

Современные методы лечения сифилиса. Гонорея и инфекции, передаваемые половым путем

Лекция к.м.н., доцента
Терегуловой Г.А.

Для студентов 4 курса МПФ

ПЛАН ЛЕКЦИИ

- Принципы лечения больных сифилисом
- Препараты для лечения сифилиса
- Виды лечения сифилиса
- Схемы лечения сифилиса
- Альтернативные (резервные) методы лечения сифилиса
- Клинико-серологический контроль после окончания лечения
- Снятие с учета больных сифилисом

ПЛАН ЛЕКЦИИ

- Этиология гонореи
- Пути заражения
- Классификация
- Клиника гонореи у мужчин
- Осложнения гонорейного уретрита
- Экстрагенитальные формы гонореи
- Диагностика гонореи
- Лечение гонореи
- Критерии излеченности гонореи
- Профилактика гонореи

ПЛАН ЛЕКЦІЙ

- Етіологія трихомоніаза
- Пути зараження
- Клиника трихомоніаза у мужчин
- Диагностика трихомоніаза
- Лечение трихомоніаза
- Критерии излеченности гонореи
- Профілактика гонореи

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

Лечение больных сифилисом проводится по специальным схемам, изложенным в "Методических указаниях" (М. 1999 г.).

- Специфическое лечение назначается больному сифилисом после постановки диагноза.
- Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом и тесном бытовом контакте с больными сифилисом, если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев.
- Профилактическое лечение проводится по показаниям беременным, болеющим или болевшим сифилисом, и детям, рожденным такими женщинами.
- Пробное лечение назначается с целью дополнительной диагностики при подозрении на поздние формы сифилиса.

Препараты для лечения сифилиса

- Дюрантные (пролонгированные) препараты пенициллина-бензатина бензилпенициллин (ретарпен, экстенциллин, бицилин-1) – пребывание антибиотика в организме 18-23 суток
- Препараты "средней" дюрантности - отечественная новокаиновая соль пенициллина и зарубежный прокаин-пенициллин - обеспечивает пребывание пенициллина в организме на протяжении 12-24 часов.
- Комбинированные препараты пенициллина (бициллин-3, бициллин-5)- обеспечивает пребывание антибиотика в организме в течении 3-6 суток.
- Препараты водорастворимого пенициллина(бензилпенициллина натриевая соль)- пребывание антибиотика в организме в течение 3-6 часов.

The background of the slide features a serene sunset over a vast ocean. The sky is a deep, vibrant blue, transitioning into a lighter, hazy blue near the horizon. A soft, multi-colored rainbow is visible on the left side, its colors blending into the sky and reflecting on the water's surface. The water is a rich, dark blue with gentle ripples, creating a textured appearance. The overall mood is calm and peaceful.

Схемы лечения сифилиса

Превентивное лечение

Превентивное лечение проводят одной инъекцией экстенциллина, ретарпена или бициллина-1 в дозе 2,4 млн ЕД, либо двумя инъекциями бициллина-3 в дозе 1,8 млн ЕД или бициллина-5 в дозе 1,5 млн ЕД два раза в неделю. Возможно использование для превентивного лечения прокаин-пенициллина в дозе 1,2 млн ЕД 1 раз в сутки в течение 7 дней, либо новокаиновой соли пенициллина по 600 000 ЕД 2 раза в сутки, также в течение 7 дней.

Лечение больных первичным сифилисом

- Методика 1.

Лечение проводится двумя инъекциями экстенциллина или ретарпена в дозе 2,4 млн ЕД с интервалов в 7 дней, либо тремя инъекциями бициллина-1 в дозе 2,4 млн ЕД 1 раз в 5 дней.

- Методика № 2

Лечение проводится бициллином-3 в дозе 1,8 млн ЕД 2 раза в неделю -всего 5 инъекций, либо бициллин-5 в дозе 1,5 млн ЕД два раза в неделю , всего 5 инъекций.

- Методика № 3

Применяется прокаин-пенициллин в разовой дозе 1,2 млн ЕД ежедневно № 10, либо новокаиновая соль пенициллина по 600 000 ЕД 2 раза в день в течение 10 дней.

- Методика 4.

Лечение проводят водорастворимым пенициллином внутримышечно по 1 млн ЕД через каждые 6 часов (4 раза в сутки) в течение 10 дней.

