



Гонорея и негонококковые уретриты

Лектор:

Проф. Теплюк Наталия Павловна

Уретрит – воспаление мочеиспускательного канала, клиническую картину которого, независимо от этиологического фактора, составляют три симптома:

- **Выделения из уретры**
- **Гиперемия и отек губок уретры**
- **Субъективные ощущения при мочеиспускании**



фактору

А) Уретриты полового происхождения

1. Венерические (микробы передаются половым путем и не встречаются у здоровых людей):

- гонорейные, трихомонадные, хламидийные, уреаплазменные, герпетические

2. Условно венерические:

- случайно попавшие в уретру патогенные возбудители невенерических инфекций (кандидозные, бактериальные, энтамебные и др.);
- вызванные условно-патогенными микроорганизмами, обычно обитающими в качестве сапрофитов на слизистой оболочке ротоглотки;
- гарднереллезные

фактору

Б) Уретриты неполового происхождения

1. Инфекционные – уретриты, возникающие вторично при общих инфекциях или местных инфекционно-воспалительных заболеваниях (хронический простатит, цистит и т.д.), а также дисбактериальные уретриты

2. Неинфекционные:

- травматические (от воздействия механических, термических и химических раздражителей);
- вследствие нарушения обмена веществ (фосфатурия, оксалатурия, уратурия);
- аллергические;
- вследствие опухолей в уретре;
- дерматозные (симптоматические)

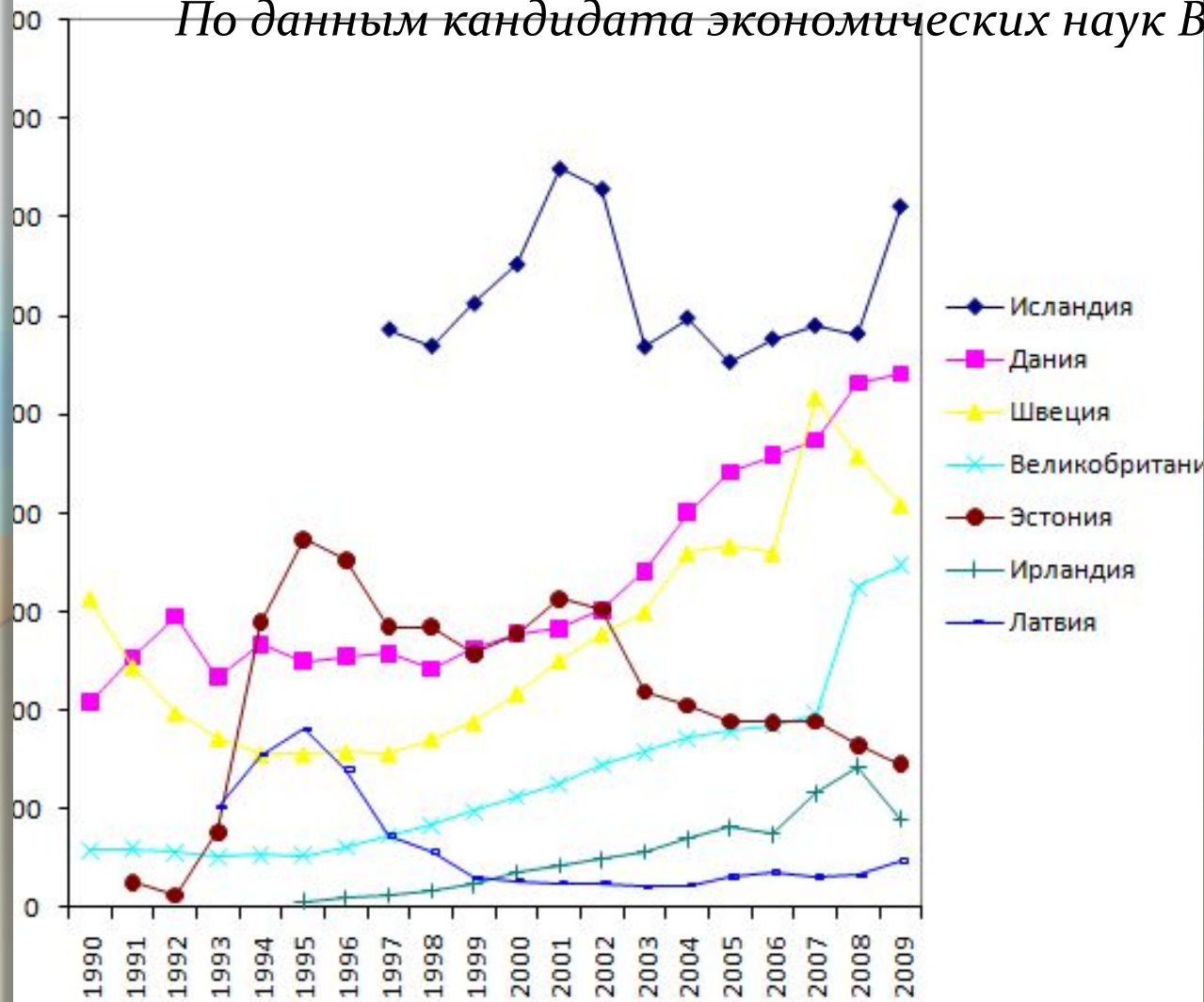
классификация по этиологии и течению фактору

