

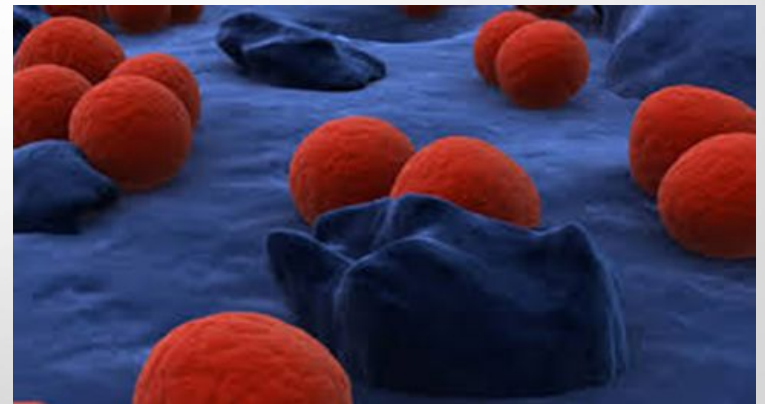
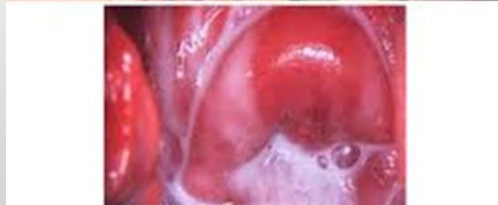
ГОНОРЕЯ

Выполнила: ЛОМОВЦЕВА М.
М.

ЛФ 4КУРС 65ГР

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

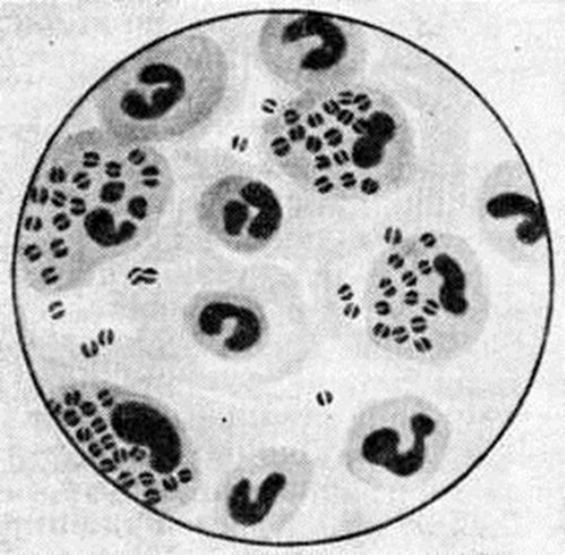
Поражает в первую очередь половые органы, выстланные цилиндрическим и железистым эпителием, слизистые оболочки, покрытые многослойным плоским эпителием



Этиология

- Гонококки (*Neisseria gonorrhoeae*)