Лечение больных вторичным и ранним скрытым сифилисом

- Методика № 1.
- Лечение проводится экстенциллином или ретарпеном по 2,4 млн. ЕД на инъекцию, 1 раз в неделю, № 3, либо бициллином-1, по 2,4 млн. ЕД на инъекцию, 1 раз в 5 дней, всего 6 инъекций.
- Методика № 2.
- Для лечения применяют бициллин-3 по 1,8 млн. ЕД на инъекцию, 2 раза в неделю, всего 10 инъекций, либо бициллин-5 в дозе 1,5 млн. ЕД 2 раза в неделю, всего 10 инъекций.
- Методика №3.
- Лечение проводится прокаин-пенициллином, по 1,2 млн. ЕД на инъекцию, ежедневно, в течение 20 дней, либо новокаиновой солью пенициллина по 600 000 ЕД 2 раза в день, в течение 20 дней.
- Методика № 4.
- Применяется водорастворимый пенициллин по 1 млн. ЕД через каждые 6 часов (4 раза в сутки) в течение 20 дней.
- Примечание: больных с "поздними" рецидивами, с наличием алопеции и лейкодермы, а также у больных ранним скрытым сифилисом с давностью заболевания, превышающей 6 месяцев,

Лечение больных третичным и скрытым поздним сифилисом

- Методика № 1.

Для лечения используется водорастворимый пенициллин по 1 млн. ЕД x 4 раза в сутки в течение 28 дней. Затем, после 2-недельного перерыва, проводится второй курс лечения растворимым пенициллином в аналогичных дозах, либо одним из препаратов средней дюрантности (см. ниже). Длительность второго курса -14 дней.

- Методика №2.

Лечение проводится новокаиновой солью пенициллина по 600 000 ЕД 2 раза в сутки, на протяжении 28 дней. После 2-х недельного перерыва следует второй курс лечения, в тех же дозах, длительностью в 2 недели. Для лечения используют также прокаин-пенициллин в разовой дозе 1,2 млн. ЕД , 1 раз в день, в течение 20 дней, После 2-х недельного перерыва проводится второй курс, длительностью в 10 дней.

Альтернативные (резервные) методы лечения сифилиса.

- Полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин),
- Доксциклин
- Тетрациклин
- Эритромицин
- Цефтриаксон

КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

- Взрослые и дети, получившие превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с больными ранними формами сифилиса, подлежат однократному клинико-серологическому обследованию через 3 месяца после лечения.
- Больные первичным серонегативным сифилисом находятся под контролем также в течение 3 месяцев.

- Больные ранними формами сифилиса, имевшие до лечения положительные результаты КСР (МРП), состоят на клинико-серологическом контроле до полной негативации КСР и затем еще 6 месяцев, в течение которых необходимо провести 2 обследования. Длительность клинико-серологического контроля будет индивидуализированной в зависимости от результатов лечения.
- Для больных поздними формами сифилиса, у которых КСР после лечения нередко остается положительным, предусмотрен обязательный 3-летний срок клинико-серологического контроля. Решение о снятии с учета или продления контроля принимается индивидуально. В процессе контрольного наблюдения КСР исследуют один раз в 6 месяцев в течение второго и третьего года. Специфические серореакции (РИТ, ИФА, РПГА,) исследуют 1 раз в год.

СНЯТИЕ С УЧЕТА БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

- По окончании клинико-серологического наблюдения больные всеми формами сифилиса подлежат полному клиническому (осмотр терапевта, невропатолога, окулиста, отоларинголога) и рентгенологическому обследованию.
- Ликворологическое обследование при снятии с учета рекомендуется пациентам, лечившимся по поводу раннего и позднего нейросифилиса.
- В качестве критериев излеченности следует учитывать:
- **а)** данные клинического (кожные покровы, слизистые, внутренние органы, нервная система и органы чувств) и рентгенологического обследования;
- **б)** качество проведенного лечения и его соответствие действующим методическим рекомендациям;
- **в)** результаты лабораторного (серологического и при показаниях - ликворологического) исследования.