В) Резидуальные уретриты – воспалительные процессы, остающиеся после исчезновения экзогенных возбудителей и поддерживаемые:

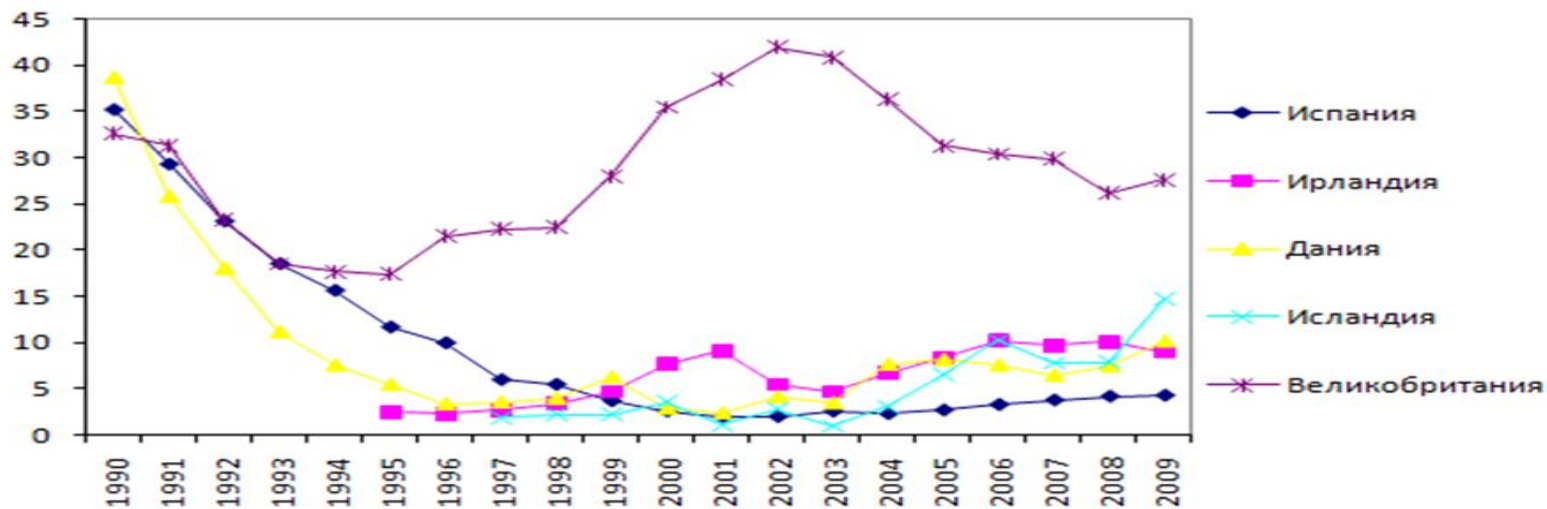
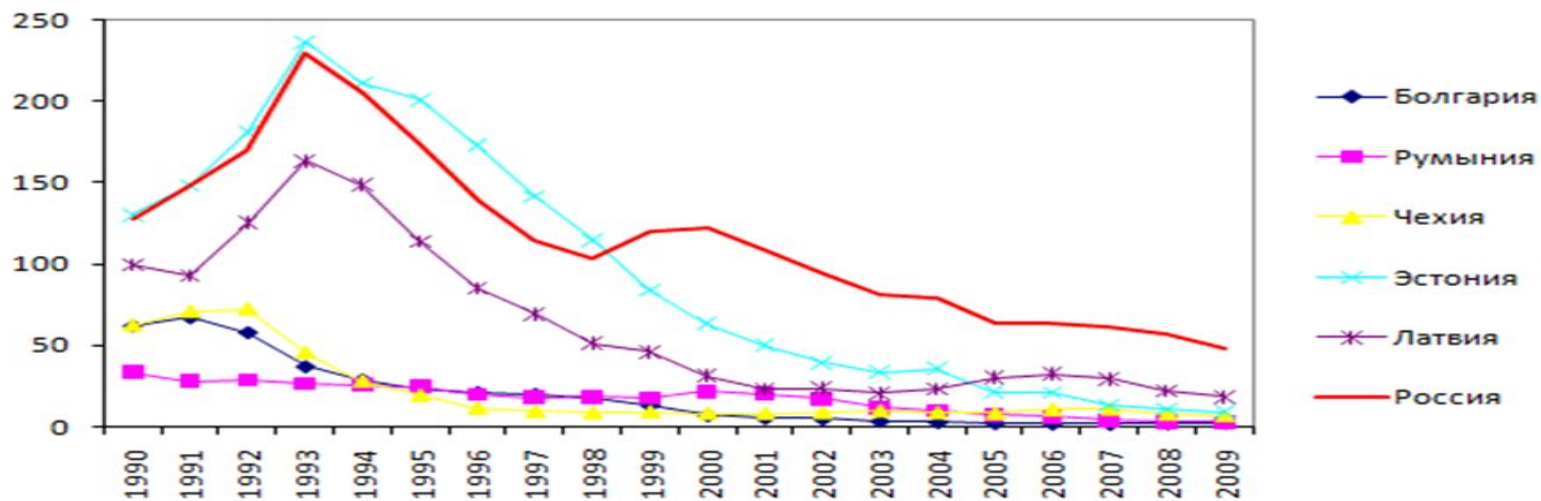
- анатомическими или нейродистрофическими изменениями ткани уретры,
- дисбактериозом,
- аллергическими факторами

Европа: заболеваемость туберкулезом

По данным кандидата экономических наук В. И. САКЕВИЧ



Заболееваемость гонореей в Европе



населения)

по

2003-2009 г.)

