

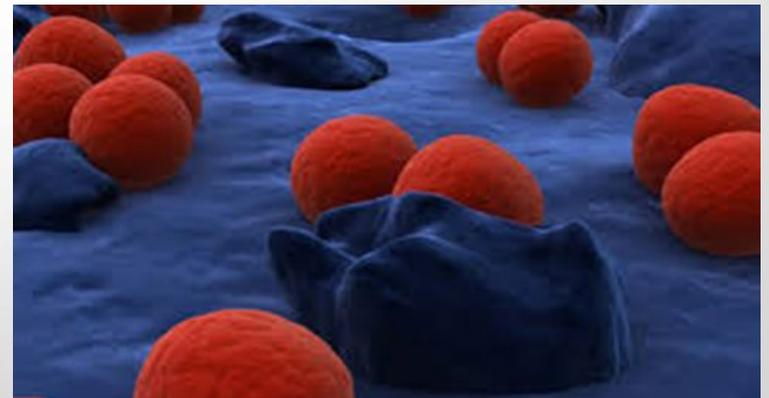
# ГОНОРЕЯ

Выполнила: ЛОМОВЦЕВА М.  
М.

ЛФ 4КУРС 65ГР

Гонорея –инфекционное венерическое заболевание, передающееся половым путем, вызываемое гонококками.

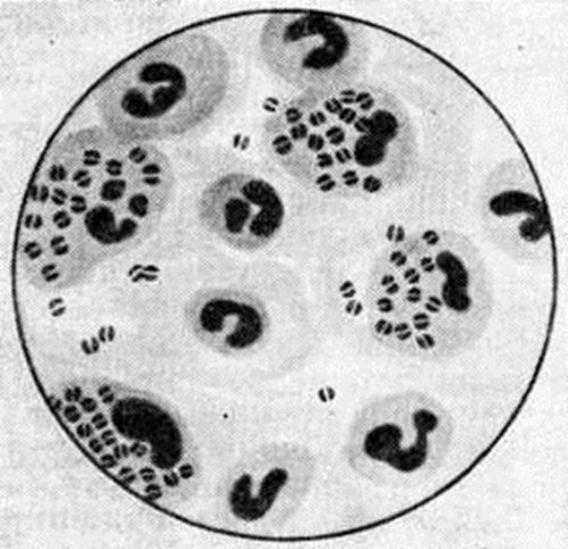
Поражает в первую очередь половые органы, выстланные цилиндрическим и железистым эпителием, слизистые оболочки, покрытые многослойным плоским эпителием



# Этиология

- Гонококки (*Neisseria gonorrhoeae*)

-граммотрицательные диплококки бобовидной формы, располагаются парами, прилегая друг к другу вогнутой стороной небольшого размера. Имеют нежную капсулу и пили. В гнойном отделяемом характерно расположение гонококков внутри и вне фагоцитирующих клеток — лейкоцитов (незавершённый фагоцитоз).



# Эпидемиологи

*Пути передачи:*

1. Половой
2. Бытовой
3. Трансплацентарный

*Источник:* больные гонореей

*Инкубационный период:*

мужчины от 2 до 5 суток  
женщины – от 5 до 10 суток.



# Плохо благоприятные

+ условия:

1) антисептики

2)  $t > 56$  и  $t < 18$ ,

+ высушивание, солнечный свет



- *Благоприятные условия:*
- 1) гной
- 2) внутри человека
- 3) цилиндрический эпителий

