

# Особливості клінічного перебігу гонококової інфекції у жінок на сучасному етапі

Анфілова М.Р.

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Анфилова М.Р.

Рассмотрены актуальные вопросы, связанные с особенностями эпидемиологии и клинического течения гонококковой инфекции у женщин на современном этапе. Анализ результатов свидетельствует о том, что гонорея в подавляющем большинстве случаев протекает как микст-инфекция, клинические проявления которой характеризуются полиморфизмом симптомов.

## PRESENT-DAY FEATURES OF GONOCOCCUS INFECTION CLINICAL COURSE IN WOMEN

Anfilova M.R.

The urgent questions concerned with the present-day features of gonococcus infection epidemiology and clinical course in women have been examined. The analysis of the results testifies that gonorrhoea in the majority of cases proceed as mixed-infection, the clinical manifestations of which are characterized by symptoms polymorphism.

**Вступ.** У наш час відомо більш, ніж 20 збудників захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ). Будучи найпоширенішими в людській популяції, збудники венеричних інфекцій викликають різні форми патології, призводять до серйозних наслідків для здоров'я чоловіків, жінок і дітей, впливають на демографічні показники, обумовлюють розвиток різноманітних синдромів і станів, що виходять за рамки традиційної венерології [5].

Останнім часом в Україні склалася така епідеміологічна ситуація щодо венеричних хвороб, яку можна визначити, як неблагополучну. З 1999 по 2008 рр. було офіційно зареєстровано близько 2,2 млн. осіб із ЗПСШ; при цьому питома вага:

- сифілісу склала 5,5 %;
- гонореї – 6 %;
- трихомоніазу – 52 %;
- уrogenітального хламідіозу – 17,5 %;
- мікоплазмозу – 19 %.

Проблема захворюваності на гонорею схована у статистичній невизначеності, покинута практично на самоплив. Захворюваність на гонорею в Україні складала:

- у 1990 р. – 72,8 випадку на 100 тис. населення;
- у 1999 р. – 52,4;
- у 2000 р. – 52,7;
- у 2001 р. – 50,6;
- у 2002 р. – 46,5;
- у 2003 р. – 42,8;
- у 2004 р. – 40,8;
- у 2005 р. – 38,6;
- у 2006 р. – 33,0;
- у 2007 р. – 29,8;
- у 2008 р. – 27,1 випадку на 100 тис. населення.

Така епідеміологічна ситуація не відповідає дійсності, тому що за сучасними міжнародними стандартами співвідношення сифілісу та гонореї складає 1 : 2,5 а в Україні це співвідношення – практично 1 : 1, причому рівень захворюваності на сифіліс з 1999 р. щороку перевищує рівень захворюваності на гонорею в 1,2-1,3 рази. Проте є дані, що гонорея, як і раніше, значно поширена серед окремих груп населення, у тому числі – серед підлітків віком 14-17 років, які активно живуть статевим життям. Доступність антибіотиків, популярної літератури

(часто примітивної), втручання фармацевтів, середніх медичних працівників і просто «знавців» спричиняє вислизання величезної кількості хворих на гонорею зі сфери діяльності спеціалістів-дерматовенерологів. Сьогоднішня епідемічна ситуація дає підстави припускати, що офіційно реєструють не більше 60 % хворих на сифіліс і 20 % – на гонорею. Широко застосовується самолікування хворих під впливом, як правило, іноземних рекламодавців. Невірне, непрофесійне тлумачення чи використання такої рекламованої продукції нефахівцями, а то й невігласами найчастіше зумовлює перехід запального процесу в хронічний, виникнення ускладнень, негативних наслідків епідемічного характеру. Негативний вплив справляють також приватні лікарі.

Отже, з впевненістю можна констатувати, що гонорейна інфекція сьогодні практично вийшла з-під контролю державних венерологічних закладів і є актуальною медико-соціальною проблемою [2, 7].

Останнім часом захворюваність на гостру форму гонококової інфекції серед чоловіків перевищує у 2 рази таку серед жінок. Чоловіки у віці 20-29 років хворіють на гонококову інфекцію у 2,5 рази частіше, ніж жінки відповідного віку [3].

Занесення гонококів у сечостатеві органи у 60-65 % жінок пов'язане з одночасним або послідовним інфікуванням сечівника та парауретральних протоків, вестибулярних залоз, піхви, шийки матки або прямої кишки. Найчастіше одночасно уражуються сечовипускальний і цервікальний канал. Надалі в процес нерідко втягаються й інші органи. Гонококове ураження одного якого-небудь органу спостерігається рідко. Гонококи в жіночій сечостатевій системі поширюються каналікулярно по слизовій оболонці, а також по кровоносних і лімфатичних судинах [4].