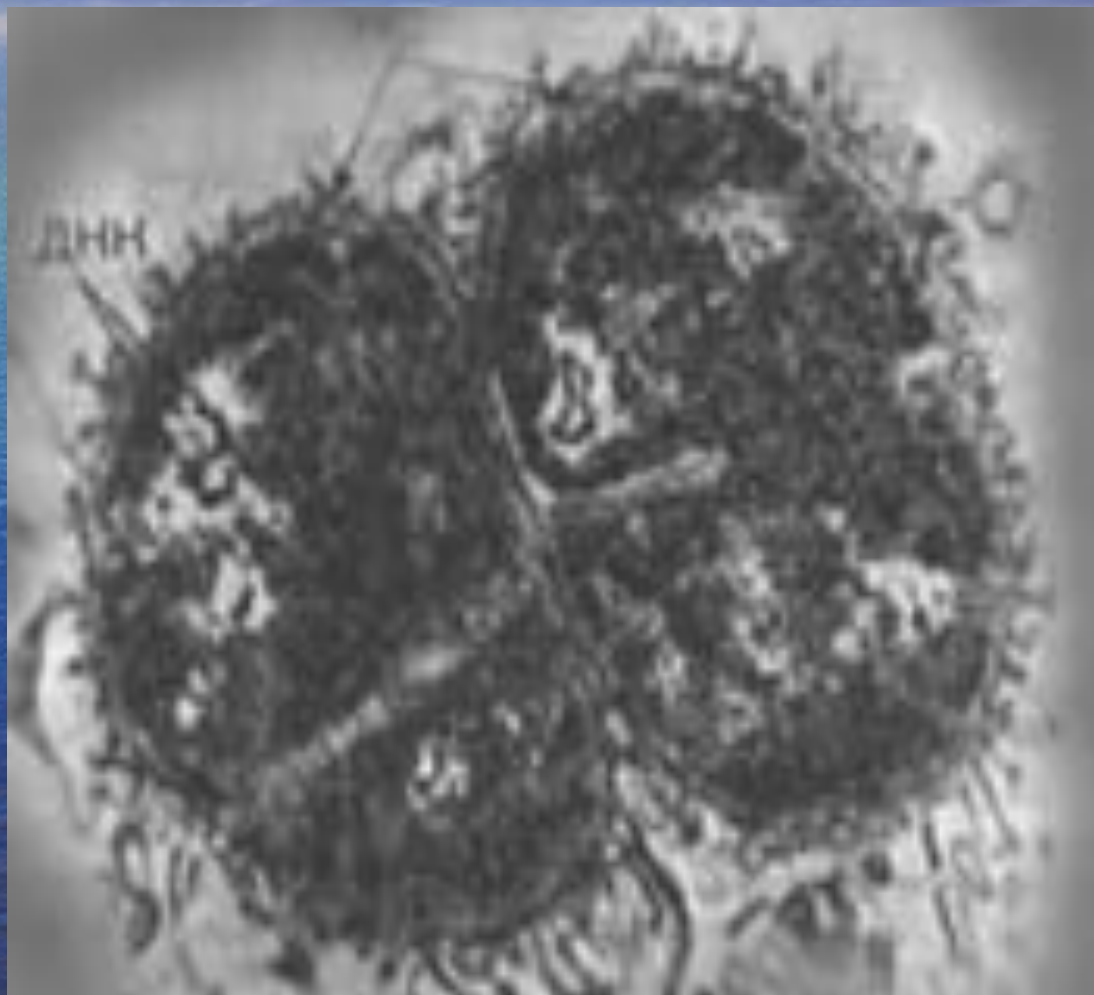


ГОНОРЕЯ

ГОНОРЕЯ

- венерическое заболевание, передающееся преимущественно половым путем, вызываемое гонококком, поражающим преимущественно цилиндрический эпителий.
- Одна из самых распространенных инфекций: по данным ВОЗ ежегодно в мире гонореей болеет около 200 миллионов человек.

