

# Гонорея Трихомониаз

Лекция для студентов лечебного факультета

Кафедра дерматовенерологии Ижевской  
государственной медицинской академии  
Коробейникова Э.А. – канд.мед. наук.,  
ассистент кафедры

Гонорея - /Gonorrhoea/ является  
общим инфекционным  
заболеванием с многоочаговыми  
местными проявлениями  
преимущественно в органах  
половой и мочевой систем

Возбудитель заболевания  
ГОНОКОКК  
(*Neisseria gonorrhoea*)  
относится к роду *Neisseria*,  
открыт в 1879 году  
Альбертом Нейссером

# Морфологические свойства

- Диплококки бобовидной формы
- неподвижны
- Не образуют спор
- Грамотрицательны

# Характеристика

- Содержит гонотоксин, который может вызывать интоксикацию организма хозяина
- Малоустойчив в окружающей среде вне организма человека

# Источник инфекции

- Больной человек

# Иммунитет

- Врождённый – нет
- Приобретённый - нет

# Пути передачи инфекции

- Половой
- Бытовой (для маленьких девочек, причём источником инфекции чаще всего является мать, родственники или ухаживающий персонал. Инфекция передается чаще через общую постель, предметы личной гигиены, игрушки и т.д.)
- Интранатальный (во время прохождения плода через инфицированные родовые пути)
- Трансплацентарный (гематогенный) – не исключается



# Классификация по МКБ-10

- А-54. – Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желёз (включает: уретрит, цистит, вульвовагинит, цевицит);
- А-54.1. – гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желёз (включает: гонококковый абсцесс больших вестибулярных желез);

# классификация

- А 54.2 – Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (включает: эпидидимит, орхит, простатит, воспалительные заболевания органов малого таза у женщин);
- А 54.3 – Гонококковая инфекция глаз (включает: конъюнктивит, иридоциклит, гонококковая офтальмия новорожденных);

# Классификация

- А 54.4 – Гонококковая инфекция костно-мышечной системы (включает: артрит, бурсит, остеомиелит, синовит, теносиновит);
- А 54.5 – Гонококковый фарингит;
- А 54.6 – Гонококковая инфекция аноректальной области;
- А 54.8 – Другие гонококковые инфекции (включает: абсцесс мозга, эндокардит, менингит, миокардит, перикардит, перитонит, пневмония, сепсис, поражение кожи);

# Классификация (предусмотрен спектр диагностических и лечебных вмешательств)

- Гонококковая инфекция локализованная
- Гонококковая инфекция с системными проявлениями.

# Инкубационный период

- 3 – 5 дней

# Клиника уретрита у мужчин (жалобы)

- Зависит от характера, степени тяжести воспалительного процесса
- Зуд
- Дизурия
- Гнойные выделения из мочеиспускательного канала
- Боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки
- Нарушения эрекции и оргазма

# Клиника уретрита у мужчин

- Гиперемия области наружного отверстия мочеиспускательного канала
- Отечность той же области
- Инфильтрация стенок уретры

# Клиника у женщин (жалобы)

- Зуд
- Жжение
- Дискомфорт в области наружных половых органов
- Боль в нижней части живота
- Дизурия
- Вагинальные выделения гнойного характера



# Клиника у женщин

- Гиперемия, отёчность слизистой оболочки вульвы и влагалища
- Гиперемия и отёчность слизистой шейки матки
- Возможны циркулярные эрозии
- Слизисто-гнойные цервикальные и вагинальные выделения

# Поражение прямой кишки

- Зуд
- Жжение
- Незначительные выделения желтоватого или красноватого цвета
- Болезненные позывы к дефекации
- Боль при испражнениях
- Вторичные запоры
- Субфебрильная температура

# Поражение ротоглотки

- Субъективные ощущения редко
- Сухость в глотке
- Боль, усиливающаяся при глотании
- «Першение в горле»
- Гиперемия и отечность слизистой ротоглотки
- Участки слизистой, покрытой налётом жёлто-серого цвета

# Поражение ротоглотки

- Отдельные фолликулы в виде ярко-красных зёрен
- Возможно увеличение регионарных лимфоузлов
- Субфебрильная температура
- Иногда осиплость голоса
- Поражение мягкого нёба, дёсен (м.б. кровоточивость дёсен, запах)
- Увеличение миндалин и нёбного язычка

