинальный и интертуберальный диаметры. Индивидуально могут иметь место частые и смешанные типы таза. Примерно у 30% женщин, но среди афро – американок только у 10 – 15%, имеется мужской тип таза. Его отличают клиновидная форма входа, сходящиеся боковые стенки, выступающий вперёд крестец и узкие седалищно – крестцовые вырезки. Поэтому уменьшены пространство входа и, из – за воронкообразности, все нижележащие пространства. Продвижение плода может быть затруднено в средних отделах малого таза. Около 20% всех женщин и около 40% негритянок имеют **антропидный** тип таза. Его отличительные особенности: овальный, узкий и длинный вход; прямые (не сходящиеся) боковые стенки; длинный и узкий крестец; широкая крестцово – седалищная вырезка. Интерспинальный и интертуберальный диаметры меньше, чем у женского типа таза.

ВУЛЬВА И ПРОМЕЖНОСТЬ

Вульва состоит из больших и малых половых губ, лобка, клитора, преддверия и выводных протоков желёз, которые открываются в области преддверия (рис. № 7).



Рисунок № 7. ВУЛЬВА И ПРОМЕЖНОСТЬ

Большие половые губы являются складками кожи с подлежащей жировой тканью; впереди они соединяются в области лобка, сзади – в области промежности. Кожный покров больших половых губ содержит волосяные фолликулы, потовые и сальные железы. Малые половые губы – это узкие кожные складки кнутри от больших половых губ. Впереди малые губы сливаются с крайней плотью и уздечкой клитора, а сзади – с большими половыми губами и промежностью. Малые половые губы содержат потовые и сальные железы, но не имеют волосяных фолликулов и подлежащей жировой ткани. Клитор, находящийся впереди малых губ, является эмбриональным аналогом пениса. Он образован двумя ножками (Аналогичными кавернозным телам у мужчин) и головкой, накрывающей сверху место соединения ножек. На вентральной поверхности головки имеется *уздечка* – место слияния малых половых губ. *Преддверие* располагается между малыми половыми губами и ограничивается спереди клитором, сзади – промежностью. Уретра и влагалище открываются в преддверие по средней линии. Протоки *скеновых (парауретральных)* и *бартолиновых желёз* также выходят и открываются в преддверие.

Мышцы вульвы (поверхностная поперечная мышца промежности, луковично – пещеристые и седалищно – пещеристые) находятся поверхностнее фасции урогенитальной диафрагмы (рис. № 8).

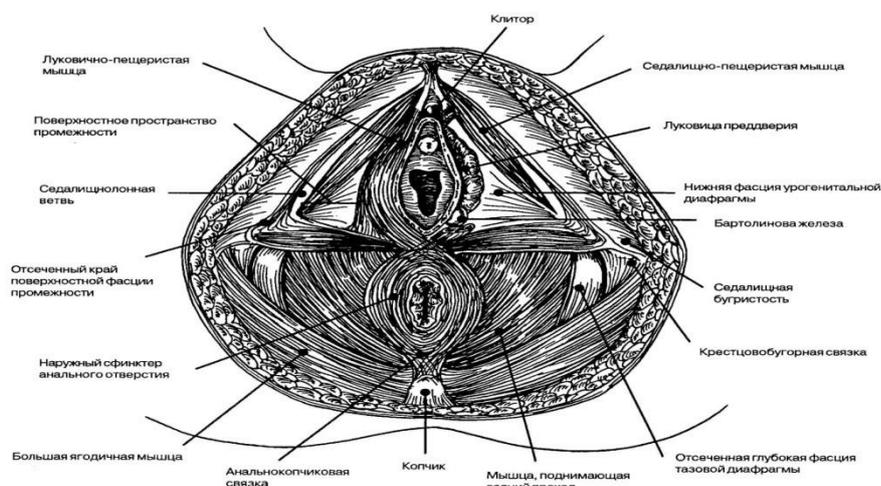
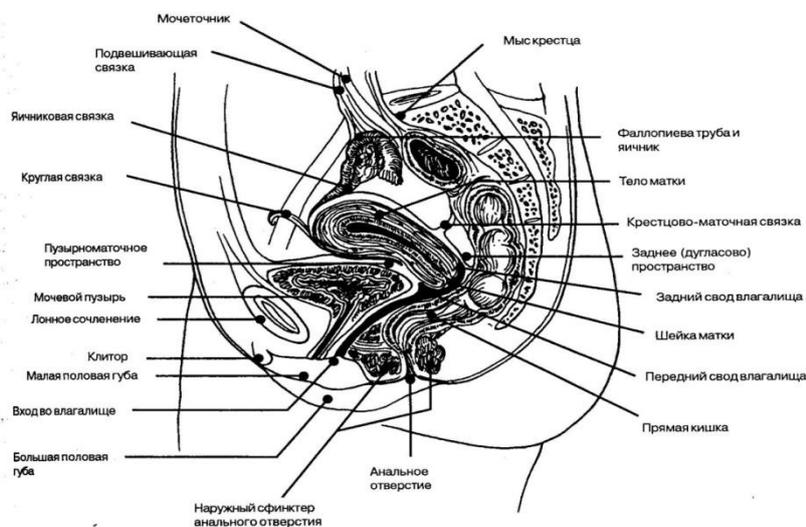


Рисунок № 8. ДИАФРАГМА ПРОМЕЖНОСТИ И МОЧЕПОЛОВАЯ ДИАФРАГМА

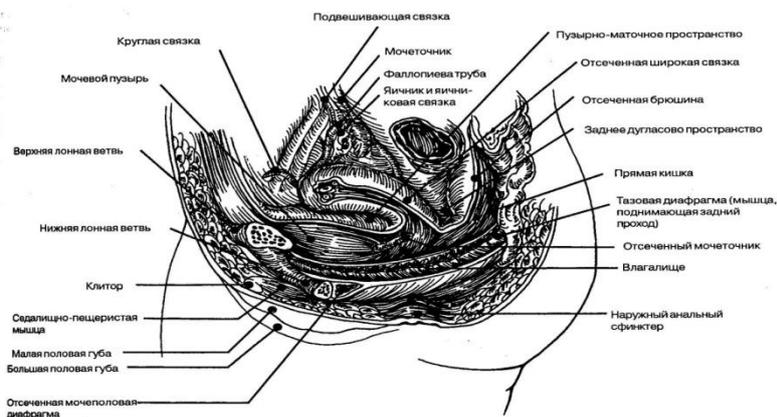
Вся вульва расположена урогенитальной диафрагме треугольной формы, которая находится в передней части таза между ветвями лонных и седалищных костей. Урогенитальная диафрагма окружает и поддерживает уретру и влагалище.

ВЛАГАЛИЩЕ

Влагалище – это мышечная трубка, расположенная от преддверия до матки (рис. № 9, 10). Продольная ось влагалища приблизительно параллельна нижнему отделу крестца. Шейка матки вдаётся в верхнюю часть влагалища. Передняя стенка влагалища примерно на 2 см короче задней. Часть влагалища вокруг шейки матки – своды делятся на четыре зоны: *передний, два боковых, задний своды*.



**Рисунок № 9. СРЕДНЕСАГИТТАЛЬНЫЙ СРЕЗ ОРГАНОВ МАЛОГО
ТАЗА И ПРОМЕЖНОСТИ**



**Рисунок № 10. ОКОЛОСРЕДИННЫЙ САГИТТАЛЬНЫЙ СРЕЗ
ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА И ПРОМЕЖНОСТИ**

Задний свод находится в непосредственном соседстве с перитонеальной полостью, образуя дно заднего тазового пространства (*дугласова кармана*). Это позволяет проникать в брюшную полость через влагалище, например, при кульдоцентезе.

В своём отделе влагалище проходит через урогенитальную диафрагму, где оно окружено двумя луковично-пещеристыми мышцами, действующими как сфинктер. *Гимен* – соединительнотканная складка, покрытая слизистой оболочкой, в некоторой степени закрывает наружное отверстие в детском возрасте. С началом половой жизни и при родах гимен разрывается на отдельные фрагменты.

Кровоснабжение влагалища осуществляется влагалищной артерией и ветвями нижней чревной артерии. Венозный отток от влагалища происходит по венам, сопровождающими артерии.

Стенка влагалища состоит из слизистой оболочки и наружного мышечного слоя. Слизистая оболочка образована многослойным плоским эпителием. Под ним находится подслизистый слой соединительной ткани с обширной венозной и лимфатической сетью. Складки подслизистого слоя выступают в просвет влагалища, обуславливая его характерную Н – образную форму; с возрастом эти складки сглаживаются. Мышечная стенка образована тремя слоями гладкой мускулатуры. Стенка влагалища чрезвычайно растяжима, особенно под влиянием гормональных изменений во время родов.

МАТКА

С каждой стороны матка окружена листками широкой связки и располагается между прямой кишкой и мочевым пузырём (рис. № 9 и 10). Близкое расположение анатомических структур в широкой связке, особенно маточных артерий, вен и мочеточников, имеет важное значение в хирургии. Основные части матки - *шейка* и *тело*, которые разделяются узким перешейком. До начала полового созревания длина тела и шейки приблизительно одинаковы; после его окончания отношение тело/шейка

колеблется от 2:1 до 3:1. Места, где тело матки входят маточные (фаллопиевы) трубы, называются *углами* матки. Часть тела матки, расположенная выше уровня углов, называется *дном*. У нерожавшей взрослой женщины матка имеет следующие размеры: длина около 7 – 8 см и ширина 4 – 5 см. Шейка матки по форме близка к цилиндру и длина её составляет 2 – 3 см. Тело матки имеет грушевидную форму с уплощённой передней и выпуклой задней поверхностями. На фронтальном сечении полость тела матки треугольная.

В норме положение матки variabelно. Угол между продольными осями тела и шейки матки меняется от *антефлексии до ретрофлексии*, а угол между шейкой и влагалищем - от *антиверсии до ретроверсии*. Всё это является вариантами нормы, если не обусловлены какой – либо предшествующей патологией. Матка поддерживается следующими связками: *крестцово – маточными, основными круглыми и широкими*. *Кровоснабжение* матки происходит в основном через маточные артерии, а также через яичковые, в то время как из венозных сплетений кровь оттекает по маточным венам.

Шейка матки соединяется с влагалищем под углом 45 – 90 градусов. Открывающийся во влагалище наружный зев шейки матки имеет округлую или овальную форму у нерожавших женщин и щелевидную у рожавших. Влагалищная часть шейки матки покрыта многослойным плоским эпителием, подобным влагалищному. Плоский эпителий заменяется на простой цилиндрический в *переходной* (зоне трансформации) *зоне*. Эта зона находится приблизительно на уровне наружного зева цервикального канала, но у женщин в постменопаузе она смещается вверх, вглубь цервикального канала.

Стенка тела матки состоит из трёх основных оболочек (рис. № 11). Внутренняя слизистая оболочка (эндометрий) представлена простым цилиндрическим эпителием с подлежащей соединительной тканью. Изменения в строении этого слоя, которые происходят во время нормального

менструального цикла. Под слизистой оболочкой располагается толстый мышечный слой (миометрий), покрытый снаружи брюшиной. Мышечный слой матки переходит в мышечные слои влагалища и фаллопиевых труб.

ФАЛЛОПИЕВЫ ТРУБЫ

Фаллопиевы трубы (яйцеводы) имеют длину 7 – 14 см. Каждая маточная труба состоит из трёх отделов: узкого и прямого перешейка, который открывается в матку; ампулярного или центрального отдела; и инфундибулярного отдела, который оканчивается пальцеобразными фимбриями. Эти фимбрии окружают яичник, и способствует захвату яйцеклетки во время овуляции. Маточные трубы кровоснабжаются яичниковыми и маточными артериями. Изнутри они выстланы ворсинчатым цилиндрическим эпителием. Ворсинки колеблются по направлению полости матки, способствуя перемещению яйцеклетки.

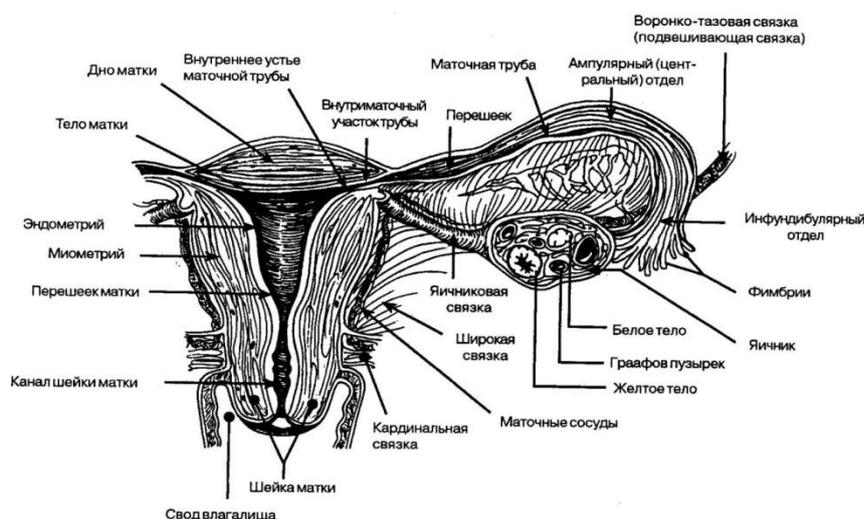


Рисунок № 11. ФРОНТАЛЬНЫЙ СРЕЗ МАТКИ И ПРИДАТКОВ

В период нормальной менструальной активности яичники имеют такие размеры: длина 3 – 5 см, ширина 2 – 3 см и толщина 1 – 3 см. Эти размеры уменьшаются примерно на 2/3 после менопаузы, когда прекращается развитие фолликулов. Яичник соединяется с широкой связкой посредством брыжейки (мезовариума), с маткой – яичниковой связки, со стенками таза – подвешивающей связки яичника (воронкотазовой), которая является и латеральным краем широкой связки (рис. № 10 и 11). Наружная оболочка яичника состоит из соединительнотканной стромы, содержащей фолликулы.

Внутренний соединительнотканый слой содержит тяжи гладкой мускулатуры, кровеносные и лимфатические сосуды, нервы.

Кровоснабжение яичников происходит по яичниковым артериям, которые напрямую отходят от брюшной аорты, но частично кровь поступает и через маточную артерию, ветвь нижней чревной артерии (внутренней подвздошной артерии) (рис. № 12). Венозная кровь от правого яичника оттекает по правой яичниковой вене прямо в нижнюю полую вену, а от левого яичника – в левую почечную вену.

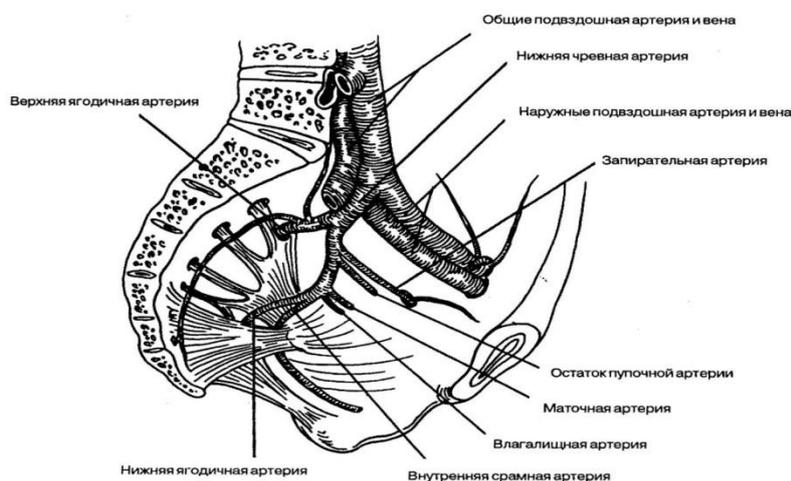


Рисунок № 12. АРТЕРИАЛЬНАЯ СИСТЕМА ЖЕНСКОГО ТАЗА.

Период полового созревания начинается обычно с 9 – 10 лет и продолжается до 15 – 16 лет. В этот период происходит усиление роста, формирование женского типа телосложения, вторичных половых признаков, половых органов и нейроэндокринной системы, регулирующей менструальную, детородную, половую и секреторную функции половой системы.

Период половой зрелости продолжается 30 – 35 лет и характеризуется активностью всех специфических функций организма женщины, направленных на деторождение.

Климактерический период начинается в возрасте 45 – 47 лет и продолжается 2 – 3 года. Происходит постепенное угасание внутрисекреторной функции яичников, прекращается генеративная функция, нарушаются, а затем и прекращаются менструации.

Постклимактерический период начинается с наступлением менопаузы и продолжается до конца жизни. Происходит постепенная атрофия половых органов. Яичники сморщиваются и уплотняются, матка и маточные трубы резко уменьшаются в размерах, влагалище сужается, своды его утолщаются, процессы атрофии распространяются и на наружные половые органы.

У девочек в первые месяцы жизни и у женщин в период половой зрелости слизистая влагалища покрыта многослойным плоским эпителием. Поверхностный слой слизистой, содержащий гликоген, слушиваясь, попадает в просвет влагалища, где под действием продуктов жизнедеятельности влагалищных бактерий из гликогена образуется молочная кислота. Последняя обуславливает кислую реакцию вагинального содержимого и губительно действует на патогенные микробы.

Во время менструации происходит отторжение функционального слоя в матке и образуется раневая поверхность. Занесение микроорганизмов и инфицирование этой поверхности может вызвать воспаление матки, труб, яичников и брюшины таза.

Осмотр кожи и мочеполовых органов женщин больных венерической болезнью:

1. Описание патологического процесса на коже.

Локализация сыпи – симметричная, ассиметричная, ограниченная, распространённая, универсальная (излюбленная локализация).

Характер воспалительной реакции – острый, подострый, хронический.

Определение и характеристика первичных и вторичных элементов:

- Наличие мономорфной сыпи или полиморфизма (истинная, ложный);
- Воличина элементов (мм, см);
- Цвет: красный, синюшный, бурый и т. д.;
- Очертание: правильное, неправильное, округлые, овальные, полигональные, фестончатые и т.д.;

- Форма: шаровидная, полушаровидная, конусообразная, западающая в центре;
- Границы: чёткие, нечёткие, стёртые;
- Поверхность: гладкая, блестящая, ровная, лихенифицирована, наличие вегетаций, шелушения, корок, гноя и т. д.;
- Консистенция: мягкая, плотная, плотно – эластическая, твёрдая, деревянистая;
- Наклонность к периферическому росту и слиянию – есть или нет;
- Группировка: правильная, неправильная, расбросана по всему телу;
- Окружающая кожа: воспалена, гиперемирована, не изменена и т. д.;
- Субъективные ощущения: зуд, жжение, боль.

2. Осмотр наружных половых органов – учитывают степень и характер оволосения (по женскому или мужскому типу), развития малых и больших половых губ, состояние промежности (высокая, низкая, корытообразная), наличие патологических процессов (воспаление, изъязвление, кондиломы, свищи, рубцы). Определяют зияние половой щели, нет ли выпадения или опущения стенок влагалища и матки.

Осмотр анального отверстия (верикозные узлы, трещины, кондиломы, выделение крови, гноя или слизи из прямой кишки). Раздвинув защищёнными пальцами малые половые губы, осматривают вульву и вход во влагалище, учитывая при этом: окраску (бледность, цианоз), характер секрета, наличие патологических процессов (воспаление, кисты, изъязвление), состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала и выводных протоков бартолиниевых желёз (гиперемия, выделения), форму девственной плевы и её остатков.

