

# Гонококова інфекція.

**Збудник** – *Neisseria gonorrhoeae* – грамнегативний диплокок, який при світловій мікроскопії виявляється всередині нейрофілів, нестійкий у зовнішньому середовищі і швидко гине під впливом висушування, кип'ятіння, дезінфікувальних речовин, проте він досить стійкий в організмі людини.

Гонококи найчастіше уражають слизову оболонку уретри, цервікального каналу, глотки, прямої кишки, кон'юнктиви.

# КЛАСИФІКАЦІЯ

**1. За перебігом** гонокової інфекції поділяють на:

- свіжу (до 2-х місяців) із гострим, підгострим і торпідним перебігом ;
- хронічну (більше 2-х місяців).

**2. За анатомічною локалізацією** запального процесу.

1. Гонокова інфекція нижнього відділу сечостатевого каналу:

а) без абсцедування періуретральних, або придаткових, залоз;

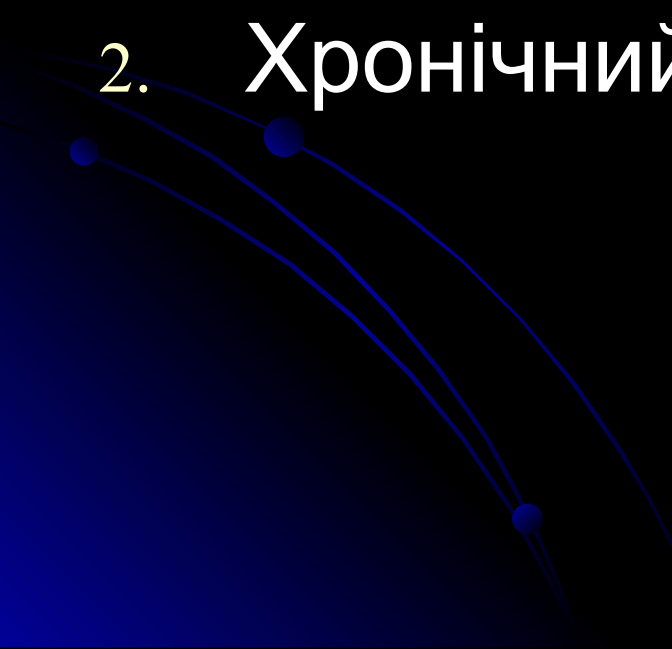
б) з абсцесом періуретральних, або придаткових, залоз.

2. Гоноковий тазовий перитоніт.

3. Гонокова інфекція аноректальної ділянки.

4. Інші гонокові інфекції (ока, фарингіт, кістково-м'язової системи).

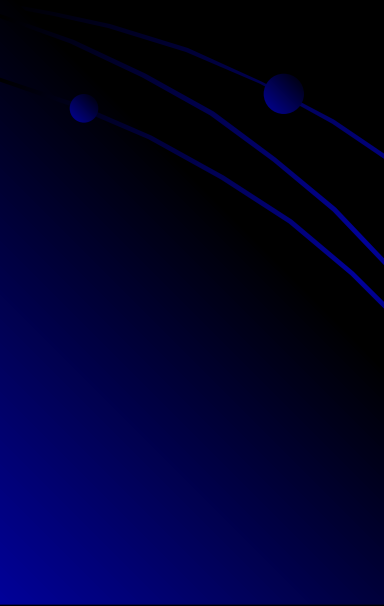
# Клінічні різновиди гонококової інфекції у чоловіків:

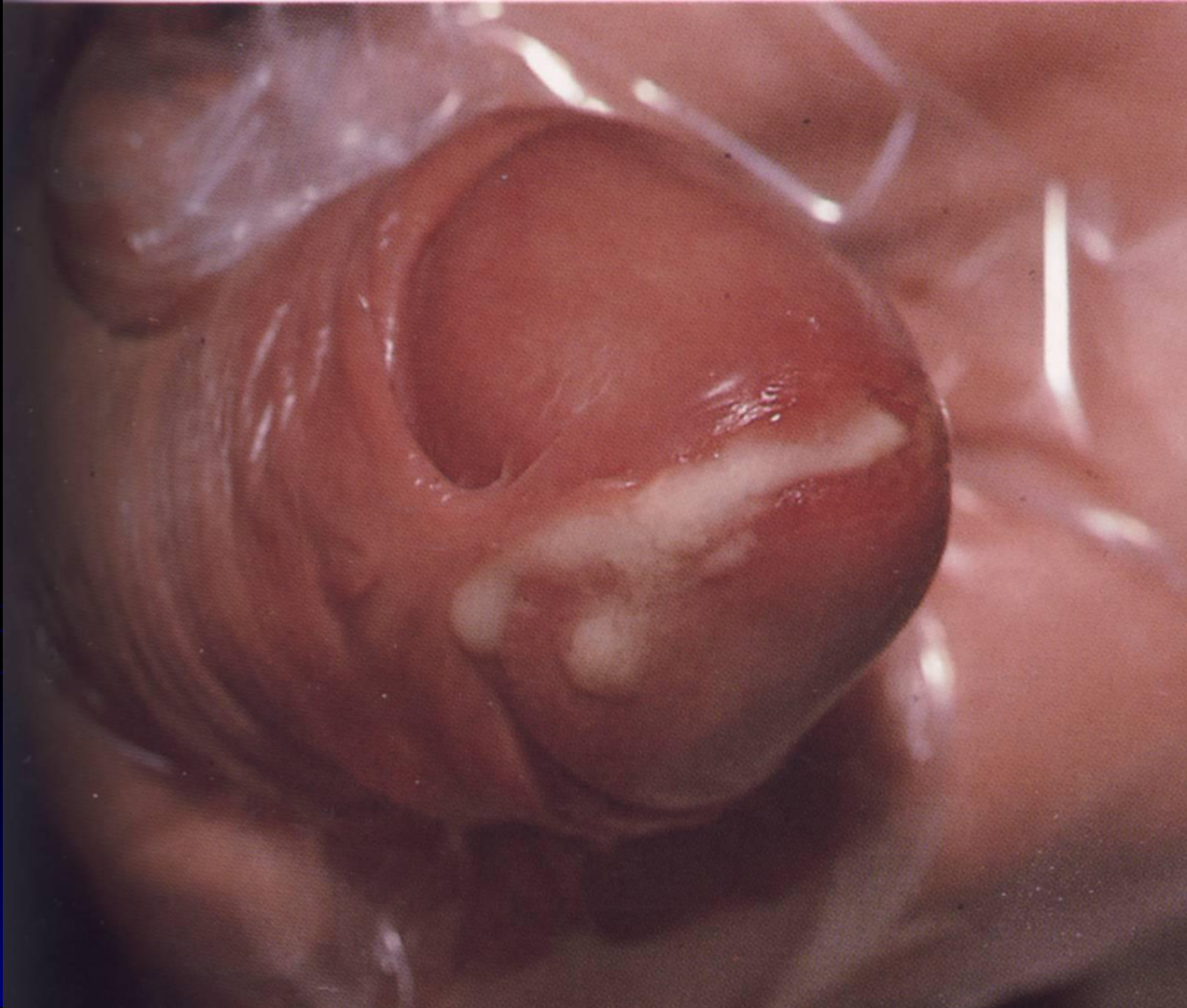
1. Свіжий гострий гонококовий уретрит.
  2. Хронічний гонококовий уретрит.
- 