# Поражение зрительного органа

- Резкая болезненность
- Слезотечение
- Припухлость век
- Светобоязнь
- Обильный гной в углах глаза

# Системные проявления

- Поражение верхних отделов мочеполовой системы
- Органов малого таза
- Ротоглотки
- Прямой кишки
- Структур глаза с осложнениями
- Диссеминированный процесс (поражение костно-мышечной, сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной, желудочно-кишечной систем, кожи, сепсис)

# Диагностика

- Микроскопия (окраска метиленовой синью)
- Микроскопия (окраска по Граму)
- Бактериологическое исследование
- ПЦР-диагностика
- Вагиноскопия у женщины
- Пальпация простаты, яичек у мужчин
- УЗИ

# Лечение

- *Лечение локализованной гонококковой инфекции*

*Препарат выбора:*

*Цефтриаксон – 250 мг однократно внутримышечно, или*

*Цефиксим – 400 мг однократно внутрь*

*Альтернативный препарат:*

*Спектиномицин – 2,0 г однократно внутримышечно.*

- *Лечение гонококкового фарингита*

*Цефтриаксон – 250 мг однократно внутримышечно*



# Лечение

- *Лечение гонококкового конъюнктивита у взрослых*

*Цефтриаксон – однократно внутримышечно в дозе 1,0 г*

- *Лечение гонококковой инфекции с системными проявлениями*

*Препараты выбора:*

*Цефтриаксон – 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 ч.*

*Альтернативный препарат:*

*Цефотаксим – 1,0 внутривенно каждые 8 часов, или*

*Спектиномицин – 2,0 г внутримышечно каждые 12 часов.*

*Курсовое лечение проводят в течение 14 дней, удлинение сроков лечения должно быть аргументировано лечащим врачом.*

# Лечение

- *Лечение беременных*

*Препарат выбора:*

Цефтриаксон – 250 мг однократно внутримышечно.

*Альтернативный препарат:*

Спектиномицин – 2,0 мг однократно внутримышечно.

# Критерии излеченности

- Клиника
- Микроскопия
- Бактериологическое исследование

**Трихомониаз**

# Урогенитальный трихомониаз

## Этиология

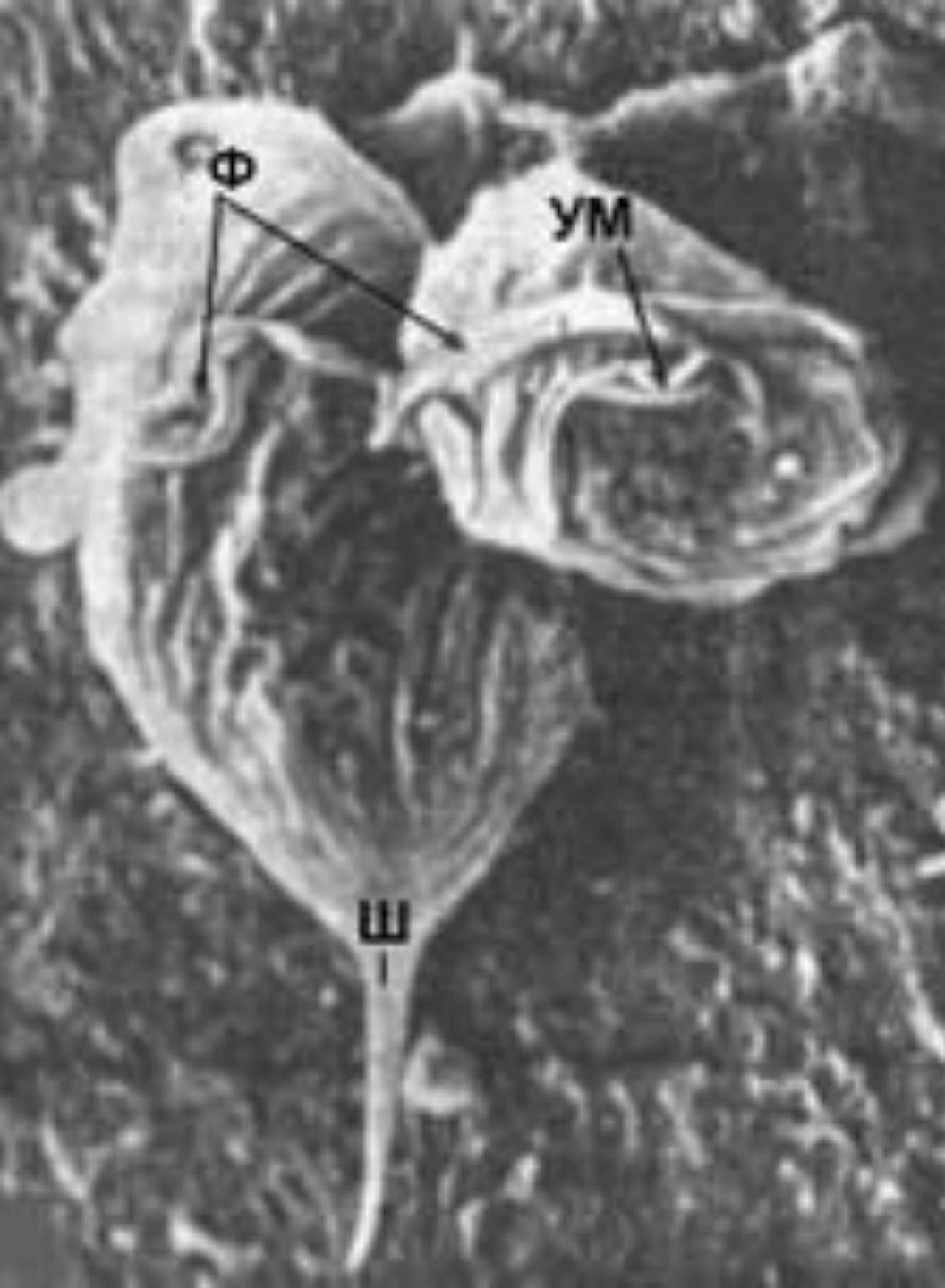
**Возбудитель – *Trichomonas vaginalis***  
– одноклеточный простейший  
жгутиковый микроорганизм