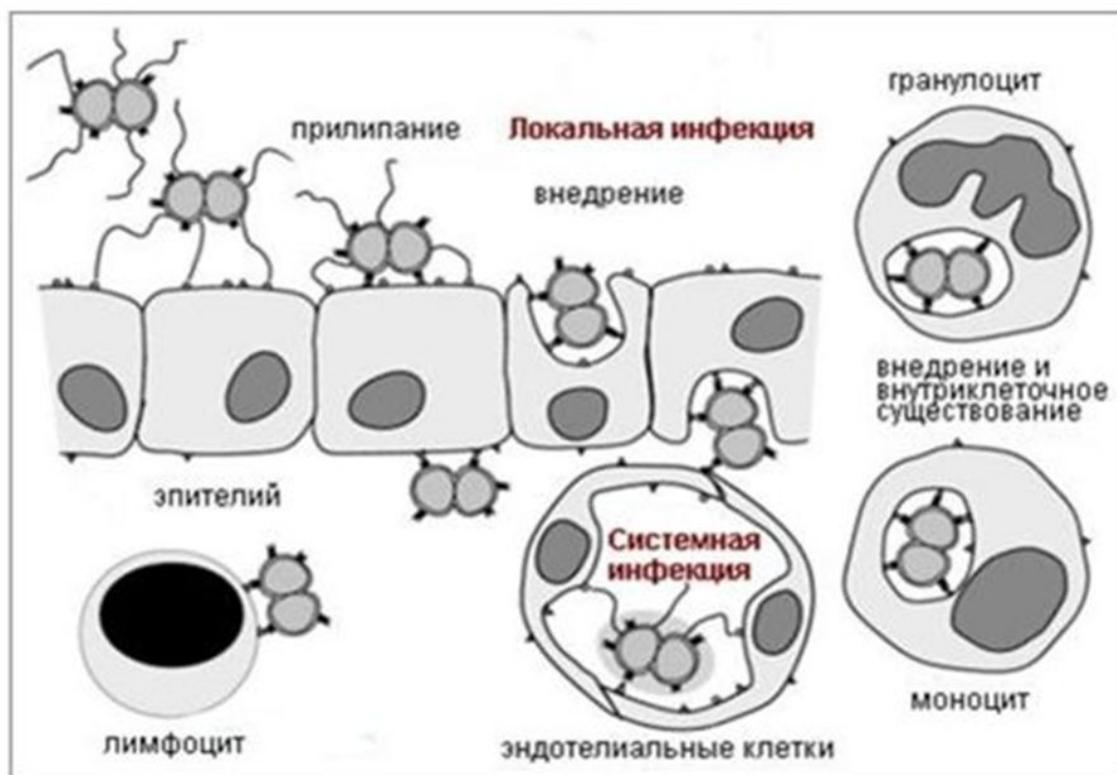
Важный фактор риска заражения гонореей – молодой возраст (до 80% больных гонореей – лица от 15 до 29 лет)

Вероятность заражения при незащищенном половом контакте с больным гонореей составляет около 50%.

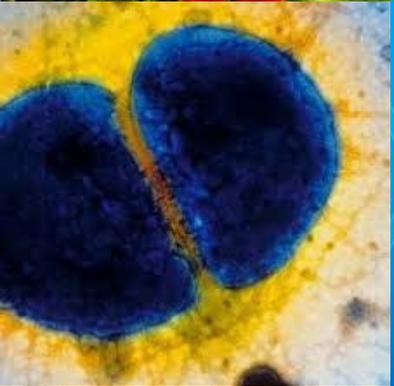
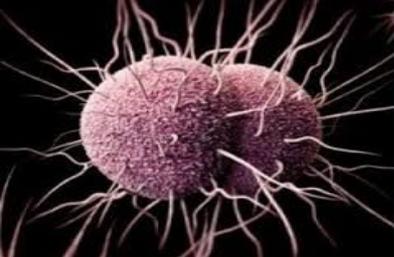
мужчина инфицируется в 17–20% случаев  
женщина же после однократного полового контакта с больным мужчиной – примерно в 80% случаев