-грамотрицательные 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

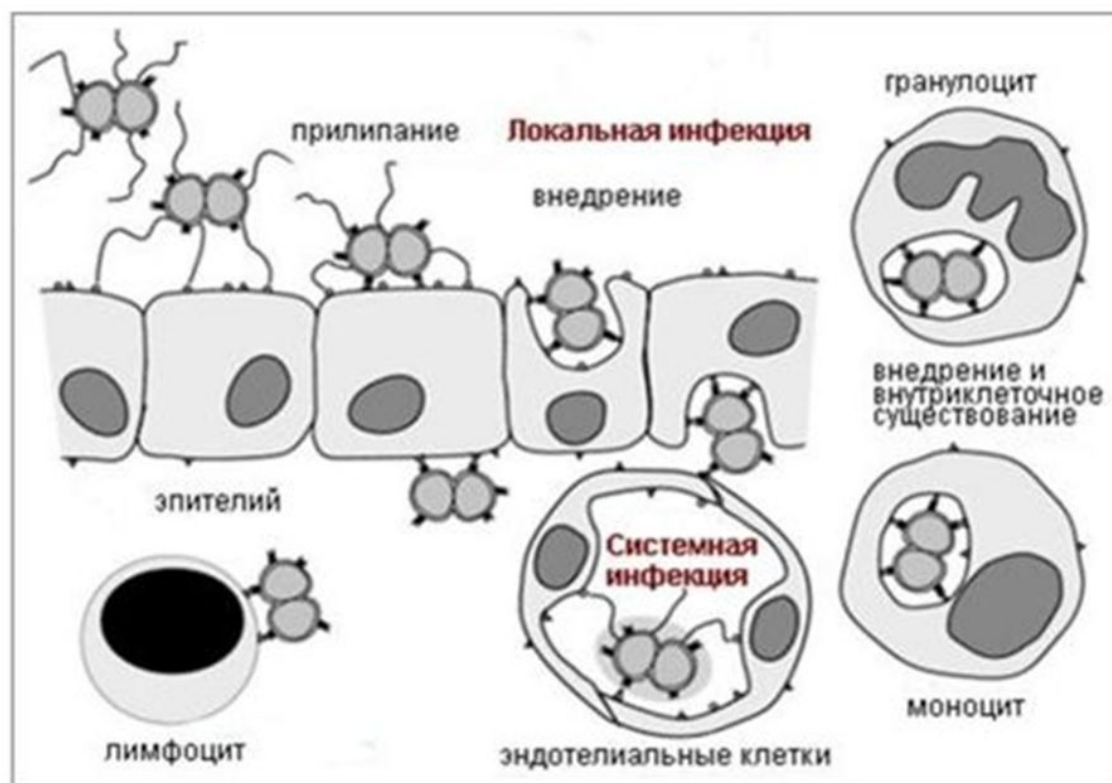
Важный фактор риска заражения гонореей – молодой возраст (до 80% больных гонореей – лица от 15 до 29 лет)

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

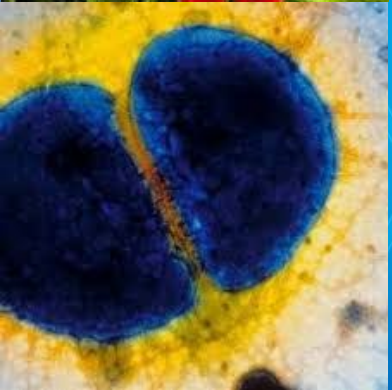
мужчина инфицируется в 17–20% случаев
женщина же после однократного полового контакта с больным мужчиной – примерно в 80% случаев



Патогенез гонореи



Классификация



1. Гонорею свежую (с давностью до 2 мес)

✓ по течению:

- острая
- подострая
- торпидная (малосимптомная)