**Впервые описан в 1836г А.Ф. Donne**

# **Свойства *Trichomonas vaginalis***

---

- 1. Имеет грушевидное тело**
- 2. Размеры 18 – 40 мкм**
- 3. Подвижный (органеллы движения жгутики и ундулирующая мембрана)**
- 4. Способна к образованию псевдоподий**
- 5. При неблагоприятных условиях теряет подвижность**
- 6. Размножается путём продольного деления**
- 7. Во внешней среде неустойчивы**
- 8. Оптимальное значение рН – 5,2 – 6,2**



При электронной  
микроскопии  
видны детали  
строения  
трихомонады –  
шипик (Ш),  
ундулирующая  
мембрана (УМ),  
фибриллы (Ф)

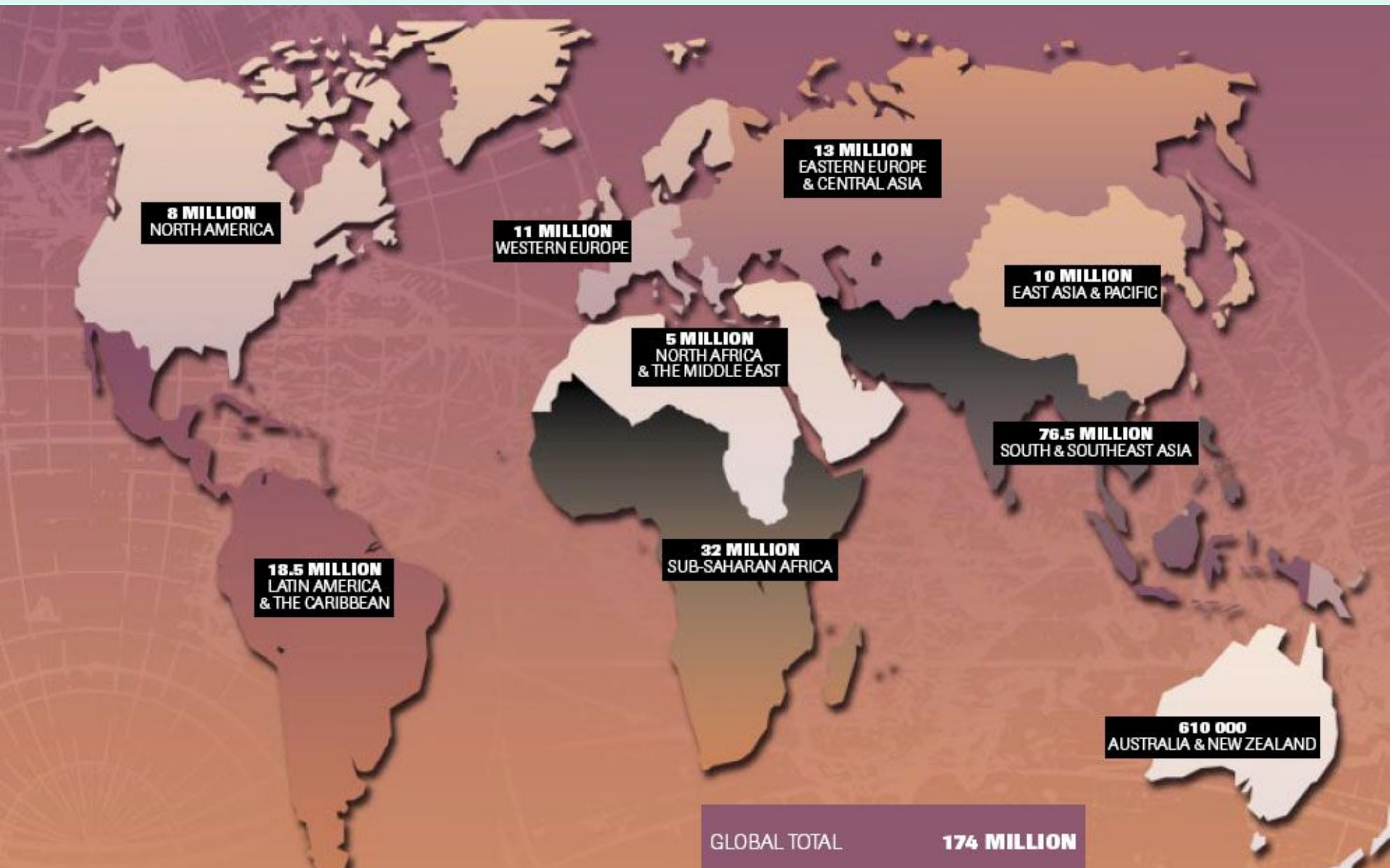
# Эпидемиология трихомониаза

---

- 1. Строгий паразит человека**
- 2. Основной путь передачи – половой.  
Для девочек возможен бытовой путь**
- 3. Чаще болеют женщины 15 – 40 лет**
- 4. Группа риска – женщины, имевшие случайные половые связи**
- 5. Среди негонококковых уретритов трихомонадные поражения составляют 65 – 80%**



# Эпидемиология трихомониаза



Количество впервые выявленных случаев трихомониаза в 1999 г. среди взрослых (15 – 49 лет).

# Патогенез трихомониаза

---

## 1. Локализация паразитирования:

У женщин – уретра, влагалище, железы преддверия, цервикальный канал

