

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ  
ИМЕНИ Э.Р. РАДНАЕВА»  
ГУРЭНЭЙ МЭРГЭЖЭЛТЭ БУРАЛСАЛАЙ БЭЕЭ ДААЕАН ЭМХИ ЗУРГААН  
«Э.Р. РАДНАЕВАЙ НЭРЭМЖЭТЭ УЛАС ТУРЫН ЭМШЭЛЭЛГЫШ ГОЛ  
КОЛЛЕДЖ»

Методическая разработка комбинированного урока №3  
Тема: «Гонорея у беременных»

ПМ 02. «Медицинская помощь беременным и детям при заболеваниях,  
отравлениях и травмах. МДК 02.02. Инфекционные заболевания и  
беременность Раздел 02.02.3 Венерические заболевания и ВИЧ при  
беременности.

специальности 31.02.02 Акушерское дело  
2 курс

Составлено в соответствии с ФГОС СПО 2014 г.  
по специальности «Акушерское дело»  
преподавателем Е.А. Ерофеевой

г. Улан-Удэ, 2021 г.

Рассмотрено  
На заседании ЦМК Акушерское дело  
Протокол № 9  
« 26 » мая 2021 г.  
Зав ЦМК МНГ М.Н. Горина

«Утверждаю»  
Зам директора ОУ  
Н.Б. Дырдуева  
«    »    2021 г.

«Согласовано»  
Старший методист  
В.Б. Балдоржиева  
«    »    2021 г.

---

## Комбинированный урок № 3

### Гонорея у беременных

#### Технологическая карта учебного занятия №3

Преподаватель Е.А. Ерофеева

Учебная дисциплина: ПМ 02 Медицинская помощь беременным и детям при заболеваниях, отравлениях и травмах

МДК 02.02 Инфекционные заболевания и беременность

Группа: 221.

Специальность: 31.02.02 Акушерское дело

Раздел 02.02.2 Венерические заболевания и ВИЧ при беременности Тема: «Гонорея у беременных»

Учебное занятие № 3

Вид занятия: урок

Тип урока: усвоение новых знаний

Вид урока: урок-лекция с элементами поисковой беседы.

Время проведения: 90 минут

Цели занятия:

1. Обучающая:

1. Организовать процесс обучения студентов по усвоению новых знаний по технологии сестринского ухода за пациентами с экстрагенитальной патологией под руководством врача при осуществлении лечебно-диагностического процесса, проведении профилактической, санитарно - просветительской работы (ПК 2.1), Оказывать доврачебную помощь при острых заболеваниях и в условиях эпидемии (ПК 2.3). В результате, к концу урока, студенты должны знать:

понятие о гонорее;

основные клинические проявления

гонореи; сестринский процесс при гонорее

у беременных;

основные группы лекарственных препаратов, применяемых для общего лечения гонореи у беременных;

основные лекарственные формы, применяемые для местного лечения кожи в зависимости от стадии заболевания;

диспансерное наблюдение за беременными с гонореей.

2. Развивающая:

Содействие развитию знаний по организации собственной деятельности при оказании сестринской помощи пациентам и выполнении врачебных назначений. В результате, к концу урока студенты должны знать:

- принципы организации сестринской работы с беременными , больными гонореей;

- типовые методы профилактики гонореи у беременных.

3. Воспитательная:

Создание условий для привития студентам этико-деонтологических умений как доброжелательное и внимательное отношение к пациентам, уважения его прав.

Образовательные		результаты	
Общие компетенции	Практический опыт (действия)	Умения	Знания
<p>ОК1</p> <p>Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес</p>	<p>- осуществляет профессиональное самосовершенствование</p>	<p>- формулирует цели и задачи профессиональной деятельности;</p> <p>- соотносит профессиональные качества среднего</p>	<p>- целей и задач деятельности - функций акушерки;</p> <p>- прав пациента;</p> <p>- этики и деонтологии акушерки в</p>

		медицинского работника с функциями и условиями деятельности	отношении пациента;
<p>ОК 2</p> <p>Организовать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество</p>	<p>- владеть методами целеполагания;</p> <p>- владеть типовыми методами выполнения профессиональных задач.</p>	<p>- постановка цели деятельности;</p> <p>- планирование деятельности</p>	<p>- принципы организации сестринской работы с беременными, больными гонореей;</p> <p>- типовые методы профилактики гонореи</p>
Профессиональные компетенции			
<p>ПК2.1 - Проводить лечебно - диагностическую, профилактическую, санитарно — просветительскую работу с пациентами с экстрагенитальной патологией под руководством врача</p> <p>ПК2.2 - Выявлять физические и психические отклонения в развитии ребенка, осуществлять уход, лечебно - диагностические профилактические мероприятия детям под руководством врача</p> <p>ПК2.3 - Оказывать доврачебную помощь при острых заболеваниях, несчастных случаях, чрезвычайных ситуациях и в условиях эпидемии</p>	<p>Осуществление ухода за беременными с гонореей</p> <p>Осуществление ухода за беременными с гонореей</p> <p>Осуществление ухода за беременными с гонореей</p>	<p>- готовить пациента к лечебно-диагностическим мероприятиям;</p> <p>- осуществлять сестринский уход за беременными с гонореей;</p> <p>- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;</p> <p>- осуществлять фармакотерапию по назначению врача;</p> <p>- проводить профилактическую, санитарно - просветительскую работу с беременными, больными гонореей</p>	<p>- понятие о гонорее;</p> <p>- основные клинические проявления гонореи;</p> <p>- сестринский процесс при гонорее;</p> <p>- основные группы лекарственных препаратов, применяемых для общего лечения гонореи;</p> <p>- основные лекарственные формы, применяемые для местного лечения кожи в зависимости от стадии заболевания;</p> <p>- диспансерное наблюдение за беременными, больными гонореей</p>

Используемые методы обучения: проблемное, с использованием элементов поисковой

беседы.