2. Хроническую (с давностью свыше 2 мес),

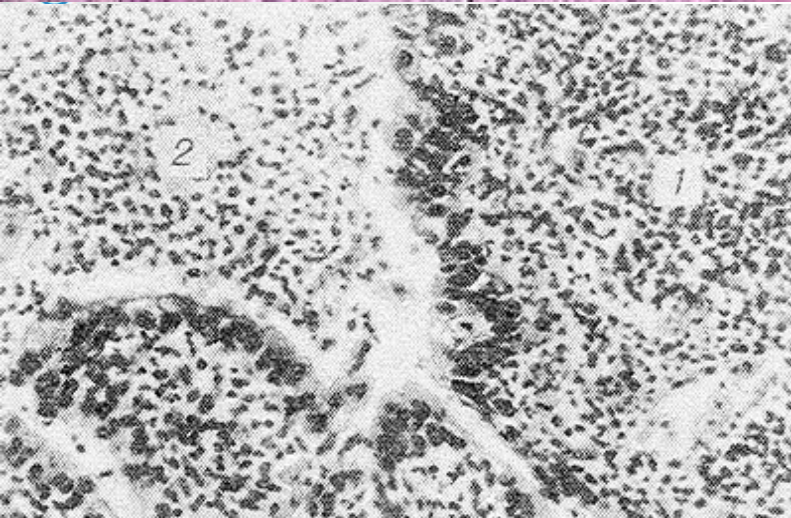
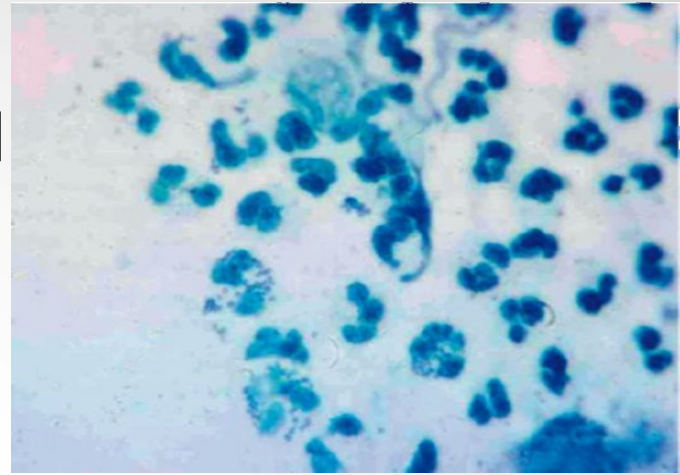
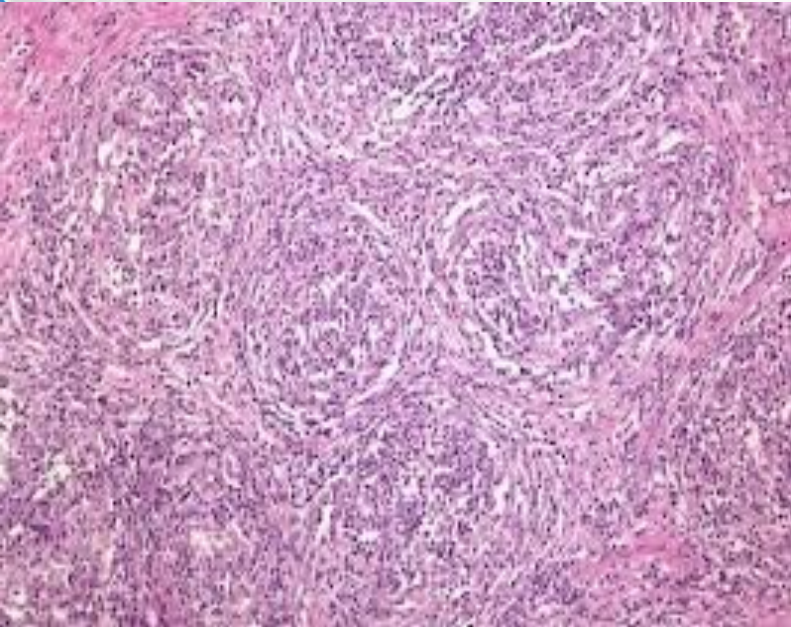
- торпидное течение, обострение под влиянием провоцирующих факторов

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



Гонорея у мужчин: “гонорейный уретрит”



