

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

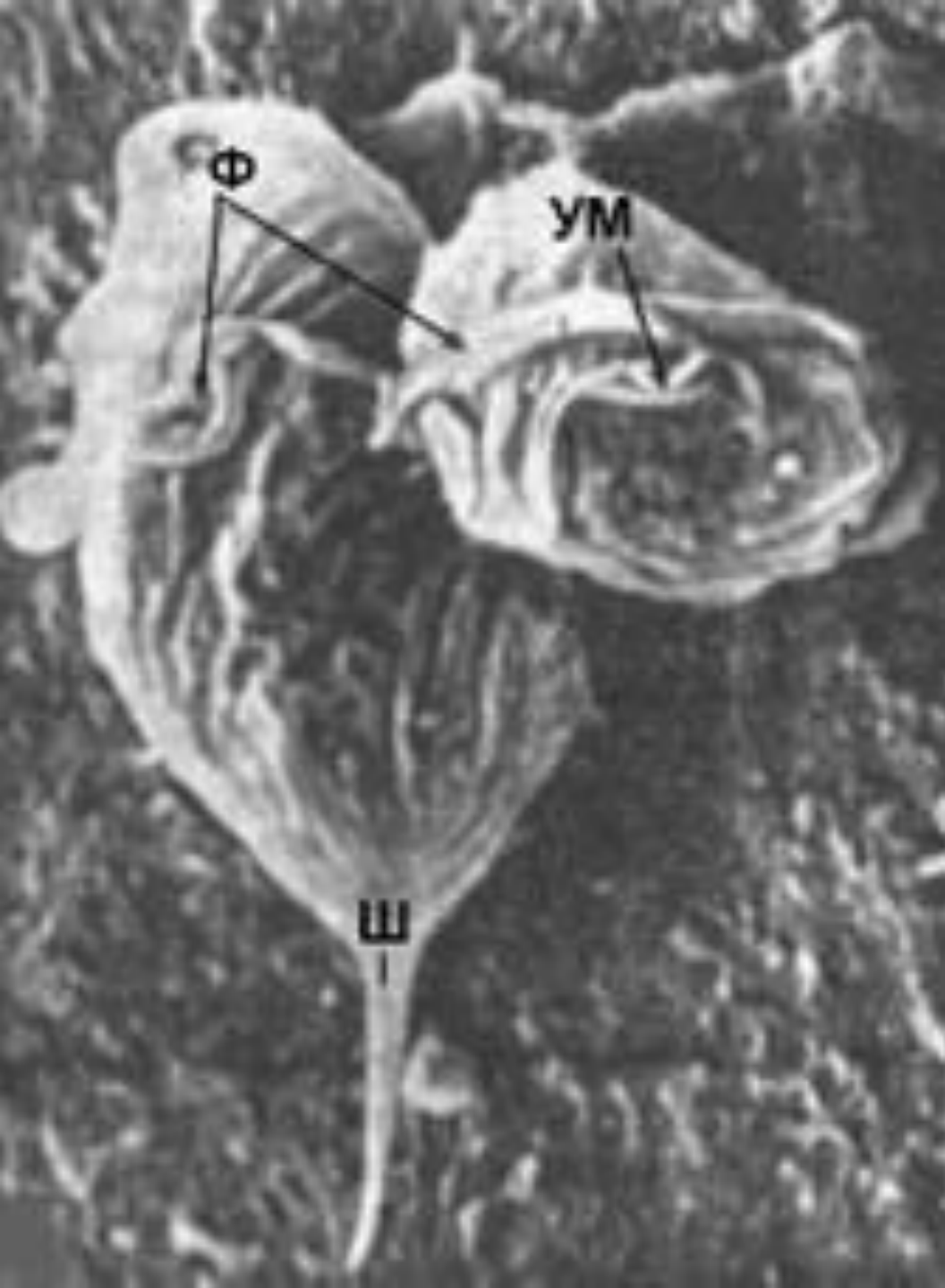
Этиология

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 pH – 5,2 – 6,2**

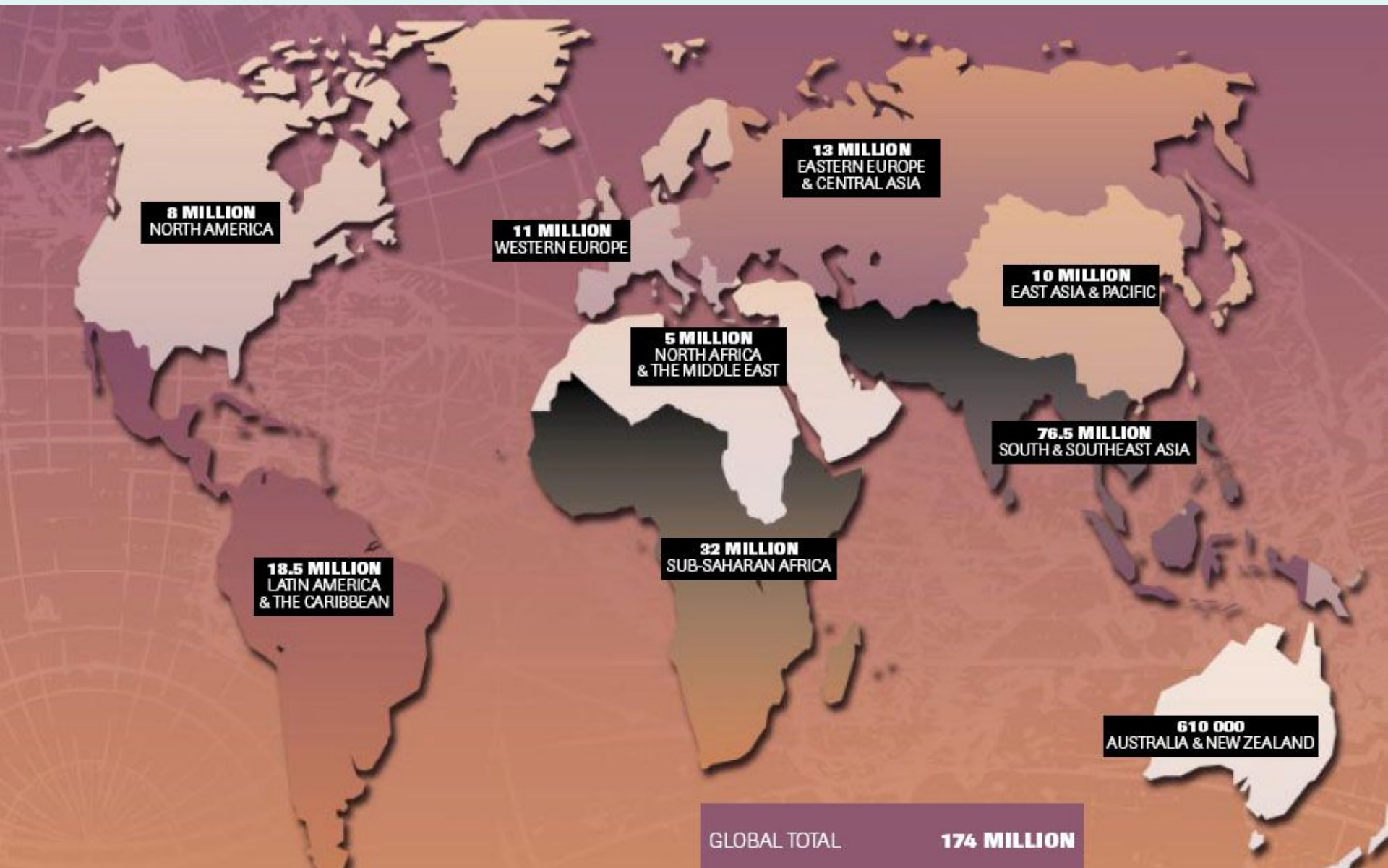


При электронной
микроскопии
видны детали
строения
трихомонады –
шипик (Ш),
ундулирующая
мембрана (УМ),
фибриллы (Ф)

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;

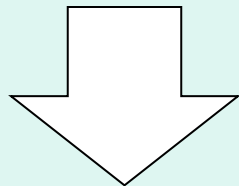
2) Хронический (давность заболевания свыше 2-х мес)

3) Трихомонадоносительство

Классификация урогенитального трихомониаза:

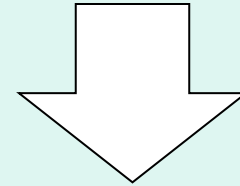
Трихомониаз женщин

Трихомониаз нижнего
отдела МПТ



Вульвит
Кольпит
Вестibuлит
Бартолинит
Эндоцервицит
Уретрит
Парауретрит

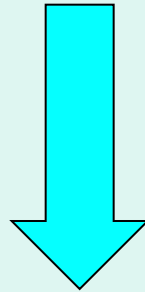
Трихомониаз верхнего
отдела МПТ



Цервицит
Сальпингит
Цистит

Классификация урогенитального трихомониаза:

Трихомониаз мужчин



Баланит

Баланопостит

Куперит

Эпидидимит

Простатит

Уретрит

Парауретрит

Везикулит

Цистит

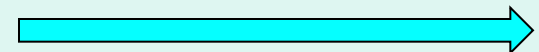
Клиника **урогенитального**


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:

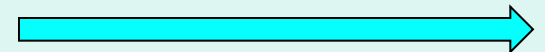
При подострой и торпидой формах трихомонадного уретрита

- 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
кровооточивости**

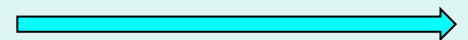


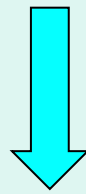
- **Моча при двухстаканной пробе мутная в обеих порциях с примесями (хлопья, нити)**
- **Императивные позывы к мочеиспусканию**
- **При уретроскопии – очаги гиперемии, гнойные пробки в устьях желёз, эрозии, мягкие и твёрдые инфильтраты**



Клиника урогенитального Трихомониаза у женщин:

- Воспалительные явления более выражены
- Симптомы вагинита: гиперемия, лёгкая кровотоочивость 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**

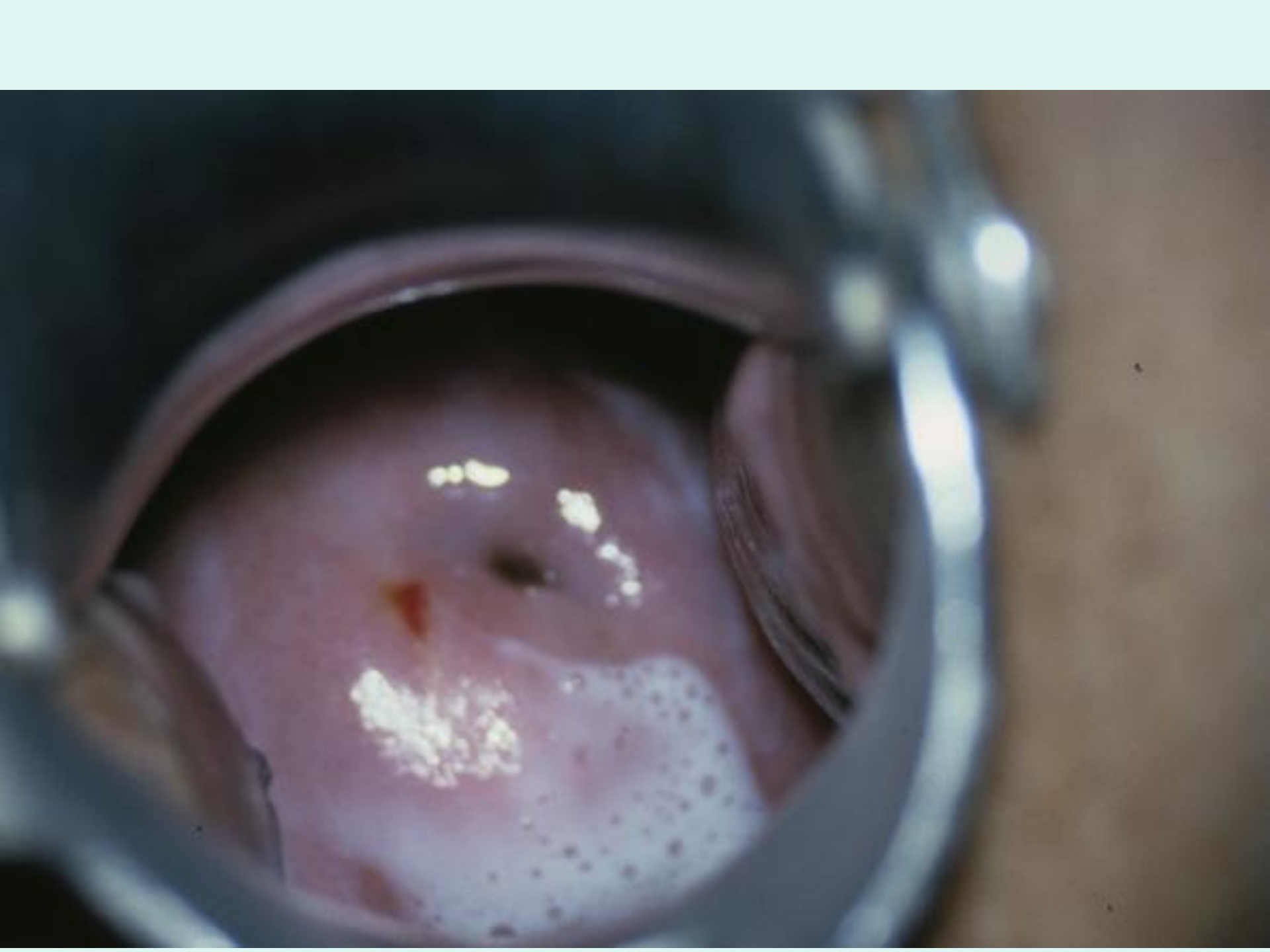


Трихомонадный вульвовагинит

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:

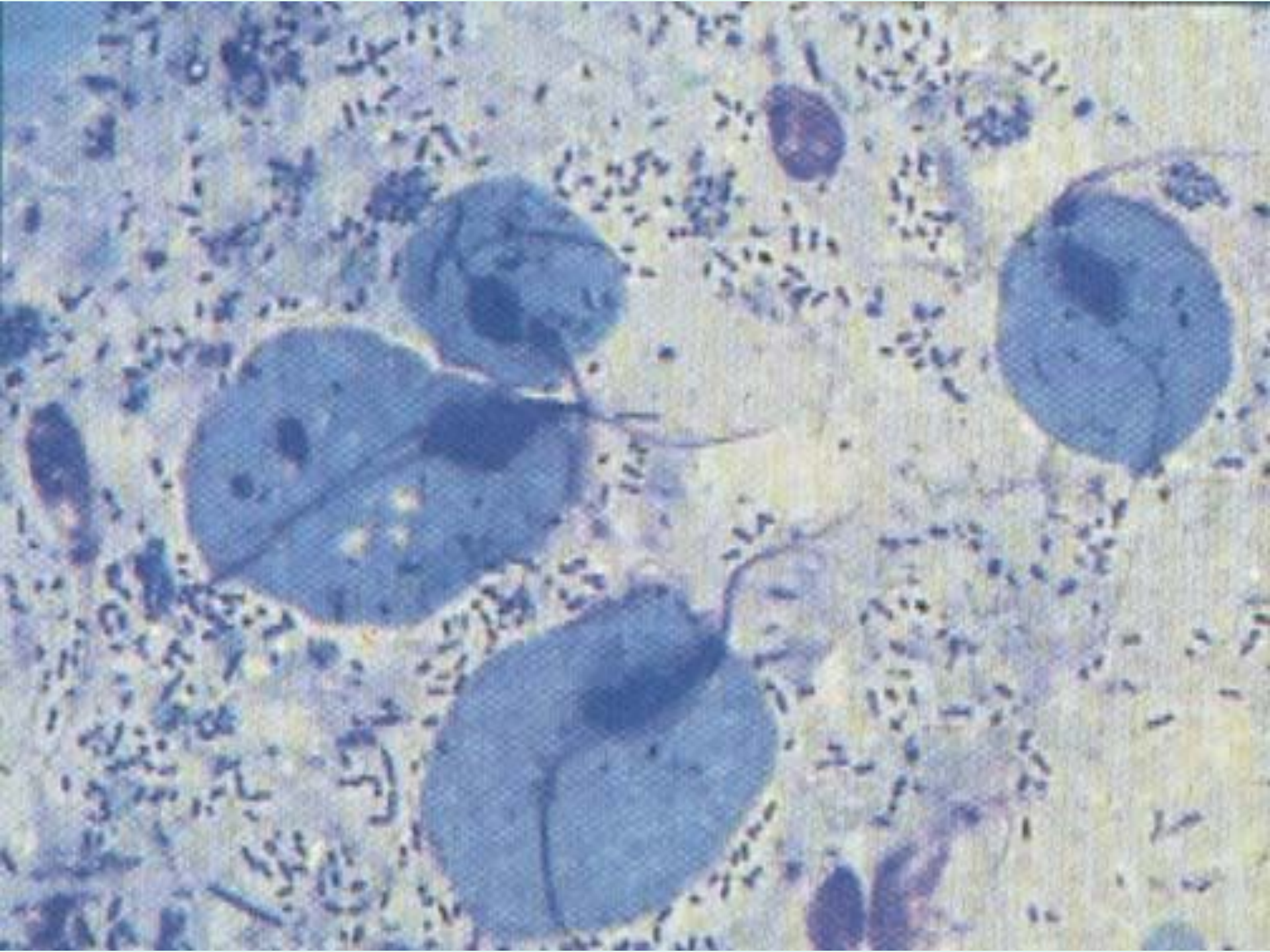
Материал для исследования – патологическое отделяемое, смывы, моча