Кубанова А.А. и соавт. Вестник дерматологии и венерологии. 2010г.



Заболеваемость ИППП (на 100000 населения)

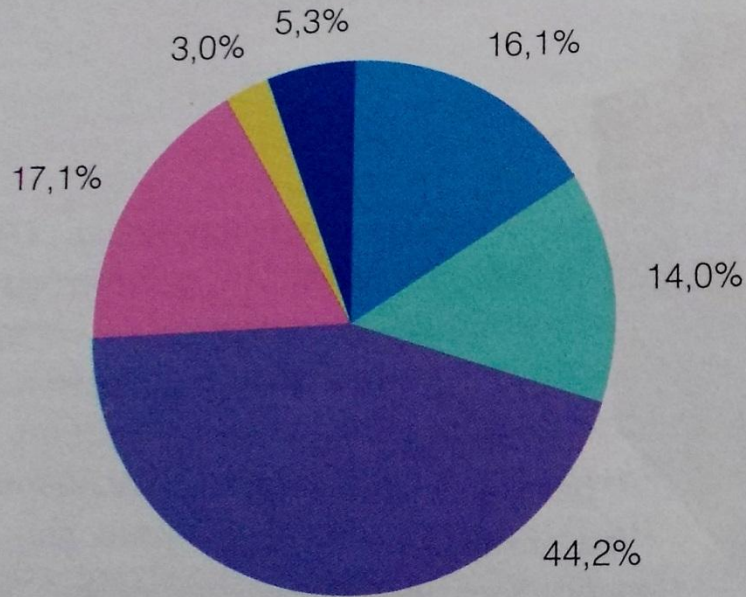
2010 г. – 42,7 случая

2011 г. – 38,4 случая

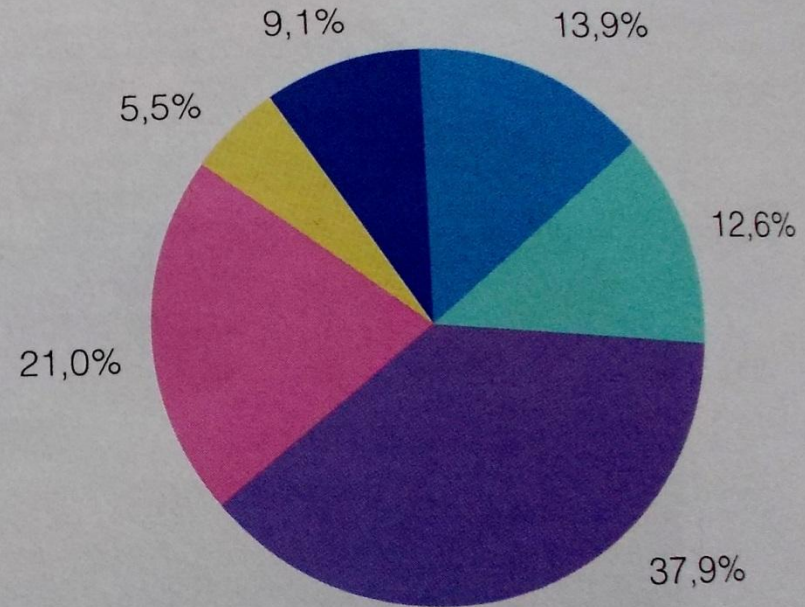
ГГ.

Кубанова А.А. и соавт. Вестник дерматологии и венерологии, 2010г.

2003 г.



2009 г.



■ Сифилис

■ Хламидиоз

■ Гонококковая инфекция

■ Герпес уrogenитальный

■ Трихомоноз

■ Аногенитальные венерические бородавки

Гонорея (триппер, перелой)

Гален II век н.э.

ηυοδη=семя

течь=ηεω

Tropfen (нем.)

—

капля

Pisse chaude (франц.)