# Гонококовий уретрит: гнійні виділення із сечовипускного каналу.

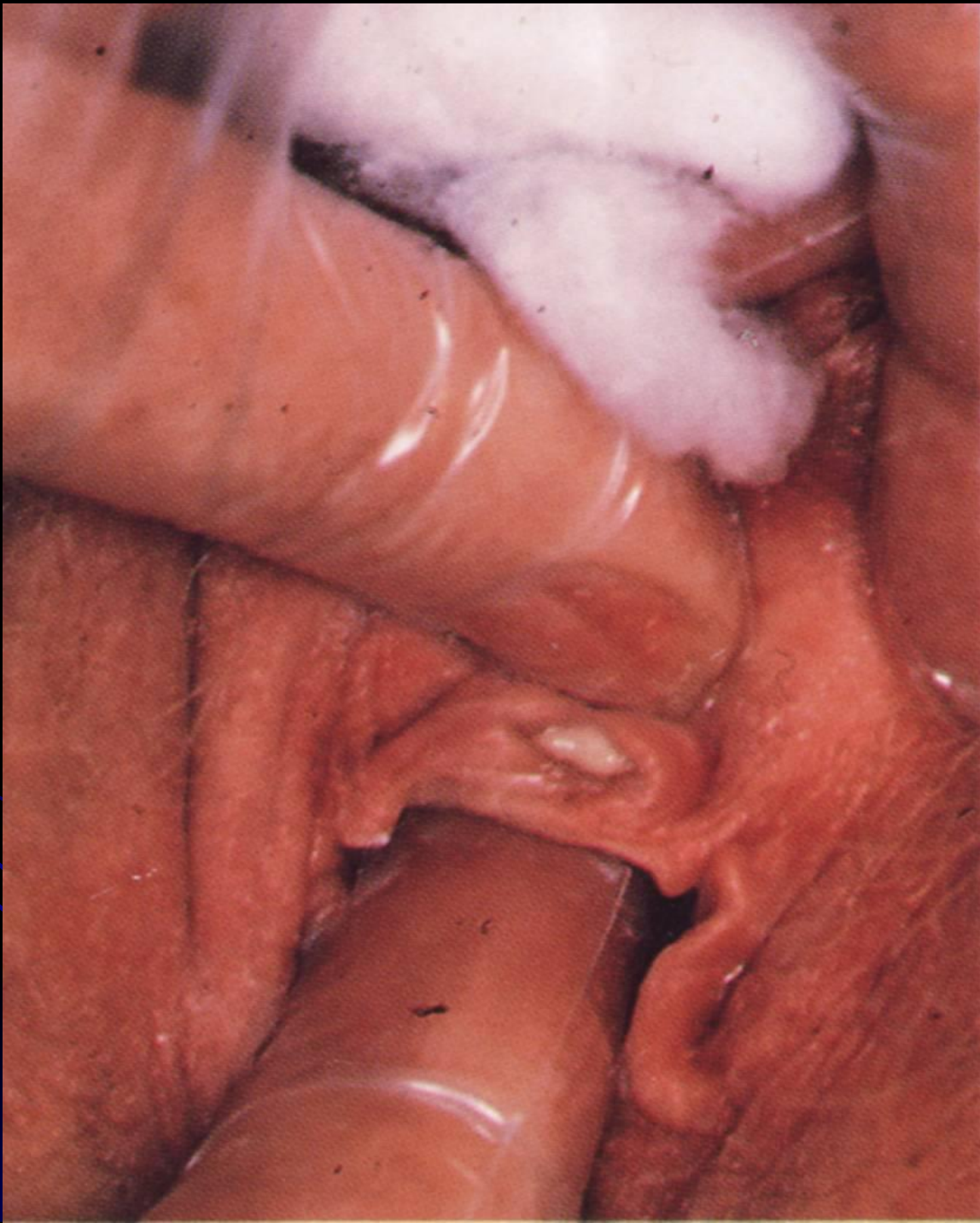








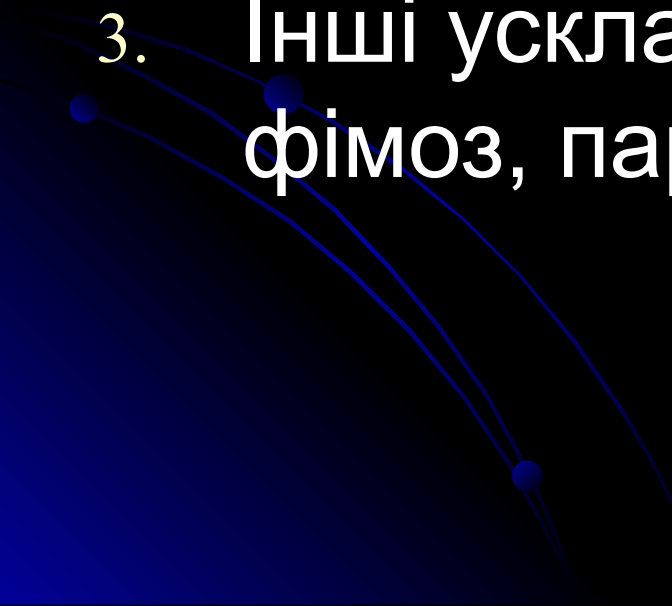








# Можливі ускладнення гонококової інфекції у чоловіків:

1. Хронічний епідидиміт.
  2. Гонококовий простатит.
  3. Інші ускладнення: баланопостит, фімоз, парафімоз, везикуліт.
- 

# Клінічні різновиди гонококової інфекції у жінок:

## 1. Гонококовий уретрит:

клінічно проявляється, як у чоловіків.

