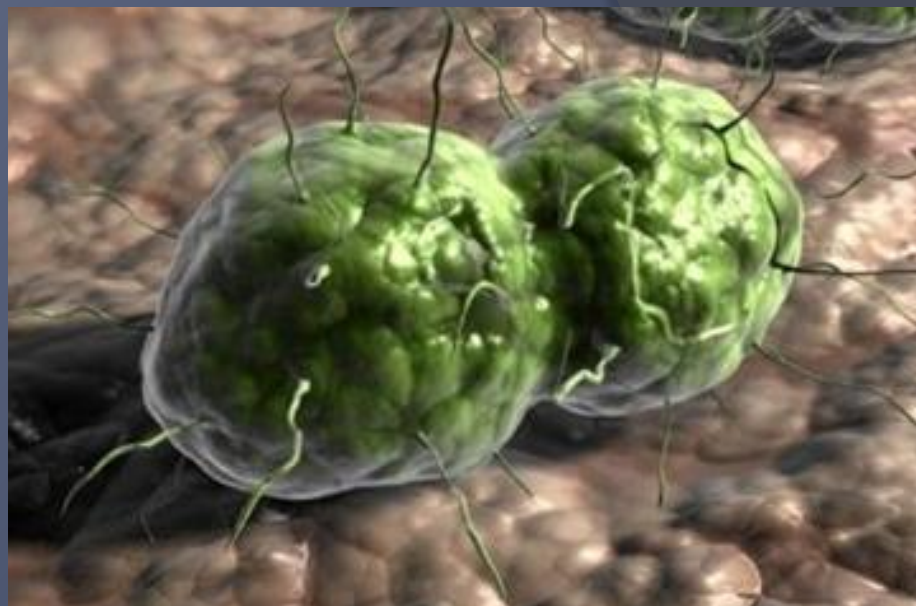


ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ
Кафедра кожных и венерических болезней