3. Исследование при помощи зеркал имеет исключительно важное значение для диагностики заболеваний влагалища и шейки матки. Существуют цилиндрические, створчатые, ложкообразные (пластинчатые) зеркала. Цилиндрическими зеркалами пользуются, главным образом, для изоляции стенок влагалища от лекарственных веществ, применяемых при

лечении шейки матки. Створчатое зеркало (применяют, когда нет помощника, который может понадобиться при применении более удобных ложкообразных зеркал). Входят до сводов влагалища в сомкнутом виде, далее створки раздвигают и осматривают шейку матки. Стенки влагалища осматривают при постепенном выведении зеркала из влагалища. Ложкообразные зеркала вводят сначала по задней стенке, оттесняя кзади промежность, потом параллельно переднее зеркало, которым поднимают кверху переднюю стенку влагалища.

При исследовании зеркалами определяют окраску слизистой оболочки шейки матки и влагалища, характер секрета, величину и форму шейки матки и наличие воспаления, повреждения, изъязвления и т. д.

4. Влагалищное (внутреннее) исследование производится указательным и средним пальцами, или только указательным пальцем одной руки, которые предварительно протирают томпоном, смоченным в дезинфицирующем растворе. Разводят половые губы и бережно вводят во влагалище указательный и средний пальцы, большой палец направляют к симфизу, мизинец и безымянный пальцы прижимают к ладони, а тыльная сторона их основных фаланг упирается в промежность. Определяют и прощупывают область расположения больших вестибулярных желёз (киста, воспаление), со стороны передней стенки влагалища прощупывают уретру (уплотнение, боль, выделения), состояние влагалища, сводов его и влагалищную часть шейки матки (цвет, характер секрета, наличие воспаления, пороки развития и т. д.), состояние наружного зева (закрыт, открыт, форма круглая, поперечная, зияние) и подвижность шейки матки.

5. Двуручное (бимануальное) влагалищное исследование применяется для определения заболеваний матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки, для диагностики венерических болезней применяется редко.

6. Техника бактериологических исследований выделений из уретры, парауретральных и скенновых ходов, бартолиниевых протоков, из шейки матки и прямой кишки, с эрозией и язва на коже и слизистых. Отделяемое

уретры и парауретральных ходов добывают надавливанием на стенку уретры желобоватым зондом, или маленькой тупой ушной ложечкой. Цервикальную слизь захватывают длинным пинцетом или корнпанагом после очищения шейки матки комочками ваты, смоченными перекисью водорода, раствором 10% соды и т. д. Из прямой кишки материал берётся следующим образом: через клисторный наконечник вливают 50 – 60 мл тёплого физиологического раствора. Из промывной жидкости вылавливают кусочки слизи и гноя и переносят на предметное стекло.

**ЭТИОЛОГИЯ ГОНОРЕИ. ХАРАКТЕРИСТИКА ГОНОКОККА.
ИСТОЧНИК И ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГОНОРЕИ.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГОНОРЕИ У ЖЕНЩИН. КЛИНИКА
ГОНОРЕЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ВУЛЬВЫ И ПРЕДДВЕРИЯ
ВЛАГАЛИЩА, БАРТОЛИНИЕВОЙ ЖЕЛЕЗЫ, УРЕТРЫ,
ВЛАГАЛИЩА, КАНАЛА ШЕЙКИ МАТКИ, МАТКИ И ПРИДАТКОВ.**

Гонореей называется венерическая болезнь, вызываемая гонококком Нейссера (*Neissera gonorrhoeae*). Этот возбудитель в процессе эволюции приспособился паразитировать преимущественно на слизистых оболочках, покрытых цилиндрическим эпителием. Поэтому, в отличие от сифилиса, гоногейный процесс большей частью ограничивается мочеполовыми органами, нередко поражает прямую кишку, иногда – конъюнктиву глаз, и лишь в исключительных случаях инфекция приобретает генерализованный характер (гонококковый сепсис с бактериальными метастазами в суставы и другие органы).

Острое воспаление уретры и шейки матки у женщин обычно сопровождается выделением наружу гноя. Именно это дало основание Галену во II веке нашей эры ввести термин “гонорея”. Хотя такое название дает неправильное представление о сущности заболевания (точный перевод “семятечение” – от греческого *gone* – семя, *rhoia* – истечение), оно сохранилось до нашего времени, полностью вытеснив употребляющиеся ранее как синонимы термины “бленнорея”, “перелой”, “триппер”. И только открытие в 1879 году немецким ученым Нейссером в гное больного уретритом особого микроорганизма позволило с научной достоверностью выделить гонорею как самостоятельное венерическое заболевание.

ПАТОГЕНЕЗ

Врожденного иммунитета к гонококкам у человека не существует. Перенесенная инфекция также не приводит к возникновению истинного иммунитета, поэтому гонореей можно заразиться многократно. Правда, при

заболевании гонореей в крови довольно быстро появляются различные антитела (комплемента связывающие, агглютинины и др.), однако они не препятствуют появлению осложнений и повторному заражению. Таким образом, эти антитела, по-видимому, не несут защитной функции, а являются как бы “антителами-свидетелями” имеющейся или перенесенной инфекции. Нет при гонорее и фагоцитарного иммунитета. В гнойных выделениях больных с острой гонореей обычно обнаруживают большое число гонококков, расположенных скоплениями как вне, так и внутри полинуклеарных нейтрофилов. У женщин гонококки внедряются вначале в уретру, шейку матки, а затем могут попадать в матку, трубы и яичники. Воспаление нижних (дистальных) отделов мочеполовых путей (уретры и шейки матки) иногда сопровождается такими общими явлениями, как легкое недомогание, субфебрилитет, мышечные и суставные боли, что объясняется действием эндотоксина (истинного токсина гонококки не образуют). Размножение гонококков в кровяном русле с развитием сепсиса имеет место чрезвычайно редко. Гонококковое воспаление приводит к развитию процессов дегенерации в эпителии мочеполовых органов. На отдельных участках могут возникать эрозии. При хроническом воспалении цилиндрический эпителий иногда превращается в многослойный плоский с явлениями кератинизации. В подслизистой соединительной ткани в острой фазе болезни образуется поверхностный диффузный инфильтрат из лимфоидных элементов, а при переходе заболевания в хроническую форму инфильтрат принимает более глубокий и очаговый, ограниченный характер и может замещаться рубцовой тканью.

Пути заражения: половой и внеполовой. Так как гонококки крайне нестойки вне человеческого организма, заражение, как правило, происходит половым путем при непосредственном контакте здорового человека с больным (или внешне здоровым гонококкононосителем). Взрослые мужчины практически всегда заражаются половым путем (при естественном или извращенном половом акте). В последних случаях может возникнуть

гонококковая инфекция прямой кишки и носоглотки. Инфицирование глаз у взрослых изредка наблюдается при внесении гонококков руками, загрязненными выделениями из мочеполовых органов, а у новорожденных – при прохождении через родовые пути больных матерей. Изредка отмечается заражение неполовым путем через инфицированные губки, пеленки, горшки, что обычно бывает у маленьких девочек. Заражение путем непрямого контакта возможно потому, что в гнойном экссудате до его высыхания, гонококки в течение непродолжительного времени сохраняют свою жизнеспособность и вирулентность.

Пути распространения гонорейной инфекции в организме – разнообразны:

- 1. по смежности – *Per continuitatem***
- 2. лимфогенный**
- 3. гематогенный**
- 4. антиперистальтический.**

Попадая на слизистую половых органов гонококки бурно размножаются и вызывают воспалительный процесс.

1. Не обладая собственным движением, гонококки распространяются по слизистой мочеполового аппарата, контиинутатным путем, то есть по смежности. Размножаясь, они постепенно захватывают новые участки слизистой и из первичного очага поражения (уретры, шейки матки) переходят на соседние с ним органы (матку, трубы, брюшину), то есть поражают органы, соседние с первоначальным местом поражения. При нерациональном лечении или без лечения гонорейная инфекция может распространяться вверх и вызывать восходящую гонорею, чему способствуют половые сношения, менструации, особенно аборты и роды.

2. При лимфогенном пути распространения инфекции характерно очаговость поражения. Так инфекция может попасть в трубы и яичники из шейки матки параметрально по параметральной клетчатке, минуя слизистую тела матки.

3. Гонококки могут попасть в кровь и проникнуть в отдаленные от половых органов места. Этому способствует наличие обильной кровеносной сети и мочеполовых органах. Проникновение гонококков в кровь может иметь место в самый ранний период заболевания, но вследствие бактерицидных свойств крови и образования антител, гонококки в крови быстро погибают и обычно в ней не обнаруживаются. У женщин гонококки чаще всего попадают в кровь при поражении фаллопиевых труб.

4. Инфекция может распространяться с одного места слизистой на другое при помощи перистальтики. Так, при перистальтических движениях гонококки из матки могут забрасываться через трубу в яичники и брюшную полость.

Место возникновения первичного очага поражения зависит от ряда обстоятельств:

а) От восприимчивости отдельных органов человека к гонококкам, что зависит от вида эпителия, покрывающего органы. Так, нежный цилиндрический эпителий уретры, шейки матки, конъюнктивы совершенно беззащитен по отношению к гонококкам, а многослойный плоский эпителий слизистой влагалища и мочевого пузыря является преградой для проникновения гонококков в глубину слизистой оболочки и эти органы мало восприимчивы к гонорее.

б) От характера поражений у партнера. Так, если у мужчины хроническая гонорея и гонококки выделяются с эякулятом из литтреевских желез, простаты или семенных пузырьков, то у женщин вначале инфицируется шейка матки.

в) От особенностей строения половых органов женщины. Так, при широком входе во влагалище, особенно у многорожавших, первично инфицируется шейка матки. При узкой половой щели и низком расположении уретры – первично инфицируется уретра.

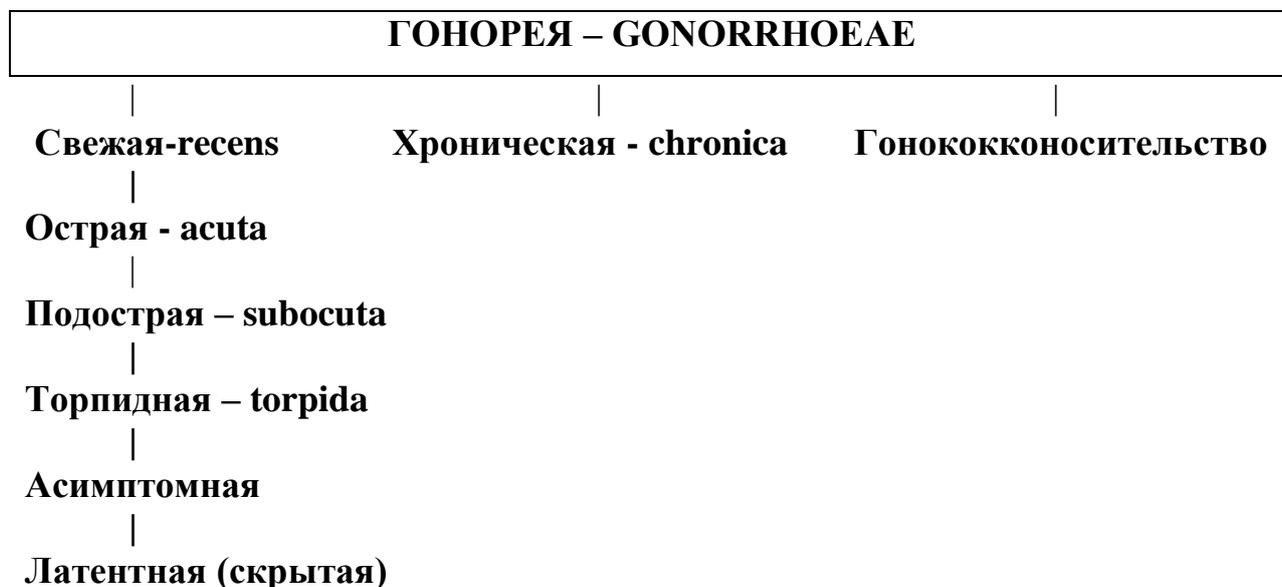
г) При дефлорации первично поражается уретра, вульва, влагалище, но не шейка матки, так как этому мешает слизистая пробка.

д) Редко, но встречается инфицирование полости рта при извращенном половом акте.

КЛАССИФИКАЦИЯ

С 1 января 1970 года введена в действие Международная статистическая классификация болезней. По этой классификации при составлении отчетов учитываются только две формы гонореи: острая и хроническая. В раздел “острая гонорея” – включаются все случаи гонореи с давностью заболевания до 2-х месяцев, независимо от клинических проявлений. В раздел “хроническая гонорея” – все случаи с давностью заболевания свыше 2-х месяцев или с не установленной давностью.

Схема классификации гонорей:



Для правильного назначения больному лечения необходимо учитывать:

1. локализацию процесса,
2. длительность заболевания,
3. характер клинического течения.

Латентная (скрытая) гонорея – в том случае, если больная является источником заражения, но нет никаких клинических признаков заболевания, и не удастся выявить гонококк. Эта разновидность гонореи регистрации не подлежит, так как гонококки не обнаруживаются, а по инструкции

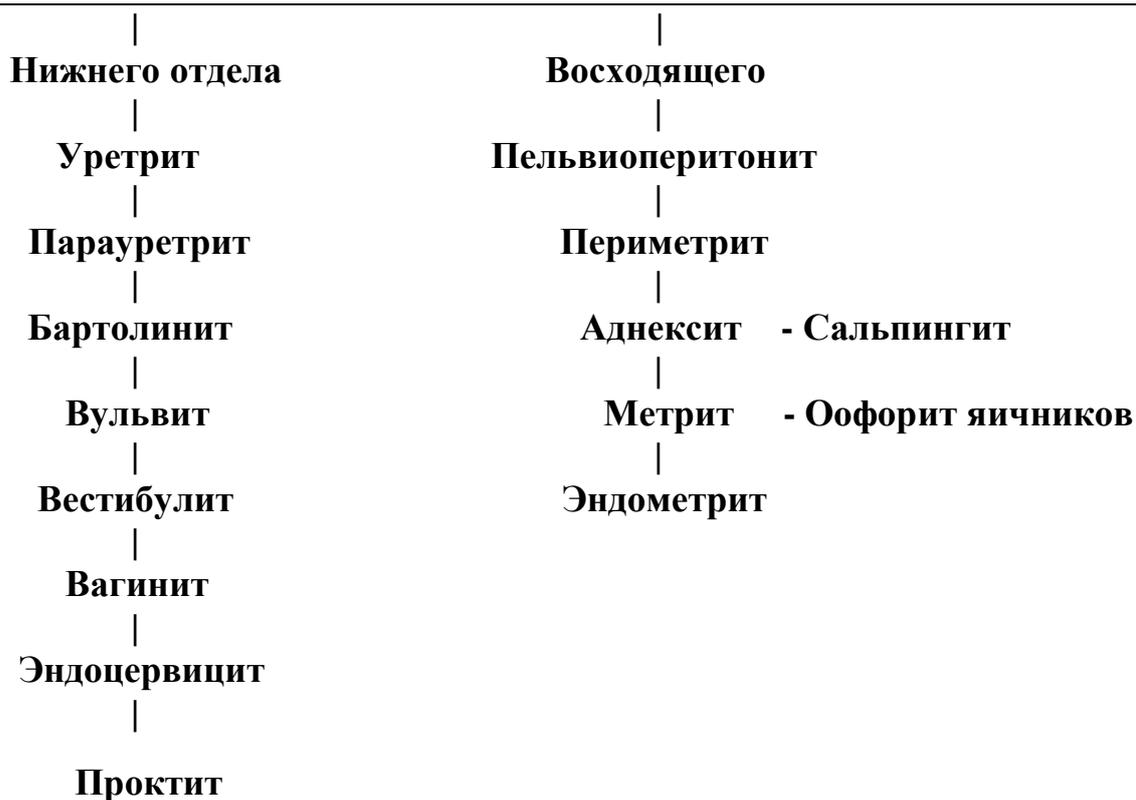
извещение о заболевании гонореей заполняют только на тех больных, у которых в выделениях обнаружены гонококки.

Скрытая гонорея с самого начала может протекать без клинических проявлений. У некоторых больных очаги фокальной инфекции после ранее перенесенной гонореи в осумкованных очагах поражения. Гонококки в этих очагах длительно сохраняют устойчивость и после вскрытия осумкованной инфекции (при половом сношении, менструации, родах и т.п.) гонококки выносятся на поверхность слизистой, размножаются и происходит заражение партнера, а в некоторых случаях появляется картина острой гонореи. Необходимо знать, что латентная гонорея отличается от хронической тем, что при хронической гонорее всегда имеются более или менее выраженные признаки воспаления, а при повторных бактериоскопических и бактериологических обследованиях удается обнаружить в отделяемом гонококки.

Латентная гонорея бывает главным образом у женщин и девочек.

Асимптомная гонорея. При этом клинических проявлений нет или они очень скудны, но гонококк обнаруживается легко. В извещении такая гонорея регистрируется как “острая”. Кроме того, у женщины гонорея делится на 1) гонорею нижнего отдела мочеполовой системы и 2) верхнего отдела (восходящая).

ГОНОРЕЯ ЖЕНЩИН



КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОНОРЕИ ЖЕНЩИНЫ

(нижнего отдела и восходящего).

Инкубационный период, обычно продолжавшийся от 3 до 7 дней, в настоящее время нередко удлиняется до 10 – 15 и более дней. Причем женщина часто не может указать на день инфицирования. При всяком воспалительном заболевании женских половых органов, какой бы этиологии оно ни было, на первый план выступают следующие кардинальные симптомы:

- 1. выделения (бели),**
- 2. маточные кровотечения,**
- 3. нарушения менструального цикла,**
- 4. боли.**

Все эти основные симптомы свойственны гонорейному процессу.

1. Однако одному из ведущих симптомов болезни – белям многие больные не придают значения, считая их физиологичными.

2. Боли при гонорее нижнего отдела не отмечаются у 70 – 80% больных и лишь у 20% при уретритах имеются жалобы на жжение, рези, учащение мочеиспускания.
3. Нарушения менструального цикла могут наблюдаться как при гонорее нижнего, так и верхнего отделов мочеполовой системы, но значительно чаще у женщин с восходящей гонореей. Однако в настоящее время нарушения менструального цикла отмечаются редко: у 2,9% больных при свежей и у 7% - при хронической гонорее. Кстати, при нарушении менструального цикла и особенно при кровотечениях женщины больные гонореей обращаются и гинекологам. При воспалении менструации становятся значительно обильными за счет прилива крови к органам малого таза.
4. Кровотечения – при восходящей гонорее носят характер беспорядочных. Особенно опасны кровотечения у беременных. Они могут привести к прерыванию беременности, к кровотечению во время родов и при отделении плаценты. Так, при эндоцервицитах, эндометритах слизистая изменяется, утрачивает свою нормальную растяжимость, и происходят разрывы. Затруднение отделения последа связано с утолщением воспаленной слизистой оболочки матки, а если поражен мышечный слой матки, то мышцы сокращаются недостаточно и может появиться кровотечение. При гонорейном эндометрите, лохии бывают продолжительными и надолго сохраняют кровянистый характер. Иногда гонорея приводит к аменорее – при эндометрите, аднексите (при склерозирующем процессе).

