5 курс, гинекология. Специфические заболевания женских половых органов.

Лекция 5.

ГОНОРЕЯ.

***Этиология.***

Заболевание вызывается гонококком; гонококки чувствительны к повышенной температуре (погибают при температуре более 56 градусов), высыханию, действию химических соединений (соли серебра, ртути). При лечении сульфаниламидами и антибиотиками могут образовываться L- формы гонококка, отличающиеся от типичной морфологическими и биологическими свойствами, это происходит при условии недостаточной дозировки препаратов. Гонококк становится нечувствительным к препарату, вызывавшему их образование (переносят, дозу в тысячи раз большую, чем чувствительные гонококки). Имеют различную величину, чаще шаровидную форму. В последнее время распространены штаммы, вырабатывающие пенициллиназу. Инкубационный период при гонорее составляет от 3-5 до 14-15 дней.

***Патогенез.***

Путь передачи чаще половой, бытовой путь (через белье, мочалки, полотенца). Наблюдается очень редко (чаще у девочек). Гонококки поражают отделы половой системы, выстланные однорядным эпителием: цилиндрическим (уретра, парауретральные ходы, выводные протоки больших желез преддверия влагалища, цервикальный канал, тело матки, маточные трубы). И эндотелием (синовиальные оболочки, брюшина, зародышевый эндотелий, яичники), а также мочевой пузырь и прямую кишку. Описаны случаи орофарингеальной гонореи, гонорейного стоматита, насморка, гонореи глаз.

Слизистая влагалища, покрытая многослойным плоским эпителием, устойчива к гонококкам. Гонококк распространяется чаще по слизистой оболочке путем непосредственного перехода по “каналам” (каналикулярный путь распространения - по протяжению). Гонококки могут проникать в кровь, чему способствует обильная сеть кровеносных сосудов в мочеполовых органах. Приобретенного иммунитета при гонореи нет. Реинфекция протекает так же остро, как и первичное заражение. Врожденного иммунитета также не существует.

Классификация.

По длительности и интенсивности реакции организма.

А. Свежая (длительность не более 2 мес.)

1. острая
2. подострая
3. торпидная (малосимптомная)

По локализации

а. Нижнего отдела половых органов

б. Верхнего отдела половых органов

Гонорея нижних отделов половых органов.

***Гонорейный уретрит.***

Клиника: ощущения боли и рези в начале мочеиспускания (передний уретрит) либо в конце его (задний уретрит).

Объективно: отек и гиперемия губок уретры, выделения из уретры гнойные, желтоватого цвета.

***Гонорейный эндоцервицит (85-98%).***

Клиника: жалобы на гноевидные бели, тянущая боль внизу живота.

Объективно: отек и гиперемия слизистой шейки матки, истинная эрозия вокруг наружного отверстия цервикального канала.

Гонорейный бартолинит (см. Предыдущую лекцию).

Гонорейный кольпит и вульвовагинит.

Клиника: жалобы на обильные выделения, жжение и зуд. Процесс часто сочетается с кандидозным и трихомонадным кольпитом.

Гонорейный проктит (30-47%). Обычно сочетается с поражением мочеполовых органов и развивается вторично в результате затекания гноя из половых путей.

Клиника характеризуется тенезмами, жжением и зудов в анусе и незначительными выделениями.

Объективно: кожа вокруг ануса гиперемирована, складки отечны, с наличием трещин и гнойного отделяемого, изредка наблюдается полипозные разрастания.

Гонорея верхнего отдела половых органов.

Гонорейный эндометрит.

Клиника: ощущение тяжести внизу живота, недомогание, головная боль, обильные серозно-гнойные, сукровичные или кровяные выделения, повышение температуры тела.

Объективно: при двуручном гинекологическом исследовании определяются увеличенная болезненная матка мягковатой консистенции.

Гонорейный сальпингооофорит.

Обычно бывает двусторонним (в отличие от септического). Заболевание может протекать длительно с частыми обострениями, формированием воспалительных тубовариальных образований, пиосальпинкса.

Гонорейный пельвиоперитонит.

Наблюдается у 16.4% больных свежей и 2.2% - хронической гонореей. Процесс обычно развивается с брюшинного покрова маточных труб, распространяется на периметрий, брюшину малого таза и брюшной полости, характеризуется склонностью к образованию спаек и сращений. Характерно внезапное начало - резкая боль внизу живота, тошнота, рвота, задержка стула и газов, повышение температуры тела до 40 градусов. Живот при осмотре резко болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины.

ДИАГНОСТИКА ГОНОРЕИ.

Бактериоскопия (материал - из цервикального канала, уретры, влагалища, при необходимости - прямой кишки).

Бактериологический методы - посев указанных выделений на среду с добавлением нативного белка и витаминов.

При хронической и торпидной гонореи эти исследования проводят в течение первых 3-х дней после провокации.

Методы провокации:

1. химическая - смазывание уретры раствором азотнокислого серебра
2. биологическая - внутримышечное введение гоновакцины (500 млн. микробных тел)
3. физиологическая - менструация, когда мазки берут в дни наибольшего кровотечения
4. физиотерапевтические процедуры - индуктотермия, ультразвук

ЛЕЧЕНИЕ.

Антибактериальная терапия.