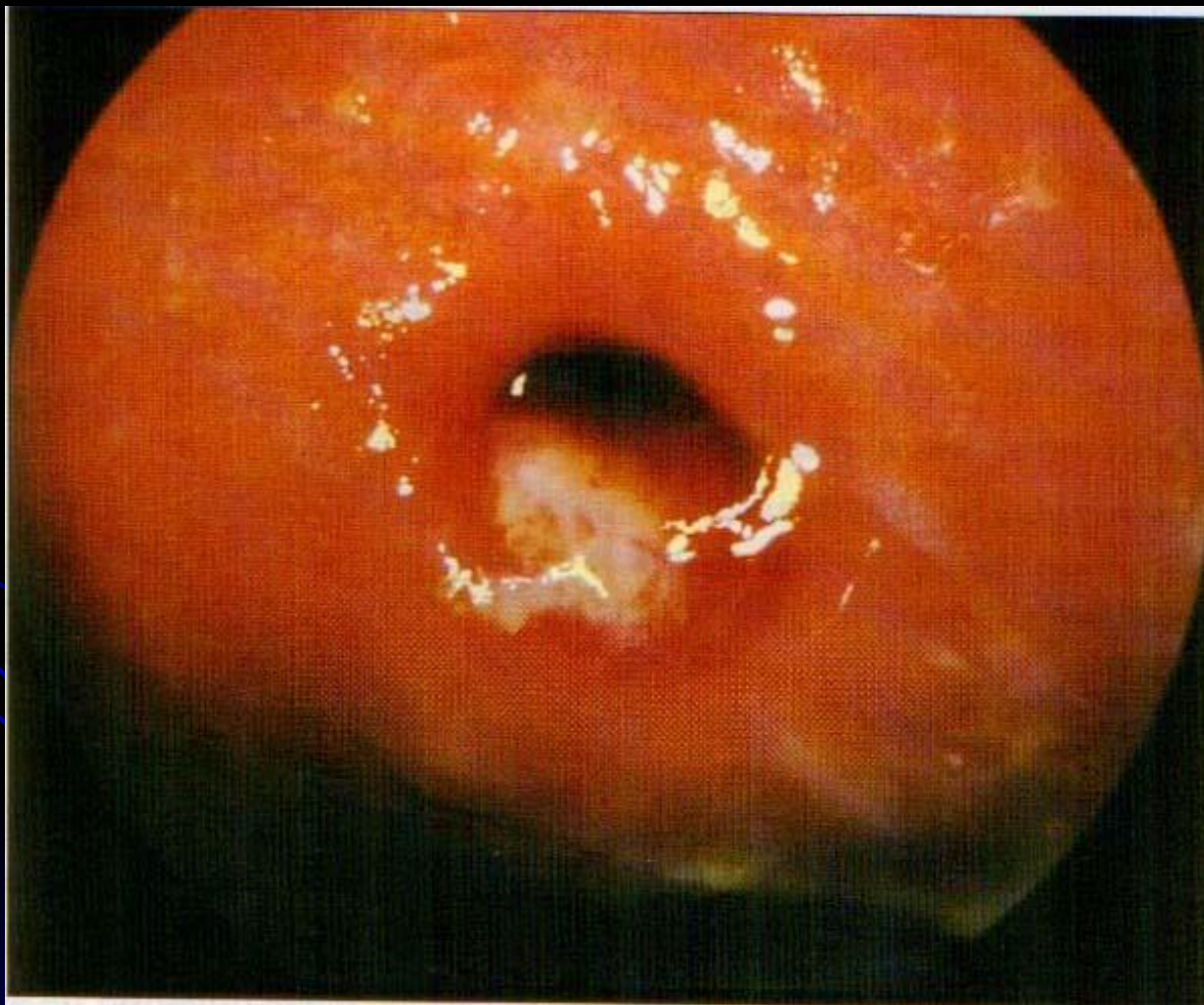
## 2. Гонококовий цервіцит та ендцервіцит:

- слизово-гнійні виділення із каналу,
- набряк, гіперемія,
- ерозія зовнішнього отвору каналу шийки матки,
- кровоточивість шийки матки при маніпуляції.

## Ускладнення гонококової інфекції у жінок:

- бартолініт,
- сальпінгіт,
- гонококовий тазовий перитоніт.