Формы организации учебной деятельности: групповое, парное.

Межпредметные связи:

- фармакология
- анатомия и физиология человека
- сестринский уход за

больными Внутрпредметные связи:

- лабораторная диагностика: специальные методы исследования
- наблюдение и уход за больными с заболеваниями кожи
- анатомия и физиология кожи

Литература для студента:

Основная:

- лекционный материал
- Сестринское дело, конспекты по сестринскому делу. - [Электронный ресурс]: офиц. сайт для медицинских сестер. - Реяшм доступа: <http://www.sestrinskoedelo.ru>.

Дополнительная:

а) Л.А. Хмыз Кожные и венерические болезни (Текст/: практикум - Ростов н/Д: Феникс, 2007г.- 253с.-Б.ц-

б) Н.П. Стуканова Кожные и венерические болезни /Текст/: учебное пособие-Изд. 2-е, доп. и перераб.-Ростов н/Д: Феникс, 2018.- 384с.- (Медицина). - Б.ц

Литература для преподавателя:

1. Бактериальные болезни: учебное пособие / под ред. Н.Д.Югцука. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 976 с. (ЭБС «Консультант студента» [www.studentlibrary.ru](http://www.studentlibrary.ru)).

2. Л.А. Хмыз Кожные и венерические болезни (Текст/: практикум - Ростов н/Д: Феникс, 2007г.- 253с.-Б.ц-

3. Н.П. Стуканова Кожные и венерические болезни /Текст/: учебное пособие-Изд. 2-е, доп. и перераб.-Ростов н/Д: Феникс, 2018.- 384с.- (Медицина). - Б.ц

4. А.В. Вязьмитина. Сестринский уход в дерматовенерологии: МКД 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях: учебное пособие для специальности «Сестринское дело»: для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования/А.В. Вязьмитина, Н.Н. Владимиров; под общ. Ред. Б.В. Кабарухина. - Ростов-на Дону: Феникс, 2018. 167, /2/с.: ил., табл.+ 21 см.- Библиогр. В конце кн25 экз.

5. Кожные и венерические болезни : учеб, для мед. училищ и колледжей / Б. И. Зудин, Н. Г. Кочергин, А. Б. Зудин. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3124-5.

6. Статистические данные Республиканского кожно-венерологического диспансера за 2019-2020 гг.

Оснащение: тесты, таблицы, атлас по дерматовенерологии

Технологический процесс урока №3  
Тип урока Урок усвоения новых знаний

№	Этапы занятия, время	ОК		ПК		Деятельность преподавателя	Деятельность студента	Примечание
		Умения	Знания	Умения	Знания			
1	Организационный момент, мотивация к учебной деятельности (2)					Приветствует, мотивирует к учебной деятельности	Включается в деловой ритм	Приложение 1
2	Контроль знаниевого компонента ПК Актуализация опорных знаний (8 минут)	- формулирование цели и задачи профессиональной деятельности	- цели и задачи деятельности акушерки	- Сбор жалоб, анамнеза жизни, наследственности и перенесенных заболеваний у пациентов (их законных представителей); - Проведение медицинского осмотра, физикального и функционального обследования пациента, оценка состояния здоровья пациента - осуществлять сестринский уход за беременными, больными сифилисом	- определение, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика сифилиса; - методы сестринского обследования при кожных заболеваниях.	Выявляет уровень знаний. Определяет типичные недостатки	Выполняют задания, обсуждают, оценивают	Приложение 2.
3	Постановка учебной задачи, формулирование темы занятия, целей, связи с профессией (5 минут)	- формулирование цели и задачи профессиональной деятельности	- цели и задачи деятельности акушерки	- Оценка состояния пациента и (или) тяжести заболевания; - Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей)		Активизирует знания учащихся (создает проблемную ситуацию)	Ставят цели, формулируют (уточняют) тему урока	

	изложение нового материала. Научное, доступное изложение нового материала с привлечением учащихся (40 минут)	- этика и деонтология акушерки в отношении пациента; - права пациента.		- Сбор жалоб, анамнеза жизни, наследственности и перенесенных заболеваний у пациентов (их законных представителей); - Проведение медицинского осмотра, физикального и функционального обследования пациента, оценка состояния здоровья пациента - Проводить забор биологического материала для лабораторных исследований -- осуществлять сестринский уход за беременными, больными гонореей ; - консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств; - Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни у женской части населения, по профилактике гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез	понятие о сифилисе; - основные клинические проявления гонореи; - основные группы лекарственных препаратов, применяемых для лечения гонореи у беременных; - основные лекарственные формы, применяемые для местного лечения кожи в зависимости от стадии заболевания.	научно и доступно излагает новый материал с привлечением учащихся в поисковую беседу	студенты участвуют в беседе, слушают, конспектируют	приложение 3.
5	Самостоятельная работа с самопроверкой по эталону 13 минут	- этика и деонтология акушерки в отношении пациента		- Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей); - Интерпретировать и анализировать результаты осмотров пациента	сестринский процесс при данных заболеваниях;	Дает задания для СРС	Изучают информацию по сифилису согласно схеме, выполняют задания для	Приложение 4
6	Первичное закрепление знаний: гест-контроль; ситуационные задачи	- права пациента		Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей); - Интерпретировать и анализировать результаты осмотров	- понятие о гонорее; - клиника гонореи; - препараты для лечения гонореи у беременных	Организует закрепление новых знаний	Студенты дают письменные ответы на тест-контроль, ситуационные задачи	Приложение 5 Приложение 6