# Патогенез гонореи



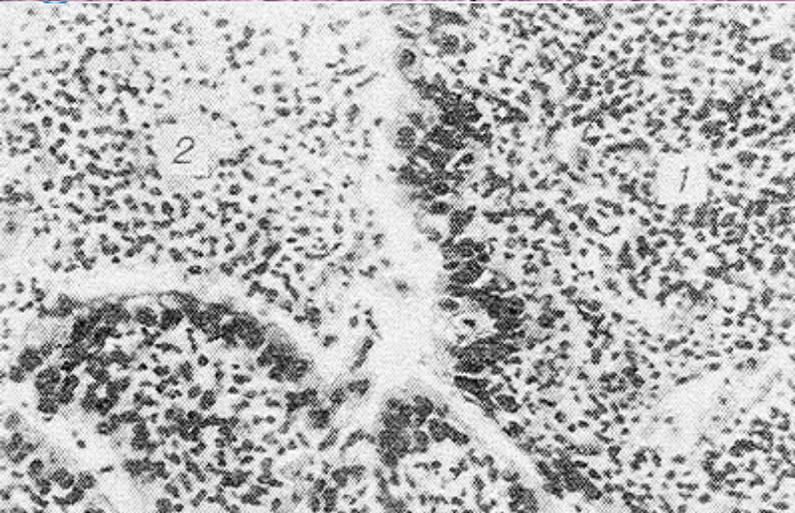
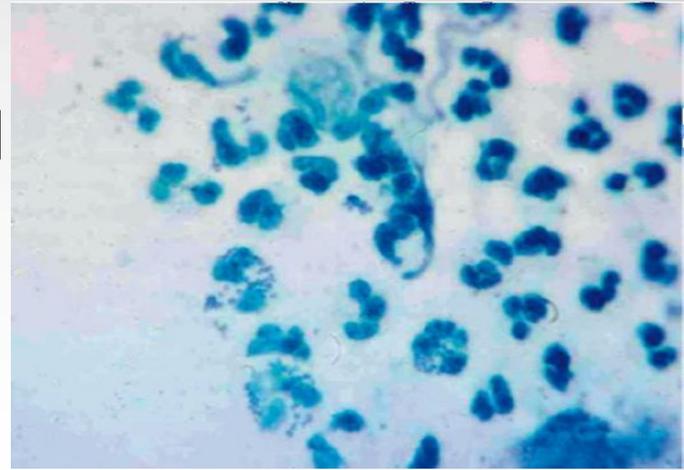
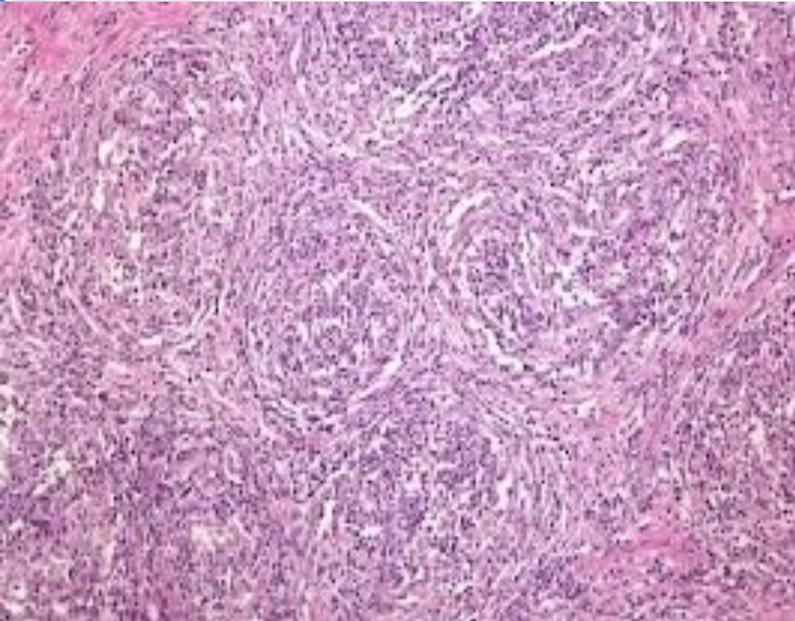
# Классификация



1. Гонорею свежую (с давностью до 2 мес)  
✓ по течению:
  - острая
  - подострая
  - торпидная (малосимптомная)
2. Хроническую (с давностью свыше 2 мес),
  - торпидное течение, обострение под влиянием провоцирующих факторов
3. Латентную гонорею  
(нет воспалительной реакции на слизистой)

Также есть: диссеминированная, экстрагенитальная и гонорея беременных.

# Патоморфология



- При свежем гонорейном уретрите наблюдаются диффузные экссудативные изменения в эпителии уретры
- При хроническом гонорейном уретрите наряду с экссудативными изменениями возникают пролиферативные



- **Клиника острого гонорейного уретрита:**
  - режущими болями в начале мочеиспускания
  - обильными гнойными выделениями желтоватого или коричневатого цвета
  - гиперемией и отеком губок уретры
  - болезненностью всяческого отдела мочеиспускательного канала
  - мутная от гноя моча.



- **Клиника Подострого уретрита (через 3–10 дней):**
  - умеренный зуд и рези при мочеиспускании
  - необильными, преимущественно утренними серозно-гнойными выделениями
  - меньшей выраженностью гиперемии и отека губок уретры



- **Клиника Торпидного уретрита:**
  - Выделения скудные
  - Боли и зуда нет
  - Отека губок уретры нет
  - 2-я порция мочи может быть прозрачной

# Остром тотальном гонорейный уретрит

- учащаются позывы на мочеиспускание
- появляются резь и боль в конце акта мочеиспускания
- терминальная гематурия
- частые болезненные эрекция и поллюции
- Гемоспермия
- моча мутнеет от гноя в обеих порциях.