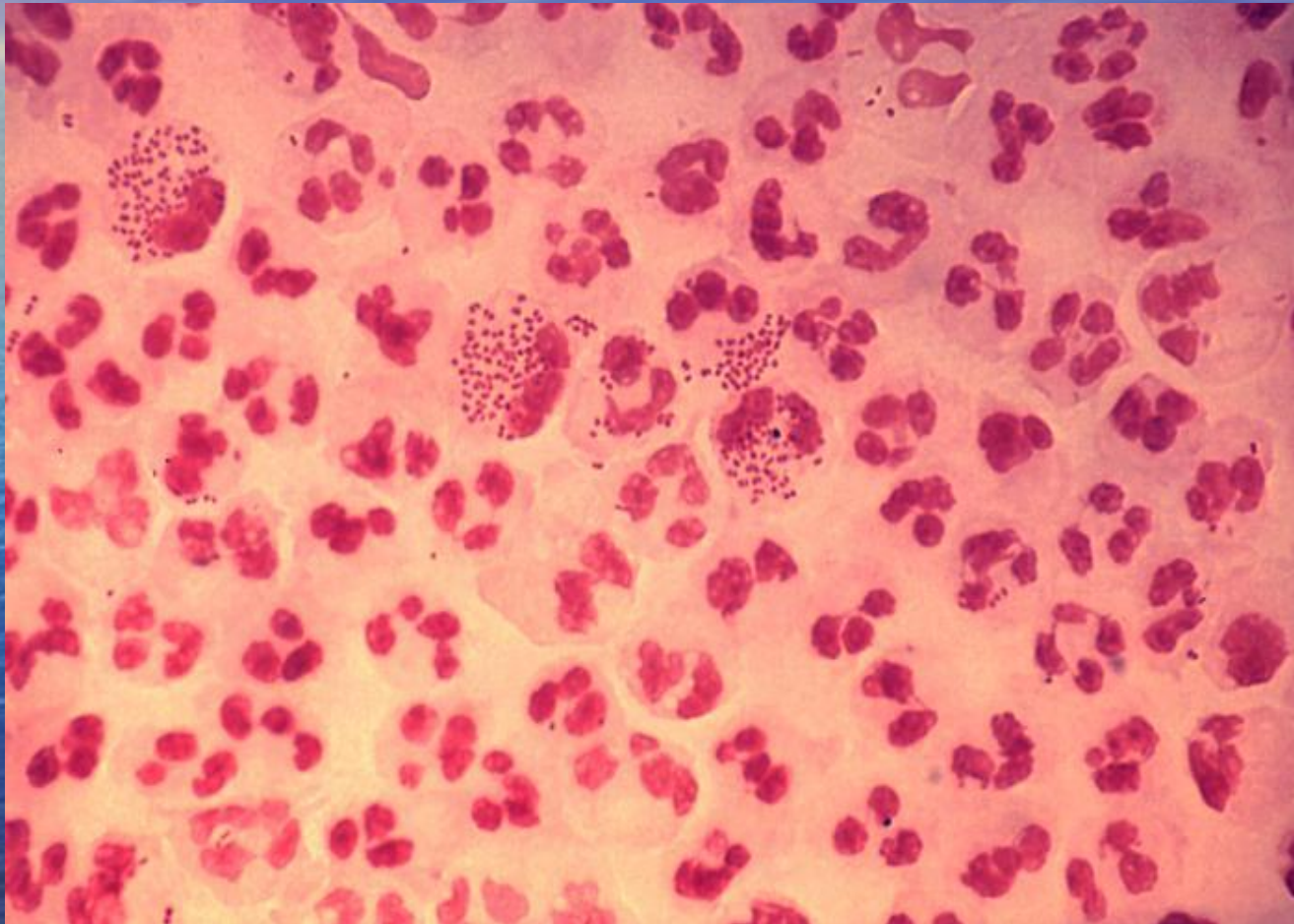
Гонококк



ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель гонореи – *Neisseria gonorrhoeae*, открытый Нейссером в 1879г - грамотрицательный диплококк бобовидной формы, размером 1,25- 1,6 мкм в длину и 0,7- 0,9 в ширину хорошо окрашивается всеми анилиновыми красителями. При острых процессах в окрашенных мазках гонококки выявляются внутри лейкоцитов.

ГОНОКОККИ (окраска по ГРАМУ)



Классификация

Свежая (до 2х месяцев)

- острая
- подострая
- торпидная

Хроническая (свыше 2х месяцев)

Латентная (гонококконосительство)

Клиника гонореи у мужчин

- Острый передний гонорейный уретрит
- Острый тотальный гонорейный уретрит
- Подострый гонорейный уретрит
- Торпидный гонорейный уретрит

Осложнения гонорейного уретрита

- Литтреит
- Морганит
- Тизонит
- Парауретрит
- Периуретрит
- Колликулит
- Куперит
- Простатит (катаральный, фолликулярный, паренхиматозный) острый и хронический
- Везикулит
- Эпидидимит
- Баланопостит и фимоз

Острый гонорейный уретрит



Экстрагенитальные формы гонореи

- Гонорейный проктит
- Орофарингеальная гонорея
(гонорейный фарингит и тонзиллит,
гонорейный стоматит)
- Гонорея глаз (гонобленорея)