Значительная разница между клиническим течением гонореей наружных отделов мочеполовых органов и внутренних гинеталий дало повод подразделить гонорею женщины на 1) гонорею нижнего отдела и 2) гонорею верхнего отдела (восходящую).

I. ГОНОРЕЯ НИЖНЕГО ОТДЕЛА

Особенностью клинического течения гонореи нижнего отдела мочеполовых органов является то, что резкая гиперемия и отечность наружных гинеталий, характерная для женской гонореи в прошлом, в настоящее время наблюдается чаще чем при смешанной инфекции (особенно при сочетании гонореи с трихомонозом). У некоторых больных гонорейный процесс захватывает малые железы преддверия стекания гнойных выделений из влагалища. При этом покровы вульвы мацерируются, могут образоваться фолликулиты, эрозии. Помня о возможности смешанной гонорейно – сифилитической инфекции необходимо исследовать эти эрозии на наличие бледной трепонемы.

Гонорейный уретрит – *Urethritis gonorrhoea*

Это воспалительный процесс слизистой уретры и ее железистого аппарата. У женщин протекает благополучно за счет анатомических особенностей (малой длины, значительной ширины и растяжимости).

При остром уретрите – губки уретры гиперемированы, отечны, при надавливании со стороны влагалища из наружного отверстия уретры появляется гнойное отделяемое, на ощупь уретра мягкая.

При хроническом уретрите клиника, как правило, очень скудна: так при пальпации определяется инфильтрированная уретра в виде тяжа, а после массажа со стороны влагалища из уретры появляется гнойная капля.

Длительность уретрита зависит от особенностей строения железистого аппарата уретры. Различают железы: прямые – короткие, прямые – длинные, трубчато – альвеолярные. Чем сложнее строение железистого аппарата уретры, тем длительно уретрит.

Дизурические явления при гнойном уретрите женщин в настоящее время отсутствует в 50 – 70% случаев.

Воспалительный инфильтрат при гнойном уретрите развивается только на передне - боковых стенках уретры, так как только здесь располагаются железы уретры. Задняя стенка уретры не бывает инфильтрированной.

Поэтому массаж уретры на буже у женщин не показан, так как инфильтрат при этом будет располагаться между бужом и лобком, и окажется недоступным для массажа. Инфильтрат при гнойном уретрите развивается в эпителии и в подслизистой уретры, где возникает гиперемия за счет расширения сосудов, мелкоклеточный инфильтрат вокруг сосудов и желез из лейкоцитов и плазматических клеток.

Осложнения:

- 1. абцессы желез уретры,**
- 2. псевдоабцессы,**
- 3. стриктуры (очень редко, по данным Хольцева 3 на 1000 стриктур у женщин).**

При уретроскопии отмечается матовая гиперемия слизистой оболочки уретры, сглаженность ее и легкая кровоточивость при хроническом уретрите. Гонорейный парауретрит или скенеит – *Paraurethritis seu sceneitis gonorrhoeica*

Парауретральные ходы раньше ошибочно считали железами Скени. Они располагаются на губках уретры и представляются в виде точечных отверстий, которые отчетливо видны при смазывании отверстия уретры раствором проторгола или ихтиолом. Как правило, они располагаются параллельно уретре и выстланы цилиндрическим эпителием.

Парауретральные ходы вовлекаются в процесс или одновременно с уретрой или несколько позже. На месте выходного отверстия появляется гиперемия, отек и инфильтрация. Пальпация воспалительных парауретральных ходов болезненна. При надавливании на них со стороны влагалища выделяется капелька гноя. Гонококки в этих ходах могут жить длительно, при хроническом процессе – годы. При склеротических изменениях этих желез, они начинают зиять.

Бартолинит – *bartolinitis gonorrhoeica*

Бартолиновы железы располагаются на нижней поверхности влагалища с обеих сторон. По величине равны горошине. Их выводной проток открывается в борозде между малой половой губой и кольцом девственной

плевры или ее остатков. Поражение бартолиновых желез наблюдается у 10 – 20% больных и возникает вторично при стекании гноя из уретры или шейки матки.

В зависимости от глубины расположения гонорейного процесса и его тяжести различают несколько разновидностей гонорейного бартолинита.

1. **Поверхностный каналикулит (Зенгеровские пятна)** – это поражение только устья выводного протока железы. Проявляется появлением пятна ярко – красного цвета. Поражение двустороннее.
2. **Каналикулит** – поражение выводного протока. Вследствие развившегося инфильтрата появляется по ходу канала припухлость овальной или веретенообразной формы.
3. **Псевдоабцесс** – образуется при закупорке устья выводного протока. Скапливающийся экссудат раздвигает стенки протока – появляется опухлевидное образование величиной с лесной орех, красновато – синюшного цвета. Чаще всего псевдоабцесс вскрывается самопроизвольно. Чаще бывает при остром процессе.
4. **Истинный абцесс бартолиниевой железы** образуется в том случае, если присоединяется вторичная пиококковая инфекция. Она вызывает распад и расплавление паренхимы железы и соединительной ткани. При этом образуется узел неподвижный, спаяны с окружающей соединительной тканью, болезненный. Сопровождается тяжелым общим состоянием, повышением температуры. Как правило, появляется флюктуация, а затем абцесс вскрывается.
5. **Нодозный абцесс** – это тот же истинный абцесс, но он не вскрывается, а организуется в узел.
6. **Киста** – тоже закупорка устья выводного протока бартолиниевой железы, но появляется при хроническом воспалении. При этом образуется узел шаровидной формы, величиной от лесного ореха до

куриного яйца, слегка флюктуирует, безболезненный. Без лечения существует годами.

Воспаление вульвы и преддверия влагалища – Vulvitis et vestibulitis gonorrhoeica

Выше уже говорилось о том, что у взрослых женщин вульва и преддверие влагалища почти не поражаются гонококками (исключение составляют беременные, пожилые и инфантильные женщины). Чаще всего поражение вульвы и преддверия влагалища при гонорее наступает в результате длительного раздражения их слизистой стекающим гнойным отделяемым при уретрите и гонорейном эндоцервите. При этом больные испытывают жжение, боль, зуд наружных половых органов. Слизистая становится красной, отечной, покрывается гноем, эрозиями и корочками. У некоторых больных возникают при этом фолликулиты, гидрадениты, явления дерматита, остроконечные кондиломы вокруг ануса и в промежности.

Воспаление влагалища – Vaginitis gonorrhoeica

Может быть первичным и вторичным.

Первично – влагалище взрослой женщины поражается очень редко. Внедрению и размножению гонококков во влагалище препятствуют – многослойный плоский эпителий, кислая реакция влагалищного секрета, нормальная бактериальная флора, особенно наличие палочек. Дедерлейна, которые, расщепляют гликоген и тем самым поддерживают постоянное кислотное равновесие. Первично гонорейное воспаление влагалища может возникнуть у беременных, инфантильных женщин, а также в период климакса.

Вторичный вагинит – бывает чаще и является неспецифическим. При этом больные ощущают зуд и жжение во влагалище, появляются гнойные зеленоватые выделения. Слизистая влагалища отечна, пастозна, гиперемирована, легко кровоточит. Изменения особенно резко выражены в области свода и задней стенки влагалища. Со временем красноты и отек уменьшаются, а выделения приобретают беловатый оттенок.

Воспаление шейки матки – Endocervicitis gonorrhoeica

Возникает при острой гонорее в 80 – 85%, при хронической в 95 – 100% случаев. Эндоцервицит, как правило, сочетается с уретритом. Частое поражение шейки матки при гонорее объясняется несколькими причинами:

1. Железы внутренней поверхности шеечного канала выделяют слизь слабо –щелочной реакции.
2. Слизистая оболочка здесь не имеет подслизистого слоя, не изменяется во время менструации и сохраняет в своей толще гонококк.

Гонорейный эндоцервицит протекает даже при остром процессе безболезненно, так как шейка матки бедна чувствительными нервами. Резко бывают тупые, ноющие боли в глубине таза, внизу живота, в крестце и в области наружных гинеталий. Особенно боли ощущаются в то время, когда больная садится. Основная жалоба больных при гонорейном эндоцервиците – наличие белей (смеси шеечного и влагалищного отделяемого). Бели, как правило, носят гнойный или слизисто – гнойный характер, имеют неприятный своеобразный запах. При недостаточной чистоплотности появляются зуд, жжение в области наружных половых органов. Распознавание эндоцервицита возможно только при исследовании женщины зеркалами.

При острой гонорее – шейка матки отечна, эрозирована, из цервикального канала свисает в виде ленты слизисто – гнойный тяж. Слизистая легко кровоточит при дотрагивании. Эрозия появляется очень рано. Уже в самом начале поражения вокруг наружного зева появляется эрозированный красный ободок, особенно на нижней губе. Эрозия при гонорее образуется в результате слущивания эпителия стекающим секретом. Чаще всего возникает “псевдоэрозии”. Дело здесь заключается в том, что пораженный цилиндрический эпителий шейки переходит свои грани, спускается из наружного зева и вытесняет плоский эпителий. Создается впечатление эрозии. С прекращением воспалительных явлений и

уменьшением выделений из шейки матки, плоский эпителий под влиянием кислой среды влагалища активизируется, вытесняет цилиндрический эпителий и эрозия эпителизируется.

Нужно помнить, что эрозию может симулировать эктропион слизистого канала. Это наблюдается у многорожавших. Для эктропиона характерно наличие на слизистой складок – *plicae palmatae*.

Отек и гиперемия шейки матки могут быть и при трихомонадном эндоцервиците, но тогда выделения будут жидкие, пенистые.

При хронической гонорее выделения уменьшаются. Эрозия становится зернистой (фолликулярной). Шейка матки отечна, уплотнена. Иногда хронический эндоцервицит может протекать и без выраженных клинических симптомов и без местных воспалительных изменений, о чем нужно хорошо знать гинекологам. В таком случае после менструации, употребления алкоголя, половых эксцессов может наступить обострение заболевания и вновь появляются обильные выделения. Кроме того, во время менструации, абортов, родов, после грубого бимануального исследования – гонококки могут проникать за внутренний зев шейки матки. Развивается восходящая гонорея.

При гонорее, чаще хронической, на слизистой оболочке наружной поверхности шейки матки появляются беловато – желтые зерна – наботиевы яйца (*ovula Nabothii*) величиной от просяного зерна до горошины или вишни. Появляются они вследствие закупорки цервикальных желез. Имеющиеся в них гонококки могут вызвать рецидив заболевания.

Пальпация. Если поражена только слизистая оболочка шейки матки, то пальпаторное исследование никаких дополнительных симптомов не выявляет.

При инфильтрации мышечной ткани – шейка матки отечна, инфильтрирована. При инфильтрации связок матки подвижность шейки матки ограничена. При склерозе тканей – шейка увеличена, твердая.

Поражение прямой кишки (проктит) – *Proctitis gonorrhoeica*

Проктит при гонорее поражает от 10 до 50% больных, но “гонорейные проктиты обнаруживаются лишь в том случае, если их ищут”.

Изолированно гонорея прямой кишки встречается крайне редко, чаще после полового сношения через прямую кишку. В таком случае проктит развивается первично. Обычно проктит развивается вторично в результате затекания гноя из половых органов; механическим путем при туалете анальной области после дефекации; в результате прорыва в кишку пиосальпинкса, абцесса бартолиниевой железы, абцесса из дугласова пространства. Предрасполагают к заболеванию прямой кишки низкая промежность, расчесывания анальной области при зуде. Чаще всего проктит сочетается с поражением уретры, эндоцервицитом. Гонорейный процесс поражает преимущественно нижний отдел прямой кишки, чаще 3 – 7 см, не выше 7 – 8 см над сфинктером. Выше гонорейный процесс не поднимается, так как нет доступа воздуха, резко выражена щелочная реакция, обилие микрофлоры.

Различают острый, подострый и хронический проктит.

Острый проктит. Складки и область заднего прохода при этом воспалены, отечны, гиперемированы. Слизистая оболочка кишки эрозирована, гиперемирована, отечна. Кал смешан с гноем и кровью. Больную беспокоят боли при дефекации, тенезмы, напоминающие картину дизентерии. Часто беспокоит зуд и жжение в области заднего прохода. Иногда появляются остроконечные кондиломы.

Подострый проктит. При этом почти всегда отсутствуют субъективные симптомы. Некоторые женщины жалуются на зуд, небольшую болезненность в заднем проходе. Слизистая изъязвлена.

Хронический проктит. Больные также жалуются на зуд и жжение в заднем проходе. Из ануса выделяется желтый или красноватый с примесью крови гной.

Причем, чем выше распространяется поражение, тем более будут выражены такие симптомы как боли при дефекации, тенезмы, запоры.

Появляется субфебрильная температура. Как правило, при этом наступает атрофия цилиндрического эпителия или его полная гибель.

Осложнения:

1. периректальные абцессы, которые могут оставить после себя длительно незаживающие фистулы или ректовагинальные свищи;
2. параректальные абцессы, которые могут прорваться наружу, во влагалище, в мочевой пузырь.

II. ВОСХОДЯЩАЯ ГОНОРЕЯ

В настоящее время развитие восходящей гонореи наблюдается при свежей гонорее у 6 – 8%, при хронической гонорее у 28 – 30% больных. 29,1% женщин, страдающих восходящей гонореей, жаловались на бесплодие.

Острое течение восходящей гонореи наблюдается у 32,6%, подострое – 43,3%, торпидное – у 24,1% больных, то есть у 25% больных процесс начинается незаметно для них. Обострение хронического восходящего процесса, что считалось ранее типичным, сейчас встречается только у одной трети больных.

Эндометрит (воспаление слизистой оболочки матки) –

Endometritis gonorrhoeica

При острой гонорее развитие гонорейного эндометрита у женщин сопровождается, как правило, общими симптомами: ознобом, повышением температуры до 38 – 39 градусов, иногда тошнотой, рвотой. При этом отмечаются режущие, тупого характера боли внизу живота. У нерожавших женщин они иногда носят схваткообразный характер, так как узость внутреннего зева матки приводит к затруднительному оттоку гноя из ее полости. В первый момент выделения прекращаются, а затем становятся более обильными и жидкими. Изменяется и менструальный цикл. Ближайшие менструации приходят раньше срока, они обильнее, чем обычно и более продолжительны.

При осмотре выявляется размягчение шейки матки, зияние зева, так как слизистая пробка его закрывает не плотно. Из шейки матки наблюдаются

обильные жидкие выделения. При пальпации определяется боль при надавливании на область дна матки и при перемещении матки.

При хронической гонорее боли внизу живота менее интенсивные, чем при остром эндометрите и возникают чаще при движении. Матка увеличена в объеме и чувствительна при пальпации. Изменяется менструальный цикл. Менструации наступают раньше срока, становятся обильными и продолжительными. Это зависит от того, как глубоко проникают гонококки в матку. Если гонококки оседают на базальном слое (если они попали после менструации), то возрождение эпителия задерживается и нарушается правильное течение менструального цикла. Из шейки матки стекают выделения – жидкие, мутные с незначительным количеством слизи, с примесью гноя или крови. Гонорейный эндометрит обычно протекает благоприятно и может самопроизвольно закончиться в течение 3 – 4 менструальных циклов.

Метрит (воспаление мышечного слоя матки) – Metritis gonorrhoeica

Чаще всего присоединяется к имеющемуся уже эндометриту.

При остром метрите у больной появляется чувство общей разбитости, повышается температура до 38 – 39 градусов. Иногда состояние больной бывает довольно тяжелым – появляются тошнота, рвота, резкий озноб. У кормящих женщин может прекратиться секреция молока. Появляются боли внизу живота, усиливающиеся при движении, отдающие в крестец, боль при мочеиспускании. Резко нарушается менструальный цикл. Менструации становятся нерегулярными, обильными. Из влагалища появляются густые выделения.

Бимануальное исследование в острой стадии метрита из-за болей почти невозможно. При стихании островоспалительных явлений – пальпируется болезненная, увеличенная матка. Иногда она увеличивается значительно и ее дно пальпируется на 2 – 3 пальца выше лонного сочленения. Чаще всего матка увеличена равномерно вся. Шейка матки – тестовата, зев расширен, имеются обильные выделения. Часто вовлекаются в процесс придатки.

При хроническом метрите – матка становится плотной, так как развивается соединительная ткань.

Воспаление придатков матки (труб и яичников) – Adnexitis gonorrhoeica

Различают:

Сальпингит – поражение труб,

Оофорит – поражение яичников,

Аднексит – поражение труб плюс яичников.

Сальпингит – Salpingitis gonorrhoeica поражение фаллопиевых труб.

Существует несколько разновидностей.

1. **Эндосальпингит** – поражается только цилиндрический эпителий, выстилающий полость трубы. Труба слегка отечна, мягковата при пальпации.
2. **Катаральный сальпингит** – поражаются мышцы трубы, Труба увеличивается, плотная, хорошо прощупывается при бумануальном исследовании.
3. **Гнойный сальпингит** – пиосальпинкс. Это полость, наполненная гноем, напоминающая форму реторты с небольшим расширением на абдоминальном конце. Возникает в результате слипчивого воспаления и склеивания фибрилл, что приводит к закрытию абдоминального устья трубы. Как правило, при этом труба спаивается с яичником и образуется одна опухоль – аднекстумор.
4. **Узловатый сальпингит.** По ходу трубы прищупываются узловатые утолщения, состоящие из полостей, наполненных серозной или гнойной жидкостью.
5. **Гидросальпинкс** – полость, наполненная водянистым серозным содержимым.

Оофорит – Oophoritis gonorrhoeica поражение яичников. Если инфицированное содержимое трубы при сальпингите изливается в полость брюшины и на яичник, то вначале может возникнуть периоофорит – воспаление клетчатки вокруг яичника. В таком случае образуются спайки,

происходит сращение яичника с трубой, широкой связкой, и тазовой брюшиной. Если же инфекция проникает в глубину яичника, то возникает оофорит. Входными воротами часто бывает лопнувший фолликул.

Пельвеоперитонит гонорейный сопровождается снижением аппетита, появлением тошноты, рвоты, задержки стула, метеоризмом, положителен симптом Щеткина – Блюмберга (боль при сотрясении брюшины), температура повышается до 39 – 40 градусов. Временно прекращаются выделения из наружных гинеталий. В отличие от разлитого перитонита (гноеродные микробы) при гонорейном пельвеоперитоните местные явления значительно преобладают над общими. При этом боли внизу живота выражены более резко, но они держатся недолго и при правильном лечении быстро стихают (через 3 – 5 дней). В первые моменты пельвеоперитоните удастся определить только чувствительность брюшной стенки и болезненность в заднем своде. Затем в заднем своде оформляется конусообразная или куполовидная опухоль. Имеющийся выпот может дойти до пупка. Располагаясь позади матки, он отодвигает ее кпереди и кверху.

Необходимо помнить, что больных с гонорейным пельвеоперитонитом привозят, как правило, к гинекологу. Здесь важно выявить гонорею, так как таких больных оперировать нельзя.