# Хронический гонорейный уретрит

## Характеристика:

- Воспаление слизистой, лакун и желез
- течет торпидно или бессимптомно
- Наблюдается мягкий или твердый инфильтрат
- грануляциями и десквамацией уретры
- эндоуретральными осложнениями
- Склеивание губок уретры по утрам

# Осложнения

- – литтреит
- – колликулит
- – поражения кожи в виде эрозий и изъязвлений
- – лимфангит
- – лимфаденит паховый
- – морганит (воспаление лакун Морганьи)
- – парауретрит
- –периуретрит
- – куперит
- – простатит острый
- – везикулит
- –эпидидимит острый



# Гонорея у женщин



Исходя из особенностей строения мочеполовых органов у женщин выделяют

❖ *гонорею нижнего отдела:*

- – уретрит
- – вагинит
- –эндоцервицит
- – бартолинит

❖ *Восходящая гонорея:*

- – эндометритом
- – пельвиоперитонитом



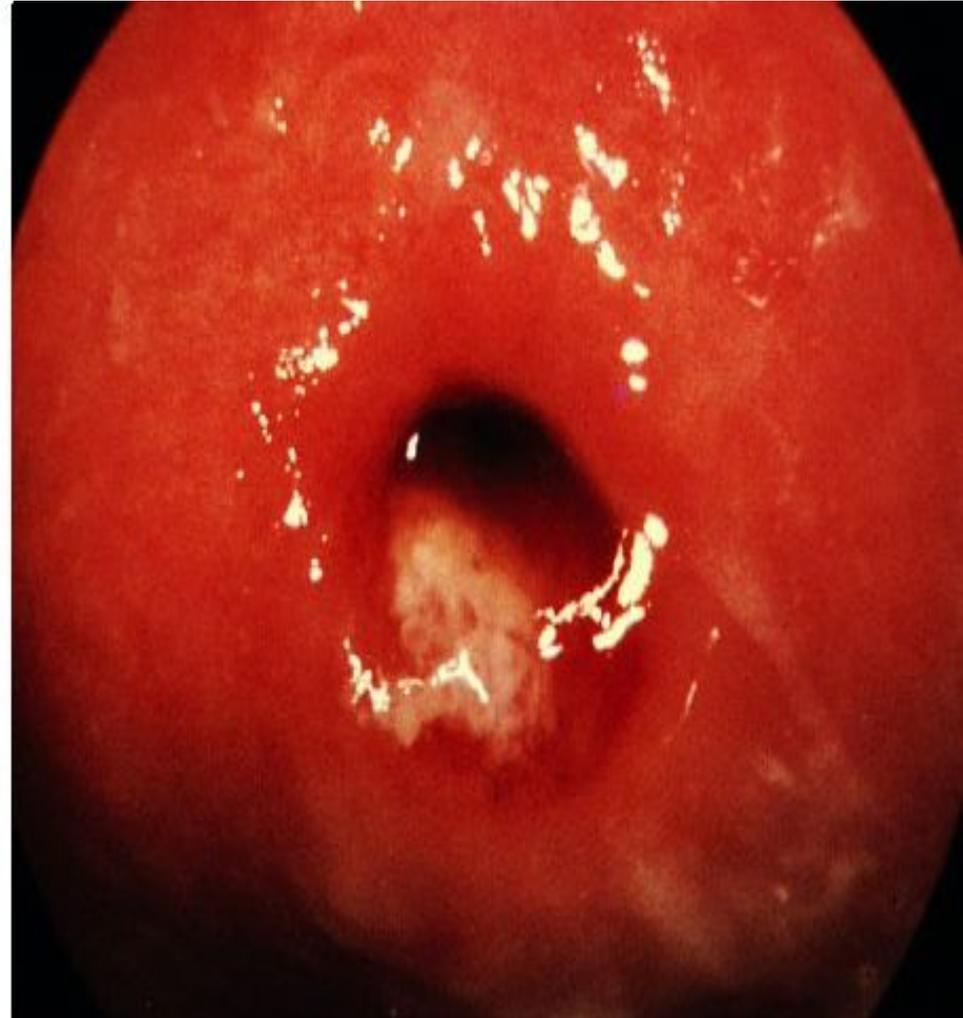
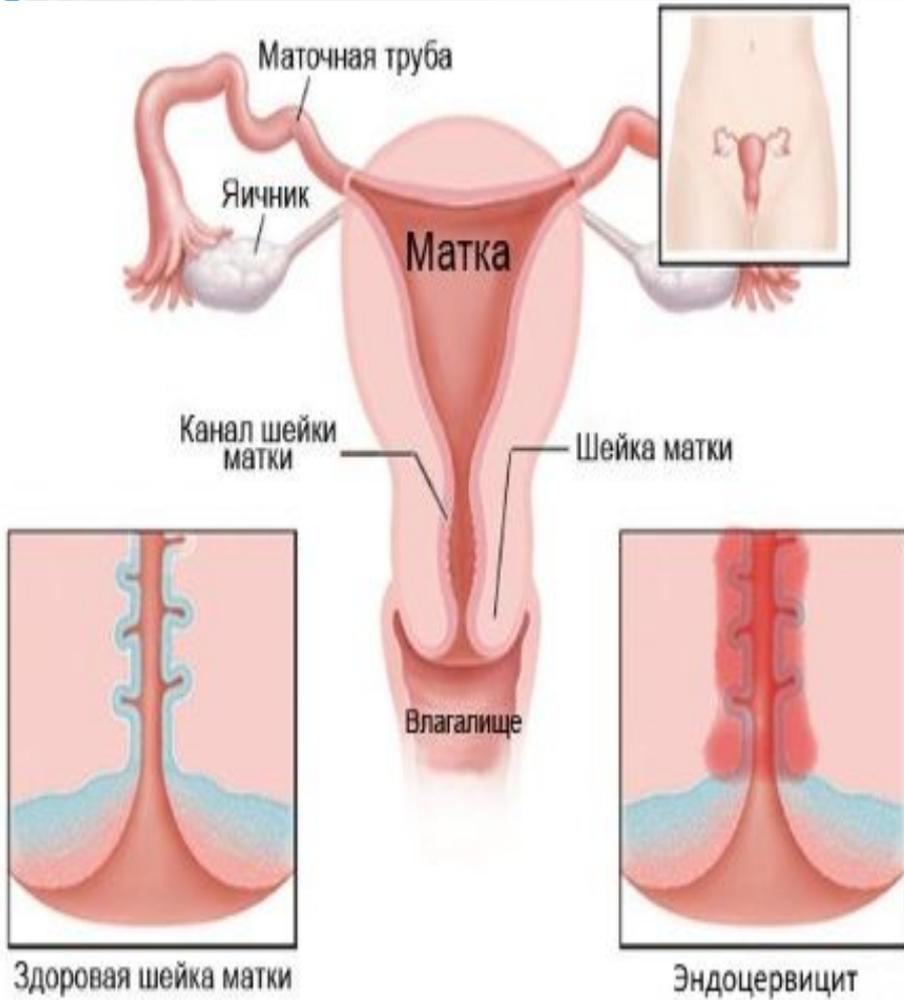
# уретрит