7	Рефлексия деятельности (5 минут)	– формулирования цели и задачи профессиональной деятельности	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Сбор жалоб, анамнеза жизни, наследственности и перенесенных заболеваний у пациентов (их законных представителей);</li> <li>– Проведение медицинского осмотра, физикального и функционального обследования пациента, оценка состояния здоровья пациента</li> <li>– Проводить забор биологического материала для лабораторных исследований</li> <li>-- осуществлять сестринский уход за беременными, больными гонореей ;</li> <li>– консультировать пациента и его окружение по применению; лекарственных средств;</li> <li>– Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни у женской части населения, по профилактике гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез</li> </ul>		Организует рефлексию, оценивает	Осуществляют самооценку собственной учебной деятельности, соотносят цель и результаты, степень их соответствия	
8	Домашнее задание. Сообщение домашнего задания и разъяснение способов его выполнения				Предлагает задания на выбор, разъясняет способы его выполнения	Выбирают задания	

## Мотивация

Социальная значимость гонореи обусловлена высоким уровнем ее заболеваемости, частыми осложнениями и неблагоприятным влиянием, которое она оказывает на демографические показатели, существенно повышая частоту мужского и женского бесплодия.

Высокая распространенность гонореи в настоящее время обусловлена как особенностями возбудителя (в частности, увеличением его устойчивости к противомикробным средствам в связи с их бесконтрольным приемом и самолечением), так и социальными факторами:

- демографическими сдвигами с увеличением численности взрослого населения молодого возраста, в том числе одиноких лиц; повышением частоты разводов; продлением периода половой активности населения;
- социальными катаклизмами (локальные войны, стихийные бедствия и т. д.);
- социально-экономическими факторами (увеличение численности городского населения, увеличение свободного времени, международный туризм и т. д.);
- неблагоприятными экономическими условиями: безработицей, материальной необеспеченностью, недоступностью лекарственных средств из-за их высокой стоимости и т. д.;
- особенностями поведения и сексуальной ориентированности отдельных представителей общества (употребление наркотиков и злоупотребление алкоголем, проституция, гомосексуализм, наличие групп повышенного риска заражения, куда входят военнослужащие, моряки, беженцы, иммигранты, сезонные рабочие, туристы, криминальные элементы и т. д.).

Дальнейшее распространение гонореи может привести к серьезным последствиям, среди которых тяжелые поражения внутренних органов, нервной системы, психики, бесплодие, рождение больных детей несет угрозу для физического и психического здоровья нации.

Ранняя диагностика гонореи является реальной мерой оптимизации профилактики и лечения больных. При этом важной задачей является информирование медицинских работников о том многообразии симптомов, которые могут наблюдаться при гонорее. В связи с высокими показателями заболеваемости каждый медицинский работник должен быть знаком с диагностикой и основными подходами в их лечении.

Изучение данной темы является актуальным для профессиональной деятельности будущих акушеров с целью правильной постановки диагноза, проведение ухода и профилактических мероприятий.

Проблемная ситуация

Во время осмотра у акушера - гинеколога женщины, беременность 13 недель в области наружных половых органов и в области ануса отмечаются эрозии ярко красного цвета с плотным основанием, четкими границами, безболезненными. Паховые лимфатические узлы размером с горох, подвижные, безболезненные.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Какими методами исследования необходимо подтвердить.

Эталон ответа

1. Диагноз: Первичный сифилис. Диагноз выставлен на основании клинической картины: в области наружных половых органов и в области ануса отмечаются эрозии ярко красного цвета с плотным основанием, четкими границами, безболезненными. Паховые лимфатические узлы размером с горох, подвижные, безболезненные.

2. На основании лабораторных методов исследования: (кровь на серологические реакции), микроскопическое исследование отделяемого из твердого шанкра.

Цифровой диктант по теме «Сифилис»

Задание: распределить по вариантам симптомы сифилиса.

- 1. вариант** - Первичный сифилис.
- 2. вариант** - Вторичный сифилис.
- 3. вариант** - Третичный сифилис.
- 4. вариант** - Врождённый сифилис.

1. Широкие кондиломы.
2. Розеола.
3. Регионарный склераденит.
4. Гуммы.
5. Бугорки.
6. Саблевидные голени.
7. Триада Гетчинсона.
8. Парафимоз.
9. Индуративный отёк.
10. Рубцы Робинсона-Фурнье.
11. Гумма печени.
12. Мезаортит.
13. Сифилитическая пузырьчатка.
14. Башенный череп.
15. Прободение твёрдого нёба.
16. Седловидный нос.
17. Шанкр-амигдалит.
18. Мокнувшие папулы.
19. Алопеция.
20. Шанкр - панариций.
21. Гетчинсоновы зубы.
22. Гумма твердого нёба.
23. Паренхиматозный кератоз
24. Фимоз.
25. Твёрдый шанкр.
26. Гумма глотки.
27. Гумма мягкого нёба.
28. Мозаичный рубец.
29. «Корона Венера».
30. «Ожерелье Венера».
31. Сифилитический лабиринт
32. Шанкр на миндалинах.
33. Эрозивные папулы.
34. Пустулы.
35. Везикулы.

36. Полиаденит.
37. Гангренизация твёрдого шанкра.
38. Биполярный твёрдый шанкр
39. Папулезная инфильтрация
40. Дистрофия зубов.

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

- 1 вариант: 3,8,9,17,20,24,25,32,37,38.
- 2 вариант: 1,2,18,19,29,30,33,34,35,36.
- 3 вариант: 4,5,11,12,15,16,22,26,27,28,.
- 4 вариант: 6,7,10,13,14,21,23,31,38,39,40
- 5 вариант: 6,7,10,13,14,21,23,31,38,39,40

### План

1. Определение гонореи
2. Этиология
3. Патогенез
4. Течение
5. Классификация
6. Клиника
7. Диагностика
8. Дифференциальный диагноз
9. Лечение
10. Профилактическая деятельность
11. Диспансеризация

### Приложение №3

#### Проблемная ситуация

Замужняя молодая женщина, беременность 8 недель, предъявила жалобы на болезненное частое мочеиспускание с сильными позывами, а также на обильные гнойные выделения из влагалища.