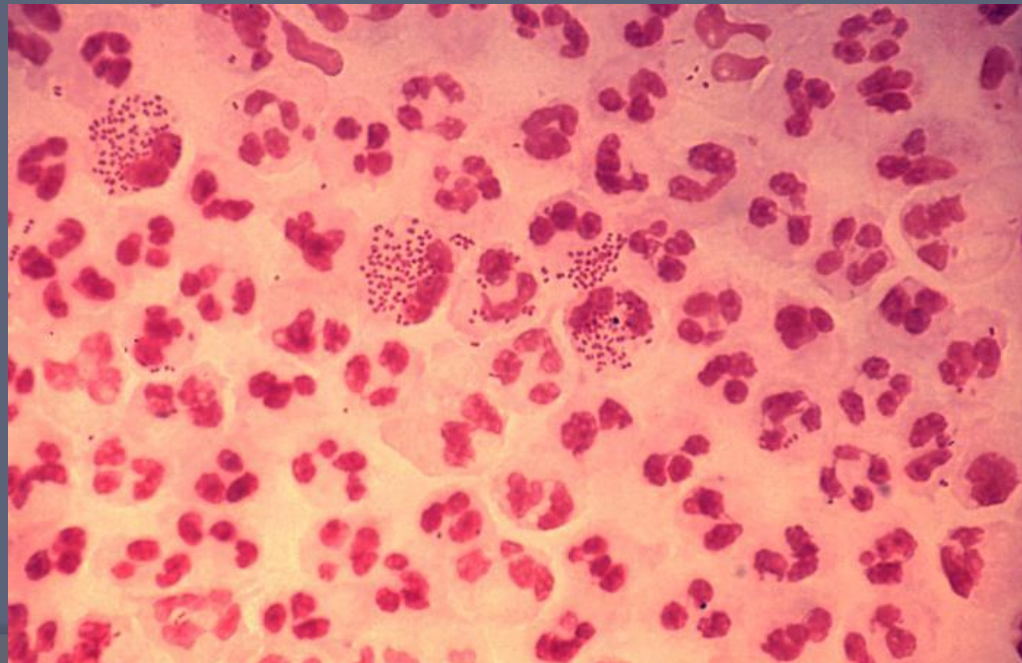
ГОНОРЕЯ

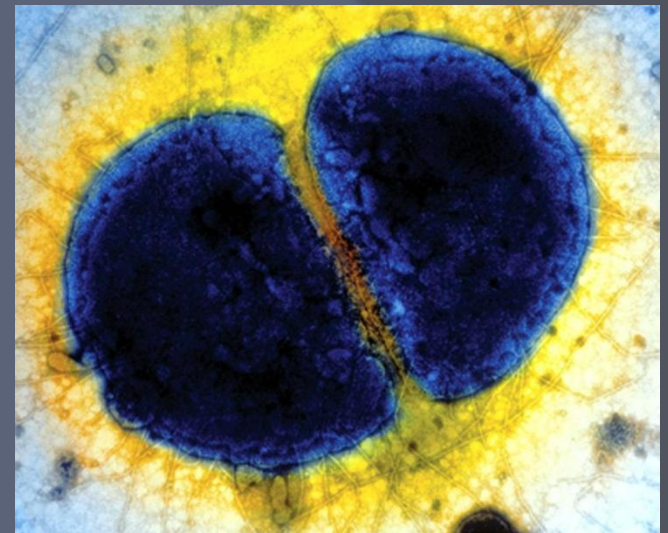
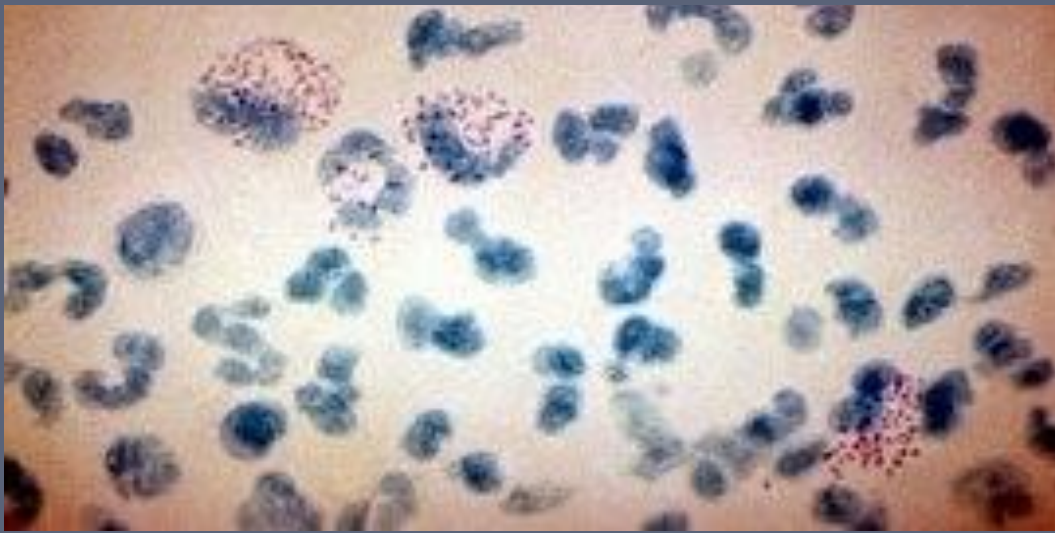
Выполнил: студент 4 курса
лечебного факультета 5 группы
Мирзабеков С. Г.



Гонорея

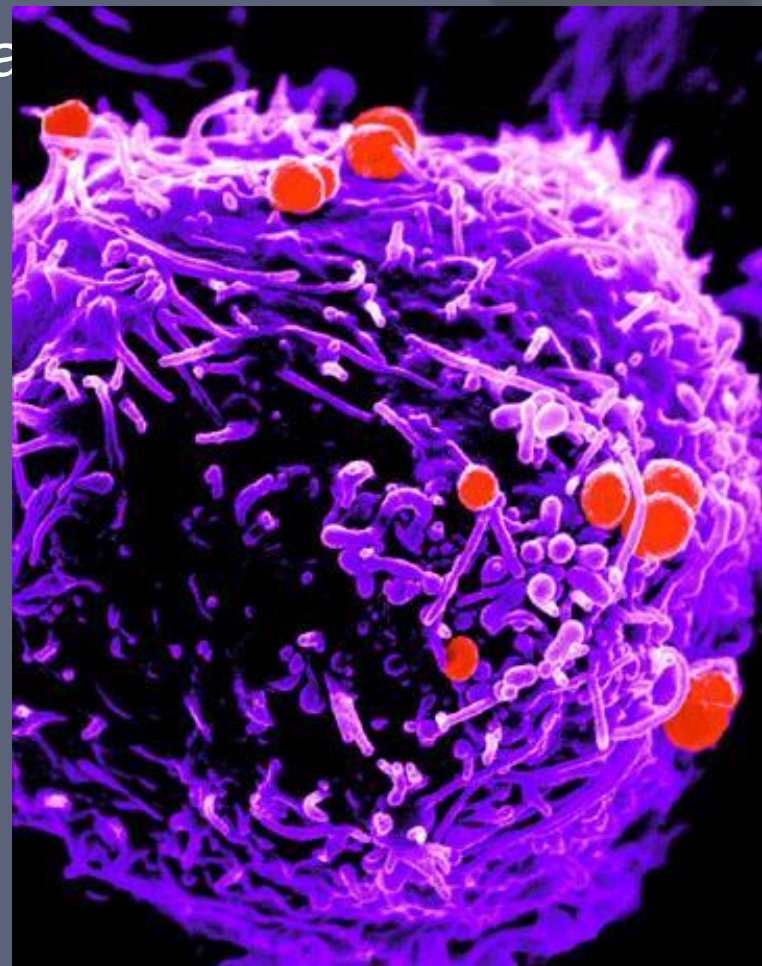
- ★ это инфекционное заболевание, передаваемое половым путем, возбудителем которого является *Neisseria gonorrhoeae* (гонококк).