ДИАГНОСТИКА ЖЕНСКОЙ ГОНОРЕИ: СПЕЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ, КОНФРОНТАЦИЯ, КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОЙ, МЕТОДЫ ПРОВОКАЦИИ И БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МАЗКОВ, ОКРАШЕННЫХ ПО ГРАМУ И МЕТИЛЕНОВОЙ СИНЬЮ.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН НА ГОНОРЕЮ. МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГОНОРЕИ.

Осмотр начинают с наружных мочеполовых органов. Прежде всего обращают внимание на состояние слизистых оболочек наружных половых органов, преддверия влагалища. Отмечают, имеется ли гиперемия или нет. Если имеется гиперемия, то каков ее характер, очаговый или разлитой. Имеется ли свободные выделения из вагины (влагалища). Отмечают: свободных выделений нет, или свободные выделения значительные, мутноватые и т.п.

Если врач – гинеколог думает обследовать женщину на гонорею, то обследование нужно начинать не с шейки матки, а с обследования уретры. Одновременно с осмотром необходимо брать и мазки.

Уретра. Отмечают, отечны или нет губки, имеются ли выделения, каков их характер. Затем производят пальпацию указательным пальцем правой руки со стороны влагалища. Отмечают консистенцию уретры, наличие инфильтрации (мягкая, плотная и т.п.). Уретру массируют слева направо, а затем проводят пальцем по задней стенке уретры, сзади на перед, к себе. При этом выдавливается капля содержимого уретры. Материал забирается тупой ложкой Фолькмана и делается мазок на два стекла (окраска метиленовой синью и по Граму) в виде буквы “U”. Ложка вводится гладкой поверхностью к стенке уретры, а потом поворачивается выемкой вниз.

U	P	B	C	R
U	P	B	C	R

U – уретра

P – парауретральные ходы

C – цервикальный канал

R - ректум

B – бартолиниевы железы.

Иногда при массаже выделяется значительная слизисто – гнойная капля. Если выделений нет или они очень скудны, то необходимо сделать соскоб ложечкой Фолькмана. Гинекологи часто берут отделяемое из уретры корнцангом. Это неверно, так как стенки нужно поскабливать, корнцангом это сделать нельзя. Если нет ложечки Фолькмана, можно брать желобоватым зондом. От правильности забора зависит и результаты исследования. По инструкции на гонорею обязательно необходимо исследовать уретру, цервикальный канал и ректум, но, учитывая многоочаговость поражения, лучше обследовать все органы, откуда можно выделить гонококк.

Из парауретральных ходов отделяемое берётся после надавливания указательным пальцем на переднюю часть уретры. Забор производится желобоватым зондом и наносится отделяемое на стекло рядом с мазком из уретры в виде буквы “P”. Из парауретральных ходов не всегда удается взять мазок. Для врача удобно после взятия мазка из уретры – приступить к обследованию прямой кишки, чтобы использовать при заборе материала оба конца ложки Фолькмана. При этом левой рукой необходимо отодвинуть в сторону правую ягодицу больной, и берут отделяемое тупой ложечкой Фолькмана, вводя ее на 5 – 6 см. Как и при заборе материала из уретры ложечка вводится к стенке кишки гладкой стороной, а затем поворачивается. Необходимо делать соскоб со всех стенок прямой кишки. На стекло патологический материал наносят с правой стороны в виде черточки или буквы “R”.

Можно исследовать хлопья промывных вод, которые получают несколькими способами:

1. Можно пользоваться катетером с двойным током, через который вводят 200 – 250 мл теплой воды.
2. Можно пользоваться двумя вставленными в кишку катетерами: в один вводят воду, из другого она вытекает в стакан.
3. Через клизменный наконечник ввести 50 мл воды, вынуть клизму, вода вытекает в стакан.

При любом получении промывных вод, из них вылавливаются пинцетом гнойные хлопья или нити и делают мазок в виде буквы “**R**” или черточки.

Если врач обнаружил проктит у девочки – это гонорея, даже если гонококк не найден, так как проктиты другой этиологии почти не встречаются.

Затем осматривают бартолиниевы железы. Чаще всего они не пальпируются. Иногда удается получить из них отделяемое. Для этого железу необходимо захватить большим и указательным пальцами, сдавить ее, а отделяемое собрать ложечкой Фолькмана и нанести на стекло в виде буквы “**B**”.

Затем обследуют влагалище, шейку матки, то есть приступают к исследованию зеркалами. Зеркало вводят наискосок вправо, а потом поворачивают прямо. Из влагалища – материал на гонококк не берут, так как во влагалище и заднем своде гонококк не живет (кроме детей, беременных и пожилых), но отмечают, имеются или нет выделения во влагалище, как изменена слизистая влагалища, имеются ли выделения в заднем своде. Иногда в заднем своде бывают нежные молочного цвета выделения.

Осматривают шейку матки. Обращают внимание на характер выделений из цервикального канала. При гонорее из цервикального канала, как правило, выделяется слизисто - гнойная лента с небольшим сукровичным отделяемым.

Если есть эрозия, то такой она носит характер, ее размер, форма, расположение, кровоточивость и т.д.

Перед взятием мазка шейку матки (и уретру) протирают стерильной ватой, ни в коем случае нельзя пользоваться дезинфицирующими растворами. Отделяемое из цервикального канала - беру— длинным гинекологическим пинцетом, стараясь взять соскоб со стенок канала, и наносят на стекло в виде буквы “С”.

Так как чаще всего не удастся получить отделяемое из парауретральных ходов и бартолиниевых желез, то мазка берут из уретры, прямой кишки и цервикального канала и наносят на два предметных стекла в следующем виде:

U	R	C
U	R	C

Очень осторожно нужно обследовать беременных женщин. Так как взятие мазков из цервикального канала может привести к выкидышу, то лучше ограничиться взятием мазков из уретры и прямой кишки. После осмотра женщины зеркалами, приступают к бимануальному исследованию. При этом обращают внимание на величину, консистенцию шейки матки, болезненность. Затем осматривают матку: в каком она положении, ее величина, консистенция (при гонорейном эндометрите – мягковатая). Затем пальпируют область придатков, Если имеется аднектумор – пальпация должна быть очень, поверхностной – осторожной. Тщательно такая больная осматривается после стихания островоспалительных процессов. При обследовании обращают внимание на состояние брюшины (симптом Щеткина – Блюмберга). Если у больной острая гонорея, то после обследования и взятия мазков необходимо приступить к лечению. Если же у больной хроническая гонорея или свежая, но вяло протекающая, то найти гонококки очень трудно. В таком случае мазки на гонококк лучше брать во время менструации или кровотечения, причем на 2 – 4 – 6 дни, так как в эти дни может появиться гонококк. Хорошо сделать посев отделяемого. Нужно

отметить, что посев выявляет гонококк в 1,5 – 2 раза чаще, чем обычное взятие мазка, поэтому в гинекологических отделениях обязательно нужно производить посев. Если не удастся обнаружить гонококк, то прибегают к провокации.

Существуют следующие разновидности провокации:

1. Биологическая,
2. Химическая,
3. Алиментарная,
4. Механическая,
5. Термическая.

1. Биологическая провокация. С целью биологической провокации можно использовать гоновакцину, пирогенал, молоко, синестрол.

Гоновакцина – вводится в дозе 500 млн микробных тел, стоя, в верхне – наружный квадрат ягодицы, однократно, 2-х моментно. Гоновакцина является микробами и, попадая в сосуд, может вызвать эмболию или бурную реакцию. Поэтому введение ее должно быть медленным и обязательно 2-х моментным. Детям до 3-х лет гоновакцина не вводится. Детям старше 3-х лет вводить гоновакцину нужно осторожно. Обычно вводят 200 – 300 млн микробных тел. Осторожно гоновакцину нужно применять пожилым и старым женщинам.

Молоко – также вводится 2-х моментно, медленно, стоя, в верхне – наружный квадрат ягодицы. Вводить молоко необходимо по Безредко, с интервалами. Вначале вводят 0,3 – 0,5 мл молока, а потом остальную дозу 3,0 – 5,0 мл (через 20 – 30 минут).

Пирогенал – можно вводить самостоятельно или одновременно с гоновакциной. Обычно назначают 200 – 250 – 300 МПД. Если провокация проводится одновременно пирогеналом и гоновакциной, то их вводят в одном шприце в следующих дозировках: гоновакцины 300 млн микробных тел плюс 150 – 200 МПД пирогенала.

Синестрол – в качестве биологической провокации применяется очень редко: по 10 мг (0,5 мл 2% масляного раствора) вводится внутримышечно в течение 3-х суток и ежедневно берутся мазки. Провокацию синестролом нельзя применять во время менструации, в острой и подострой стадии воспаления придатков матки.

Так как, биологическая провокация, как правило, приводит к проявлению у больной высокой температуры, озноба, тошноты – то в поликлинике некоторым больным (водителям трамвая, троллейбуса, машин, верхолазам, строителям и др.) – лучше не делать такую провокацию.

2. Химическая провокация – заключается в воздействии на слизистую оболочку пораженных органов химическими веществами. При этом уретра (“U”) – смазывается 1 – 2 %, а цервикальный канал (“C”) – 5% раствором азотнокислого серебра (ляписа), а нижний отдел прямой кишки (“R”) – раствором Люголя на глицерине: *Jodi puri* - 1,0

Kalii jodidi - 2,0

Ag. Destillatae - 3,0

Glycerini - 94,0

Будущим врачам – гинекологам необходимо знать последовательность провокации. Вначале смазывают цервикальный канал. После введения гинекологического зеркала, стерильным ватным тампоном протирают шейку матки и смазывают цервикальный канал Sol. Argenti nitritis 5%, не заходя за внутренний зев. Смазывание производят ваткой, накрученной на металлический стерильный лейфер. Зеркало вынимают. Затем смазывают слизистую уретры. Лучше лейфер вводить через предварительно вставленный в уретру металлический стерильный тубус. После этого приступают к смазыванию прямой кишки раствором Люголя, смазывание производят лейфером, вводя его на 0,5 - 1 см. Лучше, если перед началом химической провокации, врач приготовит все инструменты на столике.

3. Алиментарная провокация – заключается в употреблении острой и соленой пищи, пива. Однако женщинам, особенно в условиях поликлиники, назначается очень редко.

4. Механическая провокация – массаж уретры на буже женщинам не проводится, применяется только у мужчин.

5. Термическая (диатермическая) провокация, применяется не всегда. Если провокация биологическая и химическая не оказывают эффекта и гонококк не обнаруживается, то на 4-й день после провокации можно добавить 3-х полюсную (абдоминально – вагинально – сакральную) диатермию. Диатермия проводится 3 дня подряд.

1. Первый день диатермия 30 минут и через 1 час взять мазок,
2. Второй день диатермия 40 минут и через 1 час взять мазок,
3. Третий день диатермия 40 минут и через 1 час взять мазок.

На 4 день делается посев.

Если на шейке матки имеется эрозия, то проводится 2-х полюсная диатермия: абдоминально – сакральная.

Лучше проводить комбинированную провокацию. Она заключается в сочетании биологической, химической и диатермической провокацией. Провокация проводится однократно (а не три дня подряд, как это делают некоторые гинекологи), а затем три последующие дня подряд, то есть через 24, 48 и 72 часа после провокации берутся мазки.

При проведении провокации необходимо учитывать общую температуру, местную и очаговую реакцию на введение гоновакцины, пирогенала или молока и лучше отразить в истории болезни в схеме:

Схематическое изображение реакции

РЕАКЦИЯ			
Общая (-)	Местная (-)	Очаговая (-)	Температурная (+)

Температура отмечается особо в истории болезни или на отдельном листке для каждой больной.

ЧАСЫ	14	16	18	20	22
ТЕМПЕРАТУРА	36,8	37,3	37,1	36,1	36,6

Необходимо запомнить, что беременным женщинам проводить провокацию тоже нужно, но очень осторожно. В первые сроки беременности не назначать биологическую провокацию, в последние можно. Нельзя смазывать цервикальный канал. Шейку матки ислизистую вокруг нее можно смазывать раствором Люголя.

Провокацию у женщин лучше всего проводить после окончания менструации, так как в это время в результате усиленного притока крови к тазовым органам создаются благоприятные для роста гонококков.

Через 4 – 5 дней после комбинированной провокации делается посев.

Лучше всего посев делать всем обследующимся на гонорею женщинам, но обязательно – детям и беременным. Так как диагноз гонорея можно поставить только на основании нахождения гонококка, то для постановки диагноза гонорея необходимо правильно научиться обследовать больную, проводить забор материала.

Таким образом, диагноз гонорея ставится на основании данных:

1. Лаборатории:

а) бактериологические, б) посев

2. Дополняет диагноз:

а) клиника, б) данные анамнеза.

Диагноз гонорея необходимо ставить на основании данных своей лаборатории, то есть в наличии гонококка следует убедиться самому врачу. Реакция Борду – Жангу для постановки диагноза не имеет значения.

Возбудитель заболевания – гонококк, был открыт в 1879 году Альбертом Нейссером и является диплококком. Каждый кокк имеет углубление, придающее ему сходство с бобом или кофейным зерном, размером около 1,5 мкм в длину и 0,75 мкм в ширину. Кокки располагаются по – парно, вогнутой стороной друг к другу и никогда не соприкасаются друг с другом в силу наличия у них капсулы. Гонококки располагаются кучками наподобие роя пчел, главным образом внутри лейкоцитов, но могут встречаться и вне их. Это зависит от клинических проявлений заболевания и способа взятия материала. Внутриклеточно гонококки чаще обнаруживаются при острой, реже – при хронической гонорее.

В тканях гонококки располагаются вне клетки и поглощаются лейкоцитами только на поверхности слизистой оболочки в свободном гное. Поэтому при взятии мазков из свободно вытекающего гноя – гонококки могут располагаться внутри лейкоцитов, а при взятии соскобов со слизистой – вне их. Гонококки располагаются только в протоплазме и никогда не проникают в ядро клетки.

Наличие значительного количества лейкоцитов с внутриклеточным расположением гонококков указывает на некоторую слабость микроба, так как ослабленные микробы подвергаются фагоцитозу лучше.

Нужно помнить, что гонококк, стойкий в человеческом организме, весьма неустойчив вне его и быстро гибнет при высыхании гноя, при воздействии различных химических веществ и высокой температуры. Вне организма гонококки особенно чувствительны к высыханию. Солнечные, ультрафиолетовые и рентгеновые лучи убивают возбудителя только на поверхности слизистой, но не убивают гонококки, находящиеся в глубине. Температура от плюс 39 до плюс 41, губительно действующая на гонококки во внешней среде, не убивает этого микроба внутри человеческого

организма, но задерживает его размножение. Поэтому при повышении по какой-то причине у больных гонореей температуры, временно прекращаются выделения и гонококки не обнаруживаются, но после нормализации температуры гонококки вновь выявляются.

Разрушаясь, гонококки выделяют эндотоксин. В результате всасывания токсина из пораженной ткани и непосредственного распада гонококков в крови, наступает интоксикация организма уже в самый ранний период. Циркулируя с током крови по организму, гонотоксин вызывает ряд общих явлений: головную боль, упадок сил, потерю аппетита, поражение суставов и синовиальных оболочек, почек, периферических нервов и др. Этот токсин способен вызывать склеротические процессы в тканях.

Гонококки окрашиваются любой из основных анилиновых красок, так же как и другие диплококки, но они различно окрашиваются по Граму. Так, гонококк по Граму окрашивается в розовый цвет (грам -), а другие диплококки в темнофиолетовый (грам +). Поэтому мазки гноя следует окрашивать метиленовой синью (ориентировочная окраска) и обязательно по Граму (дифференциальная окраска).

Методика окраски

1. Метиленовой синью. Гнойное отделяемое тонким слоем наносят на предметное стекло, дают подсохнуть и фиксируют 3-х кратным проведением над пламенем горелки. Наносят на препарат 1% раствор метиленовой сини на 30 секунд и смывают водой. Высушивают при помощи фильтровальной бумаги. Смотрят под микроскопом, пользуясь иммерсионной системой. При этом гонококки и ядра клеток имеют темно-синий, а протоплазма клеток - бледно-синий цвет.

2. По Граму. Мазок высушивают, фиксируют над пламенем горелки, накладывают на стекло полоску фильтровальной бумаги, на нее наливают на 0,5 – 1 минуту карболовый раствор генцианвиолета (10 мл насыщенного спиртового раствора краски + 100 мл 0,5% раствора карболовой воды). Краску сливают и, не смывая, наливают на препарат на 1 минуту раствор

Люголя. Сливают раствор Люголя, прополаскивают препарат в течение 0,5 – 1 минуты 96 градусным спиртом, пока не перестанет отходить краска. Промывают водой и дополнительно окрашивают препарат 1% раствором карбол-фуксина в течение 0,5 – 1 минуты. Краску сливают, промывают препарат водой и высушивают. При этой окраске гонококки выглядят светло-красными, так как первоначальная окраска их генцианвиолетом была удалена спиртом и они восприняли дополнительную окраску фуксином (грам-отрицательные). Другие кокки – грамположительны, так как они удерживают первоначальную фиолетовую окраску. Это является дифференциальным признаком.

Источники инфекции. Большую роль в передаче инфекции играют лица страдающие хронической, бессимптомной и вялотекущей свежей гонореей.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ГОНОРЕИ У ДЕВОЧЕК.

Гонореей называется венерическая болезнь, вызываемая гонококком А. Нейссера (*Neissera gonorrhoeae*). Этот возбудитель в процессе эволюции приспособился паразитировать преимущественно на слизистых оболочках, покрытых цилиндрическим эпителием. Поэтому, в отличие от сифилиса, гонорейный процесс большей частью ограничивается мочеполовыми органами, нередко поражает прямую кишку, иногда – конъюнктиву глаз, и лишь в исключительных случаях инфекция приобретает генерализованный характер (гонококковый сепсис с бактериальными метастазами в суставы и другие органы).

Острое воспаление уретры и шейки матки у девочек обычно сопровождается выделением наружу гноя. Именно это дало основание Галену во II веке нашей эры ввести термин “гонорея”. Хотя такое название даёт неправильное представление о сущности заболевания (точный перевод “семятечение” – от греческого слово *gone* – семя, *rhoia* – истечение), оно сохранилось до нашего времени, полностью вытеснив употребляющиеся ранее как синонимы термины “бленнорея”, “перелой”, “триппер”. И только открытие в 1879 году немецким учёным А. Нейссером в гное больного уретритом особого микроорганизма позволило с научной достоверностью выделить гонорею как самостоятельное венерическое заболевание.

Возбудитель заболевания – гонококк, был открыт в 1879 году Альбертом Нейссером и является диплококком. Каждый кокк имеет углубление, придающее ему сходство с бобом или кофейным зерном, размером около 1,5 мкм в длину и 0,75 мкм в ширину. Кокки располагаются по – парно, вогнутой стороной друг к другу и никогда не соприкасаются друг с другом в силу наличия у них капсулы. Гонококки располагаются кучками наподобие роя пчел, главным образом внутри лейкоцитов, но могут встречаться и вне их. Это зависит от клинических проявлений заболевания и

способа взятия материала. Внутриклеточно гонококки чаще обнаруживаются при острой, реже – при хронической гонорее.