# ВАГИНИТ



# ЭНДОЦЕРВИЦИТ

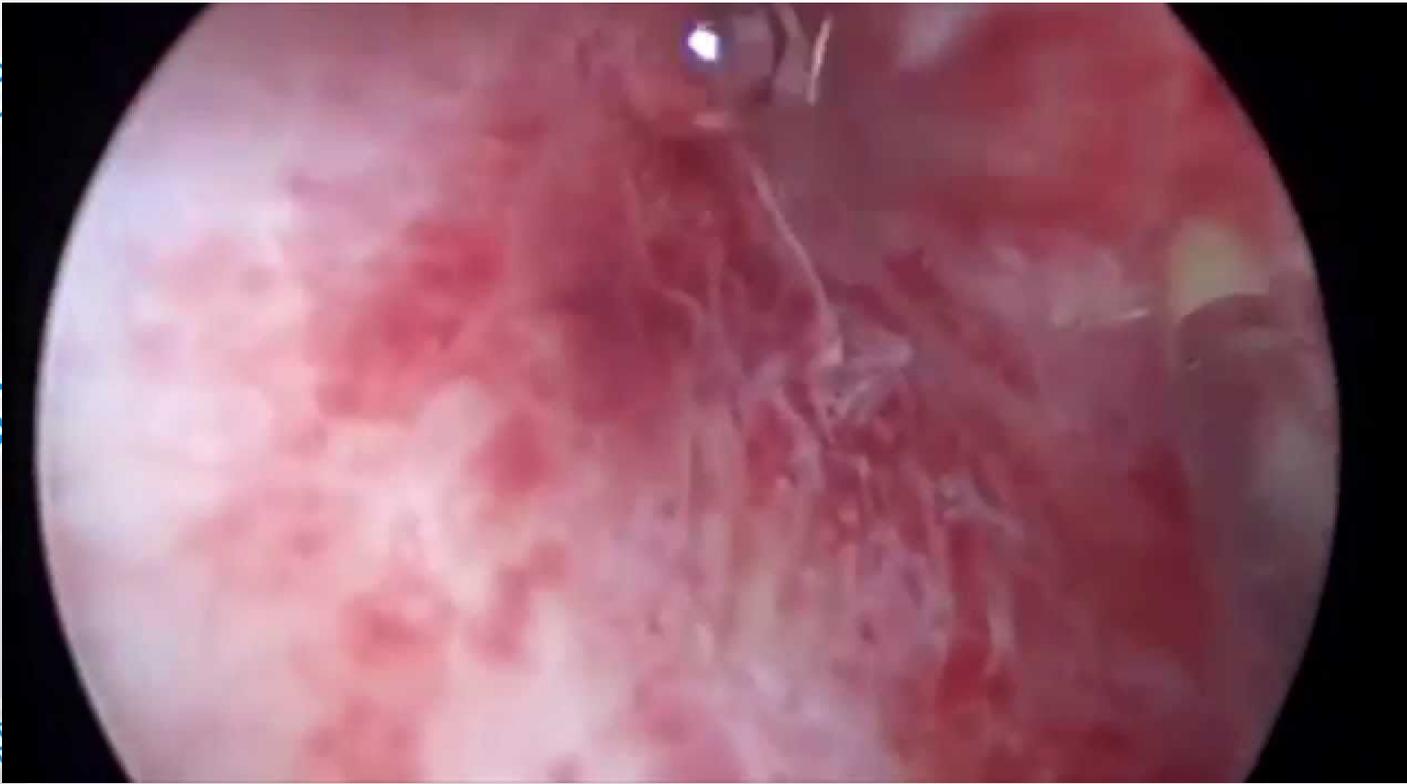
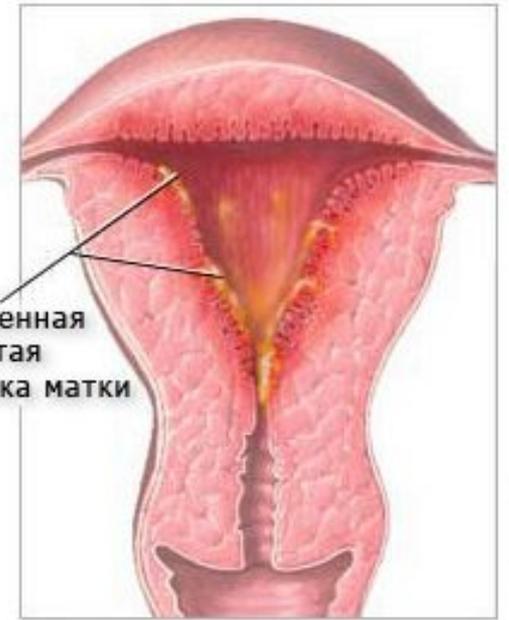


