

DOI: 10.17238/issn2072-3180.2018.4.75-79

УДК 61

© Лазарев Ю.Д., 2018

## ВОСХОДЯЩАЯ ГОНОРРЕЯ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА, КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

ЛАЗАРЕВ Ю.Д.

ООО «Лазтехнологии», г. Москва, 142784, Россия

**Резюме:** Рассмотрены актуальные вопросы, связанные с особенностями этиопатогенеза, клинической картины, диагностики, лечения и профилактики восходящей гонорреи. Анализ литературных данных свидетельствует о том, что восходящая гоноррея является следствием поздней диагностики на ранних стадиях, что требует массивной комплексной терапии как в дерматовенерологической, так и в акушерской практике. С одной стороны, это связано с неправильным самолечением, с другой стороны – с частым бессимптомным течением заболевания.

**Ключевые слова:** восходящая гоноррея, эндометрит, сальпингит, оофорит, пельвиоперитонит.

## ASCENDING GONORRHEA. ETIOLOGY, PATHOGENESIS, CLINIC, DIAGNOSIS, TREATMENT, PREVENTION, CRITERIA OF GONORRHEA CURE

YU.DJ. LAZAREV

Laztekhologii LLC, Moscow, 142784, Russia

**Abstract:** Topical issues related to the features of etiopathogenesis, clinical picture, diagnosis, treatment and prevention of ascending gonorrhoea are considered. Analysis of literature data suggests that ascending gonorrhoea is a consequence of late diagnosis of gonorrhoea in the early stages, which requires massive complex therapy in both dermatovenerological and obstetrical practice. On the one hand, this is due to improper self-treatment, on the other hand - frequent asymptomatic course of the disease.

**Key words:** ascending gonorrhoea, endometritis, salpingitis, oophoritis, pelveoperitonitis.

В настоящее время известно более 20 возбудителей заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). Будучи самыми распространенными в человеческой популяции, возбудители венерических инфекций вызывают различные формы патологии, приводят к серьезным последствиям для здоровья мужчин, женщин и детей, влияют на демографические показатели, обуславливают развитие различных синдромов и состояний, которые выходят за рамки традиционной венерологии.

Каждый год в мире регистрируется около 60 миллионов случаев гонококковой инфекции. В Российской Федерации, начиная с 2001 года и по настоящее время, отмечается снижение заболеваемости гонококковой инфекцией. В 2014 году ее уровень составил 23,9 случаев на 100 тыс. населения: у лиц в возрасте от 0 до 14 лет – 0,5 случаев на 100 тыс. населения, у лиц в возрасте 15-17 лет – 22,1 случаев на 100 тыс. населения, у лиц в возрасте старше 18 лет – 28,7 случаев на 100 тыс. населения [1].

В последнее время заболеваемость острой формой гонококковой инфекции среди мужчин превышает в 2 раза такую среди женщин. Мужчины в возрасте 20-29 лет болеют

гонококковой инфекцией в 2,5 раза чаще, чем женщины соответствующего возраста.

Восходящая гоноррея относится к группе воспалительных заболеваний органов малого таза, на долю которой приходится 10-20%.

На сегодняшний день восходящую гоноррею в РФ практически не регистрируют (6-30% всех больных гонорреей женщин). Это связано со снижением частоты выявления гонорреи, что обусловлено частым и неконтролируемым применением антибиотиков для самолечения.

Занесение гонококков в мочеполовые органы у 60-65% женщин связано с одновременным или последовательным инфицированием мочеиспускательного канала и парауретральных протоков, вестибулярных желез, влагалища, шейки матки или прямой кишки. Чаще всего одновременно поражаются мочеиспускательный и цервикальный канал. В дальнейшем в процесс нередко вовлекаются и другие органы. Гонококковое поражение одного какого-либо органа наблюдается редко. Гонококки в женской мочеполовой системе распространяются каналикулярно по слизистой оболочке, а также по кровеносным и лимфатическим сосудам.

Гонорейная инфекция у женщин может сочетаться с трихомонадной, хламидийной, микоплазменной, кандидозной и другими [9]. Особенно часто она наблюдается в сочетании с трихомониазом, который обнаруживают больше чем у половины всех венерических больных и нередко без выраженных клинических симптомов.