# Гонококовий цервіцит – масивні гнійні виділення з каналу шийки матки.





# ГОНОКОКОВИЙ КОН'ЮНКТИВИТ.



# Методи діагностики:

- бактеріоскопічний метод (забарвлення зо Грамом): виявляють грамнегативні диплококи, які розташовані всередині нейтрофілів;
- бактеріологічний метод (посіви на середовища);
- ампліфікаційний аналіз ДНК;
- лігазна ланцюгова реакція;
- полімеразна ланцюгова реакція;
- транскрипційна ампліфікація.

# Урогенітальний хламідіоз.

**Етіологія.** Збудники – *Chlamydia trachomatis* - бактерії, які мають:

- двохфазовий життєвий цикл розвитку з утворенням елементарного тільця, нечутливого до антибактерійної терапії, яке в процесі життєдіяльності перетворюється в метаболічно активне ретикулярне тільце, чутливе до медикаментозних засобів;
- здатність утворювати L-форми збудника;



# Хламідійний уретрит: слизисто-гнійні виділення із сечовипускного каналу.



# Хламідійний цервіцит: слизисто-гнійні виділення із цервікального каналу.



**ХЛІАМІДІЙНИЙ КОН'ЮНКТИВИТ**. Незначна гіперемія кон'юнктиви, гіпертрофія її слизової (нагадує "булижну мостову").





# Можливі ускладнення хламідіозу:

- **у чоловіків:** простатит, епідидиміт, безплідність;
- **у жінок:** бартолініт, безплідність, ендометрит, сальпінгіт, пельвеоперитоніт;
- **у вагітних:** позаматкова вагітність, викидень, мертвонародження;
- **у плода:** внутрішньоутробний сепсис, пневмонія, менінгоенцефаліт;
- **у новонароджених:** кон'юнктивіт, пневмонія, вульвовагініт у дівчаток.

# Методи діагностики:

- цитологічний (дослідження зішкребків із слизової оболонки методом прямої імунофлюоресценції);
- серологічне дослідження (виявлення антитіл);
- ампліфікаційний аналіз ДНК;
- лігазна ланцюгова реакція;
- полімеразна ланцюгова реакція;
- транскрипційна ампліфікація.

# Урогенітальний трихомоніаз (*Trichomoniasis urogenitalis*)

- **Етіологія.**
- Збудник — *Trichomonas vaginalis* —
- паразитує тільки в організмі людини,
- нестійкий у зовнішньому середовищі,
- чутливий до висихання,
- гине при митті рук з милом,
- при обробці дезрозчинами гине через кілька секунд,
- у водопровідній воді — через 15-50 хв.

# Урогенітальний трихомоніаз

- В організмі людини існує у 3 формах:
- **грушоподібна (звичайна),**
- **амебоїдна** з вираженою фагоцитарною активністю
- (може фагоцитувати гонококи, мікоплазми та інші збудники, які залишаються у ньому життєздатними, і при руйнуванні трихомонад під впливом ліків виходять з них і можуть спричинити рецидив гонококової інфекції, мікоплазмозу);
- у вигляді **кулькових тіл** (форма роз- , множення).



# Урогенітальний трихомоніаз

- *Шляхи зараження.*
- Зараження в абсолютній більшості відбувається **статевим шляхом.**
- дівчатка можуть інфікуватись через забруднені предмети догляду (хоча це трапляється надзвичайно рідко), а новонароджені — під час проходження через пологові шляхи хворої матері.
- Інкубаційний період від 3 до 30 днів, у середньому 5-10 днів.