# бартолинит

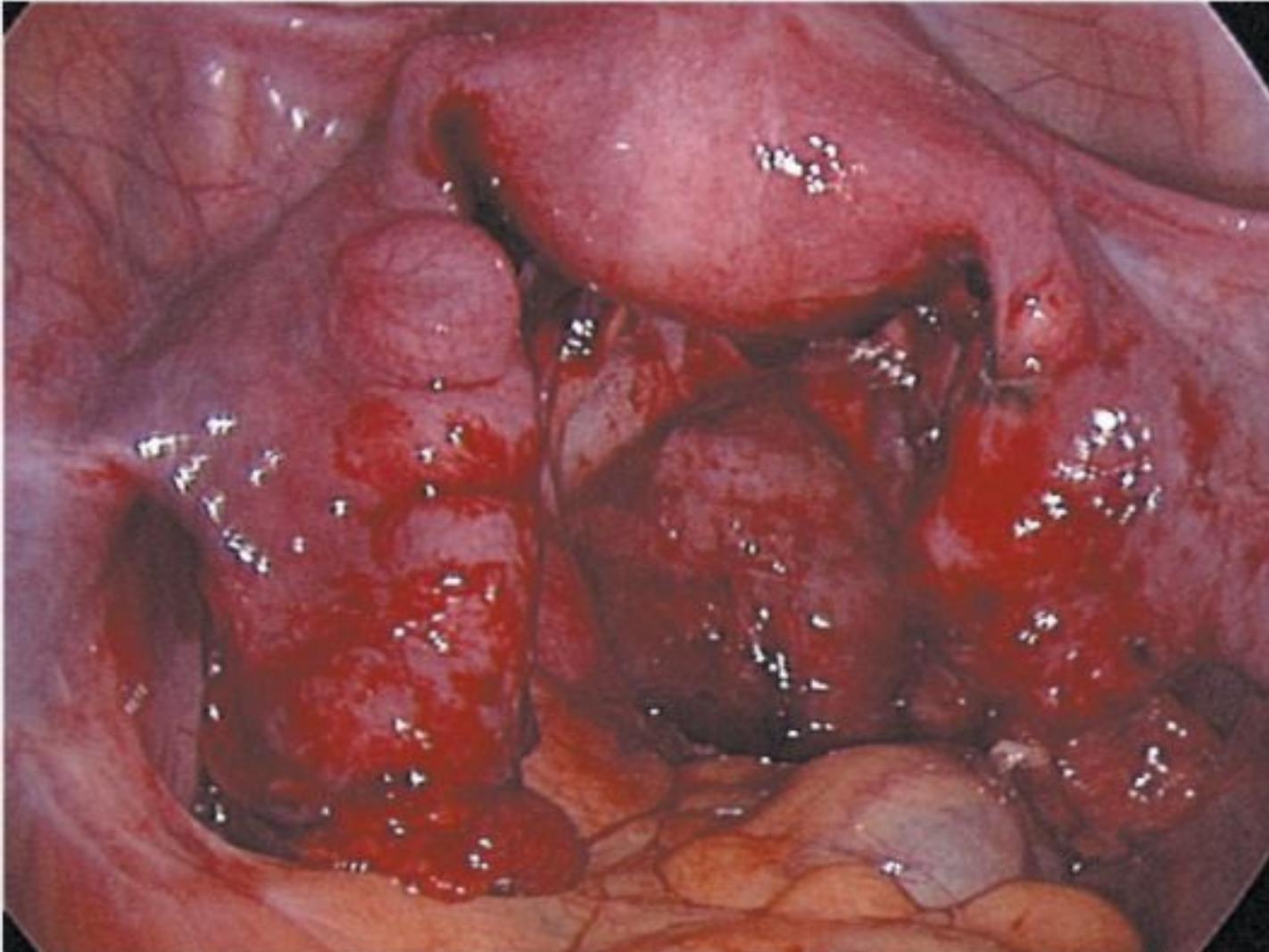


# эндометрит

Воспаленная  
слизистая  
оболочка матки



# пельвиоперитонит



# Экстрагенитальная гонорея

- – гонорейный проктит (поражение нижней трети прямой кишки)



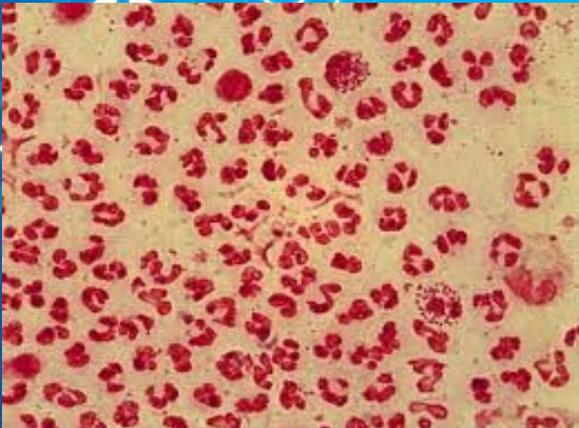
- – орофарингеальную гонорею, (миндалины и глотка)