Диагностика гонореи

- Бактериоскопическое исследование
- Бактериологическое исследование (посев на асцитический агар)
- Иммунофлюоресцентный метод –ПИФ (прямая иммунофлюоресценция)
- ИФА
- ПЦР
- Реакция Борде-Жангу (РСК)

ЛЕЧЕНИЕ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ

- Цефтриаксон - 250 мг однократно внутримышечно
- Ципрофлоксацин - 500 мг однократно внутрь
- Офлоксацин - 400 мг однократно внутрь
- Спектиномицин – 2,0 г однократно внутримышечно
- Бензилпенициллина натриевая соль – начальная доза 600000 ЕД в\м, последующие по 400000 ЕД каждые 3 часа, на курс 3 400 000 ЕД

ЛЕЧЕНИЕ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ГЛАЗ

- Цефтриаксон -1.0 г в/м однократно.
- *Местно:* 1%-ный раствор нитрата серебра, 1%-ная тетрациклиновая, 0,5%-ная эритромициновая глазные мази.

НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ГОНОКОККОВЫЙ ФАРИНГИТ

- Цефтриаксон - 250 мг внутримышечно однократно
- Офлоксацин - 400 мг перорально однократно
- Ципрофлоксацин - 500 мг перорально однократно

ЛЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА С ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Рекомендуемая схема

- Цефтриаксон -1,0 г в/м или в/в каждые 24 часа
- Цефотаксим -1,0 г в/в каждые 8 часов
- Спектиномицин - 2,0 г в/м каждые 12 часов
- Ципрофлоксацин - 500 мг в/в каждые 12 часов
- Внутривенная или внутримышечная терапия должна продолжаться не менее 7 дней.
- Другой алгоритм лечения

Каждый из перечисленных препаратов применяется в течение 24-48 часов, при разрешении клинической симптоматики переходят на пероральную терапию ципрофлоксацином по 500 мг внутрь каждые 12 часов или офлоксацином по 400 мг внутрь каждые 12 часов.

Лечение проводится в течение 14 дней

Критерии излеченности гонореи

- Излеченность гонореи устанавливается с помощью клинического, бактериоскопического и бактериологического исследований.
- К установлению излеченности следует приступить через 7 - 10 дней после окончания лечения. В случае отсутствия постгонорейных воспалительных явлений проводят комбинированную провокацию.
- У мужчин через 24, 48, и 72 часа после провокации берут для бактериоскопического исследования отделяемое из уретры, а при отсутствии такового - нити из мочи, соскоб со слизистой уретры. У женщин мазки из отделяемого всех очагов поражения исследуют также через 24, 48 и 72 часа.

ПРОФИЛАКТИКА ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

- Профилактику офтальмии следует проводить всем новорожденным сразу же после рождения одним из нижеуказанных препаратов.
- Нитрат серебра - 1%-ный водный раствор, однократно по 2-3 капли в каждый глаз.
- Эритромициновая глазная мазь 0,5-1% -однократно.
- Тетрациклиновая глазная мазь 1% -однократно.

Трихомониаз урогенитальный

- В общей структуре уретрогенных ИППП частота трихомониаза оценивается примерно в 10%. Трихомониаз передается половым путем и обычно сочетается с другими ИППП. Случаи неполового заражения (через предмета туалета, индивидуальное белье) чрезвычайно редки. Новорожденные заражаются при прохождении родовых путей больной матери. Трихомонадной инвазии способствует изменение рН влагалища и гормонального статуса. В эпидемиологическом отношении серьезную проблему представляют больные с вялотекущим воспалительным процессом и трихомонадоносители, а также больные со штаммами, резистентными к метронидазолу.

ЭТИОЛОГИЯ ТРИХОМОНИАЗА

- *Trichomonas vaginalis* относится к *типу простейших, семейству Trichomonadidae, роду Trichomonas* и представляет собой *одноклеточный организм* обычно грушевидной формы величиной от 8 до 24 мкм со жгутиками и ундулирующей мембраной, обеспечивающими способность к активному перемещению. Через все тело трихомонады проходит опорный стержень — аксостиль.