В тканях гонококки располагаются вне клетки и поглощаются лейкоцитами только на поверхности слизистой оболочки в свободном гное. Поэтому при взятии мазков из свободно вытекающего гноя – гонококки могут располагаться внутри лейкоцитов, а при взятии соскобов со слизистой – вне их. Гонококки располагаются только в протоплазме и никогда не проникают в ядро клетки.

Наличие значительного количества лейкоцитов с внутриклеточным расположением гонококков указывает на некоторую слабость микроба, так как ослабленные микробы подвергаются фагоцитозу лучше.

Нужно помнить, что гонококк, стойкий в человеческом организме, весьма неустойчив вне его и быстро гибнет при высыхании гноя, при воздействии различных химических веществ и высокой температуры. Вне организма гонококки особенно чувствительны к высыханию. Солнечные, ультрафиолетовые и рентгеновые лучи убивают возбудителя только на поверхности слизистой, но не убивают гонококки, находящиеся в глубине. Температура от плюс 39 до плюс 41, губительно действующая на гонококки во внешней среде, не убивает этого микроба внутри человеческого организма, но задерживает его размножение. Поэтому при повышении по какой-то причине у больных гонореей температуры, временно прекращаются выделения и гонококки не обнаруживаются, но после нормализации температуры гонококки вновь выявляются.

Разрушаясь, гонококки выделяют эндотоксин. В результате всасывания токсина из пораженной ткани и непосредственного распада гонококков в крови, наступает интоксикация организма уже в самый ранний период. Циркулируя с током крови по организму, гонотоксин вызывает ряд общих явлений: головную боль, упадок сил, потерю аппетита, поражение суставов и синовиальных оболочек, почек, периферических нервов и др. Этот токсин способен вызывать склеротические процессы в тканях.

Гонококки окрашиваются любой из основных анилиновых красок, так же как и другие диплококки, но они различно окрашиваются по Граму. Так, гонококк по Граму окрашивается в розовый цвет (грам -), а другие диплококки в темнофиолетовый (грам +). Поэтому мазки гноя следует окрашивать метиленовой синью (ориентировочная окраска) и обязательно по Граму (дифференциальная окраска).

Методика окраски

Метиленовой синью. Гнойное отделяемое тонким слоем наносят на предметное стекло, дают подсохнуть и фиксируют 3-х кратным проведением над пламенем горелки. Наносят на препарат 1% раствор метиленовой сини на 30 секунд и смывают водой. Высушивают при помощи фильтровальной бумаги. Смотрят под микроскопом, пользуясь иммерсионной системой. При этом гонококки и ядра клеток имеют темно-синий, а протоплазма клеток - бледно-синий цвет.

По Граму. Мазок высушивают, фиксируют над пламенем горелки, накладывают на стекло полоску фильтровальной бумаги, на нее наливают на 0,5 – 1 минуту карболовый раствор генцианвиолета (10 мл насыщенного спиртового раствора краски + 100 мл 0,5% раствора карболовой воды). Краску сливают и, не смывая, наливают на препарат на 1 минуту раствор Люголя. Сливают раствор Люголя, прополаскивают препарат в течение 0,5 – 1 минуты 96 градусным спиртом, пока не перестанет отходить краска. Промывают водой и дополнительно окрашивают препарат 1% раствором карбол-фуксина в течение 0,5 – 1 минуты. Краску сливают, промывают препарат водой и высушивают. При этой окраске гонококки выглядят светло-красными, так как первоначальная окраска их генцианвиолетом была удалена спиртом и они восприняли дополнительную окраску фуксином (грам-отрицательные). Другие кокки – грамположительны, так как они удерживают первоначальную фиолетовую окраску. Это является дифференциальным признаком.

Источники инфекции. Большую роль в передаче инфекции играют лица страдающие хронической, бессимптомной и вялотекущей свежей гонореей.

Пути заражения: чаще всего болеют девочки от 3 до 9 лет, реже – новорожденные и дети младшего возраста (до 2 лет). Заражение девочки 10 – 13 лет наступает в единичных случаях.

Основная масса больных гонореей девочек (92%) инфицируются бытовым путем при общем пользовании предметами ухода (мочалки, полотенца, игрушки, ночной горшок и др.). Чаще всего передача инфекции девочкам происходит через постель, общую с больной гонореей матерью, старшей сестрой, теткой. Почти во всех случаях бытового заражения источником инфекции является мать, иногда ближайшие родственники (тетя, сестра) и подруги.

Реже девочки заражаются гонореей половым путем (7%), чаще при попытке к изнасилованию. В единичных случаях (около 1%) передача гонореи происходит в период родов при прохождении ребенка через инфицированные родовые пути матери. Преимущественно бытовое заражение девочек гонореей объясняется анатомо – биологическими особенностями гинеталий у этого контингента больных (нежность и тонкость эпителиального покрова слизистой влагалища, щелочная или нейтральная среда влагалищного содержимого, наличие кокковой флоры, отсутствие палочки Дедерлейна и т.п.).

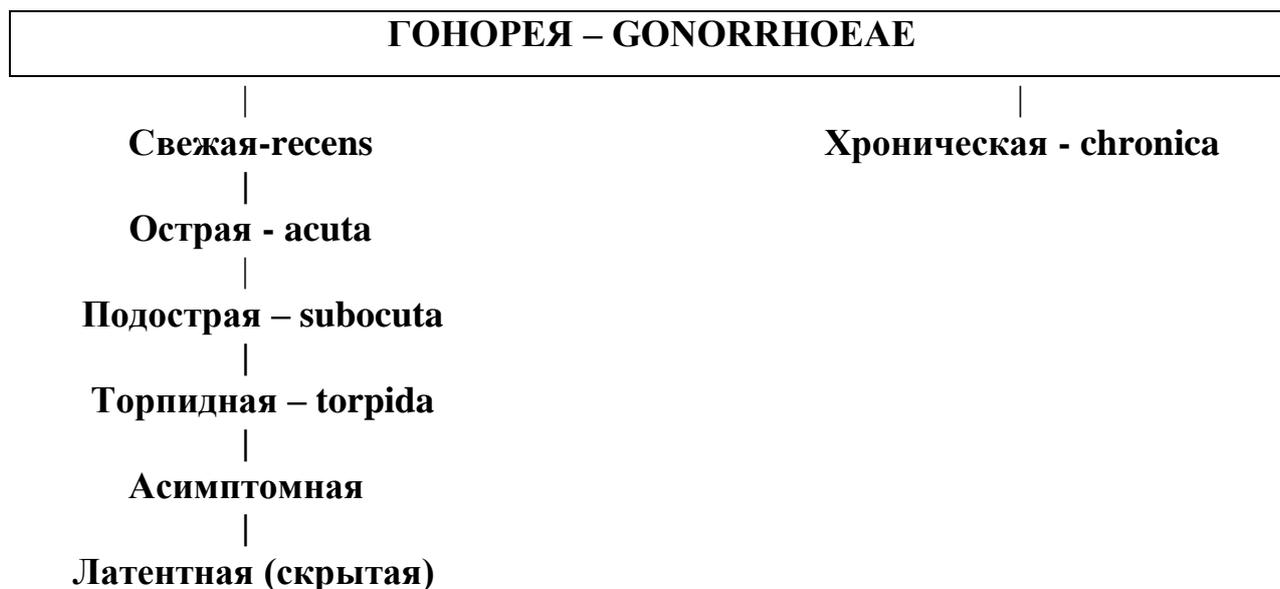
КЛАССИФИКАЦИЯ

Основные принципы классификации гонореи взрослого могут быть использованы и для гонореи девочек. Гонорею девочек следует считать свежей, если длительность заболевания не превышает 2-х месяцев, хронической – более 2-х месяцев или длительность заболевания не установлена.

Свежая гонорея может протекать остро, подостро и торпидно или бессимптомно. Хроническая – может периодически обостряться.

При постановке диагноза необходимо выявить все очаги вовлеченные в воспалительный процесс.

Схема классификации гонореи девочек:

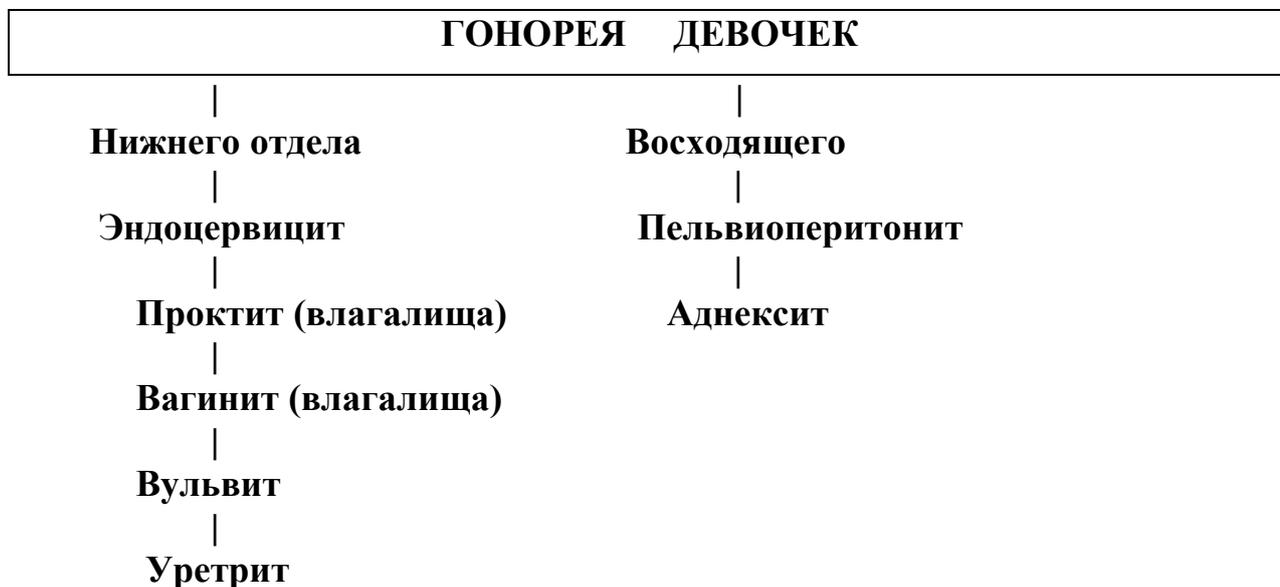


Латентная (скрытая) гонорея – в том случае, если больная является источником заражения, но нет никаких клинических признаков заболевания, и не удастся выявить гонококк. Эта разновидность гонореи регистрации не подлежит, так как гонококки не обнаруживаются, а по инструкции извещение о заболевании гонореей заполняют только на тех больных, у которых в выделениях обнаружены гонококки.

Скрытая гонорея с самого начала может протекать без клинических проявлений. У некоторых больных очаги фокальной инфекции после ранее перенесенной гонореи в осумкованных очагах поражения. Гонококки в этих очагах длительно сохраняют устойчивость и после вскрытия осумкованной инфекции гонококки выносятся на поверхность слизистой, размножаются, а в некоторых случаях появляется картина острой гонореи. Необходимо знать, что латентная гонорея отличается от хронической тем, что при хронической гонореи всегда имеются более или менее выраженные признаки воспаления, а при повторных бактериоскопических и бактериологических обследованиях удастся обнаружить в отделяемом гонококки.

Латентная гонорея бывает главным образом у женщин и девочек.

Асимптомная гонорея. При этом клинических проявлений нет или они очень скудны, но гонококк обнаруживается легко. В извещении такая гонорея регистрируется как “острая”. Кроме того, у девочек гонорея делится на 1) гонорею нижнего отдела мочеполовой системы и 2) верхнего отдела (восходящая).



КЛИНИКА ГОНОРЕИ ДЕВОЧЕК

Жалобы. Девочки младшего возраста, заболевшие гонореей, предъявляют жалобы очень редко, так как часто не могут определить свои ощущения. Старшие дети отмечают влажность, жжение и зуд в области наружных половых органов. В 10% случаев отмечаются дизурические расстройства.

СВЕЖАЯ ГОНОРЕЯ ДЕВОЧЕК – в 75% случаев имеет острое течение. При этом у девочки можно увидеть отечность больших половых губ и слизистой вульвы, яркую гиперемию наружных половых органов. Из половой щели свободно вытекают зеленоватые, слизисто- гнойные выделения в большом или меньшем количестве. По гребню больших половых губ имеются, как правило, корки засохшего гноя. В некоторых случаях появляется дерматит внутренней поверхности бедер, промежности и паховых складок. Как правило, имеются явления уретрита. При этом губки

наружного отверстия уретры гиперемированы и отечны, иногда видны свободные серозно – гнойные выделения.

При подостром течении явления воспаления отмечаются только у 14% девочек и выражены менее интенсивно. Как правило, гиперемия слизистой вульвы носит очаговый характер, отечность тканей выражена не резко, количество свободных выделений из влагалища незначительно, явления дерматита отсутствуют, симптомы уретрита обычно не наблюдается.

При торпидной и бессимптомной свежей гонорее у 11% девочек клинические заболевания визуально не отмечаются. При вагиноскопии можно в таком случае увидеть гиперемию заднего свода влагалища и незначительные слизисто – гнойные выделения.

Хроническая гонорея у девочек в настоящее время встречается в 6% случаев. Диагностируется, как правило, в период обострения, когда появляются обильные гнойные выделения из мочеполовых путей. Изучение анамнеза этих больных позволяет выяснить, что девочка страдает заболеванием давно.

Также как и у взрослых женщин для гонореи девочек характерно много очаговость поражения. Наиболее частым очагом является влагалище, где гонококк обнаруживается почти во всех случаях заболевания. Несколько реже (около 90%) гонококк выделяется из уретры.

Поражение прямой кишки наступает в 12% при свежей и почти в 50% при хронической гонорее. Проктиты у большинства девочек протекает бессимптомно. Иногда можно увидеть неяркую гиперемию и мацерацию анального кольца, слизисто – гнойные выделения на ложке Фолькмана. Более, чем в 50% происходит поражение шейки матки, что устанавливается вагиноскопией.

Вагиноскопия – может производиться только при отсутствии острых и подострых явлений воспаления во влагалище. Вагиноскопия производится женским уретроскопом системы Валентина. Девственная плева у девочек достаточно эластична и легко проходима для тубуса уретроскопа (№ 23 – 27

по шкале Шарьера). Девочка укладывается на гинекологическое кресло. Ватным тампоном удаляются все выделения с наружных половых органов. (Тампон смочен 0,5% раствором хлорамина), а затем сухим тампоном. Тубус уретроскопа с мандреном смазывается стерильным вазелиновым маслом и вводится во влагалище. Мандрен вынимается, слизистая в поле зрения протирается ватой, накрученной на зонд Плейфера. В тубус вводится осветительная система. В поле зрения обычно попадает шейка матки, слизистая которой имеет бледно-розовый цвет.

У здоровых девочек слизистая влагалищной части шейки матки окрашена более ярко, чем стенки влагалища. Наружное отверстие цервикального канала у не менструирующей девочки имеет вид поперечной щели, иногда – овала. Выделений из цервикального канала, как правило, не наблюдается. После осмотра шейки матки тубус уретроскопа вместе с осветительной системой постепенно вынимается и в поле зрения попадают своды, а затем стенки влагалища.

При острой гонорее – слизистая шейки матки ярко – красного цвета, вокруг наружного зева можно иногда увидеть единичные или множественные эрозии. При поражении цервикального канала – из него выделяются слизисто – гнойные или слизисто – мутные выделения, свисающие ленточкой в задний свод влагалища. Слизистая влагалища ярко – гиперемирована, складки слизистой грубые, отечные. В заднем своде и между складками обильные гнойные выделения.

В подострой стадии – слизистая шейки матки и влагалища менее гиперемирована, часто носит очаговый характер, чаще всего поражена слизистая заднего свода.

При торпидной гонорее – при вагиноскопии можно увидеть гиперемию и слизисто – гнойные выделения только в заднем своде влагалища.

Вагиноскопию необходимо проводить всем девочкам, страдающим гонореей – до лечения и в тех случаях после окончания лечения, когда

несмотря на исчезновение гонококка в отделяемом – продолжают обильные гнойные выделения из влагалища, так как вагиноскопия помогает более точно определить локализацию воспалительного процесса и своевременно назначить дополнительное лечение.

ВОСХОДЯЩАЯ ГОНОРЕЯ – у девочек встречается в 7% случаев, а торпидно текущая восходящая гонорея – до 2 – 2,5%. Иногда восходящая гонорея девочек протекает обильными выделениями, с общей реакцией, но чаще протекает торпидно. Обычно восходящая гонорея у девочек в настоящее время сопровождается небольшими болями внизу живота, учащением акта дефекации. Поэтому часто жалобы таких девочек расцениваются как симптомы заболевания желудочно – кишечного тракта (аппендицит, кишечная колика, лямблиоз и др.). Девочек обязательно нужно смотреть – **per rectum**.

При гинекологическом (ректоабдоминальном) исследовании обнаруживаются болезненные измененные придатки и вовлечение в процесс тазовой брюшины (пальвеоперитонит, аднексит).

При возникновении восходящей гонореи у девочек большое значение имеет ослабление защитных сил организма, чаще страдающих другими заболеваниями (ревматизм).

Как правило, общее самочувствие девочек, заболевших гонореей, не нарушается. В некоторых случаях можно отметить понижение аппетита, вялость, недомогание, раздражительность, иногда субфебрилитет, иногда боль в суставах (токсико – аллергического характера). Иногда РОЭ – 15 – 20 мм в час, эозинофилия и нейтрофилия. При восходящей гонорее может появиться в крови С-реактивный белок.

ГОНОРЕЯ ГЛАЗА

Гонорея глаза - у новорожденных инфицирование глаз происходит внутриутробно, во время родов, также через предметы ухода.

При заражении во время родов поражается оба глаза, при аутоинокуляции возможно одностороннее поражение.

Клиническая картина проявляется светобоязнью, гиперемией, отечностью, инфильтрацией век, затрудняющими их раскрытию, гнойными выделениями из конъюнктивального мешка. Конъюнктура резко гиперемирована, шероховата. При отсутствии своевременного адекватного лечения может развиваться изъязвление роговицы с частым или полным разрушением ее.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕВОЧЕК НА ГОНОРЕЮ. МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГОНОРЕИ

Диагноз гонорей девочек ставится на основании:

1. Обнаружения гонококков в мазках и посевах отделяемого.
2. Клиники.

Забор патологического материала производится следующим образом:

Сухим стерильным ватным тампоном удаляются выделения с наружных половых органов. Берут отделяемое из заднего свода влагалища. С этой целью тупая ложечка Фолькмана через отверстие девственной плевы вводится глубоко в задний свод (на 6 – 7 см).

Из прямой кишки – ложечкой Фолькмана, вводя ее на 1 – 1,5 см. Как и у взрослых женщин, отделяемое собирается со всех стенок. Затем из уретры. При этом ложечка меньшего размера вводится в уретру на расстояние 1 см за наружное отверстие уретры. Мазки из каждого очага наносятся на два стекла и окрашиваются метиленовой синью и по Граму. Одновременно со взятием мазков производятся посевы на среду асцитагар.

U	V	R
U	V	R

Уретра, вагина, прямая кишка.