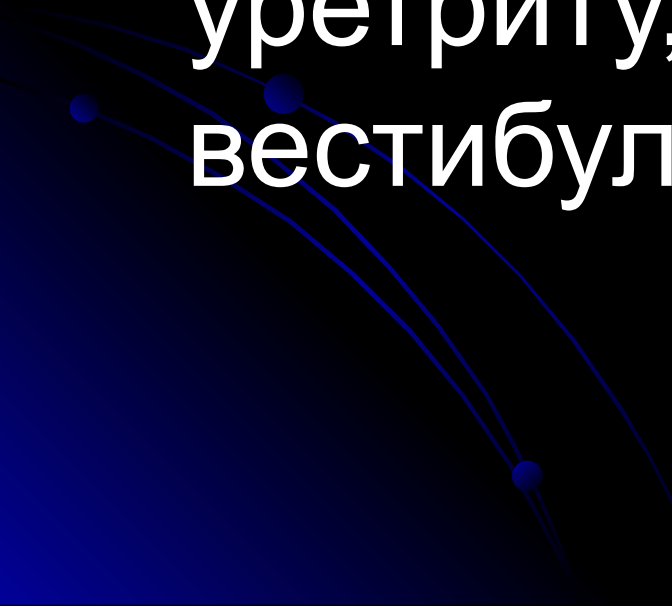
# Урогенітальний трихомоніаз

- *Епідеміологія.*
- Поширеність трихомоніазу значна,
- частота цієї хвороби серед жінок, які живуть активним статевим життям, сягає 50-70 %.
- За даними ВООЗ, на трихомоніаз хворіє до 10 % населення,
- цю хворобу виявляють у 50-60 % пацієнтів венерологічних стаціонарів.
- Частота реєстрації трихомоніазу у хворих на гонококові уретрити сягає 62-87 %.

# *Клініка.*

- Основними вогнищами трихомонадної інвазії є уретра, а у жінок — ще піхва і цервікальний канал.
- Залежно від тривалості хвороби та інтенсивності запальної реакції, розрізняють **свіжий** трихомоніаз (до 2 місяців),
- **хронічний** (більше 2 місяців) і трихомонадоносійство.
- Свіжий, у свою чергу, поділяють на **гострий**, **підгострий** і **торпідний** (малосимптомний).

# Урогенітальний трихомоніаз

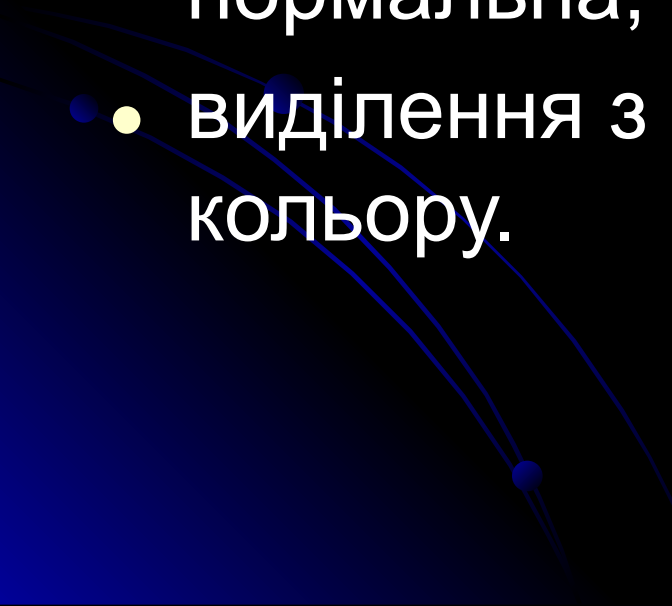
- У **жінок** розвиваються симптоми вагініту з можливим розвитком уретриту, ендocerвіциту, вестибуліту, ендометриту.
- 



# Трихомонадний вагініт



# Урогенітальний трихомоніаз

- У випадках торпідного перебігу суб'єктивних відчуттів може не бути,
  - слизова оболонка піхви і зовнішніх геніталій дещо гіперемійована або нормальна,
  - виділення з піхви незначні, білого кольору.
- 

# Урогенітальний трихомоніаз

- Трихомоніаз у жінок перебігає у вигляді
- вульвовагініту у 45-52 %,
- цервіциту і ендцервіциту — у 20-30 %,
- циститу, ендометриту, аднекситу — у 8-9 %,
- безпліддя — до 9%.

# Урогенітальний трихомоніаз

- У чоловіків ця хвороба у більшості перебігає торпідно або суб'єктивно асимптомно,
- а гострий перебіг трапляється рідко і супроводжується гнійними виділеннями і дизуричними явищами (почащення сечовипускання, різь тощо).



# Урогенітальний трихомоніаз

- У випадках **підгострого** перебігу:
- суб'єктивні симптоми незначні,
- виділення з уретри у невеликій кількості,
- сірого чи сіро-жовтого кольору.
- **Торпідний** перебіг супроводжується незначними суб'єктивними і об'єктивними симптомами або їх взагалі немає.

## *Особливість змішаної трихомонадно-гонококової інфекції:*

- продовжується інкубаційний період,
- трихомонади фагоцитують гонококи, що може бути однією із причин рецидивів гонококової інфекції,
- тому при такому поєднанні доцільно призначати лікування одночасно обох інфекцій:
- спочатку лікувати трихомоніаз,
- потім — гонококову інфекцію.