—

горячее

мочеиспускание

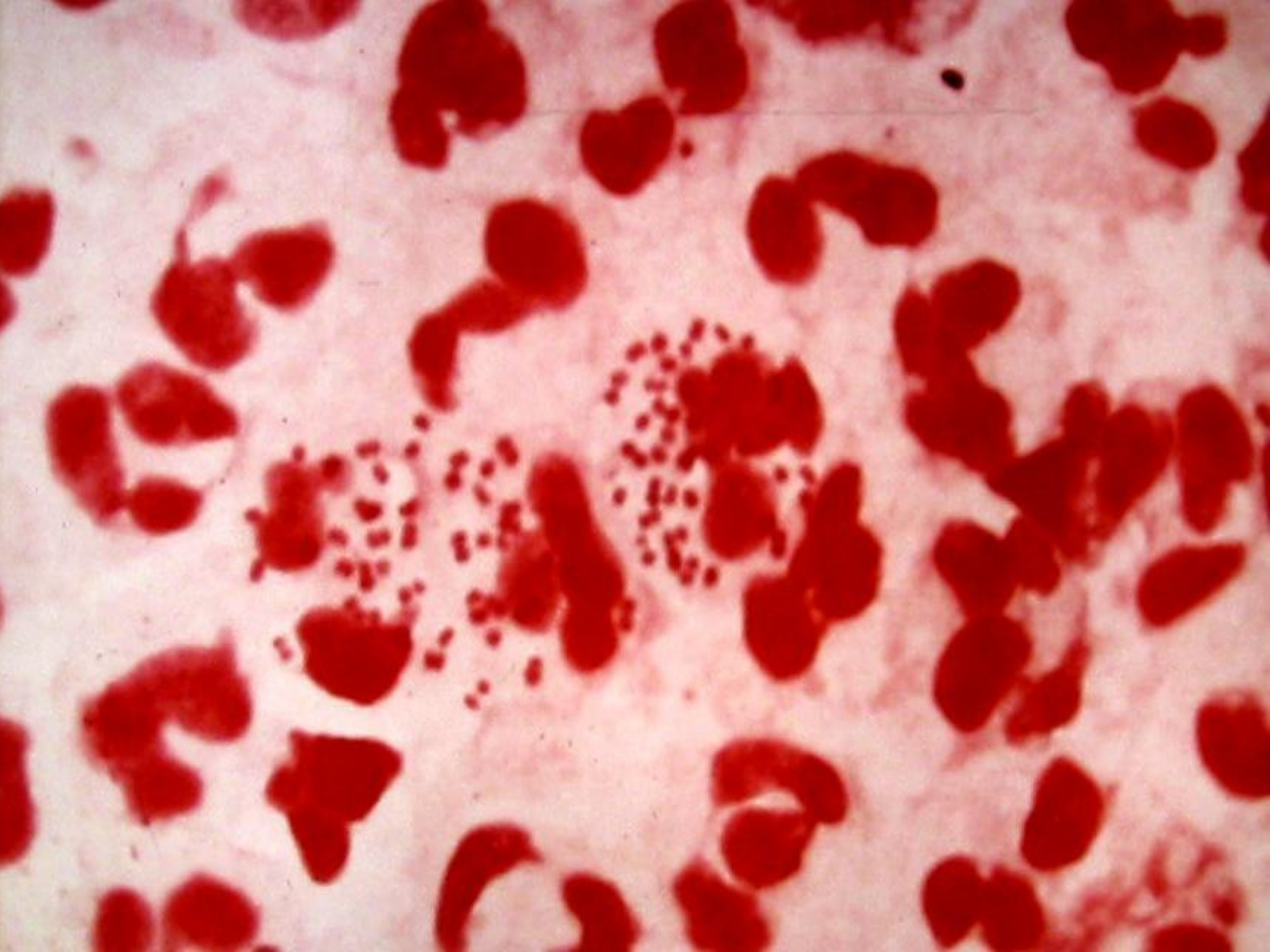
Karavka (чех.)

—

капать

Neisseria gonorrhoeae – 1879 г. Альберт Нейссер

Чистая культура гонококков – Е. Бумм (E. Bumm)



- **А 54.0** Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез (включает: уретрит, цистит, вульвовагинит, цервицит)
- **А 54.1** Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедирования парауретральных и придаточных желез (включает: гонококковый абсцесс больших вестибулярных желез)
- **А 54.2** Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (включает: эпидидимит, орхит, простатит, воспалительные заболевания органов малого таза у женщин)

- **A 54.3** Гонококковая инфекция глаз (включает: конъюнктивит, иридоциклит, гонококковая офтальмия новорожденных)
- **A 54.4** Гонококковая инфекция костно-мышечной системы (включает: артрит, бурсит, остеомиелит, синовит, тендосиновит)
- **A 54.5** Гонококковый фарингит
- **A 54.6** Гонококковая инфекция аноректальной области
- **A 54.8** Другие гонококковые инфекции (включают: абсцесс мозга, эндокардит, менингит, миокардит, перикардит, перитонит, пневмония, сепсис, поражение кожи)

Формы неосложненной гонорейной инфекции

ГОНОРЕЯ

Свежая

Хроническая

Гонококконосительств
о

острая

подострая

торпидная

инфицирования

Мужчины, женщины

- Половой контакт
- Гонококковое поражение глаз – занос возбудителя руками

Дети

- Прохождение через родовые пути больной матери
- Половой контакт
- Контактной-бытовой (девочки младшего возраста)

Гонорея

Биологические особенности:

- ✓ поражает слизистые, выстланные цилиндрическим и железистым эпителием;
- ✓ внутриклеточное поражение

Инкубационный период:

- ✓ от 12 часов до 3 мес. (в среднем муж.-3-4дня,жен – 10 дней)

Пути распространения:

- ✓ по слизистой оболочке мочеполовых органов;
- ✓ по лимфатическим сосудам;
- ✓ ретроградный занос в полость матки или придаток яичка;
- ✓ гематогенная диссеминация

гонореи

Острая

Субъективные ощущения

- Гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей (уретры)
- Режущие боли в начале мочеиспускания (дизурия)
- Зуд, жжение в области наружных половых органов (уретры)
- Болезненность во время половых контактов (диспареуния)
- Дискомфорт или боль в нижней части живота (жен.)
- Боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку (муж.)