Некоторые авторы считают, что при сочетании гонореи с трихомониазом именно трихомонады могут переносить гонококки в верхние отделы мочеполового канала, но самостоятельно проникать и вызывать заболевания органов малого таза они не могут [3].

Особенностью гонореи у женщин является ее бессимптомное течение и, независимо от продолжительности, без субъективных ощущений, что связано со сниженной функцией яичников, иммунодефицитным состоянием организма, снижением вирулентности возбудителя под влиянием недостаточных доз антибиотиков, а также образованием L-форм гонококков. За последние десятилетия особенно участились случаи вялого течения гонореи у женщин, то есть заболевание, независимо от продолжительности, остается субъективно бессимптомным. Частота субъективно асимптомной гонореи составляет от 75-77,6% до 83-91%, а 4,7% больных со свежей восходящей гонореей и 69,2% больных хронической гонореей сами не обращаются к врачу и выявляются лишь при диспансерном обследовании [7]. Немного реже гонорея с самого начала протекает вяло (так называемая торпидная гонорея), воспалительные явления в гениталиях практически отсутствуют. Однако и эта форма свежей гонореи имеет тенденцию к росту. У беременных гонорею регистрируют в 3-10% случаев, среди секс-работниц – 20-40%.

По локализации гонорейного воспаления у женщин различают гонорею нижнего отдела половых органов (уретрит, парауретрит, вульвит, вульвовагинит, бартолинит, вагинит, цервицит, эндоцервицит) и верхних отделов половых органов, или восходящую гонорею (эндометрит, сальпингит, оофорит, сальпингоофорит, параметрит, пельвиоперитонит) [6].

Восходящая гонорея всегда развивается как следствие поражения нижнего отдела половых органов. Для нее характерно многоочаговое распространение инфекции – одновременное или последовательное инфицирование мочеиспускательного канала и парауретральных протоков, преддверия влагалища, желез преддверия влагалища, шейки матки или прямой кишки. Чаще всего одновременно поражаются мочеиспускательный и шеечный (цервикальный) каналы. Гонококк проникает в полость малого таза вследствие открытия внутреннего зева шейки матки и «всасывания» содержания цервикального канала в полость матки. Благоприятными факторами являются введение внутриматочных контрацептивов, частые половые сношения, аборт, операции, роды, интеркуррентные заболевания (особенно инфекционные), общее ослабление организма (иммуносупрессия) и другие.

Восходящая гонорея может протекать как в виде острой

(продолжительность патологического состояния до 2 месяцев), так и хронической (более 2 месяцев) инфекции.

Воспалительный процесс при гонорее развивается в слизистых оболочках. Слизистая оболочка тела матки неблагоприятна для гонококка, поэтому он очень быстро переходит на маточные трубы. Вследствие отека и узости интерстициальной части маточной трубы просвет трубы закрывается, стенки ее слипаются, образуется много гноя (катаральная форма). Разрастается соединительная ткань, мышечные слои отекают, поражаются субсерозный и серозный слои. Серозная оболочка покрывается фиброзными наслоениями, под которыми эндотелий разрушается (глубокая, или гнойная форма). Постепенно зарастает абдоминальное отверстие трубы. Труба забрасывается за яичник и фиксируется сзади или сбоку от матки в прямокишечно-маточном углублении (дугласовом пространстве). Вследствие застоя гноя в трубе образуются гнойные мешки – пиосальпинксы или гидросальпинксы, иногда довольно внушительных размеров. Через абдоминальные отверстия труб гонококки попадают в тазовую полость и на яичники, где формируют абсцесс яичника, чаще всего абсцесс его желтого тела. Возможно сращение трубы с соседними органами – яичником, маткой, кишечными петлями, серозным покровом дугласового пространства, в тяжелых случаях – с сальником и мочевым пузырем. Создаваемый гнойный экссудат способствует слипанию с образованием конгломерата из органов малого таза (аднекструмор). Гной, который проникает в брюшную полость, может вызвать разлитой гонорейный перитонит. Но это бывает редко – гонококки на серозной оболочке брюшины быстро погибают. Чаще развивается пельвиоперитонит – воспаление тазовой брюшины, которая непосредственно прилегает к придаткам. Гнойный выпот может проникать в соседние органы – прямую кишку, мочевой пузырь, влагалище.