Лабораторная диагностика гонорей девочек имеет свои особенности. Многочисленная кокковая флора, населяющая влагалище девочек, затрудняет дифференциацию гонококка от других микробов при бактериоскопии. В мазках здоровых и больных неспецифическими воспалительными процессами девочек часто обнаруживаются грам – положительные и грам – отрицательные диплококки, сходные с гонококками. Это создает возможность диагностировать гонорею там, где у девочек гонорей нет, а родители этих девочек больны гонореей. Поэтому обязательно не только по Граму, но и культуральное исследование, особенно при

торпидном течении гонореи. Культуральное исследование при торпидном течении свежей гонореи позволяет обнаруживать гонококк в 8 раз чаще, чем при острой гонорее.

Оценивая бактериоскопическую картину мазка у девочек, большое значение необходимо придавать лейкоцитозу. Гонорейные вагиниты, уретриты – в большинстве случаев сопровождаются высоким лейкоцитозом (до 100 – 200 и более поле зрения). Но это признак не имеет абсолютного значения, так как часто свидетельствует лишь о наличии воспалительного процесса в очагах. Лейкоцитоз в мазках из влагалища может встречаться у больных неспецифическими вагинитами и даже у практически здоровых людей. В то же время небольшой лейкоцитоз или даже отсутствие лейкоцитов в мазке из уретры – не исключает гонорейного происхождения этого очага. Установлено, что у 25% девочек, страдающих гонорейным уретритом – лейкоциты в мазках отсутствуют или они единичны.

А вот гонорейные проктиты всегда сопровождаются появлением лейкоцитов в мазках.

При вульвагинитах негонорейного происхождения – поражения прямой кишки, как правило, не наступает и лейкоцитоза в мазках не наблюдается (если у девочек нет колита).

Раньше всегда считалось, что отсутствие флоры в мазках – подозрительно на гонорею. В настоящее время такая картина встречается редко, но наличие ее должностораживать врача, заставляя производить повторные исследования на гонорею.

Будущие врачи – гинекологи должны запомнить, что все девочки, в возрасте до 13 лет, родители которых больны гонореей, в обязательном порядке подлежат тщательному клиническому обследованию на гонорею.

У них необходимо обязательно делать мазки из отделяемого:

- 1. уретры;**
- 2. заднего свода;**

3. прямой кишки – для бактериоскопического и культурального исследования.

Диагноз при гонорее глаз обычно ставят на основании клинической картины и обязательного обнаружения гонококка в отделяемом глаз. Следует иметь в виду, что предшествующее применение антибактериальных средств, даже в минимальных дозах значительно осложняет лабораторную диагностику. Описаны случаи гонорейной офтальмии, вызванные Бета-лактамазопродуцирующими штаммами гонококка. Для диагностики гонореи глаз применяются общепринятые методики лабораторных исследований: микроскопия мазков, окрашенных метиленовым синим и по методу Грама, культуральный метод с использованием питательных сред для выращивания гонококков.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНСКОЙ И ДЕТСКОЙ ГОНОРЕИ, КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ И ПРОФИЛАКТИКА ГОНОРЕИ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЕТИ.

Будущие врачи – гинекологи должны полнить, приступая к лечению женщин больных гонореей, что гонорея – это не только местное поражение мочеполовой системы, а общая инфекция, отражающаяся на здоровье женщины, а иногда и на здоровье ее будущего ребенка.

Общие принципы лечения больных гонореей заключается:

1. в воздействии на инфекцию (антибиотики),
2. в повышении реактивности организма (путем применения иммунотерапии – гоновакцины, молока, пирогенала),
3. в местном воздействии на пораженный орган.

Лечение по возможности нужно начинать раньше, как только поставлен диагноз, чтобы предупредить распространение процесса.

Первое место в лечении больных гонореей принадлежит антибиотикам, главным образом пенициллину и его производным. Причем, водорастворимый пенициллин по своей терапевтической эффективности является лучшим среди всех препаратов пенициллина. Другие антибиотики, применяемые для лечения больных гонореей, отнесены к числу резервных.

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ГОНОРЕИ АНТИБИОТИКАМИ

Эффективность бензилпенициллина в терапии гонореи в настоящее время остается весьма высокой. Этому антибиотику по – прежнему принадлежит основное место в лечении гонорейной инфекции. Другие антибиотики являются антибиотиками резерва и могут быть применены при наличии противопоказаний к назначению бензилпенициллина или после безуспешного его применения.

Для предупреждения аллергических реакций рекомендуется за 20 – 30 минут до введения антибиотика назначать антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, супрастин и др.).

Препараты группы пенициллина

1. Бензилпенициллин (Benzilpenicillinum). Для лечебных целей обычно применяют натриевую или калиевую соли бензилпенициллина. Они представляют собой гигроскопический порошок белого цвета. Бензилпенициллин инактивируется при контакте с рядом химических веществ. К таким веществам относятся окислители (перекись водорода, кислород, марганцевокислый калий и др.), свободные галоиды (хлор, бром, йод, хлорамин и др.), альдегиды (формалин, фенол, танин и др.), катионы тяжелых металлов (ртуть, серебро, цинк, медь и их соли). Бензилпенициллин также не совместим с кислотами и щелочами, этиловым и метиловым спиртом, глицерином, сулемой и ляписом.

Дозы бензилпенициллина при лечении гонореи различны в зависимости от общего состояния больного, клинического течения болезни и патологических изменений, вызываемых инфекцией.

У женщин с острой и подострой гонореей нижнего отдела мочеполовой системы рекомендуется курсовая доза бензилпенициллина в количестве 3 миллиона ЕД. При восходящей гонорее у женщин, а также при хронической гонорее, курсовая доза бензилпенициллина должна быть 4,2 – 6 млн.ЕД (в зависимости от тяжести заболевания).

Лечение следует начинать с ударной дозы для создания более высокой концентрации антибиотика в очаге поражения. Поэтому при первой инъекции вводится 600 000 ЕД, а при последующих – по 300 000 ЕД в физиологическом растворе с интервалом в 4 часа. В целях уменьшения количества инъекций и удлинения интервала между ними рекомендуется на ночь вводить бензилпенициллин с собственной кровью больного.

Методика введения бензилпенициллина в аутокрови такова: 600 000 ЕД бензилпенициллина растворяют в 2 мл физиологического раствора. Раствор набирают в шприц, смешивают с 5 мл кровью, взятой из локтевой вены больного и вводят внутримышечно по 300 000 ЕД через 4 часа.

При хронической гонорее у женщин целесообразно воспользоваться регионарным введением бензилпенициллина. С этой целью в начале лечения

в толще мышечного слоя шейки матки вводят однократно 200 000 ЕД препарата. Одновременно с этим делаются внутримышечные инъекции бензилпенициллина в разовых и курсовых дозах, рекомендуемых при хронической гонорее.

2. Экмоновоциллин-1 (Ecmovocillinum-1) – суспензия новокаиновой соли бензилпенициллина в водном растворе экмолина. Препарат оказывает пролонгированное действие. Готовят непосредственно перед введением. Вводят только внутримышечно. Женщинам с острой и подострой гонореей нижнего отдела мочеполовой системы назначают по 600 000 ЕД с интервалом в 12 часов или по 1 200 000 ЕД через 24 часа в курсовой дозе 3 миллиона ЕД. При остальных формах гонореи курсовая доза экмоновоциллина-1 должна быть такой же, как и при введении бензилпенициллина. Разовая доза в 600 00 ЕД вводится через 12 часов.

3. Бициллин-1, бициллин-3, бициллин-5 (Bicillinum-1, Bicillinum-3, Bicillinum-5). Женщинам с острой гонореей нижнего отдела мочеполовой системы вводят в виде 5 инъекций по 600 000 ЕД с интервалом в 24 часа или по 1 200 000 ЕД через 48 часов в курсовой дозе 3 миллиона ЕД; больным другими формами гонореи назначают 7 – 10 инъекций по 600 000 ЕД с интервалом в 24 часа.

Инъекции бициллина (как и экмоновоциллина-1) производят двухмоментно – сначала вводят иглу в наружно – верхний квадрат ягодицы, а затем, при отсутствии крови из иглы, вводят антибиотик.

4. Ампициллин (Ampicillinum) – полусинтетический антибиотик. Женщинам с острой гонореей нижнего отдела мочеполовой системы назначается в курсовой дозе 3,0 г (по 0,5 г через 4 часа). Больным другими формами гонореи курсовая доза увеличивается до 4,5 г.

Больные свежей гонореей, источники заражения которых остались не выявленными и за которыми не возможно установить длительного диспансерного наблюдения (лица без определенного места жительства и работы), подлежат превентивному противосифилитическому лечению в

условиях стационара бензилпенициллином (из расчета 100 000 ЕД на 1 кг веса пациента, при весе менее 60 кг суммарная доза бензилпенициллина должна быть не менее 6 млн. ЕД); при невозможности госпитализации лечение проводится амбулаторно в виде одного курса дюратными препаратами пенициллина (бициллин-1, бициллин-3, бициллин-5).

В таких случаях вначале проводится лечение по поводу гонореи в дозах, указанных в настоящих схемах, а затем превентивное лечение сифилиса согласно утвержденным схемам лечения больных сифилисом.

Левомицитин (*Levomycesetinum*)

Синтетическое вещество идентичное природному антибиотику хлорамфениколу, являющемуся продуктом жизнедеятельности микроорганизма *Streptomyces venezuelae*. У женщин с острой гонореей нижнего отдела мочеполовой системы левомицитин назначают в курсовой дозе 6 г (по 3 г в день), при других формах гонореи – 10 г (первые 2 дня по 3 г, остальные – по 2 г в день).

Антибиотики тетрациклинового ряда

- 1. Тетрациклин (*Tetracyclinum*).**
- 3. Хлортетрациклин (*Chlortetracyclinum*)/**
- 4. Окситетрациклин (*Oxytetracyclinum*).**

Перечисленные антибиотики обладают широким спектром антибактериального действия.

У женщин с острой гонореей нижнего отдела мочеполовой системы тетрациклин, хлортетрациклин и окситетрациклин назначают в курсовой дозе 5 г (5 000 000 ЕД). При восходящей хронической гонорее курсовую дозу следует увеличить до 10 г. Первые 2 дня назначают по 0,3 г и последующие дни по 0,2 г 5 раз в день через равные промежутки времени. Ночной перерыв не должен превышать 7 – 8 часов. Для предупреждения развития кандидоза одновременно следует назначать нистатин по 500 000 ЕД 3 раза в день или леворин по 250 000 ЕД 3 раза в день.

Антибиотики макролиды

1. Эритромицин (Erythromycinum) действует на микроорганизмы резистентные к другим антибиотикам и на некоторые крупные вирусы.

Женщинам с острой гонореей нижнего отдела мочеполовой системы эритромицин назначается круглосуточно в курсовой дозе 8,8 млн. ЕД (2 дня по 400 000 ЕД 6 раза в сутки и последующие дни по 400 000 ЕД 5 раза в сутки). Больным остальными формами гонореи – 12,8 млн. ЕД и более по той же методике.

2. Олететрин (Oletetrinum) – обладает антибактериальной активностью в отношении грамположительных (стрептококки, стафилококки и др.).

У женщин с острой гонореей нижнего отдела мочеполовой системы олететрин назначается в курсовой дозе 4 млн. ЕД; при остальных формах гонореи – 7,5 млн. ЕД. Первый день дают 1 250 000 ЕД (первый прием 500 000 ЕД и 3 раза приема по 250 000 ЕД), а в остальные дни по 250 000 ЕД 4 раза в сутки через равные промежутки времени.

Антибиотики аминогликозиды

1. Мономицин (Monomycinum) – подавляет развитие грамположительных и многих грамотрицательных микроорганизмов, устойчивых к пенициллину, левомецитину и другим антибиотикам.

У женщин с острой гонореей нижнего отдела мочеполовой системы мономицин назначается по 500 000 ЕД через 10 часов в курсовой дозе 3 млн. ЕД; при других формах гонореи – 6 млн. ЕД.

2. Канамицин (Kanamycinum) – антибиотик широкого антибактериального спектра действия. По своему действию близок к мономицину. Применяется в виде моно- или сульфата канамицина, хорошо растворим в воде.

У женщин с острой гонореей нижнего отдела мочеполовой системы канамицин назначается внутримышечно по 500 000 ЕД через 12 часов в курсовой дозе 3 млн. ЕД; при других формах гонореи - 6 млн. ЕД.

Сульфаниламидные препараты пролонгированного действия (сульфамонетоксин и сульфадиметоксин)

Назначают при непереносимости антибиотиков и после безуспешной пенициллинотерапии.

Сульфамонетоксин и сульфадиметоксин первые 2 дня назначают по 1,5 г 3 раза в сутки через равные промежутки времени и в последующие дни – по 1 г 3 раза в сутки. Курсовая доза при острой и подострой неосложненной гонорее 15 г, при других формах гонорее – 18 г.

Комбинированное применение антибиотиков

Показано у женщин с тяжелыми формами восходящей гонорее. Рекомендуются назначать инъекции бензилпенициллина одновременно с приемом внутрь антибиотиков широкого антибактериального спектра действия.

Иммунотерапия

Иммунотерапия является вспомогательным методом лечения гонорейных заболеваний и применяется наряду с другими видами терапии с целью повышения реактивности организма в борьбе с инфекцией.

А) Вакциноterapia – применяется поливалентная гоновакцина, изготовленная из 8 – 12 штаммов гонококка. Титр изготавливаемой вакцины от 500 млн. до 1 млрд. микробных тел в 1 мл. Вакцину вводят внутримышечно в ягодичную область или внутрикожно. Реакция на введение гоновакцины бывает общей (недомогание, головная боль, общая слабость), температурной, очаговой (усиление выделений, болезненность в пораженных органах, помутнение мочи) и местной (болезненность в области инъекции).

Применение гонококковой вакцины показано больным после безуспешной антибиотикотерапии при вяло протекающих рецидивах, при свежих торпидных и хронических формах заболевания, женщинам восходящей гонореей (по стиханию острых воспалительных явлений). При осложненной гонорее вакцинацию следует начинать с 200 – 250 млн. микробных тел. При осложнениях, сопровождающихся высокой

температурой, нарушением общего состояния организма, резкой болезненностью в пораженном органе, необходимо воздержаться от применения вакцины.

При торпидной и хронической формах гонореи начальные дозы гоновакцины 300 – 350 млн. микробных тел. Инъекции гоновакцины делают с интервалами в 1 – 2 дня в зависимости от реакции, а дозу увеличивают каждый раз на 150 – 300 млн. микробных тел. Разовая доза может быть увеличена на 1,5 – 2 млрд. микробных тел, а количество инъекций до 6 – 8.

У женщины с торпидной и хронической формами гонореи можно применять очаговую вакцинацию в подслизистую шейки матки, уретры и прямой кишки. В этих случаях вакцинацию начинают с малых доз от 50 млн. микробных тел, постепенно повышая до 150 – 200 млн. микробных тел.

Противопоказаниями к применению вакцинотерапии являются: активный туберкулез, органические поражения сердечно-сосудистой системы, гипертоническая болезнь, тяжелые заболевания почек и печени, истощение, тяжелая анемия, аллергические заболевания, менструация.

б) Лактотерапия – свежее коровье молоко перед употреблением кипятят в колбе или пробирке 10 минут, остужают, набирают в шприц через иглу из глубоких слоев и вводят внутримышечно в верхне – наружный квадрат ягодицы двухмоментным способом. Начальная доза 1 – 2 мл (в зависимости от остроты воспалительного процесса). Инъекции делают через 2 – 3 суток, смотря по реакции организма. Каждую последующую дозу увеличивают на 2 – 3 мл и постепенно доводят до 5 – 10 мл.

Больным с торпидной и хронической формами гонореи слабо реагирующим на гоновакцину или молоко, может быть с успехом применено комбинированное лечение гоновакциной и молоко. Обычно гоновакцину и молоко набирают в один шприц и впрыскивают внутримышечно. При этом начальные дозы должны быть несколько меньше соответствующих доз каждого препарата, примененного в отдельности: первоначальная доза --1 мл

молока + 100 млн. микробных тел гоновакцины. Дальнейшее повышение дозы в зависимости от реакций.

Противопоказания к применению молока те же, что и при вакцинотерапии.

в) Пирогенал – в качестве средства неспецифической иммунотерапии широкое применение получил отечественный препарат – пирогенал. Он представляет собой липополисахарид, получаемый из культур синегнойных или брюшнотифозных палочек.

Пирогенал дает мало побочных явлений, обладает хорошим пирогенным эффектом и очень небольшой токсичностью. Пирогенал рекомендуется применять с целью неспецифической иммунотерапии у больных со свежими, торпидными и хроническими формами гонорей и негонорейных воспалительных заболеваний нижнего отдела мочеполовых органов.

Препарат назначают у женщин с 25 – 50 МПД в виде внутримышечных инъекций, которые повторяют через 1 – 2 дня. Доза пирогенала при последующих инъекциях увеличивается на 25 – 75 – 100 МПД (в зависимости от реакции). Максимальная разовая доза не должна превышать у больных 1000 МПД.

Противопоказания: острые лихорадочные заболевания, беременность, гипертоническая болезнь II и III степени, активный туберкулез.

д) Аутогемотерапия – показанием для лечения собственной кровью являются гонорейные осложнения сопровождающиеся резкой болезненностью в пораженном органе, высокой температурой и тяжелым состоянием больного. После прекращения болей, снижения температуры и улучшения общего состояния следует перейти к более активной иммунотерапии вакциной или молоком.

Кровь берут из локтевой вены больного шприцем в количестве 3 – 5 мл и вводят в верхне – наружный квадрат ягодичной области. Инъекции

повторяют через 1 – 2 дня, увеличивая каждую последующую дозу на 2–3 мл. Максимальная доза 10 мл, количество инъекций не более 5.

При лечении собственной кровью больного клинические реакции (общая, температурная, местная, очаговая) обычно отсутствуют. По своей терапевтической эффективности аутогемотерапия уступает гоновакцине и молоку, но, в отличие от них, обладает выраженным обезболивающим действием, которое наступает через 5 – 6 часов после инъекции.

МЕСТНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Методы местной терапии применяются при различных формах глнореи и постгонорейных воспалительных процессах.

1. Промывание уретры – промывание у женщин уретры производят с помощью стеклянного наконечника, который вводят в уретру приблизительно на глубину 1 см. Учитывая дугообразную изогнутость женской уретры, наконечник направляют сначала вниз, а затем выпрямляют. Промывание уретры производят большими количествами раствора марганцевокислого калия один раз в сутки из кружки Эсмарха, подвешенной на высоте 1,5 м над уровнем половых органов. Стеклянные или резиновые наконечники стерилизуют кипячением и хранятся в растворе сулемы или оксицианистой ртути (1:1000).

2. Инстиляция - для инстилляций обычно применяют растворы ляписа или протаргола. Инстилятор стерилизуют в парах формалина и перед употреблением держат течение 1 часа в растворе оксицианистой ртути (1:1000) или борной кислоты (3%).

При поражении уретры женщинам вводят 3 – 5 мл раствора ляписа или протаргола. При поражении шейки матки мочевого пузыря больному вводят в заднюю часть уретры и мочевого пузыря 10 – 15 мл 0,25-0,5% раствора азотнокислого серебра. После инстиляции больной должен удерживать позыв к мочеиспусканию в течение 2-х часов. Инстиляцию следует производить не чаще чем через 48 часов.