353



- Трихомонады могут существовать не только в жгутиковой (грушевидной, вегетативной), но и в амeboидной форме, при которой движения жгутиков не видны, а перемещение самого паразита происходит настолько медленно, что он кажется неподвижным. Амeboидная форма отличается большей величиной (до 30 мкм) и формой, повторяющей рельеф эпителиальной клетки, на которой она паразитирует; способна фагоцитировать целые клетки, однако фагоцитоз может быть незавершенным; возможен эндоцитобиоз (в частности, при гонорейно-трихомонадной инфекции).

- Трихомонады поражают лишь плоский эпителий. Попадая в мочеиспускательный канал и канал шейки матки, они затем распространяются по протяжению слизистой оболочки и через межклеточные пространства проникают в субэпителиальную соединительную ткань, вызывая воспалительную реакцию с поражением, поражая лакуны и железы уретры, проникают в лимфатические щели и сосуды, перемещаются в половые железы, вызывая их воспаление

- Трихомониаз – многоочаговое заболевание, при котором возбудитель может обнаруживаться не только в любых мочеполовых органах, но и поражать миндалины, конъюнктиву глаза, прямую кишку, обнаруживаться в легких у новорожденных.
- *Инкубационный период* при трихомониазе варьирует от 3 дней до 1 мес (в среднем составляет 10–12 дней).

Классификация по МКБ-10

- Трихомониаз – А.59
- Урогенитальный трихомониаз неосложненный – А.59.0
- Урогенитальный трихомониаз осложненный – А.59.1
- Трихомониаз других локализаций – А.59.8

Клиника урогенитального трихомониаза у мужчин

- Трихомониаз у мужчин протекает в форме уретрита (обычно торпидного или бессимптомного, при хроническом течении – с очаговыми инфильтратами, литтреитом, морганитом, колликулитом) и его осложнений: простатита (как правило, первично-хронического), эпидидимита (чаще подострого с невысокой и кратковременной температурной реакцией, выделениями из уретры, не прекращающимися как при гонорее, поражением хвоста и тела придатка), везикулита, куперита, тизонита, парауретрита, поражений кожи (баланопостит, эрозии и язвы полового члена, напоминающие шанкриформную пиодермию).

Диагностика трихомониаза

- микроскопия нативных препаратов (возбудитель определяется по характерной форме и толчкообразным движениям и жгутикам);
- микроскопия препаратов, окрашенных метиленовым синим и по Граму, иногда по Романовскому–Гимзе и др.;
- Культуральный метод исследования, обладающий высокими показателями чувствительности и специфичности, признается «золотым стандартом» диагностики урогенитального трихомониаза и позволяет подтвердить диагноз.
- Культуральные исследования особенно ценны для выявления атипичных форм

- иммунологические методы (РСК, РПГА, РИФ в сыворотке крови и секрете половых желез) не используются в качестве основного диагностического теста из-за того, что у ряда больных они бывают отрицательными и остаются положительными после излечения или ложноположительны у неболевших трихомониазом;
- антигены трихомонад выявляются с помощью метода латекс-агглютинации;
- перспективным для выявления ДНК-последовательностей трихомонад (особенно у мужчин) является метод ПЦР.

Лечение больных свежим острым и подострым *неосложненным трихомонадным уретритом*

- метронидазол (трихопол, флагил) внутрь по 0,5 г 4 раза в сутки в течение 5 дней; или по 0,25 г 2 раза в сутки в течение 10 дней; или в первые 4 дня по 0,25 г 2 раза в сутки, в остальные 4 дня по 0,25 г 2 раза в день; или 2,0 г однократно;
- тинидазол – внутрь в дозе 2,0 г однократно или по 0,5 г 2 раза в сутки ежедневно в течение недели;
- тиберал – внутрь по 0,5 г 2 раза в сутки в течение 5 дней.

- **Больным свежим торпидным, свежим осложненным и хроническим трихомонозом проводится комплексное лечение .** В таких случаях наряду с протистоцидными препаратами назначают иммунотерапию, ферментотерапию, физиотерапию и местное лечение: промывания уретры растворами фурацилина 1 : 5000, фуросолидона 1 : 5000, 3% раствором борной кислоты, оксидианида ртути 1 : 1000, нитрата серебра 1 : 1000–1 : 6000;

Наблюдение и контроль излеченности

Рекомендуется, как минимум, один последующий визит для подтверждения эффективности лечения, оценки степени разрешения симптомов и признаков, а также для оповещения партнеров.

- Контроль излеченности проводят через 7-10 дней после завершения лечения с помощью микроскопического и культурального методов исследования.