В анамнезе небольшое повышение температуры тела и снижения работоспособности с ощущением повышенной утомляемости в течение недели. У мужа также имеются гнойные выделения из уретры.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Какими методами исследования необходимо подтвердить.

#### Гонорея

1. Вопрос: Какое заболевание может вызвать гонококк?  
Ответ: гонококк может вызвать гонорею.
2. Вопрос: Каким путем может произойти заражение гонореей?  
Ответ: заражение гонореей может произойти половым или бытовым путем.
3. Вопрос: Каким методом диагностики можно подтвердить заболевание гонореей?  
Ответ: заболевание гонореей можно подтвердить микроскопическим методом исследования.

4. Вопрос: Как чаще всего может проявиться гонорея?

Ответ: чаще всего гонорея проявляется явлениями уретрита.

5. Вопрос: какое лечение можно назначить больным гонореей?

Ответ: больным гонореей можно назначить антибактериальную терапию, специфическую иммунотерапию, местные процедуры, физиолечение.

Гонорея - высоко инфекционное заболевание, передающееся половым путем. Поражает в первую очередь половые органы, выстланные цилиндрическим и железистым эпителием (уретру, цервикальный канал, нижнюю часть прямой кишки, конъюнктиву глаза и др.); слизистые оболочки, покрытые многослойным плоским эпителием (влагалище, вульва), а кожа в патологический процесс вовлекается редко. В то же время влагалище и вульва в детском возрасте весьма восприимчивы к гонококковой инфекции.

Как правило, гонорея передается половым путем (обычно прямым) и лишь иногда непрямым (через общую постель, ночные горшки, полотенца, медицинские инструменты и т. д.). Бытовым путем (через общие предметы туалета и т. д.) инфекция передается менее чем в 1% случаев. Новорожденные инфицируются при прохождении через родовые пути родной матери.

Источником заражения гонореей чаще всего являются больные гонореей, не знающие о наличии у них инфекции, практикующие частые половые связи с постоянной сменой половых партнеров и не использующие средств индивидуальной профилактики венерических заболеваний (презервативы и т. д.). Благоприятствуют инфекции анатомо-физиологические особенности организма (широкое наружное отверстие уретры и т. д.). Важный фактор риска заражения гонореей - молодой возраст (до 80% больных гонореей - лица от 15 до 29 лет) со свойственной ему высокой половой активностью, половой жизнью вне брака, частой сменой половых партнеров, социально-экономической неустроенностью и т. д.. Если в целом среди больных гонореей обычно преобладают мужчины, то среди подростков - женщины. При однократном половом контакте с женщиной, больной гонореей, мужчины инфицируются в 17-20% случаев, женщина же после однократного полового контакта с больным мужчиной - примерно в 80% случаев, что обусловлено анатомо-физиологическими, биохимическими и гормональными особенностями женского организма.

Из-за общности путей передачи инфекции от 33, 8 до 62% больных гонореей заражены двумя и более возбудителями инфекций, передающихся половым путем - смешанная инфекция. Наиболее часто выявляется гонорейно-хламидийная инфекция, а так называемый постгонорейный уретрит в 80% случаев обусловлен хламидиями.

Этиология и патогенез

Возбудитель гонореи - *Neisseria gonorrhoeae*, открыт в 1879 г А.Нейсером. Входит в семейство *Neisseriaceae*, род *Neisseria*, является грамотрицательным парным кокком, имеет форму кофейных зерен, обращенной вогнутой поверхностью /друг к другу. Гонококки имеют трехслойную наружную стенку,

цитоплазматическую мембрану, цитоплазму с рибосомами и ядерной вакуолью. Обычно гонококки располагаются внутриклеточно группами.

Попавшие на поверхность слизистой оболочки гонококки фиксируются на эпителиальных клетках и через межклеточные пространства достигают подэпителиальной соединительной ткани, вызывая воспалительную реакцию с выделением содержащего гонококки гнойного экссудата. Время, необходимое для развития воспалительной реакции в ответ на внедрение гонококков в подэпителиальную ткань (инкубационный период), варьирует от 12 ч до 3 мес (в среднем у мужчин оценивается в 3-4 дня, у женщин симптомы эндоцервицита наступают через 10 дней). При смешанной гонорее инкубационный период увеличивается.

Гонококковая инфекция распространяется по протяжению, по слизистой оболочке мочеполовых органов или по лимфатическим сосудам в более отдаленные отделы мочеполового тракта: заднюю уретру, предстательную железу, семенные пузырьки, придатки яичек, фаллопиевы трубы, яичники и т.д. Возможен также ретроградный занос гонококков в полость матки или семявыносящего протока. Изредка бывает гематогенная диссеминация гонококков с транзиторной септициемией и септикопиемией.

Ассоциация гонококков с другими возбудителями ИППП - инфекции передающимися половым путём, обуславливает изменение иммунного ответа на инфекцию, усиливает патогенность каждого микроба, при этом один из возбудителей может персистировать, например, в трихомонадах. В таких случаях гонорея обычно течет торпидно.

#### Классификация

1. Свежая гонорея (с давностью заболевания до 2 мес) по течению:

- а) острая
- б) подострая
- в) торпидная (малосимптомная).

2. Хроническая (с давностью свыше 2 мес), обычно протекает торпидно, обостряется под влиянием факторов, а также латентная гонорея, при которой носительство гонококков на поверхности слизистой оболочки не вызывает воспалительной реакции.