1. Бензилпенициллин натрий 1 млн. 4-6 раз в сутки внутримышечно в течение 5 дней.
2. Оксациллин 1.0 4 раза в сутки внутримышечно в течение 1 недели.
3. Цефазолин 1.0 2-4 раза в сутки внутримышечно в течение 5-7 дней.
4. Тетрациклин 0.25 4 раза в сутки внутрь 5-7 дней.
5. Левомицетин 0.25 4 раза в сутки внутрь 5-7 дней.
6. Сульфадиметоксин 1.0 4 раза в сутки 5-7 дней.

Иммунотерапия - используют специфическую гонококковую вакцину и неспецифическую иммунотерапия - пирогены, продигиозан, аутогематерапию (АГТ).

Критерием излеченности гонореи является отсутствие гонококков в мазках после проведения комплексной провокации в течение 3-х дней менструальных циклов.

ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ. В половые органы инфекция распространяется гематогенно или лимфогенно из очагов первичного туберкулеза.

Среди больных с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов туберкулез диагностируется у 10-11% , среди женщин с бесплодием - у 10-22%, среди больных с нарушением менструального цикла - у 8.4%.

КЛАССИФИКАЦИЯ (МЗ СССР, 1979).

1. Туберкулез придатков матки с наличием признаков активности (VA, VБ группы диспансерного учета). Клинические формы:

а. С незначительными анатомо-функциональными изменениями.

б. С выраженными анатомо-функциональными изменениями.

В. С наличием туберкулемы.

При каждой форме процесс различают по характеру течения (острый, подострый, хронический); по распространенности (поражением матки, шейки, вульвы, влагалища, вовлечение в процесс брюшины и прилегающих органов, асцит); по фазам (инфильтрация, рассасывание, обызвествление, рубцевание); по бацилловыделению (ВК+ и БК-).

2. Туберкулез матки с наличием признаков активности (группы VA VБ)

а. Очаговый эндометрит

б. Тотальное поражение эндометрия

в. Метроэндометрит

3. Туберкулез шейки матки, вульвы, влагалища

ДИАГНОСТИКА.

1. Данные анамнеза, жалобы
2. рентгенологические методы
3. туберкулинодиагностика

ЛЕЧЕНИЕ.

Используют противотуберкулезные препараты (изониазид, этамбутол, этионамид, стрептомицин, ПАСК), биостимуляторы (лидаза, стекловидное тело), физиопроцедуры (электрофорез цинка или тиосульфата натрия).

ТРИХОМОНИАС.

Является одним из самых распространенных среди воспалительных заболеваний нижнего отдела половых органов, вызывается влагалищными трихомонадами - простейшими из класса жгутиковых.

Заражение происходит, как правило, половым путем. Внеполовое заражение возможно через руки медицинского персонала при несоблюдении правил асептики, а также через предметы личного туалета (губки, мочалки, ночные горшки, постельное белье и т.д.).

Бытовой путь заражения чаще наблюдается у девочек; они могут инфицироваться во время родов от матерей.

Трихомониас диагностируется у 40-80% больных страдающих гинекологическими заболеваниями - особенно часто (90%) у больных гонореей, что объясняется общностью путей заражения. Кроме того, отмечается фагоцитоз гонококков трихомонадами. У 86% женщин поражение локализуется в нижнем отделе мочеполовых органов (из них у 98.9% развивается вульвовагинит), восходящий процесс имеется у 14%.

КЛИНИКА. Различают свежее заболевание с острым, подострым и торпидным (малосимптомным) течением, хронический трихомониас (длительность заболевания более 2 лет) и асимптомный трихомониас (стойкое и транзиторное трихомонадоносительство). Инкубационный период колеблется от 3 дней до 3-4 недель, составляя в среднем 10-14 дней.

Клинические формы трихомониаса.

1. Трихомонадный вульвит и вестибулит. Жалобы на жжение в области наружных половых органов, обильные гнойные пенистые выделения, зуд, иногда учащенные позывы на мочеиспускание. При осмотре слизистая вульвы и влагалища отечна, гиперемирована, покрыта жидкими гнойными выделениями с мелкоточечными кровоизлияниями (эрозии).

2. Трихомонадный уретрит.

3. Трихомонадный кольпит.

4. Трихомонадный эндоцервицит.

Диагноз ставят на основании жалоб, анамнеза, клиники и обнаружения трихомонад при микроскопии патологического материала, реже посевах на искусственные питательные Среды.

ЛЕЧЕНИЕ. Непременным условием является одновременное лечение обоих супругов (или половых партнеров). В период лечения и последующего контроля половая жизнь запрещена. Местное лечение трихомониаса потеряло свое значение и проводится лишь при непереносимости метронидазола или при упорном течении смешанной инфекции. Основной противотрихомонадный препарат - метронидазол (трихопол, флагил, орвагил и другие производные нитромидазола). На курс используют 5 грамм (иногда до 7.5 - 10 грамм). Применяют различные схемы лечения:

1. по 0.25 г 2 раза в день в течение 10 дней
2. по 0.5 г 2 раза в день в течение 5 дней
3. 4 дня по 0.25 3 раза в день и последующие 4 дня по 0.25 2 раза в день
4. первый день по 0.5 2 раза, во второй 0.25 3 раза, в последующие дни по 0.25 2 раза. Эта методика считается наиболее эффективной. Беременным лечение метронидазолом следует проводить только в последнем триместре.

Критерии излеченности: отсутствие в мазках трихомонад на протяжении 3-х менструальных циклов.