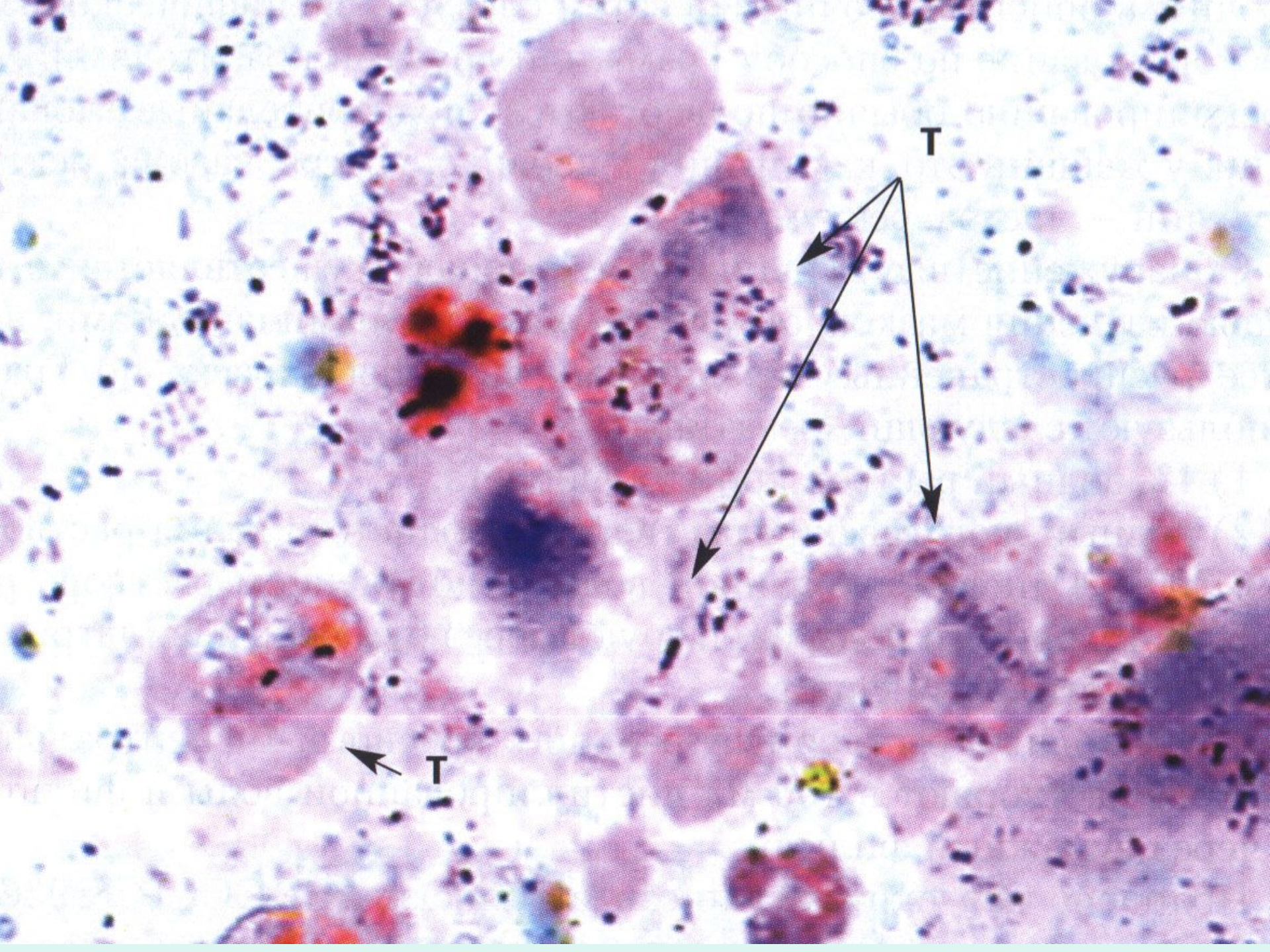
Методы диагностики:

- 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