3) Бужирование – бужи стерилизуют кипячением. У женщин при хронической уретрите, сопровождающемся инфильтратом уретры, массаж уретры производят без бужа, введением во влагалище указательным пальцем правой руки. После опорожнения пузыря слизистую уретры при помощи зонда Плейфера с накрученной ватой смазывают 1% раствором ляписа или чистым ихтиолом.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Физиотерапия гонорейных заболеваний сводится в основном к следующим тепловым процедурам: компрессы, местные ванны, микроклизмы, парафин, озокерит, электрофорез, диатермия или индуктотермия, грязелечение и др.

1. Парафинотерапия

Обычно пользуются белым обезвоженным парафином с температурой плавления 51 – 56 градусов. Парафин в необходимом количестве нагревают на водяной бане до 60 – 65 градусов, после чего его наносят плоской кистью на кожу пораженного органа слоем толщиной 2 – 3 мм (предохраняющий от ожога слой). Затем поверх его накладывают сложенную в 8 – 10 слоев марлевую прокладку, пропитанную горячим (70 – 80 градусов) парафином. Последнюю покрывают вощаной бумагой, а затем ватой или шерстяной материей, для большего сохранения тепла. Сеансы парафинотерапии проводятся ежедневно. Продолжительность процедуры от 30 минут до 1 часа.

2. Озокеритотерапия

Озокерит нагревают на обычной водяной бане. В целях стерилизации прогревают при 100 градусов в течение 30 – 40 минут. Применяются два основных метода озокеритотерапии: озокеритовые компрессы и лепешки.

Для приготовления озокеритовых компрессов берется марля или другая гигроскопическая ткань, складывается в 6 – 8 слоев и сшивается в виде прокладки. Последняя спускается в сосуд и пропитывается расплавленным озокеритом.

В отличие отозокеритовых компрессов, лепешки не дают возможности применять озокерит высокой температуры. Поэтому в тех случаях, когда по определенным показаниям требуется применить более интенсивное тепло, предпочтительны озокеритовые компрессы.

Перед наложением озокеритового компресса или лепешки кожные покровы соответствующего участка тела во избежание ожогов следует обсушить. При обильной растительности волосы сбривают. Озокеритовый компресс или лепешку кладут обычно на 40 – 60 минут. Процедуры производятся ежедневно или через день. После каждой процедуры требуется обязательный отдых в течение 30 – 40 минут. Общий курс лечения состоит в среднем из 15 – 20 процедур.

3. Диатермия

При прогревании передней части уретры пользуются двумя равными станиолевыми пластинками размером 2 x 10 см, из которых одну накладывают снизу по ходу уретры, другую – на противоположную сторону. С той же целью в качестве электрода в уретру вводят прямой буж, а пластинчатый электрод накладывают сверху и снизу уретры. Сеансы проводятся ежедневно по 15 – 30 минут, сила тока доводится до 0,5 – 0,7 А.

При заболеваниях матки и ее придатков применяют абдоминально – сакральный способ лечения, при котором один электрод пластинчатый размером 15 x 20 см накладывают на брюшную стенку, другой же размером 18 x 25 см – на крестец. Другой способ лечения – вагинально – абдоминально – сакральный, при котором один электрод (цилиндрический или оливообразный) вводят во влагалище, другие накладывают на область крестца и над лобком. Сеансы проводятся ежедневно по 15 – 20 минут, сила тока 1 – 1,5 А. При дозировке силы диатермического тока следует руководствоваться ощущением больного; больной должен испытать только приятное ощущение тепла.

Противопоказания являются острые воспалительные процессы и пониженная температурная чувствительность.

4. Индуктотермия

В основе индуктотермии лежит наведение (индукция) вихревых токов высокой частоты под влиянием электромагнитного высокочастотного поля. Проникая в ткани организма на значительную глубину, это поле вызывает в них появление наведенных высокочастотных токов, энергия которых переходит в тепло.

Глубина проникновения магнитного поля в ткани при индуктотермии составляет 5-8 см. Физиологическое действие индуктотермии в основном совпадает с действием обычной диатермии, но она дает более глубокое и равномерное прогревание и обладает более выраженным болеутоляющим действием.

Показания и противопоказания к индуктотермии в основном те же, что и при диатермии.

5. Электрофорез

При гонорейных заболеваниях применяются преимущественно препараты йода, ионы которого способствуют рассасыванию воспалительного инфильтрата, размягчению и растяжению рубцов.

Техника ионотерапии заключается в следующем: подвергающийся электрофорезу орган включается в гальваническую цепь посредством двух электродов – пластинок из станиоля или свинца соответствующих размеров. Между действующим электродом и участком тела, подвергающимся электрофорезу, помещается гидрофильная материя, смоченная раствором вводимого лекарства. Индифферентный электрод имеет прокладку, смоченную физиологическим раствором. Активные растворы (йодистый калий, хлористый кальций и др.) должны быть приготовлены на дистиллированной воде в 2 – 5% концентрации.

Полюсы тока выбираются по следующему правилу: щелочи и металлы, имеющие электроположительный заряд, соединяют с положительным полюсом; металлоиды, носящие электроотрицательный заряд, соединяют с отрицательным полюсом.

При дозировке тока следует считаться с чувствительностью кожи или слизистой оболочкой больного. Продолжительность сеанса от 15 минут до 1 часа ежедневно или через день. Одновременное применение диатермии и электрофореза способствует более быстрому и полному рассасыванию инфильтратов. Противопоказания те же, что и при диатермии.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЙ ДЕВОЧЕК

Детям, больным гонореей, лечение следует проводить в условиях стационара. Бензилпенициллин показано во всех стадиях заболевания.

1. При свежей гонорее, остро и подостро протекающей, и при обострении хронической гонореи – лечение больных девочек необходимо начинать с антибиотиков.
2. Во всех других случаях (хроническая, свежая торпидно протекающая гонорея) детям старше 3-х лет предварительно проводят курс иммунотерапии (гоновакцина, молоко).

Начальная доза гоновакцины в зависимости от возраста 50 – 100 млн. микробных тел. Инъекции гоновакцины делают с интервалом в 1 – 3 дня в зависимости от реакции организма (повышение температуры, усиление выделений, болезненность в месте инъекции и т. д.). Разовая доза гоновакцины каждый раз увеличивается на 50 – 100 млн. микробных тел, на курс 4 – 5 инъекций (лучше больше 150 млн. микробных тел не назначать).

При отсутствии гоновакцины можно вводить свежее прокипячённое молоко. Молоко перед употреблением кипятится в течение 5 – 10 минут, остывшее набирается в шприц из глубоких слоёв и вводится внутримышечно, двухмоментно, начинают с 0,5 мл – 1 мл. Инъекции делают через 2-е суток, в зависимости от реакции организма. Каждая последующая доза молока увеличивается на первоначальную, то есть на 0,5 мл – 1 мл. Затем нужно назначать антибиотик. Бензилпенициллин – показано во всех стадиях заболевания. Курсовая доза бензилпенициллина для лечения девочки равна курсовой дозе взрослых (2 млн. ЕД. при свежей гонорее, и 3 млн. ЕД. при хронической и свежей восходящей). Бензилпенициллин вводят по 50 – 100 тыс. ЕД. внутримышечно, через 3 – 4 часа.

При непереносимости бензилпенициллина или нечувствительности к нему гонококка применяется левомецитин (по 0,2 – 0,25 г х 4 раза в день с 7 часовым ночным перерывом, курсовая доза 5,0 – 6,0 г).

Сульфаниламидные препараты назначаются с учётом возраста и общего состояния по 0,15 – 0,2 г в сутки на 1 кг веса ребёнка. Суточная доза распределяют на 5 одинаковых приёмов с 7-ми часовым ночным перерывом. Лечение проводят 5 дней.

Местное лечение больным девочкам с острыми формами гонореи обычно не проводят. Оно проводится в случае, когда после окончания антибиотикотерапии воспалительные явления не исчезают.

Можно рекомендовать:

1. Тёплые сидячие ванночки из отвара ромашки или раствора перманганата калия 1:10 000 два раза в сутки по 10 – 15 минут. После ванночки наружные половые органы рекомендуется осушить и припудрить тальком.
2. Больным торпидной свежей гонореей и хронической – можно на фоне иммунотерапии проводить спринцевание раствором перманганата калия 1:10 000, которые производится через тонкий резиновый катетер. После спринцевания через катетер вводят 1 – 2% раствор проторгола или 0,25 - 1% раствор азотнокислого серебра 3 – 5 мл. Такие инстиляции можно проводить через день. Одновременно в уретру глазной пипеткой закапывают 3 – 4 капли 0,5 - 2% раствора проторгола или 0,25 – 0,5% раствора ляписа.

Если имеется проктит, то в прямую кишку вводят 5 – 10 мл 1 – 3% раствора проторгола.

Лечение гонореи глаз осуществляется врачом дерматовенерологом совместно с окулистом. Обязательно внутримышечное и местное лечение введение антибиотика, что обеспечивает санацию и мочеполового очага инфекции. При поражении только одного глаза врач обязан проводить местное лечение обеих глаз, при этом для каждого глаза необходимо иметь отдельный набор медикаментов и пипеток.

КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОРЕИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК

Излеченность гонореи устанавливается с помощью бактериоскопического и бактериологического исследования. Однако отсутствие гонококков не всегда говорит о выздоровлении, ибо гонококки могут длительно сохранять свою жизнеспособность и вирулентность в осумкованных очагах инфекции.

Трудность обнаружения гонококков при бактериоскопическом исследовании выделений привела к применению различных методов провокации; эти методы провокации основаны на раздражении тканей с целью выявления инфекции в скрытых очагах.

Применяются следующие методы провокации: химический (у женщин смазывание уретры 1 – 2%, шеечного канала 2 – 5% раствором ляписа или раствором Люголя на глицерине); биологический (внутримышечное введение гоновакцины в количестве 500 млн. микробных тел или одновременно с пирогеналом – 200 МПД; если гоновакцина применялась во время лечения, то для провокации назначается двойная последняя терапевтическая доза, но не более 2 млрд. микробных тел); алиментарный (соленая, острая пища, пиво); термический (прогревание половых органов индуктотермическим током).

Лучшими являются комбинированные методы провокации. Чаще всего производят химическую и алиментарную провокацию с одновременным введением гоновакцины. У женщин провокацию целесообразно проводить сразу после окончания менструации, когда в результате усиленного прилива крови к тазовым органам создаются благоприятные условия для роста гонококка. У женщин мазки из отделяемого всех очагов поражения исследуют также через 24 – 48 – 72 часа. При назначении термической провокации – диатермия или индуктотермия проводится ежедневно в течение 3 дней последовательно 30 – 40 – 50 минут. Отделяемое для лабораторного исследования берут каждый день, через 1 час после прогревания.

В качестве биологического метода провокации у женщин можно применять внутримышечно инъекции синестрола по 10 мг (0,5 мл 2% масляного раствора) в течение 3 дней. Отделяемое из цервикального канала, матки и уретры подвергается лабораторному исследованию ежедневно после начала применения синестрола. В острой и подострой стадии воспаления придатков матки применение эстрогенных препаратов для провокации противопоказано.

В сомнительных случаях необходимо произвести посев отделяемого на питательные среды. Посевы показаны особенно в следующих случаях: при обнаружении в мазках подозрительных на гонококки грамотрицательных диплококков, при наличии подозрительного на гонорею анамнеза, клинической картины заболевания и отрицательных результатах бактериоскопического обследования на гонорею. Посевы рекомендуются также и для установления излеченности гонореи, в особенности у больных, у которых, несмотря на отсутствие гонококков, остаются воспалительные явления. Посев производится через 48 – 72 часа после химической провокации и во время менструации.

Исключительное значение при установлении излеченности приобретает наблюдение за больными и проведение лабораторных исследований после окончания лечения в течение 2 менструальных периодов у женщин. В это время все больные подвергаются к серологическому обследованию на сифилис. У семейных людей сроки наблюдения должны быть одинаковыми, но не менее 2-х месяцев. Необходимо учесть, что применение при лечении больных гонореей антибиотики обладают большим или меньшим спирохетоцидным действием и при двойной инфекции (гонорея + сифилис) могут удлинять сроки проявления сифилиса и видоизменять клинические симптомы. Поэтому в целях своевременной диагностики сифилиса у больных гонореей, леченных антибиотиками, у которых источники инфекции не были обследованы, эти больные должны находиться под наблюдением не менее 6

месяцев и в течение этого срока подвергаться повторным серологическим обследованиям на сифилис.

Установка критерии излеченности гонореи у девочек начинается сразу же после окончания лечения антибиотиками. В течение первых 3 – 4 дней ежедневно, а затем через день берутся мазки и посевы из уретры, влагалища и прямой кишки. На 7 – 10 день после окончания лечения антибиотиками или сульфаниламидными препаратами производится одна провокация.

У детей старше 3-х лет проводят комбинированную провокацию. Вводят гоновакцину 150 – 200 млн. микробных тел (можно сочетать гоновакцину и пирогеналом). Влагалище и вульву смазывают раствором Люголя, а в уретру глазной пипеткой закапывают 2 – 3 капли 0,5 – 1% раствора азотнокислого серебра. Можно и в вагину глазной пипеткой закапать раствор ляписа, но полную пипетку. Прямую кишку смазывают раствором Люголя (ляпис вызывает тенезмы). Можно все очаги смазать раствором Люголя.

Детям до 3-х лет – провокация проводится так же, но нельзя вводить гоновакцину.

На 2 – 3 – 4 дни после провокации берётся материал для исследования на гонорею, а затем через день. Проводится бактериоскопическое и культуральное исследование мазков из уретры, влагалища и прямой кишки. Детям рекомендуется в стационаре проводить подряд две провокации, то есть проводится провокация, берутся мазки 3 – 4 дня и посев, а затем вновь провокация, мазки и посев, то есть одна провокация следует за другой.

Вторая провокация назначается через один месяц после первой и третьей – через один месяц после второй. Обследование после второй и третьей провокацией проводится по той же схеме, что и первая.

Девочка, страдавшая гонореей, должна находиться на диспансерном учёте в течение 3-х месяцев. Дети, посещающие детские ясли и сады, не допускаются в эти учреждения в течение всего периода контроля, то есть три месяца. После 3-й провокации при отрицательных лабораторных анализах

отделяемое очагов на гонококк, ребёнок снимается с учёта и может быть допущен в детский коллектив. Если ребёнок школьного возраста, то после окончания против гонорейного лечения и отсутствия в мазках гонококка – сразу допускается в школу, но состоит под наблюдением диспансера три месяца с ежемесячным 3-х кратным обследованием и взятием мазков после провокации. Кстати, если девочка страдает вульвовагинитом, то после лечения такая девочка допускается в детский коллектив. Если девочка страдает трихомонозом, то допускается в детское учреждение при условии аккуратного лечения.

ПРОФИЛАКТИКА ГОНОРЕИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК

Профилактика, является основным звеном борьбы с гонореей и складывается из общественной и личной формы.

1. Общественная профилактика гонорей женщин

Общественная профилактика гонорей заключается:

1. в диспансерном обслуживании больных гонореей (выявление источников, половых контактов, обследованием членов семей, обязательным лечением источников заражения);
2. в организационных мероприятиях по выявлению больных гонореей, не обращающихся за медицинской помощью и не знающих о своем заболевании;
3. в воспитательной и санитарно-просветительной работе среди населения.

2. Личная профилактика гонорей женщин

Личная профилактика является одним из важных звеньев в общей цепи социально-профилактических мероприятий по борьбе с гонореей. Лучшим профилактическим средством, предохраняющим от заражения как женщину, так и мужчину, считается кондом. В целях личной профилактики до полового сношения рекомендуется женщине смазывать вазелином наружное отверстие уретры и вход во влагалище. Предварительно следует глубоко во влагалище ввести тампон из ваты, смоченной раствором сулемы (1:3000) или

проторгола (1:1000). После сношений необходимо тотчас помочиться, обмыть с мылом область уретры и входа во влагалище и проспринцеваться теплым раствором перманганата калия (1:6000). Этот раствор не вызывает раздражения и может применяться в течение продолжительного времени. Спринцевание оказывает профилактическое действие даже через 12 часов после полового сношения.

Большое значение в вопросе профилактики приобретают имеющиеся почти во всех крупных городах пункты личной профилактики, работающие круглосуточно. Профилактика в этих пунктах заключается в следующем:

После подозрительного полового сношения наружные половые органы тщательно омывают теплой водой с мылом. Женщина мочится, затем производится спринцевание влагалища раствором перманганата калия с последующей инстилляцией в уретру 1 – 2% раствора азотнокислого серебра. Шейку матки, слизистую влагалища и наружные половые органы смазывают 2 – 3% раствором ляписа. Одновременно необходимо принять все меры для профилактики сифилиса.

3. Профилактика гонорей у детей

Для предохранения от заболевания гонореей необходимо профилактические мероприятия в семье, детских учреждениях и родильных домах. Профилактические мероприятия в родильных домах сводятся к закапыванию в глаза и вульву новорождённых 30% раствора натриевой соли альбумида. Профилактика в быту заключается в следующем: дети должны спать отдельно от взрослых, иметь индивидуальный горшок, а также индивидуальные губки и мочалки для подмывания.

Профилактика в детских учреждениях состоит в том, что персонал должен приниматься на работу после предварительного обследования венерологом, а в дальнейшем подвергаться таким же обследованиям 1 раз в квартал. У детей должны осматриваться гениталии перед поступлением и 1 раз в неделю во время нахождения в детском учреждении. Заболевшие и

подозрительные на гонорею дети должны быть изолированы и направлены на консультацию к венерологу.

В детских яслях обязательно быть индивидуальная ночная посуда, а в детских садах и школах – уборные стоячего типа.

Подмывание детей производят текучей струей воды при помощи отдельного ватного тампона на корнцанге; ни в коем случае нельзя при этом пользоваться общими мочалками и губками. Для обтирания половых органов после подмывания применяют индивидуальные полотенца или салфетки. Персонал детских учреждений должен иметь отдельный туалет.

Большое значение в профилактике гонореи имеет санитарно – профилактическая работа среди персонала и матерей. Женщины, работающие в детских учреждениях и имеющие непосредственный контакт с детьми (воспитательницы, няни и т. д.), по поводу гонореи должны лечиться в стационаре. После окончания лечения они остаются в стационаре в течение 1 месяца при острой и 1,5 месяца при хронической гонорее. В этот период им проводится 2-х кратная провокация и обследование во время менструации. При нормальной клинической картине и благоприятных результатах лабораторного обследования по истечению указанного срока они могут быть допущены к работе с детьми.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. РОЛЬ КОЖНО - ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРОВ И ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Профилактическое направление медицины в нашей стране нашло своё выражение в организации чёткой системы диспансерных методов работы в борьбе с венерическими заболеваниями, в проведении мер по активному выявлению больных среди населения, в широком развёртывании санитарно – просветительских работ.

Для успешной борьбы с венерическими заболеваниями необходимо активное участие в этой работе всех общемедицинских учреждений, где особая роль отводится акушерско - гинекологической службе.

Одним из важнейших условий борьбы с венерическими заболеваниями является правильный, точный и оперативный учёт этих больных. В нашей стране введён обязательный учёт больных всеми формами венерических заболеваний (в том числе и скрытыми) в виде составления “Извещения” по форме № 065/У. Указанные извещения должны заполняться во всех лечебных учреждениях, как специализированных, так и общемедицинских (при условии подтверждения диагноза клинико-лабораторными данными), и направляются в кожно-венерологический диспансер.