гонореи

Острая

Объективные симптомы

- Гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры
- Гнойное или слизисто-гнойное отделяемое из уретры
- Гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища; характерное отделяемое в заднем и боковых сводах влагалища (жен.)
- Гиперемия, отечность и эрозии слизистой оболочки шейки матки, характерное отделяемое (жен.)



Клиническая картина гонореи

Хроническая (свыше 2 мес.)

Торпидно или бессимптомно

Уретроскопия:

- ✓ мягкий инфильтрат (слизистая оболочка отечна, гиперемирована, кровоточит);
- ✓ твердый инфильтрат (малоэластична, теряет блеск, бледная). Исход: стриктура уретры;
- ✓ грануляции (гиперемия, рыхлость, кровоточивость, разрастания эпителия);
- ✓ десквамация эпителия (метаплазия и ороговение эпителия)

TRICHOMONIASIS UROGENITALIS

(трихомониаз, трихомоноз)

инфекция, передаваемая половым путем, возбудитель - простейший одноклеточный паразит

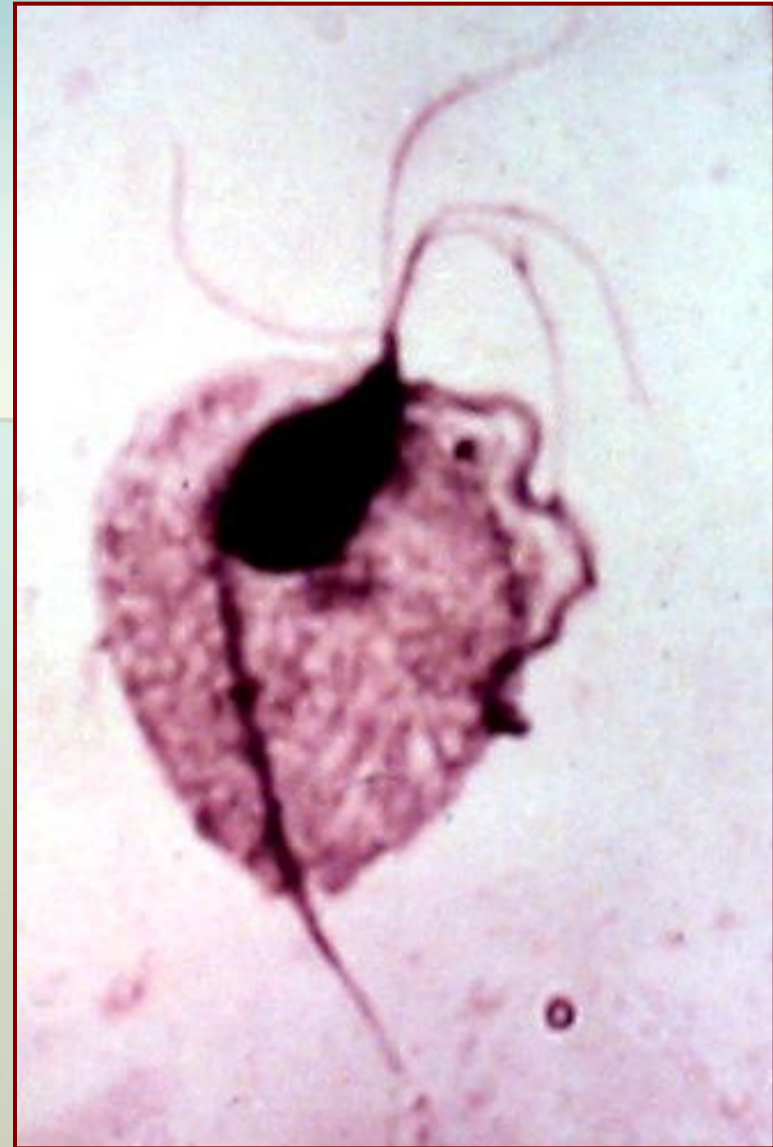
Тип – Protozoa (простейшие)

Род – Trichomonas

Класс – Flagellata (жгутиковые)

Вид – *Trichomonas vaginalis*

A.F. Donne, 1836 г.



Классификация трихомонадной инфекции

Свежая

острая

подострая

торпидная

Хроническая

Асимптомная

+ топический диагноз



3

Биологические особенности:

- Поражение плоского эпителия
- Фагоцитирование (эндоцитобиоз + гонорея)
- Многоочаговое поражение (миндалины, конъюнктивы, прямая кишка)

Пути инфицирования:

Мужчины, женщины

Половой контакт

Дети

Прохождение через родовые пути больной матери

Половой контакт

Контактно-бытовой (девочки младшего возраста)

Инкубационный период: от 3 дней до 1 мес. (10-12 дней)

Трихомониаза

- Обычно торпидное или бессимптомное течение

Субъективные ощущения

- Выделения серо-желтого цвета, пенистые, с неприятным запахом (жен.)
- Выделения слизистые (муж.)
- Зуд, жжение в области наружных половых органов (уретры)
- Диспареуния
- Дизурия
- Дискомфорт и/или боль в нижней части живота (жен.)
- Боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку (муж.)