При таких воспалительных процессах, кроме гонококков, нередко обнаруживают другие микроорганизмы: кишечная палочка, стрептококки, стафилококки. Они усугубляют воспалительный процесс и могут привести к острому поражению других органов.

Гонорейный эндометрит – воспаление слизистой оболочки тела матки – может быть острым или хроническим.

Острое течение гонорейного эндометрита сопровождается болью внизу живота, слизисто-гнойными или кровянистыми выделениями на фоне повышения температуры тела до 38-39°C. При бимануальном исследовании матка увеличена, мягкой консистенции, болезненна. Если течение хроническое, эти симптомы менее выражены, непостоянны. Меняется менструальный цикл, во время менструации появляется или усиливается боль, увеличивается количество выделений, которые могут приобретать гнойный характер.

Поражение маточной трубы – сальпингит – чаще бывает двусторонним. Начинается остро, температура тела повышается до 39°C и появляется сильная боль внизу живота,

которая усиливается во время менструации, физических нагрузок. Матка в ходе исследования чрезвычайно болезненная; трубы утолщенные, так же болезненные, особенно их интерстициальная часть – симптом Мартина. Уменьшается проходимость маточных труб, что приводит к бесплодию, внематочной беременности, хронической тазовой боли. У больных могут развиваться расстройства нервной системы, пищеварения.

В дальнейшем процесс может распространиться на яичники, что сопровождается развитием оофорита. Больных беспокоит боль внизу живота, в пояснице, иногда иррадирует в ногу. Температура тела повышается до 38-39 °С, иногда появляется лихорадка. Межменструальный период уменьшается, развиваются метроррагии. При сильной интоксикации, абсцессе желтого тела возможна аменорея. Во время объективного осмотра яичники увеличены, ограниченно подвижные.

Пельвиоперитонит может возникнуть через месяц или через год от начала заболевания. Сопровождается резкими, часто приступообразными болями внизу живота и поясницы. Возможны метеоризм, запоры. Нарушение общего самочувствия может быть незначительным, однако характерно повышение температуры до 38-40°С. При осмотре брюшная стенка напряжена, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. СОЭ повышена, количество лейкоцитов увеличивается, особенно при смешанной инфекции.

Симптомы раздражения брюшины могут переходить в подострую стадию, которая продолжается 2-5 нед.

После регресса воспаления остаются спайки. Они смещают тело матки, придатков, вызывают боль во время полового акта, затрудняют проходимость кишечника. Вследствие гонорейного пельвиоперитонита развивается первичное и вторичное бесплодие.

Диагноз восходящей гонореи и гонорейного пельвиоперитонита устанавливают на основании данных анамнеза, клиники и обнаружения гонококков в мазках или в посевах выделений мочеполовых органов.

При выяснении анамнеза и жалоб уточняют время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником заражения до появления субъективных симптомов, а также обследованы ли специалистом половые партнеры и какой им поставлен диагноз. Визуальное обследование включает осмотр кожного покрова и видимых слизистых оболочек, волосистой части головы, шеи, туловища, конечностей, гениталий, перианальной области для исключения кожных заболеваний и других инфекций, передающихся половым путем. Следует пальпировать все группы поверхностных лимфатических узлов - подчелюстные, надключичные, паховые, подколенные для исключения регионарного лимфаденита. У женщин пальпируют живот, большие вестибулярные и парауретральные железы, уретру, проводят бимануальное гинекологическое обследование. Для установления

диагноза гонореи решающее значение имеют лабораторные данные.

Этиологический диагноз устанавливают на основании бактериоскопического и бактериологического методов исследования. При восходящей гонорее материалом для исследования может быть отделяемое уретры и цервикального канала. Выделения для анализа берут ложкой Фолькмана или специальной бактериологической петлей. Анализ материала из различных источников помогает повысить чувствительность и специфичность диагностических методов. При обследовании уретры материал забирают не ранее чем через 4 часа после мочеиспускания, иначе выделения могут быть смыты мочой. Учитывая распространенность смешанных форм инфекций параллельно должна проводиться диагностика других ЗППП [12].