- ★ Гонококк - грамотрицательный диплококк, по форме сходный с кофейными зернами, сложенными вогнутыми сторонами. Неподвижен, не образует спор.
- ★ Инкубационный период: 3–15 дней, реже до 1 месяца.
- ★ Характерно внутриклеточное расположение (внутри лейкоцитов), наличие пилей - нитевидных отростков клеточной мембраны, которыми гонококки прикрепляются к эпителиальным клеткам мочеполовых органов, бобовидной формы и отрицательное отношение к окраске по Грамму. Гонококки могут располагаться и внеклеточно на поверхности многослойного плоского эпителия.
- ★ При неадекватном лечении образует L-формы, устойчивые к препаратам, способствовавшим из образованию.

- ★ Гонококки погибают в закрытых полостях от собственного токсина, при высыхании, температуре выше $55\text{ }^{\circ}\text{C}$, действии антибиотиков и ряда химических препаратов.
- ★ Гонококк не образует истинного токсина, имеет лишь эндотоксин, который высвобождается при его гибели.
- ★ Гонококк избирательно поражает отделы мочеполовой системы, выстланные *цилиндрическим эпителием*: уретру, парауретральные ходы, выводные протоки бартолиновых желез, цервикальный канал, матку, маточные трубы, покровный эпителий яичников, а также тазовую брюшину и прямую кишку, и другие органы и системы.



Классификация По МКБ 10

- Гонорея нижних отделов мочеполового тракта неосложненная (включает: уретрит; вульвовагинит; эндоцервицит; цистит)
- Гонорея нижних отделов мочеполового тракта осложненная (включает: эпидидимит; орхит; простатит; воспалительные заболевания органов малого таза у женщин; пельвиоперитонит)
- Гонорея глаз (включает: конъюнктивит; иридоциклит; гонококковую офтальмию новорожденных)
- Гонорея костно-мышечной системы (включает: артрит; бурсит; остеомиелит; синовит; теносиновит)
- Гонококковый фарингит
- Гонорея аноректальной области
- Др локализаций (включает: мио-, пери- и эндокардит; абсцесс мозга; менингит; пневмония; сепсис)

По длительности заболевания:

Свежая (до 2-х мес.)

Хроническая

Острая

Подострая

Торпидная

К **свежей острой** форме относятся заболевания, протекающие с выраженными симптомами, у больных обнаруживаются гонококки. При **торпидной гонорее** клинические проявления отсутствуют, но обнаруживаются гонококки.

Свежей подострой формой гонореи считается процесс, начавшийся не более 2 недель назад и протекающий с нерезко выраженными клиническими проявлениями при наличии гонококков.

Хронической принято считать гонорею с продолжительностью заболевания более 2 месяцев или если давность заболевания установить невозможно.

По степени распространения:



гонорея нижнего
отдела
мочеполовых
органов



восходящая



метастатическая

- К первой форме относится гонорея уретры, парауретральных ходов и крипт, вульвы, влагалища, больших вестибулярных желез и шейки матки (эндоцервикс).
- Восходящей считается гонорея, распространившаяся на матку (в основном эндометрий), маточные трубы, яичники и тазовую брюшину.
- К метастатической гонорее относят заболевания сердца, глаз, суставов, нервов, кожи и т.д.

Пути передачи и условия заражения

Основной путь заражения:

- вагинальный,
 - оральный,
 - анальный.
-
- Дети могут инфицироваться при прохождении плода через родовые пути матери, больной гонореей, нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми.

Особенности течения гонореи

1. Асимптомное течение гонореи.
2. Гонорея как смешанная инфекция.
3. Множественность поражения. В момент заражения инфицируется сразу или последовательно несколько органов.
4. Последствия каждой из форм гонореи имеют свои особенности.
5. Может являться причиной фоновых, предраковых заболеваний шейки матки.
6. Длительное волнообразное течение с частыми обострениями под влиянием самых разных провоцирующих факторов

КЛИНИКА

- Гонорея нижнего отдела мочеполового тракта часто бессимптомна. При выраженных проявлениях дизурические явления, зуд, жжение во влагалище, гнойевидные сливкообразные выделения из цервикального канала.