- – гонореею глаз



# Микробиологическая диагностика.



- **Бактериоскопический** (микроскопический) метод — окраска двух мазков:
  1. по Граму;
  2. 1 % водным раствором метиленового синего и 1 % спиртовым раствором эозина.
- **Бактериологический метод** Позволяет оценить чувствительность гонококков к антимикробным препаратам.
- **Серологический метод:** РСК (реакция Борде-Жангу) или РИГА с сывороткой крови больного.
- **Молекулярно-биологический метод**
- **Окончательное заключение возможно только на основании окраски по Грамму, причем при обнаружении типичных грамотрицательных диплококков внутри нейтрофилов.**

# Диагноз

- Данные анамнеза
- Лабораторные исследования
- Клиника
- Двухстаканная проба

МКБ-10	Пример формулировки диагноза	№ схемы лечения
A54	Гонококковая инфекция	
A54.0	Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных или придаточных желез	1-6
A54.1	Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных и придаточных желез	7-9+10-13
A54.2	Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов	7-9+10-14
A54.6	Гонококковая инфекция аноректальной области	7-9+10-13
A54.8	Другие гонококковые инфекции	1-7
A54.9	Гонококковая инфекция неуточненная	7-9+10-14
N 74.3	Гонококковые воспалительные болезни женских тазовых органов	1-6 или 7-9+10-14

# Дифференциальная диагностика

Оцениваемые параметры	Бактериальный вагиноз	Урогенитальный кандидоз	Гонококковая инфекция	Хламидийная инфекция	Урогенитальный трихомоноз
Клинические проявления					
Выделения из половых путей	Гомогенные беловато-серые, с неприятным запахом	Белые, творожистые, сливкообразные, с кисловатым запахом	Слизистогнойные или гнойные без запаха	Слизистые мутные или слизистогнойные без запаха	Серо-желтого цвета, пенистые с неприятным запахом
Гиперемия слизистых оболочек мочевого тракта	Редко	Часто	Часто	Преимущественно слизистой оболочки шейки матки	Часто
Зуд/жжение в области наружных половых органов	Редко	Часто	Часто	Редко	Часто
Дизурия	Редко	Редко	Часто	Часто	Часто
Диспареуния	Редко	Часто	Часто	Часто	Часто
Рн вагинального экссудата	>4,5	3,0 — 3,8	3,8 — 4,5	3,8 — 4,5	Может быть > 4,5
Микроскопическое исследование	Наличие «ключевых» клеток	Грибы <i>Candida</i> с преобладанием мицелия и почкующихся дрожжевых клеток	Грамотрицательные диплококки с типичными морфологическими и тинкториальными свойствами	Для верификации диагноза не проводится	Присутствие <i>T. Vaginalis</i> в клиническом материале
Культуральное исследование	Преобладание <i>G. Vaginalis</i> и облигатно-анаэробных видов	Рост колоний <i>Candida</i> в титре более 10 <sup>3</sup> кое/мл	<i>N. Gonorrhoeae</i>	<i>C. Trachomatis</i>	<i>T. Vaginalis</i>

# Лечение



- 1.Этиологическое:
- **препараты группы пенициллина**: бензилпенициллин вводят внутримышечно с 600 000 ЕД, затем по 300 000 ЕД через 3 ч, при свежей острой и подострой гонорее 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.
- 2.Иммунотерапия
- (специфическая-**гонококковая вакцина** внутримышечно с 300–400 млн микробных тел с интервалом в 1–2 дня; в зависимости от реакции дозу увеличивают на 150–300 млн микробных тел , неспецифическая-**пирогенал, метилурацил, продигозан..**)
- 3.Местное:
- при свежем торпидном и хроническом гонорейном уретрите у мужчин проводится ежедневным промыванием уретры **растворами перманганата калия** (1 : 6000–1 : 10 000), **хлоргексидина** (1 : 5000). А также лечение всех осложнений.

# Критерии излеченности



- 1) стойкое отсутствие гонококков в отделяемом уретры, соскобе, моче
- 2) пальпация простаты и семенных пузырьков без изменений, нормальное содержание лейкоцитов в их секрете
- 3) отсутствие воспаления

# Профилактика

- Рекомендуется пользоваться латексными презервативами
- В случае незащищенного полового контакта не рекомендуется проводить антибактериальную профилактику, за исключением случаев контакта с партнёром, имеющим высокую вероятность инфицирования. Обратиться к врачу.
- Планомерное применение антибиотиков после каждого незащищенного контакта чревато развитием устойчивости микроорганизмов, что приведет, в последующем, к неудачам



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**  
**Вы молодцы!**