Для микроскопического исследования бактериологической петлей или ложкой Фолькмана берут отделяемое уретры, шейки матки, цервикального канала и наносят его на предметное стекло. Обязательно готовят одновременно два препарата для двух методов окраски – по Граму и метиленовым синим. При этом, необходимо учитывать, что окраска по методу Грама имеет основное дифференциально-диагностическое значение. Гонококки обесцвечиваются при проведении метода окраски по Граму (грамотрицательные), что отличает их от других диплококков. Параллельно осуществляют культуральное исследование. Учитывая высокую чувствительность гонококков к высыханию и температурному воздействию посев рекомендуется выполнять сразу на питательную среду для выделения гонококков. Окрашенные препараты микроскопируются с иммерсией. Кроме грамнегативности при окраске по методу Грама, характерным для гонококков является местонахождение их внутри лейкоцитов (эндоцитобиоз), особенно в случае острых форм гонореи; если гонорея хроническая, возбудитель может находиться как внутриклеточно так и внеклеточно [4].

При установлении диагноза гонореи у беременных, подростков и детей, а также в случае изнасилования обязательным является также культуральное исследование независимо от результатов микроскопического.

Современные некультуральные методы идентификации гонококков – такие, как методы амплификации нуклеиновых кислот, имеют высокую чувствительность и специфичность, что позволяет использовать их для скрининга при исследовании клинических материалов, полученных неинвазивными способами. Однако в случае выявления *N. gonorrhoeae* с помощью этих методов в любых клинических материалах должна осуществляться культуральная диагностика с идентификацией возбудителя, которая позволяет определить также и чувствительность к антибиотикам. При этом молекулярно-биологические методы исследования помогают проводить диагностику одновременно нескольких инфекций, преимущественно передающиеся половым путем [8].

Серологические методы для диагностики гонореи существенного значения не имеют. РСК (реакция Борде-Жангу) становится положительной через 3-4 недели от начала заболевания и может сохраняться положительной в течение 10 лет, что исключает ее использование для диагностики свежих форм гонореи и при контроле излеченности.

Также при восходящей гонорее проводится топическая диагностика. У женщин изменения шейки матки и влагалища определяют благодаря использованию кольпоскопии, для исключения поражения матки и придатков проводят бимануальное и ультразвуковое исследование, по показаниям – ректоскопию.

Успех лечения больных гонореей в первую очередь зависит от правильно установленного этиологического и топического диагноза и своевременно начатой терапии. Объем и продолжительность этиотропного лечения зависят от длительности заболевания и наличия осложнений. При выборе лекарственного препарата необходимо учитывать возможное наличие микст-инфекции.

В последние десятилетия приобрела актуальность проблема устойчивости гонококков к антибактериальным лекарственным средствам. Антибиотик, который назначают для лечения больных гонореей, должен обеспечивать клиническую эффективность в одноразовой дозе в отношении всех штаммов возбудителя.

Препараты группы пенициллина известны как первые высокоэффективные средства лечения различных форм гонореи. До недавнего времени такие препараты рекомендовали как антибиотики выбора в этиотропной терапии гонореи. На современном этапе в связи с ростом распространенности резистентных к пенициллину и его дериватам штаммов гонококков терапевтическое использование лекарственных средств указанной группы возможно только при доказанной чувствительности гонококка к конкретному препарату.

В настоящее время препаратами первой линии в этиотропной терапии различных форм гонореи являются антибиотики цефалоспоринового ряда [2]. Тетрациклин, макролиды и азалиды также широко применяют для лечения гонореи, особенно в сочетании с другими урогенитальными инфекциями (гонококки + хламидии, мико- и уреаплазмы) [10]. Вместе с тем соответствующие антибиотики относятся к резервной группе и применяются только в случае достоверной резистентности гонококков к пенициллину и цефалоспорином или непереносимости их.