Виділяють:

а) гонорею нижнього відділу статевих органів:

- уретрит;
- парауретрит;
- бартолініт;
- вестибуліт;
- цервицит;
- ендоцервіцит;

б) гонорею верхнього відділу статевих органів, або висхідну гонорею:

- ендометрит;

- сальпінгіт;
- сальпінгофорит;
- пельвіоперитоніт.

Отже, можна виділити такі особливості гонорейної інфекції у жінок.

1. Млявий, безсимптомний перебіг, пов'язаний зі зниженою функцією яєчників; неадекватною дозою антибіотиків, які знижують вірулентність гонококів (з утворенням *L*-форм гонококу). За останні десятиліття особливо почастішали випадки млявого плину гонореї у жінок, тобто захворювання, незалежно від тривалості, залишається суб'єктивно безсимптомним. Частота суб'єктивно асимптомної гонореї становить від 75-77,6 % до 83-91 %, а 4,7 % хворих із свіжою висхідною гонореєю і 69,2 % хворих на хронічну гонорею самі не звертаються до лікаря та виявляються лише при диспансерному обстеженні. Трохи рідше гонорея із самого початку перебігає в'яло (так звана торпідна гонорея), запальні явища в геніталіях майже відсутні. Однак і ця форма свіжої гонореї має тенденцію до зростання [1].

2. Інфекція часто перебігає, як змішана:

- гонорейно-трихомонадна;
- гонорейно-хламідійна;
- гонорейно-мікоплазмозна;
- гонорейно-кандидозна.

Гонококи в асоціації з піхвою трихомонадою виявляються у 96 % хворих з гострою висхідною гонореєю.

Змішана гонорейно-кандидозна інфекція виявляється у 19,8-30 % обстежуваних.

Одночасне захворювання на гонорею, кандидоз і трихомоноз діагностується у 10,8 % обстежуваних.

Необхідно пам'ятати про можливість одночасного зараження гонореєю й сифілісом. І. Г. Шахверди (1980) серед хворих на заразні форми сифілісу виявив:

- гонорею – у 3,6 % хворих;
- сифіліс, трихомоніаз і гонорею – у 1,8 %.

Хламідійну інфекцію діагностовано у 3,4-4,6 % хворих на гонорею; сполучення гонореї з уреоплазмозом – у 40-80 % випадків. Змішана інфекція змінює клінічний плин гонореї, утруднює її діагностику, призводить до подовження інкубаційного періоду, до рецидивів, що вимагає багаторазових лабораторних досліджень з провокаціями та культуральною діагностикою [8].

3. Інфікується кілька органів (багатоголишеве ураження) у 60-62,8 % випадків. Гонококи вдається виявити тільки [6]:

- у виділеннях з уретри – у 8-14 % хворих;
- у цервікальному каналі – у 31,7-23,3 %;
- у виділеннях великих вестибулярних залоз – у 0,1 %;
- у нижньому відрізку прямої кишки – у 0,3-5,2 % хворих.

**Мета дослідження** – визначити та оцінити сучасні особливості клінічної симптоматики та епідеміологічні особливості гонококової інфекції у жінок.

**Матеріали та методи дослідження.** Матеріалом для дослідження слугували історії хвороб, амбулаторні картки та статистичні звіти Вінницького обласного клінічного шкірно-венерологічного диспансеру за 2004-2008 рр.

**Результати та їх обговорення.** Захворюваність на гонорею серед жінок Вінницької обл. складала:

- у 2004 р. – 14,6 на 100 тис. населення,
- у 2005 р. – 11,1;
- у 2006 р. – 9,7;
- у 2007 р. – 8,7;
- у 2008 р. – 7,5 на 100 тис. населення.

Частка сільських мешканок складала:

- у 2004 р. – 54,7 % (75 жінок);
- у 2005 р. – 65,5 % (67);
- у 2006 р. – 64,0 % (57);
- у 2007 р. – 56,9 % (45);
- у 2008 р. – 63,2 % (43 жінки).

За віком хворі розподілялись таким чином:

- у віці до 14 років – 1,7 % (8) хворих;
- 15-19 років – 17,7 % (84);
- 20-24 років – 32,8 % (156);
- 25-29 років – 19,2 % (92);
- 30-34 років – 10,7 % (51);
- 35-39 років – 8,2 % (39);
- 40-59 років – 8,4 % (40);
- 60 років і старше – 1,3 % (6) хворих.

Діагноз хронічної гонореї було виставлено:

- у 2004 р. – 59,1 % хворих (81 хворій);
- у 2005 р. – 57,2 % (59);
- у 2006 р. – 64,0 % (57);
- у 2007 р. – 56,9 % (45);
- у 2008 р. – 58,8 % (40).