# Урогенітальний трихомоніаз

- *Діагностика*
- ґрунтується на виявленні збудників у виділеннях із уретри, піхви, цервікального каналу.
- Мазки забарвлюють метиленовим синім і за Грамом;
- досліджують також нативні мазки.
- Специфічність методу ДНК для діагностики трихомоніазу становить 99,8 %.

# Урогенітальний трихомоніаз

- *Лікування.*
- Лікуванню підлягають хворі та їхні статеві партнери.
- Основним препаратом для системного лікування трихомоніазу залишається метронідазол (трихопол).



# Урогенітальний трихомоніаз

## *Лікування.*

- Схеми застосування різні, перевагу віддають одномоментному застосуванню 8 таблеток метронідазолу (2 г),
- відсоток одужання сягає 90 %, а застосування такої дози 2-3 рази на добу збільшує відсоток одужання до 97-98 %.

# Урогенітальний трихомоніаз

- Необхідно пам'ятати, що метронідазол може
- продовжити інкубаційний період сифілісу,
- спричинити позитивну реакцію Вассермана,
- тривале неконтрольоване вживання цього препарату призводить до злуцнення епітелію слизових оболонок і сприяє розвитку кандидозу.

# Урогенітальний трихомоніаз

- Описані випадки резистентності збудника до метронідазолу.
- Використовують також **тинідазол** (фазижин, тиніба) 2 г одномоментно, а прийом 4 г (8 таблеток) призводить до 100 % одужання.
- Застосовують **кліон-Д** (метронідазол+міконазолу нітрат),
- **наксоджин (німоразол),**
- **орнідазол (тиберал),**
- **атрикан,**
- **мератин,**
- **солкотривак.**

# Урогенітальний трихомоніаз

## *Контрольні дослідження*

- **у чоловіків**
- проводять через 7-10 днів після закінчення лікування,
- при необхідності після аліментарної провокації через місяць дослідження повторюють,.

# Урогенітальний трихомоніаз

## *Контрольні дослідження*

- **у жінок**

- контрольні дослідження бажано проводити перед або через 1 -2 дні після менструації впродовж трьох циклів.

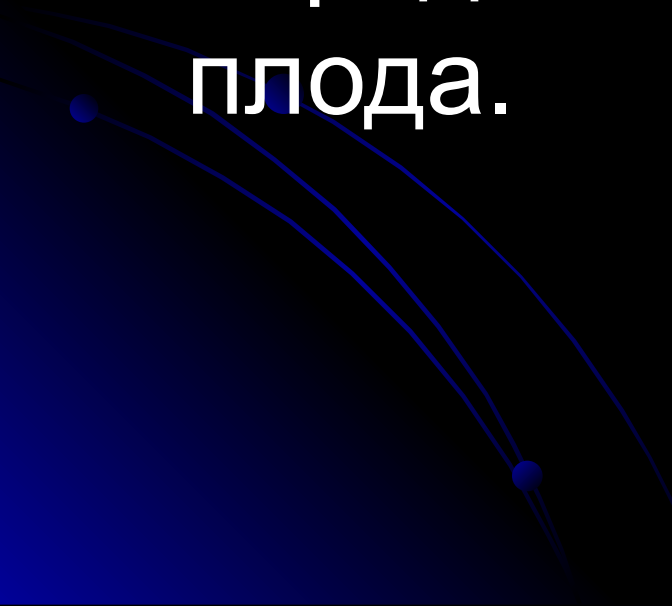
- За відсутності трихомонад і збереженні запальних явищ слід виключити хламідіоз, мікоплазмоз, кандидоз.



# Генітальний (статевий) герпес.

- **Етіологія.** Збудник – герпесвіруси 1-го (40%) та 2-го (60%) типів.
- **Джерело зараження** - хворі люди та вірусоносії.
- **Шлях передачі** – статевий.
- Інкубаційний період 1-10 днів.

# Можливі ускладнення:

- цервіцит,
  - невиношування вагітності,
  - передчасні пологи, інфікування плода.
- 

# Первинний герпес статевих органів



# Первинний герпес



# Лікування.

## Препарати ацикловіру в таблетках і мазях

(герпевір, зовіракс, віролекс та інші),  
валацикловір (вальтрекс),  
мазь гевізош тощо.