Патоморфологически при свежем гонорейном уретрите наблюдаются диффузные экссудативные изменения в эпителии уретры (иногда вплоть до полного разрушения его на отдельных участках, инфильтрация субэпителиального слоя преимущественно полиморфно-ядерными лейкоцитами, резкое расширение сосудов стромы и т.д.). При хроническом гонорейном уретрите наряду с экссудативными изменениями возникают пролиферативные: воспалительные инфильтраты в субэпителиальном слое приобретают очаговый характер, цилиндрический эпителий уретры на отдельных участках трансформируется в многослойный плоский и нередко в ороговевающий, исходом чего может стать рубцовая атрофия и структура уретры.

#### Клиническая картина

Гонорея у женщин характеризуется многоочаговостью и подавляющим в

большинстве случаев бессимптомностью (пока не разовьются осложнения - воспалительные заболевания органов малого таза). Именно поэтому только 10-20% женщин обращаются к врачу самостоятельно, остальные привлекаются к лечению после обнаружения гонореи у полового партнера, выявления при профосмотрах или при обращении в связи с развитием осложнений.

Исходя, из особенностей строения мочеполовых органов у женщин выделяют гонорею нижнего отдела:

- уретрит выявляется почти у 90% женщин, больных гонореей. При свежем остром уретрите больные жалуются на болезненность и жжение -при мочеиспускании, учащение мочеиспускания (уретроцистит), губки уретры гиперемированы, отечны, стенки уретры тестоватой консистенции, после массажа уретры из нее выделяется капля гноя. При свежем торпидном и хроническом гонорейном уретритах субъективные ощущения как правило, отсутствуют, признаков воспаления губок уретры нет. В уретре может прощупываться инфильтрация. Могут появляться скудные слизисто-гнойные выделения из наружного отверстия уретры

- вагинит - воспаление стенок влагалища, развивается у беременных, у женщин во время менопаузы и у девочек (вульвовагинит). В острой стадии беспокоят обильные выделения, зуд, жжение, покровы влагалища отечны, гиперемированы, особенно в сводах. При торпидном и хроническом процессах клинические проявления выражено слабо или отсутствуют

- эндоцервицит - воспаление шейки матки- наиболее частое проявление женской гонореи, при остром процессе жалобы на бели, влагалищная часть шейки матки отечна, гиперемированна, из цервикального канала выделения в виде лент, вокруг зева ярко- красная эрозия, при хроническом процессе имеет место легко вызываемая кровоточивость шейки матки, шейка матки уплощена, на ее поверхности формируется циркулярная фолликулярная эрозия, видны кисты шеечных желез, а выделения менее обильные

- бартолинит - воспаление больших желез преддверия, чаще бывает двусторонним, воспаление может ограничиваться только выводным протоком, захватывать просвет железы или распространяться за ее пределы. При остром процессе проток железы пальпируется в виде болезненного тяжа или продолговатой припухлости тестоватой консистенции. При надавливании из него может выделяться гной. В случае нарушения оттока развивается ретенционная киста или ложный абсцесс.

Восходящая гонорея характеризуется:

- эндометритом - воспалением слизистой оболочки матки, которое возникает вследствие проникновения гонококков из цервикального канала на эпителиальные клетки слизистой оболочки тела матки. В острых случаях появляются схваткообразные боли внизу живота, повышением температуры тела до 39°C, нарушением менструального цикла, маточные кровотечения, обильные серозно-гнойные выделения из шеечного канала. Эндометрит может протекать и с менее выраженными симптомами: тупыми болями внизу живота, кровянистыми «мажущими» выделениями. Шейка матки зияет, выделения менее выражены. При пальпации матка увеличена, болезненна. При

хроническом процессе нарушается менструальный цикл, выделения из шеечного канала скудные, чаще жидкие или слизисто-гнойные.

- сальпингитом - воспалением маточных труб, чаще двухсторонним. Это самое частое проявление восходящей гонореи. Инфекция из цервикального канала и эндометрия распространяется не только на маточные трубы, но и на яичники (сальпингоофорит). Острый сальпингит и сальпингоофорит сопровождается усилением болей, особенно при движении, физической нагрузке, мочеиспускании, дефекации, температурой до 38-39°C, тошнотой, учащением мочеиспускания, задержкой стула, слизисто-гнойными выделениями из шеечного канала, нарушением менструального цикла. Хронические сальпингиты и сальпингоофориты характеризуются умеренной болезненностью в подвздошной области, слизистыми выделениями, нарушением менструального цикла. Сальпингит может вызвать стойкое бесплодие вследствие нарушения проходимости маточных труб и развитием спаек вокруг придатков, воспалительные заболевания органов малого таза, независимо от наличия или отсутствия симптомов, могут привести к развитию внематочной беременности

- пельвиоперитонитом - воспаление тазовой брюшины области малого таза. Больных беспокоят резкие, часто схваткообразные боли внизу живота, метеоризм, запоры, температура тела около 38-39°C. Брюшная стенка напряжена, симптом Щеткина-Блюмберга резко выражен, СОЭ значительно увеличена при нормальном количестве лейкоцитов в крови.

### Диагностика

Этиологический диагноз гонореи устанавливается на основании обязательного лабораторного обнаружения гонококков в отделяемом уретры, цервикального канала, секрете половых желез, смывах из прямой кишки, из лакун миндалин и с задней стенки глотки (у пассивных гомосексуалистов) и т.д.