Трихомониаза

Объективные симптомы

- Характерные выделения
- Гиперемия, отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища - жен., муж – область наружного отверстия уретры
- Эрозивно-язвенные поражения наружных половых органов и/или внутренней поверхности бедер – у жен., у муж – кожа головки полового члена
- Петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки

урогенитальный

Возбудитель: *Chlamidia Trachomatis*

Пути заражения:

- ✓ половой
- ✓ редко – бытовой

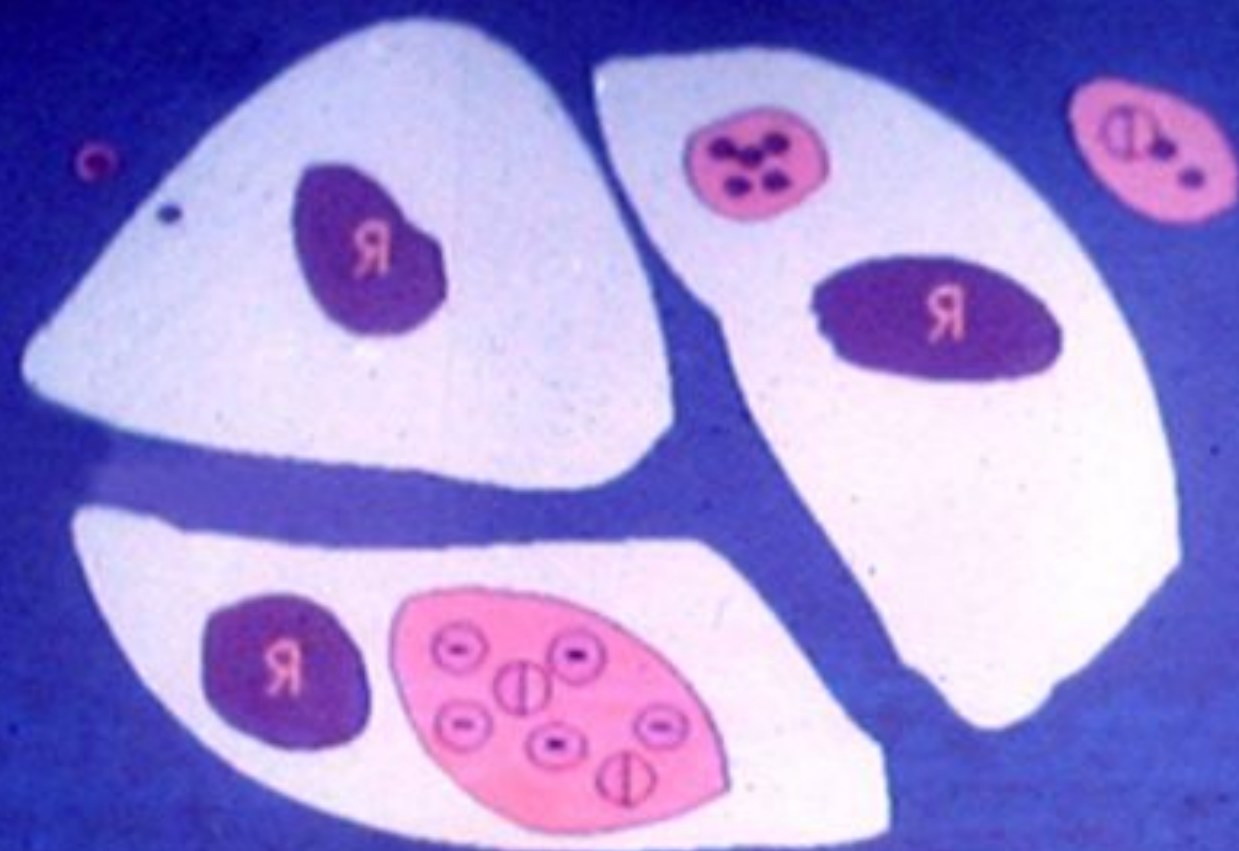
Инкубационный период – 2-3 недели

Биологическая особенность хламидий – две формы возбудителя:

- ✓ Элементарные тельца - внеклеточная
- ✓ Ретикулярные тельца – внутриклеточная
- ✓ Трансформация ЭТ в РТ и обратно