У мужчин - уретра, простата, семенные пузырьки, мошонка


## 2. Защита от влияния макроорганизма – антитрипсин на поверхности клетки

## 3. Вирулентность зависит от гемолитической активности



- 4. Факторы адгезии на эпителиальных клетках – протеолитические ферменты
- 6. Способна инвагинировать клетку-хозяина
- 7. Часто ассоциирована с др. ИППП
- 8. Иммунитет к патогену не формируется



- 
- Проникают в организм *per continuitatem*
  - Паразитируют либо на поверхности клеток, либо в подслизистом слое
  - Поражают:
    - эпителиальные клетки  
(цилиндрический, переходный, многослойный плоский эпителий);
    - макрофаги,
    - фибробласты

# Классификация урогенитального трихомониаза:

---

- 1. Урогенитальный трихомониаз**
- 2. Трихомониаз других локализаций**
- 3. Трихомонадная инфекция неуточнённая**

# Классификация урогенитального трихомониаза:

---

## Клиническая классификация:

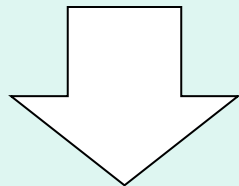
- 1) **Свежий** (давность заболевания до 2-х мес)
  - а) острый;
  - б) подострый;
  - в) торпидный;
  
- 2) **Хронический** (давность заболевания свыше 2-х мес)
  
