

Гонорея. Трихомониаз. Негонококковые уретриты у мужчин

Лекция доцента Терегуловой Г.А.

Для студентов 5 курса лечебного
факультета (о/з)

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
- Діагностика трихомоніаза
- Лічення трихомоніаза
- Критерії излеченности гонореи
- Профілактика гонореи

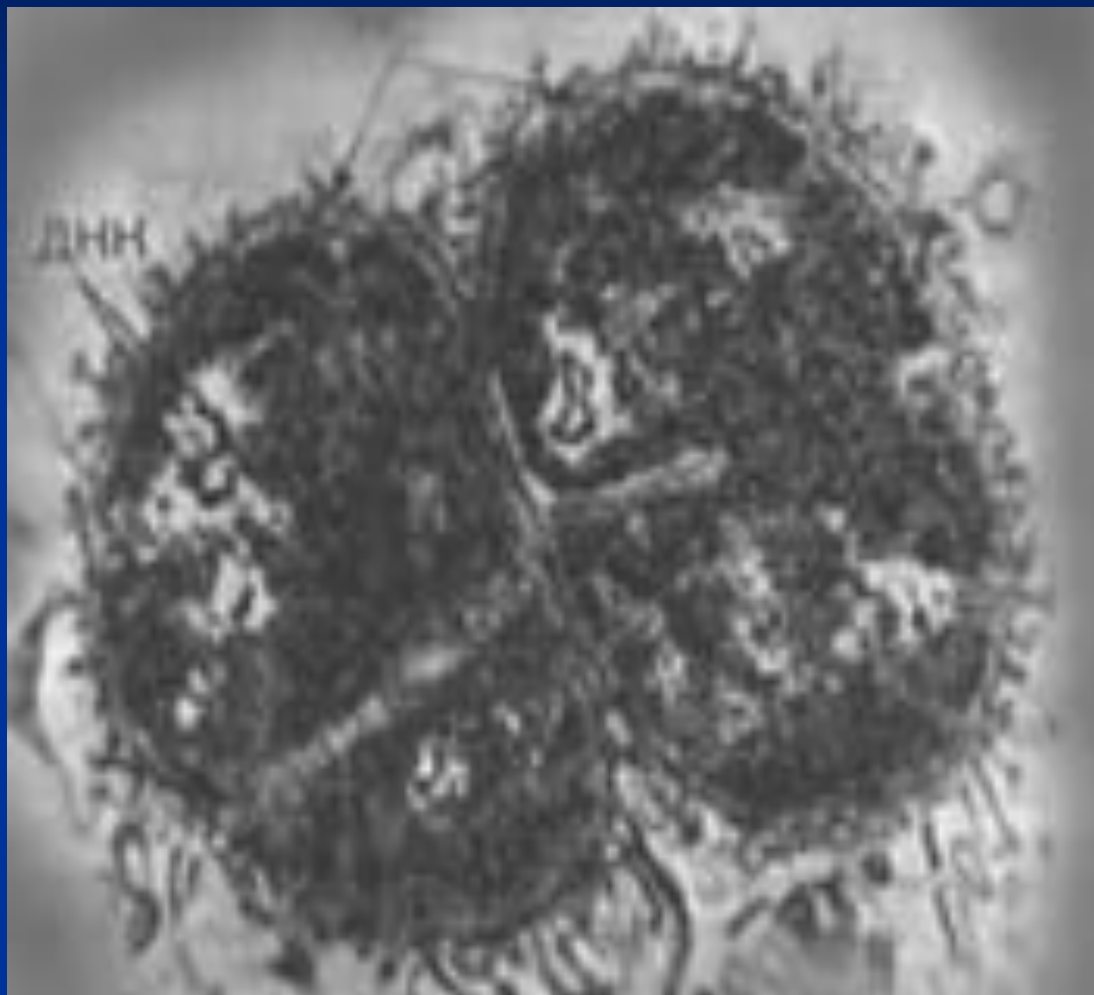
ГОНОРЕЯ

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