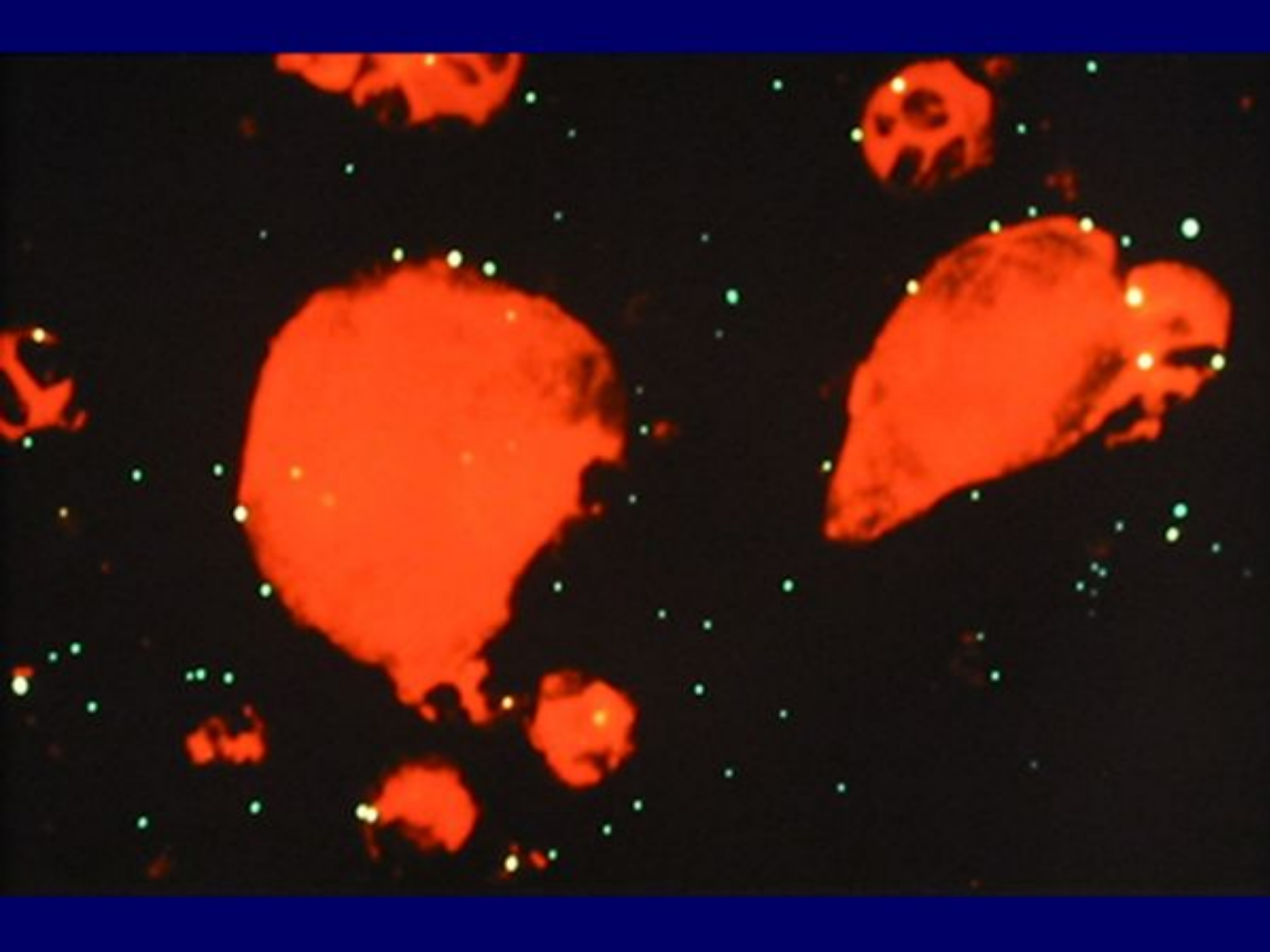
Постинфекционный иммунитет нестойкий и кратковременный

РАСПОЛОЖЕНИЕ ХЛАМИДИЙ В КЛЕТКЕ



ТЕЛЬЦА

- = элементарные
- ⊕ = переходные
- ⊖ = ретикулярные



(МУ)

Возбудитель: *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*,
Ureaplasma urealyticum

Пути заражения:

- ✓ половой
- ✓ транзиторный гематогенный занос

Биологическая особенность:

- ✓ отличие от бактерий - отсутствие клеточной стенки, мельчайшие размеры репродуцирующихся частиц, способность проходить через бактериальные фильтры,
- ✓ отличие от вирусов - наличие одновременно ДНК и РНК, способность расти на бесклеточных средах, метаболизировать ряд субстратов, чувствительность к антибиотикам

КЛАССИФИКАЦИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ И УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

Свежая

острая

торпидная

Хроническая

Асимптомная

+ топический диагноз



Осложнения ИППП



1. простатит
2. везикулит
3. орхит

4. нарушения сперматогенеза
(патоспермия)

5. воспалительные заболевания
органов малого таза



6. эндоцервицит
7. эндометрит
8. сальпингит

**вторичное
бесплодие**

Критерии диагностики урогенитальных инфекций:

1. **Наличие клинической симптоматики**
2. **Положительные результаты лабораторных исследований**
3. **Данные обследования половых партнеров**

NB! Диагноз устанавливается только в результате комплексного клинико-лабораторного обследования (при необходимости в динамике) с целью исключения гипердиагностики

Наиболее информативные методы лабораторной диагностики уретритов различной этиологии

Возбудитель	Метод диагностики
<i>Гонококк</i>	Бактериоскопическое исследование с окраской по Граму Культуральная диагностика (КМ) Полимеразная цепная реакция (ПЦР) Иммуноферментный анализ (ИФА)
<i>Трихомонада</i>	Бактериоскопическое исследование с окраской 1% раствором метиленового синего КМ ПЦР
<i>Хламидия</i>	ПЦР- ПИФ (прямая иммунофлуоресценция) ПЦР-КМ ИФА-ТС
<i>Уреаплазма</i> <i>Микоплазма</i>	Бактериоскопическое исследование (цервицит, вагинит) КМ ПЦР Реакции агрегатгемагглютинации (ПИФ, РАГА, ИФА)