- 3) **Трихомонадоносительство**

# Классификация урогенитального трихомониаза:

---

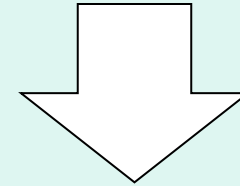
## Трихомониаз женщин

Трихомониаз нижнего  
отдела МПТ



Вульвит  
Кольпит  
Вестibuлит  
Бартолинит  
Эндоцервицит  
Уретрит  
Парауретрит

Трихомониаз верхнего  
отдела МПТ

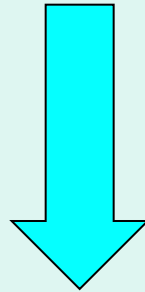


Цервицит  
Сальпингит  
Цистит

# Классификация урогенитального трихомониаза:

---

## Трихомониаз мужчин



**Баланит**

**Баланопостит**

**Куперит**

**Эпидидимит**

**Простатит**

**Уретрит**

**Парауретрит**

**Везикулит**

**Цистит**



# Клиника **урогенитального**

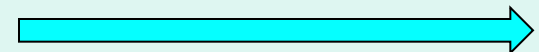
## **Трихомониаза у мужчин:**


---

Инкубационный период – от 3 дней до 3 – 4 недель

**Трихомонадный уретрит** – свежий процесс, острая форма:

- Зуд, жжение, реже болезненность при мочеиспускании
- Выделения – обильные, слизистые, реже слизисто-гнойные или пенистые



- 
- Губки уретры отёчны, гиперемированы
  - При пальпации уретры – в области лонного сочленения инфильтрация
  - двухстаканная проба мочи: 1 порция мутная; 2-я – прозрачная
  - При тотальном уретрите – обе порции мутные
  - При тотальном уретрите появляются императивные позывы к мочеиспусканию

# Клиника урогенитального Трихомониаза у мужчин:

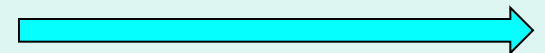
## При подострой и торпидой формах трихомонадного уретрита

- Клиническая симптоматика скудная
- Возможно появление кровоточивости
- Моча при двухстаканной пробе мутная в обеих порциях с примесями (хлопья, нити)
- Императивные позывы к мочеиспусканию

# **Клиника урогенитального трихомониаза у мужчин:**

## **Хронический трихомонадный уретрит**

- **Постоянные скудные слизистогнойные выделения**
- **Частое мочеиспускание**
- **Зуд, жжение в уретре**
- **Возможно появление  
кровоточивости**



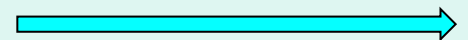
- **Моча при двухстаканной пробе мутная в обеих порциях с примесями (хлопья, нити)**
- **Императивные позывы к мочеиспусканию**
- **При уретроскопии – очаги гиперемии, гнойные пробки в устьях желёз, эрозии, мягкие и твёрдые инфильтраты**

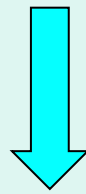


# Клиника урогенитального Трихомониаза у женщин:

---

- Воспалительные явления более выражены
- Симптомы вагинита: гиперемия, лёгкая кровоточивость слизистой
- Обильные гнойные или пенистые выделения с запахом «прелых листьев», свободно стекающие





- **Воспалительные явления усиливаются после менструации**
- **Зуд, жжение в области наружных половых органов**
- **Дерматит, эрозии, язвы на внутренней поверхности бёдер**
- **Процесс может сочетаться с уретритом и цервицитом**



# Трихомонадный вульвовагинит



# Клиника урогенитального трихомониаза:

## Трихомонадный цервицит

1. Умеренная гиперемия
2. Обширные эрозии
3. Петехиальная сыпь (Sm «клубничной шейки»)
4. Наличие гранулематозных рыхлых поражений (малиновая шейка матки)