У больных свежей острой и подострой гонореей, не получивших антибактериальных препаратов и не подвергшихся местному лечению дезсредствами, гонококки обычно легко выявляются при бактериоскопии. При торпидной свежей и хронической гонорее выявление возбудителей облегчается комбинированной провокацией:

в/м вводим  
гоновакцину в дозе 500 млн микробных тел или 25 мкг пирогенала (биологическая провокация), инстилляцию уретры 0,5% раствором нитрата серебра или смазыванием у женщин уретры и шейки матки раствором Люголя на глицерине или 1-2% раствором нитрата серебра (химическая провокация), введением металлического буца (механическая провокация), приемом острой или соленой пищи (алиментарная провокация), менструальная фаза - одна из самых ярких форм провокации у женщин. После комбинированной провокации исследуют 3 последовательно взятых мазка (выделения для анализа берут желобоватым зондом, который вводят на 2-3 см в глубь уретры), лучше - через 4 ч после мочеиспускания, иначе выделения из уретры могут быть смыты мочой. Окончательное заключение возможно только на основании окраски по

Грамм, причем при обнаружении типичных грамтрицательных диплококков внутри нейтрофилов

Культуральный метод имеет ряд преимуществ перед прямой микроскопией при хронической гонорее, смешанной инфекции и у больных, ранее получавших лечение (неудачи лечения и рецидивы), а также при подозрении на анальный или оральный половой контакт. Именно после приема антибактериальных препаратов морфологические и тинкториальные свойства гонококков могут настолько сильно измениться, что распознавание их с помощью микроскопии становится крайне затруднительным. В таких случаях только культуральный метод позволяет определить вид обнаруженных при микроскопии микроорганизмов, отличить гонококки от других нейссерий и прочих грамтрицательных кокков и коккобацилл, располагающихся в мазках подобно гонококкам. Посев производят на асцит-агар или безасцитные питательные среды, но не ранее чем через 5-7 дней после окончания приема антибактериальных препаратов. Выявление гонококков, продуцирующих р-лактаму, осуществляют с помощью чашечного, йодометрического и ацидометрического тестов. Гонококки также распознают с помощью реакции прямой иммунофлюоресценции. С этой целью фиксированные над пламенем спиртовки препараты (отделяемое из уретры, цервикального канала, сок простаты) предварительно окрашивают 1% спиртовым раствором эозина и метиленового синего, а затем обрабатывают раствором флюоресцирующей антисыворотки. При этом методе гонококки отличаются от других микроорганизмов по характеру свечения. Генетическая идентификация гонококков может проводиться с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). В ее основе лежит амплификация (умножение) участка генома путем многократного копирования специфической для данного организма нуклеотидной последовательности.

Для выявления гонококков используют также иммунохимические методы, в частности для экспресс-диагностики гонореи применяют метод встречного электроиммунофореза. При нем в качестве источника антигенов используется отделяемое уретры, цервикального канала или секрет предстательной железы, а источником антител служит гипериммунная ангигонококковая сыворотка. РСК (реакция Борде-Жангу), при свежей гонорее не применяют, т.к. она становится положительной через 3-4 нед после начала заболевания, непригодна она и для использования с целью установления излеченности, ввиду того, что может оставаться положительной в течение 10 лет после перенесенной гонореи. Реакция определения гонококкового антигена и внутрикожная проба с гонококковой вакциной, которые нередко дают ложноположительные результаты, также не имеют существенного значения для выявления гонореи.

У мужчин для установления инфильтративных изменений уретры, наличия литтреита, морганита, колликулита чрезвычайно важное значение имеет уретроскопическое обследование. У всех больных исследуется состояние предстательной железы и семенных пузырьков с микроскопией секрета, иногда проводится УЗИ и цветная доплеровская сцинтиграфия. Важной частью топической диагностики является исследование мочи. При наиболее часто

применяемой с этой целью пробе Томпсона больной мочится последовательно в 2 стакана, не прерывая струи мочи. Количество мочи в 1 порции должно быть тем больше, чем больше гноя в передней уретре, при торпидном свежем и хроническом необострившемся гонорейный уретритах 1 порции должно содержаться 40- 50 мл. Помутнение 2й порции мочи при пробе Томпсона означает, что гной в нее попал из задней уретры либо из предстательной железы и/или семенных пузырьков. Женщинам с этой целью исключения поражений матки и придатков проводится мануальное исследование, диагностику поражений шейки матки и влагалища осуществляют с использованием кольпоскопа.

### Лечение

Больных свежей острой и подострой не осложненной гонореей проводится только этиотропными препаратами. Лечение больных свежей осложненной, свежей торпидной и хронической гонореей должно быть комплексным с использованием патогенетических методов терапии и этиотропных препаратов.

Основной антибиотик - препараты группы пенициллина: бензилпенициллин в/м с 600 000 ЕД, затем по 300 000 ЕД через 3 ч, при свежей острой и подострой курсовая доза 3,4 млн ЕД, при свежей торпидной неосложненной, острой, подострой осложненной или хронической гонорее - 4,2 - 6,8 млн ЕД в зависимости от тяжести заболевания. Лечение свежего острого и подострого уретрита у мужчин возможно однократной дозой бициллина-3, равной 2,4 млн ЕД (по 1,2 млн ЕД в/м в каждую ягодицу), в сочетании с приемом внутрь (за 30 мин до инъекции) этамида по 1,5 г через каждые 3 ч, на курс - 4,2 г. Для лечения гонореи, вызванной бета-лактомазопродуцирующими штаммами гонококка, применяют спектиномицин (тробицин), нетромицин (нетилмецин), аугментин, цефтриаксон, цефотаксим. При смешанной гонорейно-хламидийной инфекции применяют антибиотики тетрациклинового ряда, антибиотики-макролиды, фторхинолоны, рифампицин в дозах, адекватных для лечения хламидийной инфекции, при гонорейно- гарднереллезной - противогонококковые препараты в сочетании с метранидазолом (тинидазол, либерал), при гонорейно-трихомонадной - протистостатические препараты применяют до или одновременно с противогонококковыми средствами, при гонорейной инфекции, смешанной с грибами рода *Candida*, одновременно назначают полиеновые антибиотики (нистатин, леворин), азольные соединения (низорал, кетоконазол) или другие противогрибковые препараты (низорал, кетоконазол) или другие - против в од р о ж ж е в ы е препараты (ламизил, орунгал), гонорея у больных сифилизом лечится быстро всасывающимися антибиотиками, такими как пенициллин или спектиномицин.