Діагноз хронічна гонорея в переважній більшості було виставлено сільським жителям:

- у 2004 р. – 54,3 % хворих (44 хворим);
- у 2005 р. – 71,1 % (42);
- у 2006 р. – 68,4 % (39);
- у 2007 р. – 73,3 % (33);
- у 2008 р. – 62,5 % (25).

Для діагностики гонококової інфекції використовували бактеріоскопічний метод із забарвленням метиленовим синім та забарвленням по Граму; у деяких випадках також проводилось бактеріологічне дослідження. Загально-клінічні аналізи, реакція Васермана проводились усім хворим.

Змішану інфекцію було виявлено в 77 % (366) хворих на гонорею жінок, серед яких:

- у 66,2 % (242) хворих була гонорея у сполученні з трихомонадною інфекцією;
- у 2,8 % (10) – гонорея та сифіліс;
- у 14 % (52) – гонорейно-хламідійна інфекція;
- у 9 % (33) – гонорейно-мікоплазмова інфекція;
- у 8 % (29) – гонорея та гарднерельоз.

У 40 % (146) хворих з мікст-інфекцією додатково був виявлений кандидоз.

Найчастіше хворих турбували:

- виділення з піхви слизово-гнійного характеру з неприємним запахом (65 % хворих);
- слизово-гнійні пінисті виділення білувато-го кольору (39 %);
- свербіж промежини ((45 %);
- болючість у ділянці промежини (29 %);
- набрякність зовнішніх статевих органів (18 %);
- відчуття печіння в ділянці промежини (13,5 % хворих).

Дизуричні симптоми спостерігались у 34 % хворих у вигляді неприємних відчуттів при сечовипусканні та його учащенні.

Самостійно різними методами намагались лікуватись 52 % хворих.

При огляді в дзеркалах було виявлено:

- гіперемію шийки матки – у 89 % хворих;
- поодинокі ерозії шийки матки – у 61 % хворих;
- гіперемію стінок піхви – у 68 % хворих.

### Висновки

1. Аналіз результатів дослідження свідчить, що перебіг гонорейної інфекції у жінок на сучасному етапі має такі особливості: якщо раніше гонорея вважалася «міською хворобою», то тепер відзначається стабільна перевага захворюваності серед мешканок села, що пов'язано з суттєвими міграційними процесами серед населення.

2. Як і раніше, гонорея досить розповсюджена серед жінок у найбільш репродуктивному віці – 20-29 років, хоча досить значний відсоток хворих спостерігається й у віці 15-19 років.

3. Серед жіночого населення стабільно пере-

важають хронічні форми, особливо серед мешканок села, що безумовно може бути пов'язано з гіршою доступністю медичної допомоги та меншою обізнаністю самих пацієнток стосовно проявів хвороби.

4. Характерною особливістю сучасного перебігу гонорейної інфекції є те, що у більшості випадків вона поєднується з різноманітними інфекціями сечостатевого тракту, як то: трихомоніаз, хламідіоз, мікоплазмоз, кандидоз, гарднерельоз, – і тому втрачає свої класичні клінічні прояви, набуваючи змішаних та атипових проявів, характерних для мікст-інфекцій.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Адашкевич В.П.* Инфекции, передаваемые половым путем: Руковод. для врачей. – М.: Мед. книга, 2004. – 414 с.
2. *Кравченко В.Г., Степаненко В.І.* Роль та місце профілактичних заходів у подоланні епідемії захворювань, що передаються статевим шляхом, в Україні // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2003. – № 2. – С. 76–81.
3. *Литвиненко М.В.* Аналіз захворюваності на гонорею і деякі ЗПСШ у промислових центрах Полтавської області // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2007. – № 1. – С. 91–96.
4. *Мавров І.І.* Половые болезни. – Харьков: Факт, 2005. – 760 с.
5. *Мавров І.І.* Состояние проблемы заболеваний, передающихся половым путем // Дерматология та венерология. – 2002. – № 3 (17). – С. 3-11.
6. *Скрипкин Ю.К.* Кожные и венерические болезни: Руковод. для врачей. – В 4-х т. – Т. 4. – М.: Медицина, 1996. – 352 с.
7. *Степаненко В.І.* Епідеміологічна ситуація із захворюваністю на інфекції, що передаються статевим шляхом. Проблеми та завдання дерматовенерологічної служби України // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2004. – № 2. – С. 5-8.
8. *Шапошников О.К.* Венерические болезни: Руковод. для врачей. – М.: Медицина, 1991. – 544 с.