- **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

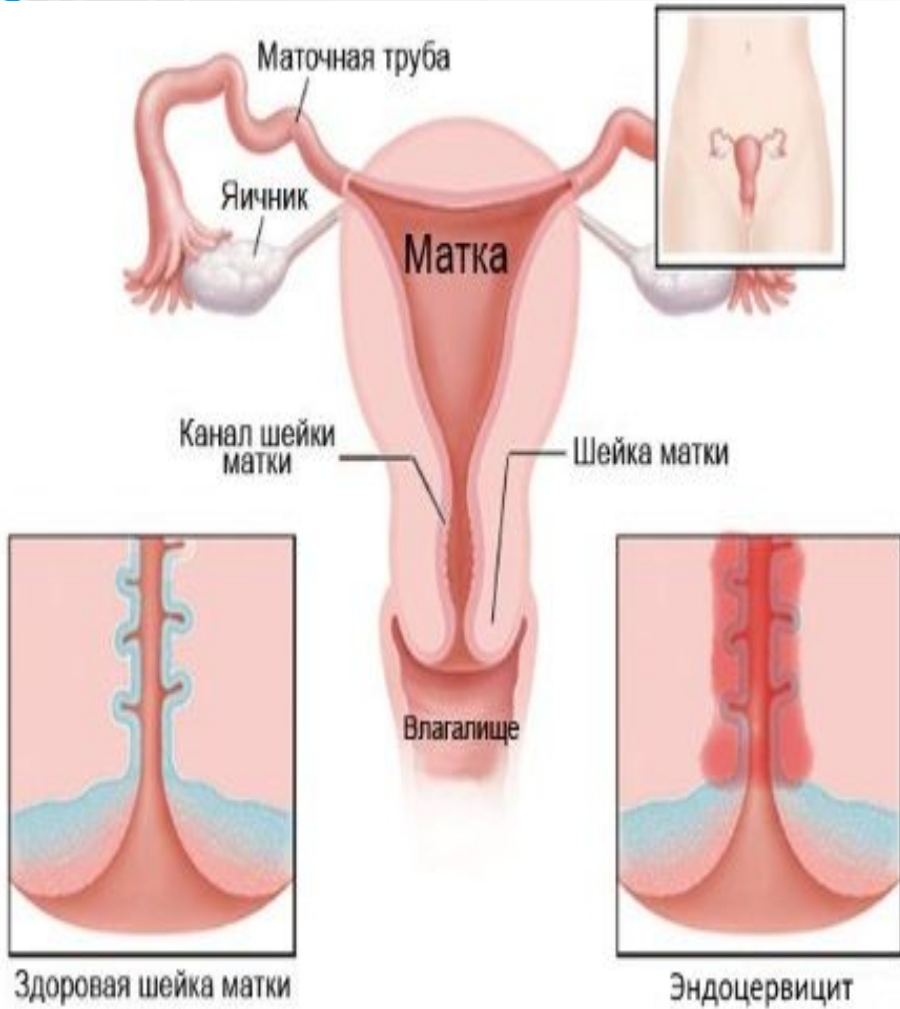
уретрит