Иммунотерапия специфическая проводится гоновакциной в/м с 300-400 млн микробных тел с интервалом 1-2 дня, в зависимости от реакции дозу увеличивают на 150- 300 млн микробных тел, максимальная разовая доза 2 млрд микробных тел (на курс 6-8 инъекций), неспецифическая - пирогенал, аутогематерапия, лактотерапия, т-активином. Специфическая и неспецифическая иммунотерапия - гоновакцина и пирогенал в 1 шприце.

Протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин)

обладают

проживоспалительным и усиливающим активностью антибактериальных препаратов действия. Местное лечение при свежем торпидном и хроническом гонорейном уретрите у мужчин проводится ежедневным промыванием растворами перманганата калия (1:6000 - 1:10 000), хлоргексидина (1:5000). При мягком инфильтрате применяют инстилляции уретры 0,25-0,5% р-ром нитрата серебра, 2% р-ром протаргола на 50% ДМСО или 1% р-ром колларгола черед день, на курс 6-8 процедур, при переходном и твердом инфильтратах - тампонада по Вашкевичу с 2% р-ром протаргола в глицерине 2 раза в неделю (на курс 4-6 процедур) или вводят в уретру металлический буж (через 1-2 дня на курс 6-8 процедур). При катаральном колликулите используют введение в уретру кривых бужей или туширование семенного бугорка 10-20% раствором нитрата серебра 1 раз в 5-7 дней (на курс 5-7 процедур); при атрофическом колликулите используют кривые буж, смазывание семенного бугорка кортикостероидными мазями. Стриктуру уретры лечат бужированием, инсталляциями лидазы, гидрокортизона, 30-40% ДМСО. При поражении кожи применяют теплые ванночки перманганатом калия (1 : 10 000), фурацилином (1 : 5000), кремом тридерм. Простатит острый лечат этиотропными препаратами, через 1-2 дня назначают горячие микроклизмы, лакто-, гоновакциотерапию, после стихания острых явлений - физиотерапия (ректальная диатермия, лазеротерапия и т. д.); простатит

хронический и везикулит хронический - массажами предстательной железы (семенных пузырьков) - через день (курс 12-15) в сочетании с физиотерапией (СВЧ-терапия, индуктотермией, магнитотерапией, лазеротерапией и т. д.). На фоне назначают иммунотерапию, ферментотерапию, препараты предстательной железы - раверон, простатитлен, сосудистые препараты (эскузан и др.), ректальные свечи с противовоспалительными, спазмолитическими, анальгезирующими средствами, а также интерфероном (свечи виферон), горячие микроклизмы с ромашкой. В середине или в конце курса присоединяют этиотропное лечение. Эпидидимит острый лечат в стационаре, больному обеспечивается постельный режим, иммобилизация мошонки суспензорием, этиотропная и патогенетическая терапия: аутогемотерапия, ферментотерапия,

новокаиновая блокада семенного канатика, на мошонку согревающий полуспиртовый компресс, УВЧ, электрофорез йодистого калия. При хроническом эпидидимите назначают продигозан, экстракт алоэ или стекловидное хело на пораженный придаток яичка - электрофорез с ронидазой, в придаток вводят лидазу, фибринолизин, гидрокортизон.

Лечение гонореи у беременных проводится в стационаре бензилпенициллином, эритромицином, левомицетином или сульфаниламидами. Во второй половине беременности курсовая доза бензилпенициллина увеличивается в 1,5-2 раза. При торпидной свежей и хронической гонорее, а также при ее рецидивах гоновакцина может применяться с третьего триместра беременности 150-200'млн микробных тел. Местное лечение уретры

бартолинита должно проводиться на всех сроках беременности, цервикального канала - только с помощью влагалищных ванночек, без введения в него лекарств. Гонорее у детей лечат в стационаре бензилпенициллином по 50-200 тыс. ЕД через 4 ч, курсовая доза такая же, как и при лечении взрослых, или спектиномицин - 40 мг внутримышечно однократно. Иммуноterapia назначается только детям старше 3 лет и проводится гоновакциной; начальная доза от 50 до 100 млн микробных тел. Местное лечение проводится при сохранении воспалительных явлений после окончания антибиотикотерапии.

Установление излеченности гонореи проводится через 7-10 дней вслед за окончанием лечения путем трехкратного бактериоскопического и однократного бактериологического исследования (после комбинированной провокации) мазков со слизистой оболочки уретры (у женщин шейки матки, влагалища и нижней трети прямой кишки), а также исследования предстательной железы, семенных пузырьков, уретроскопии. Мужчины снимаются с учета при благоприятных результатах клинко-лабораторного обследования после одного контроля, женщины после трех контролей (первый - через 7-10 дней, второй - во время ближайшей менструации, третий - по окончании менструации). Излеченность у девочек дошкольного возраста, посещающих дошкольные учреждения, осуществляется в стационаре, где они остаются в течение 1 мес и им проводят 3 провокации и 3 посева (1 раз в 10 дней).

#### Профилактика гонореи

Первичная заключается в изменении сексуального поведения пациентов, своевременном выявлении гонореи у половых партнеров и лечении их вне зависимости от наличия или отсутствия у них клинических проявлений заболевания; недопустимости половой жизни без презерватива вплоть до снятия с диспансерного учета обоих супругов, качественным проведением профосмотров лиц из групп риска, а также бесплодных пар и беременных.

Вторичная заключается в просвещении лиц, относящихся к группам риска для предупреждения заражения гонореей, выявлении бессимптомно инфицированных лиц или тех, кто имеет симптомы ИППП, но скорее всего не будет обращаться в лечебные учреждения за медпомощью, эффективной диагностике и лечении инфицированных лиц, обследован, лечении половых партнеров заболевших.