- Гонорея верхнего отдела (восходящая) вызывает нарушения общего состояния, жалобы на боли внизу живота, повышение температуры до 39°C , тошноту, иногда рвоту, озноб, жидкий стул, учащенное и болезненное мочеиспускание, нарушение менструального цикла.

- В настоящее время гонорейный процесс не имеет типичных клинических признаков, так как часто наблюдается микст–инфекция. Это удлиняет инкубационный период, способствует более частому рецидивированию, затрудняет диагностику и лечение.
- Хронизация воспалительного процесса приводит к нарушению менструального цикла, развитию спячного процесса в малом тазу, может привести к бесплодию, внематочной беременности, невынашиванию беременности.
- Объективно отмечают гнойные или сукровично–гнойные выделения из цервикального канала, увеличенная болезненная, мягковатой консистенции матка, отёчные болезненные придатки, болезненность при пальпации живота, симптомы раздражения брюшины.

Диагностика

- Основана на данных анамнеза, объективного исследования и применения лабораторных методов.
- Основные лабораторные методы: бактериологический и бактериоскопический, направленные на выявление возбудителя.



Лечение



- При острой и подострой гонорее лечение больных проводится в стационаре, при хронической - в поликлинике.
- Основным средством для лечения гонореи являются антибактериальные препараты. С целью более быстрой ликвидации острого процесса применяют антибиотики более широкого спектра действия.

- Применяют препараты группы пенициллина, *левомицетина, канамицин, олететрин, рифампицин, цефазолин*. В случае осложненной и восходящей гонореи, смешанной инфекции назначают одновременно несколько антибиотиков. При их непереносимости или развитии устойчивых применяют *сульфаниламидные препараты*.
- При торпидном течении, восходящем процессе и хроническом течении заболевания, безуспешном лечении антибиотиками, с целью стимуляции защитных сил организма применяются *аутогемотерапия, гоновакцина и пирогенные препараты*.

- Гоновакцина, внутримышечно, однократно, начиная с дозы 200 млн. микробных тел. Инъекции повторяют через 2-3 дня с учетом общей, местной и очаговой реакции. Курс лечения состоит из 6-8 инъекций. Максимальная суточная доза - не выше 2 млрд. микробных тел, которая вводится повторно.



- Пирогенал применяют в первоначальной дозе 20-25 МПД в виде внутримышечных инъекций с интервалом 2-3 дня. При невыраженном пирогенном эффекте и слабой местной реакции дозу повышают на 25-50 МПД. Максимальная разовая доза 1000 МПД, курс лечения состоит из 10-15 инъекций.



- Местное лечение гонорее нижнего отдела мочеполовой системы проводят в случае непереносимости антибиотиков или их неэффективности, у больных свежей торпидной и хронической гонореей, а также при рецидивах заболевания.
- Применяют глубокое промывание мочеиспускательного канала раствором калия перманганата, массаж уретры и после мочеиспускания - смазывание уретры 1% раствором Люголя, теплые сидячие ванны из раствора калия перманганата или отвара ромашки, местно УВЧ.

Этиологическое лечение свежей гонорей нижних отделов мочеполовой системы без осложнений:

- Цефтриаксон - 250 мг внутримышечно, однократно.
- Азитромицин - 1 г внутрь однократно.
- Офлоксацин - 400 мг внутрь однократно.
- Ципрофлоксацин - 500 мг внутрь однократно.
- Спектиномицин - 4 г внутримышечно однократно.
- Цефуроксим - 1,5 г внутримышечно однократно.
- Цефуроксим аксетил - 1 г внутрь однократно.
- Пефлоксацин - 600 мг внутрь однократно.
- Ломефлоксацин - 600 мг внутрь однократно.
- Норфлоксацин - 800 мг внутрь однократно.

Этиологическое лечение асимптомной, малосимптомной, хронической гонореи нижних отделов мочеполовой системы с осложнениями; верхних отделов; органов малого таза; гонорейного проктита.

- Цефтриаксон - 1 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа 7 дней.
- Цефотаксим - 1 г внутривенно каждые 8 часов.
- Канамицин - 1 млн. ЕД внутримышечно каждые 12 часов.
- Ципрофлоксацин - 500 мг внутривенно каждые 12 часов.

Терапия данными препаратами должна продолжаться не менее 48 часов после исчезновения клинических СИМПТОМОВ.

- При обнаружении ассоциации гонорейной и трихомонадной инфекции одновременно с антибактериальной терапией следует назначать протистоцидные препараты по схемам, применяемым для лечения трихомониаза.