ВАГИНИТ



ЭНДОЦЕРВИЦИТ

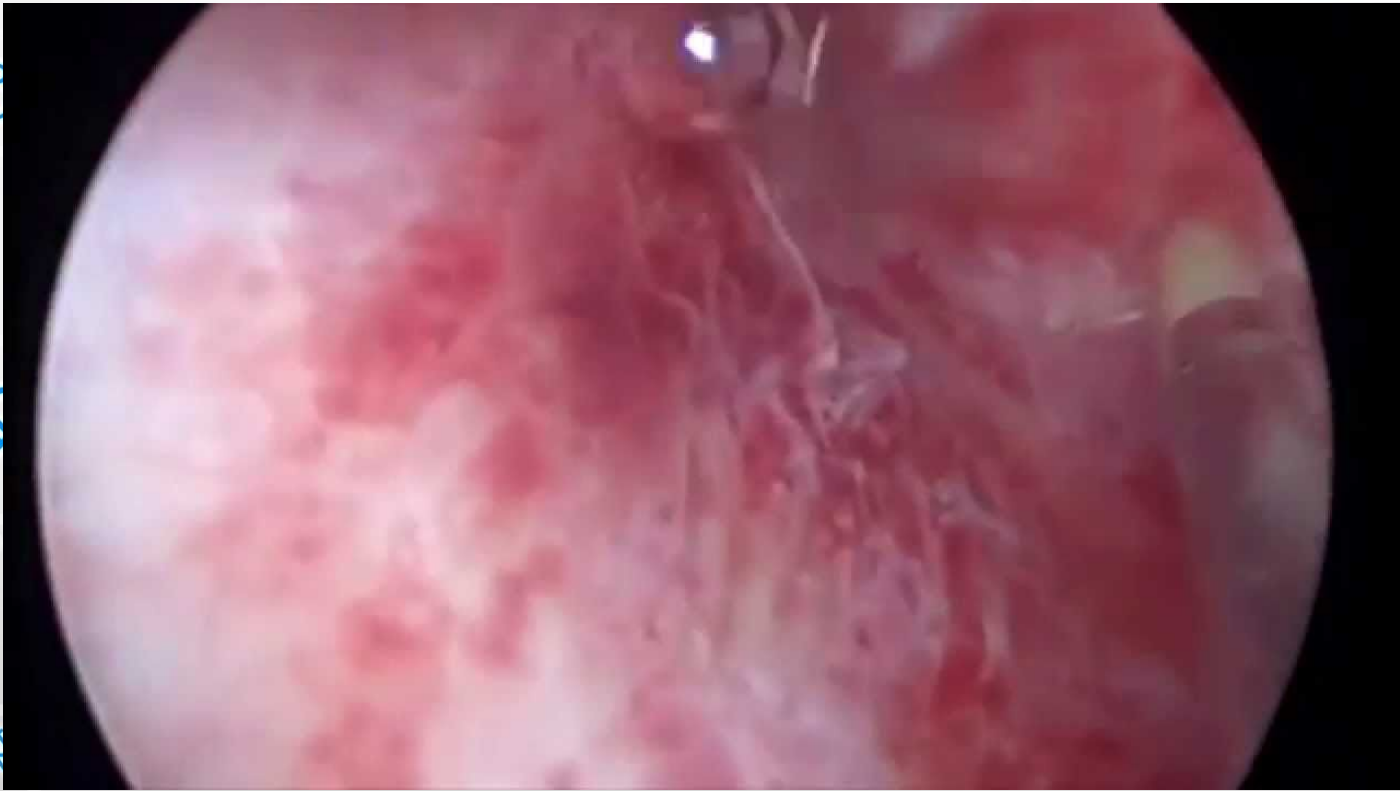
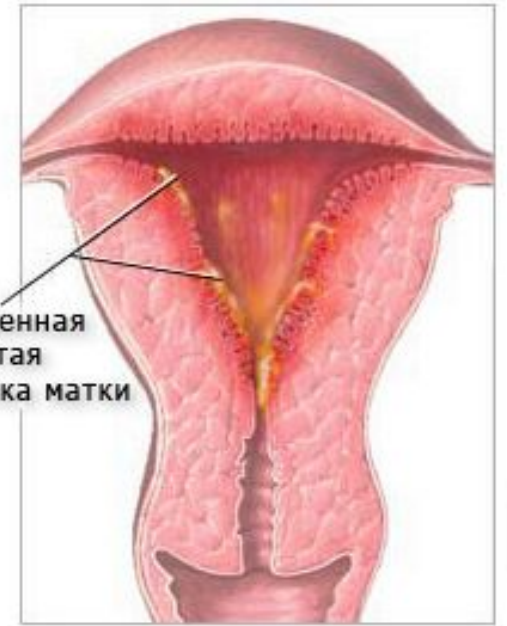