Лечение больных локализованной свежей острой и подострой неосложненной гонореей нижних отделов мочеполового тракта проводят амбулаторно с использованием только антибактериальной терапии. Лечение больных свежей торпидной или хронической гонореей, а также любой формой при наличии осложнений осуществляют в условиях специализированных медицинских учреждений дерматовенерологического профиля. Терапия указанных форм заболевания,

кроме этиотропной терапии, может предусматривать назначение иммунотерапии, местного лечения, физиотерапии после проведения соответствующей топической диагностики. До назначения антибиотиков больным гонореей следует провести серологическое обследование на сифилис. При невозможности серологического обследования половых партнеров необходимо повторить соответствующее обследование через три месяца.

Для лечения локализованной гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта применяются такие лекарственные средства: натриевая (калиевая) соль бензилпенициллина (6 млн однократно внутримышечно по 3 млн в каждую ягодичу), новокаиновая соль бензилпенициллина (4,8 млн однократно), прокаин-пенициллин G (6 млн однократно), цефтриаксон (1,0 г однократно), цефотаксим (1,0 г однократно), ципрофлоксацин (500 мг однократно внутрь), офлоксацин (400-800 мг однократно внутрь), спектиномицин (2,0 г однократно внутримышечно).

В случаях смешанной гонококковой-трихомонадной инфекции рекомендуется проводить одновременное лечение гонореи и трихомониаза. При сочетании гонореи с хламидиозом, микоплазмозом сначала проводится антибиотикотерапия, направленная на элиминацию гонококков, в частности бензилпенициллином, а затем назначаются противохламидийные, противомикоплазменные средства [5].

Больным торпидной и хронической формами гонореи рекомендуются средства, стимулирующие повышение специфической и неспецифической реактивности организма в борьбе с инфекцией. В качестве специфического иммунотерапевтического препарата применяют гонококковую вакцину, а для стимуляции неспецифической сопротивляемости организма применяют препараты, которые активизируют ряд клеточных и гуморальных факторов иммунной системы, в частности пирогенал, продигиозан, метилурацил и т.д.

Местные средства лечения сочетают с другими видами терапии, иногда применяют для усиления обменных процессов в пораженных органах, повышения проницаемости тканей в очаге поражения, некоторого обострения воспалительного процесса, а также перед назначением этиотропного лечения.

Промывание влагалища проводят теплым (37-38°C) раствором перманганата калия (1:8000), настойкой ромашки и другими средствами путем спринцевания 4 раза в день через равные промежутки времени.

Применяют также влагалищные ванночки. Через гинекологическое зеркало, введенное во влагалище, вливают 20-30 мл 1-2% раствора протаргола или колларгола.

При терапии осложненной гонококковой инфекции верхних и нижних отделов мочеполового тракта, гонококкового перитонита используют одну из таких схем лечения: цефтриаксон - 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа, цефотаксим 1,0 г внутривенно каждые 8 часов, спектиномицин 2,0 г внутримышечно каждые 12 часов, ципроф-

локсацин 500 мг внутривенно каждые 12 часов. Внутривенное или внутримышечное введение одного из указанных лекарственных средств должно длиться не менее семи дней. После негативации клинической симптоматики терапию продолжают еще в течение 24-48 часов, после чего переходят на пероральную терапию ципрофлоксацином или офлоксацином. Лечение проводят в течение 14 дней, продление сроков терапии должно быть строго аргументировано. Выбор упомянутых выше лекарственных средств осуществляют учитывая данные анамнеза (аллергические реакции, индивидуальную непереносимость), результаты исследования чувствительности гонококка к антибактериальным средствам, возраст пациента и др.

Лечение беременных осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными лекарственными средствами с учетом возможного токсического воздействия их на плод.

Контрольные анализы выполняют через 10-15 дней после окончания лечения. Проводят обязательное бактериоскопическое и культуральное исследование отделяемого материала, уделяют большое внимание определению количества лейкоцитов. В случае отсутствия клинических проявлений и отрицательного результата лабораторного обследования больных оставляют на учете в дерматовенерологическом диспансере и аналогичные исследования повторяют через 1-1,5 месяца. У женщин материал для лабораторного исследования необходимо брать через 1-2 дня после менструаций (физиологическая провокация) в течение 2-3 менструальных циклов. Если и после повторных исследования результаты отрицательные и состояние желез нормальное, больных снимают с диспансерного учета.