Гонорея

1. Микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму:
 - уретральное отделяемое у мужчин с манифестными проявлениями: чувствительность - 90-100%, специфичность - 90-100%
 - цервикальные, фарингеальные и ректальные пробы, при бессимптомном течении: чувствительность - 45-64%
2. Культуральное исследование с использованием селективных питательных сред и определения ферментативных свойств *N.gonorrhoeae* (оксидазный тест и тесты ферментации сахаров). Позволяет определить чувствительность гонококков к антимикробным препаратам
3. ПЦР (обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *N.gonorrhoeae* с использованием тест-систем) - дополнительный тест

Особенности микроскопической диагностики трихомониаза

- Случаи самоэлиминации встречаются чаще у мужчин, чем у женщин.
- Особенности питания влагалищных трихомонад, обнаруживающих потребность в гликогене
- Свойства мужской уретры и механическое вымывание из нее паразитов струей мочи

Сложность трактовки серологических реакций при хламидиозе

- Преобладание малосимптомных и бессимптомных вариантов ХЛ инфекции
- Индивидуальная вариабельность начала формирования, выраженность и продолжительность гуморального иммунного ответ

Микоплазмоз урогенитальный (МУ)

(Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealiticum)

- Преобладание малосимптомных и бессимптомных вариантов МУ инфекции
- Микроскопическое исследование:
 - ✓ Оценка степени лейкоцитарной реакции
 - ✓ Оценка состояния уретры, влагалища, цервикального канала
 - ✓ Исключение сопутствующих ИППП
 - ✓ Оценка состояния микробиоценоза влагалища
- Большое количество серотипов – затруднение серодиагностики
- Реакции агрегатгемагглютинации – необходимость в стандартных наборах

Методы лечения гонореи

Название препарата	Схема лечения острой свежей гонореи
РОЦЕФИН (Цефтриаксон)	Однократно внутримышечно 500 мг
ТРОБИЦИД (Спектромицин)	Однократно внутримышечно 2 г
ЦЕФОБИД	Внутримышечно по 1 г в сутки на курс – 3 г
ТАРИВИД (Офлоксацин)	Первый прием 400 мг, затем каждые 12 часов по 200 мг 2 раза в день, на курс – 1,6 г
СУМАМЕД (Азитромицин)	2 г однократно, либо в 2 приема по 1 г

Препараты для лечения трихомоноза

Группа 5-НИТРОИМИДАЗОЛА

МЕТРОНИДАЗОЛ

Трихопол, Флагил и др.

ТИНИДАЗОЛ

Физижин

ОРНИДАЗОЛ

Тиберал

«ЗОЛОТОЙ» стандарт лечения

Методы лечения хламидиоза и уреаплазмоза

Название препарата	Схема лечения острого свежего уретрита
СУМАМЕД (Азитромицин)	Однократно 1 г за час до еды или через 2 часа после еды
ТАРИВИД (Офлоксацин)	По 200 мг после еды 2 раза в сутки в течение 10 дней
РОВАМИЦИН (Спирамицин)	По 3 млн. МЕ внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
МАКСАКВИН (Ломефлоксацин)	По 400 мг после еды один раз в сутки в течение 10 дней
АБАКТАЛ (Перфлоксацин)	По 600 мг во время еды один раз в сутки в течение 7 дней
АВЕЛОКС (моксифлоксацин)	По 400 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней

Критерии излеченности

1 день: осмотр больного, бактериоскопическое исследование отделяемого из уретры или соскобы со слизистой, осмотр мочи в 2-х порциях.

Комбинированная провокация

2 день: бактериоскопическое исследование отделяемого из уретры или соскобы со слизистой

3 день: пальпаторное обследование предстательной железы, семенных пузырьков и микроскопическое исследование их секрета

Виды провокаций

Механическая	Введение в уретру металлического бужа и массаж уретры на буже
Химическая	Инстилляция 5 мл 0,5% раствора нитрата серебра
Иммунологическая	В/м введение 500 млн. микробных тел гоновакцины или 200 МПД пирогенала
Термическая	Прогревание половых органов индуктотермическим током
Алиментарная	Употребление накануне исследования соленой, острой пищи и 0,5-1 л пива

РЕЗЮМЕ

1. Уретриты любой этиологии клинически схожи между собой, проявляясь независимо от вызвавшей их причины выделениями из уретры, воспалением губок уретры и субъективными ощущениями при мочеиспускании
2. Диагноз уретрита инфекционной природы может быть выставлен только в результате комплексного клинико-лабораторного обследования и обязательно подтвержден обнаружением возбудителя
3. Лечение больных уретритами должно строго соответствовать клиническому диагнозу, т.е. этиологическим факторам, остроте и стадии заболевания
4. Установление излеченности должно основываться не столько на исчезновении клинических проявлений уретрита, сколько на повторных отрицательных результатах лабораторных