Профилактика гонобленореи глаз у новорожденных осуществляется двукратным закапыванием в них 30% раствора сульфацила натрия, девочкам одновременно обрабатывается и половая щель. Дети для предупреждения у них гонореи должны иметь отдельную постель и индивидуальные предметы ухода (губку, полотенца, ночной горшок). Важное значение для профилактики гонореи имеет санитарно-просветительная работа и умение врача проводить сбор точного анамнеза сексуальной жизни пациента.

## Самостоятельная работа

## Проблемная ситуация

Замужняя молодая женщина, беременность 8 недель, предъявила жалобы на болезненное частое мочеиспускание с сильными позывами, а также на обильные гнойные выделения из влагалища.

В анамнезе небольшое повышение температуры тела и снижения работоспособности с ощущением повышенной утомляемости в течение недели. У мужа также имеются гнойные выделения из уретры.

1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

2.Какими методами исследования необходимо подтвердить.

## Эталон ответа

1. Диагноз: Острая гонорея. Диагноз выставлен на основании клинической картины: болезненное частое мочеиспускание с сильными позывами, а также на обильные гнойные выделения из влагалища.

На основании анамнеза: небольшое повышение температуры тела и снижения работоспособности с ощущением повышенной утомляемости в течение недели. У мужа также имеются гнойные выделения из уретры.

2. На основании лабораторных методов исследования: микроскопическое исследование мазков, окрашенных по Грамму, культуральный метод исследования, микроскопическое исследование мочи, ПЦР - метод (полимеразная цепная реакция)

## Тест-контроль

## I вариант

1. Возбудителем гонореи является:

- а) бледная трепонема;
- б) гонококк;
- в) трихомонада;
- г) уреаплазма.

2. К стадиям свежей гонореи не относится:

- а) острая;
- б) подострая;
- в) торпидная;
- г) латентная.

-3 Какие из приведенных утверждений соответствует диагнозу гонорейного уретрита

- а) в клинической картине преобладают обильные гной выделения из уретры и боли при мочеиспускании;
- б) не передается половым путем;
- в) симптомы появляются через 6 месяцев.

4\ Иммуноотерапия проводится:

- а) пирогеналом;
- б) гоновакциной;
- в) Т-активинном;
- г) 2% протаргол.

5. Препараты предстательной железы:

- а) пирогенал;
- б) левомицитин;
- в) спектиномицин;
- г) раверон.

6. Лечение гонореи у беременных не проводится:

- а) бензилпеницилином;
- б) эритромицином;
- в) левомицитином;
- г) пирогеналом.

7. Установление излеченности гонореи проводится через:

- а) 7-10 дней;
- б) 3 недели;
- в) 1 месяц;
- г) сразу после окончания лечения.

## II вариант

1. К стадиям свежей гонореи не относится:

- а) острая;
- б) подострая;
- в) торпидная;
- г) латентная.

2. Иммуноterapia проводится:

- а) пирогеналом;
- б) гоновакциной;
- в) Т-активином;
- г) 2% протаргол.

3. Какие из приведенных утверждений соответствует диагнозу гонорейного уретрита

- а) в клинической картине преобладают обильные гной выделения из уретры и боли при мочеиспускании;
- б) не передается половым путем;
- в) симптомы появляются через 6 месяцев.

4. Установление излеченности гонореи проводится через:

- а) 7-10 дней;
- б) 3 недели;
- в) 1 месяц;
- г) сразу после окончания лечения.

5. Препараты предстательной железы:

- а) пирогенал;
- б) левомицитин;
- в) спектиномицин;
- г) раверон.

6. Возбудителем гонореи является:

- а) бледная трепонема;
- б) гонококк;
- в) трихомонада;
- г) уреаплазма.

7. Лечение гонореи у беременных не проводится:

- а) бензилпеницилином;
- б) эритромицином;
- в) левомицитином;
- г) пирогеналом.

## ОТВЕТЫ К ТЕСТ - КОНТРОЛЮ

Вариант 1.

1.6

2. г

3. а

4.6

5. г

6. г

7. а

Критерии оценок 7

правильных ответов - «5»

6 правильных ответов -

«4» 5 правильных

ответов - «3» Менее 5-и -

«2»

## ОТВЕТЫ К ТЕСТ - КОНТРОЛЮ

Вариант 2.

1. г

2.6

3. а

4. а

5. г

6.6

7-г

Критерии оценок 7

правильных ответов - «5»

6 правильных ответов -

«4» 5 правильных

ответов - «3» Менее 5-и -

«2»

### Проблемная задача

Замужняя молодая женщина предъявила жалобы на болезненное мочеиспускание, частое и с сильными позывами, а также на обильные гнойные выделения из влагалища. В анамнезе небольшое повышение температуры тела и снижение работоспособности с ощущением повышенной утомляемости в течение последних 6 месяцев.

У мужа также имеются гнойные выделения из уретры.

1. Ваш предварительный диагноз согласно классификации.
2. Какими методами исследования необходимо подтвердить?
3. Обоснуйте предварительный диагноз.
4. Расскажите об общем лечении гонореи.
5. Какое местное лечение будет применяться?

### Эталон ответа

1. У больной может быть хроническая гонорея.
2. Диагноз необходимо подтвердить микроскопическим методом исследования.
3. Диагноз поставлен на основании анамнеза и клинической картины, а именно: болезненное мочеиспускание, частое и с сильными позывами, а также на обильные гнойные выделения из влагалища. В анамнезе небольшое повышение температуры тела и снижение работоспособности с ощущением повышенной утомляемости в течение последних 6 месяцев.

У мужа также имеются гнойные выделения из уретры.

4. Общее лечение: антибиотики, специфическая иммунотерапия (гоновакцина).
5. Местное лечение: промывание уретры раствором перманганата калия, хлоргексидина, нитрата серебра, раствором протаргола, ванночки с раствором протаргола, физиопроцедуры.