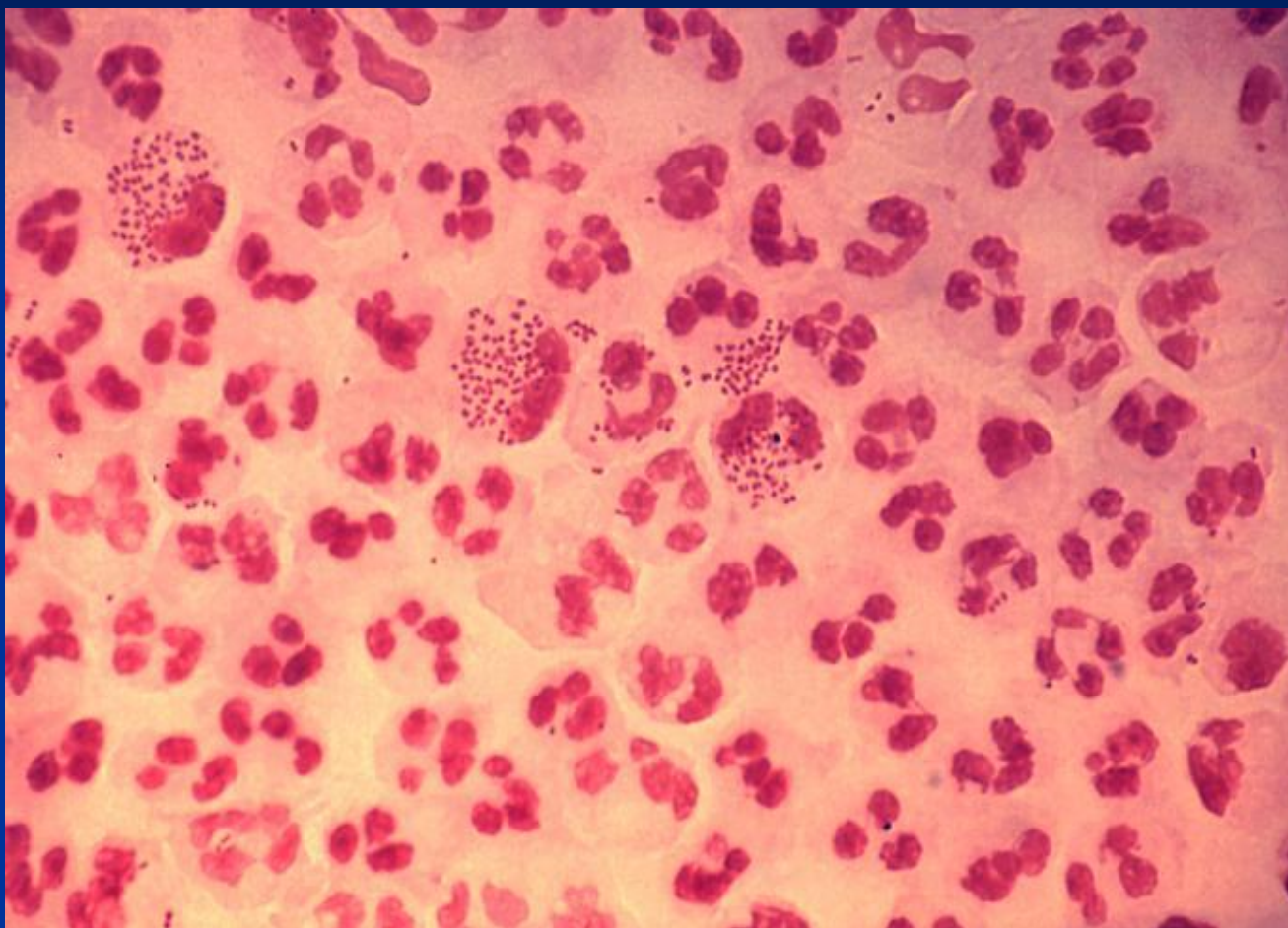
ЭТИОЛОГИЯ

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.

Гонококк



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



ГОНОКОККОВЫЙ УРЕТРИТ





ГОНОКОККОВЫЙ УРЕТРИТ

НЕГОНОКОККОВЫЙ УРЕТРИТ



Экстрагенитальные формы гонореи

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

ГОНОРЕЯ ГЛАЗ(БЛЕННОРЕЯ)