# **Клиника урогенитального Трихомониаза у женщин:**

---

**При хронизации процесса воспалительные явления менее выражены либо отсутствуют**

**Восходящий процесс при трихомониазе встречается редко**

**У девочек в связи с недостаточной эстрогенизацией органы малого таза не поражаются**

# Диагностика урогенитального трихомониаза:

---

**Материал для исследования – патологическое отделяемое, смывы, моча**

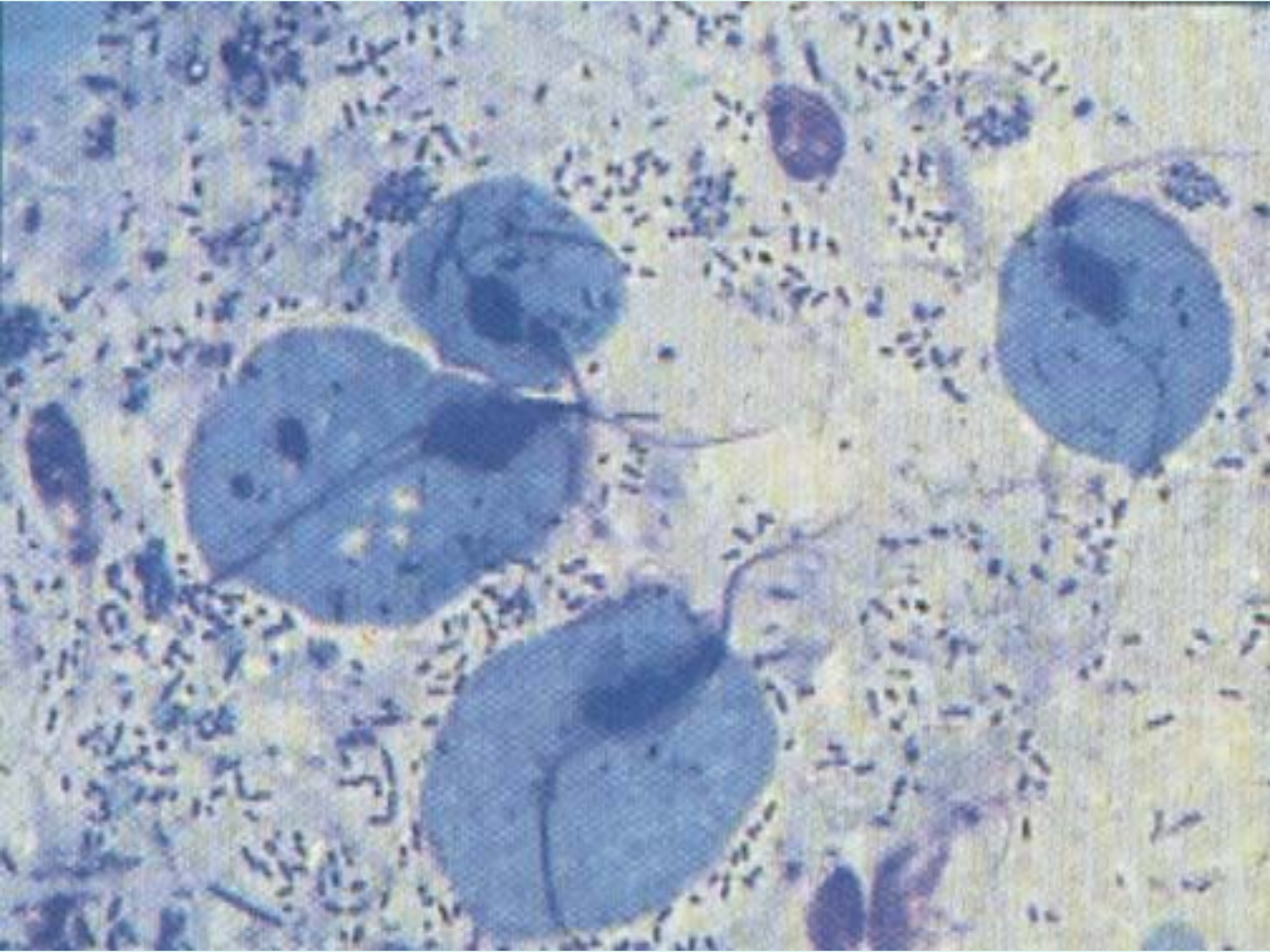
## **Методы диагностики:**

- 1. Микроскопия (нативный и окрашенный препараты)**
- 2. Бактериологический (культуральный) метод**
- 3. Серологические методы**
- 4. ДНК-методы**