Кожно-венерологический диспансер координирует работу всех общемедицинских учреждений по борьбе с венерическими заболеваниями, выполняет поручения других кожно-венерологических диспансеров и общемедицинских лечебно-профилактических учреждений по розыску источников, половых контактов и привлечение больных к лечению.

Кожно-венерологический диспансер проводит лечение венерических больных и контрольное наблюдение за ними в соответствии со схемами и инструкциями, утверждёнными Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

Необходимо помнить, что в целях предупреждения возможности заражения населения венерическими заболеваниями, а также привлечения больных уклоняющихся от обследования и лечения в Республике Узбекистан существует закон, который даёт право органам здравоохранения проводить принудительные обследование и лечение больных, а также привлечение к уголовной ответственности лиц, послуживших источниками инфекции.

Документом, подтверждающим осведомлённость больного о заразительности венерического заболевания и необходимости лечения и соблюдения правил поведения в быту является подписка “Предупреждение лицу заболевшему венерической болезнью” форма № 065 – 2/У, которое подписывается больным при госпитализации и лечащим врачом.

ИТОГОВОЕ ЗАНЯТИЕ “ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ АКУШЕР – ГИНЕКОЛОГОВ”. КОНТРОЛЬ ТЕОРИТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ И ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ, ПРИОБРЕТЕННЫХ МАГИСТРАМИ И СТУДЕНТАМИ 4 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ЗА ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ КУРСА ВЕНЕРОЛОГИИ.

Путём заполнения карточек программированного опроса и решением ситуационных задач магистры и студенты 4 курса лечебного факультета демонстрируют свои знания по клинике, диагностике и лечению гонореи. Они показывают знание основных ошибок, характерных при диагностике заразных форм сифилиса, допускаемых в практике акушер – гинеколога в профилактике гонореи и негонококковой инфекции.

Магистр и студент 4 курса лечебного факультета акушер – гинеколог обязан приобрести за время прохождения курса венерических болезней следующие практические навыки:

1. Осмотр наружных половых органов девочек и женщин.
2. Провести исследование при помощи зеркал у женщин и вагиноскопию у девочек.
3. Выполнить влагалищное и бимануальное исследование.
4. Бактериологическое исследование выделений.
5. Окраску мазков по Граму и метиленовой синью.
6. Исследование на влагалищные трихомонады.
7. Владеть методами провокации гонореи.
8. Выписывание рецептов средства специфического и общего действия применяемых в терапии венерических больных.

Оформление стационарной истории болезни и амбулаторной карты на венерического больного.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА. ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ХЛАМИДИИ И ТРИХОМОНАДНОГО ВАГИНИТА.

Воспаление верхних отделов половых путей женщины является результатом прямого распространения инфекции по слизистым оболочкам от первичного очага, находящегося в шейке матки. Основными возбудителями чаще всего является *Chlamidia trachomatis*. Хламидии обычно вызывают слизисто – гнойный цервицит, в то время как гонококки проникают глубже, в клетки цервикального канала, не всегда вызывая гнойно – воспалительный ответ. Эндоцервикальная слизистая пробка является препятствием на пути распространения инфекции вверх, особенно во время второй (прогестероновой) фазы менструального цикла. Оральные контрацептивы создают аналогичный эффект и этим частично объясняется их способность ограничивать воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОТ). Возбудители проникают через слизь цервикального канала или самостоятельно, или со спермой, или с трихомонадами, или на внутриматочных контрацептивных средствах (ВМС). Когда инфекция преодолевает шеечный барьер и поднимается выше, начинается воспаление эндометрия, которое обычно очень быстро распространяется на слизистую фаллопиевых труб. Вялотекущий эндометрит с постоянным распространением вверх имеет чаще всего хламидийную природу. Перевязка труб обычно препятствует распространению инфекции, но в некоторых случаях сохраняющиеся микроканалы создают условия для её дальнейшего прогрессирования. Возникающий сальпингит может быть локальным, но может распространяться дальше, вызывая перитонит, образование спаек и формирование абцессов. Относительная подвижность фаллопиевых труб способствует быстрому и широкому распространению инфекции. Анаэробная среда создаёт благоприятные условия для роста анаэробов, поэтому инфекция верхнего отдела половых путей частично имеет смешанный аэробно – анаэробный характер. Чёткая связь между характером

выделяемого возбудителя и клиническими особенностями ВЗОТ отсутствует, поэтому приводимые ниже описания хламидийной и гонококковой инфекции в достаточной мере отражают общие черты воспалительных заболеваний органов малого таза.

ХЛАМИДИОЗ

По распространённости ИППП является заболеванием, вызываемое *Chlamydia trachomatis*. Инфекция, вызванная этим облигатным внутриклеточным паразитом, может проявиться в виде цервицита (слизисто – гнойного), острого уретрита, сальпингита или воспаления органов малого таза. *C. trachomatis* отличается от штаммов, вызывающих другие хламидийные заболевания, такие как, например, венерический лимфогранулематоз (ВЛГ). Развитие ВЛГ имеет 3 стадии: 1 – первичные поражения, состоящие из папул или язв; 2 – регионарная лимфаденопатия, бубонная стадия; 3 – нагноение воспалённых лимфоузлов с формированием свищей и нарушением лимфооттока. Хламидийная инфекция чаще, чем гонорейная (по результатам отдельных исследований в 10 раз), может быть причиной хронического воспаления, хронических тазовых болей, бесплодия. Заболеваемость в 5 раз выше у женщин, имеющих трёх и более сексуальных партнёров, и в 4 раза – у женщин, не пользующихся барьерными способами контрацепции. В развитых странах бессимптомная цервикальная хламидийная инфекция выявляется у 5 – 20% женщин детородного возраста, причём у 5 – 10% из них она приводила к восходящей инфекции. У 20 - 40% сексуально активных женщин были обнаружены антитела к хламидиям.

Клинически невыраженный хламидиозный цервицит и ВЗОТ могут протекать почти бессимптомно, приводя, однако, к бесплодию или эктопической беременности. Инфицирование фаллопиевых труб вызывает лёгкую форму сальпингита с невыраженными симптомами. Начавшееся воспаление может длиться месяцами, всё, более повреждая трубы. Хламидийная инфекция может вызывать развитие перигепатита (синдром

Фитца – Хью – Куртиса), приводящего к локализованному фиброзу с рубцеванием передней поверхности печени и прилежащей брюшины. Причём это происходит чаще, чем при гонококковой инфекции, при которой этот синдром и был впервые описан (рисунок № 2).

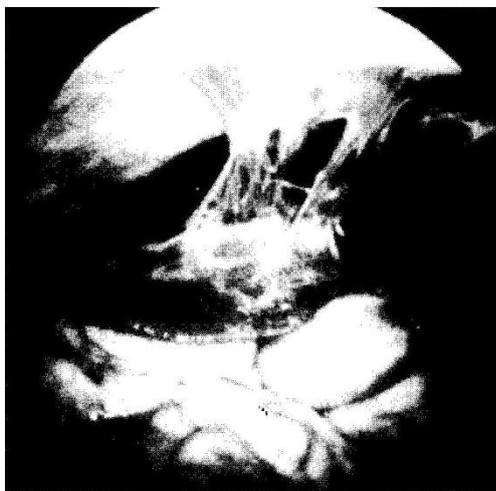


Рисунок № 2. Синдром Фитца – Хью – Куртиса. Лапароскопическая картина перигепатита, рубцевание и натянутые спайки вокруг печени; на фоне гонококково – хламидийного сальпингита.

Хламидии часто обнаруживаются совместно с гонококками. Хламидийная инфекция также является причиной негонококкового уретрита и фолликулярного конъюнктивита.

Данные физикального обследования при заболеваниях, вызываемых *Chlamydia*, часто стёрты и неспецифичны. Выворот слизистой эндоцервикса в результате слизисто – гнойного цервицита заставляет предположить диагноз. При любом остром ВЗОТ или при подозрении на гонорею, должно проводиться исследование и на хламидиоз.

Заподозрить диагноз хламидийной инфекции можно на основании клинических данных. Бактериологическое исследование (выделение возбудителя в культуре клеток) служит для подтверждения диагноза, его результаты становятся известны только через 48 – 72 часов. Выделение хламидий в культуре клеток является эталонным методом диагностики хламидиоза, и обладает 100% специфичностью. Его широкое применение ограничено в связи с высокой трудоёмкостью и дороговизной. В последнее время широкое клиническое применение получили два скрининг – теста:

иммуноферментный анализ выделений, взятых из шейки матки, и метод прямой иммунофлюоресценции с моноклональными антителами против основного белка наружной мембраны. *C. trachomatis*, выполняемый на высушенных мазках. Иммуноферментный анализ основывается на регистрации изменений цвета субстрата с помощью спектрофотометра, легко выполняем и имеет 95% специфичность. Прямая иммунофлюоресценция с использованием моноклональных антител занимает меньше времени (30 – 40 минут), имеет чувствительность 85 – 90% и специфичность 95%, но требует особой точности при приготовлении препаратов и флюоресцентного микроскопа для их просмотра.

Амбулаторное лечение больных с предположительным или подтверждённым диагнозом хламидийной инфекции проводится доксициклином (доксициклин или вибрамицин, по 100 мг внутрь, 2 раза в день в течение 7 дней) или азитромицином (сумамед; при свежем остром хламидиозе 1 г однократно; при других формах – 500 мг в первый день, затем 250 мг 1 раз в день в течение 10 дней). В случае индивидуальной непереносимости доксициклина или при беременности вместо доксициклина можно использовать эритромицин по 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 7 дней. Приведённые методики обеспечивают приблизительно 95% излечиваемость. В последующем нужно проводить контрольное обследование с использованием выделения возбудителя в культуре клеток или других методов, а также обследование на другие ИППП. Необходимо обследовать и лечить всех половых партнёро

ТРИХОМОНАДНЫЙ ВАГИНИТ

Возбудителем данного заболевания является *Trichomonas vaginalis* – жгутиковое простейшее, которое обитает только во влагалище, протоках скеновых желёз, мужской и женской уретре. Заражение происходит при половом контакте. Клиника выраженного кальпита возникает примерно в половине случаев, а в остальных имеет место бессимптомное носительство.

Более 60% половых партнёров инфицированных трихомонадами женщин также являются носителями этой инфекции. Симптомы трихомонадного вагинита имеют разную степень выраженности – от слабой до очень сильной. К ним относятся зуд и жжение вульвы, обильные выделения с тухлым запахом, дизурические расстройства и диспареуния. Выделения обычно имеют жидкую консистенцию, “пенистый” вид, сероватый, желтоватый или зеленоватый цвет и рН 6,0 – 6,5 и выше. При осмотре можно обнаружить отёчность и покраснение вульвы. Примерно у 10% пациенток на слизистой верхнего отдела влагалища и шейки матки имеются характерные петехии, делающие поверхность слизистой похожей на землянику.

Для подтверждения диагноза выполняется микроскопическое исследование влагалищных белей, которые предварительно разводятся в физиологическом растворе. При этом определяется большое количество поверхностных эпителиальных клеток, лейкоцитов и трихомонад. *Trichomonas vaginalis* представляет собой простейший организм, веретенообразной формы, размером немного больше лейкоцита. От его узкого конца отходят 3 – 5 жгутиков, которые совершают активные движения и помогают распознать этот возбудитель (рисунок № 5).

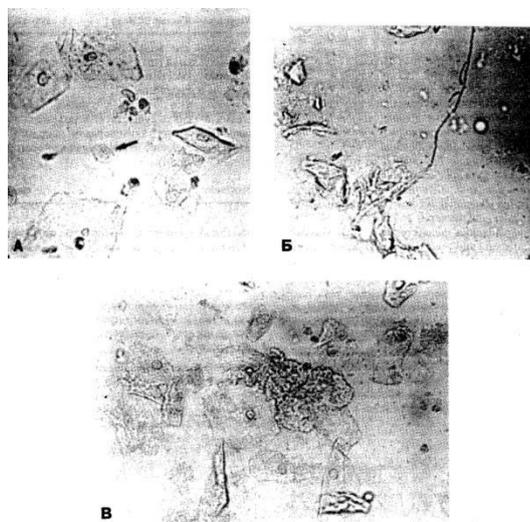


Рисунок № 5. А. Трихомонады – жгутиковые простейшие, которые легко обнаруживаются в физиологическом растворе по их движениям. Б. Грибковая инфекция – в мазках видны гифы и споры. В. “Ключевые” клетки – эпителиальные клетки со скоплениями бактерий на поверхности.

Для лечения трихомонадной инфекции метронидазол принимают внутрь. Из – за высокой чувствительности трихомонад к данному препарату можно достичь 90% уровня излеченности за 1 день приняв по 1,0 г препарата утром и вечером. Приблизительно такая же эффективность достигается при других режимах лечения, - например, при приёме 2,0 г препарата однократно или приёме 250 мг 3 раза в сутки в течение 1 недели. Многие врачи предпочитают назначать однодневную схему лечения, которая наиболее удобна для пациентов. Существуют некоторые разногласия по поводу лечения партнёров, у которых имеет место бессимптомное носительство. Если такое лечение проводится, целесообразно также назначить однодневную схему. Принимая метронидазол, следует избегать употребление алкоголя из – за опасности развития опасной дисульфирамоподобной побочной реакции. Во время беременности лечение метронидазолом нежелательно, поскольку есть данные о его тератогенном действии. Тем не менее, многие врачи всё же назначают такое лечение во второй половине беременности пациенткам с выраженной симптоматикой.

После завершения курса лечения целесообразно некоторое время проводить контроль за качеством излечения. Такая тактика особенно показана в случаях частых рецидивов инфекции. При этом надо думать о реинфекции или резистентности возбудителя, а также о возможности инфицирования более, чем одним микроорганизмом, или наличии какого – то дополнительного сопутствующего заболевания.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Арифов С.С., Эшбоев Э. “Тери ва таносил касалликлари”. Тошкент. 1997.
2. Арифов С.С., Набиев Т.А., Собиров У.Ю. Жинсий йул билан юкувчи инфекциялар. Т. 2004.
3. Арифов С.С. «Захм». Т. 2001.
4. Арестова И.М. Генитальные инфекции и беременность. Медицина 2004г.
5. Р.С. Бабаянц. Кожные и венерические болезни жарких стран – Москва 1972.
6. Бекманн Ч. и др. Акушерство и гинекология. Медицина. 2004 г.
7. Е.Б. Боровский. Заболевание слизистой оболочки полости рта и губ. Москва, 1984 г.
8. Ваисов А.Ш. “Тери ва таносил касалликлари”. Т. 2004.
9. Ваисов А.Ш. и соавт. Методическое руководство по диагностике и лечению наиболее распространенных кожных заболеваний и ИППП. Стандарты диагностики и лечения. Ташкент-2006. С.156.
10. Владимиров В.В., Зудин Б.М. – Кожные и венерические болезни. Атлас. М. 1980 г.
11. Дерматология. Фитцпатрик Т., Джонсон Р., Вульф Н. И соавт. // М. McGraw-Hill-Практика. - 1999; - с. 1044.
12. Исмоилова Г.А. Тери ва таносил касалликлари умумий амалиёт шифокори амалиётида. Т. 2004.
13. Инструкция по лечению, диагностике и профилактике гонореи. Ташкент, 1996.
14. Каримов А., Мирахмедов У.М. “Тери ва таносил касалликлари”. Тошкент 1995 йил.
15. Кубанова А.А., Васильев М.М. и др. Современные подходы и типирования штаммов N. Gonorrhoeae. Вестник дерматологии и венерологии. 2004, №1, с. 4-8.

16. Колиева Г.Н., Кисина В.И., Яковлев С.В. Эпидемиология гонококковой инфекции и клиническое значение устойчивости *Neisseria gonorrhoeae* к фторхинолонам. Журнал. Инфекции, передаваемые половым путём. 2003, - №2, -с. 4-8.
17. Овчинников Н.М., Беднова В.Н., Делектроский В.В. Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путем. М. Медицина 1987.
18. Руководство по профилактике, диагностике и лечению заболеваний передаваемых половым путем. Под редакцией Капкаева Р.А. Ташкент. 2004.
19. Рэдклиф К. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путём. 2004 г.
20. Скрипкин Ю.К., Машкиллейсон А.Л., Шарапова Г.Я. Кожные и венерические болезни. М. Москва, 1997 г.
21. Скрипкин Ю.К. “Руководство по кожным и венерическим болезням”. Москва. “Медицина”. 1999 г.
22. Ю.К.Скрипкин, Ф.А. Зверькова, Г. Я. Шарапова, А. А.Студницин. Руководство детской дерматологии. М. 1983 г
23. Тери-таносил касалликларидан амалий машгулотлар буйича услубий кулланма. Ташкент 1993 й. А.Ш.Вайсов ва бошкалар.
24. Уилисс К. Атлас оперативной гинекологии, 2-е издание. 2004 г.
25. Johansen J.D., Smith E. Gonorrhoea in Denmark: high incidence among HIV-infected men have sex with men. Acta. Derm. Venereol. 2002;82(5):365-368.
26. Grachum W.R. et al. Arch. Dermatol. 1992, vol. 118, P. 205-207.
27. Hamidov SH.A., Valihonov U.A., Baltabayev M.K., Kilichev R.M., Hamidov F.SH. J.E.A.D.V. Abstracts of the Second EADV International spring symposium. Budapest. 2004. p. 59.

Интернет сайт

- 1) www.medsine.ru;
- 2) www.medicas.ru;
- 3) www.medlib.ru;
- 4) www.medlincks.ru
- 5) www.mediereferat.com.ru/pageid-1544-1.html.2005-06-15;
- 6) www.bankreferatov.ru;
- 7) www.5ka.ru/50/11700/1.html;
- 8) www.medical.studs.ru/op.php?id=0.30787800+1122226211;
- 9) www.ujdvc.com.ua/journals/D-2002_4/article.pdf;
- 10) www.DermAtlas_ru.htm;
- 11) www.venerologia.ru;
- 12) www.med-doc.info/modules/mydownloads/viewcat.php?cid=11;
- 13) www.venerologia.ru/venerologia/sifilis.htm.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.	7
Краткая анатомо-физиологическая характеристика женских гениталий и методы их обследования при венерических болезнях.	8
Гонорея.	27
Диагностика женской гонореи	46
Эпидемиология, патогенез, клиника и диагностика гонореи у девочек	57
Обследование девочек на гонорею	67
Лечение женской и детской гонореи	70
Лечение больных гонореей девочек	83
Социальные аспекты венерических заболеваний. Роль кожно – венерологических диспансеров и женских консультаций в профилактике венерических заболеваний	91
Итоговое занятие “Венерические болезни в практике акушер – гинекологов”	93
Используемая литература.	100

36,1,34,3,32,5,30,7,28,9,26,11,24,13,22,15,20,17

2,35,4,33,6,31,8,29,10,27,12,25,14,23,16,21,18,19

72,37,70,39,68,41,66,43,64,45,62,47,60,49,58,51,56,53

38,71,40,69,42,67,44,65,46,63,48,61,50,59,52,57,54,55

104,73,102,75,100,77,98,79,96,81,94,83,92,85,90,87

74,103,76,101,78,99,80,97,82,95,84,93,86,91,88,89