Основные принципы профилактики гонореи – своевременное лечение, выявление половых контактов, источников заражения, обследование членов семей, проведение контроля излеченности. Профилактику необходимо проводить среди больных гонореей с целью предотвращения половых контактов во время заразного периода, она также должна быть направлена на снижение вероятности реинфекции среди больных и лиц, которые перенесли гонорею [11]. Для успеха профилактических мероприятий необходима тесная связь дерматовенерологов с урологами и гинекологами. Немаловажную роль играют разъяснительные беседы и лекции, проведенные медицинским персоналом, наличие в медицинских учреждениях литературы в отношении профилактики гонореи и других инфекций, которые преимущественно передаются половым путем. Профилактика также заключается в санитарно-просветительной работе среди лиц из групп риска, беременных, работников детских учреждений.

В профилактике гонореи важным является умение врача собрать сексуальный анамнез, правильно провести санитарно-просветительную работу, дать рекомендации по профилактике инфекций, которые передаются преимущественно половым путем.

Таким образом, восходящая гонорея является запущенной стадией гонококковой инфекции среди женщин, что в большей степени связано с недостаточной приверженностью к лечению и/или бессимптомным течением заболевания, и требует назначения длительной комплексной терапии.

#### Список литературы

1. **Ведение больных гонококковой инфекцией: Клинические рекомендации.** Российское общество дерматовенерологов и косметологов. М.: Деловой экспресс. – 19 с.
2. **Боровкова Е.И.** Современные стандарты терапии инфекций, передаваемых половым путем. *Медицинский совет.* 2014; 11: 84-89.
3. **Карпенко В.Г., Пасиешвили Н.М.** Тактика лечения острых инфекционно-воспалительных послеоперационных осложнений, вызванных *Trichomonas vaginalis*. *Медицина неотложных состояний.* 2015; 3: 116-118.
4. **Кашутин С.Л.** Дерматовенерология: учебное пособие / С.Л. Кашутин. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 138 с.
5. **Коротких И.Н., Анисимова Т.В., Бригадирова В.Ю., Корж Е.В., Кувшинова Ю.А.** Особенности терапии хронической гонококковой инфекции в ассоциированных состояниях у женщин при заболеваниях органов малого таза. *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание.* 2014; 1: 24-28.
6. **Рищук С.В.** Инфекционно-воспалительные заболевания женских половых органов: этиология, принципиальные подходы к диагностике и лечению. *Охрана материнства и детства.* 2016; 1: 69-79.
7. **Creighton S.** Gonorrhoea. *BMJ Clin Evid.* 2014; 1604.
8. **Khalil G.** Clinical manifestations and diagnosis of Neisseria gonorrhoeae infection in adults and adolescents. *UpToDate.* 2018; 4: 125-132.
9. **Molaei B., Mohammadian F., Eftekhar M., Hatami R., Tirkan A., Kiani M.** The frequency of gonorrhoeal and chlamydial infections in Zanjanian women in 2013-2014. *International Journal of Reproductive Biomedicine.* 2017; 15(2): 75-82.
10. **Nateghi Rostami M., Hossein Rashidi B., Habibi A., Nazari R., Dolati M.** Genital infections and reproductive complications associated with *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, and *Streptococcus agalactiae* in women of Qom, central Iran. *International Journal of Reproductive Biomedicine.* 2017; 15(6): 357-366.
11. **Sherrard J.** Gonorrhoea. *Medicine.* 2014; 42: 323-326.
12. **Verma R., Sood S.** Gonorrhoea diagnostics: An update. *Department of Microbiology, All India Institute of Medical Sciences.* 2016; 34: 139-145.

#### Сведения об авторах

**Лазарев Юрий Джионович** – Генеральный директор ООО «Лазтехнологии». 142784, Москва, ул. Радужная, д. 1 - 166.

#### Information about the authors

**Lazarev Yurii Djonovich** – General Director of Laztekhologii LLC 142784, Moscow, street Raduzhnaya, d. 1 – 166.