Диагностика гонореи

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

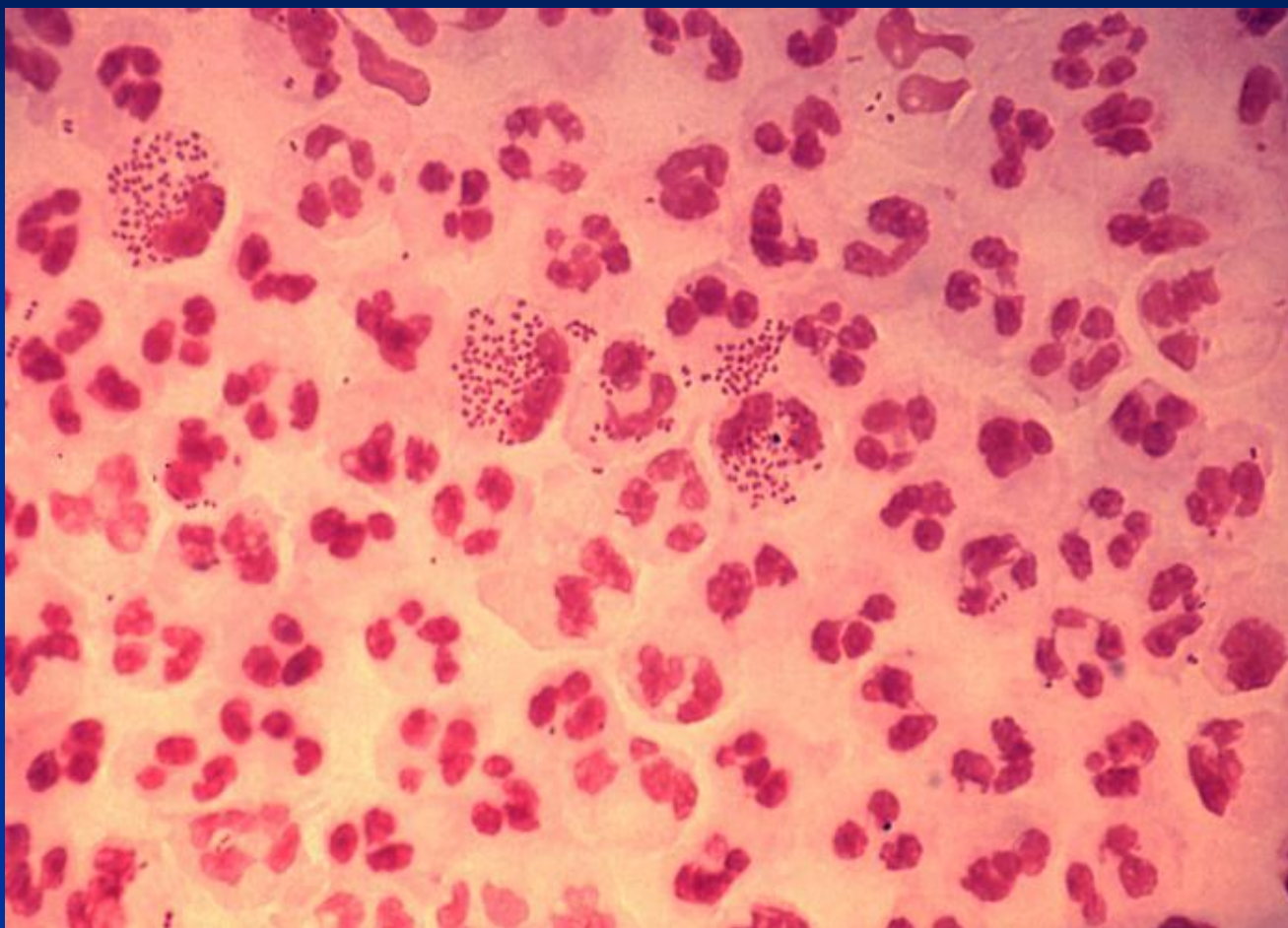
Окраска по Граму

1. На высушенный и фиксированный над пламенем спиртовки мазок кладут фильтровальную бумагу по размеру предметного стекла или несколько меньше, наливают на 1-2 мин раствор кристаллического фиолетового или же на мазок кладут фильтровальную бумагу, пропитанную 1% водным раствором кристаллического фиолетового;
2. мазок промывают водой и заливают раствором Люголя на 30-60с;
3. раствор Люголя сливают, а мазок погружают в ванночку с 96%-ным спиртом для обесцвечивания, (погружая и вынимая мазок из спирта до тех пор, пока с него перестанут стекать струйки краски);

Окраска по Граму

4. промывают водой.
5. препарат обрабатывают 2мин раствором нейтрального красного, затем мазок вновь промывают водой и высушивают на воздухе.
6. микроскопируют под иммерсионной системой при плоском зеркале и открытой диафрагме.

ГОНОКОККИ (окраска по ГРАМУ)



ГОНОКОККИ(окраска по ГРАММУ)



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.

ЛЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА С ОСЛОЖНЕНИЯМИ

■ 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 трихомониазом* проводится *комплексное лечение*. В таких случаях наряду с протистоцидными препаратами назначают иммунотерапию, ферментотерапию, физиотерапию и местное лечение: промывания уретры растворами фурацилина 1 : 5000, фуразолидона 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.