бартолинит

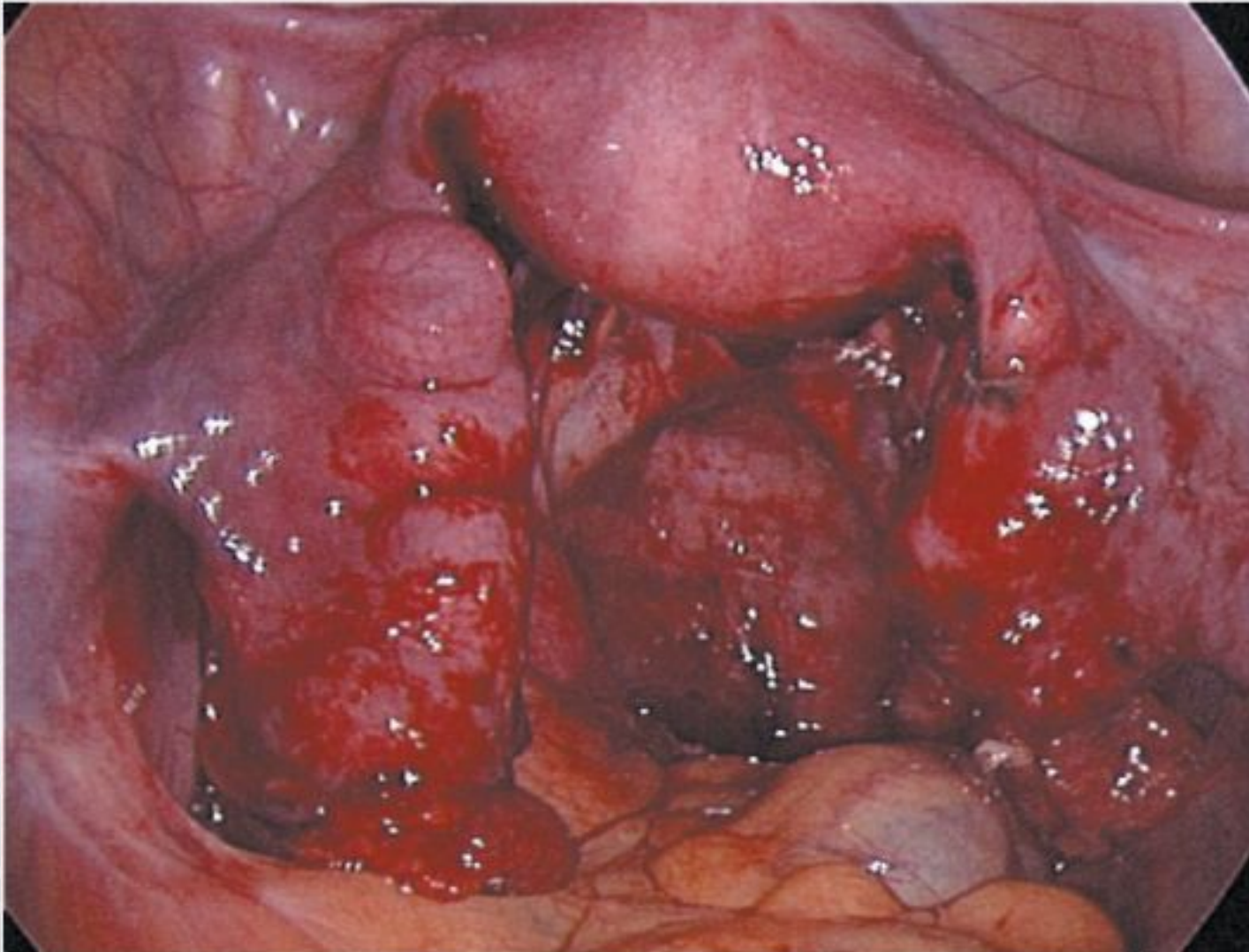


эндометрит

Воспаленная
слизистая
оболочка матки



пельвиоперитонит



Экстрагенитальная гонорея

- – гонорейный проктит (поражение нижней трети прямой кишки)



- – орофарингеальную гонорею, (миндалины и глотка)



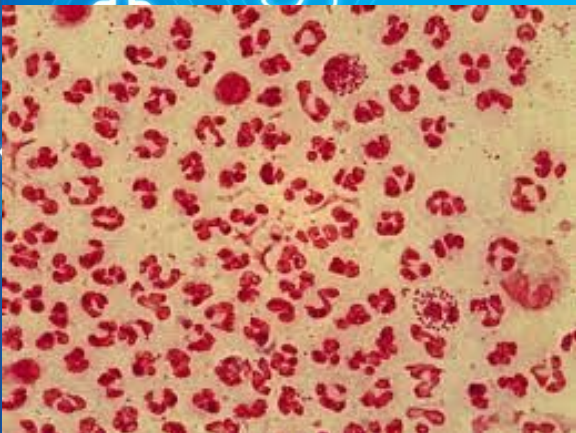
- – гонореею глаз



Микробиологическая диагностика.



ДНК-Клиника на Семеновско



- **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 мочеполового 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 ³ 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!