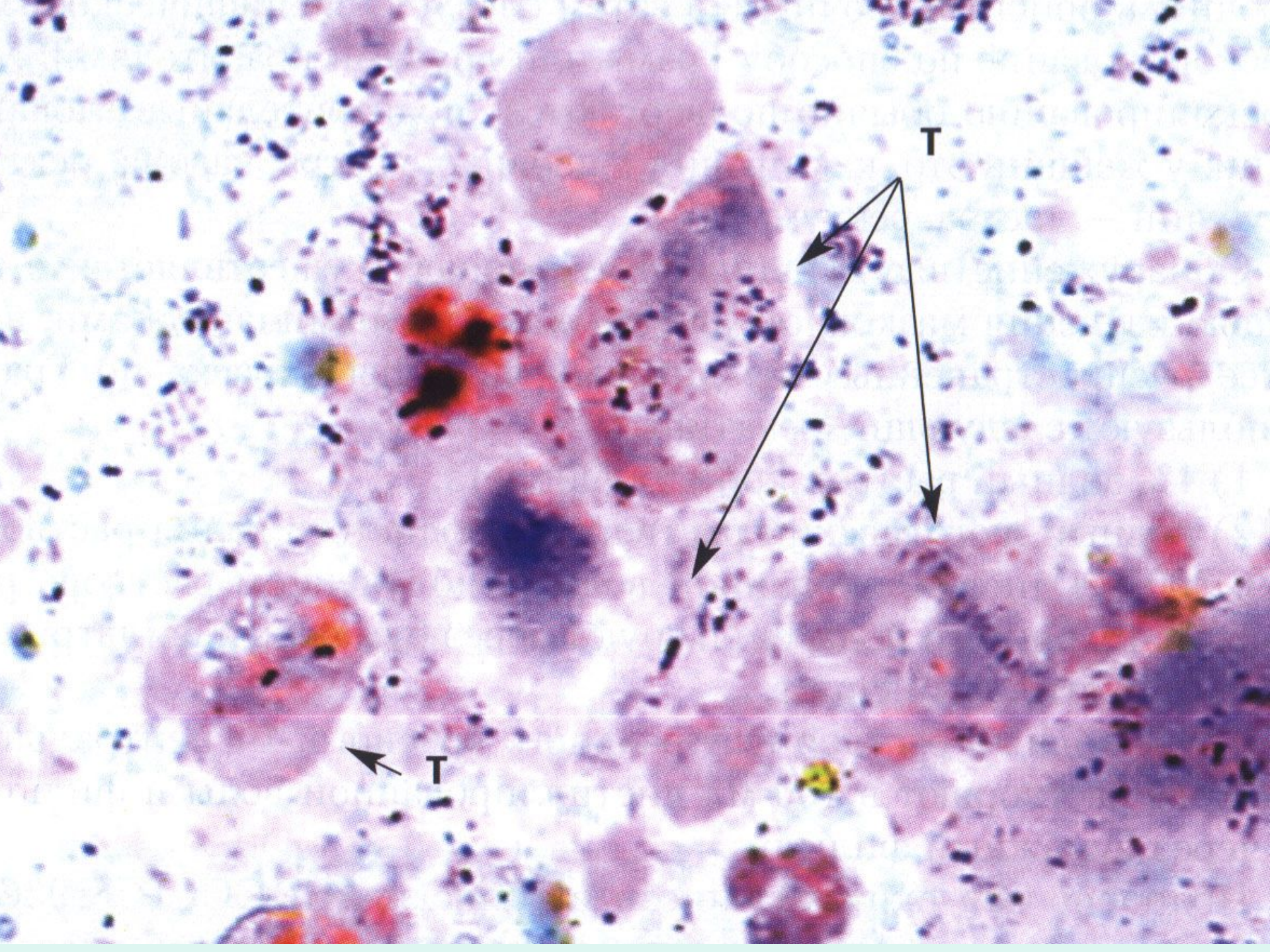


**овальная,  
грушевидная или  
неправильная форма,  
чёткие контуры клетки,  
ячеистость  
протоплазмы,  
наличие в ней  
включений,  
эксцентрично  
расположенное  
миндалевидное, реже  
– круглое ядро с  
нечётким  
контуром**











# Лечение урогенитального трихомониаза:

---

## Рекомендуемые схемы:

**Орнидазол 1,5 г** внутрь однократно перед сном, или

**Метронидазол 2,0 г** внутрь однократно.

## Альтернативные схемы:

**Орнидазол 500 мг** внутрь каждые 12 часов в течение 5 дней, или

**Метронидазол 500 мг** внутрь каждые 12 часов в течение 7 дней



